



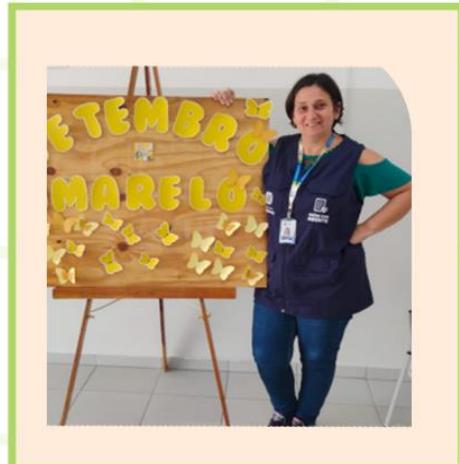
ITUPEVA
PREFEITURA

SAÚDE

SECRETARIA DE
SAÚDE



GUIA PRÁTICO PARA A ROTINA DE TRABALHO do Agente Comunitário de Saúde (ACS)





ITUPEVA
PREFEITURA

SAÚDE

SECRETARIA DE
SAÚDE

GUIA PRÁTICO PARA A ROTINA DE TRABALHO

do Agente Comunitário de Saúde (ACS)

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Educação Permanente em Saúde

Itupeva-SP, setembro de 2025.



PREFEITO MUNICIPAL

ROGÉRIO CAVALIN

SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CATARINA HASS LOPES DI GIOVANNI

ELABORAÇÃO:

ROSALI MARIA JULIANO MARCONDES MONTERO

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

REVISÃO

IZALDA FERREIRA DE MORAIS

DIRETORA DE SAÚDE

SUMÁRIO:

GUIA PRÁTICO PARA A ROTINA DE TRABALHO do Agente Comunitário de Saúde (ACS)

INTRODUÇÃO.....	3
1. APRESENTAÇÃO PESSOAL DO ACS PARA O TRABALHO.....	4
2. VISITA DOMICILIAR (VD)	4
3. ÁREA ADSCRITA	6
4. ROTINA DAS ATIVIDADES DE PROMOÇÃO EM SAÚDE.....	7
6. INSTRUMENTOS UTILIZADOS:.....	10
7. RESUMO DAS FUNÇÕES ESSENCIAIS DO ACS:.....	11
8. FATORES QUE INFLUENCIAM O DESEMPENHO DO ACS:	13
9. FREQUÊNCIA DAS VISITAS ÀS FAMÍLIAS:	14
10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:	15
 ANEXO 1: INSTRUMENTOS UTILIZADOS.....	16
I – Ficha de Visita Domiciliar e Territorial;	
II – Ficha de Atividade Coletiva;	
III – Ficha de Cadastro Individual;	
IV – Ficha de Cadastro Domiciliar e Territorial;	
V – Pesagem do Bolsa Família;	
VI – Ficha de Visitas Domiciliares;	
VII – Ficha de Cadastro Familiar;	
VIII – Ficha para Atividade Coletiva/ Grupos/ PSE;	
IX – Aviso de Visita Domiciliar - para casas fechadas	
 ANEXO 2: CADASTRAMENTO DE FAMÍLIAS	
NO SISTEMA DE INFORMATIZAÇÃO DE SAÚDE - PRESCON	16

O Agente Comunitário de Saúde

faz a interlocução da população com a

Atenção Primária à Saúde, por meio de sua atuação e

processos cotidianos de trabalho.

Ele estabelece vínculo com a comunidade,

facilitando o acesso à saúde e evidenciando a unidade básica

como porta de entrada ao sistema de saúde.

GUIA PRÁTICO PARA A ROTINA DE TRABALHO

do Agente Comunitário de Saúde (ACS)

INTRODUÇÃO

O ACS atua como um elo essencial na Atenção Primária à Saúde (APS), realizando visitas domiciliares, promovendo ações de educação e prevenção, identificando problemas de saúde e vulnerabilidades na comunidade e construindo vínculos com a população. Ele atua no território, realizando visitas domiciliares e ações educativas, reunindo dados para o diagnóstico local de saúde, e facilitando o acesso da comunidade aos serviços de saúde.

O ACS precisa saber sobre políticas do Sistema Único de Saúde (SUS) e saúde pública, prevenção e promoção de doenças, anatomia e fisiologia humanas básicas. Também deve possuir habilidades na área de comunicação, respeito à diversidade cultural, noções de primeiros socorros e conhecer os instrumentos de registros da profissão, como o preenchimento de fichas e o cadastro da comunidade, assim como acessar os sistemas online de saúde.

As principais legislações referentes aos ACS:

Lei nº 11.350/2006: regulamenta a profissão, alterada por leis mais recentes.

Lei nº 14.536/2023: reconhece o ACS como profissional de saúde.

Lei nº 14.799/2024: aprimora a lei sobre o exercício da profissão, denominada Ruth Brilhante em homenagem a uma ACS, líder da categoria.

Considerações e Recomendações ao ACS para o exercício da função em seu cotidiano de trabalho:

1. APRESENTAÇÃO PESSOAL DO ACS PARA O TRABALHO

Na rotina de trabalho, o ACS deve realizar as visitas devidamente uniformizado, usando crachá de identificação, sapatos fechados, chapéu, protetor solar, guarda-chuva e demais itens para a sua segurança e proteção. Deve levar uma prancheta, mochila contendo canetas e os impressos necessários para os registros dos atendimentos (anexos).

Se já recebeu capacitação do curso técnico (TACS) inclui-se também alguns equipamentos específicos com o objetivo de promover saúde e prevenir doenças e agravos como: termômetro, aparelho de PA, glicosímetro e insumos para mensurar glicemia capilar.

2. VISITA DOMICILIAR (VD)

A VD é a atividade mais importante do processo de trabalho do ACS em seu cotidiano, pois são nestas visitas que os agentes irão estabelecer e fortalecer o vínculo com a família, compreender suas reais necessidades e assim poder ajudar, encaminhando para a unidade de saúde para as providências necessárias. A partir disso, fazer as ações de educação e orientações, as quais são fundamentais na promoção e prevenção de doenças ou agravos em saúde.

Considerações:

- **Planejamento:**

É fundamental que o ACS planeje suas visitas para o período (dia, semana, mês), priorizando as famílias com maiores necessidades e utilizando ferramentas como mapas de área e prontuários eletrônicos. Além das decisões tomadas nas reuniões em equipe.

- **Qualidade das visitas:**

Mais importante que o número de visitas é a qualidade do acompanhamento, com o devido registro das informações relevantes, a identificação de problemas de saúde e a promoção de ações educativas e preventivas, além dos encaminhamentos necessários. Vale ressaltar as recomendações de VD no item 9.

- **Calma e a paciência:**

Vale lembrar que é de suma importância que o ACS, em suas visitas, mantenha sempre muita calma e paciência, pois muitas vezes irão encontrar situações bem difíceis de lidar e nem sempre poderá contar com a receptividade esperada dos moradores. A escuta e o amparo nestes momentos são de grande valia: é preciso preparar-se para saber ouvir e acolher a família, a qual pode estar precisando muito de sua ajuda.

- **Registro das visitas:**

É fundamental que o ACS registre todas as visitas realizadas, documentando o trabalho e utilizando os sistemas disponíveis (como o e-SUS) e o impresso próprio (comprovante físico), conforme anexos, constando a assinatura do paciente visitado, para que a equipe de saúde tenha acesso às informações e possa monitorar o estado de saúde da pessoa e o trabalho prestado.

- **Quantas visitas por dia?:**

Não existe um número fixo de VD que o ACS deve fazer por dia, mas sim a recomendação de 8h de trabalho por dia, realizando visitas regulares suficientes para cobrir a população cadastrada. O número exato de VD dependerá da área de atuação do ACS, da complexidade das famílias e atendimento de algumas condições – fases da vida (conforme item 9).

O importante é que o ACS realize suas atividades de forma planejada, organizada, documente e registre corretamente todas as visitas conforme os comprovantes (anexos).

3. ÁREA ADSCRITA

Refere-se à área geográfica delimitada sob a responsabilidade sanitária de uma unidade básica e equipe de saúde.

O ACS deve trabalhar com adscrição de indivíduos e famílias em base geográfica previamente definida e cadastrar todas as pessoas de sua área de abrangência da unidade, mantendo os dados atualizados no Sistema de Informações em Saúde vigente.

Considerações:

- **Cobertura populacional:**

O MS recomenda que o ACS seja responsável pelo cuidado de uma micro-área com até 750 pessoas - não especifica o n. de famílias - e cada equipe eSF por 4.000 pessoas. Cabe ao município dimensionar a necessidade de ACS/equipe, assim como o tamanho das microáreas, considerando fatores como tamanho da área, população, locomoção e perfil epidemiológico.

4. ROTINA DAS ATIVIDADES DE PROMOÇÃO EM SAÚDE

São as atividades educativas e de orientações, que o ACS mais costuma prestar no dia a dia, às famílias e referem-se a:

- cuidados com a higiene pessoal e ambiental,
- atenção à manutenção do calendário vacinal atualizado das crianças, adolescentes, gestantes, idosos e adultos,
- seguimento às consultas: pré-natal das gestantes, recém-nascidos e puérperas, pacientes com doenças crônicas,
- uso correto das medicações aos pacientes portadores de doenças crônicas (Diabetes, Hipertensão, Cardiopatias, Doenças respiratórias, Oncológicas, etc),
- entrega de guias de encaminhamentos para exames, consultas e outros atendimentos,
- pesagem e entrega do leite – conforme os benefícios dos programas do governo federal (Bolsa Família e Viva Leite),
- orientação de prevenção à dengue.

5. ATRIBUIÇÕES DO ACS

I – Trabalhar com adscrição de indivíduos e famílias em base geográfica definida e cadastrar todas as pessoas de sua área, mantendo os dados atualizados no Sistema de Informação da Atenção Básica vigente, utilizando-os de forma sistemática, com apoio da equipe, para a análise da

situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, e priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;

- II** – Utilizar instrumentos para a coleta de informações que apoiem no diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade;
- III** – Registrar para fins de planejamento e acompanhamento das ações de saúde, os dados de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde, garantindo o sigilo ético;
- IV** – Desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à unidade básica de saúde: UBS/USF, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividades;
- V** – Informar os usuários sobre as datas e horários de consultas, exames e demais procedimentos agendados;
- VI** – Participar dos processos de regulação a partir da Atenção Básica para acompanhamento das necessidades dos usuários, no que diz respeito a agendamentos ou desistências de consultas e exames solicitados;
- VII** – Realizar acompanhamento e busca ativa dos pacientes cadastrados no Programa Bolsa Família, com controle de peso, necessário nos prazos estabelecidos.
- VIII** – Exercer outras atribuições que lhes sejam atribuídas por legislação específica da categoria, ou outra normativa instituída pelo gestor federal, municipal ou do Distrito Federal.

Poderão ainda ser consideradas atividades do ACS ou Técnico - TACS, a serem realizadas e assistidas por profissional de saúde de nível superior, membro da equipe, após treinamentos específicos e fornecimento de equipamentos adequados, em sua base geográfica de atuação, encaminhando o paciente para a unidade de saúde de referência.

- I** – Aferir a pressão arterial, no domicílio, com o objetivo de otimizar a oportunidade de promover saúde e prevenir doenças e agravos;
- II** – Realizar a mensuração da glicemia capilar, no domicílio, para o acompanhamento dos casos diagnosticados de diabetes mellitus e segundo o projeto terapêutico prescrito pelas equipes que atuam na Atenção Básica - se recebido a devida capacitação;
- III** – Aferir a temperatura axilar, durante a VD;
- IV** – Orientar cuidados dos curativos, realizadas com material limpo, água corrente no banho ou soro fisiológico e uso de coberturas simples para feridas; Sempre que necessário, buscar orientações ou encaminhar ao profissional capacitado (enfermeiro, técnico de enfermagem);
- V** – Em casos necessários, encaminhar o paciente à unidade de saúde para avaliar necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo o acompanhamento e responsabilização do paciente;
- VI** – Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS em conjunto com os outros membros da equipe; e
- VII** – Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação, quando necessário (ex: entrega de medicamentos, insumos, documentos de saúde, outros).

6. INSTRUMENTOS UTILIZADOS:

As Ficha do e-SUS utilizadas, conforme demonstradas nos anexos, apresentam-se a seguir:

- I** – Ficha de Visita Domiciliar e Territorial;
- II** – Ficha de Atividade Coletiva;
- III** – Ficha de Cadastro Individual;
- IV** – Ficha de Cadastro Domiciliar e Territorial;
- V** – Pesagem do Bolsa Família.

Foram também aqui agregadas, as fichas a seguir (elaboradas pela equipe de ACS do CSIII e Rio das Pedras), pensadas para facilitar o trabalho no dia a dia das visitas e atividades coletivas (na unidade ou externa - tipo na escola) e grupos. Foram baseadas nas fichas de uso do ACS pelo sistema e-SUS (cujo atual sistema Prescon envia as informações ao e-SUS) são elas:

- VI** – Ficha de Visitas Domiciliares;
- VII** – Ficha de Cadastro Familiar;
- VIII** – Ficha de Atividade Coletiva / Grupos/ PSE;
- IX** – Aviso de Visita Domiciliar - para casas fechadas.

7. RESUMO DAS FUNÇÕES ESSENCIAIS DO ACS:

Em resumo, o bom desempenho do ACS se traduz em uma atuação que valoriza a orientação, o trabalho educativo, garante a vinculação do usuário ao serviço de saúde e promove o cuidado a partir da realidade local. Suas principais responsabilidades incluem:

- Visitas Domiciliares:**

Realizar visitas regulares às residências para conhecer de perto a realidade das famílias, identificar e monitorar os problemas de saúde, observar, fazer os registros, orientar sobre promoção de saúde e prevenção de doenças e facilitar o acesso aos serviços de saúde.

- Mapeamento e Cadastro:**

Mapear a área de atuação, conhecer a comunidade, identificar, cadastrar e conhecer as famílias, suas condições de vida e necessidades de saúde, atualizar essas informações para criar um plano de ação eficaz.

- Identificação de Riscos:**

Reconhecer e anotar situações de risco para a saúde e o bem-estar da população.

- Educação em Saúde:**

Promover ações educativas e de prevenção para informar e mobilizar a comunidade sobre práticas saudáveis e bons hábitos, prevenção de doenças, planejamento familiar, vacinação, entre outros.

- **Elo entre Comunidade e Equipe de Saúde:**

Ser um canal de comunicação e confiança entre a população e a equipe de saúde, ao identificar casos que requerem atenção especializada facilitando o acesso aos serviços do SUS.

- **Ações de Monitoramento e Orientação:**

Acompanhar os casos, orientar sobre cuidados de proteção individual e coletivos, e monitorar a transmissão de doenças.

- **Acompanhamento de Pacientes com Doenças Crônicas:**

O ACS auxilia no monitoramento dos pacientes crônicos, como diabéticos e hipertensos, incentivando a adesão ao tratamento e promovendo o autocuidado.

- **Participação em Campanhas de Saúde:**

O ACS sabe ou atua nas campanhas de saúde pública, como vacinação em massa, controle de endemias e outras iniciativas para melhorar a saúde da comunidade.

- **Coleta de Dados:**

O ACS coleta dados relevantes sobre a saúde de indivíduos, famílias e comunidade, contribuindo com informações sólidas para a formulação de políticas de saúde e planejamento de intervenções adequadas.

- **Integração com a Equipe de Saúde:**

O ACS trabalha em conjunto com a equipe de saúde local, compartilhando informações importantes e garantindo uma abordagem coordenada para o atendimento à comunidade.

8. FATORES QUE INFLUENCIAM O DESEMPENHO DO ACS:

- **Formação e Competências:**

Um bom desempenho está ligado ao conjunto de competências e habilidades do agente, incluindo a capacidade de ler e interpretar, compreender e prestar informações condizentes.

- **Conhecimento da Comunidade:**

A capacidade de entender e dialogar com as necessidades e o contexto cultural da comunidade é crucial para a eficácia do trabalho.

- **Articulação com a Equipe de Saúde:**

Trabalhar em sintonia com a equipe multiprofissional e receber apoio adequado do gestor da unidade, o que contribui muito para um desempenho melhor qualificado.

- **Condições de Trabalho:**

A organização do processo de trabalho e as pressões do ambiente podem impactar o desempenho do ACS, o que torna essencial o apoio entre gestores e profissionais.

9. FREQUÊNCIA DAS VISITAS ÀS FAMÍLIAS:

A frequência das VD deve considerar a fase de vida e o grupo específico que a pessoa se enquadra. Lembrando que, o cumprimento destas recomendações, irão impactar nos Indicadores da Atenção Primária em Saúde - APS, devendo realizar:

- **Cuidado no Desenvolvimento Infantil:**

Ao menos 2 VD realizadas pelo ACS, sendo a 1^a até os 30 dias de vida e a 2^a até os 6 meses de vida.

- **Cuidados na Gestação e Puerpério:**

Ao menos 3 VD realizadas pelo ACS, após a 1^a consulta do pré-natal, durante a gestação.

Ter pelo menos 1 VD realizada pelo ACS durante o puerpério.

- **Cuidado da Pessoa com Diabetes:**

Ao menos 2 VD realizadas pelo ACS com intervalo mínimo de 30 dias entre as visitas, nos últimos 12 meses que antecedem o período em análise.

- **Cuidado da Pessoa com Hipertensão:**

Ao menos 2 VD realizadas pelo ACS com intervalo mínimo/ 30 dias entre as visitas, nos últimos 12 meses que antecedem o período em análise.

- **Cuidado com a Pessoa Idosa:**

Ao menos 2 VD realizadas pelo ACS com intervalo mínimo/ 30 dias entre as visitas, nos últimos 12 meses que antecedem o período em análise.

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. BRASIL, 2017. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017. Política Nacional de Atenção Básica: estabelece as diretrizes para a organização da Atenção Básica do Sistema Único de Saúde. Brasília: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 2017. In: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html . Acesso em 21 de agosto de 2025.
2. BRASIL, 2024. Lei nº 14.799, de 05 de janeiro de 2024. Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para denominá-la Lei Ruth Brilhante, nomeando essa legislação em homenagem a uma agente comunitária de saúde. Brasília, Presidência da República, 2024. In: <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=LEI&numero=14799&ano=2024&ato=af0c3ZU90MZpWTb91> . Acesso em 03 de setembro de 2025.
3. CEEN, 2020. Centro de Estudos - PUC Goiás. Agente Comunitário de Saúde. Quais as atribuições do ACS? Sal Virtual, Goiânia - GO, 2020. In: <https://www.cean.com.br/agente-comunitario-de-saude/> . Acesso em 21 de agosto de 2025.
4. RIBEIRÃO PRETO, 2022. Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto. Departamento de Atenção à Saúde das Pessoas – DASP, Coordenação da Estratégia de Saúde da Família. Guia de orientação do Agente Comunitário de Saúde. In: <https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/portal/pdf/saude514202302.pdf> . Acesso em 12 de agosto de 2025.
5. SÃO PAULO, 2024. Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Diretrizes Gerais – Unidade Básica de Saúde. São Paulo, 2024. In: https://prefeitura.sp.gov.br/web/saude/w/atencao_basica/345314 . Acesso em 22 de agosto de 2025.

ANEXO 1: INSTRUMENTOS UTILIZADOS

- I – Ficha de Visita Domiciliar e Territorial;
- II – Ficha de Atividade Coletiva;
- III – Ficha de Cadastro Individual;
- IV – Ficha de Cadastro Domiciliar e Territorial;
- V – Pesagem do Bolsa Família;
- VI – Ficha de Visitas Domiciliares;
- VII – Ficha de Cadastro Familiar;
- VIII – Ficha para Atividade Coletiva/ Grupos/ PSE;
- IX – Aviso de Visita Domiciliar - para casas fechadas.

ANEXO 2: CADASTRAMENTO DE FAMÍLIAS NO SISTEMA DE INFORMATIZAÇÃO DE SAÚDE - PRESCON

FICHA DE VISITA DOMICILIAR E TERRITORIAL

DIGITADO POR:

DATA: / /

CONFERIDO POR: FOLHA Nº:

FOLHA N°:

CNS DO PROFISSIONAL*					CBO*					CNES*					INE*					DATA:*					
Nº		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	
TURNO*		(M)T	(N)	(M)T	(N)	(M)T	(N)	(M)T	(N)	(M)T	(N)	(M)T	(N)	(M)T	(N)	(M)T	(N)	(M)T	(N)	(M)T	(N)	(M)T	(N)	(M)T	
MICROÁREA*																									
TIPO DE IMÓVEL*																									
Nº PRONTUÁRIO																									
CNS ou CPF do Cidadão (para visita periódica ou visita domiciliar para controle vетorial, usar o CNS do responsável familiar)		CNS	CPF																						
Data de nascimento**		Dia/mês		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
		Ano																							
Sexo** (F) Feminino (M) Masculino (I) Indeterminado		(F)M(I)	(F)M(I)	(F)M(I)	(F)M(I)	(F)M(I)	(F)M(I)	(F)M(I)	(F)M(I)	(F)M(I)	(F)M(I)	(F)M(I)	(F)M(I)	(F)M(I)	(F)M(I)	(F)M(I)	(F)M(I)	(F)M(I)	(F)M(I)	(F)M(I)	(F)M(I)	(F)M(I)	(F)M(I)		
Visita compartilhada com outro profissional		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Motivo da visita*	Cadastramento/Atualização																								
	Visita periódica																								
	Busca ativa	Consulta																							
		Exame																							
		Vacina																							
		Condisionalidades do Bolsa Família																							
	Acompanhamento	Gestante																							
		Puérpera																							
		Recém-nascido																							
		Criança																							
Pessoa com desnutrição																									
Pessoa em reabilitação ou com deficiência																									
Pessoa com hipertensão																									

Nº		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
Motivo da visita *	Pessoa idosa	<input type="checkbox"/>																						
	Pessoa com diabetes	<input type="checkbox"/>																						
	Pessoa com asma	<input type="checkbox"/>																						
	Pessoa com DPOC/enfisema	<input type="checkbox"/>																						
	Pessoa com câncer	<input type="checkbox"/>																						
	Pessoa com outras doenças crônicas	<input type="checkbox"/>																						
	Pessoa com hanseníase	<input type="checkbox"/>																						
	Pessoa com tuberculose	<input type="checkbox"/>																						
	Sintomáticos respiratórios	<input type="checkbox"/>																						
	Tabagista	<input type="checkbox"/>																						
	Domiciliados/Acamados	<input type="checkbox"/>																						
	Condições de vulnerabilidade social	<input type="checkbox"/>																						
	Condisionalidades do Bolsa Família	<input type="checkbox"/>																						
	Saúde mental	<input type="checkbox"/>																						
	Usuário de álcool	<input type="checkbox"/>																						
Usuário de outras drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Controle ambiental/vetorial	Ação educativa	<input type="checkbox"/>																						
	Imóvel com foco	<input type="checkbox"/>																						
	Ação mecânica	<input type="checkbox"/>																						
	Tratamento focal	<input type="checkbox"/>																						
Egresso de Internação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Convite atividades coletivas/campanha de saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Orientação/prevenção	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Antropometria	Peso (kg)																							
	Altura (cm)																							
Sinais vitais	Temperatura (°C)																							
	Pressão arterial (mmHg)																							
Glicemia	Glicemia capilar (mg/dL)																							
	Momento da coleta (ver legenda)																							
Desfecho *	Visita realizada	<input type="radio"/>																						
	Visita recusada	<input type="radio"/>																						
	Ausente	<input type="radio"/>																						

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

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

Tipo de imóvel: 01 Domicílio, 02 comércio, 03 terreno baldio, 04 Ponto Estratégico (PE: cemitério, borracharia, ferro-velho, depósito de sucata ou materiais de construção, garagem de ônibus ou veículo de grande porte), 05 Escola, 06 Creche, 07 Abrigo, 08 Instituição de longa permanência para idosos, 09 Unidade prisional, 10 Unidade de medida socioeducativa, 11 Delegacia, 12 Estabelecimento religioso, 99 Outros

Campo I: campo numérico

Momento da coleta: 0 Jejum, 1 Pós-prandial, 2 Pré-prandial, 3 Não especificado

*Campo obrigatório

**Campos obrigatórios para visitas ao cidadão ou a sua família

FICHA DE ATIVIDADE COLETIVA

DIGITADO POR:

DATA:

/ /

CONFERIDO POR:

FOLHA N°:

CNS DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL*	CBO*	CNES*	INE*	DATA:*
████████████████	████████-████	████████████████	████████████████	/ /

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

ATIVIDADE (opção única)*		TEMAS PARA REUNIÃO (opção múltipla)***	
01	Reunião de equipe	01	Questões administrativas/Funcionamento
02	Reunião com outras equipes de saúde	02	Processos de trabalho
03	Reunião intersetorial/Conselho Local de Saúde/Controle social	03	Diagnóstico do território/Monitoramento do território
ATIVIDADE (opção única)*		04	Planejamento/Monitoramento das ações da equipe
04	Educação em saúde	05	Discussão de caso/Projeto Terapêutico Singular
05	Atendimento em grupo	06	Educação Permanente
06	Avaliação/Procedimento coletivo	07	Outros
07	Mobilização social		

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

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

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

Sexo: F - Feminino M - Masculino I - Indeterminado

*Campo obrigatório

**Campo obrigatório ao informar lista de participantes

CNS DO PROFISSIONAL*

CBO*

CNES*

INE*

DATA*

/ /

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO/CIDADÃO

CNS OU CPF DO CIDADÃO*

CNS _____
CPF _____

CIDADÃO É O RESPONSÁVEL FAMILIAR?

 Sim Não

CNS OU CPF DO RESPONSÁVEL FAMILIAR

CNS _____
CPF _____

MICROÁREA*

 FA

NOME COMPLETO:*

NOME SOCIAL: _____ DATA DE NASCIMENTO: * / / SEXO: * F MRAÇA/COR: * Branca Preta Parda Amarela Indígena Etnia: ** N° NIS (PIS/PASEP) _____NOME COMPLETO DA MÃE: * _____ DesconhecidoNOME COMPLETO DO PAI: * _____ DesconhecidoNACIONALIDADE: * Brasileira Naturalizado Estrangeiro PAÍS DE NASCIMENTO: **

DATA DE NATURALIZAÇÃO: ** / /

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

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

INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS

RELAÇÃO DE PARENTESCO COM O RESPONSÁVEL FAMILIAR

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

OCUPAÇÃO

FREQUENTA ESCOLA OU CRECHE? * Sim Não

QUAL É O CURSO MAIS ELEVADO QUE FREQUENTA OU FREQUENTOU?

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

SITUAÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO

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

CRIANÇAS DE 0 A 9 ANOS, COM QUEM FICA? Adulto Responsável Outra(s) Criança(s) Adolescente Sozinha Creche OutroFREQUENTA CUIDADOR TRADICIONAL? Sim Não PARTICIPA DE ALGUM GRUPO COMUNITÁRIO? Sim Não POSSUI PLANO DE SAÚDE PRIVADO? Sim NãoÉ MEMBRO DE PVO OU COMUNIDADE TRADICIONAL OU CAMPO, FLORESTA E ÁGUAS? Sim Não

SE SIM, QUAL?

DESEJA INFORMAR ORIENTAÇÃO SEXUAL? *
 Sim Não
SE SIM, QUAL? **
 Heterossexual Gay Lésbica
 Bissexual Assexual Pansexual
 Outro

DESEJA INFORMAR IDENTIDADE DE GÊNERO? *
 Sim Não
SE SIM, QUAL? **
 Homem cisgênero Mulher cisgênero
 Homem transgênero Mulher transgênero
 Travesti Não-Binário Outro

TEM ALGUMA DEFICIÊNCIA? *

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

INFORMAÇÕES SOCIOECONÔMICAS - TRIAGEM PARA RISCO DE INSEGURANÇA ALIMENTAR (TRIA)

NOS ÚLTIMOS TRÊS MESES, OS ALIMENTOS ACABARAM ANTES QUE VOCÊ TIVESSE DINHEIRO PARA COMPRAR MAIS COMIDA? _____

Sim Não

NOS ÚLTIMOS TRÊS MESES, VOCÊ COMEU APENAS ALGUNS ALIMENTOS QUE AINDA TINHA, PORQUE O DINHEIRO ACABOU? _____

Sim Não

SAÍDA DO CIDADÃO DO CADASTRO

SE ÓBITO, INDIQUE:

Mudança de território Óbito

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

TERMO DE RECUSA DO CADASTRO INDIVIDUAL DA ATENÇÃO BÁSICA

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

Assinatura

QUESTIONÁRIO AUTORREFERIDO DE CONDIÇÕES/SITUAÇÕES DE SAÚDE

CONDIÇÕES/SITUAÇÕES DE SAÚDE GERAIS

ESTÁ GESTANTE? Sim Não

SE SIM, QUAL É A MATERNIDADE DE REFERÊNCIA?

SOBRE SEU PESO, VOCÊ SE CONSIDERA? _____

Abaixo do Peso Peso Adequado Acima do Peso

TEM DOENÇA RESPIRATÓRIA/NO PULMÃO?

Sim Não

ESTÁ FUMANTE?

Sim Não

SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).**

Asma DPOC/Enfisema Outra Não Sabe

FAZ USO DE ÁLCOOL?

Sim Não

Sim Não

FAZ USO DE OUTRAS DROGAS?

Sim Não

ESTÁ COM HANSENÍASE?

Sim Não

TEM HIPERTENSÃO ARTERIAL?

Sim Não

ESTÁ COM TUBERCULOSE?

Sim Não

TEM DIABETES?

Sim Não

TEM OU TEVE CÂNCER?

Sim Não

TEVE AVC/DERRAME?

Sim Não

TEVE ALGUMA INTERNACÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES?

Sim Não

SE SIM, POR QUAL CAUSA?

TEVE INFARTO?

Sim Não

TEVE DIAGNÓSTICO DE ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE MENTAL POR PROFISSIONAL DE SAÚDE?

Sim Não

TEM DOENÇA CARDÍACA/DO CORAÇÃO?

Sim Não

ESTÁ ACAMADO?

Sim Não

SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).**

Insuficiência Cardíaca Outra Não Sabe

TEM OU TEVE PROBLEMAS NOS RINS?

Sim Não

ESTÁ DOMICILIADO?

Sim Não

SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).**

Insuficiência Renal Outro Não Sabe

USA PLANTAS MEDICINAIS?

Sim Não

SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).

USA OUTRAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES?

Sim Não

OUTRAS CONDIÇÕES DE SAÚDE

1 - QUAL?

2 - QUAL?

3 - QUAL?

CIDADÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

ESTÁ EM SITUAÇÃO DE RUA?*

Sim Não

É ACOMPANHADO POR OUTRA INSTITUIÇÃO?

Sim Não

TEMPO EM SITUAÇÃO DE RUA?

< 6 meses 6 a 12 meses 1 a 5 anos > 5 anos

SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).

RECEBE ALGUM BENEFÍCIO?

Sim Não

VISITA ALGUM FAMILIAR COM FREQUÊNCIA?

Sim Não

POSSUI REFERÊNCIA FAMILIAR?

Sim Não

SE SIM, QUAL É O GRAU DE PARENTESCO?

QUANTAS VEZES SE ALIMENTA AO DIA?

1 vez 2 ou 3 vezes mais de 3 vezes

TEM ACESSO À HIGIENE PESSOAL?

Sim Não

QUAL A ORIGEM DA ALIMENTAÇÃO?

Restaurante Popular Doação Restaurante Outras

SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).**

Doação Grupo Religioso Doação de Popular

Banho Acesso ao Sanitário Higiene Bucal Outras

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

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

FA: Fora de Área

***Campo obrigatório**

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

CNS DO PROFISSIONAL*

CBO*

CNES*

INE*

DATA*

/ /

ENDEREÇO/LOCAL DE PERMANÊNCIA

CEP*:

MUNICÍPIO*:

UF*:

BAIRRO*:

TIPO DE LOGRADOURO*:

NOME DO LOGRADOURO*:

NÚMERO*:

 SEM NÚMERO

COMPLEMENTO:

PTO. REFERÊNCIA:

MICROÁREA*

 FA

TIPO DE IMÓVEL*

TELEFONES PARA CONTATO

TEL. RESIDÊNCIA: ()

TEL. CONTATO: ()

CONDIÇÕES DE MORADIA

SITUAÇÃO DE MORADIA/POSSE DA TERRA*

 Próprio Financiado Alugado Arrendado Cedido Ocupação Situação de Rua Outra

LOCALIZAÇÃO*

 Urbana Rural

TIPO DE DOMICÍLIO

 Casa Apartamento Cômodo Outro

EM CASO DE ÁREA DE PRODUÇÃO RURAL: Condição de Posse e Uso da Terra

 Proprietário Parceiro(a)/Meeiro(a) Assentado(a) Posseiro Arrendatário(a) Comodatário(a) Beneficiário(a) do Banco da Terra Não se aplica

Nº de Moradores: _____ Nº de Cômodos: _____

MATERIAL PREDOMINANTE NA CONSTRUÇÃO DAS PAREDES EXTERNAS DE SEU DOMICÍLIO

Alvenaria/Tijolo:

Taipa:

Outros:

 Com Revestimento Com Revestimento Madeira Aparelhada Palha Sem Revestimento Sem Revestimento Material Aproveitado Outro Material Pavimento Chão Batido Fluvial OutroDisponibilidade de Energia Elétrica? Sim Não

TIPO DE ACESSO AO DOMICÍLIO

 Pavimento Chão Batido Fluvial Outro

ÁGUA PARA CONSUMO NO DOMICÍLIO

 Filtrada Fervida Clorada Mineral Sem Tratamento

FORMA DE ESCOAMENTO DO BANHEIRO OU SANITÁRIO

 Rede Coletora de Esgoto ou Pluvial Fossa Séptica Fossa Rudimentar Direto para um Rio, Lago ou Mar Céu Aberto Outra Forma

DESTINO DO LIXO

 Coletado Queimado/ Enterrado Céu Aberto Outro

ANIMAIS NO DOMICÍLIO?

 Sim Não

QUAL(S)?

 Gato Cachorro Pássaro Outros

Quantos: _____

FAMÍLIAS

Nº PRONTUÁRIO
FAMILIAR

CNS OU CPF DO RESPONSÁVEL**

DATA DE NASCIMENTO
DO RESPONSÁVELRENDIMENTO FAMILIAR
(SAL. MÍNIMO)NÚMERO DE MEMBROS
DA FAMÍLIARESIDE DESDE
[MÊS] [ANO]

MUDOU-SE

 CNS CPF

/ /

1/2/1/2/3/4/+

1/2/1/2/3/4/+

1/2/1/2/3/4/+

1/2/1/2/3/4/+

TERMO DE RECUSA DO CADASTRO DOMICILIAR DA ATENÇÃO BÁSICA

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

Assinatura

INSTITUIÇÃO DE PERMANÊNCIA

NOME DA INSTITUIÇÃO DE PERMANÊNCIA:

Existem outros profissionais de saúde vinculados à instituição (não inclui profissionais da rede pública de saúde)?

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

NOME:

CNS DO RESPONSÁVEL:

CARGO NA INSTITUIÇÃO:

TEL. CONTATO:

TERMO DE RECUSA DA INSTITUIÇÃO DE PERMANÊNCIA

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

Assinatura

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

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

FA: Fora de Área

Tipo de Imóvel: 01 Domicílio, 02 Comércio, 03 Terreno baldio, 04 Ponto Estratégico (PE: cemitério, borracharia, ferro-velho, depósito de sucata ou materiais de construção, garagem de ônibus ou veículo de grande porte), 05 Escola, 06 Creche, 07 Abrigo, 08 Instituição de longa permanência para idosos, 09 Unidade prisional, 10 Unidade de medida socioeducativa, 11 Delegacia, 12 Estabelecimento religioso, 99 Outros

* Campo obrigatório

** Campo com obrigatoriedade condicional



ITUPEVA
PREFEITURA

SAÚDE SECRETARIA DE
SAÚDE

PREFEITURA MUNICIPAL DE ITUPEVA

USF: _____

PESAGEM DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA

ACS _____ MÊS/ ANO: _____ / _____. _____.



SECRETARIA DE
SAÚDE

SECRETARIA DE
ESTADO

PREFEITURA MUNICIPAL DE ITUPEVA - USF



FICHA DE VISITAS DOMICILIARES

ACS: _____

MÊS-ANO _____ / _____

CADASTRO FAMILIAR / USF _____

ACS: _____

AREA: _____

FAMÍLIA: _____

Rua:		Nº	Data Cadastro:
Fone:		Bolsa Família:	
Tipo de Imóvel:	Convênio:	Nº Moradores:	Pet:

Nome:			DN:	CS:
Mãe:			Pai:	
Município:		CPF:	Sus:	
HA	DIA	OUTROS:	Profissão:	Escolaridade:
FUM	DEF			

Nome:			DN:	CS:
Mãe:			Pai:	
Município:		CPF:	Sus:	
HA	DIA	OUTROS:	Profissão:	Escolaridade:
FUM	DEF			

Nome:			DN:	CS:
Mãe:			Pai:	
Município:		CPF:	Sus:	
HA	DIA	OUTROS:	Profissão:	Escolaridade:
FUM	DEF			

Nome:			DN:	CS:
Mãe:			Pai:	
Município:		CPF:	Sus:	
HA	DIA	OUTROS:	Profissão:	Escolaridade:
FUM	DEF			



CADASTRO FAMILIAR / USF _____

ACS: _____

AREA: _____

FAMÍLIA: _____

Nome: _____			DN: _____	CS: _____	
Mãe: _____			Pai: _____		
Município: _____		CPF: _____		Sus: _____	
HA	DIA	OUTROS: _____		Profissão: _____	Escolaridade: _____
FUM	DEF	_____			

Nome: _____			DN: _____	CS: _____	
Mãe: _____			Pai: _____		
Município: _____		CPF: _____		Sus: _____	
HA	DIA	OUTROS: _____		Profissão: _____	Escolaridade: _____
FUM	DEF	_____			

PREFEITURA MUNICIPAL DE ITUPEVA
Ficha de Atividade Coletiva – Grupos – PSE

Atividade: _____

Escola: _____ Inep: _____

PARTICIPANTES

NOME	D.N.
</	

Aviso de Visita Domiciliar

Sr. Morador, o Agente de Saúde _____
esteve em sua residência dia ____/____/____ as
_____ horas para:

Visita periódica Consultas/Exames

Cadastro/Atualização Outros assuntos

Porém não o encontrou.

Favor retirar guia de _____
No posto de saúde até o dia ____/____/____

USF _____ F: (11) _____



**Prefeitura
de Itupeva**

Estado de São Paulo

Aviso de Visita Domiciliar

Sr. Morador, o Agente de Saúde _____
esteve em sua residência dia ____/____/____ as
_____ horas para:

Visita periódica Consultas/Exames

Cadastro/Atualização Outros assuntos

Porém não o encontrou.

Favor retirar guia de _____
No posto de saúde até o dia ____/____/____

USF _____ F: (11) _____



**Prefeitura
de Itupeva**

Estado de São Paulo

Aviso de Visita Domiciliar

Sr. Morador, o Agente de Saúde _____
esteve em sua residência dia ____/____/____ as
_____ horas para:

Visita periódica Consultas/Exames

Cadastro/Atualização Outros assuntos

Porém não o encontrou.

Favor retirar guia de _____
No posto de saúde até o dia ____/____/____

USF _____ F: (11) _____



**Prefeitura
de Itupeva**

Estado de São Paulo

Aviso de Visita Domiciliar

Sr. Morador, o Agente de Saúde _____
esteve em sua residência dia ____/____/____ as
_____ horas para:

Visita periódica Consultas/Exames

Cadastro/Atualização Outros assuntos

Porém não o encontrou.

Favor retirar guia de _____
No posto de saúde até o dia ____/____/____

USF _____ F: (11) _____



**Prefeitura
de Itupeva**

Estado de São Paulo

ANEXO 2:
CADASTRAMENTO DE FAMÍLIAS
NO SISTEMA DE INFORMATIZAÇÃO DE SAÚDE - PRESCON

O cadastramento de novas pessoas e a vinculação entre parentes e ao Agente ACS, no sistema Prescon, se dá na própria tela de Cadastro Detalhado, na aba principal, Dados Pessoais, em Prontuário Familiar.

A imagem logo abaixo traz a tela de Prontuário, que é acessada através de RECEPÇÃO > Cadastro Detalhado.

Inicie o cadastro pela pessoa que será a Responsável pela família.

Antes de iniciar o cadastro, faça uma busca para verificar se já não existem cadastros para todos da família. Mesmo que a pessoa tenha dito que ainda não tem cadastro, pode ser que não se lembre ou não saiba, mas pode já existir algum cadastro. Isso evitará o problema de duplicação de prontuários.

Dica: a data de nascimento é uma boa forma de localizar prontuários, ou diferenciar pessoas com nomes parecidos.

Preencha os dados do ACS (segmento, área, microárea).

Quanto ao campo "06.Família", vc pode clicar em próximo para obter o número que será gerado para a família.

Dica: Algumas unidades preenchem esse campo com o mesmo número do prontuário (cartão saúde) do responsável. Isso facilita quando já se tem o prontuário do responsável em mãos, a localizar mais facilmente o registro da família.

A partir daí, conforme forem sendo cadastradas as próximas pessoas da família, ao ser preenchido o campo "06.Família" com o mesmo número, essa outra pessoa ficará vinculada àquela família. É através do número desse campo "06.Família" que ocorre a vinculação entre os membros da família.

Selecione corretamente o campo "07.Posição" indicando o grau de parentesco.

Tela do prontuário, com a seção Prontuário Familiar:

PRONTUÁRIO

IDENTIFICAÇÃO NO MUNICÍPIO

Cartão Saúde	<input type="text"/>	PRÓXIMO	BUSCAR
Cartão SUS	<input type="text"/>	PRÓXIMO	BUSCAR
NIS	<input type="text"/>	CROSS	<input type="text"/>
Nome	<input type="text"/>	BUSCAR	
Nome Social	<input type="text"/>		
Nascimento	<input type="text"/>	<input type="button" value="BUSCAR"/>	
Mãe	<input type="text"/>	BUSCAR	
E-SUS	<input type="text"/>	BUSCAR	

[Dados pessoais \(01 a 21\)](#) [Documentação \(22 a 48\)](#) [Endereço \(49 a 64\)](#) [E-SUS \(65 a 105\)](#) [Domicílio \(106 a 121\)](#) [Odontologia](#)

PRONTUÁRIO INDIVIDUAL

01.E.S	<input type="text"/>	<input type="button" value="R"/>	<input type="button" value="T"/>
02.Prontuário	<input type="text"/>	PRÓXIMO	BUSCAR
Prontuário de exportação e-SUS	<input type="text"/>	<input type="button" value="R"/>	<input type="button" value="T"/>
Profissional	<input type="text"/>	<input type="button" value="R"/>	<input type="button" value="T"/>
C.B.O	<input type="text"/>	<input type="button" value="R"/>	<input type="button" value="T"/>

PRONTUÁRIO FAMILIAR

<input type="checkbox"/> Integrante do programa bolsa família	<input type="text"/>	<input type="button" value="R"/>	<input type="button" value="T"/>
03.Segmento	<input type="text"/>	<input type="button" value="R"/>	<input type="button" value="T"/>
04.Área	<input type="text"/>	<input type="button" value="R"/>	<input type="button" value="T"/>
05.Microárea-ACS	<input type="text"/>	<input type="button" value="R"/>	<input type="button" value="T"/>
06.Família	<input type="text"/>	PRÓXIMO	BUSCAR
07.Posição	NÃO INFORMADO	<input type="button" value=""/>	
Responsável	<input type="text"/>		

08.Cadastro

DADOS PESSOAIS

09.Naturalidade	SP	ITUPEVA	<input type="button" value="R"/>	<input type="button" value="T"/>
10.Pai	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> DESCONHECIDO		
11.Responsável	<input type="text"/>	Cartão SUS	<input type="text"/>	
12.Sexo	<input type="text"/>			

Para lançar os dados de uma visita, acesse CADASTROS > PSF > Visita Domiciliar e realize a busca da pessoa.

FICHA DE VISITA DOMICILIAR E TERRITORIAL

Ficha de Visita Domiciliar e Territorial | Busca Prontuário | Busca

FICHA

Data: 23/09/2021 | E.S.: | Profissional: | C.B.O.: | Prontuário: E.S. | Campo: Data de Nascimento | Buscar | Buscar Ficha

Ficha: | **Cartão Saúde**: | **E-SUS**: | **Buscar**

Visita Domiciliar e Territorial

TURNO: Manhã | Tarde | **TIPO DE IMÓVEL**: DOMICÍLIO

Latitude: | **Latitude FIN**: | **Longitude FIN**: | Visita compartilhada com outro profissional

MOTIVO DA VISITA

Cadastramento/Atualização | Visita Periódica

Busca Ativa

Consulta | Exame | Vacina | Condicionalidades do Bolsa Família

Acompanhamento

<input type="checkbox"/> Gestante	<input type="checkbox"/> Pessoa com Asma	<input type="checkbox"/> Domiciliados/Acamados
<input type="checkbox"/> Puérpera	<input type="checkbox"/> Pessoa com DPOC/ENFIZEMA	<input type="checkbox"/> Condições de Vulnerabilidade Social
<input type="checkbox"/> Recém-nascido	<input type="checkbox"/> Pessoa com Câncer	<input type="checkbox"/> Condicionalidades do Bolsa Família
<input type="checkbox"/> Criança	<input type="checkbox"/> Pessoa com Outras Doenças Crônicas	<input type="checkbox"/> Saúde Mental
<input type="checkbox"/> Pessoa com Desnutrição	<input type="checkbox"/> Pessoa com Hanseníase	<input type="checkbox"/> Usuário de Álcool
<input type="checkbox"/> Pessoa em reabilitação ou com deficiência	<input type="checkbox"/> Pessoa com Tuberculose	<input type="checkbox"/> Usuário de Outras Drogas
<input type="checkbox"/> Pessoa com Hipertensão	<input type="checkbox"/> Sintomáticos Respiratórios	
<input type="checkbox"/> Pessoa com Diabetes	<input type="checkbox"/> Tabagista	

Controle ambiental / vetorial

Ação educativa | Imóvel com foco

Ação mecânica | Tratamento focal

Egresso de Internação | Orientação/Prevenção

Convite Atividades Coletivas/Campanha de Saúde | Outros

GRavar | **LIMpar**

Para localizar um prontuário familiar, vá em CADASTROS > PSF > Visita Domiciliar, e na aba “Busca”, monte a pesquisa da maneira demonstrada abaixo. Selecione Prontuário (Cartão Saúde) com “Igual a” e o número e clique no botão Adicionar. Pode ser adicionado mais de um critério.

Logo abaixo, em “CRITÉRIO DE ORDENAÇÃO”, apenas clique em Adicionar.

E clique no último botão: “Localizar os registros através da expressão de busca”, conforme indicado abaixo.

FICHA DE VISITA DOMICILIAR E TERRITORIAL

Ficha de Visita Domiciliar e Territorial Busca Prontoário **Busca**

OCULTAR EXPRESSÃO DE BUSCA **BUSCAR TODOS OS REGISTROS**

SELEÇÃO DE BUSCA
Expressão : -- Selecione --

CRITÉRIO DE FILTRO

E Prontoário (Cartão Saúde) Igual a - 77***
ADICIONAR

Prontoário (Cartão Saúde) Igual a - 77***

REMOVER ÚLTIMO CRITÉRIO **REMOVER TODOS CRITÉRIOS**

CRITÉRIO DE ORDENAÇÃO

Identificador Ascendente
Identificador Ascendente

REMOVER ÚLTIMO CRITÉRIO **REMOVER TODOS CRITÉRIOS**

GRAVAR EXPRESSÃO DE BUSCA

Título da expressão : **GRAVAR EXPRESSÃO**

LOCALIZAR OS REGISTROS ATRAVÉS DA EXPRESSÃO DE BUSCA

Página : 1 de 1 (exibindo registros de 1 a 2)						
	FICHA	DATA	E.S	Prontoário	Nascimento	Mãe
VISUALIZAR	123	2010-01-01	1000-00-00	77***	1980-01-01	1000-00-00
VISUALIZAR	124	2010-01-01	1000-00-00	77***	1980-01-01	1000-00-00

Página : 1 de 1 (exibindo registros de 1 a 2)

Realizando a busca dessa forma, serão localizadas todas as visitas efetuadas à pessoa indicada na busca. Essa também é uma forma de se ler a Evolução preenchida em cada visita. Clique em VISUALIZAR de cada resultado encontrado para ler os dados referentes a cada visita. Para retornar a tela de resultados e visualizar outra visita, clique na aba “Busca” no topo dessa tela.

Repare na tela acima as opções disponíveis para se marcar em “Acompanhamento”. Lá na busca, é possível montar uma expressão de busca utilizando-se esses indicadores, e é possível adicionar mais de um, para buscar visitas a pacientes que tenham mais de uma dessas condições marcadas. Daí a importância de sempre se marcar esses itens atentamente.

Domiciliados/Acamados é um item importante, por exemplo. Caso queira obter rapidamente pessoas nessas condições em sua área, desde que tenha sido marcado, será possível identificá-las.

Clicando na aba Evolução, é possível verificar os detalhes registrados de cada visita.

FICHA DE VISITA DOMICILIAR E TERRITORIAL

FICHA

Data: 17/01/2024

E.S: USF PORTAL SANTA FE

Profissional: AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

C.B.O: AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

Prontuário: E.S

Campo: Cartão Saúde

BUSCAR

BUSCAR FICHA

Ficha: 11%

BUSCAR

E-SUS: BUSCAR

Visita Domiciliar e Territorial | **Evolução** | Estratificação de Risco Familiar

Evolução

GLOSS. DE FOTOS

EXCLUIR

GRAVAR

LIMPAR

RECEPÇÃO

ATENDIMENTO

AGENDA

DISTRIBUIÇÃO DE CO

REGULAÇÃO

EXAMES

IMPORTAÇÃO/EXPORT

TABELAS DATASUS

CADASTROS

Bairro

Cartão Municipal

Estabelecimento de S

Fichas e-SUS x C.B.O

Instituição de saúde

Logradouro

Maternidade

Painel

Procedimentos Usuai

Profissional

PSF

Segmento

Área / Equipe

Microárea

Cadastro Familiar

Visita Domiciliar e

Visita Domiciliar e

Rotina de Trabalho

Tipo de Dente

Tipo de Inativo

Tipo de Parentesco

Turno

Unificação de Pacient

Zona

TRANSPORTE DE PAC

RELATÓRIOS

VACINA

ZOONOSES

LABORATÓRIO

SMS

TROCAR SENHA

PARÂMETROS

QUADRO DE AVISO

Para ver a relação das famílias que estão com determinado Agente, acesse Cadastro Familiar:

Este é apenas um guia de referência rápido. Aproveite para aprender mais opções e recursos com seus colegas que já utilizam o sistema.

Estão sendo providenciadas novas ferramentas. Tão logo estejam disponíveis, será informado às unidades e aos Agentes.

Bom trabalho a todos!

