

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ARARAQUARA
PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU
SAÚDE DA FAMÍLIA

ZENIR REGINA SCHNEIDER

**FERRAMENTAS FACILITADORAS DE ABORDAGEM FAMILIAR NA
ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA**

ARARAQUARA – SP

2014

ZENIR REGINA SCHNEIDER

**FERRAMENTAS FACILITADORAS DE ABORDAGEM FAMILIAR NA
ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como exigência parcial para a finalização do Curso de Especialização em Saúde da família pelo Centro Universitário de Araraquara – Uniara.

Orientador (a): Profa. Dra. Viviane Ferreira

ARARAQUARA – SP

2014

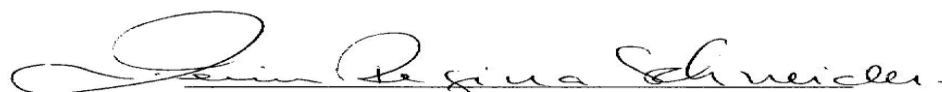
DECLARAÇÃO

Eu, **ZENIR REGINA SCHNEIDER**, declaro ser a autora do texto apresentado Trabalho de Conclusão de Curso, no programa de pós-graduação lato sensu em **Saúde Coletiva** com o título **“FERRAMENTAS FACILITADORAS DE ABORDAGEM FAMILIAR NA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA”**.

Afirmo, também, ter seguido as normas do ABNT referentes às citações textuais que utilizei e das quais eu não sou a autora, dessa forma, creditando a autoria a seus verdadeiros autores.

Através dessa declaração dou ciência de minha responsabilidade sobre o texto apresentado e assumo qualquer responsabilidade por eventuais problemas legais, no tocante aos direitos autorais e originalidade do texto.

Araraquara, 08 de dezembro de 2014.

A handwritten signature in black ink, reading "Zenir Regina Schneider". The signature is written in a cursive style with a long horizontal line extending to the right.

ZENIR REGINA SCHNEIDER

**FERRAMENTAS FACILITADORAS DE ABORDAGEM FAMILIAR NA
ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
como exigência parcial para a finalização do
Curso de Especialização em Saúde da Família
pelo Centro Universitário de Araraquara –
Uniara.

Orientador(a): Profa. Dra. Viviane Ferreira

Data da defesa/entrega: ___/___/___

MEMBROS COMPONENTES DA BANCA EXAMINADORA:

Presidente e Orientador: Nome e título

Membro Titular: Nome e título

Membro Titular: Nome e título
Universidade.

Média _____

Data: ___/___/___

Centro Universitário de Araraquara
Araraquara-

SP

Dedico à realização deste trabalho, bem como todo conhecimento que agregou ao meu saber ao Pai Supremo, à minha família, em especial aos meus dois preciosos netinhos Lucca e Carolina sendo o melhor e maior presente...

AGRADECIMENTOS

Ao meu esposo Arnaldo e meus Filhos;

À minha orientadora Prof.^a Dra. Viviane Ferreira;

Ao meu Filho Ericsson e minha Nora Jaqueline que colaboraram e me incentivaram a dar início a este curso Saúde da Família.

A maravilhosa disposição e harmonia do universo só pode ter tido origem segundo o plano de um Ser que tudo sabe e tudo pode. Isso fica sendo a minha última e mais elevada descoberta.

Isaac Newton

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo identificar através de revisão da literatura as ferramentas facilitadoras de abordagem familiar na Estratégia da Saúde da Família. Relatando o processo de atuação estratégica que auxiliam e orientam as ações entre profissional da ESF e usuários da USF. Tendo como resultado deste trabalho o entendimento de que estas ferramentas facilitadoras contribuem fortemente para que as ações tenham um consenso às necessidades de saúde dos indivíduos no território e que se materializam de forma fidedigna, portanto todas as formas de abordagem para efetivação de políticas públicas voltadas a saúde da população, como as disponibilizadas para trabalhadores de saúde no novo Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica (SISAB) e os cadernos de atenção básica do Ministério da Saúde são ferramentas poderosas na consolidação da Estratégia da Saúde da Família ou seja no modelo assistencial, seus princípios como a família foco de abordagem, território definido, adscrição de clientela, trabalho em equipe interdisciplinar, corresponsabilização, integralidade e resolutividade. Tendo como base manuais do Ministério da Saúde, como E-SUS Atenção Básica, como Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano, enfim por se tratar de uma coletânea que engloba vários conceitos e as estratégias para integração teórica, política e operacional da Estratégia da saúde da família, permitindo de forma integrada aprofundar-se no conhecimento e aplicabilidade das ferramentas e os princípios, diretrizes estabelecidos para este espaço de atenção.

Palavras-chave: Saúde da Família, Ferramentas de abordagem.

ABSTRACT

This study aims to identify through review of the enabling tools literature family approach in the Family Health Strategy. Reporting the process of strategic actions that assist and guide the actions of professional FHS and users of USF. As a result of this work the understanding that these enabling tools contribute greatly to the shares have a consensus to the health needs of individuals in the territory and that materialize in a reliable manner, so all approach to effective forms of public policies aimed at population health, as provided for health workers in the new Information System on Health primary Care (SISAB) and primary care books of the Ministry of health are powerful tools in the consolidation of the Family health Strategy that is in the care model , its principles as family focused approach, defined territory, Trading ascription, interdisciplinary teamwork, co-responsibility, integrity and resolution. With the manual base of the Ministry of Health, as E-SUS Primary Care, as tools for the management and daily work, short as it is a collection that encompasses many concepts and strategies for theoretical integration, policy and operational strategy family health, allowing seamlessly deepen the knowledge and applicability of the tools and principles, guidelines established for this area of attention.

Keywords: Family Health, approach Tools.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Avaliação para melhoria da qualidade da ESF	22
Quadro 2- Procedimentos Consolidados	33

LISTA DE SIMBOLOS

Símbolo 1-	Símbolos utilizado no Genograma	36
Símbolo 2-	Linhas de relacionamento e de moradia	37
Símbolo 3-	Símbolos utilizados na estrutura de um Ecomapa	38
Símbolo 4-	Símbolos utilizados no Diagrama de Vínculos	38

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ESF-	Estratégia de Saúde da Família
APS-	Atenção Primária à Saúde
USF-	Unidade de Saúde da Família
UBS-	unidade Básica de Saúde
CNS-	Cartão Nacional de Saúde
OMS-	Organização Mundial de Saúde
AB –	Atenção Básica
AD –	Atenção Domiciliar
VD-	Visita Domiciliar
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASEMS-	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CadSUS –	Cadastro Nacional do SUS
CBO –	Classificação Brasileira de Ocupações
CDS –	Coleta de Dados Simplificada
CNR –	Consultório na Rua
DAB –	Departamento de Atenção Básica
IBGE –	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MDS –	Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
MS –	Ministério da Saúde
NASF –	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PEC –	Prontuário Eletrônico do Cidadão
PMAQ –	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB –	Política Nacional de Atenção Básica
PNIIS –	Política Nacional de Informação e Informática em Saúde
RAS –	Rede de Atenção à Saúde
SAS –	Secretaria de Atenção à Saúde
SIAB –	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIGTAP –	Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS.
SISAB -	Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica

SUS –	Sistema Único de Saúde
e-SUS-AB–	Eletrônico-Sistema Único de saúde da Atenção Básica
TI–	Tecnologia da Informação
SIGTAP–	Sistema de gerenciamento da tabela de procedimentos

SUMÁRIO

1.	Introdução	14
2.	Metodologia	16
3.	Revisão de literatura	17
3.1	O Fortalecimento da Atenção Básica	17
3.2.	Especificidades da equipe de SF, Necessários à ESF	19
3.3	Especificidades do núcleo de apoio à SF	19
3.4.	Conceituando os tipos de abordagem	21
3.4.1	Território	21
3.5	Conceituando ferramentas coleta de dados utilizadas na ESF	25
3.6	Conceituando as mudanças de ferramentas na coleta de dados	26
3.7	Ferramentas de atendimento na ESF	31
3.8	Conceituando tipos de atendimento na ESF	31
3.9	Conceituando as fichas/ferramentas padronizadas	32
3.10	Conceituando as ferramentas de abordagem familiar na prática clínica como p.r.a.c.t.i.c.e. - f.i.r.o.: a.p.g.a.r. genograma, ecomapa, ciclo vital familiar.	34
4	Considerações finais	42
	Referências	43
	Anexos	47

1 Introdução

O presente Trabalho intitulado “Ferramentas facilitadoras de abordagem familiar na Estratégia da Saúde da família” tem como objetivo, abordar à reorganização da Atenção Básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, apresentar os princípios da estratégia de Saúde da Família sua estratégia de reorientação do modelo assistencial seus princípios como a família foco de abordagem, território definido, adscrição de clientela, trabalho em equipe interdisciplinar, corresponsabilização, integralidade, resolutividade e as ferramentas ou instrumentais que auxiliam e orientam as ações.

Conforme Ministério da Saúde a Estratégia de Saúde da Família (ESF) vem de encontro à reorganização da Atenção Básica no País, de acordo com os regulamentos do Sistema Único de Saúde (SUS), e apresentada pelo Ministério da Saúde (MS), CONASS (Conselho Nacional de Secretários de Saúde) e CONASEMS (Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde), como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica por beneficiar um processo de trabalho com maior potencial de enraizar os fundamentos da atenção básica, de estender as melhorias de saúde dos usuários, além de custo benefício (BRASIL, 2011, n/p).

Esta reorganização da atenção básica se consolida na adesão de gestores estaduais e municipais aos princípios da ESF, isto implica no envolvimento dos gestores, das equipes técnicas e dos profissionais de saúde objetivando o alcance e produção de resultados positivos, que impactem sobre os principais indicadores de saúde e de qualidade de vida do indivíduo, para isso a capacitação das equipes devem constantemente aprofundar-se neste conhecimento técnico-científico, ou seja, uma reorientação do processo de trabalho substituindo a forma clínica pela que prenuncia a integralidade da saúde do indivíduo.

Segundo a visão do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (2007, p.71). Sobre a APS e a Saúde da Família: “Acreditamos que é pela radicalização da extensão dos atributos da APS que garantiremos a prática integral e a responsabilidade clínica e territorial da equipe de Saúde da Família.”.

Isso demonstra que o modelo assistencial de atenção primária à saúde e seu processo pedagógico, ou seja, a construção do conhecimento deve ser crítica-reflexiva de compromisso pessoal e profissional conjuntamente, criando condições de transformar a realidade, inovando na gestão do cuidado e dos serviços de saúde, e esta construção se consolida a cada dia para

melhor, unificando um sistema como promovem os departamentos bem como profissionais da saúde:

O Departamento de Atenção Básica (DAB) /Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) /Ministério da Saúde (MS) assumiu o compromisso de reestruturação do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), objetivando a melhora na qualidade da informação em Saúde e o seu uso pelos gestores, profissionais de Saúde e cidadãos (BRASIL, 2014, n/p).

Ainda conforme reestruturação: o novo sistema de informação a saúde da atenção básica o (SISAB).

As diretrizes orientadoras estão de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), e a Política Nacional de Informática e Informação em Saúde (PNIIS). A essa reestruturação, deu-se o nome de eSUS AB, em alinhamento com o Plano Estratégico de e Saúde no Brasil e a integração aos sistemas de informação que compõem as (RAS) Redes de Atenção à Saúde. O novo Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica (SISAB) moderniza a plataforma tecnológica, utilizando o software eSUS AB. Este é composto pelo Prontuário Eletrônico do Cidadão (PECAB), pela Coleta de Dados Simplificada (CDSAB) e seus instrumentos de coleta de dados, atendendo a diversos cenários de informatização e conectividade.

O cadastro da AB é uma extensão do Cadastro Nacional do SUS (CadSUS) no que se refere aos dados que apoiam as equipes de Atenção Básica a mapear as características de saúde, sociais e econômicas da população adscrita ao território sob sua responsabilidade. Este cadastro está organizado em duas dimensões: domiciliar e individual. O cadastro domiciliar identifica as características sociossanitárias dos domicílios no território das equipes de AB. Este cadastro busca identificar, ainda, situações de populações domiciliadas em locais que não podem ser considerados domicílio, por exemplo, situação de rua (IBGE, 2009), no entanto devem ser monitorados pela equipe de Saúde (BRASIL, 2014, n/p).

O trabalho da USF se inicia em identificar as necessidades do território baseado através de dados Censitários como base, e a realidade local se produzira com o trabalhado da equipe diariamente no uso de ferramentas de abordagem e alimentando os dados coletados, atualizando as fontes que disponibilizam recursos e melhorias para a unidade de saúde, conforme disponibiliza o sistema de informação a saúde da atenção básica.

Segundo Barcelos e Monken (2008, n/p):

A territorialização é feita inicialmente baseado em dados que não foram levantados pela ESF, mas que estão disponíveis, porque são resultado do trabalho de outros órgãos de governo. Devemos lembrar que o próprio SUS dispõe de uma grande quantidade de dados que podem ser usados para esse diagnóstico. Dados sobre internações, óbitos, nascimentos e notificação de agravos podem ser usados nesse levantamento. Veja a página do Datasus (www.datasus.gov.br). Além disso, podem ser usados dados do censo demográfico para caracterizar as condições de habitação, escolaridade, renda e perfil etário da população. Esses dados são divulgados pelo IBGE (www.ibge.gov.br) por setores censitários.

OBJETIVO

Identificar através da revisão da literatura as ferramentas facilitadoras de abordagem familiar na Estratégia da Saúde da Família.

JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

Neste estudo sobre ferramentas facilitadoras de abordagem familiar na ESF o qual busca mostrar o processo de atuação estratégica na utilização destas ferramentas na prática clínica, na obtenção de resultados como atributos que facilitam as relações entre profissionais e usuários, a escolha deste tema visou conhecer como se dá esta articulação entre profissional, indivíduo x ferramenta a comunicação que facilita na interpretação e análise das atuais estruturas familiares em relação aos aspectos físicos, culturais, biológicos e sociais em um consenso para uma correta intervenção, portanto conhecer as ferramentas de abordagem na estratégia da saúde da família e sua aplicabilidade se tornam de grande valia, tanto para estabelecer ações de prevenção e promoção da saúde do indivíduo, bem como alimentando os bancos de dados que monitoram e mapeiam as necessidades e assim promovem a integralidade à saúde da população.

2 Metodologia

A pesquisa foi realizada em biblioteca da Uniara como módulos de estudo em saúde da família em biblioteca virtual como Scielo, Scribd, web artigos, Google acadêmico e instituições governamentais como Ministério da Saúde (MS), CONASS (Conselho Nacional de Saúde dos Secretários), O novo Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica (SISAB) na busca de revisão de literatura objetivando de forma a descrever as ferramentas de abordagem familiar na estratégia da saúde da família.

Inicialmente, abordar à reorganização da Atenção Básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, apresentar os princípios da estratégia de Saúde da Família sua estratégia de reorientação do modelo assistencial seus princípios como a família foco de abordagem, território definido, adscrição de clientela, trabalho em equipe interdisciplinar, corresponsabilização, integralidade, resolutividade e as ferramentas que auxiliam e orientam as ações, neste formato ir além do cuidado coletivo como na atenção centrada no indivíduo pode ser estruturada em bases mais amplas, com maior resolutividade nas intervenções sobre o processo saúde-doença-cuidado.

Na sequência, foram caracterizados os objetivos e as finalidades de uso das ferramentas por equipes multiprofissionais; demonstrando que o uso das ferramentas pelas equipes da ESF se torna um instrumento de facilitação favorecendo uma melhor aproximação de dados constantes para estratégias junto à saúde aos cuidados da família, da pessoa, e da comunidade bem como melhorias advindas por alimentação de sistemas de banco de dados que vem de encontro às necessidades do território. Os dados foram analisados em forma descritiva e reflexiva sobre o assunto pesquisado, A amostra foi composta por 22 artigos que retratam o tema, compreendendo o recorte temporal correspondente aos períodos de 2004 a 2014.

As palavras chave utilizadas foram: Saúde da Família, Ferramentas de abordagem.

3 Revisão de Literatura

3.1 O Fortalecimento da Atenção Básica

O fortalecimento da importância da Atenção Primária à Saúde (APS) no Sistema Único de Saúde avançou e fortaleceu-se isto se deve ao empenho dos governos nas diferentes esferas administrativas, bem como dos trabalhadores e das instituições de saúde, assegurando que APS tem grande significado no que tange a porta de entrada ou Centro do sistema de saúde, conforme o Ministério da Saúde e a política Nacional de Promoção à Saúde consideram a APS “o locus privilegiado para a operacionalização da promoção da saúde”.

Segundo CONASS Sustentar os modelos assistências no sistema de saúde tornaram-se inviáveis, ou seja, “demonstram-se esgotados, abalizando a necessidade de esboçar novas estratégias no sentido de abertura e suporte, com objetivo de melhorias e avanços dos indicadores de saúde da população” (CONASS, 2007, p. 16).

Destaca-se na constituição dos sistemas nacionais de saúde, a APS com capacidade de influir nestes indicadores de saúde potencializando e regulando a utilização dos recursos, equipamentos e instrumentos garantindo a universalidade aos serviços trazendo reais benefícios à saúde da população e diminuição de custos, para definir a atenção básica como Atenção Primária à Saúde o Ministério da Saúde propõe a saúde da família como estratégia principal.

Conforme a visão CONASS sobre a APS e a Saúde da Família:

Ao longo dos últimos anos, o CONASS tem contribuído efetivamente para o fortalecimento da APS e para a consolidação da estratégia saúde da família (ESF). A visão do Programa Saúde da Família como uma estratégia de APS, o CONASS deu passo importante na qualificação desta estratégia. O PSF foi considerado como: “uma estratégia de reorientação do modelo assistencial tendo como princípios: a família como foco de abordagem, território definido, adscrição de clientela, trabalho em equipe interdisciplinar, corresponsabilização, integralidade, resolutividade, intersetorialidade e estímulo à participação social” (CONASS, 2007, p19).

O desenvolvimento destas ações é que tem contribuído para consolidação da Estratégia Saúde da Família, a importância da interação significativa entre as organizações, grupos e indivíduos vinculados às ações além dos movimentos reivindicatórios, visando uma reorientação assistencial na saúde, o intercâmbio de dados, a efetivação das experiências junto à formulação de políticas públicas e importantes indicadores de saúde.

Conforme os autores o Programa saúde da família predecessor da Estratégia Saúde da Família:

O Processo de reorientação do modelo assistencial no Brasil cujo marco foi à implantação em 1994 do Programa Saúde da Família (PSF), predecessor da Estratégia Saúde da Família (ESF), tem merecido reconhecimento internacional pelos resultados obtidos no curto prazo. Ao instituir a Estratégia Saúde da Família (ESF), o Brasil inovou e avançou na configuração de um modelo de Atenção Primária altamente custo-efetivo, baseado numa equipe básica (RODRIGUES; PADULA, 2011, p.21).

Esta equipe básica terá suas funções específicas e dentro de diretrizes que realizarão o modelo assistencial de saúde, ou seja, o novo modelo assistencial a ESF seguindo as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica no desenvolvimento de relações de vínculos e a corresponsabilização entre as equipes e a população adscrita.

Segundo Brasil, apud Cruz e Bourget (2010, p.607):

A ESF incorpora e reafirma as diretrizes e os princípios básicos do SUS (universalidade, equidade, integralidade, regionalização, participação social e descentralização) e se alicerça sobre três grandes pilares: a família, o território e a responsabilização, além de ser respaldado pelo trabalho em equipe. Para a ESF, a família deve ser entendida de forma integral e em seu espaço social, abordando seu contexto socioeconômico e cultural, considerando que é nela que ocorrem interações e conflitos que influenciam diretamente a saúde das pessoas.

3.2-Especificidades da Equipe de Saúde da Família na ESF

Conforme o Ministério da saúde, Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (BRASIL, 2011, n/p).

E ainda conforme Portaria, para Estratégia Saúde da Família recomenda-se, no máximo, 12 mil habitantes, em que cada equipe deve ser responsável por, no máximo, 4 mil pessoas, sendo a média recomendada de 3 mil pessoas ou menos quanto maior o grau de vulnerabilidade.

O quadro de colaboradores multiprofissionais ou equipe saúde da família deve ser composto por:

No mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal (BRASIL, 2011, n/p).

3.3-Especificidades do Núcleo de Apoio à ESF

A saúde da família conta ainda como núcleo de apoio: Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) que foram criados objetivando estender a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolutividade.

Ainda conforme esta portaria-Núcleos de Apoio à Saúde da Família:

Poderão compor os NASF 1 e 2 as seguintes ocupações do Código Brasileiro de Ocupações - CBO: Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional/Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista/Obstetra; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; Terapeuta Ocupacional; Médico Geriatria; Médico Internista (clínica médica), Médico do Trabalho, Médico Veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitária, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas (BRASIL, 2011, n/p).

O NASF amplia a capacidade das ações da atenção básica, como estratégia e eficácia nos planos de cuidado à saúde da família.

Conforme Souto e Pereira (2011, p.178).

No contexto dessa capacidade, nossa comunicação com aquele que cuidamos é estratégica ao entendimento do fenômeno que determina as necessidades de saúde deste, tanto quanto à eficácia e à eficiência do plano de cuidados, independentemente de qualquer precisão diagnóstica.

Segundo Figueredo (2011, p.3) na Estratégia Saúde da Família:

O trabalho em equipe é considerado um dos pilares para a mudança do atual modelo hegemônico em saúde, com interação constante e intensa de trabalhadores de diferentes categorias e com diversidade de conhecimentos e habilidades que interajam entre si para que o cuidado do usuário seja o imperativo ético-político que organiza a intervenção técnico-científica.

Esta intervenção de cuidado com usuário, a prática integral de responsabilidade clínica da equipe de Saúde da Família se concretiza nas ações junto à população adstrita que de forma humanizada seja realizado o acolhimento dos usuários, ou seja, garantir escuta qualificada e encaminhamentos resolutivos para que o vínculo entre a ESF e usuário sejam realmente o encontro de resolutividades e diminuição de vulnerabilidades e riscos dando ao usuário a acessibilidade às ações e serviços de saúde que previnam e promovam a saúde.

Como salienta Rodrigues e Padula (2011, p.21, 22):

A Medicina de Família e Comunidade pode contribuir, de fato, para o aprimoramento dos sistemas de saúde porque as necessidades de cuidados primários que as pessoas experimentam ao longo de suas vidas exigem mais do que o emprego de procedimentos focais, transitórios ou pontuais, voltados para o controle de instabilidades fisiopatológicas críticas. São necessidades de promoção da saúde, prevenção tanto das doenças evitáveis quanto da instalação precoce das enfermidades crônicas e das suas complicações que levam à invalidez ou morte prematuras.

E ainda reforçando avaliação de processos e resultados com vistas à efetividade ao cuidado e vínculos na proposta de saúde Brasileira.

A essência da longitudinalidade é uma relação pessoal que se estabelece ao longo do tempo, independentemente do tipo de problemas de saúde ou mesmo da presença de um problema de saúde, entre indivíduos e um profissional ou uma equipe de saúde. Uma equipe de APS tem a oportunidade de acompanhar os diversos momentos do ciclo de vida dos indivíduos, de suas famílias, da própria comunidade e, por intermédio dessa relação, a equipe conhece as pessoas, suas famílias e comunidade, e estes conhecem a equipe de saúde. O vínculo e a responsabilização, contidos na proposta brasileira, referem-se a esse conceito (CONASS, 2011, p.41).

E acompanhar os diversos momentos do ciclo de vida dos indivíduos, de suas famílias e comunidade só é possível quando realmente se cria vínculos uma relação construída entre equipe da ESF e usuários adscritos, surgindo então à responsabilização da equipe e do próprio usuário da USF com a saúde da família, ou seja, todo núcleo familiar desde a criança, adolescente, jovem, adulto e idoso terão qualidade de vida, entendo que este viés de corresponsabilização promoveu a saúde física e mental da família, uma estratégia criada por gestores de saúde que enxergaram esta grande possibilidade de territorialização, ficando mais que oportuno para as equipes não tendo necessidade de deslocamento a longas distancias bem como os usuários adscritos estão em território da USF, e também outra grande vantagem à porta de entrada da saúde onde esta tem os acessos e resolutividades junto à rede referenciada é através destas estratégias que se fortalecem os vínculos e responsabilização ao cuidado promovendo e prevenindo a saúde da família, da pessoa e da comunidade.

Segundo CONASS (2007, p.40) “As diretrizes da estratégia Saúde da Família buscam a ampliação do acesso e da utilização dos serviços de APS como porta de entrada ao sistema, ao proporem que as unidades de saúde sejam próximas ao local de moradia das pessoas, bem como a vinculação populacional e a responsabilidade pelo território”.

E seguindo a responsabilidade pelo território o NASF junto à equipe da ESF precisa também gerir seu processo de trabalho de maneira a responder às diferentes demandas em saúde do indivíduo, da família e território.

Necessidade de conciliar diferentes realidades: por oferecer suporte a distintas equipes em uma ou mais UBS, que remetem a diversas realidades de

estruturação de serviços e fluxos, assim como a territórios pelos quais são corresponsáveis, o Nasf precisa gerir seu processo de trabalho de maneira a responder às diferentes demandas que se apresentam. É, portanto, essencial o desenvolvimento de mecanismos de pactuação, de repactuação e de comunicação com as equipes de AB, possibilitando o apoio a todas as equipes vinculadas. Sendo assim a equipe de saúde com vínculos estabelecidos deve promover o cuidado integral como uma equipe capacitada para lidar com a ampla gama de necessidades em saúde do indivíduo, da família e território (BRASIL, 2014 p. 37).

3.4- Conceituando os Tipos de Abordagem

3.4.1 Território

Após cadastro da unidade de Atenção básica (AB) o sistema disponibiliza dados que apoiam as equipes de saúde a mapear as características de saúde, sociais e econômicas da população, pois conforme preconiza o SUS para a implantação das ESF priorizou-se as áreas com condições socioeconômicas e de saúde menos favoráveis ou de exclusão social, portanto a ESF já tem uma base de seu território, ou seja, pré-definido para a equipe dar início ao planejamento das atividades, visto que são dados que dão uma base ou um horizonte da clientela do território, e só se tornará um território conhecido com população e perfil definido eficaz para planejamento, após a identificação das reais necessidades do território com a inserção dos dados coletados, ou seja, população adscrita, aí uma análise real da condição de saúde, situação econômica, ou seja, características sociosanitárias mais viáveis de um planejamento eficaz de equipe de saúde, pois como dar início com uma exigência de conhecimento do território baseada em dados demográficos e outras fontes disponibilizadas por instituições censitárias que não atuaram recentemente no território isso só se efetiva materialmente com a atuação dos profissionais no seu dia a dia, pois sempre à mudanças da população, alterações e inserções de espaços públicos ficando obvio que estas análises são medidas pela atuação constante da equipe de saúde local.

Conforme os autores demonstram desde a implantação ESF, desenvolvimento e sua consolidação:

Quadro 1- Avaliação para melhoria da qualidade da Estratégia Saúde da Família.

Elementar	A implantação das ESF prioriza as áreas com condições socioeconômicas e de saúde menos favoráveis e ou de exclusão social	As ESF devem ser implantadas priorizando-se as áreas e as populações de maior risco e vulnerabilidade do município, tanto do ponto de vista social quanto sanitário. Este padrão está relacionado à busca por maior equidade e acessibilidade para o sistema de saúde municipal.
	A gestão municipal da saúde alimenta os sistemas de informação com regularidade e nos prazos estabelecidos.	Este padrão avalia se a gestão municipal da saúde está mobilizada para o tratamento cuidadoso na alimentação dos sistemas de informação. Sistemas de informação considerados: SIM (Sistema de Informação sobre Mortalidade); SISNAC (Sistema de Informação de Nascidos Vivos); SINAN (Sistema de Informação sobre Agravos de Notificação); SIPNI (Sistema de Informações sobre o Programa Nacional de Imunização); SIAB (Sistema da Atenção Básica); SIA-SUS (Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS) e CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde).
Desenvolvimento	A gestão municipal da saúde realiza análise da situação de saúde do município para subsidiar a implantação da ESF.	Estágio mais elevado, significando a realização de estudos com finalidade de avaliar a situação de saúde dos segmentos populacionais no município, diferenciando o seu perfil epidemiológico, os riscos social, ambiental e sanitário das suas regiões. Considerar a resposta afirmativa quando a implantação das ESF estiver fundamentada nestes estudos e análises, sendo definido um número menor de usuários para as equipes responsáveis por áreas mais críticas.
Consolidada	A gestão municipal da saúde mantém análise e acompanhamento da situação de saúde para subsidiar a implementação da ESF.	Estágio mais elevado, significando que a gestão municipal, além de haver realizado a implantação baseando-se em estudos e análises, mantém este trabalho de forma permanente na implementação da estratégia.

Fonte: Brasil, 2005, apud (Barcelos; Monken, 2008, n/p).

Ainda conforme os autores “O diagnóstico sócio sanitário não pode ser baseado unicamente como ferramenta utilizada pelo PSF, devendo ser complementado por levantamentos de campo e dados secundários.”.

Isto indica o óbvio que estes dados também podem ser obtidos por outras instituições não só de saúde, mas como o setor de assistência social, habitação enfim outras políticas públicas que através destes levantamentos censitários veem populações carentes de políticas públicas que promovam a qualidade de vida, só assim teremos a integralidade na saúde, pois entendemos que saúde conforme a "Organização Mundial de Saúde" (OMS) define como "um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades". A necessidade então do indivíduo ter um estado completo de bem estar físico mental e social advém de um equilíbrio de sua existência entre inclusões satisfatórias na família, no trabalho e na comunidade.

O projeto de Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ) demonstra essa preocupação de aperfeiçoamento permanente das práticas do PSF, conforme níveis de desenvolvimento do programa. Em um primeiro nível, chamado de elementar, cabe às equipes realizar diagnósticos que permitam identificar e priorizar áreas com condições socioeconômicas e de saúde menos favoráveis, além de manter os sistemas de informação de saúde atualizados. Em um segundo nível, as equipes devem usar plenamente essas informações para analisar situação de saúde de modo a subsidiar a implantação do programa. Em um nível ainda mais avançado,

chamado de etapa consolidada, essas análises de situação devem ser permanentes, permitindo a avaliação contínua do PSF e a sua gestão. (BARCELOS; MONKEN, 2008, n/p).

Esta preocupação é evidente ao acessar o documento percebe-se a cobrança de um serviço eficaz dentro de diretrizes, mas pelo que avistamos estas praticas não são aplicadas por maioria das Unidades de saúde. O material de consulta do instrumento de avaliação pode ser acessado <http://www.saude.mt.gov.br/arquivo/4303>. Se todos os itens fossem cumpridos teríamos uma estratégia totalmente eficaz.

Conforme os Autores na menção de Instrumentos para o Diagnóstico Sócio Sanitário no Programa Saúde da Família.

Está claro que esse diagnóstico é, portanto, um processo interativo e contínuo. Ele é feito inicialmente baseado em dados que não foram levantados pela ESF, mas que estão disponíveis, porque são resultado do trabalho de outros órgãos de governo. Devemos lembrar que o próprio SUS dispõe de uma grande quantidade de dados que podem ser usados para esse diagnóstico. Dados sobre internações, óbitos, nascimentos e notificação de agravos podem ser usados nesse levantamento. Veja a página do Datasus (www.datasus.gov.br). Além disso, podem ser usados dados do censo demográfico para caracterizar as condições de habitação, escolaridade, renda e perfil etário da população. Esses dados são divulgados pelo IBGE (www.ibge.gov.br) por setores censitários (BARCELOS; MONKEN, 2008, n/p).

Identificar as necessidades do território baseando-se em dados Censitários como ponto de partida as atividades, ou seja, um território preestabelecido, onde uma concepção mais realista das necessidades se dará com o trabalho da equipe da ESF diariamente no uso de ferramentas facilitadoras, que mantem os dados sócio sanitários do domicilio/família e individuo bem como as equipes do NASF que também compartilhem do mesmo território e responsabilização pelos impactos dos processos que neste ocorrem sobre a saúde e doença de sua população, como os autores referem-se a este diagnostico sendo um processo interativo e contínuo.

E também de grande valia em especial aos que trabalham na Estratégia Saúde da Família para maior efetivação de integralidade a saúde os autores descrevem Conceitos e ferramentas da Epidemiologia outro método de mapeamento no território com foco em redução de doenças.

Aplicando o método epidemiológico é uma habilidade fundamental para todos os trabalhadores de saúde que tenham como objetivo reduzir doenças, promover saúde e melhorar os níveis de saúde da população, especialmente aqueles que trabalham na Estratégia Saúde da Família, que necessariamente

precisam compreender o todo e as especificidades de uma área do conhecimento tão abrangente; descrever as condições de saúde da população, medindo a frequência com que ocorrem os problemas de saúde em populações humanas, é um dos objetivos da Epidemiologia... Para fazer essas mensurações, utilizamos as medidas de incidência e prevalência. Entre os principais usos das medidas de prevalência estão: o planejamento de ações e serviços de saúde, previsão de recursos humanos, diagnósticos e terapêuticos. Por exemplo, o conhecimento sobre a prevalência de hipertensão arterial entre os adultos de determinada área de abrangência pode orientar o número necessário de consultas de acompanhamento, reuniões de grupos de promoção da saúde e provisão de medicamentos para hipertensão na farmácia da Unidade de Saúde (PEREIRA, 1995, ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003, MEDRONHO, 2005, apud, BOING, D'ORSI E REIBNITZ 2010, p.22). A incidência, por outro lado, é mais utilizada em investigações etiológicas para elucidar relações de causa e efeito, avaliar o impacto de uma política, ação ou serviço de saúde, além de estudos de prognóstico. Um exemplo é verificar se o número de casos novos (incidência) de hipertensão arterial sistêmica declinou depois da implementação de determinadas medidas de promoção da saúde, como incentivo a uma dieta saudável, realização de atividade física e combate ao tabagismo no bairro (BOING, D'ORSI, REIBNITZ, 2010, p.18, 19, 22):

Desmontar os diversos métodos institucionais observa-se que estamos munidos de informações que remetem aos profissionais de saúde um ferramental riquíssimo, mas nem sempre a responsabilização em analisar as diretrizes traçadas para uma qualidade no atendimento embasada em instrumentos que direcionam a uma efetivação concreta de integralidade não são aplicadas.

Segundo CONASS descreve à qualidade do registro das informações em prontuários e aplicação do conhecimento.

A integralidade pressupõe um conceito amplo de saúde, no qual necessidades biopsicossociais, culturais e subjetivas são reconhecidas; a promoção, a prevenção, e o tratamento são integrados na prática clínica e comunitária; e a abordagem é o indivíduo, sua família e seu contexto. A integralidade depende da capacidade de identificar as necessidades percebidas e as não percebidas pelos indivíduos, da abordagem do ciclo vital e familiar e da aplicação dos conhecimentos dos diversos campos de saberes (CONASS, 2007 p.43).

Uma linguagem não verbal sendo como descrito acima a aplicação dos conhecimentos dos diversos campos de saberes que auxilia muito a prática clínica da ESF as ferramentas facilitadoras de abordagem aumentando a capacidade de identificar as necessidades percebidas e as não percebidas pelos indivíduos.

3.5- Conceituando as Ferramentas de Coleta de Dados utilizadas na ESF

As famílias, indivíduos assistidos e acompanhados pela estratégia geravam e geram uma expressiva quantidade de dados que pouco era considerado pelos serviços de saúde, para administrar esse volume de dados, o Ministério da Saúde desenvolveu um sistema para o gerenciamento das informações produzidas no âmbito da ESF; essa ferramenta se chama Sistema de Informação de Atenção Básica, o SIAB está mais próximo da ESF, seja na coleta dos dados, na sua análise ou na possibilidade de subsidiar ações locais. Segundo os autores que descrevem resumidamente e de forma muito esclarecedora os instrumentais utilizados para coleta de dados do SIAB ferramentas com grande potencial na produção de informações.

Cadastramento das famílias – Ficha A;

Por meio dela pode ser conhecido o total de pessoas acompanhadas pela sua equipe, a idade delas e quantas são homens e quantas são mulheres. Além disso, a equipe poderá saber se são alfabetizadas, quais suas ocupações e se referem ter alguma doença. Por fim, há informações sobre as condições de moradia: tipo de casa, destino de lixo, modo de tratamento e abastecimento da água no domicílio e destino de fezes e urina. Resumindo: você terá indicações de quem são as pessoas que você acompanha e como vivem, permitindo uma melhor compreensão do processo saúde-doença.

Acompanhamento de gestantes – Ficha B-GES; Acompanhamento de hipertensos – Ficha B-HAS; Acompanhamento de diabéticos – Ficha B-DIA- informações semelhantes às da Ficha B-HAS, porém, para pessoas com diabetes. São adicionadas informações dos pacientes sobre o uso de hipoglicemiante oral e insulina; Acompanhamento de pacientes com tuberculose – Ficha B-TB; Acompanhamento de pacientes com hanseníase – Ficha B-HAN; Acompanhamento de crianças – Ficha C (Cartão da criança) Qual o perfil das crianças adscritas à sua área? Através da Ficha C é possível descrever o peso delas ao nascer, seu comprimento, perímetro cefálico, Apgar 5' e tipo de parto realizado. A coleta mensal de dados antropométricos (peso e altura) permite que a equipe acompanhe seu desenvolvimento e adote medidas relevantes quando necessário. Registro de atividades, procedimentos e notificações – Ficha D Com o bom preenchimento da Ficha D são coletadas medidas sobre a produção da equipe, tipos de consultas, encaminhamentos médicos, procedimentos realizados e doenças de notificação. Essas fichas descritas acima são consolidadas nos seguintes relatórios: a) consolidado anual das famílias cadastradas – Relatórios A1, A2, A3 e A411; b) situação de saúde e acompanhamento das famílias – Relatórios SSA2 e SSA4; c) produção e marcadores para avaliação – Relatórios PMA2 e PMA4 (BOING, D'ORSI; REIBNITZ, 2012, p.80).

Quanto ao progresso pouco se viu na utilização destes dados nas estatísticas para uma boa gestão em saúde, mas nosso país esta na linha de um êxito nestas estatísticas implantando o sistema e-Sus AB, onde normatiza a utilização dos instrumentais, ou melhor, dizendo unifica um sistema para que todos que atuam na mesma estratégia acompanhem este sistema que trará aos profissionais de saúde uma aplicabilidade e seriedade no que diz a responsabilização à saúde de seu território ou população adscrita.

3.6 Conceituando as mudanças das Ferramentas de Coleta de Dados utilizadas na ESF

As mudanças de padronização antes o SIAB disponibilizava a Ficha A para cadastramento das famílias agora o novo Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica (SISAB) moderniza a plataforma tecnológica, utilizando o software eSUS AB que disponibiliza a ficha de cadastro do domicílio/família/individuo e autoreferido condições de saúde/situação de saúde e outras fichas que farão este controle de forma ágil dispensando as inúmeras fichas que os profissionais tinham que preencher, agora se torna dinâmico e ágil facilitando muito e conforme o objetivo do eSUS AB, esta estratégia visa apoiar as equipes de AB no mapeamento das características sociais, econômicas e de saúde da população de seu território, sendo então uma ferramenta que organiza e disponibiliza orientações desde os preenchimentos das fichas bem como a que profissional é esta responsabilidade como descrito nos objetivos;

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

Profissionais que utilizam estas fichas: o cadastramento e sua atualização periódica são atribuições dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) nas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF). O cadastro da AB está organizado em duas dimensões: domiciliar e individual. A ficha de cadastro domiciliar é utilizada para registrar as características socio sanitárias dos domicílios no território das equipes de AB. Por meio desta ficha, é possível registrar também situações de populações domiciliadas em locais que não podem ser considerados domicílio, por exemplo, situação de rua (IBGE, 2010), mas que devem ser monitoradas pela equipe de saúde. As informações presentes nessa ficha são relevantes porque compõem indicadores de monitoramento e avaliação para a AB e para as Redes de Atenção à Saúde (BRASIL, 2014, p.09).

Ainda conforme reestruturação eSUS: o novo sistema de informação a saúde da atenção básica o (SISAB), que substitui o sistema SIAB, moderniza a plataforma tecnológica, utilizando o software eSUS AB. Este é composto pelo Prontuário Eletrônico do Cidadão (PECAB), pela Coleta de Dados Simplificada (CDSAB) e seus instrumentos de coleta de dados, atendendo a diversos cenários de informatização e conectividade.

As diretrizes orientadoras estão de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), e a Política Nacional de Informática e Informação em Saúde (PNIIS). A essa reestruturação, deu-se o nome de eSUS AB, em alinhamento com o Plano Estratégico de eSaúde no Brasil e a integração aos sistemas de informação que compõem as (RAS) Redes de Atenção à Saúde. O novo Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica (SISAB) moderniza a plataforma tecnológica, utilizando o software eSUS AB. Este é composto pelo Prontuário Eletrônico do Cidadão

(PECAB), pela Coleta de Dados Simplificada (CDSAB) e seus instrumentos de coleta de dados, atendendo a diversos cenários de informatização e conectividade.

O cadastro da AB é uma extensão do Cadastro Nacional do SUS (CadSUS) no que se refere aos dados que apoiam as equipes de Atenção Básica a mapear as características de saúde, sociais e econômicas da população adscrita ao território sob sua responsabilidade. Este cadastro está organizado em duas dimensões: domiciliar e individual. O cadastro domiciliar identifica as características socio sanitárias dos domicílios no território das equipes de AB. Este cadastro busca identificar, ainda, situações de populações domiciliadas em locais que não podem ser considerados domicílio, por exemplo, situação de rua (IBGE, 2009), no entanto devem ser monitorados pela equipe de Saúde (BRASIL, 2014, p.5).

Quando o sistema ressalta atendendo a diversos cenários de informatização observamos conforme manual de implantação: e-SUS AB CDS: Sistema com Coleta de Dados Simplificada (CDSAB).

O sistema com Coleta de Dados Simplificada (CDS) foi formulado para atender às equipes de AB lotadas em UBS com baixa estrutura de informatização, podendo no futuro migrar para a utilização do sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), assim que as condições de infraestrutura tecnológica de informática sejam viabilizadas. O sistema com CDS utiliza sete fichas para o registro das informações, que estão divididas em três blocos,...

Essas fichas deverão ser digitadas no sistema de software e-SUS AB com CDS para alimentação da base nacional de dados, de acordo com a portaria de alimentação do SISAB do ano vigente. Como um sistema transitório, este não tem a pretensão de ser um sistema exaustivo em relação às necessidades de informação das equipes de AB, entretanto, organiza um conjunto essencial de informações que estruturam o cadastro da AB e os registros individualizados dos resumos de atendimentos e outras atividades realizadas pelas equipes.... As fichas utilizadas para registro das atividades das equipes de AB devem ser digitadas no sistema de software e-SUS AB CDS, um sistema de registro de fácil instalação e multiplataforma, podendo ser utilizado sozinho (simplificado) ou em conjunto com o e-SUS AB PEC (no módulo CDS) (BRASIL, 2104).

Outro cenário se dá quando a unidade básica de saúde é dotada de infraestrutura de informatização e conectividade como a implantação do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PECAB).

O sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) foi formulado para atender às equipes de AB lotadas em UBS parcialmente ou totalmente informatizadas. Um sistema com Prontuário Eletrônico melhora o cuidado oferecido à população, amplia a capacidade clínica dos profissionais e tem outras vantagens, tais como: otimização dos gastos com gestão da informação; compartilhamento entre os profissionais de saúde das informações sobre os cidadãos que utilizam o serviço de saúde e do seu território; sistematização das informações em saúde dos cidadãos de cada episódio de cuidado, ao longo do tempo; integração das ferramentas de apoio a decisões na prestação dos serviços de saúde; e criação de uma plataforma de informações da qual é possível extrair resultados das equipes a um custo mais baixo, do que em planilhas em papel, e em tempo mais adequado.

Esclarecer as formas de coleta de dados que alimentam e que servem de monitoramento ao sistema de informação a saúde da atenção básica, as vantagens de estar estruturada em TI (tecnologia da informação) na utilização do (CDSAB) ou (PECAB) é de suma importância para a real aplicabilidade que se encontra a Unidade básica de saúde bem como esta reestruturação das ferramentas/fichas utilizadas com grande potencial de abrangência do domicílio/família/indivíduo/condições de saúde autoferido também as formas de preenchimento e disposição de acompanhamento dos registros individualizados dos resumos de atendimentos e outras atividades realizadas pelas equipes permeiam junto aos profissionais de saúde uma bagagem riquíssima de efetivação no que se diz a responsabilização aos cuidados da saúde de cada indivíduo.

Iniciando o conhecimento das ferramentas /fichas do cadastro domiciliar que são as condições de moradia composta por campos que mapeiam as condições socio sanitárias do domicílio, também neste mesmo cadastro domiciliar tem o bloco que viabiliza o registro das famílias (ou núcleos familiares) que moram no domicílio, sendo então após ter efetuado o cadastro domiciliar e o registro das famílias que moram no domicílio se realiza então a ficha de cadastro individual que é utilizada para identificação /sociodemográficas e condições de saúde autorreferidas pelo usuário sendo de grande importância, pois amplia e qualifica o cuidado em saúde, a partir da abordagem familiar realizado pela equipe de saúde, onde quem coleta estes dados é o ACS nas visitas domiciliares, sendo o profissional que realiza desde o cadastramento e acompanhamentos das famílias, dos indivíduos ressaltando a ficha de visita domiciliar é um instrumental de coleta de dados utilizada pelo ACS de forma individualizada, e de uma forma já organizada ele assinala os motivos de visita ao usuário se a visita foi rotina, entrega de exames etc. no instrumental tem as disposições e que atividade realizou somente assinalar, pois começa ai de forma organizada e pratica ao uso destes instrumentais criadas pelo eSUS AB, e também se a visita foi compartilhada, é claro que respeitando a modalidade de AD (Atendimento Domiciliar) 1, 2 ou 3– no caso se a visita foi compartilhada por profissionais de nível superior ou técnico será utilizada ficha de atendimento, pois se trata de atendimento domiciliar estes profissionais não fazem visita e sim atendimentos, outro dado importante neste sistema se contabilizara o registro das visitas do ACS aos indivíduos não mais contabilizado por famílias visitadas, visando à individualização dos dados e maior detalhamento do alcance das ações deste profissional, uma observação outro profissional que também pode utilizar este instrumental a ficha de VD é o ACE (Agente de Combate às Endemias).

Em anexo esta a ficha de visita domiciliar bem como a de cadastro, utilizadas pelo ACS pode-se verificar como ficou simplificado ágil e abrangente esta ferramenta de forma que facilita os registros pelo agente comunitário nas visitas domiciliares.

Após a inserção de dados de domicílio, cadastro familiar e cadastro individual será um usuário identificado na sua microárea e quando for realizado qualquer atendimento, procedimento etc,devera conter estes registros das informações em saúde do indivíduo, permitindo o acompanhamento do histórico de atendimentos, assim como da produção de cada profissional da Atenção Básica, outra relevância por se tratar de documento integrado ao sistema reduz a necessidade de registrar informações similares em outros instrumentais, aperfeiçoando o trabalho da equipe bem como o uso destes dados para gestão e qualificação do cuidado em saúde, uma estratégia que progride ao inserir dados norteados por atendimentos de cada usuário com certeza uma aproximação ao processo de planejamento da equipe, pois o sistema mantém-se atualizado permitindo o acompanhamento através destes históricos de atendimentos.

Este acompanhamento esta disponível no prontuário eletrônico do cidadão (PEC) eSUS AB as informações geradas ficam restritas em um estabelecimento de saúde no nível de atenção á saúde, sendo utilizados pelas equipes em dados individualizados, os mesmos dados são enviados à base federal SISAB e também o mesmo pacote de informações chamado RAS (registro de atendimento simplificado) que são os CDS, as demais informações ficam no município para uso local, como na gestão do cuidado prestado a cada cidadão, estas funcionalidades são o registro clinico dos atendimentos, escuta inicial e procedimentos e consultas realizadas pelas equipes que atuam na AB, tais como ESF, NASF, agenda dos profissionais, registro de solicitações de exame e resultados obtidos, antecedentes pessoais e familiares, prescrições, atestados e orientações, relatórios gerenciais e operacionais (BRASIL, 2014, n/p).

Ressalta-se conforme manual de implantação:

Trata-se de um desafio complexo conceber, desenvolver e implantar, em escala nacional, um modelo inovador de gestão da informação para a AB. São necessárias mudanças na infraestrutura e nas tecnologias utilizadas nos processos de trabalho, na cultura organizacional das equipes e na gestão. Uma das facetas do desafio a ser enfrentado é traduzir a demanda de suporte de Tecnologia da Informação (TI) e dos processos da AB em diretrizes e princípios de arquitetura de software, permitindo, desse modo, a realização do alinhamento entre essas dimensões. Na construção desse novo sistema de informação, buscou-se o conceito inicial de um Sistema de Informação para a AB, não um sistema da Atenção Básica. Não são informações da AB que serão processadas em outros lugares, e sim informações que serão coletadas pelas próprias equipes e apresentadas aos profissionais da AB para

aprimorarem o funcionamento do serviço de saúde onde atuam, com valor de uso para estes profissionais. Essa diferença é fundamental em relação à maior parte dos sistemas de informação em saúde hoje existentes, que se caracterizam pela fragmentação e pouca utilização na tomada de decisões pela gestão.

Isto é claro que esta facilidade devida ter dos profissionais de saúde um envolvimento comprometedor, pois esta estrutura do sistema de informação a saúde da atenção básica (SISAB) é alimentada pela inserção destes dados de atendimentos, procedimentos visitas etc, só assim os trabalhadores do AB terão uma plataforma atualizada para utilização e aprimoramento contínuo do SISAB e da estratégia do SUS a Atenção básica (e-SUS AB).

Entende-se que temos informações que compõe o prontuário familiar e principalmente os dados individualizados de cada membro da família, que são além da identificação sociodemográficas as condições de saúde autorreferidas pelo usuário uma ferramenta de grande importância ampliando a visão de cuidado centrado na pessoa facilitando a abordagem, pois incorpora todos os dados para avaliação, entendimento e tomada de decisão clínica.

3.7- Conceituando as Ferramentas de Atendimento utilizadas na ESF

Onde o sistema e-SUS AB também quer acompanhar disponibilizando para este acompanhamento a ficha de atendimento individual onde os profissionais de nível superior da AB bem como os do NASF irão anotar informações de relevância no atendimento que também tem seus tópicos de abordagem ou a que tipo de atendimento foi realizado devendo o profissional anotar em uma ficha controle de atendimento sendo utilizada por indicadores de monitoramento e avaliação para a AB e Redes de Atenção à Saúde sendo que cada ficha de atendimento, há possibilidade de registro de informações de dez usuários caso o número de atendimento no turno exceda esse total, o profissional deverá utilizar outra ficha de atendimento, lembrando que estes atendimentos fazem parte do monitoramento do sistema como uma organização do trabalho local, estes atendimentos serão digitados e coletados no sistema, outro dado importante para acompanhamento do indivíduo todo o usuário adscrito devida ter Cartão Nacional da Saúde (CNS).

Conforme nota técnica DAB/SAS/MS 2014: Esclarecimentos e orientações sobre estratégia e-SUS AB.

“O sistema se encarrega automaticamente de realizar as vinculações no território, (Domicílio, família e indivíduo) micro áreas e áreas e dos registros de ações de saúde (Atendimentos, procedimentos etc.) utilizando como chave primaria o CNS, a identificação do registro dos atendimentos por meio do CNS permite uma efetiva coordenação e gestão do cuidado do cidadão além da possibilidade de compartilhamento de informações com serviços de saúde”.

3.8- Conceituando as Ferramentas tipos de atendimento na ESF

Conforme Manual do Sistema com Coleta de Dados Simplificada – cds no Bloco Geral de Atendimento Individual.

O uso da ferramenta atendimento individual esta ficha esta em tópicos como os tipos de atendimentos, onde acrescento alguns tópicos para conhecimento do sistema como estas ferramentas se tornaram abrangentes e eficazes no atendimento do usuário, conforme disponibilizado nos campos orientação sobre o bloco/preenchimento/tipo de atendimento, por exemplo, onde foi realizado o atendimento no domicilio, na USF etc. o tipo de atendimento se foi consulta agendada aquelas que constituem ações programáticas individuais, direcionadas para os ciclos de vida, doenças e agravos prioritários, as quais necessitam de um acompanhamento contínuo como os cuidados dispensado às gestantes, pessoas com doenças crônicas, crianças entre outros, se foi consulta demanda espontânea consulta no dia, atendimento de urgência tipo de atendimento realizado ao usuário quando há possibilidade de agravamento do quadro ou o risco de vida, como os casos de dor torácica, sintomas ou sinais neurológicos, urgência hipertensiva etc (BRASIL, 2014, p.44).

Bloco avaliação antropométrica campos essenciais de acompanhamento nutricional dos usuários do serviço de saúde em que é informado o peso do usuário em quilograma e altura do usuário em centímetro (BRASIL, 2014, p.45).

Bloco criança – destinado à situação do aleitamento materno, informações em relação ao aleitamento materno, o código que caracteriza a situação de alimentação da criança. (BRASIL, 2014, p.45).

Bloco gestante – destinado ao registro de dados das usuárias grávidas (BRASIL, 2014, p.45).

Bloco atenção domiciliar modalidade de atendimento domiciliar AD1, AD2 ou AD3 – esse campo deverá ser preenchido caso seja um atendimento domiciliar, considerando os critérios definidos na Portaria MS nº 2.527, de 27 de outubro de 2011 (BRASIL, 2014, p.47)

Bloco de problema/condição avaliada, caso no campo problema/condição avaliada o problema não esteja descrito na ficha, o profissional de saúde devera utilizar outras duas classificações ofertadas pelo sistema e-SUS codificação pela CIAP/CID). CIAP2 (Classificação Internacional de Atenção Primária) e também CID 10 (Classificação Internacional de Doenças) (BRASIL, 2014, p.48).

3.9- Conceituando as Ferramentas Padronizadas ficha de exames/procedimentos/ ficha de Atividade Coletiva

Blocos de exames solicitados (“s”) e avaliados (“a”) – essa seção da ficha apresenta os tipos de exames solicitados e/ou avaliados na atenção básica, os exames que não constam nessa relação podem ser registrados pelo código de procedimentos do SIGTAP (Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos) (BRASIL, 2014, p.50).

Bloco com questões sobre vacinação, práticas integrativas, complementares e observação, estas ações de Práticas Integrativas e Complementares (PIC) utilizadas no presente atendimento como vacinação, se usou alguma pic, se ficou em observação caso sim após a conclusão o registro poderá ser realizado como conduta “Encaminhamento para urgência” ou “Alta do episódio” (BRASIL, 2014, p.52).

O bloco exclusivo para o NASF (núcleo de apoio à saúde da família) o registro das ações do NASF do atendimento individual, a consulta foi dividida em três processos: avaliação/diagnóstico, procedimentos clínicos/terapêuticos e prescrição terapêutica (BRASIL, 2014, p.53).

Ficha de procedimentos: Outra ferramenta importante à ficha de procedimentos que é utilizada para a coleta de dados, a realização de procedimentos ambulatoriais, se difere da ficha de atendimento individual, em que são registradas a solicitação e a avaliação de exames, esta ficha tem a finalidade de descrever quais procedimentos foram realizados por profissionais habilitados sendo: médico, enfermeiro, bem como os profissionais do NASF, também de nível médios técnicos e auxiliares, com exceção do cirurgião-dentista, técnicos e auxiliares de saúde bucal e agentes comunitários de saúde; Procedimentos sendo: escuta inicial/orientação realizada no momento em que o usuário chega ao serviço de saúde relatando queixas ou sinais e sintomas percebidos por ele onde quando possível o caso è resolvido na própria unidade saúde da família por meio de orientação, caso contrário, deverá ser realizada

a classificação de risco e análise de vulnerabilidade para o encaminhamento do usuário em situação aguda ou não (BRASIL, 2014, p.67).

Bloco de procedimentos consolidados – esse bloco é utilizado pelos profissionais para o registro dos procedimentos ambulatoriais realizados com maior frequência, estes registros não são individualizados, são registrados a quantidade total dos procedimentos realizados no turno em que foi utilizada a ficha. Os procedimentos são todos referidos no Sistema de gerenciamento da tabela de procedimentos (SIGTAP), conforme as opções no quadro abaixo: (BRASIL, 2014, p.67).

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

Fonte: DAB/MS, 2014.

Ficha de Atividade Coletiva: A ficha de atividade coletiva é um formulário para registro das ações realizadas pelas equipes conforme as necessidades do território e capacidade da equipe de estruturar as ações. Essas ações são divididas em dois blocos: ações estruturantes (reuniões de equipe) e ações de saúde (atividade coletiva e atendimento em grupo) (BRASIL, 2014, p.75).

Conforme Manual do sistema a elaboração deste manual a estratégia e-SUS visou orientar os profissionais de saúde e gestores a utilizarem o sistema com Coleta de Dados Simplificada (CDS) em relação ao preenchimento das fichas impressas e a sua digitação no sistema, em anexo disponibilizei algumas para conhecimento.

3.10- Conceituando as ferramentas de abordagem familiar na pratica clinica como P.R.A.C.T.I.C.E. - F.I.R.O.: A.P.G.A.R. Genograma, Ecomapa, Ciclo Vital familiar.

Demonstrar esta evolução deste novo sistema SISAB foi de grande valia para conhecimento das ferramentas de abordagem como de cadastro aos outros instrumentais que auxiliam na pratica clinica, pois através destes dados coletados domicilio/família individuo que já auxiliam na pratica clinica, mas de forma mais aprofundada a utilização de ferramentas de abordagem da família permitem o conhecimento ainda maior como sua constituição e interação com o meio, conforme conteudista Ferreira da UNIARA no modulo ferramentas de abordagem da família (s/d p.3): “O acesso à família é, então, fundamental para a integralidade da atenção à saúde da população, o conhecimento de sua constituição, estrutura, dinâmica, expectativas, interações internas e externas, problemas, dentre outros, são imprescindíveis”. Sendo então que se torna necessário à apropriação de ferramentas específicas de abordagem familiar conforme disponibiliza o Ministério de saúde no Caderno de Atenção Domiciliar em elementos de abordagem familiar são elas: “O olhar sistêmico, os tipos de famílias, a estrutura familiar, a dinâmica familiar e a conferência familiar, somados a ferramentas específicas básicas para a realização de uma adequada abordagem familiar no AD de acordo com as necessidades” (BRASIL, 2012, n/p).

Como estas ferramentas que sistematizam e auxiliam na intervenção familiar P.R.A.C.T.I.C.E. - F. I.R.O.: A.P.G.A.R.

Instrumentos que sistematizam a Abordagem Familiar e suas especificações.

Instrumento: A.P.G.A.R. Familiar: avaliação destinado a refletir a satisfação de cada membro da família, a partir de um questionário pré-determinado, as famílias são classificadas como funcionais, e moderadamente/ gravemente disfuncionais. Especificação Adaptation (Adaptação) Partneship (Participação) Growth (Crescimento) Affection (Afeição) Resolve (Resolução).

Instrumento: P.R.A.C.T.I.C.E.: funciona como uma diretriz para avaliação do funcionamento das famílias. O instrumento é focado no problema, o que permite uma aproximação esquematizada para trabalhar com famílias.

Especificação: Presenting problem (problema apresentado) Roles and structure (papéis e estrutura) Affect (afeto) Communication (comunicação) Time of life cycle (fase do ciclo de vida) Illness in family (doença na família) Coping with stress (enfrentamento do estresse) Ecology (meio ambiente, rede de apoio).

Instrumento: F. I.R.O.: sigla de Fundamental Interpersonal Relations Orientation ou, em português, Orientações Fundamentais nas Relações Interpessoais, sendo categorizado como uma teoria de necessidades.

Especificação: Inclusão (interação, associação); controle (poder); intimidade (amor, afeto. Demanda Ser aceito, convidado Ser guiado Ser querido; oferece Interesse, busca a aceitação Liderança Ligação, Aproximação (FERNANDES;apud BRASIL, 2012, n/p).

Segundo Ditterich et al. (2009, p.15) a Facilitação com base no modelo F.I.R.O., “em que o profissional conhece a estrutura familiar, suas relações de poder e trocas de sentimentos e age como facilitador da interação entre os membros da família, esclarece dúvidas sobre a patologia em questão e sua progressão, e informa sobre alternativas de tratamento disponíveis”.

E outra forma de abordagem segundo autora Ribeiro (2004, p.662) família/indivíduo/domicílio:

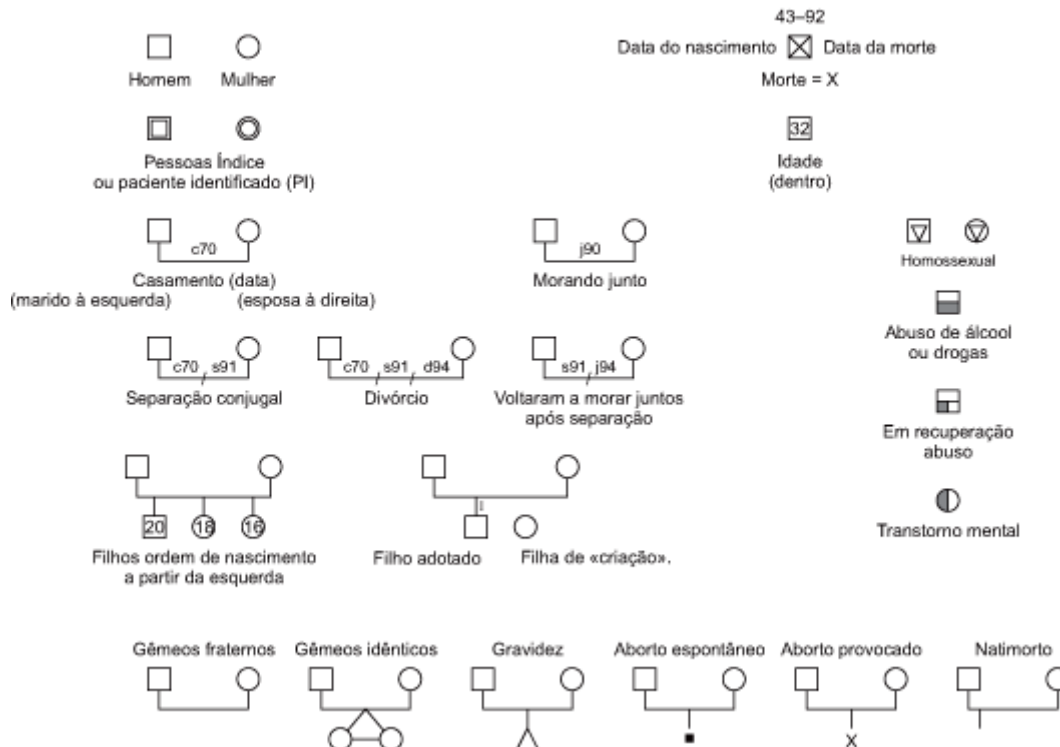
Família/indivíduo/domicílio: nesta abordagem unem-se os sentido/conteúdo de família/indivíduo e família/domicílio, diferenciando-se por ser focado, agora, num doente presente no domicílio ou em outros indivíduos sob circunstâncias específicas do processo de saúde/doença (exemplo: a puérpera, o recém-nascido, o idoso, hipertenso, agressor). Intensifica-se a expectativa quanto a papéis, deveres, responsabilidades da família e a educação em saúde para o tratamento e cuidados do paciente. Muitas vezes essa família, envolvida em argumentos de humanização da assistência, recebe a incumbência de aliviar o oficial de sistema de saúde, enxugado/contido pelas exigências do modelo neoliberal. A exaustão da família e os efeitos nocivos dessa condição nem sempre são percebidos ou considerados. Também há resistências em se fazer correlações entre a deterioração da saúde física ou mental de membros da família (que vão desembocar nos serviços de saúde) e as situações vividas de excesso de deveres x recursos limitados.

Quanto ao tipo de abordagem no sentido família conteudo individuo centra-se na abordagem como o individuo dentro de um contexto familiar se relaciona preserva o equilíbrio bio-psicosocial, quanto ao planejamento no cuidado a saude orientada pelos profissionais desde a continuidade do tratamento do hipertenso e o cuidado da puerpera e recém nascido, evitando desencadear em outras patologias, ou seja cumprindo o objetivo do uso destas ferramentas que vem a auxiliar na captação e orientação sendo portanto produtiva no alcance da integralidade do cuidado da família como um todo.

O genograma permite identificar, de maneira mais rápida a dinâmica familiar e suas possíveis implicações, com criação de vínculo entre profissional e a família/indivíduo. Conforme Ditterich (2009, apud BRASIL, 2012, n/p) “O genograma baseia-se no modelo do heredograma, mostrando graficamente a estrutura e o padrão de repetição das relações familiares, mostrando repetições de padrões de doenças, relacionamento e os conflitos resultantes do adoecer”.

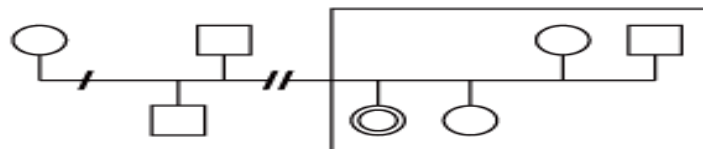
McGoldrick (2005 apud BRASIL, 2012 n/p) propõe os seguintes símbolos para a representação do genograma:

Símbolos utilizados no genograma.

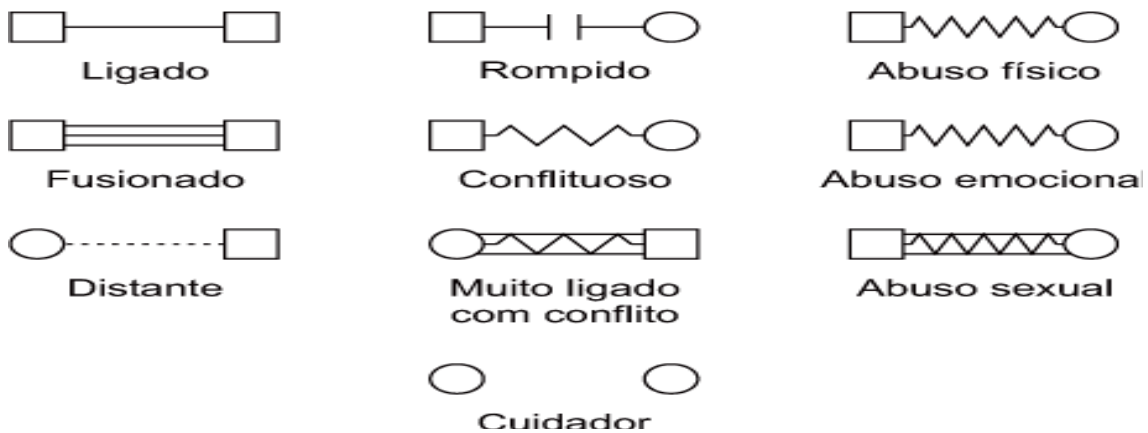


Linhas de relacionamento e de moradia.

Linhas de moradia



Linhas de relacionamento

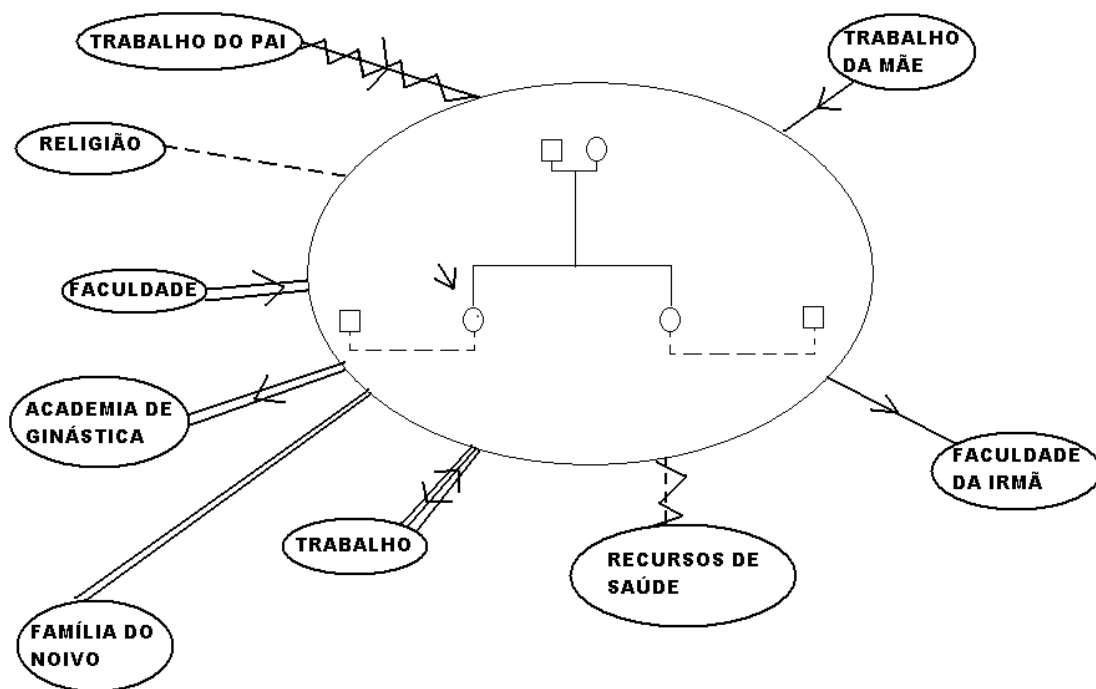


Segundo ferramentas de abordagem (BRASIL, 2012, n/p) “Na abordagem das famílias, a compreensão da família pode não ser suficiente, pois a mesma se relaciona com o

meio e com outros atores sociais e estas relações são fundamentais para se atingir e preservar o equilíbrio bio-psicoespirito-social da unidade familiar.”

Uma representação gráfica dos contatos dos membros da família , das relações com comunidade auxiliando na avaliação e suportes disponíveis e sua utilização pela família e pode apontar a presença de recursos, sendo o retrato de um determinado momento da vida dos membros da família..... Por ser um instrumento com importantes ganhos, tanto no aspecto relacional, de melhoria do vínculo, quanto na programação do trabalho, pode ser aplicado a todas as famílias, sendo ideal para famílias com maiores dificuldades relacionais tanto intrafamiliar, quanto sociais, para o melhor estudo e compreensão do sistema a ser trabalhado (BRASIL,.2012 n/p).

Estrutura de um Ecomapa



Fonte: Horta (2008, apud BRASIL, 2012, n/p).

Símbolos utilizados no Diagrama de Vínculos:

_____ linhas contínuas: ligações fortes, relações sólidas ;----- linhas tracejadas: ligações frágeis, relações tênues; ___//___ linhas com barras ou talhadas: aspectos estressantes, relações conflituosas.; → ← ↔ setas: fluxo de energia e/ou recursos; Ausência de linhas: ausência de conexão (BRASIL, 2012, n/p).

Segundo a explanação do caderno de atenção básica –nucleo de apoio à ESF - Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano:

Durante a construção do ecomapa, o profissional deve coletar dados com o próprio paciente, familiares e membros da equipe de saúde, em especial, com o agente comunitário de saúde. Muitas vezes, não é possível captar a complexidade das relações de uma família a partir de um único relato ou sob a perspectiva de um indivíduo isoladamente. Nesse sentido, a discussão prévia do caso entre Nasf e ESF com os dados provenientes do prontuário auxiliam bastante na “filtragem” das informações obtidas. O genograma e o ecomapa podem contribuir para a aquisição de informações sobre a família, mas sua utilização deve estar aliada a conhecimentos técnico-científicos, habilidades de observação e comunicação, além da sensibilidade e do bom senso (BRASIL, 2014,p.75).

A utilização das ferramentas de abordagem familiar no domicilio visam um entendimento mais aprofundado bem como o fortalecimento do vínculo, aumentando a eficácia das ações no atendimento domiciliar onde nos deparamos com realidades materializadas, nos certificamos da existencia real de algumas vulnerabilidades que muitas das vezes passam desapercebidas pelo ACS em suas visitas domiciliares, mas quando os profissionais de nivel superior efetivam estes atendimento com auxilio destas ferramentas tem uma visão diferenciada, pois foram capacitados para este olhar diferenciado dentro de uma pratica clinica, como em situações em que apenas a compreensão de uma patologia, ou uma abordagem tecnica não é suficiente para o cuidado necessário.

Essas ferramentas e entendimentos sobre as famílias facilitam a compreensão de alguns agravos a saúde que muitas vezes são entendidos como não colaboração, descaso ou incapacidade. Quando entramos no contexto da pessoa, seja ele na abordagem familiar ou na abordagem domiciliar estamos nos corresponsabilizando por seu cuidado, dessa forma permitindo e fornecendo instrumentos para que esse indivíduo ou família tenham autonomia e empoderamento para construir sua saúde (no conceito mais amplo da palavra). Cuidar do individuo é sem duvida acolher sua família, respeitando-a, bem como a seus valores e crenças (BRASIL, 2012, n/p).

Uma ferramenta que facilita este entendimento é o Ciclo Vital familiar:

As etapas do Ciclo de Vida de uma família são baseadas por momentos de crise, que podem ser previsíveis ou imprevisíveis em quaisquer fases do desenvolvimento, e acompanhar estas fases se torna possível, pois nas visitas domiciliares os ACS se deparam com estas mudanças e identificando-as devem então ser monitoradas pela ESF, prevenindo e promovendo uma saúde mental e física auxiliando-os a passar estas fases, que muitas das vezes sem um acompanhamento clínico, geram desde do individuo e em toda composição familiar um desequilíbrio emocional do proprio individuo bem como acarretando disturbios a saúde de seus membros.

A contêudista do modulo ferramentas de abordagem da familia descreve algumas fases de crise previsiveis.

Crises previsiveis Adulto Jovem: etapa em que o jovem atinge sua independência, inclusive financeira. A grande crise deste momento é aceitar a independência emocional concomitante às demais; Casamento: etapa em que se inicia uma convivência marital com outra pessoa. A crise desta etapa seria a adaptação e construção de uma nova estrutura familiar, além da adaptação ao relacionamento com família ampliada (familiares do cônjuge); Nascimento do Primeiro Filho: etapa em que o casal recebe mais um membro na família. A crise desta etapa seria ambos verem-se como educadores e aprenderem a compartilhar tarefas que possibilitem a criação do filho; Famílias com Filhos Pequenos: etapa em que o casal adapta-se à presença de novos membros na estrutura familiar e uni-se na distribuição da tarefa de prover a educação. A crise desta etapa é o casal se colocar nos papéis de pais e núcleo da nova organização familiar; Famílias com Filhos Adolescentes: etapa em que o casal inicia o envelhecimento e seus filhos buscam sua individualidade, optando por vezes em manter-se distante do ambiente familiar. A crise desta etapa é tanto para o casal que precisa buscar o equilíbrio entre proporcionar liberdade e impor limites, quanto para os filhos adolescentes que tentam encontrar seu papel tanto na família e na sociedade; Ninho Vazio: etapa em que os filhos saem de casa para iniciar seu próprio ciclo vital familiar. Esta é a etapa com grandes mudanças para o casal que deverá reaprender a viver como casal sem filhos, muitas vezes são momentos em que se tornam avós e diminuem suas atividades laborais ou aposentam. Portanto, esta é a fase do ciclo familiar em que os membros estão mais sujeitos a transtornos físicos e psíquicos; Família Envelhecendo: etapa em que o casal deve conviver com a perda de habilidades e a maior dependência de seus filhos. A crise nesta etapa é aprender a conviver com o declínio fisiológico e possíveis perdas de familiares e amigos (UNIARA, s/d, p.6,7).

Um dado importante que vale resaltar estes processos de mudanças devem ser atualizados no cadastro das familias, pois é uma competencia do processo de trabalho das equipes, em especial do ACS , entendendo que o territorio se modifica constantemente, como nascimento, morte etc, onde a estrategia e SUS AB oferta a possibilidade de acompanhar de forma mais eficiente estas modificações, por meio de dados individualizados proporcionando a equipe de saude uma visão fidedigna do territorio onde ele esta inserido.

Uma forma de como lidar com estas mudanças exposto no caderno de atenção basica – nucleo de apoio à ESF -Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano:

Existem hoje, na Estratégia Saúde da Família, diversos exemplos de grupos que começam a ser feitos nessa lógica de empoderamento e de participação, mas não apenas dentro de uma perspectiva de educação em saúde. São grupos de suporte e de apoio, promovendo novos hábitos, atividades, modificando estilos de vida e relações interpessoais. Além disso, esses grupos representam intervenções especialmente eficazes em termos de promoção e de prevenção como os Grupos de mulheres: os grupos com mulheres têm sido realizados em unidades de Atenção Básica no País há muitos anos, porém com poucos relatos publicados ou estudos de acompanhamento realizados. De maneira geral, estruturam-se como grupos de apoio e suporte, possibilitando espaços de acolhida e escuta, promovendo reflexão e reforço da autoestima e fortalecendo o vínculo com a equipe. Contribuem para a redução da busca

espontânea da unidade por pacientes com queixas físicas sem explicação médica. Costumam ser grupos abertos, sem temas definidos, onde normalmente os problemas, tensões e dificuldades do dia a dia são discutidos. Neles, podem se aprimorar e trocar estratégias para lidar em melhores condições com as discriminações de gênero, a problemática da violência doméstica e as ansiedades oriundas das mudanças de ciclo vital (menopausa, crescimento dos filhos, aposentadoria etc.) (BRASIL, 2014, p.65).

De acordo com Núcleo de Apoio à Saúde da Família Ferramentas para a Gestão e para o Trabalho Cotidiano: destacam a importância de organizar um Atendimento domiciliar onde demonstram fatores relevantes como habilidades de observação e comunicação:

Outro fator relevante para o sucesso de um atendimento domiciliar compartilhado consiste de uma série de habilidades de observação e comunicação por parte do profissional que realiza o apoio. Uma vez que o domicílio é o território íntimo e privativo da família, é extremamente necessário que seja mantida postura de respeito aos valores pessoais e culturais em questão. Nesses momentos, a presença do agente comunitário de saúde auxilia imensamente que a equipe de saúde tenha livre trânsito na comunidade e entre seus membros. Mesmo não havendo roteiro rigidamente preestabelecido de como se deva organizar um atendimento domiciliar, é possível delinear, de forma geral, alguns aspectos indispensáveis ao bom andamento de uma atividade dessa complexidade: 1. Discussão do caso entre profissionais do Nasf, ESF e SAD. 2. Definição de prioridades nas ações de apoio. 3. Consenso da necessidade em realizar o atendimento domiciliar compartilhado. 4. Planejamento do atendimento propriamente dito (agendamento de data e horário). 5. Solicitação de permissão com a família pelo ACS para realização do atendimento domiciliar, explicando a presença do profissional do Nasf na ocasião. 6. Preparação de materiais necessários durante o atendimento domiciliar: equipamentos, papéis, formulários ou instrumentos. 7. Checagem de dados e revisão do roteiro proposto para o atendimento domiciliar entre profissional da ESF, ACS e Nasf. 8. Execução do atendimento e registro em prontuário das informações coletadas. 9. Discussão entre as equipes sobre as condutas a serem tomadas a partir da consolidação dos dados e fatos obtidos na fase de avaliação (BRASIL, 2014, p.77).

A exposição quanto a execução do atendimento e registro em prontuários das informações coletadas ou seja o registro da história clínica, bem como sociosanitários, ou seja o modo de como vive cada indivíduo e família, materializado na forma de prontuários tanto impressos ou eletrônicos, é uma forma organizada de manter-se arquivados e facilitando uma intervenção ou conduta para os profissionais da ESF, sendo um instrumento que serve de apoio à prática clínica e à qualidade dos cuidados que foram prestados bem como protegem no prolongamento do cuidado, portanto fortalecendo o que prioriza as diretrizes do SUS a inserção de dados que auxiliam na comunicação e tomada de decisão as equipe e serviços de saúde.

Conforme entendimento o sistema e-SUS AB visa um monitoramento efetivo na criação destes formulários, verifica-se à praticidade de monitoramento do processo de

trabalho da AB, que fortalece os processos de gestão dos usuários, trazendo informações epidemiológicas que permitem colocar em destaque problemas e características particulares de cada comunidade, portanto melhorando o atendimento através de ações específicas de acordo com as demandas na ESF, esta possibilidade de unificar todas as informações de domicílio, indivíduo e da família num único banco de dados bem como as informações das condições de saúde, sócio-econômicos e educacionais, possibilitam a implementação de ações específicas de acordo com as demandas verificadas.

4- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ferramentas facilitadoras de abordagem familiar na ESF abordados neste trabalho desde as normas técnicas, orientações de como se efetivam, seu preenchimento, direcionamento ao profissional, a forma viabilizadora nas ações junto aos indivíduos oportunizando o conhecimento das estratégias desenvolvidas junto às equipes de saúde, por meio das quais foi possível obter o conhecimento indispensável à formação; dessa forma as aplicabilidades destas ferramentas pelos profissionais de saúde se tornam afirmativas, que as ferramentas de abordagens tornam possíveis e totalmente favoráveis para planejar e programar ações em promoção e prevenção da saúde de acordo com as demandas apresentadas pela família/indivíduo/comunidade, bem como alimentação da base de dados nacional com dados fidedignos, digo na alimentação do SISAB.

Por fim, evidenciam-se os avanços propostos quanto à reestruturação chamada de Estratégia e-SUS AB na menção de um SUS eletrônico na Atenção Básica, e a forma como o e-SUS disponibiliza estas ferramentas em seus cadernos de atenção básica, sendo infinitas as contribuições tornando de forma pública os meios de comunicação agregando valores para formação do novo acadêmico bem como aos repasses de conhecimento às equipes de saúde da família.

REFERÊNCIAS

DITTERICH, R. G; GABARDO, M. C. L.; MOYSÉS, S. J. As ferramentas de trabalho com famílias utilizadas pelas equipes de saúde da família de Curitiba, PR. **Saúde e Sociedade**, [S.l.], v. 18, n. 3, p. 515-524, set. 2009. ISSN 1984-0470. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/29620/31488>>. Acesso em: 30 Out. 2014

MOIMAZ, S.A.S. et al. Saúde da família: o desafio de uma atenção coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, p. 965-972, 2011. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a28v16s1.pdf> >. Acesso em: 30.set. 2014.

CRUZ, M. M.; BOUGUET, M. M. A visita domiciliária na Estratégia de Saúde da Família: conhecendo as percepções das famílias. **Saúde e Sociedade**, v. 19,n.3, p. 605-613, 2010. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a28v16s1.pdf> >. Acesso em: 30. set. 2014.

DEMARZO, M. M., et al. UNA SUS Unifesp.br. **Gestão da prática clínica dos profissionais na Atenção Primária à Saúde**. Módulo Político Gestor Disponível em:<http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_10.pdf>. Acesso em: 01.out. 2014.

SOUTO, B. G. A.; PEREIRA, S. M. S. F. História clínica centrada no sujeito: estratégia para um melhor cuidado em saúde. **Arq Bras Ciênc Saúde**, v. 36, n. 3, p. 176-81, 2011. Disponível em:<<http://files.bvs.br/upload/S/1983-2451/2011/v36n3/a2663.pdf>>. Acesso em: 01. out. 2014.

RIBEIRO, E. M. As várias abordagens da família no cenário do programa/estratégia de saúde da família (PSF). **Revista Latino-americana de enfermagem**, v. 12, n. 4, p. 658-664, 2004. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n4/v12n4a12.pdf>>. Acesso em: 01 de out. 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde, Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, n.204, p.55, 24 out.2011. Seção 1, pt1. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 06. out. 2014.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde/CONASS**, 2007. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colec_progestores_livro8.pdf>. Acesso em: 07. out. 2014.

FIGUEREDO, E. N. **A Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica do SUS.**

Disponível

em:<http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade05.pdf>. Acesso em: 07. out. 2014.

PEREIRA, M. P. B.; BARCELLOS, C. **O território no programa de saúde da família**, v. 2, n. 2, 2006. Disponível em. <<http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/16847>>. Acesso em: 07.out. 2014.

KOSTER, I. T. **Para o trabalho na estratégia saúde da família (ESF)**. 2009. Disponível em:< <http://www.uff.br/promocaodasaude/toolkit.pdf>>. Acesso em: 07. out. 2014.

DEMARZO, M.M.P. et al. - Unasus. Unifesp. **Prática clínica na Estratégia Saúde da Família**– organização e registro. S/D. p.01,11. Disponível

em:<http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade15.pdf>. Acesso em: 17. out. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.e-SUS Atenção Básica: **Manual para preenchimento das fichas**– Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013. xx p. ISBN - Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2013/0197. Disponível em <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/manual_preenchimento.pdf>. Acesso em: 17.out. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. e-SUS Atenção Básica : **manual do Sistema com Coleta de Dados Simplificada** : CDS(versão 1.3) Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria-Executiva. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. xx p. 1. Atenção à Saúde. 2. Sistema de Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS. Disponível em: < http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/manual_CDS_ESUS_1_3_0.pdf > Aceso em: 17. out. 2014.

BARCELLOS, C.; MONKEN, M. **Instrumentos para o Diagnóstico Sócio Sanitário no Programa Saúde da Família**, Copyright 2008 - EPSJV/Fiocruz. Disponível

em:<http://www.epsjv.fiocruz.br/pdtsp/index.php?livro_id=6&area_id=2&autor_id=&capitulo_id=23&arquivo=ver_conteudo_2>. Acesso em: 16. out. 2014.

FERREIRA, V. Ferramentas de abordagem da família. In: **UNIARA**, Araraquara, s/d, p.2, 13. Disponível em:

<<http://ead.uniaraonline.com.br/moodle/mod/resource/view.php?inpopup=true&id=54330>> Acesso em: 01.out. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 112 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 39) Conteúdo: V.I – **Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano** ISBN 978-85-334-2118-9. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/APSUS_-_Ed._Permanente/Oficia_8_-_Saude_Mental/Caderno_de_Atencao_Basica_NASF_n_39.pdf>. Acesso em: 20. out. 2014.

BOING, A. F. et al. Universidade Aberta do SUS. **Conceitos e ferramentas da epidemiologia**, Florianópolis: UFSC, 2010.97 p. Disponível em: <<http://www.foa.unesp.br/include/arquivos/foa/pos/files/epidemiologia-2.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2014.

BRASIL, Sistema e-SUS- Classificação Internacional de Atenção Primária – 2. ed. (CIAP2) **ferramenta adequada à Atenção Básica (AB)**, 2014. Disponível <http://www.cosemsce.org.br/v2/wp-content/uploads/downloads/2014/05/guia_CIAP2-1.pdf>. Acesso em: 20. out. 2014.



BRASIL. Ministério da Saúde, Nota Técnica DAB/SAS/MS- **esclarecimentos e Orientações sobre a estratégia eSUS AB**, 2014. Disponível em:<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/nota_tecnica_prorrogacao_eSUS-AB.pdf>. Acesso em: 20.out de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. e-SUS Atenção Básica : **Manual de Implantação**/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em:<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/manual_implantacao_esus.pdf>. Acesso em: 20.out.2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. Coordenação-geral de atenção domiciliar. Brasília – DF.2012- **Elementos de Abordagem Familiar na AD**. Disponível em:<http://189.28.128.100/dab/docs/geral/CAD_VOL2_CAP2.pdf> Acesso em: 20.out.2014.

ANEXOS

Anexo A – Cadastro Domiciliar

 		CADASTRO DOMICILIAR		DIGITADO POR:	DATA: / /
				CONFERIDO:	FOLHA: / /

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

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

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

TERMO DE RECUSA DO CADASTRO DOMICILIAR DA ATENÇÃO BÁSICA

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

Assinatura

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

CONDIÇÕES DE MORADIA

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

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

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

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

ANIMAIS NO DOMICÍLIO?

Sim Não **QUAL(ES)?** Gato Cachorro Pássaro De Criação (porco, galinha...) Outros Quantos: _____

FAMÍLIAS

Nº PRONTUÁRIO FAMILIAR	Nº CARTÃO SUS DO RESPONSÁVEL	DATA DE NASCIMENTO DO RESPONSÁVEL	RENDA FAMILIAR (SAL. MÍNIMO)	NÚMERO DE MEMBROS DA FAMÍLIA	RESIDE DESDE [MÊS] [ANO]
_____	_____	/ /	¼ ½ 1 2 4 +	_____	_____
_____	_____	/ /	¼ ½ 1 2 4 +	_____	_____
_____	_____	/ /	¼ ½ 1 2 4 +	_____	_____
_____	_____	/ /	¼ ½ 1 2 4 +	_____	_____

Fonte: Manual para preenchimento das fichas (BRASIL, 2013, n/p).

QUESTIONÁRIO AUTO-REFERIDO DE CONDIÇÕES / SITUAÇÕES DE SAÚDE

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

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

EM SITUAÇÃO DE RUA		TEM ACESSO A HIGIENE PESSOAL?
QUANTAS VEZES SE ALIMENTA AO DIA? <input type="radio"/> 1 vez <input type="radio"/> 2 ou 3 vezes <input type="radio"/> mais de 3 vezes		<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
QUAL A ORIGEM DA ALIMENTAÇÃO? <input type="checkbox"/> Restaurante Popular <input type="checkbox"/> Doação Restaurante <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Doação Grupo Religioso <input type="checkbox"/> Doação de Popular		SE SIM, QUAIS? <input type="checkbox"/> Banho <input type="checkbox"/> Acesso ao Sanitário <input type="checkbox"/> Higiene Bucal <input type="checkbox"/> Outros

TERMO DE RECUSA DO CADASTRO INDIVIDUAL DA ATENÇÃO BÁSICA

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

Assinatura

Anexo E – Ficha de Atividade Coletiva

	FICHA DE ATIVIDADE COLETIVA	DIGITADO POR:	DATA: / /
		CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:

DATA DE ATIVIDADE	HORA INÍCIO	HORA FIM	Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL	CBO
/ /	:	:	_____	_____
Nº INEP (ESCOLA / CRECHE)	PROGRAMAÇÃO DE Nº DE PARTICIPANTES		_____	_____
_____	_____		_____	_____
LOCAL DE ATIVIDADES:			_____	_____
			_____	_____
			_____	_____

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

ATIVIDADE (Opção Única)		TEMAS PARA REUNIÃO (Opção Múltipla)	
<input type="radio"/> 01	Reunião de Equipe	<input type="checkbox"/> 01	Questões Administrativas / Funcionamento
<input type="radio"/> 02	Reunião com outras Equipes de Saúde	<input type="checkbox"/> 02	Processos de Trabalho
<input type="radio"/> 03	Reunião Intersetorial / Conselho Local de Saúde / Controle Social	<input type="checkbox"/> 03	Diagnóstico do Território / Monitoramento do Território
<input type="radio"/> 04	Atividade Coletiva	<input type="checkbox"/> 04	Planejamento / Monitoramento das Ações da Equipe
<input type="radio"/> 05	Atendimento em Grupo	<input type="checkbox"/> 05	Discussão de Caso / Projeto Terapêutico Singular
<input type="radio"/> 06	Avaliação / Procedimento Coletivo	<input type="checkbox"/> 06	Educação Permanente
		<input type="checkbox"/> 07	Outros

PÚBLICO ALVO (Opção Múltipla)		PRÁTICAS / TEMAS PARA SAÚDE (Opção Múltipla)			
<input type="checkbox"/> 01	Comunidade em geral	<input type="checkbox"/> 01	Alimentação Saudável	<input type="checkbox"/> 18	Semana Saúde na Escola
<input type="checkbox"/> 02	Criança 0 a 3 anos	<input type="checkbox"/> 02	Aplicação tópica de flúor	<input type="checkbox"/> 19	Agravos Negligenciados
<input type="checkbox"/> 03	Criança 4 a 5 anos	<input type="checkbox"/> 03	Acuidade Visual	<input type="checkbox"/> 20	Antropometria
<input type="checkbox"/> 04	Criança 6 a 11 anos	<input type="checkbox"/> 04	Autocuidado de pessoas com Doenças Crônicas	<input type="checkbox"/> 21	Outros
<input type="checkbox"/> 05	Adolescente	<input type="checkbox"/> 05	Cidadania e Direitos Humanos		
<input type="checkbox"/> 06	Mulher	<input type="checkbox"/> 06	Saúde do Trabalhador		
<input type="checkbox"/> 07	Gestante	<input type="checkbox"/> 07	Dependência Química (Tabaco, Alcool e Outras drogas)		
<input type="checkbox"/> 08	Homem	<input type="checkbox"/> 08	Envelhecimento (Climatério, Andropausa, etc.)		
<input type="checkbox"/> 09	Familiares	<input type="checkbox"/> 09	Escovação Dental Supervisionada		
<input type="checkbox"/> 10	Idoso	<input type="checkbox"/> 10	Plantas Medicinais / Fitoterapia		
<input type="checkbox"/> 11	Pessoas com Doenças Crônicas	<input type="checkbox"/> 11	Práticas Corporais / Atividade Física		
<input type="checkbox"/> 12	Usuário de Tabaco	<input type="checkbox"/> 12	Práticas Corporais e Mentais em PIC		
<input type="checkbox"/> 13	Usuário de Alcool	<input type="checkbox"/> 13	Prevenção da Violência e Promoção da Cultura da Paz		
<input type="checkbox"/> 14	Usuário de Outras Drogas	<input type="checkbox"/> 14	Saúde Ambiental		
<input type="checkbox"/> 15	Pessoas com Sofrimento ou Transtorno Mental	<input type="checkbox"/> 15	Saúde Bucal		
<input type="checkbox"/> 16	Profissional de Educação	<input type="checkbox"/> 16	Saúde Mental		
<input type="checkbox"/> 17	Outros	<input type="checkbox"/> 17	Saúde Sexual e Reprodutiva		

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

Nº	Nº CARTÃO SUS	DATA DE NASCIMENTO	AVALIAÇÃO ALTERADA	Obrigatório somente para Antropometria		ASSINATURA
				PESO	ALTURA	
1		/ /	<input type="checkbox"/>			
2		/ /	<input type="checkbox"/>			
3		/ /	<input type="checkbox"/>			
4		/ /	<input type="checkbox"/>			
5		/ /	<input type="checkbox"/>			
6		/ /	<input type="checkbox"/>			
7		/ /	<input type="checkbox"/>			
8		/ /	<input type="checkbox"/>			
9		/ /	<input type="checkbox"/>			
10		/ /	<input type="checkbox"/>			
11		/ /	<input type="checkbox"/>			
12		/ /	<input type="checkbox"/>			
13		/ /	<input type="checkbox"/>			
14		/ /	<input type="checkbox"/>			
15		/ /	<input type="checkbox"/>			
16		/ /	<input type="checkbox"/>			
17		/ /	<input type="checkbox"/>			
18		/ /	<input type="checkbox"/>			
19		/ /	<input type="checkbox"/>			
20		/ /	<input type="checkbox"/>			
21		/ /	<input type="checkbox"/>			
22		/ /	<input type="checkbox"/>			
23		/ /	<input type="checkbox"/>			
24		/ /	<input type="checkbox"/>			
25		/ /	<input type="checkbox"/>			
26		/ /	<input type="checkbox"/>			
27		/ /	<input type="checkbox"/>			
28		/ /	<input type="checkbox"/>			
29		/ /	<input type="checkbox"/>			
30		/ /	<input type="checkbox"/>			
31		/ /	<input type="checkbox"/>			
32		/ /	<input type="checkbox"/>			
33		/ /	<input type="checkbox"/>			

Fonte: Manual para preenchimento das fichas (BRASIL, 2013, n/p).

Anexo F – Ficha de Visita Domiciliar

		FICHA DE VISITA DOMICILIAR				DIGITADO POR:		DATA: / /	
						CONFERIDO POR:		FOLHA Nº:	

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

Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Nº PRONTUÁRIO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nº CARTÃO SUS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Data de nascimento	Dia / mês		/		/		/		/		
	Ano										
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"/>	
Cadastramento / Atualização	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Visita Periódica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Busca Ativa	Consulta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Exame	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Vacina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Condiionalidades do Bolsa Família	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Motivo da Visita	Acompanhamento	Gestante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Puérpera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Recém-nascido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Criança	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Pessoa com Desnutrição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Pessoa em reabilitação ou com deficiência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Pessoa com Hipertensão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Pessoa com Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Pessoa com Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Pessoa com DPOC/Enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Pessoa com Câncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Pessoa com outras Doenças Crônicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Pessoa com Hanseníase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Pessoa com Tuberculose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Domiciliados / Acamados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Condições de Vulnerabilidade Social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Condiionalidades do Bolsa Família	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saúde Mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Usuário de álcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
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"/>		
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"/>		
Controle de Ambientes / Vetores	<input type="checkbox"/>	<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"/>		
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"/>		
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"/>		
Defeito	Visita Realizada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Visita Recusada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Ausente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Fonte: Manual para preenchimento das fichas (BRASIL, 2013, n/p).