

SIAB

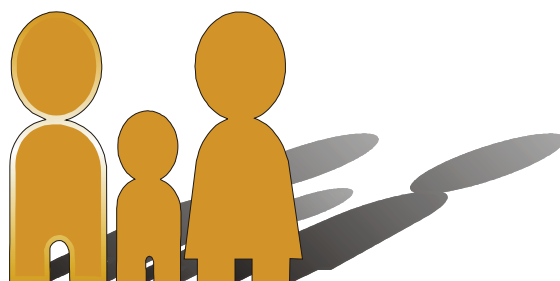
**MANUAL DO SISTEMA DE
INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA**



Secretaria de Políticas de Saúde
Departamento de Atenção Básica

SIAB

**MANUAL DO SISTEMA DE
INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA**



Brasília-DF
Agosto 2000

© 1998 - Ministério da Saúde

É permitida a reprodução parcial ou total, desde que citada a fonte.

Tiragem: 6.000 exemplares
3ª reimpressão: agosto de 2000

Ministério da Saúde
Secretaria de Políticas de Saúde - SPS
Departamento de Atenção Básica - DAB
Secretaria Executiva - SE
Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde - DATASUS

Esplanada dos Ministérios, Bloco G, sala 715
CEP: 70.058-900 - Brasília - DF
Telefones: (61) 315-2185 / 226-2693
Fax: (61) 226-4340
e.mail: cosac@saude.gov.br

Impresso no Brasil/Printed in Brazil

Ficha Técnica

Elaboração:

Caetano Impallari - DATASUS/RJ
Edneusa Mendes Nascimento - COSAC
Ieda Maria Cabral da Costa - SES/SP
Jorge José Santos Pereira Solla - ISC/UFBA
Júlia de Figueiredo Coelho - DATASUS/RJ
Maria Beatriz Pragana Dantas - NESC/UFPA
Maria Guadalupe Medina - ISC/UFBA
Rosana Aquino Guimarães Pereira - ISC/UFBA

Revisão ortográfica: Bárbara Pellegrini

Editado na Coordenação de Processo Editorial - Editora/CGDI/SAA/SE/MS
SIA Trecho 4, Lotes 540/610
Fones: 233-1774 / 233-2020 Fax: 233-9558
Cep.: 71.200-040 / Brasília-DF

SIAB: manual do sistema de informação de atenção básica / Secretaria de Assistência à Saúde, Coordenação de Saúde da Comunidade. _____ . Brasília: Ministério da Saúde, 1998. 98p.

ISBN 85-334-0162-0

1. Saúde Pública - Manuais. I. Secretaria de Assistência à Saúde. III. Brasil. Ministério da Saúde.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	5
CONCEITOS BÁSICOS	6
PROCEDIMENTOS BÁSICOS	7
INSTRUMENTOS	8
UTILIZAÇÃO DOS INSTRUMENTOS	8
INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO DAS FICHAS DE COLETA DE DADOS	10
FICHA A	10
FICHA B-GES	22
FICHA B-HA	25
FICHA B-DIA	28
FICHA B-TB	30
FICHA B-HAN	32
FICHA C	34
FICHA D	37
INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO DOS RELATÓRIOS DE CONSOLIDAÇÃO DOS DADOS	45
RELATÓRIO SSA2	45
RELATÓRIO SSA4	54
RELATÓRIO PMA2	55
RELATÓRIO PMA4	58
RELATÓRIO A1	60
RELATÓRIO A2	62
RELATÓRIO A3	66
RELATÓRIO A4	66
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67
ANEXOS	68

APRESENTAÇÃO

O Programa de Saúde da Família foi idealizado para aproximar os serviços de saúde da população. Para cumprir o princípio constitucional do Estado de garantir ao cidadão seu direito de receber atenção integral à saúde - com prioridade para as atividades preventivas, mas sem prejuízo dos serviços assistenciais - e para permitir que os responsáveis pela oferta dos serviços de saúde, os gestores do SUS, aprofundem o conhecimento sobre aqueles a quem devem servir.

56 mil agentes comunitários devidamente treinados já visitam com regularidade 8.400.000 domicílios em todo o país. Até o fim de 1998 este número duplicará formando um verdadeiro batalhão da saúde. Para complementar o trabalho dos agentes, o Ministério da Saúde criou o Programa de Saúde na Família em 1994.

Um trabalho do porte do que é feito pelo Programa de Saúde na Família tem gerado uma quantidade significativa de dados. Com o crescimento do número de equipes - e, conseqüentemente, das famílias acompanhadas, o material recolhido e arquivado manualmente já se demonstrava insuficiente para o aproveitamento dos dados coletados.

Por esta razão a equipe da COSAC - Coordenação de Saúde da Comunidade, da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, solicitou ao DATASUS o desenvolvimento de um sistema especial para gerenciamento das informações obtidas nas visitas às comunidades.

O SIAB - Sistema de Informações de Atenção Básica é a resposta a essa demanda. Ele produz relatórios que auxiliarão as próprias equipes, as unidades básicas de saúde às quais estão ligadas e os gestores municipais a acompanharem o trabalho e avaliarem a sua qualidade.

Os relatórios que o SIAB emite permitirão conhecer a realidade sócio-sanitária da população acompanhada, avaliar a adequação dos serviços de saúde oferecidos - e readequá-los, sempre que necessário - e, por fim, melhorar a qualidade dos serviços de saúde.

O SIAB aprofunda e aprimora pontos fundamentais do SIPACS - Sistema de Informação do PACS - mas mantém a lógica central de seu funcionamento, que tem como referência uma determinada base populacional. O SIAB amplia o leque de informações, com novos instrumentos de coleta e de consolidação que permitirão sua utilização por toda a equipe de saúde da unidade básica.

CONCEITOS BÁSICOS

Para o correto preenchimento das fichas e relatórios que compõem o **SIAB**, destacamos abaixo alguns conceitos necessários aos que manipularão este sistema de informação.

Modelo de Atenção - é o resultado da combinação de tecnologias empregadas para assistência à saúde de uma dada população. O usuário do SIAB deverá identificar o modelo de atenção à saúde utilizado pelo município:

- **Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**,
- **Programa de Saúde da Família (PSF)** ou
- **Outro** - Como *outro* compreende-se qualquer modalidade de atenção básica diferente do modelo do PACS e do PSF (demanda espontânea, oferta programática, entre outros).

Família - é o conjunto de pessoas ligadas por laços de parentesco, dependência doméstica ou normas de convivência que residem na mesma unidade domiciliar. Inclui empregado(a) doméstico(a) que reside no domicílio, pensionistas e agregados (BRASIL, 1988).

Domicílio - designa o “local de moradia estruturalmente separado e independente, constituído por um ou mais cômodos”. A separação fica caracterizada quando o local de moradia é limitado por paredes (muros ou cercas, entre outros) e coberto por um teto que permita que seus moradores se isolem e cujos residentes arcam com parte ou todas as suas despesas de alimentação ou moradia. Considera-se *independente* o local de moradia que tem acesso direto e que permite a entrada e a saída de seus moradores sem a passagem por local de moradia de outras pessoas.

- Em casa de cômodos (cortiços), considera-se como um domicílio cada unidade residencial.
- Também são considerados domicílios: prédio em construção, embarcação, carroça, vagão, tenda, gruta e outros locais que estejam servindo de moradia para a família (BRASIL, 1998).

Peridomicílio - é o espaço externo próximo à casa e que inclui os seus anexos.

Anexos - é a unidade de construção, permanente ou não, peridomiciliar, que sirva de abrigo para animais ou para depósito, assim como todas as demais dependências externas no peridomicílio, contíguas à casa.

Microárea - o espaço geográfico delimitado onde residem cerca de 400 a 750 pessoas e corresponde à área de atuação de um agente comunitário de saúde (ACS).

Área - o conjunto de microáreas sob a responsabilidade de uma equipe de saúde. A composição da **equipe de saúde** e as coberturas assistenciais variam de acordo com o modelo de atenção adotado e a **área** pode assumir diversas configurações:

- **Área**, no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) - é o conjunto de microáreas cobertas por uma equipe do PACS (1 instrutor/supervisor e, no máximo, 30 agentes comunitários de saúde) dentro de um mesmo segmento territorial. Neste caso, embora as microáreas sejam referenciadas geograficamente, elas nem sempre são contíguas.

- **Área**, no Programa de Saúde da Família (PSF) - é o conjunto de microáreas contíguas sob a responsabilidade de uma equipe de saúde da família, onde residem em torno de 2.400 a 4.500 pessoas.
- **Outros** (demanda espontânea, oferta programática etc.) - nos modelos de atenção onde não há a adscrição de clientela por território, os dados coletados referem-se à população atendida na **unidade de saúde**. É muito comum haver uma área de abrangência para cada unidade de saúde, mesmo não se tendo uma definição territorial formal.

Segmento Territorial - o segmento é um conjunto de áreas contíguas que pode corresponder à delimitação de um Distrito Sanitário, de uma Zona de Informação do IBGE ou a outro nível de agregação importante para o planejamento e avaliação em saúde no Município. É a divisão territorial utilizada para a análise espacial dos dados em um determinado município.

O quadro abaixo apresenta as definições de microárea e área para cada modelo de atenção existente no município:

MODELO	MICROÁREA	ÁREA
PACS	território onde habitam entre 400 e 750 pessoas, correspondente à atuação de 1 ACS	conjunto de microáreas cobertas por, no máximo, 30 agentes comunitários de saúde e um instrutor/supervisor, dentro de um mesmo segmento territorial.
PSF	território onde habitam entre 400 e 750 pessoas, correspondente à atuação de 1 ACS.	conjunto de microáreas cobertas por 1 equipe de saúde da família responsável pelo atendimento de 2400 a 4500 pessoas.
OUTROS		área de abrangência de uma Unidade de Saúde.

ATENÇÃO

O **SIAB** deve ser informatizado. Basta o município procurar o DATASUS ou a Coordenação Estadual do PACS/PSF, para instalar, gratuitamente, o programa.

DATASUS telefone (021) 5367108

PROCEDIMENTOS BÁSICOS

Para a utilização do **SIAB** em toda sua capacidade, o município precisa:

Definir os segmentos territoriais, indicando quais são urbanos ou rurais, e atribuir-lhes códigos seqüenciais de dois algarismos.

Definir as áreas de abrangência de cada equipe (PACS ou PSF) e atribuir-lhes códigos seqüenciais com três algarismos.

Identificar o modelo de atenção à saúde existente em cada área: *Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)*, *Programa de Saúde da Família (PSF)* ou *outro* (atendimento à demanda espontânea, oferta organizada etc.):

- **Município com o SIAB informatizado:** ao cadastrar a equipe é necessário registrar a informação sobre o modelo de atenção no campo correspondente.
- **Município com o SIAB ainda não-informatizado:** mensalmente a Secretaria Municipal de Saúde deve consolidar os dados das diversas áreas nos relatórios **SSA4 e PMA4**, discriminando-as segundo o modelo de atenção e a zona (urbana e rural) para análises posteriores, e enviar estes relatórios para a Secretaria Estadual de Saúde (regional de saúde ou nível central), responsável pela digitação.

Identificar a Unidade de Saúde a qual está vinculada a equipe de saúde, registrando o código utilizado no Sistema de Informações Ambulatoriais - SIA/SUS. No *Programa de Saúde da Família* e em *outros* modelos de atenção, a unidade a ser registrada é a de atuação da equipe de saúde. No *Programa de Agentes Comunitários de Saúde*, deve-se registrar a unidade de referência na qual estão cadastrados os agentes comunitários e o instrutor/supervisor.

Definir as microáreas de atuação dos agentes comunitários de saúde e atribuir códigos seqüenciais com dois algarismos para cada uma delas, dentro de cada área.

Cadastrar as famílias de cada microárea e atribuir a cada uma delas, códigos seqüenciais com três algarismos, dentro de cada microárea.

INSTRUMENTOS

O **SIAB** é um sistema idealizado para *agregar* e para *processar* as informações sobre a população visitada.

Estas informações são *recolhidas em fichas* de cadastramento e de acompanhamento e *analisadas a partir dos relatórios* de consolidação dos dados.

São instrumentos de *coleta de dados*:

- cadastramento das famílias - **Ficha A**;
- acompanhamento de gestantes - **Ficha B-GES**;
- acompanhamento de hipertensos - **Ficha B-HA**;
- acompanhamento de diabéticos - **Ficha B-DIA**;
- acompanhamento de pacientes com tuberculose - **Ficha B-TB**;
- acompanhamento de pacientes com hanseníase - **Ficha B-HAN**;
- acompanhamento de crianças - **Ficha C** (Cartão da Criança);
- registro de atividades, procedimentos e notificações - **Ficha D**.

São instrumentos de *consolidação dos dados*:

- relatórios de consolidado anual das famílias cadastradas - **Relatórios A1, A2, A3 e A4**;
- relatório de situação de saúde e acompanhamento das famílias - **Relatório SSA2 e SSA4**;
- relatórios de produção e marcadores para avaliação - **Relatório PMA2 e PMA4**.

Os números **1, 2, 3 e 4** nos relatórios indicam os níveis de agregação correspondentes: *microárea (1), área (2), segmento (3) e município (4)*.

UTILIZAÇÃO DOS INSTRUMENTOS

O quadro abaixo mostra a utilização dos instrumentos do **SIAB**, de acordo com o modelo de atenção.

Instrumentos	Modelo de Atenção					
	PACS		PSF		OUTROS	
	manual	informatizado	manual	informatizado	manual	informatizado
A	preenche	preenche	preenche	preenche	opcional	opcional
A1	preenche	relatório informatizado	preenche	relatório informatizado	opcional	opcional
A2	preenche	relatório informatizado	preenche	relatório informatizado	opcional	opcional
A3	preenche	relatório informatizado	preenche	relatório informatizado	opcional	opcional
A4	preenche	relatório informatizado	preenche	relatório informatizado	opcional	opcional
B-GES	preenche	preenche	preenche	preenche	não preenche	não preenche
B-HA	opcional	opcional	preenche	preenche	não preenche	não preenche
B-DIA	opcional	opcional	preenche	preenche	não preenche	não preenche
B-TB	opcional	opcional	preenche	preenche	não preenche	não preenche
B-HAN	opcional	opcional	preenche	preenche	não preenche	não preenche
C	preenche	preenche	preenche	preenche	não preenche	não preenche
D	preenche	preenche	preenche	preenche	preenche	preenche
SSA-2	preenche	preenche	preenche	preenche	não preenche	não preenche
SSA-4	preenche	relatório informatizado	preenche	relatório informatizado	não preenche	não preenche
PMA-2	preenche	preenche	preenche	preenche	preenche	preenche
PMA-4	Preenche	relatório informatizado	preenche	relatório informatizado	preenche	relatório informatizado

No modelo do **Programa de Saúde da Família (PSF)** serão usados todos os instrumentos (fichas e relatórios) do **SIAB**.

O **Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)** utiliza os seguintes instrumentos do SIAB para o cadastramento das famílias (ficha **A** e relatórios **A1**, **A2**, **A3** e **A4**):

- as fichas de acompanhamento de gestantes e das crianças (fichas **B-GES** e **C**);
- a ficha de registro de atividades, procedimentos e notificações (ficha **D**); e
- os relatórios de situação de saúde e acompanhamento das famílias (relatórios **SSA2** e **SSA4**).
- nos locais onde os agentes comunitários de saúde do PACS acompanharem sistematicamente os hipertensos, os diabéticos e os pacientes com tuberculose ou hanseníase, sugere-se a utilização das fichas **B-HA**, **B-DIA**, **B-TB** e **B-HAN**, respectivamente, instrumentos específico de acompanhamento destes grupos.
- os relatórios **PM2** e **PM4**.

O modelo de atenção classificado como **outro** pode utilizar os instrumentos do **SIAB** de diversos modos:

- se o município optar por fazer adscrição de clientela por microáreas e/ou áreas e realizar o cadastro das famílias, mesmo não adotando o PACS ou o PSF como estratégia de oferta de serviços, poderá utilizar:
 - a) a ficha de cadastro (**Ficha A**) e seus relatórios (**A1**, **A2**, **A3** e **A4**);
 - b) a ficha de registro de atividades, procedimentos e notificações (ficha **D**); e
 - c) os relatórios de produção e marcadores para avaliação (**PMA2** e **PMA4**).

*Não serão utilizadas as **Fichas B** (GES, HA, DIA, TB, HA) e **Ficha C**, que são específicas para o registro de acompanhamento domiciliar.*

- caso o município não faça a adscrição da clientela nem cadastro das famílias, poderão ser usados apenas:
 - a) a ficha de registro de atividades, procedimentos e notificações (ficha **D**); e
 - b) os relatórios de produção e marcadores para avaliação (**PMA2** e **PMA4**).

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DAS FICHAS DE COLETA DE DADOS

Ficha A

Ficha para cadastramento das famílias

A **Ficha A** é preenchida nas primeiras visitas que o Agente Comunitário de Saúde (ACS) faz às famílias de sua comunidade. Deve ser preenchida uma ficha por família.

As informações recolhidas - identificação da família, cadastro de todos os seus membros, situação de moradia e outras informações adicionais - permitem à equipe de saúde conhecer as condições de vida das pessoas da sua área de abrangência e melhor planejar suas intervenções.

- Todos os dados desta ficha devem ser atualizados sempre que houver alteração. O ACS deve estar atento para registrar, todo mês, a ocorrência de nascimentos, mortes e mudanças de atividade profissional (ocupação) dos membros da família e as condições de moradia e saneamento.
- Onde o sistema estiver informatizado, as alterações registradas pelo ACS devem ser incluídas imediatamente no banco de dados, de forma a permitir sua contínua atualização. Caso contrário, a consolidação dos dados do cadastramento deve ser realizada anualmente, no mês de janeiro, através do preenchimento dos **Relatórios A1, A2, A3 e A4**.
- Toda vez que cadastrar ou desligar uma família, o agente deve levar a **Ficha A** para a reunião mensal para discutir com o instrutor/supervisor. Neste caso, o número de famílias cadastradas deve ser alterado nos **Relatórios SSA-2 e SSA-4** e, onde o sistema estiver informatizado, os dados da família devem ser incluídos ou excluídos do banco de dados.

Ficha A, verso - modelo

SITUAÇÃO DA MORADIA E SANEAMENTO

TIPO DE CASA	
Tijolo/Adobe	
Taipa revestida	
Taipa não revestida	
Madeira	
Material aproveitado	
Outro - Especificar:	
Número de cômodos / peças	
Energia elétrica	
DESTINO DO LIXO	
Coletado	
Queimado / Enterrado	
Céu aberto	

TRATAMENTO DA ÁGUA NO DOMICÍLIO	
Filtração	
Fervura	
Cloração	
Sem tratamento	
ÁBASTECIMENTO DE ÁGUA	
Rede geral	
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?		Número de pessoas cobertas pelo Plano de Saúde	
Nome do Plano de Saúde			

EM CASO DE DOENÇA PROCURA	
Hospital	
Unidade de Saúde	
Benzedeira	
Farmácia	
Outros - Especificar:	
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

OBSERVAÇÕES

Ficha A, frente, parte 1 - orientação para preenchimento

FICHA A	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA				UF P B
ENDEREÇO <i>Praça do Rosário</i>	NÚMERO 1 4	BAIRRO <i>Centro</i>	CEP 4 6 1 9 0 - 5 0 0		
MUNICÍPIO _ _ 1 4 2 0 6	SEGMENTO 0 1	ÁREA 0 0 1	MICROÁREA 0 1	FAMÍLIA 0 0 1	DATA

Os campos destacados no início dessa ficha *servem para a identificação da família*, devendo ser registrados os seguintes dados:

UF - sigla do estado.

Endereço - nome da rua, avenida ou praça do domicílio. Registrar ponto de referência quando for necessário.

Número - número do domicílio.

Bairro - nome do bairro.

CEP - código de endereçamento postal.

Município - código do município utilizado pelo IBGE.

Segmento Territorial - código do segmento territorial. Cada código tem um número de dois algarismos, definido pela Secretaria Municipal de Saúde.

Área/equipe - código da área/equipe. Os códigos das áreas/equipes são seqüenciados em cada município, sendo cada código um número de três algarismos, definido pela Secretaria Municipal de Saúde.

Microárea - código da microárea. Os códigos das microáreas são seqüenciados dentro de cada área/equipe, sendo cada código um número de dois algarismos, definido pela equipe de saúde.

Família - código da família. Os códigos das famílias são seqüenciados dentro de cada microárea, sendo cada código um número de três algarismos, definido pela equipe de saúde.

Data - dia, mês e ano do cadastramento da família.

Ficha A, frente, Parte 2 - orientação para o preenchimento

Todos os membros da família devem ser cadastrados nos dois quadros distintos:

- o primeiro destina-se à identificação de pessoas com 15 anos ou mais.
- o segundo, à identificação de pessoas de 0 a 14 anos 11 meses e 29 dias.

CADASTRO DA FAMÍLIA

PESSOAS COM 15 ANOS OU MAIS	DATA NASC.	IDADE	SEXO	ALFABETIZADO		OCUPAÇÃO	DOENÇA OU CONDIÇÃO REFERIDA (sigla)
				sim	não		
NOME <i>Nelson de Jesus Souza</i>	<i>4/05/60</i>	<i>36</i>	<i>M</i>	<i>X</i>		<i>agricultor</i>	<i>TB, ALC</i>
<i>Maria de Fátima Souza</i>	<i>2/12/75</i>	<i>21</i>	<i>F</i>	<i>X</i>		<i>comerciária</i>	<i>GES</i>
<i>Umbelina Lima Souza</i>	<i>-</i>	<i>63</i>	<i>F</i>		<i>X</i>	<i>dona de casa</i>	<i>DIA, HA</i>
<i>Ana Rosa Oliveira</i>	<i>5/11/80</i>	<i>16</i>	<i>F</i>		<i>X</i>	<i>empregada doméstica</i>	<i>---</i>

PESSOAS DE 0 A 14 ANOS	DATA NASC.	IDADE	SEXO	FREQUÊNTA A ESCOLA		OCUPAÇÃO	DOENÇA OU CONDIÇÃO REFERIDA (sigla)
				sim	não		
NOME <i>Davidson Santos Souza</i>	<i>2/09/82</i>	<i>14</i>	<i>M</i>		<i>X</i>	<i>agricultor</i>	<i>EPI</i>
<i>Francisco de Jesus Souza</i>	<i>5/08/89</i>	<i>7</i>	<i>M</i>	<i>X</i>		<i>---</i>	<i>---</i>
<i>Cristina de Jesus Souza</i>	<i>3/07/96</i>	<i>0</i>	<i>F</i>		<i>X</i>	<i>---</i>	<i>---</i>

Veja a situação a seguir, que serve de exemplo:

A família do Sr. Nelson é composta de sete membros: ele, a esposa, três filhos, sua mãe e Ana Rosa, que é empregada doméstica e reside no domicílio.

Dados de idade, sexo, escolaridade, ocupação e ocorrência de doenças ou condições referidas foram coletadas de todos os membros de família.

Observe:

- a data de nascimento de dona Umbelina não foi obtida porque ela não sabia informar. Entretanto, foi registrado no campo idade, 63 anos conforme foi estimado por ela.*
- Cristina tem sete meses sendo registrado como 0 (zero).*

Ficha A, frente, Parte 2 - PESSOAS COM 15 ANOS OU MAIS - orientação para o preenchimento

Nome - nome completo.

Data de nascimento - dia, mês e ano do nascimento.

Idade - anos completos. Caso não se saiba a data do nascimento, anotar a idade referida ou estimada. Preencher o campo idade mesmo quando houver informação da data de nascimento.

Sexo - masculino (M) ou feminino (F).

Alfabetizado - indivíduo que sabe ler e escrever no mínimo um bilhete. O indivíduo que apenas assina o nome não é considerado alfabetizado. Assinalar com um X, nos campos SIM ou NÃO, a presença ou ausência dessa condição

Ocupação - tipo de trabalho que exerce, independente da profissão de origem ou de remuneração, mesmo que no momento do cadastramento o indivíduo esteja de férias, licença ou afastado temporariamente por qualquer motivo. A realização de tarefas domésticas caracteriza o trabalho doméstico, ainda que este não seja remunerado. Se o indivíduo referir mais de uma ocupação, deverá ser anotada aquela a que ele dedica o maior número de horas na semana, no seu período de trabalho.

Será considerado desempregada a pessoa que foi desligada do emprego e que não exerce qualquer outra atividade ocupacional, como prestação de serviços a terceiros, "bicos" etc.

- A codificação da ocupação é feita apenas no momento da digitação, utilizando a Classificação Brasileira de Ocupações (BRASIL, 1992).

Doença ou condição referida - casos atuais das seguintes doenças ou condições referidas pela família: alcoolismo (ALC), Chagas (CHA), deficiência (DEF), diabetes (DIA), epilepsia (EPI), hanseníase (HAN), hipertensão arterial (HA), malária (MAL), tuberculose (TB), gestação (GES) e outras (O). O ACS não deve solicitar comprovação do diagnóstico. Os casos de gestação e deficiência podem ser identificados pelo ACS, quando da visita domiciliar, com ou sem referência da família.

Deficiência é o defeito ou condição física ou mental de duração longa ou permanente que, de alguma forma, dificulta ou impede uma pessoa da realização de determinadas atividades cotidianas, escolares, de trabalho ou de lazer. Isto inclui desde situações em que o indivíduo consegue realizar sozinho todas as atividades que necessita, porém com dificuldade ou através de adaptações, até aquelas em que o indivíduo sempre precisa de ajuda nos cuidados pessoais e outras atividades (adaptado de WERNER, 1994).

Em relação aos casos de Tuberculose, Hanseníase, Malária e Esquistossomose, não registrar aqueles que foram tratados e alcançaram cura.

Ficha A, frente, Parte 3 - PESSOAS DE 0 A 14 ANOS - orientação para o preenchimento

Nome - nome completo.

Data de nascimento - dia, mês e ano do nascimento.

Idade - idade em anos completos. Caso não se tenha informação sobre a data do nascimento, anotar a idade referida ou estimada . Preencher o campo idade mesmo quando houver informação da data de nascimento.

Sexo - masculino (M) ou feminino (F).

Freqüente a escola - pessoa matriculada e freqüentando regularmente a escola, mesmo aquela que estiver de férias no momento do cadastramento mas que freqüentará a escola no período letivo seguinte. Marcar um X nos campos sim ou não, a presença ou ausência dessa condição.

Ocupação - tipo de trabalho que exerce, independente da profissão de origem ou de remuneração, mesmo que no momento do cadastramento o indivíduo esteja de férias, licença ou afastado temporariamente por qualquer motivo. A realização de tarefas domésticas caracteriza o trabalho doméstico, ainda que este não seja remunerado. Se o indivíduo referir mais de uma ocupação, deverá ser anotada aquela a que ele dedica o maior número de horas na semana, no seu período de trabalho.

Será considerado desempregado a pessoa que foi desligada do emprego e que não exerce qualquer outra atividade ocupacional, como prestação de serviços a terceiros, “bicos” etc.

- A codificação da ocupação é feita apenas no momento da digitação, utilizando a Classificação Brasileira Mortalidade (BRASIL, 1992).

Doença ou condição referida - casos atuais das seguintes doenças ou condições referidas pela família: alcoolismo (ALC), Chagas (CHA), deficiência (DEF), diabetes (DIA), epilepsia (EPI), hanseníase (HAN), hipertensão arterial (HA), malária (MAL), tuberculose (TB) e gestação (GES). O ACS não deve solicitar comprovação do diagnóstico. Os casos de gestação e deficiência podem ser identificados pelo ACS, quando da visita domiciliar, com ou sem referência da família

Deficiência é o defeito ou condição física ou mental de duração longa ou permanente que, de alguma forma, dificulta ou impede uma pessoa da realização de determinadas atividades cotidianas, escolares, de trabalho ou de lazer. Isto inclui desde situações em que o indivíduo consegue realizar sozinho todas as atividades que necessita, porém com dificuldade ou através de adaptações, até aquelas em que o indivíduo sempre precisa de ajuda nos cuidados pessoais e outras atividades (adaptado de WERNER, 1994).

Em relação aos casos de Tuberculose, Hanseníase, Malária e Esquistossomose, não registrar aqueles que foram tratados e alcançaram cura.

Ficha A, verso, parte 1 - orientação para o preenchimento

SITUAÇÃO DA MORADIA E SANEAMENTO	
TIPO DE CASA	
Tijolo/Adobe	
Taipa revestida	
Taipa não revestida	X
Madeira	
Material aproveitado	
Outro - Especificar:	
Número de cômodos / peças	5
Energia elétrica	X
DESTINO DO LIXO	
Coletado	
Queimado / Enterrado	
Céu aberto	X
TRATAMENTO DA ÁGUA NO DOMICÍLIO	
Filtração	X
Fervura	
Cloração	
Sem tratamento	
ABASTECIMENTO DE ÁGUA	
Rede geral	
Poço ou nascente	X
Outros	
DESTINO DE FEZES E URINA	
Sistema de esgoto (rede geral)	
Fossa	X
Céu aberto	

Os campos no verso da **Ficha A** servem para caracterizar a situação de moradia e saneamento e outras informações acerca da família.

Os campos de situação de moradia e saneamento devem ser preenchidos com um **X** na alternativa correspondente. Só deverá ser assinalada uma única alternativa para cada campo. Em caso de dúvida, optar pela alternativa que corresponder à situação mais freqüente ou predominante.

Veja a situação a seguir, que serve de exemplo:

A casa onde reside a família do Sr. Nelson de Jesus Souza é composta por 3 quartos, uma sala onde fica, a um canto, o fogão, um banheiro e um pátio na área externa. Tem paredes de taipa, sendo que apenas as da sala são revestidas com reboco. O banheiro acabou de ser construído e as paredes são de tijolo e não possuem reboco. Este domicílio é suprido por energia elétrica das 8 às 20 horas, e os moradores jogam o lixo em um terreno baldio vizinho, sendo que, esporadicamente, um caminhão da prefeitura coleta o lixo acumulado. A água consumida pelos moradores é originária de um poço situado no quintal. A água utilizada pela família é filtrada, sendo que a de Cristina é também fervida. Não há rede de esgotos no bairro, havendo uma fossa nesta residência.

Ficha A, verso, parte 1 - orientação para o preenchimento

Tipo de casa - assinalar o tipo de parede da casa entre as opções existentes na ficha.

- tijolo/adobe - parede construída com qualquer tipo de tijolo, inclusive adobe, adobão e semelhantes (adobe = bloco semelhante ao tijolo, preparado com argila crua, secada ao sol);

- taipa revestida - parede de taipa com o interior do domicílio completamente revestido por reboco ou emboço (primeira camada de argamassa);
- taipa não revestida - parede de taipa sem revestimento;
- madeira - parede de madeira;
- material aproveitado - materiais impróprios, como papelão, plástico, lona, palha, flandre etc.
- outro - outros materiais de construção, como pedra, concreto etc.

Número de cômodos/peças - número de cômodos ou peças do domicílio. Cômodos ou peças são “todos os compartimentos integrantes do domicílio, inclusive banheiro e cozinha, separados por paredes, e os existentes na parte externa do prédio, desde que constituam parte integrante do domicílio, com exceção de corredores, alpendres, varandas abertas e outros compartimentos utilizados para fins não residenciais como garagens, depósitos etc.” (BRASIL, 1994).

Energia elétrica - marcar com um **X** se o domicílio possuir energia elétrica, mesmo que o fornecimento não seja contínuo, ou que a instalação não seja regularizada (ligação clandestina, “gato”, “gambiarra”).

Destino do lixo - assinalar a opção acerca do destino dado ao lixo do domicílio:

- coletado - por serviço, empresa pública ou particular;
- queimado ou enterrado;
- jogado a céu aberto.

Tratamento da água no domicílio - tratamento da água feito continuamente no domicílio. Não considerar o tratamento da água realizado pela empresa fornecedora. Marcar um **X** no tipo de tratamento empregado:

- filtração;
- fervura;
- cloração;
- sem tratamento - assinalar esta opção quando não for referida nenhuma das alternativas acima.

Abastecimento de água - Registrar a origem da água utilizada no domicílio, de acordo com a classificação do IBGE (BRASIL, 1994):

- rede geral ou pública - domicílio servido de água proveniente de uma rede geral de abastecimento, no domicílio ou no peridomicílio;
- poço ou nascente - domicílio servido de água proveniente de poço ou nascente próprios;
- outros - domicílio abastecido com água de chuva, carro-pipa, ou apanhada em fonte pública, poço, ou bica, fora do domicílio ou peridomicílio.

Destino de fezes e urina - destino dado às fezes e urina do domicílio. Marcar com **X** :

- sistema de esgoto (rede geral) - fezes e urina são canalizadas para o sistema de esgoto (rede pública geral);
- fossa - qualquer tipo de fossa;
- céu aberto - no quintal, na rua, em um riacho etc.

Em seguida ao quadro relativo à situação de moradia e de saneamento, abrem-se alguns campos destinados ao registro de outras informações importantes para a caracterização do padrão de vida da família.

Os primeiros campos destinam-se a informações sobre seguro-saúde:

Ficha A, verso, parte 2 - orientação para preenchimento

OUTRAS INFORMAÇÕES

Alguém da família possui Plano de Saúde?	<i>Sim</i>	Número de pessoas cobertas pelo Plano de Saúde	1
Nome do Plano de Saúde S A N T A C A S A D E M I S E R C Ó R D I A			

EM CASO DE DOENÇA PROCURA	
Hospital	
Unidade de Saúde	X
Benzedeira	X
Farmácia	
Outros - Especificar:	
MEIOS DE COMUNICAÇÃO QUE MAIS UTILIZA	
Rádio	X
Televisão	X
Outros - Especificar: <i>jornal</i>	

PARTICIPA DE GRUPOS COMUNITÁRIOS	
Cooperativa	X
Grupo religioso	
Associações	X
Outros - Especificar:	
MEIOS DE TRANSPORTE QUE MAIS UTILIZA	
Ônibus	X
Caminhão	
Carro	
Carroça	X
Outros - Especificar	

OBSERVAÇÕES

Lindinalva Lima Souza, 80 anos, morreu de derrame em julho de 1995.

Maria de Fátima, tosse com expectoração há 20 dias.

Veja a situação a seguir, que serve de exemplo:

O Sr. Nelson de Jesus Souza tem um irmão que o colocou como dependente no seu Plano de Saúde. Sempre que alguém da família adoce, procura o centro de saúde. Contudo, Dona Umbelina freqüentemente vai a benzedeira. A família ouve rádio, assiste televisão e lê jornal. Sr. Nelson é membro da cooperativa de agricultores e Maria de Fátima do Sindicato dos Comerciantes. Quando necessitam utilizam ônibus e/ou carroça para locomoção. Em julho do ano passado faleceu aos 80 anos, Dona Lindinalva, irmã mais velha de Dona Umbelina, que residia no domicílio. Segundo sua sobrinha a causa do óbito foi derrame. Maria de Fátima apresenta tosse com expectoração há cerca de 20 dias.

Ficha A, verso, parte 2 - orientação para o preenchimento

Alguém da família possui Plano de Saúde? - escreva sim ou não de acordo com a resposta. Considere como plano de saúde qualquer seguro para assistência médica privativa de qualquer tipo (hospitalizações, consultas, exames laboratoriais etc.), pago pela família ou por outro (empregador de algum membro da família, parentes etc.).

Número de pessoas cobertas por Plano de Saúde - registrar o número de indivíduos com direito a assistência por seguro-saúde. Quando na família existirem pessoas associadas a planos de saúde diferentes, registre o total de pessoas cobertas por todos os planos.

Nome do Plano de Saúde - anotar o nome da empresa de seguro-saúde. Quando na família existirem pessoas associadas a plano de saúde diferentes, registre o nome daquele que cobre o maior número de indivíduos.

Em outras informações, poderá ser assinalada mais de uma alternativa referida pela família.

Em caso de doença, procura - marcar um **X** nos itens referidos pela família:

- hospital - unidade de saúde que realiza internação (inclui unidades mistas);
- unidade de saúde - postos e centros de saúde (unidades que não fazem internação);
- benzedeira;
- farmácia;
- outros - especificar.

Meios de comunicação que mais utiliza - marcar um **X** nos itens referidos pela família:

- rádio;
- televisão;
- outros - especificar.

Participa de grupos comunitários - marcar um **X** nos itens referidos pela família:

- cooperativa;
- grupo religioso;
- associações - associações de bairro, de moradores, de mães, de trabalhadores; comunidades de base e sindicatos.
- outros - especificar.

Meios de transporte que mais utiliza - marcar um **X** nos itens referidos pela família:

- ônibus;
- caminhão;
- carro;
- carroça;
- outros - especificar.

Observação - Este campo destina-se ao registro de outras informações que o ACS considerar importante.

Fichas B e C

Fichas para acompanhamento domiciliar

As fichas do grupo **B** (B-GES, B-HA, B-DIA, B-TB e B-HAN) e a ficha **C** são utilizadas para o acompanhamento domiciliar dos grupos prioritários para monitoramento. A cada visita mensal os dados destas fichas devem ser atualizados. O ACS deve guardar consigo as fichas de acompanhamento e o instrutor/supervisor deve revisá-las periodicamente. Sempre que cadastrar um caso novo, o agente comunitário de saúde deve discutir com o instrutor/supervisor o acompanhamento do mesmo.

Campos iniciais de todas as fichas B - orientação para preenchimento

Os campos iniciais de todas as fichas **B** são iguais e servem para a identificação da microárea onde residem as pessoas acompanhadas, devendo ser preenchidos segundo as orientações abaixo:

Ano - ano corrente.

Município - código do município utilizado pelo IBGE.

Segmento Territorial - código do segmento territorial. Sendo cada código um número de dois algarismos, definido pela Secretaria Municipal de Saúde.

Unidade - código da Unidade de Saúde onde o ACS está cadastrado e que consta no cadastro do Sistema de Informações Ambulatoriais/SIA-SUS.

Área - código da área. Os códigos das áreas são seqüenciados em cada município, sendo cada código um número de três algarismos, definido pela Secretaria Municipal de Saúde.

Microárea - código da microárea. Os códigos das microáreas são seqüenciados dentro de cada área, sendo cada código um número de dois algarismos, definido pela equipe de saúde.

Nome do ACS - nome do agente comunitário de saúde.

Ficha B-GES

Ficha para acompanhamento de gestantes

Na **Ficha B-GES** o ACS cadastra e acompanha mensalmente o estado de saúde das gestantes. A cada visita, os dados da gestante devem ser atualizados nesta ficha, que deve ficar de posse do ACS, sendo discutida mensalmente com o instrutor/supervisor. Sempre que cadastrar uma nova gestante, o agente necessita programar com o instrutor/supervisor o acompanhamento da mesma.

Ficha B-GES - orientação para preenchimento

Os campos para identificação devem ser preenchidos conforme instrução na **página 21**. Os dados para preenchimento dos campos seguintes referem-se às informações de cada gestante e devem ser coletados nas visitas domiciliares pelo ACS.

Nome - nome completo.

Endereço - rua, avenida ou praça, número e bairro.

Data da última regra - data (dia, mês e ano) correspondente ao primeiro dia do último período menstrual.

Data provável do parto - o cálculo da data provável do parto deve ser feito pelo instrutor/supervisor junto com o ACS. Pode ser utilizada a regra de *Nägele* que consiste em adicionar à data da última menstruação, 7 dias e mais 9 meses. Exemplo: se a última menstruação foi em 10 de novembro, a data provável do parto será 17 de agosto.

10/11	17/11	17/12	17/01	17/02	17/03	17/04	17/05	17/06	17/07	17/08
↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓
Última	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês	7º mês	8º mês	9º mês	parto
Regra										

Data da vacina - O ACS deve solicitar o comprovante de vacinação e só considerar as doses registradas.

Os espaços 1, 2 e 3 servem para anotar a data em que a gestante tomou a 1ª, 2ª e 3ª doses de Toxóide Tetânico (TT). Se a gestante não tomou a vacina, o espaço deve ser deixado em branco. Se ela tomou o esquema básico e a 3ª dose foi recebida há menos de 5 anos da gestação atual, escrever a palavra "Imunizada" ocupando os três campos (1, 2 e 3). Se a gestante tiver tomado a última dose há mais de 5 anos, deve receber uma dose de reforço. Anotar no campo R a data em que o reforço foi dado.

Estado nutricional - os campos de 1 a 9 correspondem aos meses de gestação. Em cada visita, no campo correspondente ao mês da gestação, anotar as letras **D** (desnutrida) e **N** (nutrida) para registrar o estado nutricional da gestante.

O estado nutricional pode ser avaliado através da "curva peso x idade gestacional" que consta do cartão da gestante ou através da fita braquial. A gestante não deve perder peso e se isso ocorrer, deve ser orientada a antecipar o retorno ao pré-natal.

Data da consulta de pré-natal - os campos de 1 a 9 correspondem aos meses de gestação. Em cada visita, no campo correspondente ao mês da gestação, anotar a data em que a gestante realizou consulta de pré-natal com médico ou enfermeiro. Quando existe segurança de que a consulta aconteceu, mas por qualquer motivo desconhece-se a data, marcar um X.

Considere como "consulta de pré-natal" aquela realizada por médico ou enfermeiro, diretamente relacionada com a gestação, em qualquer unidade de saúde.

Data da visita do ACS - o ACS deve anotar o dia que realizou a visita domiciliar, isto é, quando as informações sobre o acompanhamento mensal da gestante foram obtidas.

Fatores de Risco - quando a gestante apresenta um dos fatores de risco selecionados, marcar um X ao lado da informação correspondente. Qualquer um destes fatores sendo detectado indica risco potencial para todo o período gestacional. São considerados como fatores de risco para a gestante e o conceito as seguintes condições:

- **6 ou mais gestações** - considerar todas as gestações anteriores independente de seu resultado (aborto, natimorto ou nativo). Não considerar a gestação atual.
- **natimorto/aborto**: ocorrência de pelo menos uma gestação anterior que resultou em aborto ou natimorto (ver definições no item “resultado da gestação atual”).
- **36 anos e mais** - idade materna igual ou superior a 36 anos, tomando como referência a idade da mãe na data da última menstruação.
- **menos de 20 anos** - idade materna inferior a 20 anos, tomando como referência a idade da mãe na data da última menstruação.
- **sangramento** - qualquer sangramento vaginal durante a gestação. Neste caso, o ACS deve orientar a gestante a procurar imediatamente o médico.
- **edema** - aumento de volume das pernas e/ou pés da gestante.
- **diabetes** - quando a gestante referir ser diabética. Considerar os casos de diabetes gestacional e os casos de diabetes não gestacional.
- **pressão alta** - referência de hipertensão ou da ocorrência de pelo menos um episódio de elevação da pressão arterial na gestação atual.

Resultado da gestação atual - os espaços NV, NM e AB servem para registrar o resultado da gestação atual. O ACS deve colocar a data do desfecho da gestação em um dos espaços previstos de acordo com as situações a seguir: nascido vivo (NV), natimorto (NM) e aborto (AB). Adotar as seguintes definições da CID, 9ª revisão:

- **nascido vivo** - toda criança que, independente da duração da gestação, apresentou ao nascer (após a expulsão ou extração completa do corpo da mãe) nem que seja por algum instante, um ou mais dos seguintes sinais: respiração, batimentos cardíacos, pulsação do cordão umbilical e/ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária, estando ou não cortado o cordão umbilical e estando ou não desprendida a placenta.
- **natimorto** - óbito fetal tardio ou intermediário, ou seja, o óbito ocorrido antes da expulsão ou extração completa do corpo materno, de feto que tenha alcançado 20 semanas completas ou mais de gestação (ou peso maior que 500 gramas) e que não tenha apresentado sinais de vida após o parto (batimentos cardíacos, respiração, pulsação do cordão umbilical ou movimentos de contração voluntária).
- **aborto** - é a expulsão do produto da gestação com menos de 20 semanas. Se não houver informação sobre idade gestacional, considere aborto a morte do produto da concepção com peso menor ou igual a 500 gramas.

Data da consulta de puerpério - os espaços 1 e 2 servem para anotar a data das consultas médicas ou de enfermagem no período de pós-parto em uma unidade de saúde, referindo-se ao 1º e 2º mês após o parto.

Ficha B - HA

Ficha para acompanhamento de hipertensos

A Ficha B-HA serve para o cadastramento e acompanhamento mensal dos hipertensos. Atenção: só devem ser cadastradas as pessoas com diagnóstico médico estabelecido.

*Os casos suspeitos (referência de hipertensão ou pressão arterial acima dos padrões de normalidade) devem ser **encaminhados imediatamente à Unidade de Saúde** para realização de consulta médica. Só após este procedimento, com o diagnóstico médico estabelecido, é que o ACS cadastra e acompanha o hipertenso.*

A cada visita os dados desta ficha devem ser atualizados. Ela fica de posse do ACS e deve ser revisada periodicamente pelo instrutor/supervisor. Sempre que cadastrar um caso novo de hipertensão o agente comunitário de saúde deve discutir com o instrutor/supervisor o acompanhamento do mesmo.

Ficha B-HA - orientação para preenchimento

Os campos para identificação devem ser preenchidos conforme instrução na **página 21**. Os dados para preenchimento dos campos seguintes, sobre cada hipertenso, devem ser coletados pelo ACS nas visitas domiciliares.

Nome - nome completo.

Endereço - rua, avenida ou praça, número e bairro.

Sexo - anotar **M** para sexo masculino e **F** para feminino.

Idade - em anos completos.

Fumante - assinalar **X** nas alternativas SIM ou NÃO se o indivíduo é ou não fumante.

Considera-se fumante o indivíduo que fuma, eventual ou freqüentemente, qualquer que seja a quantidade consumida de tabaco, independente do tipo (cigarros, charutos, cachimbos ou fumo de corda).

As informações referentes ao acompanhamento devem ser anotadas nos espaços correspondentes aos meses do ano. O preenchimento dos campos seguintes será feito nas visitas domiciliares mensais.

Data da visita do ACS - o ACS deve anotar o dia em que realizou a visita domiciliar, isto é, quando as informações acerca do acompanhamento mensal do hipertenso foram obtidas.

Faz dieta - marcar S o hipertenso informar que, no mês de referência, cumpriu, regularmente, a dieta, conforme recomendado pela equipe de saúde; N, se não cumpriu; e X, se não houve recomendação.

Toma a medicação - marcar S se o hipertenso informar que, no mês de referência, tomou regularmente a medicação prescrita pelo médico; N, se não tomou; e X se não houve prescrição. Incluir fitoterapia (chás, ervas etc.) desde que prescrito pelo médico.

Faz exercícios físicos - marcar S se o hipertenso informar que, no mês de referência, realizou exercícios físicos regularmente (pelo menos 3 vezes por semana) e N, se não realizou.

Pressão arterial - o ACS deve medir e registrar os níveis tensionais dos indivíduos hipertensos, em todas as visitas.

Data da última consulta - anotar o dia da última consulta médica ou de enfermagem relacionada ao controle da hipertensão.

Consulta para controle de hipertensão arterial é aquela realizada periódica e sistematicamente para avaliação da evolução do quadro de hipertensão arterial.

Observação - registrar ocorrência de hospitalização, óbitos, complicações e outras intercorrências.

Ficha B-DIA

Ficha para acompanhamento de diabéticos

A Ficha B-DIA serve para o cadastramento e acompanhamento mensal dos diabéticos. Atenção: só devem ser cadastradas as pessoas com diagnóstico médico estabelecido.

Os casos suspeitos (referência de diabetes) devem ser encaminhados à Unidade de Saúde para realização de consulta médica. Só após este procedimento é que o ACS cadastra e acompanha o diabético. Os casos de diabetes gestacional não devem ser cadastrados nesta ficha.

A cada visita os dados desta ficha devem ser atualizados. Ela fica de posse do ACS e deve ser revisada periodicamente pelo instrutor/supervisor. Sempre que cadastrar um caso novo de diabetes o agente comunitário de saúde deve discutir com o instrutor/supervisor o acompanhamento do mesmo.

Ficha B-DIA - orientação para preenchimento

Os campos para identificação devem ser preenchidos conforme instrução na **página 21**. Os dados para preenchimento dos campos seguintes, sobre cada diabético, devem ser coletados pelo ACS nas visitas domiciliares.

Nome - nome completo.

Endereço - rua, avenida ou praça, número e bairro.

Sexo - anotar M para sexo masculino e F para feminino.

Idade - em anos completos.

As informações referentes ao acompanhamento devem ser anotadas nos espaços correspondentes aos meses do ano. O preenchimento dos campos seguintes deve ser feito nas visitas domiciliares mensais.

Data da visita do ACS - o ACS deve anotar o dia em que realizou a visita domiciliar, isto é, quando as informações acerca do acompanhamento mensal do diabético foram obtidas.

Faz dieta - marcar S se o diabético informar que, no mês de referência, cumpriu a dieta, regularmente, conforme recomendado pela equipe de saúde; N, se não cumpriu; e X, se não houve recomendação.

Faz exercício físicos - marcar S se o diabético informar que, no mês de referência, realizou exercícios físicos regularmente (pelo menos 3 vezes por semana); e N, se não realizou.

Usa insulina - marcar S se o diabético informar que, no mês de referência, tomou insulina regularmente, como prescrita pelo médico; N, se não tomou; e X se não houve prescrição.

Toma hipoglicemiante oral - marcar S se o diabético informar que, no mês de referência, tomou hipoglicemiante oral regularmente, como prescrito pelo médico; N, se não tomou; e X se não houve prescrição.

Data da última consulta - anotar o dia da última consulta médica ou de enfermagem realizada para o controle do diabetes.

Consulta para controle de diabetes é aquela realizada periódica e sistematicamente para avaliação da evolução do quadro de diabetes.

Observação - registrar ocorrência de hospitalização, óbitos, complicações e outras intercorrências.

Ficha B-TB

Ficha para acompanhamento de pessoas com tuberculose

A Ficha B-TB serve para o cadastramento e acompanhamento mensal de pessoas com tuberculose.

A cada visita os dados desta ficha devem ser atualizados. Ela fica de posse do ACS e deve ser revisada periodicamente pelo instrutor/supervisor.

Sempre que cadastrar um caso novo de tuberculose o agente comunitário de saúde deve discutir com o instrutor/supervisor o acompanhamento do mesmo.

Ficha B-TB - orientação para preenchimento

Os campos para identificação devem ser preenchidos conforme instrução na **página 21**. Os dados para preenchimento dos campos seguintes, sobre cada pessoa com tuberculose, devem ser coletados pelo ACS nas visitas domiciliares.

Nome - nome completo.

Endereço - rua, avenida ou praça, número e bairro.

Sexo - anotar **M** para sexo masculino e **F** para sexo feminino.

Idade - em anos completos.

As informações referentes ao acompanhamento devem ser anotadas nos espaços correspondentes aos meses do ano. O preenchimento dos campos seguintes deve ser feito nas visitas domiciliares mensais.

Data da visita do ACS - o ACS deve anotar o dia em que realizou a visita domiciliar, quando as informações acerca do acompanhamento mensal da pessoa com tuberculose foram obtidas.

Toma medicação diária - marcar S se o paciente informar que, no mês de referência, tomou, diariamente, todos os comprimidos do esquema prescrito por médico ou por enfermeiro; N, se não tomou; e X, se não houve prescrição.

Reações indesejáveis - assinalar um X na ocorrência de qualquer uma das seguintes reações indesejáveis ao uso de medicamentos: *desconforto gástrico, náuseas, vômitos, icterícia, alterações visuais, alterações auditivas, asma, urticária, sangramentos, dores articulares, perda de equilíbrio e outros efeitos indesejáveis identificados, relacionados ao uso da medicação.*

Data da última consulta - anotar o dia e o mês da última consulta médica ou de enfermagem para controle de tuberculose, no mês de referência.

Consulta para controle de tuberculose é aquela realizada periódica e sistematicamente para avaliação da evolução do quadro de tuberculose.

Exame do escarro - registrar S se o paciente realizou exame de escarro no mês de referência; e N, se não realizou.

Comunicantes examinados - registrar o número de comunicantes examinados em unidade de saúde até o mês de referência, ou seja, o número total de comunicantes examinados nos meses anteriores e no mês de referência. Caso no mês de referência nenhum comunicante tenha sido examinado, o número computado no mês anterior deve ser repetido.

< 5 anos com BCG - anotar o número de crianças menores de 5 anos que apresentam cicatriz vacinal ou comprovante de vacinação por BCG, até o mês de referência, ou seja, o número total de crianças < 5 anos que apresentaram cicatriz vacinal ou comprovante de vacinação por BCG nos meses anteriores e no mês de referência. Caso no mês de referência nenhuma criança tenha sido vacinada, o número computado no mês anterior deve ser repetido.

Outras informações - preencher esta coluna seguindo as orientações a seguir:

- **Nº de Comunicantes** - registrar o número total de comunicantes residentes no domicílio.
- **Comunicantes < 5 anos** - registrar o número de menores de cinco anos residentes no domicílio.

O espaço em branco destina-se ao registro de outras informações consideradas relevantes no decorrer do acompanhamento do paciente, como por exemplo, a ocorrência de hospitalização, óbito e complicações.

Ficha B-HAN

Ficha para acompanhamento de pessoas com hanseníase

A Ficha B-HAN serve para o cadastramento e acompanhamento mensal de pessoas com hanseníase.

A cada visita os dados desta ficha devem ser atualizados. Ela fica de posse do ACS e deve ser revisada periodicamente pelo instrutor/supervisor. Sempre que cadastrar um caso novo de hanseníase, o agente comunitário de saúde deve discutir com o instrutor/supervisor o acompanhamento do mesmo.

Ficha B-HAN - orientação para preenchimento

Os campos para identificação devem ser preenchidos conforme instrução na **página 21**. Os campos seguintes referem-se às informações sobre cada pessoa acompanhada. Estes dados devem ser coletados nas visitas domiciliares pelo ACS.

Nome - nome completo.

Endereço - rua, avenida ou praça, número e bairro.

Sexo - anotar **M** para sexo masculino e **F** sexo para feminino.

Idade - em anos completos.

As informações referentes ao acompanhamento devem ser anotadas nos espaços correspondentes aos meses do ano. O preenchimento dos campos seguintes deve ser feito nas visitas domiciliares mensais.

Data da visita do ACS - o ACS deve anotar o dia em que realizou a visita domiciliar, isto é, quando as informações acerca do acompanhamento mensal da pessoa com hanseníase foram obtidas.

Toma medicação diária - marcar S se o paciente com hanseníase informar que, no mês de referência, tomou diariamente a medicação, como prescrito por médico ou por enfermeiro; N, se não tomou e X, se não houve prescrição.

Data da última dose supervisionada - anotar o dia e mês do último retorno do paciente ao ambulatório para tomada da dose supervisionada.

Faz auto-cuidado (prevenção de incapacidades) - marcar S se o paciente informar que está seguindo as medidas de auto-cuidado para prevenir incapacidades, conforme orientação do profissional de saúde; N, se não está seguindo e X, se não houve orientação.

Data da última consulta - anotar o dia da última consulta médica ou de enfermagem realizada para o controle da hanseníase.

Consulta para controle de hanseníase é aquela realizada periódica e sistematicamente para avaliação da evolução do quadro de hanseníase.

Comunicantes examinados - registrar o número de comunicantes examinados em unidade de saúde até o mês de referência, ou seja, o número total de comunicantes examinados nos

meses anteriores e no mês de referência. Caso no mês de referência nenhum comunicante tenha sido examinado, o número computado no mês anterior deve ser repetido.

Comunicantes que receberam BCG - anotar o número de comunicantes que apresentaram comprovante de terem recebido a 2ª dose de vacina BCG até o mês de referência, ou seja: o número total de comunicantes que receberam a 2ª dose de vacina BCG (com comprovante) nos meses anteriores e no mês de referência. Caso no mês de referência nenhum comunicante tenha sido vacinado com a 2ª dose de vacina BCG, o número computado no mês anterior deve ser repetido.

Outras informações - preencher esta coluna segundo as orientações a seguir:

- **Nº Comunicantes** - registrar o número total de comunicantes residentes no domicílio.

O espaço em branco destina-se à anotação de outras informações consideradas relevantes no decorrer do acompanhamento do paciente como, por exemplo, a ocorrência de hospitalização, óbito, complicações e estados reacionais.

Ficha C

Ficha para acompanhamento da criança

O instrumento utilizado para o acompanhamento da criança - a **Ficha C** - é uma cópia do *Cartão da Criança* padronizado pelo Ministério da Saúde, utilizado pelos diversos serviços de saúde nos municípios. Este Cartão é produzido em dois modelos distintos: um para a criança de sexo masculino e outro para a criança do sexo feminino. Toda família que tenha uma criança menor de cinco anos, acompanhada por uma unidade de saúde deve possuir este Cartão. É ele que servirá como fonte básica dos dados que serão coletados pelos ACS.

Para as crianças menores de 2 anos o ACS deve utilizar, como base para a coleta dos dados, o *Cartão da Criança* que está de posse da família, transcrevendo para o seu *cartão-sombra* os dados registrados no *Cartão da Criança*. Caso a família não tenha o Cartão, o ACS deverá preencher o *cartão-sombra* com base nas informações referidas e orientar a família a procurar a unidade de saúde de referência para providenciar a 2ª via.

Cartão-sombra é a cópia do cartão da criança que fica com o ACS

Ficha C - orientação para preenchimento

A frente do Cartão da Criança destina-se à coleta de informações acerca da identificação da criança, sobre o tipo do parto e condições da criança ao nascer, devendo ser preenchidos os seguintes dados:

Nome da criança - nome completo da criança.

Nome da mãe - nome completo da mãe da criança.

Nome do pai - nome completo do pai da criança.

Endereço - rua, avenida ou praça, número e bairro; cidade/estado; telefone e CEP.

Local de referência - ponto de referência para facilitar a localização do domicílio.

Data de nascimento - dia, mês e ano do nascimento da criança.

Comprimento - comprimento da criança ao nascer em centímetros.

Peso em gramas - peso da criança ao nascer (até a 5ª hora de vida).

Perímetro cefálico - perímetro cefálico da criança ao nascer, em centímetros.

Apgar 5' - valor do índice de Apgar no 5º minuto de vida.

Tipo de parto - classificação do parto em natural, fórceps ou cesáreo.

Observações - campo aberto para o registro de outras informações relacionadas ao nascimento. No Cartão que está de posse do ACS, este campo pode ser utilizado para informar que a família não possuía o cartão, na ocasião da visita domiciliar, caso isto tenha ocorrido.

Para o registro de informações relacionadas à vacinação, o ACS deve requisitar à família, além do Cartão da Criança, as senhas de Campanha de Vacinação pois muitas vezes a família acumula consigo mais de um desses documentos.

No verso do Cartão da Criança encontra-se impresso um quadro para registro de informações sobre vacinação. O agente deve transcrever para o seu instrumento (o cartão-sombra), no campo correspondente, as datas em que a criança tomou a dose respectiva da vacina assinalada. Em geral essas datas estão anotadas a caneta e rubricadas pelo funcionário da unidade de saúde que as aplicou. Às vezes, ao invés disso, encontra-se afixado no campo uma etiqueta de campanha de vacinação, na qual também consta a data da dose aplicada.

ATENÇÃO

O ACS não deve transcrever para o Cartão de sua posse (cartão-sombra) as datas que estiverem anotadas a lápis no Cartão da Criança que está de posse da família. As anotações a lápis referem-se a datas que são aprazadas pelo serviço de saúde para comparecimento da criança, não correspondendo, portanto, à dose de vacina aplicada.

O Cartão da Criança apresenta um gráfico peso-idade que deve ser utilizado no acompanhamento da criança. Na linha horizontal desse gráfico observa-se uma numeração de 0 (zero) a 60 (sessenta) que corresponde à idade da criança em meses. O marco zero refere-se à data de nascimento da criança. Os números ao lado e dentro do gráfico indicam o peso em quilos. As duas linhas vermelhas mostram a faixa dentro da qual a maioria das crianças sadia está situada.

O peso da criança ao nascer deve ser registrado com uma bolinha no marco zero, na ordenada do gráfico (primeira linha vertical). Todos os meses a criança deverá ser pesada e o seu peso, registrado com uma bolinha no ponto correspondente do gráfico, de modo que seja construída, no decorrer dos meses, uma curva peso-idade. Para a construção da curva de crescimento, o ACS deverá unir as bolinhas relativas ao registro de peso de dois meses subseqüentes, procedendo dessa forma para todos os meses. O desenho dessa curva é um indicativo do processo de crescimento da criança, devendo o ACS estar atento para a ocorrência de qualquer das seguintes situações:

- o peso da criança está abaixo da curva inferior do gráfico;
- a criança mantém o mesmo peso do mês anterior;
- a criança apresenta peso inferior ao do mês anterior.

Para o registro do peso da criança no mês correspondente, o agente deve pesar a criança no momento da visita domiciliar, ou transcrever o peso que consta do Cartão de posse da mãe, se este peso estiver atualizado, ou seja, se o último peso registrado no Cartão tiver ocorrido há menos de 30 dias.

Ao pesar uma criança, o ACS deve atualizar também o Cartão que está de posse da família.

Na parte do cartão onde está escrito DATAS o ACS deve anotar, no espaço embaixo do 0 (zero), a data do nascimento, e nos seguintes registrar, mês a mês, a data da visita domiciliar em que foi pesada ou registrado o peso da criança.

Uma das ações do ACS é estimular o aleitamento materno, enfatizando a importância do aleitamento exclusivo até os seis meses de idade. O ACS deve registrar mensalmente se a criança está amamentando, durante todo o período em que a criança fizer uso de aleitamento

materno. Este registro será feito na parte inferior do gráfico peso-idade, logo abaixo do número do mês correspondente, de acordo com os seguintes critérios:

- **Criança com aleitamento exclusivo:** será considerada como “com aleitamento exclusivo” a criança que utiliza diariamente apenas o leite materno. Não devem ser consideradas, portanto, aquelas crianças que usam água, chá, ou qualquer outro líquido, regularmente. Entretanto, pode ser considerada aquela criança que, no período de referência, fez uso esporádico, por algum motivo (doença, afastamento temporário da mãe etc.), de algum dos líquidos mencionados, sem que sua amamentação tenha sido interrompida.
- **Criança com aleitamento misto:** é aquela que, apesar de estar sendo amamentada, utiliza regularmente água e/ou qualquer outro tipo de alimento como chá, leite de vaca, leite em pó, frutas, sopas etc.

No Cartão da Criança deve ser anotado, no espaço correspondente, **AE** se a criança estiver “com aleitamento exclusivo” e **AM** se a criança estiver com aleitamento misto.

Algumas intercorrências observadas durante o acompanhamento mensal das crianças devem ser anotadas no mês correspondente, na parte inferior do gráfico peso-idade, abaixo do espaço destinado para o registro do aleitamento. Deve-se utilizar para o registro a letra inicial, conforme indicado abaixo:

- D - diarreia
- P - pneumonia
- O - outra doença
- H - hospitalização

Veja a seguinte situação, que serve de exemplo:

O agente Gabriel visitou em 3 de março de 1997 a família da Sra. Maria e Seu Pedro que tem um filho, Antônio, nascido em 2 de abril de 1996. Antônio recebeu as seguintes vacinas: uma dose de BCG no dia de seu nascimento, na maternidade; uma dose de DPT em 06/06/96, três doses de anti-pólio, respectivamente em 06/06/96, 08/08/96 e 15/10/96, e uma dose de anti-sarampo em 10/12/96.

Antônio nasceu com 2.450 gramas, apresentando a seguinte evolução do peso no primeiro ano de vida:

1 mês	- 3.450g	7 meses	- 7.500g
2 meses	- 4.500g	8 meses	- 8.000g
3 meses	- 5.550g	9 meses	- 8.400g
4 meses	- 6.000g	10 meses	- 8.500g
5 meses	- 6.560g	11 meses	- 8.250g
6 meses	- 7.000g		

Com relação à amamentação, Antônio mamou até completar 4 meses de vida, sendo que nos primeiros três meses a mãe oferecia à criança apenas o leite materno. No 4º mês, a mãe introduziu na alimentação de Antônio frutas e chás.

Na visita domiciliar realizada em 7 de janeiro, a mãe de Antônio informou que a criança estava com diarreia.

Ficha D

Ficha para registro de atividades, procedimentos e notificações

Esta ficha é utilizada por todos os profissionais da equipe de saúde para o registro diário das atividades e procedimentos realizados, além da notificação de algumas doenças ou condições que são objeto de acompanhamento sistemático. Cada profissional entrega uma **Ficha D** preenchida ao final do mês. O preenchimento deste instrumento deve ser efetuado diariamente (nos dias efetivos de trabalho de cada mês).

Alguns campos desta ficha são específicos para determinadas categorias e apenas os profissionais da respectiva categoria devem preenchê-los.

Ficha D - orientação para preenchimento

A maioria dos campos para identificação são semelhantes aos das fichas anteriores e devem ser preenchidos conforme instrução na **página 21**.

Os campos **profissional** e **mês** devem ser preenchidos conforme instruções abaixo:

Profissional - preencher os dois primeiros espaços com o código atribuído a cada categoria profissional ou especialidade utilizado pelo Sistema de Informações Ambulatoriais - SIA/SUS e os dois últimos com um número seqüenciado de acordo com a quantidade de profissionais em uma categoria na mesma equipe de saúde. No caso do ACS utilizar nos dois últimos algarismos, o código de sua microárea. Por exemplo: em uma equipe onde existem dois agentes comunitários de saúde, um deles terá o código 7701 e outro 7702.

Mês - número do mês correspondente.

FICHA D		SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA				ANO 1 9 9 7	
MUNICÍPIO 3 5 7 8 9 4	SEGMENTO 0 1	UNIDADE 0 3 5 5 6 6	ÁREA 0 0 1	MICROÁREA 0 1	PROFISSIONAL 7 7 - 0 1	MÊS 0 1	

Os campos seguintes referem-se às informações que serão anotadas diariamente pelos profissionais.

Data - registrar na frente e no verso da ficha as datas dos dias efetivamente trabalhados. Em cada campo correspondente o profissional deve totalizar os procedimentos e notificações do dia.

REGISTRO DE ATIVIDADES, PROCEDIMENTOS E NOTIFICAÇÕES													
DIAS	⇒	01	02	03	04	07	08	09	10	11	14	...	Total

O bloco **CONSULTAS MÉDICAS** destina-se ao registro diário de consultas médicas por procedência e faixa etária:

- **Residentes fora da área de abrangência** - total de consultas médicas de pessoas residentes em áreas fora da abrangência da Equipe (PSF), sem discriminação de idade.

- **Residentes na área de abrangência da Equipe** - consultas médicas de residentes na área de abrangência da Equipe (PSF), registradas por faixa etária : < 1 ano, 1 a 4 anos, 5 a 9 anos, 10 a 14 anos, 15 a 19 anos, 20 a 39 anos, 40 a 49 anos, 50 a 59 anos e 60 anos ou mais.
- **Total** - somar o número de consultas médicas em todas as faixas etárias de residentes na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família.
- **Total Geral de Consultas** - somar as consultas médicas de residentes na área de abrangência da Equipe com as de residentes fora de sua área de abrangência.

REGISTRO DE ATIVIDADES, PROCEDIMENTOS E NOTIFICAÇÕES

DIAS ⇨		01											Total
residentes fora da área de abrangência		4											
residentes na área de abrangência da equipe	< 1	2											
	1 - 4	1											
	5 - 9	2											
	10 - 14	1											
	15 - 19	3											
	20 - 39	6											
	40 - 49	4											
	50 - 59	5											
	60 ou mais	4											
Total		28											
Total geral de consultas		32											

TIPO DE ATENDIMENTO DE MÉDICO E DE ENFERMEIRO - Este bloco destina-se ao registro diário de atendimentos médicos e de enfermagem em residentes no município nas doenças e condições cujo acompanhamento deve se dar de forma sistemática: **Puericultura, Pré-natal, Prevenção de Câncer Cérvico-uterino** (coleta de Papanicolaou), **DST/AIDS, Diabetes, Hipertensão Arterial, Hanseníase e Tuberculose**.

Tipo de atendimento de Médico e de Enfermeiro	Puericultura	9											
	Pré-natal	11											
	Prevenção do Câncer Cérvico-Uterino	8											
	Diabetes	2											
	DST/AIDS	3											
	Hipertensão Arterial	9											
	Hanseníase	3											
	Tuberculose	2											

Veja a situação a seguir, que serve de exemplo:

*JMS, 27 anos, residente no município, portador de Tuberculose Pulmonar, em tratamento há cerca de 2 meses, procurou a unidade no mês em curso para realização de consulta médica, com queixa de dor em membros inferiores, após cair da escada do ônibus. Esta consulta deve ser registrada no campo **residentes no município** na faixa de **20-39** anos e computada no campo **Total de consultas**. Não deve ser incluída entre as consultas de **Tuberculose** porque o motivo da consulta não estava relacionado a esta doença.*

Em **SOLICITAÇÃO MÉDICA DE EXAMES COMPLEMENTARES** deve-se registrar os encaminhamentos médicos para a realização de exames complementares de qualquer natureza, agrupando-os em: patologia clínica, radiodiagnóstico, citopatológico cérvico-vaginal, ultra-sonografia obstétrica e outros. Incluir os casos de encaminhamento para realização de exames complementares na própria unidade de saúde.

Solicitação médica de exames complementares	Patologia clínica	3																
	Radiodiagnóstico	1																
	Citopatológico-cérvico vaginal	8																
	Ultra-sonografia obstétrica	-																
	Outros	3																

ENCAMINHAMENTOS MÉDICOS - neste bloco o médico (**apenas o médico**) deve registrar o total de encaminhamentos que fez.

- **Atendimento Especializado** - registrar o número de encaminhamentos para atendimento ou tratamento em qualquer especialidade. Inclui fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, psicologia e todas especialidades médicas.
- **Internação Hospitalar** - registrar o número de pacientes encaminhados para internação hospitalar.
- **Urgência/Emergência** - anotar o número de pacientes encaminhados para atendimento em serviços de urgência/emergência. Não registrar os casos de urgência atendidos na própria unidade ou no domicílio do paciente, que não foram encaminhados para outros serviços.

Atendimento de urgência é “o conjunto de ações empregadas para recuperação de pacientes, cujos agravos à saúde necessitem de assistência imediata”. Atendimento de emergência é “o conjunto de ações empregadas para recuperação de pacientes, cujos agravos à saúde necessitem de assistência imediata, por apresentarem risco de vida” (BRASIL, 1985).

- **Internação Domiciliar** - registrar o número de indivíduos que iniciaram internamento domiciliar no dia de referência. **Este campo deve ser preenchido apenas pelo médico.**

Não confundir o número de internações domiciliares com o número de dias que o paciente permanece sob internação domiciliar.

Encaminhamentos médicos	Atend. Especializado	3																
	Internação Hospitalar	1																
	Urgência/Emergência	2																
Internação Domiciliar		1																

No bloco **PROCEDIMENTOS** devem ser registrados os procedimentos realizados pela equipe de saúde, exceto as consultas médicas. No campo referente a cada procedimento, o profissional deve registrar o total realizado no dia.

	DIAS ⇨	01						Total
P	Atendimento específico para AT	01						
R	Visita de Inspeção Sanitária							
O	Atend. Individual prof. nível superior	17						
C	Curativos	2						
E	Inalações							
D	Injeções							
I	Retirada de pontos	01						
M	Terapia de Reidratação Oral							
E	Sutura							
N	Atend. Grupo - Educ. em Saúde	1						
T	Procedimentos Coletivos I (PCI)							25
O	Reuniões							
S	Visita domiciliar	02						

Ficha D - parte **PROCEDIMENTOS** - orientação para preenchimento

- **Atendimento específico para AT** - registrar o número total de atendimentos específicos para acidente de trabalho. Neste campo só deve ser computado o atendimento em que for preenchido o laudo do exame médico (LEM) constante do verso da Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT). Os acidentes e doenças do trabalho são notificados pelas empresas ao INSS, através da CAT. Na falta de comunicação por parte da empresa, a notificação pode ser formalizada pelo Sindicato, pelos serviços de saúde, pelo próprio trabalhador ou seus dependentes.

Considera-se acidente de trabalho, o acidente de trabalho típico, ou seja aquele ocorrido no local de trabalho ou a serviço da empresa; o acidente de trabalho de trajeto, aquele ocorrido no trajeto entre a residência e o local de trabalho. Como doença profissional ou de trabalho, a doença causada pelo exercício do trabalho peculiar a determinada atividade ou condições especiais de trabalho.

Os demais atendimentos ao acidentado do trabalho (consultas médicas sem preenchimento de LEM, retirada de pontos, curativos, etc.) devem ser registrados de acordo com o procedimento realizado, nos campos correspondentes.

- **Visita de Inspeção Sanitária** - registrar o número de visitas de inspeção sanitária realizada por profissional de nível superior.

Visita de inspeção sanitária é um “ procedimento que busca levantar e avaliar in loco, os riscos à saúde da população presentes na produção e circulação de mercadorias, na prestação de serviços, intervindo sobre o meio ambiente, inclusive o ambiente de trabalho, identificando e notificando as medidas de correção conforme a legislação vigente.” (SÃO PAULO, 1996).

- **Atendimento individual por profissional de nível superior** - número de atendimentos individuais por profissional de nível superior.

Atendimento individual por profissional de nível superior é a “consulta ou atendimento individual realizada por enfermeiro, psicólogo, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, assistente social, nutricionista, fonoaudiólogo, enfermeira obstetra e pedagoga em educação em saúde .” Exclui procedimentos realizados por médicos e odontólogos (BRASIL, 1994).

- Nos campos **Curativos, Inalações, Injeções, Retirada de pontos e Terapia de Reidratação Oral** devem ser registrados o número de procedimentos realizados. Comumente esses procedimentos são realizados profissional de saúde de nível médio, entretanto na eventualidade de um profissional de nível superior realizar um desses procedimentos, ele deve anotar em sua ficha.
- **Sutura** - anotar o número de suturas realizadas.
- **Atendimento em Grupo - Educação em saúde** - número de atendimentos em grupo para desenvolvimento de atividades de educação em saúde. Considera-se como grupo para a realização de ações de educação em saúde, aqueles que contam com, no mínimo, dez participantes e duração mínima de 30 minutos. Este procedimento pode ser realizado tanto por profissionais de nível superior como por aqueles de nível médio. Não considere as atividades educativas realizadas pelos ACS.
- **Procedimentos Coletivos** - Os procedimentos deste conjunto **não** deverão ser registrados diariamente. Ao final do mês deve ser informado na coluna “total” o número de pessoas cobertas (número de crianças/mês).

Procedimento coletivo é um “conjunto de procedimentos de promoção e prevenção em saúde bucal, de baixa complexidade, dispensando equipamentos odontológicos, desenvolvidos integralmente em grupos populacionais previamente identificados” (BRASIL, 1994) e cujos componentes estão descritos abaixo:

- *Bochechos Fluorados - atividade realizada semanalmente, com solução de fluoreto de sódio a 0,2%, ao longo do ano (mínimo de 25 aplicações).*
- *Higiene Bucal Supervisionada - atividade realizada trimestralmente, envolvendo a evidenciação de placa bacteriana e escovação supervisionada com pasta fluoretada de 100 ou 90 gramas.*
- *Atividades Educativas em Saúde Bucal - atividade realizada trimestralmente, com o objetivo de enfatizar os cuidados com a saúde bucal (dieta, desenvolvimento orofacial, aleitamento materno etc.).*
- **Reuniões** - registrar o número de reuniões realizadas pelo ACS, que contaram com a participação de 10 ou mais pessoas, com duração mínima de 30 minutos e com o objetivo de disseminar informações, discutir estratégias de superação de problemas de saúde ou de contribuir para a organização comunitária.
- **Visita Domiciliar** - devem ser registradas neste campo todas as visitas domiciliares realizadas qualquer que seja a finalidade, exceto as de Inspeção Sanitária. As visitas domiciliares podem ser realizadas por: profissional de nível superior, profissional de nível médio e por agente comunitário de saúde.

NOTIFICAÇÕES - este bloco destina-se à notificação diária de situações ou eventos mórbidos que foram selecionados para acompanhamento contínuo.

N O T I F I C A Ç Õ E S	A	< 2 anos que tiveram diarreia	12						
	C	< 2 anos que tiveram diarreia e usaram TRO	10						
	S	< 2 anos que tiveram Infecção Respiratória Aguda	8						
	M	< 5 anos que tiveram pneumonia							
	E	Valvulopatias reumáticas em pessoas de 5 a 14 anos							
	D	Acidente Vascular Cerebral							
		Infarto Agudo do Miocárdio							
		DHEG (forma grave)							
	E	Doença Hemolítica Perinatal							
	N	Fratura de colo de fêmur em > 50							
S	F	Meningite Tuberculosa em < 5							
		Hanseníase incapacidade II e III							
		Citologia Oncótica NIC III/Carcinoma <i>in situ</i>							

- **Notificações que devem ser realizadas apenas pelo ACS**, referentes aos indivíduos de sua microárea:
 - **< 2 anos que tiveram diarreia** - registrar o número de crianças com idade até 23 meses e 29 dias tiveram um ou mais episódios de diarreia nos quinze dias anteriores à visita domiciliar.
 - **< 2 anos que tiveram diarreia e usaram TRO** - registrar o número de crianças com idade até 23 meses e 29 dias que tiveram diarreia nos quinze dias anteriores à visita domiciliar e usaram solução de reidratação oral (soro caseiro, ou distribuído pelo Ministério da Saúde, ou da farmácia). Não computar as crianças que utilizaram somente chás, sucos ou outros líquidos.
 - **< 2 anos que tiveram infecção respiratória aguda** - registrar o número de crianças com idade até 23 meses e 29 dias que tiveram infecção respiratória aguda nos quinze dias anteriores à visita domiciliar.
- **Notificações que devem ser realizadas exclusivamente por médico**, referentes aos indivíduos de sua área:
 - **Pneumonia em < 5 anos** - neste campo devem ser registrados todos os casos de pneumonia em crianças com idade até 4 anos 11 meses e 29 dias.
 - **Valvulopatias Reumáticas em pessoas de 5 a 14 anos** - registrar o número de casos desta patologia em pessoas na faixa etária de 5 a 14 anos 11 meses e 29 dias.
 - **Acidente Vascular Cerebral - AVC** - ao ser informado de caso suspeito de AVC, o médico deve procurar confirmar o diagnóstico e, em seguida, registrar o caso no dia correspondente à sua confirmação.
 - **Infarto Agudo do Miocárdio** - ao ser informado de caso suspeito de IAM, o médico deve procurar confirmar o diagnóstico e, em seguida, registrar o caso no dia correspondente à sua confirmação.
 - **DHEG (forma grave)** - Doença hipertensiva específica da gravidez. Ao ser informado de caso suspeito de DHEG, o médico deve procurar confirmar o diagnóstico e, em seguida, registrar no dia correspondente à confirmação do caso.
- **Notificações que devem ser realizadas exclusivamente por enfermeiro**, referentes aos indivíduos de sua área :

- **Doença Hemolítica Perinatal** - ao ser informado de caso suspeito de doença hemolítica perinatal, o enfermeiro deve procurar confirmação e notificar o caso.
- **Fratura de colo de fêmur em > 50 anos** - ao ser informado de caso suspeito de fratura de colo de fêmur em > 50 anos, o enfermeiro deve procurar confirmação e notificar o caso.
- **Meningite Tuberculosa em < 5 anos** - ao ser informado de caso suspeito de meningite tuberculosa em crianças com idade até 4 anos 11 meses e 29 dias, o enfermeiro deve realizar investigação do caso e, se confirmar a etiologia tuberculosa, anotar o caso na ficha, na data da confirmação.
- **Hanseníase com grau de incapacidade II e III** - todo caso de hanseníase deve ter o grau de incapacidade estabelecido e aqueles que forem classificados como grau de incapacidade II ou III devem ser notificados.
- **Citologia Oncótica NIC III/Carcinoma *in situ*** - este campo destina-se ao registro de resultados de exames de citologia oncótica que foram classificados como NIC-III/Carcinoma *in situ*, na data de recebimento do resultado do exame.

HOSPITALIZAÇÕES - todos os profissionais da equipe de saúde devem preencher este campo ao tomarem conhecimento de qualquer caso de hospitalização na população adstrita, no mês de referência ou no mês anterior.

HOSPITALIZAÇÕES						
DATA	NOME	ENDEREÇO	SEXO	IDADE	CAUSA	NOME DO HOSPITAL
20/09	Marta P. de Alencar	Rua Martins Fontes, 49 Fone: 574-2749	F	36	Alcoolismo	Hospital Pinel
14/10	Tales Machiori	Rua das Palmeiras, 77	M	21	Traumatismo Crânio-Encefálico	Santa Casa de Alta Vista
21/10	Pedro Padilha	Rua Projetada, s/n	M	68	Acidente Vascular Cerebral	Santa Casa de Alta Vista

- **Data** - registrar dia e mês da hospitalização.
- **Nome** - anotar o nome completo da pessoa que foi hospitalizada.
- **Endereço** - anotar o endereço completo da pessoa que foi hospitalizada.
- **Sexo** - anotar **F** para o sexo feminino e **M** para o masculino.
- **Idade** - anotar a idade em anos completos. Se a pessoa for menor de 1 ano, registrar a idade em meses.
- **Causa** - registrar a causa da hospitalização informada pela família ou obtida através de laudos médicos.
- **Nome do hospital** - anotar o nome do hospital onde o paciente foi internado.

Veja a situação a seguir, que serve de exemplo:

Valéria, agente comunitária de saúde, ao realizar as visitas domiciliares no mês de outubro, soube da ocorrência de três internamentos na sua microárea. O primeiro, de Dona Marta Pereira de Alencar, ocorreu no mês de setembro, em data posterior à visita que a ACS realizou à família de Dona Marta, devendo ser então registrado na ficha de outubro. Os demais casos ocorreram ainda no mês em curso. Observe o exemplo de preenchimento acima.

ÓBITOS - referem-se aos registros de óbitos ocorridos no mês de referência e no anterior. Devem ser registrados por qualquer profissional da equipe de saúde que tome conhecimento de sua ocorrência.

	DATA	NOME	ENDEREÇO	SEXO	IDADE	CAUSA
Ó B I T O S	27/09	Marco Antônio Souto	Rua Vicente Prado, 121 Fone: 667877	M	9 m	diarréia
	15/10	Antônia da Silva	Rua das Tabocas, 412	F	61	hipertensão arterial

- **Data** - registrar dia e mês da ocorrência do óbito.
- **Nome** - anotar o nome completo da pessoa que faleceu.
- **Endereço** - anotar o endereço completo da pessoa que faleceu.
- **Sexo** - anotar **F** para o sexo feminino e **M** para o masculino.
- **Idade** - anotar a idade em anos completos. Se a pessoa for menor de 1 ano, registre a sua idade em meses.
- **Causa** - registrar a causa do óbito segundo informações da família ou obtida através de atestado de óbito.

Veja a situação a seguir, que serve de exemplo:

Mônica, enfermeira do PSF, tomou conhecimento da ocorrência de dois óbitos na sua área. O primeiro, de Marco Antônio, ocorreu no mês de setembro e segundo no mês em curso. Observe o exemplo de preenchimento acima.

INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO DOS RELATÓRIOS DE CONSOLIDAÇÃO DOS DADOS

Relatório SSA2

Situação de saúde e acompanhamento das famílias na área

O **Relatório SSA2** consolida informações sobre a situação de saúde das famílias acompanhadas em cada **área**. Os dados para o seu preenchimento são provenientes das **Fichas A, B, C e D** (Quadro I) e referem-se às **microáreas** de uma mesma **área**.

*Este relatório deve ser preenchido apenas quando o modelo de atenção for **Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)** ou **Programa de Saúde da Família (PSF)**.*

A consolidação dos dados das diversas microáreas coletados dos dias 1 a 31 do mês anterior será feita no início de cada mês, durante a reunião mensal da equipe, sendo responsabilidade de um dos profissionais de nível superior a condução das atividades e o preenchimento desses relatórios.

Relatório SSA2 - orientações para o preenchimento

Os campos para identificação são semelhantes aos das fichas anteriores e devem ser preenchidos conforme instruções na **página 21**.

Relatório SSA2	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA			MÊS: 0 3	ANO: 1 9 9 7
MUNICÍPIO (nome) : SÃO JOSÉ DA LAGOA TAPADA	MUNICÍPIO (código): 1 4 2 0 6	SEGMENTO: 0 1	UNIDADE: 0 3 5 5 6 6 6	ÁREA/EQUIPE : 0 0 1	

- **Mês** - mês da realização do relatório.
- **Ano** - ano da realização do relatório.
- **Município (nome)** - nome do município.
- **Município (código)** - código do município utilizado pelo IBGE.
- **Segmento Territorial** - código do segmento territorial. Cada código tem um número de dois algarismos, definido pela Secretaria Municipal de Saúde.
- **Unidade** - código da Unidade de Saúde onde o ACS ou a equipe de Saúde da Família está cadastrado, conforme numeração fornecida pelo Sistema de Informações Ambulatoriais -SIA/SUS.
- **Área/equipe** - código da área/equipe. Os códigos das áreas/equipes são seqüenciados em cada município, sendo cada código um número de três algarismos, definido pela Secretaria Municipal de Saúde.

QUADRO I - Dados consolidados no Relatório SSA2, segundo instrumentos de coleta

FICHA A -

Famílias cadastradas

FICHA B - GES -

Nascidos vivos

Gestantes cadastradas

Gestantes < 20 anos cadastradas

Gestantes acompanhadas

Gestantes com vacina em dia

Gestantes com consulta de pré-natal no mês

Gestantes com pré-natal iniciado no 1ª trimestre

FICHA B - DIA -

Diabéticos cadastrados

Diabéticos acompanhados

FICHA B - HA -

Hipertensos cadastrados

Hipertensos acompanhados

FICHA B - TB -

Pessoas com Tuberculose cadastradas

Pessoas com Tuberculose acompanhadas

FICHA B - HAN -

Pessoas com Hanseníase cadastradas

Pessoas com Hanseníase acompanhadas

FICHA C -

Nascidos vivos pesados ao nascer

Nascidos vivos pesados ao nascer, com peso menor de 2.500 gramas

Crianças de 0 a 3 meses e 29 dias

Crianças de 0 a 3 meses e 29 dias em aleitamento exclusivo

Crianças de 0 a 3 meses e 29 dias em aleitamento misto

Crianças de 0 a 11 meses e 29 dias

Crianças de 0 a 11 meses e 29 dias com as vacinas em dia

Crianças de 0 a 11 meses e 29 dias pesadas

Crianças de 0 a 11 meses e 29 dias desnutridas

Crianças de 12 a 23 meses e 29 dias

Crianças de 12 a 23 meses e 29 dias com as vacinas em dia

Crianças de 12 a 23 meses e 29 dias pesadas

Crianças de 12 a 23 meses e 29 dias desnutridas

FICHA D -

Visitas domiciliares

Crianças menores de 2 anos que tiveram diarreia

Crianças menores de 2 anos que tiveram diarreia e usaram TRO

Crianças menores de 2 anos que tiveram IRA

Hospitalizações ocorridas no mês

Óbitos ocorridos no mês

CRIANÇA - este bloco destina-se à consolidação dos registros das informações acerca das crianças residentes em cada **microárea**.

Os campos devem ser preenchidos com os dados das **Fichas B-GES, Ficha C (Cartão da Criança) e Ficha D**.

MICROÁREA →		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	TOTAL
C R I A N Ç A S	Nascidos vivos no mês	5										
	RN pesados ao nascer	4										
	RN pesados ao nascer, com peso < 2500g	1										
	De 0 a 3 meses e 29 dias	16										
	Aleitamento exclusivo	7										
	Aleitamento misto	5										
	De 0 a 11 meses e 29 dias	32										
	Com as vacinas em dia	25										
	Pesadas	22										
	Desnutridas	3										
	De 12 a 23 meses e 29 dias	38										
	Com as vacinas em dia	25										
	Pesadas	20										
	Desnutridas	2										
	Menores de 2 anos	70										
	Que tiveram diarreia	7										
Que tiveram diarreia e usaram TRO	6											
Que tiveram infecção respiratória aguda	9											

Relatório SSA2 - CRIANÇAS - orientações para o preenchimento

- **Nascidos vivos no mês** - registrar como nascidos vivos todas as crianças que se enquadrem na definição na página 23 (**Ficha B-GES**). Ao identificar um recém-nascido que não possua a Declaração de Nascidos Vivos preenchida, a equipe deve providenciar a emissão da mesma.
- **RN pesados ao nascer** - número de crianças nascidas vivas que foram pesadas no hospital ou maternidade onde nasceram e que o ACS conseguiu obter esta informação (o peso registrado no prontuário, na declaração de nascidos vivos ou no Cartão da Criança). Observar que o peso ao nascer deve ser obtido até a 5ª hora de vida, não devendo ser “arrendondado”. Registrar o peso exato em gramas (com quatro algarismos).
- **RN pesados ao nascer, com peso < 2.500 g** - número de crianças nascidas vivas e cujo peso ao nascer foi menor que 2500 gramas.
- **De 0 a 3 meses e 29 dias** - somar todas as crianças que no último dia do mês estiverem com idade até 3 meses e 29 dias.
 - **Aleitamento exclusivo** - número de crianças de 0 a 3 meses e 29 dias em regime de aleitamento exclusivo conforme definição especificada para o preenchimento da Ficha C.
 - **Aleitamento misto** - número de crianças de 0 a 3 meses e 29 dias em regime de aleitamento misto conforme definição especificada para o preenchimento da Ficha C.

Uma vez que não é registrado pelo **SIAB** o número de crianças menores de 3 meses e 29 dias desmamadas, a soma dos campos “com aleitamento exclusivo ” e “aleitamento misto” pode ser inferior ao total de crianças de 0 a 3 meses e 29 dias.

- **De 0 a 11 meses e 29 dias** - somar todas as crianças que no último dia do mês estiverem com idade até 11 meses e 29 dias.
 - **Com as vacinas em dia** - somar as crianças com vacinas em dia, ou seja, aquelas que tenham recebido as doses das vacinas previstas para sua idade, segundo o esquema básico de vacinação para o primeiro ano de vida (Quadro II).
 - **Pesadas** - somar o número de crianças de 0 a 11 meses e 29 dias pesadas pelos ACS em visita domiciliar ou na unidade de saúde durante o mês em curso. Incluir aquelas que estão no primeiro mês de vida (RN) e foram pesadas ao nascer.
 - **Desnutridas** - registrar o total de crianças **de 0 a 11 meses e 29 dias** consideradas desnutridas.

Criança desnutrida é aquela cujo peso ficou abaixo do percentil 3 (curva inferior) da curva de peso do Cartão da Criança. Inclui aquelas que estão no primeiro mês de vida (RN) e que tiveram peso ao nascer < 2.500g.

- **De 12 a 23 meses e 29 dias** - somar todas as crianças que têm entre 12 meses completos e 23 meses e 29 dias (2 anos incompletos). As idades devem ser calculadas tendo como base o último dia do mês de referência.
 - **Com vacina em dia** - número de crianças de 12 a 23 meses e 29 dias que estão com o esquema básico de vacinação completo para o primeiro ano de vida, não importando para esta definição se a criança tomou as doses de reforço recomendadas.
 - **Pesadas** - número de crianças de 12 a 23 meses e 29 dias pesadas pelos ACS em visita domiciliar ou na unidade de saúde durante o mês em curso.
 - **Desnutridas** - quantidade de crianças de 12 a 23 meses e 29 dias consideradas desnutridas.
- **Menores de 2 anos** - anotar o número de crianças com idade até 23 meses e 29 dias.
 - **Que tiveram diarreia** - número de crianças com idade até 23 meses e 29 dias que tiveram um ou mais episódios de diarreia nos 15 dias anteriores à visita domiciliar.
 - **Que tiveram diarreia e usaram TRO** - número de crianças com idade até 23 meses e 29 dias que tiveram um ou mais episódio de diarreia nos 15 dias anteriores à visita domiciliar e usaram solução de reidratação oral (soro caseiro, CEME, ou de farmácia).
 - **Que tiveram infecção respiratória aguda** - número de crianças com idade até 23 meses e 29 dias que tiveram infecção respiratória aguda nos 15 dias anteriores à visita domiciliar.

QUADRO II - ESQUEMA BÁSICO DE VACINAÇÃO

IDADE	VACINA
Ao nascer	BCG
02 Meses	1ª Dose de DPT e de Anti-pólio
04 Meses	2ª Dose de DPT e de Anti-pólio
06 Meses	3ª Dose de DPT e de Anti-pólio
09 Meses	1ª Dose de Anti-sarampo

As crianças que, no momento da visita domiciliar, ainda não tiverem tomado a(s) dose(s) recomendada(s) para sua idade, por qualquer motivo - mesmo que o atraso seja de 1 dia - não estão com vacina em dia.

- Para BCG, criança com vacinação em atraso é aquela que não recebeu a vacina até o 30º dia de vida.

As crianças que iniciaram o esquema básico atrasadas, não estão com vacina em dia até atualizarem o esquema, mesmo que as datas agendadas ainda não estejam vencidas. Para estas crianças considerar vacina em dia somente quando não tiver mais nenhuma dose atrasada.

EXEMPLO

1. *Uma criança iniciou o esquema de vacinação somente aos 5 meses de idade tomando BCG, 1ª dose de DPT e anti-pólio; aos 7 meses tomou a 2ª dose de DPT e anti-pólio, aos 9 meses, a 3ª dose de DPT e anti-pólio e a 1ª dose de anti-sarampo. Neste exemplo a criança só será considerada com vacina em dia aos 9 meses, quando tiver tomado todas as vacinas indicadas para esta idade.*
2. *Outra criança iniciou o esquema aos 3 meses de idade tomando BCG, 1ª dose de DPT e anti-pólio; aos 5 meses recebeu a 2ª dose de DPT e anti-pólio; aos 7 meses, a 3ª dose de DPT e anti-pólio; aos 9 meses, a 1ª dose de anti-sarampo. No caso desta criança ocorreram as seguintes situações em cada mês de idade:*
 - 1 e 2 meses - a criança não estava com vacina em dia;*
 - 3 meses - a criança estava com vacina em dia;*
 - 4 meses - a criança não estava com vacina em dia;*
 - 5 meses - a criança estava com vacina em dia;*
 - 6 meses - a criança não estava com vacina em dia;*
 - 7, 8, 9, 10, 11 e 12 meses - a criança estava com vacina em dia.*

Deverão ser incluídas como critério para vacinação em dia outras vacinas que já estiverem incorporadas ao esquema básico de vacinação da Região.

GESTANTES - este bloco destina-se à consolidação dos registros das informações acerca das gestantes residentes em cada microárea.

Os campos devem ser preenchidos a partir dos dados das **Fichas B-GES**.

	Cadastradas	28								
G	Acompanhadas	26								
E	Com vacina em dia	18								
S	Fez consulta de pré-natal no mês	19								
T.	Com pré-natal iniciado no 1ºTRI	13								
	< 20 anos cadastradas	2								

Relatório SSA2 - GESTANTES - orientações para o preenchimento

- **Cadastradas** - número de gestantes cadastradas em cada microárea.
- **Acompanhadas** - todas as gestantes cadastradas e que receberam pelo menos 1 (uma) visita domiciliar pelo ACS no mês de referência.
- **Com vacina em dia** - o enfermeiro (instrutor/supervisor) deve identificar na **Ficha B-GES** o número de gestantes com vacinação em dia, incluindo como tais aquelas que se encontrem em uma das quatro situações abaixo:
 - a) vacinadas com 3 doses de toxóide tetânico (TT) há menos de 5 anos;
 - b) vacinadas com 3 doses de toxóide tetânico (TT) há mais de 5 anos e menos de 10 anos e que já tomaram uma dose de reforço durante esta gravidez;
 - c) tomaram 2 doses de toxóide tetânico (TT) nesta gestação.
 - d) com menos de 8 meses de gestação (até 7 meses) que tomaram a 1ª dose e ainda não alcançaram a data agendada para a 2ª dose;

Qualquer gestante vacinada com 3 (três) doses contra o tétano há mais de 5 anos e que ainda não tomou a 1ª dose ou o reforço (conforme o caso), não está com a vacinação em dia, independente da idade gestacional ou do dia em que foram descobertas pelo agente, e não devem ser incluídas no total.

- **Fez consulta de pré-natal no mês** - o enfermeiro (instrutor/supervisor) deve identificar as gestantes que fizeram consulta de pré-natal no mês.

Gestante com consulta de pré-natal no mês é aquela que no mês de referência teve, pelo menos, um atendimento pré-natal com médico ou enfermeiro em uma unidade de saúde.

- **Com pré-natal iniciado no 1ª TRI** - o enfermeiro (instrutor/supervisor) deve observar quais das gestantes cadastradas iniciaram o pré-natal até o 3º mês de gravidez (durante o 1º trimestre de gestação) e anotar o total destas no local correspondente no Relatório SSA2.
- **< 20 anos cadastradas** - quantidade de gestantes com idade inferior a 20 anos (até 19 anos 11 meses e 29 dias) cadastradas, tomando como referência a idade da gestante na data da última menstruação.

O bloco **OUTROS GRUPOS PRIORITÁRIOS PARA MONITORAMENTO** serve para consolidar as informações sobre todos os diabéticos, hipertensos, pessoas com tuberculose e com hanseníase.

Relatório SSA2 - HOSPITALIZAÇÕES - orientações para o preenchimento

- **Menores de 5 anos por pneumonia** - número de crianças hospitalizadas por pneumonia com idade até 4 anos, 11 meses e 29 dias.
- **Menores de 5 anos por desidratação** - número de crianças hospitalizadas por desidratação com idade até 4 anos, 11 meses e 29 dias.
- **Por abuso de álcool** - número de indivíduos hospitalizados por abuso de álcool, independente da idade.
- **Por complicações do diabetes** - número de indivíduos hospitalizados por cetoacidose diabética, hiperosmolaridade, macroangiopatias (ateroesclerose de extremidades inferiores, coração e cérebro) e microangiopatias (retinopatia, nefrosclerose, monoradiculites, pé diabéticos etc.), independente da idade.
- **Por outras causas** - número de indivíduos hospitalizados por outras causas, independente da idade.
- **Total** - número total de casos de hospitalizações iniciadas no mês de referência por qualquer causa, de todas as idades.
- **Internações em hospital psiquiátrico** - número de indivíduos hospitalizados em hospital psiquiátrico, que iniciaram internamento no mês de referência.

ÓBITOS - este bloco destina-se à consolidação dos registros das informações acerca dos óbitos de residentes em cada microárea, ocorridos no mês de referência. Os campos devem ser preenchidos a partir dos dados das **Fichas D** de todos os profissionais. Inclui os casos de residentes da microárea que foram a óbito fora do município.

	De menores de 28 dias	1											
	Por diarreia	-											
	Por infecção respiratória aguda	-											
	Por outras causas	1											
	De 28 dias a 11 meses e 29 dias	1											
Ó	Por diarreia	1											
B	Por infecção respiratória	-											
I	Por outras causas	-											
T	De menores de 1 ano	2											
O	Por diarreia	1											
S	Por infecção respiratória	-											
	Por outras causas	1											
	De mulheres de 10 a 49 anos	1											
	De 10 a 14 anos	-											
	De 15 a 49 anos	1											
	Outros óbitos	2											
	Total de óbitos	5											
	De adolescentes (10-19 anos) por violência	-											

Relatório SSA2 - ÓBITOS - orientações para o preenchimento

- **De menores de 28 dias** - número de crianças com idade até 27 dias que foram a óbito.
- **Por diarreia** - número de crianças com idade até 27 dias que foram a óbito por diarreia.
- **Por infecção respiratória aguda** - número de crianças com idade até 27 dias que foram a óbito por infecção respiratória aguda.

Relatório SSA4

Situação de saúde e acompanhamento das famílias no município

O **Relatório SSA4** consolida os dados referentes as **áreas** de um mesmo **município**, por modelo de atenção (PACS ou PSF) e de zona (urbana ou rural). As informações contidas neste relatório referem-se às áreas cobertas pelo PACS e PSF no município.

Este instrumento deve ser utilizado apenas onde o sistema de informação não estiver informatizado.

O preenchimento do **Relatório SSA4** deve ser efetuado no início de cada mês, a partir dos dados dos **Relatórios SSA2** de todas as equipes de saúde atuantes (PACS e PSF). O trabalho de consolidação dos dados deve ser realizado por profissionais de saúde da coordenação municipal/ Secretaria Municipal de Saúde durante reunião mensal com as equipes.

Relatório SSA4 - orientação para preenchimento

Transpor os dados da coluna **total** de cada **Relatório SSA2** para as colunas referentes às áreas e totalizá-los na coluna correspondente.

Relatório PMA2

Produção e marcadores para avaliação

O **Relatório PMA2** consolida **mensalmente** a produção de serviços e a ocorrência de doenças e/ou de situações consideradas como *marcadoras*, por área. Será utilizado nos casos em que o modelo de atenção for o *Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)*, ou *Programa de Saúde da Família (PSF)* ou *Outro* (demanda espontânea ou oferta programática).

Marcadores são eventos mórbidos ou situações indesejáveis que devem ser notificadas com o objetivo de, a médio prazo, avaliar as mudanças no quadro de saúde da população adscrita.

Quando o modelo de atenção for **outro** (demanda espontânea ou oferta programática), uma parte da lista de marcadores que são provenientes do **Relatório SSA2** (RN com peso < 2500 gramas, gravidez em < 20 anos e os referentes a hospitalizações e óbitos) não será obtida. É importante observar que, neste modelo, o nível de agregação corresponde à área de abrangência da **unidade de saúde**.

*Os dados necessários ao seu preenchimento são constantes das Fichas **D** e dos **Relatórios SSA2**.*

Relatório PMA2 - orientação para o preenchimento

Mensalmente, o profissional de nível superior da equipe responsável pela consolidação dos dados do Sistema de Informações, recolhe as **Fichas D** de todos os profissionais, as consolida neste instrumento, encaminha cópia para a Secretaria Municipal de Saúde e retém uma via na unidade, para discussão na reunião mensal da equipe.

Quando houver dúvidas em relação a definições de cada campo, consultar as instruções de preenchimento das Fichas D.

Os campos destacados no início dessa ficha servem para a identificação da unidade de saúde e devem ser preenchidos conforme instruções já fornecidas para outras fichas.

ATIVIDADES/PRODUÇÃO - os campos que constam deste quadro consolidam dados das Fichas D de todos os profissionais da equipe de saúde.

- **Consultas Médicas** - total de consultas médicas por procedência e faixa etária.
- **Tipo de Atendimento** - somar o número de atendimentos médicos e de enfermagem.
- **Solicitação médica de exames complementares** - quantidade de solicitações médicas para realização de exames complementares de qualquer natureza, agrupados em patologia clínica, radiodiagnóstico, citopatológico cérvico-vaginal, ultra-sonografia obstétrica e outros.
- **Encaminhamentos médicos** - número de encaminhamentos realizados pelo médico para atendimento especializado, internação hospitalar ou atendimento de urgência/emergência.
- **Internação Domiciliar** - número de internamentos domiciliares **iniciados** no mês de referência. Este dado é obtido na Ficha D do médico.

PROCEDIMENTOS - este bloco destina-se ao registro do total de procedimentos realizados pela equipe de saúde, exceto as consultas médicas.

Os procedimentos que devem ser registrados são:

- atendimento específico para AT (acidente de trabalho),
- visita de inspeção sanitária,
- atendimento individual de profissional de nível superior,
- curativos,
- suturas,
- inalações,
- injeções,
- retirada de pontos,
- terapia da reidratação oral,
- atendimento grupo - Educação em Saúde,
- Procedimentos Coletivos I, e
- reuniões.

MARCADORES - os campos que constam deste quadro consolidam dados das **Fichas D** de todos os profissionais da equipe de saúde e do **Relatório SSA2** conforme quadro abaixo (Quadro III).

QUADRO III Dados consolidados no Relatório PMA2, segundo fonte

FICHA D - MÉDICO

Valvulopatias Reumáticas em pessoas de 5 a 14 anos

Acidente Vascular Cerebral

Infarto Agudo do Miocárdio

DHEG (forma grave)

Pneumonia em < 5 anos

FICHA D - ENFERMEIRO

Doença hemolítica perinatal

Fraturas de colo de fêmur em > 50 anos

Meningite tuberculosa em menores de 5 anos

Hanseníase com grau de incapacidade II e III

RELATÓRIO SSA2

RN com peso < 2.500 g

Gravidez em < 20 anos

Hospitalização em < 5 anos por pneumonia

Hospitalização em < 5 anos por desidratação

Hospitalizações por abuso de álcool

Hospitalizações por complicações do Diabetes

Hospitalizações por qualquer causa

Internações em Hospital Psiquiátrico

Óbitos em < 1 ano por todas as causas

Óbitos em < 1 ano por diarreia

Óbitos em < 1 ano por infecção respiratória

Óbitos de mulheres de 10 a 49 anos

Óbitos de adolescentes (10-19 anos) como consequência de violência

Relatório PMA2 - MARCADORES - orientação para o preenchimento

A anotação dos marcadores deve se referir às ocorrências ou diagnóstico **no mês de referência**.

- **Valvulopatias Reumáticas em pessoas de 5 a 14 anos** - número de casos de Valvulopatias Reumáticas em pessoas de 5 a 14 anos 11 meses e 29 dias.
- **Acidente Vascular Cerebral** - número de casos de acidente vascular cerebral.
- **Infarto Agudo do Miocárdio** - número de casos de infarto agudo do miocárdio.

- **DHEG (forma grave)** - número de casos de doença hipertensiva específica da gravidez.
- **Doença hemolítica perinatal** - número de casos de doença hemolítica perinatal.
- **Fraturas de colo de fêmur em > 50 anos** - número de casos de fratura de colo de fêmur de pessoas com mais de 50 anos.
- **Meningite tuberculosa em menores de 5 anos** - número de casos de meningite tuberculosa em crianças com idade até 4 anos 11 meses e 29 dias.
- **Hanseníase com grau de incapacidade II e III** - número de casos de hanseníase com grau de incapacidade II e III.
- **Citologia Oncótica NIC III Carcinoma *in situ*** - registro mensal do número resultados de citologia oncótica com NIC III - Carcinoma *in situ*.
- **RN com peso < 2.500 g** - registro mensal do número de recém-nascidos com peso menor de 2.500 g.
- **Gravidez em < 20 anos** - registro mensal do casos de gravidez de mulheres com idade até 19 anos 11 meses e 29 dias.
- **Pneumonia em < 5 anos** - somar o número de crianças com idade até 4 anos 11 meses e 29 dias que tiveram pneumonia com diagnóstico e notificação efetuados por médico.
- **Hospitalização em < 5 anos por pneumonia** - registro mensal do número de hospitalizações por pneumonia de crianças de até 4 anos 11 meses e 29 dias, iniciadas no mês de referência.
- **Hospitalização em < 5 anos por desidratação** - registro mensal do número de hospitalizações por desidratação de crianças de até 4 anos 11 meses e 29 dias, iniciadas no mês de referência.
- **Hospitalizações por abuso de álcool** - registro mensal do número de hospitalizações por abuso de álcool, independente da idade, iniciadas no mês de referência.
- **Hospitalizações por complicações do Diabetes** - registro mensal do número de hospitalizações por complicação do Diabetes (cetoacidose diabética, hiperosmolaridade, macroangiopatias - aterosclerose de extremidades inferiores, coração e cérebro - e microangiopatias - retinopatia, nefrosclerose, monoradiculites, pé diabético etc.), iniciadas no mês de referência.
- **Hospitalizações por qualquer causa** - registro mensal do número de internações.
- **Internações em Hospital Psiquiátrico** - registro mensal do número de internações em hospital psiquiátrico, iniciadas no mês de referência.
- **Óbitos em < 1 ano por todas as causas** - registro mensal do número de óbitos de crianças com idade até 11 meses e 29 dias, por todas as causas.
- **Óbitos em < 1 ano por diarreia** - registro mensal do número de óbitos de crianças com idade até 11 meses e 29 dias, por diarreia.
- **Óbitos em < 1 ano por infecção respiratória** - registro mensal do número de óbitos de crianças com idade até 11 meses e 29 dias, por infecção respiratória.
- **Óbitos de mulheres de 10 a 49 anos** - registro mensal do número de óbitos de mulheres com idade de 10 a 49 anos 11 meses e 29 dias, por todas as causas.
- **Óbitos de adolescentes (10-19 anos) como consequência de violência** - registro mensal do número de óbitos de pessoas com idade de 10 a 19 anos 11 meses e 29 dias, decorrentes de violência doméstica, institucional, externa ou auto-aplicada.
- **Visitas domiciliares** - registro mensal do número de visitas domiciliares realizadas pelos profissionais da equipe, de acordo com a categoria profissional (médicos, enfermeiros, outros profissionais de nível superior, profissional de nível médio, ACS e total).

Relatório PMA4

Produção e marcadores para avaliação por município

O **Relatório PMA4** destina-se à consolidação mensal dos dados dos Relatórios **PMA2**, apenas nos municípios onde o sistema não esteja informatizado, totalizando as informações referentes à produção de serviços e à ocorrência de doenças e/ou situações consideradas como *marcadoras*, por município.

Em cada coluna devem ser lançados os dados do **Relatório PMA2** das equipes conforme os modelos de atenção (PACS, ou PSF, ou outro) existentes no município. Em caso do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família (PSF), discriminar a zona (urbana ou rural).

O trabalho de consolidação dos dados deve ser realizado por profissionais de saúde da Coordenação Municipal /Secretaria Municipal de Saúde durante reunião com as equipes de saúde.

As instruções de preenchimento para este relatório são as mesmas do **Relatório PMA2**.

A1; A2; A3 e A4

Consolidados do cadastramento familiar

Os **Relatórios A1** até **A4** consolidam dados das famílias cadastradas. O primeiro agrega as informações de uma microárea, a área sob a responsabilidade de um ACS. O Relatório A2 reúne os dados de uma área - várias microáreas controladas por uma equipe; o A3 associa os históricos de diversas áreas para retratar um segmento territorial. Por fim, o Relatório A4 permite agrupar os elementos recolhidos pela ação dos ACS em todo o município. **O cadastramento das famílias deve ser consolidado pelo instrutor/supervisor junto com o ACS.**

Os relatórios A1 até A4 devem *apenas* ser preenchidos nos municípios onde o sistema ainda não estiver informatizado.

Cálculo de Taxas

- o numerador das taxas calculadas é sempre o número absoluto das famílias que apresentam a condição à qual a taxa se refere e
- o denominador é sempre o número absoluto do total de famílias cadastradas. A taxa deve ter seu resultado expresso em percentagem (%).

EXEMPLOS

$$\text{Taxa de famílias do município com FOSSA no domicílio} = \frac{\text{Total de famílias do município com FOSSA no domicílio}}{\text{Total de famílias cadastradas no município}} \times 100$$

$$\text{Taxa de famílias da área rural que utilizam água de POÇO OU NASCENTE} = \frac{\text{Total de famílias da área rural que utilizam água de POÇO OU NASCENTE}}{\text{Total de famílias cadastradas na área rural}} \times 100$$

Relatório A1

Consolidado do cadastramento familiar por microárea

O **Relatório A1** tem por objetivo consolidar os dados coletados nas diversas **Fichas A** de uma mesma microárea, ou seja, da área de atuação de um agente de saúde.

*Para a consolidação dos dados de cada microárea serão utilizadas tantas folhas do **Relatório A1** quantas forem necessárias.*

Relatório A1 - orientação para preenchimento

O primeiro campo deste relatório destina-se à identificação da microárea de atuação, devendo ser registrados os seguintes dados:

- **UF** - sigla do estado.
- **Ano** - ano de referência do cadastramento.
- **Município (nome e código)** - nome e código do município utilizado pelo IBGE.
- **Segmento Territorial** - código do segmento territorial. Sendo cada código um número de dois algarismos, definido pela Secretaria Municipal de Saúde.
- **Área/equipe** - código da área/equipe. Os códigos das áreas/equipes são seqüenciados em cada município, sendo cada código um número de três algarismos, definido pela Secretaria Municipal de Saúde.
- **Microárea** - código da microárea. Os códigos das microáreas são seqüenciados dentro de cada área/equipe, sendo cada código um número de dois algarismos, definido pela equipe de saúde.
- **Fl.** - número da folha.
- **Famílias cadastradas** - número total de famílias cadastradas nesta microárea.

Na frente do **relatório A1** são consolidados os dados dos indivíduos das famílias por idade, sexo, situação de escolaridade e cobertura de plano de saúde. No verso do relatório são consolidados os dados relativos a doença ou condição por faixa etária e condições de moradia e saneamento.

São as seguintes as faixas etárias empregadas:

- **< 1 ano** - todas as crianças até 11 meses e 29 dias;
- **1 a 4 anos** - crianças de 1 ano completo até 4 anos, 11 meses e 29 dias;
- **5 a 6 anos** - crianças de 5 anos completos até 6 anos, 11 meses e 29 dias;
- **7 a 9 anos** - crianças de 7 anos completos até 9 anos 11 meses e 29 dias;
- **10 a 14 anos** - de 10 anos completos até 14 anos, 11 meses e 29 dias;

- **15 a 19 anos** - de 15 anos completos até 19 anos, 11 meses e 29 dias;
- **20 a 39 anos** - de 20 anos completos até 39 anos, 11 meses e 29 dias;
- **40 a 49 anos** - de 40 anos completos até 49 anos, 11 meses e 29 dias;
- **50 a 59 anos** - de 50 anos completos até 59 anos, 11 meses e 29 dias;
- **60 anos ou mais** - de 60 anos completos em diante.

A consolidação dos dados referentes a idade, sexo, escolaridade, cobertura de plano de saúde e doença ou condição referida no **Relatório A1** é feita através do seguinte procedimento:

- Para cada indivíduo computado deve ser assinalado um quadradinho com um X no local correspondente. À medida em que os dados vão sendo consolidados, as fileiras vão sendo preenchidas seqüencialmente, de forma que, ao final da consolidação o número total corresponda ao número do último quadradinho, no cabeçalho da tabela (**quantidade de indivíduos**).

A consolidação dos dados referentes a moradia e saneamento é feita através do seguinte procedimento:

- Para cada família computada deve ser assinalado um quadradinho com um X no local correspondente. À medida em que os dados vão sendo consolidados, as fileiras vão sendo preenchidas seqüencialmente, de forma que, ao final da consolidação, o número total corresponda ao número do último quadradinho, no cabeçalho da tabela (**quantidade de famílias**).

Relatório A2

Consolidado do cadastramento familiar por área

O **Relatório A2** tem a função de consolidar os dados dos **Relatórios A1** de uma mesma área/equipe. Ele representa a soma das informações dos relatórios A1 de todos os membros de uma equipe e permite que um instrutor-supervisor detecte os pontos vulneráveis da sua área de atuação e fundamente sua forma de atuação.

Relatório A2 - orientação para preenchimento

O primeiro campo do **Relatório A2** destina-se à identificação da área de atuação da equipe de saúde e deve ser preenchido conforme instruções na **página 95**.

Relatório A2	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA			UF: P B
MUNICÍPIO (nome): <i>São José da Lagoa Tapada</i>	MUNICÍPIO (código): 1 4 2 0 6	Segmento: 0 1	ÁREA/EQUIPE: 0 0 1	ANO: 1 9 9 6

O segundo campo do relatório destina-se à consolidação de dados sobre os indivíduos pertencentes às famílias residentes na área. Esta consolidação deve ser feita agrupando-se os indivíduos de acordo com sexo e faixa etária, conforme definido na coluna indicadora.

- **< 1 ano** - todas as crianças até 11 meses e 29 dias;
- **1 a 4 anos** - crianças de 1 ano completo até 4 anos, 11 meses e 29 dias;
- **5 a 6 anos** - crianças de 5 anos completos até 6 anos, 11 meses e 29 dias;
- **7 a 9 anos** - crianças de 7 anos completos até 9 anos, 11 meses e 29 dias;
- **10 a 14 anos** - de 10 anos completos até 14 anos, 11 meses e 29 dias;
- **15 a 19 anos** - de 15 anos completos até 19 anos, 11 meses e 29 dias;
- **20 a 39 anos** - de 20 anos completos até 39 anos, 11 meses e 29 dias;
- **40 a 49 anos** - de 40 anos completos até 49 anos, 11 meses e 29 dias;
- **50 a 59 anos** - de 50 anos completos até 59 anos, 11 meses e 29 dias;
- **60 anos ou mais** - de 60 anos completos em diante.

Para o preenchimento deste relatório, os dados totalizados de cada microárea nos **Relatórios A1** devem ser repassados para a coluna correspondente. Ao final, deve-se somar os totais tanto no sentido horizontal quanto no vertical. Veja o exemplo a seguir:

CONSOLIDADO ANUAL DAS FAMÍLIAS CADASTRADAS POR ÁREA/EQUIPE

SEXO	FAIXA ETÁRIA	MICROÁREA										
		01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	TOTAL
M	< 1	4	6	12	11	10	8	5				56
	1 - 4	16	20	34	30	43	24	25				192
	5 - 6	9	14	12	8	10	7	10				70
	7 - 9	12	18	25	19	28	13	32				147
	10 - 14	15	17	30	28	40	20	22				172
	15 - 19	14	19	33	25	44	22	26				183
	20 - 39	47	60	110	98	152	81	85				633
	40 - 49	21	33	58	45	74	48	40				319
	50 - 59	20	31	50	38	62	45	36				282
	60 ou +	17	35	52	35	68	50	42				299
	SUB-TOTAL	175	253	416	337	531	318	323				2353
F	< 1	3	7	12	9	13	9	7				60
	1 - 4	18	22	33	32	42	25	25				197
	5 - 6	9	12	14	9	12	8	9				73
	7 - 9	12	19	20	17	22	12	35				137
	10 - 14	18	20	32	26	45	26	25				192
	15 - 19	16	22	35	22	40	21	29				185
	20 - 39	50	65	105	102	160	88	89				659
	40 - 49	18	28	46	42	78	49	35				296
	50 - 59	26	33	52	45	66	48	36				306
	60 ou +	22	46	65	49	75	65	55				377
	SUB-TOTAL	192	274	414	353	553	351	345				2482
	TOTAL	367	527	830	690	1084	669	668				4835

Os campos seguintes referem-se, respectivamente:

- à consolidação do total de famílias e de pessoas cadastradas na área para cálculo da cobertura do sistema;
- à consolidação do total de pessoas com cobertura de plano de saúde;
- à consolidação de dados referentes à escolaridade - crianças de 7 a 14 anos frequentando a escola e pessoas de 15 anos ou mais alfabetizadas - com vistas a conhecer o perfil da população e as necessidades relacionadas a serviços educacionais.

	Nº	%
Famílias cadastradas	1265	
Pessoas cadastradas	4835	
Pessoas com cobertura de Plano de Saúde	200	4,14

	Nº	%
Crianças de 7 - 14 anos	648	
Crianças de 7 a 14 anos na escola	489	75,5
Pessoas de 15 anos ou mais	3519	
Pessoas de 15 anos ou mais alfabetizadas	2005	57,0

A consolidação dos dados de situação de moradia e saneamento no **Relatório A2** deve ser feita:

- somando-se, para cada campo, os dados provenientes de todos os **Relatórios A1** da área/equipe.
- calculando-se as respectivas proporções, tomando como denominador o total de famílias para as quais se obteve a informação considerada.

A soma dos percentuais para cada campo deve ser igual a 100%.

TIPO DE CASA	Nº	%
Tijolo/Adobe	833	65,8
Taipa revestida	224	17,7
Taipa não revestida	138	10,9
Madeira	12	0,9
Material aproveitado	19	1,5
Outros	39	3,1
ENERGIA ELÉTRICA	1115	92,9
DESTINO DO LIXO		
Coletado	165	13,0
Queimado/Enterrado	250	19,8
Céu aberto	850	67,2

TRATAMENTO DA ÁGUA NO DOMICÍLIO	Nº	%
Filtração	481	40,1
Fervura	64	5,3
Cloração	139	11,6
Sem tratamento	516	43,0
ABASTECIMENTO DE ÁGUA		
Rede geral	814	64,3
Poço ou nascente	286	22,6
Outros	165	13,0
DESTINO DE FEZES/URINA		
Sistema de esgoto	400	31,6
Fossa	735	58,1
Céu aberto	130	10,3

Veja a situação a seguir, que serve de exemplo:

Na área 001 do município de São José da Lagoa Tapada residem 1.265 famílias. Deste total, os agentes não obtiveram informação acerca de tratamento da água para 65 famílias: 481 famílias filtravam a água, 64 ferviam, 138 cloravam e 516 não faziam nenhum tipo de tratamento no domicílio. Neste exemplo o denominador para o cálculo das proporções referentes a tratamento da água foi de 1.200 famílias, como pode ser observado abaixo:

- proporção de famílias com água filtrada = $481/1200 \times 100 = 40,1 \%$
- proporção de famílias com água fervida = $64/1200 \times 100 = 5,3 \%$
- proporção de famílias com água clorada = $138/1200 \times 100 = 11,6 \%$
- proporção de famílias com água sem tratamento = $516/1200 \times 100 = 43,0 \%$

Relatório A3

Consolidado do cadastramento familiar por segmento

O **Relatório A3** serve para análises de *agregados homogêneos*, e consolida os dados das famílias acompanhadas pelas equipes de um mesmo segmento territorial. Sua utilização na análise dos dados é opcional. O município deve definir previamente a classificação mais adequada para realizar a análise de dados por segmento territorial. Por esta razão, certamente não adotarão os mesmos critérios nem as mesmas nomenclaturas para a classificação dos segmentos territoriais.

*Para preencher este relatório, o instrutor deverá ter em mãos os **Relatórios A2** de todas as áreas/equipes de um determinado segmento territorial.*

*Para cada segmento será preenchido um **Relatório A3** com o somatório dos dados que constam nos **Relatórios A2** das áreas/equipes desse segmento.*

Relatório A4

Consolidado do cadastramento familiar por município

No **Relatório A4** são consolidados os dados das famílias cadastradas por todas as equipes do município. Deverão ser preenchidos um relatório para as áreas/equipes da zona rural, um para a zona urbana e um para o total do município. Uma cópia dos relatórios deve ficar no município e outra deve ser encaminhada à Coordenação Regional que, por sua vez, enviará uma cópia à Coordenação Estadual do Programa.

Para preencher o **Relatório A4** o instrutor deve ter em mãos os **Relatórios A2 ou A3** de todas as áreas/equipes do mesmo município. Os dados de todas as áreas/equipes devem ser somados item por item e incluídos no **Relatório A4**.

Todos os dados deste relatório se referem à situação das áreas do município cobertas pelas equipes e não do município como um todo. Assim a expressão "Total" refere-se a situação das famílias cadastradas pelas equipes do município ou pelos ACS, no caso de municípios onde apenas o PACS esteja implantado.

Neste relatório são utilizadas duas novas variáveis: *famílias estimadas* e *população*. Para calcular o número de famílias estimadas no município, divide-se a população geral do município estimada pelo IBGE para o ano em referência, pelo número médio de pessoas por domicílio no Estado.

Veja a situação a seguir, que serve de exemplo:

*Município do Estado de Alagoas, com uma população estimada em 90.000 habitantes para 1997 (média de pessoas por domicílio no estado de Alagoas = 4,75)
90.000 dividido por 4,75 = 18.947 famílias estimadas.*

Referências bibliográficas

- BRASIL. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa nacional por amostra de domicílios*, 1996. Rio de Janeiro, IBGE, 1998.
- _____. Censo demográfico, 1991. Rio de Janeiro, IBGE, 1994.
- BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. *Classificação Brasileira de Ocupações para o Sistema de Informações sobre Mortalidade*. Brasília, 1992. 110 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde / NOB - SUS 96*. Brasília, 1997. 36 p.
- _____. *Portaria MS/SAS, n.º 156 de 14/09/94. Tabela de Procedimentos Ambulatoriais, SIA-SUS*. Brasília, 1994.
- _____. *Terminologia básica em saúde*. Brasília, 1985.
- SÃO PAULO. Secretaria de Saúde do Estado. *Desenho de um Sistema de Informação para Vigilância Sanitária - SIVISA*. Centro de Vigilância Sanitária, SES/SP, 1996.
- WERNER, D. *Guia de deficiências e reabilitação simplificada*. Brasília, CORDE, 1994.