

PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVALIMA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Subsecretaria de Atenção Integral e Cuidados Primários
Departamento de Atenção Básica

**MANUAL DO AGENTE
COMUNITÁRIO DE SAÚDE**
2ª edição



NOVA LIMA
prefeitura

Prefeitura Municipal de Nova Lima
Secretaria Municipal de Saúde
Subsecretaria de Atenção Integral e Cuidados Primários
Departamento de Atenção Básica

MANUAL DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

2ª edição

Nova Lima, 2025

PREFEITO MUNICIPAL

João Marcelo Dieguez Pereira

VICE PREFEITA MUNICIPAL

Cissa Caroline Ferreira Souza

SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Alice Neto Ferreira de Almeida

SUBSECRETÁRIA DE ATENÇÃO INTEGRAL E CUIDADOS PRIMÁRIOS

Dayanna Mary de Castro

DIRETORA DO DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA

Edilene Pedrosa

GRUPO DE TRABALHO (GT) PARA A ELABORAÇÃO DO MANUAL DO ACS

Anali Ferreira de Jesus

Andrezza Resende Dias

Carla Angelia Silva Lemes Correa

Carolina Andrade Junqueira Lopes

Érica Souza Silva

Fernanda Angélica Oliveira De Paula

Fernanda de Souza Matoso

Flávia Cristina Farnezes Lima

Lorena Gabrielle Silva Souza

Luana Maria Guerra Juventino Dias

Luiza Ferreira Rabelo

Marcone Júnio Grossi Santos

Michele M. Gomes

Rejane Cássia Santana Antunes

Sirlene Ferreira Alves

Tarsila Emiliane da Cruz Costa

Thiago Souza de Moura

Vânia Alves Braga Figueiredo

REVISÃO, ATUALIZAÇÃO DOS TEXTOS E EDIÇÃO:

Carolina Andrade Junqueira Lopes

Sumário

POP: Conduta Profissional e Uso de Equipamentos pelos ACS.....	6
POP: Sigilo Profissional.....	10
POP: Planejamento de visita domiciliar do ACS	12
POP: Cadastro Domiciliar e Territorial.....	16
POP: Cadastro Individual.....	27
POP: Ficha Visita Domiciliar e Territorial	38
POP: Relatório de visita domiciliar do ACS	49
POP: Estratificação de Risco Familiar pelos ACS com uso da Ferramenta de Coelho e Savassi	53
POP: Planilha Cadastro e Acompanhamento da equipe	57
POP: Visita Domiciliar em Área Descoberta.....	61
POP: Emissão de Declaração de Endereço pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) e/ou declaração de tempo de cadastro/atendimento na Atenção Primária à Saúde	63
POP: Visita domiciliar em horários alternativos.....	66
POP: Contato Telefônico e Via Whatsapp entre ACS e Usuários	68
POP: Atualização de dados do cidadão no CadSUS WEB	70
POP: Entrega de Agendamento de Exames e Consultas.....	72
POP: Preparo para Reuniões	75
POP: Atualização e organização de prontuários	77
POP: Organização de prontuários: arquivo ativo para arquivo morto	79
POP: Transferência de prontuário entre UBS ou setores	81
POP: Identificação de famílias para o Programa Bolsa Família	83
POP: Acompanhamento das famílias do Programa Bolsa Família pelo ACS	86
POP: Visita Domiciliar à Gestante.....	90
POP: Visita domiciliar à Puérpera	94
POP: Visita domiciliar ao Recém-Nascido	97
POP: Atenção à Saúde da Criança	101
POP: Atenção à Saúde do adolescente.....	105
POP: Atenção à Saúde da Mulher	108
POP: Atenção à Saúde do Homem.....	113
POP: Atenção à Saúde do Idoso.....	118
POP: Visita Domiciliar ao Acamado	122
POP: Visita Domiciliar ao portador de Hipertensão Arterial.....	124
POP: Visita Domiciliar ao portador de Diabetes Mellitus	130
POP: Prevenção e acompanhamento ao portador de ferida cutânea	136



POP: Visita domiciliar de pacientes com vias alternativas	138
POP: Atenção à Saúde do paciente com asma/DPOC	141
POP: Visita domiciliar a pessoas com deficiência	143
POP: Visita Domiciliar do ACS para pacientes do Programa Melhor em Casa	145
POP: Acompanhamento do portador de Tuberculose (TB) e Tuberculose latente	149
POP: Visita Domiciliar Ao Portador De Doenças Infectocontagiosas	155
POP: Visita Domiciliar para o combate à dengue e outras arboviroses	158
POP: Verificação da Situação Vacinal	160
POP: Tabagismo	165
POP: Orientação Alimentar	170
POP: Visita domiciliar a pessoas em situação de violência	180
POP: Atenção à saúde da população em situação de rua	182
POP: Atuação do ACS no Planejamento Familiar (Visitas e Grupos Educativos)	185
POP: Registro de estatísticas vitais: nascimento, hospitalização e óbito	189
POP: Orientação sobre higiene e saneamento	192
POP: Papel dos ACS nas atividades físicas	195
POP: Realização e registro de atividade coletiva	196
POP: Reterritorialização	199
ANEXO 1	202
ANEXO 2	203

APRESENTAÇÃO

No fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), o Agente Comunitário de Saúde (ACS) tem se consolidado como figura essencial, atuando como elo entre os serviços da Atenção Primária e a comunidade. Atualmente, no município de Nova Lima, mais de 150 ACS desenvolvem diariamente ações de promoção e vigilância em saúde, contribuindo significativamente para a qualidade de vida da população.

A Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) de Nova Lima reconhece que a qualificação dos agentes deve ser um processo contínuo. Por isso, apresenta a segunda edição do Manual do ACS como um instrumento de apoio técnico e organizacional para o trabalho realizado no município.

O Manual está estruturado em Procedimentos Operacionais Padrão (POPs), que descrevem de forma detalhada e acessível as principais atividades desempenhadas pelos ACS. Cada POP oferece uma orientação sequencial e objetiva, garantindo a padronização e a segurança na execução das tarefas. Diante das diferentes práticas e rotinas observadas entre os ACS de Nova Lima, a elaboração deste material busca alinhar os processos de trabalho, promovendo maior qualidade nos serviços prestados.

A construção do manual foi realizada pelo Departamento de Atenção Básica e Gerência de Integração Assistencial da SEMSA, com a colaboração de profissionais das equipes de Saúde da Família (eSF), equipes Multiprofissionais na Atenção Primária (eMulti) e da Saúde Mental.

Os POPs contêm informações suficientes para que os colaboradores possam utilizá-los como guia. Seu formato foi pensado para facilitar a consulta e o manuseio, especialmente durante as visitas domiciliares, auxiliando na resolução de dúvidas de forma objetiva e prática.

Recentemente, alguns ACS concluíram, e outros ainda estão em processo de formação, o Curso Técnico em Agente Comunitário de Saúde, oferecido gratuitamente pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. O curso tem como objetivo qualificar teórica e tecnicamente os ACS, habilitando-os a atuar na identificação, prevenção e controle de doenças e agravos, além de aprimorar os processos de trabalho com base nos indicadores de saúde, integrando suas ações à vigilância em saúde.

Neste manual, o termo ACS se refere a todos os profissionais, com ou sem essa formação. Esperamos que este material contribua para o fortalecimento do seu trabalho e desejamos sucesso na missão de cuidar, com qualidade e integralidade, das famílias novalimenses.

POP: Conduta Profissional e Uso de Equipamentos pelos ACS	REVISÃO: 30/05/2025	SEÇÃO:	POP Nº: 01
RESPONSÁVEL PELA REVISÃO:	Nº DE PÁG: 4		

EXECUTANTES: Agentes Comunitários de Saúde (ACS) durante atividades externas (visitas domiciliares) e internas (na UBS), que envolvam atendimento à população.
ONDE EXECUTAR: Domicílio do(a) usuário(a) e Unidade Básica de Saúde (UBS).
OBJETIVOS: Orientar os ACS quanto às condutas adequadas relacionadas ao uso do uniforme, dos Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), da identificação funcional e dos cuidados com os materiais de trabalho, promovendo segurança, profissionalismo e qualidade na atenção prestada.
FREQUÊNCIA: Diariamente
<p>EQUIPAMENTOS/MATERIAIS NECESSÁRIOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Uniforme completo e padronizado, fornecido pela Secretaria de Saúde. ● Crachá funcional ou outro documento oficial de identificação. ● Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), conforme necessidade: <ul style="list-style-type: none"> ○ boné ou chapéu; ○ blusa com proteção UV; ○ protetor solar; ○ botina fechada ortopédica. ● Tablet ou dispositivo eletrônico, com capa protetora e carregador. ● Bolsa para transporte de formulários e impressos. ● Aparelho de pressão arterial (esfigmomanômetro), com estojo. ● Termômetro com estojo protetor e álcool 70% para higienização. ● Glicosímetro com tiras de teste e lancetas descartáveis. ● Protótipo Mamamiga (para ações educativas), pano limpo e álcool 70%.
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

1. Uso do Uniforme

- Utilizar o uniforme completo e padronizado durante todo o expediente, especialmente nas atividades externas.
- Manter o uniforme limpo e em bom estado de conservação, sem rasgos ou manchas.
- Evitar personalizações não autorizadas e o uso de adornos que possam comprometer a segurança ou a imagem profissional.

2. Identificação Funcional

- Portar sempre o crachá funcional ou documento oficial de identificação fornecido pela Prefeitura.
- Apresentar a identificação sempre que solicitado por cidadãos ou agentes de fiscalização.
- Em caso de perda ou dano ao crachá, comunicar imediatamente à gerência para emissão da segunda via.

3. Equipamentos de Proteção Individual (EPI)

- Utilizar os EPIs conforme orientação da Secretaria de Saúde.
- Verificar a integridade e validade dos EPIs antes do uso.
- Solicitar substituição dos EPIs em caso de desgaste, inutilização ou vencimento.

4. Cuidados com Materiais de Trabalho

4.1 Tablet / Dispositivos Eletrônicos

- Manter o dispositivo carregado.
- Utilizar capa protetora adequada contra quedas e impactos.
- Evitar exposição direta ao sol, calor excessivo e ambientes úmidos.
- Sincronizar os dados no sistema diariamente, no início e no final do expediente.
- Comunicar imediatamente à gerência em caso de dano, perda ou falha de funcionamento.

4.2 Impressos e Formulários

- Transportar os documentos na bolsa apropriada.
- Evitar dobraduras, rasuras e extravios.

5. Cuidados com Equipamentos de Aferição e Diagnóstico

5.1 Aparelho de Pressão Arterial (Esfigmomanômetro)

- Verificar regularmente as condições de funcionamento do aparelho.

- Evitar exposição a temperaturas extremas e impactos.

52 Termômetro

- Higienizar com álcool 70% antes e após cada uso.
- Armazenar no estojo próprio, protegido de quedas e umidade.

53 Glicosímetro

- Confirmar a calibração do aparelho conforme orientação do fabricante.
- Utilizar lancetas e tiras descartáveis dentro do prazo de validade.
- Higienizar o aparelho após o uso, conforme protocolo de biossegurança.

6. Utilização do Protótipo Mamamiga

- Utilizar exclusivamente para fins educativos, em ações de orientação sobre o autoconhecimento e cuidados com as mamas.
- Higienizar a superfície do protótipo antes e após o uso, com pano limpo e álcool 70%.
- Armazenar em local seco e protegido para evitar deterioração.

7. Responsabilidades dos ACS:

- Portar identificação funcional e EPIs necessários.
- Utilizar corretamente os equipamentos e materiais de trabalho.
- Zelar pela conservação dos materiais fornecidos.
- Manter conduta ética, sigilosa e respeitosa no atendimento à comunidade.

8. Condutas Adicionais

- Evitar o uso de dispositivos pessoais (celular, fones de ouvido) durante o atendimento ao usuário.
- Notificar imediatamente a gerência sobre qualquer incidente (ex.: abordagens suspeitas, acidentes, agressões, perdas materiais).
- Cumprir as normas de biossegurança em todas as atividades.

REFERÊNCIA:

Curso Saúde com Agente — Ministério da Saúde/CONASEMS (2022)



ELABORADO POR: Vânia Alves Braga Figueiredo	DATA ELABORAÇÃO: 30/05/2025
REVISADO POR:	DATA DA REVISÃO:
APROVADO POR:	DATA DA APROVAÇÃO:

POP: Sigilo Profissional	REVISÃO: 30/05/2025	SEÇÃO:	POP Nº: 02
RESPONSÁVEL PELA REVISÃO:	Nº DE PÁG: 2		

EXECUTANTES: Agentes Comunitários de Saúde e todos os profissionais na área de atuação.
ONDE EXECUTAR: Em todos os locais onde o ACS atue, seja durante atividades no território, na Unidade Básica de Saúde (UBS) ou em qualquer outro ambiente relacionado ao exercício de suas funções.
OBJETIVOS: Estabelecer diretrizes para garantir o sigilo profissional nas atividades realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), protegendo as informações pessoais e de saúde dos usuários da comunidade.
FREQUÊNCIA: Diariamente
<p>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Realizar visitas domiciliares com discrição e profissionalismo. ● Cumprir o sigilo profissional em todas as situações, dentro e fora do ambiente de trabalho. ● Explicar ao usuário que as informações coletadas são confidenciais e utilizadas exclusivamente para fins de cuidado em saúde. ● Manter prontuários e relatórios em locais seguros. ● Evitar deixar documentos com informações pessoais expostos ou sem supervisão. ● Compartilhar dados apenas com a equipe de saúde diretamente envolvida no cuidado do usuário. ● Nunca divulgar informações a vizinhos, familiares não autorizados ou terceiros. ● Escolher locais discretos para abordar questões sensíveis. ● Ter cuidado ao falar sobre diagnósticos, tratamentos ou situações pessoais. <p>CONDUTAS PROIBIDAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Falar sobre casos dos usuários em locais públicos. ● Comentar informações em redes sociais ou aplicativos de mensagens. ● Usar dados de usuários para fins pessoais, políticos ou não autorizados.

REFERÊNCIAS:

BRASIL. *Código de Ética dos Profissionais da Saúde*. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/codigo_etica_profissionais_saude.pdf. Acesso em: 13 jun. 2025.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 31 dez. 1990.

BRASIL. Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018. Dispõe sobre a proteção de dados pessoais e altera a Lei nº 12.965/2014 (Marco Civil da Internet). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 15 ago. 2018.

ELABORADO POR: Érica Souza Silva	DATA ELABORAÇÃO: 30/05/2025
REVISADO POR:	DATA DA REVISÃO:
APROVADO POR:	DATA DA APROVAÇÃO:

POP: Planejamento de visita domiciliar do ACS	REVISÃO: 30/05/2025	SEÇÃO:	POP N°: 03
RESPONSÁVEL PELA REVISÃO:	N° DE PÁG: 4		

EXECUTANTES: Agentes Comunitários de Saúde (ACS).
ONDE EXECUTAR: Unidade Básica de Saúde (UBS).
OBJETIVOS: Organizar as visitas dos ACS do mês.
FREQUÊNCIA: Mensal, no primeiro dia útil de cada mês
EQUIPAMENTOS/MATERIAIS NECESSÁRIOS: <ul style="list-style-type: none"> ● computador; ● arquivo do cronograma de visitas (armazenado em nuvem); ● tablet.
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO: <p>Utilização do cronograma pela primeira vez:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Dividir as famílias da microárea em blocos de, no máximo, 15 famílias, considerando a proximidade entre os domicílios, o percurso e a capacidade de visita diária. ● Acessar o link: https://drive.google.com/drive/u/1/folders/13e0S1qi1GkRaWWNDTixEKGwqiJxs7oq8 ● Selecionar a UBS e a microárea correspondente. ● Abrir o documento “Cronograma de Visitas” da microárea desejada (inicialmente em branco). ● Cada folha do cronograma deverá conter as seguintes informações, preenchidas pelo ACS: <ul style="list-style-type: none"> ○ Nome completo do ACS ○ Mês de referência do cronograma ○ Nome da(s) rua(s) que serão visitadas ● Nas linhas disponíveis, preencher:



- Nome do responsável familiar
 - Número da família
 - Assinalar as colunas referentes às doenças ou condições relatadas por qualquer membro da família, conforme o campo “Observações”
- Cada bloco de famílias deverá ocupar uma folha do cronograma.
 - O verso da folha conterá um campo para anotações complementares, a ser utilizado, se necessário, para registrar informações adicionais.
 - Após o preenchimento, o cronograma deve ser impresso em frente e verso e levado pelo ACS durante as visitas.
 - Durante a visita, preencher a data e solicitar a assinatura do morador no campo indicado, como comprovação da visita.
 - Utilizar os campos de doenças ou condições como critério de priorização das visitas.
 - Ao final do mês, o cronograma assinado deverá ser entregue ao enfermeiro responsável para avaliação e arquivamento.
 - No primeiro dia útil do mês seguinte, o ACS deverá acessar novamente o link, selecionar sua UBS e microárea e atualizar o cronograma conforme eventuais mudanças no território.

OBSERVAÇÃO: Caso o ACS utilize o aplicativo e-SUS Território, o cronograma de visitas substitui o relatório de visita domiciliar (caderno do ACS).



CRONOGRAMA DE VISTAS ACS											
ACS									Mês		
Observações		RFA (Risco Familiar Alto): Sempre priorizar as visitas à estas famílias -6m (Menores de 06 meses): 02 visitas sendo a primeira antes dos 30 dias e manter intervalo de pelo menos 30 dias entre visitas. GES (Gestantes): 03 visitas durante a gestação e 01 visita no Puerpério - Manter intervalo de 30 dias entre as visitas. HAS OU DM (Hipertensão e ou diabetes): 02 visitas do ACS com intervalo de 30 dias nos últimos 12 meses Idosos: 02 visitas do ACS com intervalo de 30 dias nos últimos 12 meses BF (Bolsa Família)									
ENDEREÇO		Rua MANUEL GERALDO/ MATOZINHOS 01 CEP:34012770									
Nº de ordem	Nome do responsável familiar	Fam.;	RFA	-6m	GES	HAS OU	IDO SOS	BF	Data da visita	Assinatura	
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"/>								

Frente do Cronograma de visitas

POP: Cadastro Domiciliar e Territorial	REVISÃO: 30/05/2025	SEÇÃO:	POP Nº: 04
RESPONSÁVEL PELA REVISÃO: Luana Maria Guerra Juventino Dias	Nº DE PÁG: 11		

EXECUTANTES: Agentes Comunitários de Saúde (ACS).
ONDE EXECUTAR: No domicílio ou na UBS, se necessário, em acordo com o ACS.
OBJETIVOS: Registrar as características socio sanitárias dos domicílios no território das equipes e situações de populações domiciliadas em locais que não configuram domicílio, como pessoas em situação de rua.
FREQUÊNCIA: Sempre que necessário. A última atualização deve ser, no mínimo, há menos de 1 ano.
EQUIPAMENTOS/MATERIAIS NECESSÁRIOS: <ul style="list-style-type: none"> • tablet; • cronograma de visitas; • caneta e prancheta.
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO: <p>1. Identificação de cadastro</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar novo domicílio não cadastrado ou necessidade de atualização. • Preparar o material de trabalho e sincronizar o tablet. • Dirigir-se ao domicílio e se apresentar ao responsável: nome, função, unidade, objetivo da visita e serviços disponíveis. • Solicitar o Cartão Nacional do SUS (CNS) ou CPF e documento de identificação do responsável familiar e demais membros da família. • Iniciar o preenchimento pelo tablet ou, em caso de indisponibilidade, pela ficha impressa (atenção: esta não contempla todos os campos do sistema eletrônico).

2. Atualização de imóvel

- Localizar o imóvel no tablet ou no PEC do e-SUS.
- Selecionar a função de atualizar o cadastro.
- Verificar vínculo com ACS em “Responsabilidade de acompanhamento” e alterar, se necessário.
- Realizar alterações e selecionar a opção de salvar as informações.

3. Novo cadastro de imóvel

- Localizar o logradouro no tablet ou PEC.
- Se não encontrado, e não houver duplicidade, selecionar “Cadastrar novo imóvel”.
- Preencher todos os dados do imóvel conforme solicitado.

4. Responsabilidade de acompanhamento

- Atentar-se para as informações de vínculo do imóvel com o ACS, com a Unidade de saúde e com a equipe responsável em “Responsabilidade de acompanhamento” e realizar a troca, se necessário.
- MICROÁREA: Preencha o código da microárea onde está situado o imóvel, utilizando a numeração determinada na territorialização da eSF. Ou, indique a opção FA (fora de área) quando estiver realizando cadastro de um imóvel fora da área de abrangência da sua equipe.
- DATA DE COLETA: dia/mês/ano em que foi realizado o cadastro do imóvel.

ENDEREÇO

CEP: Escreva o Código de Endereçamento Postal da residência. Campo numérico no formato 99.999-999. Clique em “Pesquisar” para que os dados referentes ao CEP inserido sejam carregados nos campos “UF”, “Município”, “Bairro”, “Tipo de logradouro” e “Logradouro”.

UF: Caso esta informação não seja carregada após pesquisar o CEP, escreva o Estado de residência do cidadão conforme o IBGE.

MUNICÍPIO: Caso esta informação não seja carregada após pesquisar o CEP, escreva o nome da cidade em que o usuário reside atualmente.

BAIRRO: Caso esta informação não seja carregada após pesquisar o CEP, escreva o bairro em que o usuário reside atualmente. Pode ser preenchido com nomes e números (alfanumérico).

TIPO DE LOGRADOURO: Caso esta informação não seja carregada após pesquisar o CEP, escreva o tipo de logradouro conforme opções fornecidas pelos correios (Rua, Avenida etc.).



LOGRADOURO: Caso esta informação não seja carregada após pesquisar o CEP, escreva o nome do logradouro em que o indivíduo reside ou permanece, no caso de pessoa em situação de rua.

NÚMERO: Escreva o número da casa ou apartamento. No caso da ausência de número, selecione a opção “Sem número”.

COMPLEMENTO: Escreva o complemento do endereço. Pode ser preenchido com o nome e números (alfanumérico) do edifício ou algum outro dado que não se enquadre nos outros campos.

PONTO DE REFERÊNCIA: Escreva se existe algum ponto referência próximo ao domicílio ou ao local de permanência. Ex: mercado, farmácia, escola, etc.

IMÓVEL

TIPO DE IMÓVEL: O tipo de imóvel deve ser inserido segundo a legenda: ● Domicílio. ● Comércio. ● Terreno baldio. ● Ponto Estratégico (PE: cemitério, borracharia, ferro-velho, depósito de sucata ou materiais de construção, garagem de ônibus ou veículo de grande porte, casa de farinha). ● Escola. ● Creche. ● Abrigo. ● Instituição de longa permanência para idosos. ● Unidade prisional. ● Unidade de medida socioeducativa. ● Delegacia. ● Estabelecimento religioso. ● Casai. ● Outros.

TIPO DO DOMICÍLIO: **Casa:** Edificação de um ou mais pavimentos, desde que ocupada integralmente por um único domicílio, com acesso direto a um logradouro (arruamento, vila, avenida, caminho etc.), legalizada ou não, independentemente do material utilizado em sua construção. **Apartamento:** Localizado em edifício de um ou mais andares, com mais de um domicílio, servido por espaços comuns (hall de entrada, escadas, corredores, portaria ou outras dependências). O domicílio localizado em um prédio de dois ou mais andares em que as demais unidades não são residenciais e, ainda, aquele localizado em edifício de dois ou mais pavimentos com entradas independentes para os andares são considerados como apartamentos. **Cômodo:** Habitação que se caracteriza pelo uso comum do morador de instalações hidráulica, elétrica e/ou sanitária (banheiro, cozinha etc.), composta por um ou mais aposentos localizados em uma casa de cômodos, cortiço, cabeça de porco etc. **Maloca:** É uma construção feita de madeira e palha, utilizada por alguns povos indígenas da Amazônia. **Improvisado:** Habitação precária, localizada em um local inadequado para moradia, ou em uma edificação sem dependências exclusivamente destinadas a esse fim. **Outro:** Quando o tipo de domicílio não se enquadra em nenhuma das categorias acima.

NÚMERO DE MORADORES: Anote o número de moradores no domicílio (campo numérico). Se neste domicílio mora mais de um núcleo familiar/família, o número a ser registrado é o total de moradores de todas as famílias.

CONTATO

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

TELEFONE RESIDENCIAL: Anote o número do telefone fixo com DDD (Discagem Direta a Distância) do município em que o usuário reside.

5. Termo de Recusa (Domicílio ou Instituição)

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

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

CONDIÇÕES DE MORADIA

SITUAÇÃO DE MORADIA/POSSE DE TERRA

- Próprio: Domicílio de propriedade, total ou parcial, de morador, integralmente quitado ou em processo de quitação, independentemente da condição de ocupação do terreno.
- Financiado: Domicílio cuja aquisição se deu por meio de recurso advindo de financiamento, sendo integralmente quitado ou em processo de quitação.
- Alugado: Domicílio cujo aluguel seja, totalmente ou parcialmente, pago por morador
- Arrendado: Domicílio cujo proprietário concede ao arrendatário o gozo temporário de uma propriedade, no todo ou em parte, mediante retribuição financeira ou mão de obra.
- Cedido: Domicílio cedido gratuitamente por empregador de morador, instituição ou pessoa não moradora (parente ou não), ainda que mediante taxa de ocupação ou conservação. Nesta condição, incluiu-se domicílio cujo aluguel fosse integralmente pago, diretamente ou indiretamente, por empregador de morador, instituição ou pessoa não moradora.
- Ocupação: Domicílio, área pública ou privada cuja ocupação se deu sem regularização formal.



- Situação de rua: A população em situação de rua forma um grupo heterogêneo, em situação de vulnerabilidade. Não apresenta moradia convencional regular, utilizando a rua como espaço de moradia, por condição temporária ou de forma permanente. Quando esta opção for assinalada, é importante o preenchimento de todo o bloco “endereço/local de permanência” e do campo “localização” para que a informação “situação de rua” possa ser digitada no sistema com CDS.
- Temporária: Acomodação provisória que pode ser usada por pessoas que estão em trânsito ou aguardando uma moradia permanente.
- Outra: Para o domicílio que não se enquadre em nenhuma das categorias acima.

LOCALIZAÇÃO

- Urbana: Área correspondente às cidades (sedes municipais), às vilas (sedes distritais) ou às áreas urbanas isoladas.
- Rural: Toda a área situada fora dos limites do perímetro urbano, inclusive os aglomerados rurais de extensão urbana, os povoados e os núcleos. Esse critério também é utilizado na classificação da população urbana e rural.
- Periurbana: A localização periurbana é a posição intermediária entre a zona rural e a zona urbana.

CONDIÇÕES DE POSSE E USO DE TERRA: preencher informações sobre a condição de posse e uso de terra no caso do domicílio estar em área de produção rural. Deverá ser assinalada uma das opções, conforme descrição a seguir:

- Proprietário(a): Área de propriedade do beneficiário e/ou com cláusula de usufruto vitalício da propriedade.
- Parceiro(a)/meeiro(a): Pessoa que explora o imóvel rural, no todo ou em parte, mediante contrato agrário, remunerando ou repartindo com o proprietário percentual da produção alcançada.
- Assentado(a): Família ou associação de agricultores, beneficiários do Programa Nacional de Reforma Agrária (PNRA), que recebe a concessão de uso e visa a contribuir para a fixação do homem na terra.
- Posseiro(a): Pessoa que ocupa terras particulares ou devolutas (propriedades públicas que nunca pertenceram a um proprietário particular), na intenção de se tornar proprietária e usufruir a propriedade, mesmo sem título legítimo de propriedade.
- Arrendatário(a): Pessoa que recebe ou toma por aluguel o imóvel rural, no todo ou em parte, mediante contrato firmado entre as partes, para exploração do imóvel rural, remunerando o proprietário com valor predeterminado.
- Comodatário(a): Pessoa que explora imóvel rural, no todo ou em parte, cedido pelo proprietário de forma gratuita, mediante contrato firmado entre as partes.



- Beneficiário(a) do banco da terra: Trabalhadores rurais (assalariados), parceiros, meeiros, posseiros ou arrendatários que comprovem, no mínimo, cinco anos de experiência na agropecuária e que tenham financiado a propriedade rural pelo programa Fundo de Terras e Reforma Agrária, ou Banco da Terra.
- Terra indígena demarcada: Território delimitado por lei que garante aos povos indígenas o direito à posse e uso exclusivo da terra.
- Terra não demarcada: São territórios que ainda não foram reconhecidos oficialmente como terras indígenas, de acordo com o governo brasileiro.
- Não se aplica: Pessoa que não se enquadra em nenhuma das variáveis sobre condição de posse e uso da terra citadas acima.

NÚMERO DE CÔMODOS: Anote o número de cômodos no domicílio. Cômodos ou peças são “todos os compartimentos integrantes do domicílio, inclusive banheiro e cozinha, separados por paredes, e os existentes na parte externa do prédio, desde que constituam parte integrante do domicílio, com exceção de corredores, alpendres, varandas abertas e outros compartimentos utilizados para fins não residenciais como garagens, depósitos etc.”. Investiga-se aqui, com a variável de número de moradores, a relação de cômodos por moradores do domicílio.

MATERIAL PREDOMINANTE:

- Alvenaria com revestimento: Domicílio feito predominantemente de tijolo, adobe (tijolo grande e cru feito de terra argilosa, seco ao sol) e/ou pedra, recoberto por reboco, cerâmica, azulejo, granito, mármore, metal, vidro, lambris (revestimento de madeira ou mármore) etc.
- Alvenaria sem revestimento: Domicílio feito predominantemente de tijolo, adobe e/ou pedra, sem qualquer tipo de revestimento.
- Taipa com revestimento: Domicílio feito predominantemente de barro ou cal e areia, utilizando varas de madeira, estuque (massa preparada com gesso, água e cola) ou pau a pique (técnica que consiste no entrelaçamento de madeiras verticais fixadas no solo, com vigas horizontais, geralmente de bambu, amarradas entre si por cipós, dando origem a um grande painel perfurado que, após ter os vãos preenchidos com barro, se transforma em parede), revestidas por qualquer tipo de material.
- Taipa sem revestimento: Domicílio feito predominantemente de paredes não revestidas constituídas de barro ou cal e areia, utilizando varas de madeira, tabique, estuque, pau a pique etc.
- Madeira aparelhada: Domicílio feito predominantemente de qualquer tipo de madeira que foi trabalhada (industrializada), ou seja, preparada para construir paredes.
- Material aproveitado: Domicílio construído a partir de reciclagem de materiais de construção, como tijolos, telhas, vigas, barras, compensados, podendo utilizar também materiais dispensados e/ou inutilizados provenientes de outras fontes como lonas, papelão, garrafas, latas etc. (definição própria).
- Palha: Domicílio com as paredes feitas de sapé, folha ou casca de vegetal.

- Lona: Tecido grosso e resistente que é usado para fazer tendas, toldos, velas, mochilas, bolsas e outros produtos.
- Misto/Diferentes materiais: Diferentes materiais são utilizados na construção do domicílio.
- Caule de palmeira: Também chamado estipe, é um órgão vegetal que sustenta a planta e conduz substâncias entre as raízes e as folhas. O caule da palmeira é um tipo de caule ereto, rígido e longo que não se ramifica.
- Sem parede: Para algumas etnias indígenas brasileiras a casa só tem cobertura.
- Outro material: Quando o material utilizado não se enquadra em nenhuma das categorias acima.

TIPO DE ACESSO

- Pavimento: Trecho que dá acesso ao domicílio predominantemente provido de asfalto, paralelepípedos, lajotas, entre outros materiais para pavimentação urbana.
- Chão batido: Trecho que dá acesso ao domicílio predominantemente de terra socada e/ou trilhas, sem nenhum tipo de revestimento.
- Fluvial: Para se chegar ao domicílio, é necessário utilizar meios de transporte fluviais como canoa, barco, balsa etc.
- Outro: Quando o tipo de acesso não se enquadra em nenhuma das categorias acima.

PRINCIPAL TIPO DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA

- Rede encanada até o domicílio - Sistema de abastecimento público (municipal ou estadual): Quando o domicílio, o terreno ou a propriedade onde ele está localizado for servido de água canalizada proveniente de rede geral de abastecimento
- Rede encanada até o domicílio - Sistema de abastecimento próprio da aldeia (SESAI): Sistema de abastecimento que leva água encanada até as casas de uma aldeia indígena.
- Poço/nascente no domicílio: Quando o domicílio for servido por água de poço ou nascente localizada no terreno ou na propriedade onde está construído, podendo ou não haver distribuição interna para o domicílio.
- Cisterna - água de chuva: Quando o domicílio for servido por água das chuvas, armazenada em cisterna de placas de cimento pré-moldadas (reservatório semienterrado e protegido da evaporação e da contaminação) que captam água das chuvas.
- Carro-pipa: Quando a água utilizada no domicílio for transportada por meio de carro-pipa, podendo a água ser proveniente de várias fontes
- Captação direta de água do rio: Quando o domicílio for servido por água retirada diretamente de um rio, sem tratamento realizado por sistemas de abastecimento.
- Captação direta de poço coletivo: Quando o domicílio for servido por água retirada diretamente de um poço utilizado por um grupo de pessoas, como um condomínio ou comunidade.



- Ponto de abastecimento coletivo – chafariz: Quando o domicílio for servido por água retirada diretamente de uma construção com bicas que jorra água, podendo ser ornamental ou para abastecimento.
- Outro: Quando o domicílio for servido por água proveniente de outra maneira não descrita acima.

ÁGUA PARA CONSUMO

- Clorada intradomiciliar com hipoclorito de sódio: Adição de hipoclorito de sódio a fim de reduzir, destruir e/ou inativar microrganismos patogênicos na água destinada ao consumo humano. Geralmente água proveniente de solução alternativa individual, no domicílio, sem tratamento.
- Clorada: Adição de cloro ou de outros produtos desinfetantes e/ou bactericidas. Tem como finalidade a eliminação dos microrganismos ainda existentes.
- Fervida: Aquecimento da água até o ponto de ferver por, pelo menos, cinco minutos.
- Filtrada com filtro de barro: A água passa por um leito filtrante constituído por saibro, areia com granulometria variável, ou outras matérias porosas, com o objetivo de reter microrganismos e impurezas.
- Filtrada por outro tipo de filtro: A água passa por um leito filtrante para remover partículas, também remove contaminantes químicos, como cloro, e microorganismos, como bactérias e vírus.
- Mineral: A água mineral é obtida diretamente de fontes naturais ou por extração de águas subterrâneas. Caracteriza-se pelo conteúdo definido e constante de sais minerais, oligoelementos e outros constituintes, considerando-se as flutuações naturais.
- Sem tratamento: Marque esta opção quando não for referido nenhum tratamento de água realizado no domicílio.

ESCOAMENTO DO BANHEIRO

- Rede coletora de esgoto ou pluvial: Quando a canalização das águas e dos dejetos provenientes do banheiro ou do sanitário estiver ligada a um sistema de coleta que os conduza a um desaguadouro geral da área, região ou município, mesmo que o sistema não disponha de estação de tratamento da matéria esgotada.
- Fossa séptica: Quando a canalização das águas e dos dejetos provenientes do banheiro ou do sanitário estiver ligada a uma fossa séptica, ou seja, a matéria é esgotada para uma fossa próxima, passando por processo de tratamento ou decantação.
- Fossa rudimentar : Quando os dejetos provenientes do banheiro ou do sanitário forem esgotados para uma fossa rústica (fossa negra, poço, buraco etc.), sem passar por nenhum processo de tratamento
- Direto para um rio, lago ou mar: Quando os dejetos ou águas provenientes do banheiro ou do sanitário forem esgotados diretamente para um rio, lago ou mar.
- Céu aberto: Quando os dejetos ou águas provenientes do banheiro ou do sanitário forem esgotados diretamente para uma vala a céu aberto.

- Outra forma: Quando o escoadouro dos dejetos e águas provenientes do banheiro ou do sanitário não se enquadrar nas categorias descritas anteriormente.

DESTINO DO LIXO

- Coletado: Quando o lixo do domicílio for coletado diretamente por serviço ou empresa pública ou privada, ou ainda quando for depositado em caçamba, tanque ou depósito, fora do domicílio, para, então, ser coletado por serviço ou empresa pública ou privada
- Queimado: Quando o lixo do domicílio for queimado no terreno ou na propriedade onde se localiza o domicílio.
- Enterrado: Quando o lixo do domicílio for enterrado no terreno ou na propriedade onde se localiza o domicílio.
- Céu aberto: Quando o lixo do domicílio é jogado a céu aberto em lugares como terrenos baldios, logradouros públicos, margens de rio, lago ou mar.
- Outro: Quando o lixo tiver outro destino que não se enquadre em nenhuma das categorias acima.

POSSUI ENERGIA ELÉTRICA? Informa a existência de energia elétrica no domicílio. Marque com um "x" a opção escolhida.

TIPO DE ENERGIA ELÉTRICA

- Concessionária: A energia do domicílio é proveniente de uma empresa que transmite e distribui eletricidade para os consumidores.
- Fotovoltaica comunitária: A energia do domicílio é proveniente da geração de energia solar por meio de painéis instalados em edifícios e compartilhada entre os moradores.
- Fotovoltaica individual: Produção de energia solar para uso exclusivo de um único domicílio, através de painéis solares instalados no próprio edifício.
- Gerador comunitário: Um gerador de energia elétrica é usado para fornecer energia a mais de um domicílio.
- Gerador individual: Um gerador de energia elétrica é usado para fornecer energia apenas para um domicílio.

POSSUI ANIMAIS NO DOMICÍLIO? Este bloco é utilizado para registrar a existência, os tipos e a quantidade de animais no domicílio. Animais domésticos são do convívio diário familiar, tais como gato, cachorro, pássaro etc. Caso existam animais no domicílio e a opção "Sim" tenha sido marcada, será necessário indicar os tipos de animais e a quantidade deles.

6. Cadastro de famílias e indivíduos

- Para adicionar nova família: "+Adicionar família ao imóvel".



- Para editar uma família já incluída no cadastro do domicílio, selecionar a opção “Editar família”.
- Para informar mudança de uma família já incluída no cadastro do domicílio, selecionar a opção “Família mudou-se”. É necessário informar “Mudou-se” individualmente para cada cidadão que mudou do domicílio.
- Para adicionar um novo cidadão à uma família já incluída no cadastro do domicílio, selecionar a opção “+Adicionar cidadão à família”.

Nº PRONTUÁRIO FAMILIAR: Coloque o número do prontuário familiar do estabelecimento de saúde. Tem a finalidade de relacionar os dados do cadastro com as informações da família no estabelecimento de saúde.

RENDA FAMILIAR (Salário mínimo): Marcar a opção, em salários mínimos, que representa a soma da renda de todos os membros da família.

RESIDE DESDE: Coloque a data em que o núcleo familiar passou a residir nesse domicílio (mudou-se para o atual domicílio), preenchida no formato mês/ano.

NÚMERO DE MEMBROS DA FAMÍLIA: Anote a quantidade de indivíduos do mesmo núcleo familiar que moram no domicílio.

RESPONSÁVEL FAMILIAR: Digite para pesquisar por um cidadão cadastrado. Cadastre um cidadão somente se não o encontrar na busca.

ATENÇÃO! O bloco de identificação de famílias/núcleos familiares deve ser preenchido somente se houver moradores ocupando o domicílio. Caso esteja ocupado, será obrigatório o preenchimento do Responsável Familiar, para permitir a identificação de vínculos familiares entre os indivíduos cadastrados pela Ficha de Cadastro Individual.

7. Instituições de Permanência

Neste bloco, será possível cadastrar instituições de permanência, como abrigos, instituições de longa permanência para idosos, unidade prisional, unidade de medida socioeducativa ou delegacia.

NOME DA INSTITUIÇÃO DE PERMANÊNCIA: Escreva o nome da instituição de permanência no campo aberto.

EXISTEM OUTROS PROFISSIONAIS DE SAÚDE VINCULADOS À INSTITUIÇÃO (NÃO INCLUI PROFISSIONAIS DA REDE PÚBLICA DE SAÚDE): Selecione a opção referente a se existem outros profissionais de saúde vinculados à instituição.

IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL TÉCNICO DA INSTITUIÇÃO DE PERMANÊNCIA

- Nome do responsável: Escreva o nome do responsável pela instituição de permanência.
- CNS do responsável: Insira o Cartão Nacional de Saúde do responsável pela instituição de permanência.
- Cargo na instituição: Descreva o cargo ocupado pelo responsável na instituição de permanência.
- Telefone para contato: Anote o número do telefone com DDD do município em que o responsável pela instituição de permanência pode ser encontrado mais facilmente.

TERMO DE RECUSA DA INSTITUIÇÃO DE PERMANÊNCIA

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

8. Finalização da visita

- Informar ao responsável o número do prontuário familiar, se houver.
- Esclarecer dúvidas sobre funcionamento da UBS e serviços disponíveis.
- Solicitar assinatura no cronograma de visitas (e-SUS Território ou caderno do ACS).
- Ao final do dia, sincronizar o tablet ou digitar a ficha no PEC.
- Caso o cadastro seja realizado por fichas de papel, identificar a ficha como “digitada”, com informação do digitador e data.
- Abrir prontuário da família e arquivar a ficha.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. *Cadastro da Atenção Básica*. Disponível em: https://saps-ms.github.io/Manual-eSUS_APS/docs/CDS/CDS_02/. Acesso em: 10 abr. 2025.

ELABORADO POR: eSF Jardim Canadá

DATA ELABORAÇÃO:

19/02/2018

REVISADO POR: Luana Maria Guerra Juventino Dias

DATA DA REVISÃO:

30/05/2025

APROVADO POR:

DATA DA APROVAÇÃO:

POP: Cadastro Individual	REVISÃO: 30/05/2025	SEÇÃO:	POP Nº: 05
RESPONSÁVEL PELA REVISÃO: Luana Maria Guerra Juventino Dias		Nº DE PÁG: 11	

EXECUTANTES: Agentes Comunitários de Saúde (ACS) ou outro membro da equipe de Atenção Básica, especialmente em casos de usuários em situação de rua.
ONDE EXECUTAR: No domicílio ou na Unidade Básica de Saúde (UBS), conforme necessidade.
OBJETIVO: Identificar as características sociodemográficas, condições de saúde e demais informações relevantes dos usuários pertencentes ao território de atuação das equipes de Atenção Básica.
FREQUÊNCIA: Sempre que necessário. A última atualização do cadastro deve ter sido realizada há, no máximo, 12 meses.
EQUIPAMENTOS/MATERIAIS NECESSÁRIOS: <ul style="list-style-type: none"> ● tablet; ● cronograma de visitas; ● prancheta e caneta.
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO: <ul style="list-style-type: none"> ● Identificar um novo indivíduo não cadastrado (por demanda do morador, por demanda da equipe, por informações dos vizinhos, percepção durante a visita). ● Separar o material de trabalho. ● Sincronizar o tablet. ● Dirigir-se ao domicílio. ● Apresentar-se ao indivíduo a ser cadastrado, informando nome, função, unidade de saúde representada, objetivo do trabalho do ACS e os serviços disponíveis na área e pedir licença para entrar na residência. ● Identificar o responsável pelo domicílio (entende-se por responsável pelo domicílio aquele que é referido pelos usuários cadastrados como responsável, independente de grau de parentesco).

- Solicitar o Cartão Nacional do SUS (CNS) ou CPF e um documento de identificação oficial do indivíduo e/ou responsável familiar.
- Iniciar o preenchimento dos dados no tablet ou, na indisponibilidade deste, da ficha de cadastro individual impressa.

ORIENTAÇÕES GERAIS PARA O CADASTRO

- O cadastro individual deve ser feito para todos os integrantes do núcleo familiar, após o cadastro domiciliar.
- O preenchimento deve considerar as informações sociodemográficas, ocupacionais, de saúde e condições de vulnerabilidade.
- Em caso de recusa, registrar no sistema e preencher o Termo de Recusa, conforme orientações do Ministério da Saúde.
- A recusa do usuário não impede seu atendimento na UBS.

Após a criação do núcleo familiar, realiza-se o cadastro dos indivíduos que fazem parte desta família. O Cadastro Individual é utilizado para registrar as condições de saúde, características sociais, econômicas, demográficas, entre outras, dos usuários no território das equipes de AB. É composta por duas partes: informações de identificação/sociodemográficas e condições de saúde autorreferidas pelo usuário.

CABEÇALHO

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

IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL E DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

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

CNS DO PROFISSIONAL - Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do profissional que realizou o cadastro do cidadão.
--

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

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO/CIDADÃO

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

CPF ou CNS do cidadão: preencha o número do CNS ou CPF do cidadão que está sendo cadastrado.
RESPONSÁVEL FAMILIAR: identifica se o usuário que está sendo cadastrado é o responsável pelo núcleo familiar (aquele que o nº do CNS ou CPF e data de nascimento foram inseridos como responsável por núcleo familiar no cadastro domiciliar).
CNS ou CPF DO RESPONSÁVEL FAMILIAR: caso o cidadão não seja o responsável pelo núcleo familiar, deve-se inserir o do nº do CNS ou CPF do responsável familiar.
MICROÁREA: preencha o número da microárea onde o paciente será cadastrado, que é determinado na territorialização da eSF. Ou, indique a opção FA (fora de área) caso o paciente que está sendo cadastrado não seja da área de abrangência da equipe.
NOME COMPLETO: preencha o nome completo do cidadão.
NOME SOCIAL: registro do nome social, independentemente do registro civil do cidadão.
DATA DE NASCIMENTO: anote a data de nascimento do usuário, no formato dia/mês/ano.
SEXO: marque com um “x” no sexo: masculino ou feminino ou indeterminado.
RAÇA/COR: raça autodeclarada do indivíduo. Este campo é de preenchimento obrigatório. Pode ser: Branca, Preta, Parda, Amarela e Indígena. Se indígena, indique a etnia. No sistema, há uma listagem de 264 etnias encontradas no Brasil. Branca: pessoa que se autodeclarar branca (IBGE, 2022). Preta: pessoa que se autodeclarar preta ou negra (IBGE, 2022). Parda: pessoa que se autodeclarar parda, mulata, cabocla, cafuza, mameluca, morena ou mestiça (IBGE, 2022). Amarela: pessoa que se declara de origem oriental: japonesa, chinesa, coreana etc.(IBGE, 2022). Indígena: pessoa que se declara indígena, seja as que vivem em aldeias como as que vivem fora delas, inclusive em áreas quilombolas e em cidades. IBGE, 2022).
NºNIS (PIS-PASEP): NIS: preencha o número do NIS do usuário que está sendo cadastrado. O número de identificação social é usado pelo Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome para identificar os titulares do Programa Bolsa Família. Esse campo também pode ser utilizado para vinculação do cidadão a programas sociais. OU PIS/Pasep: o número de identificação nos fundos do Programa de Integração Social (PIS) e do Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público (Pasep) é constituído com a arrecadação das contribuições dos trabalhadores.
NOME COMPLETO DA MÃE: preencher com o nome completo da mãe do usuário. Este é um campo de preenchimento obrigatório. Caso não seja possível obter essa informação, poderá ser assinalado um “x” no campo “desconhecido”.
NOME COMPLETO DO PAI: preencher com o nome completo do pai do usuário. Caso não seja possível obter essa informação, poderá ser assinalado um “x” no campo “desconhecido”.



NACIONALIDADE: marque com um “x” a nacionalidade do usuário: **Brasileira:** pessoa nascida no Brasil. Caso esta seja a opção, torna-se obrigatório o preenchimento do campo município e UF de nascimento. **Naturalizada:** pessoa nascida em país estrangeiro e naturalizada como brasileira de forma legal. Caso seja essa a opção, torna-se obrigatório o preenchimento dos campos “Data de naturalização” e “Portaria de naturalização”. **Estrangeira:** pessoa nascida e registrada fora do território brasileiro e que ainda não seja naturalizada brasileira e nem possua documentos de registro e identificação autênticos do Brasil. Nesse caso, é obrigatório o preenchimento dos campos “País de nascimento” e “Data de entrada no Brasil”.

TELEFONE CELULAR: anote o número de telefone celular do usuário cadastrado, incluindo o DDD.

E-MAIL: endereço do correio eletrônico do usuário.

INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS

RELAÇÃO DE PARENTESCO COM O RESPONSÁVEL FAMILIAR: este item busca identificar a relação do indivíduo cadastrado e a pessoa indicada como o responsável familiar. Caso o cadastro seja do próprio responsável familiar, não é necessário preencher este campo.

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

FREQUENTA ESCOLA OU CRECHE: informar se o cidadão frequenta ou não escola ou creche.

QUAL O CURSO MAIS ELEVADO QUE FREQUENTA OU FREQUENTOU: Este item busca identificar qual o nível de escolaridade máximo cursado pela pessoa, podendo ser:

Creche: destina-se às crianças, geralmente com até três anos de idade, que frequentam estabelecimentos juridicamente regulamentados ou não, destinado a dar assistência diurna às crianças. **Pré-escola (exceto CA):** destina-se, geralmente, às crianças com quatro ou cinco anos de idade. Pode receber várias denominações de acordo com a região e o nível alcançado pelas crianças: maternal, jardim de infância, jardim I etc. **Classe de alfabetização (CA):** curso destinado à alfabetização de crianças, para os estabelecimentos que ainda não implantaram o Ensino Fundamental com duração de nove anos. **Ensino Fundamental 1ª a 4ª séries:** curso de Ensino Fundamental organizado em oito séries anuais, dividido em duas fases ou ciclos, sendo esta a primeira fase. **Ensino Fundamental 5ª a 8ª séries:** curso de Ensino Fundamental organizado em oito séries anuais, dividido em duas fases ou ciclos, sendo esta a segunda fase. **Ensino fundamental completo:** curso de Ensino Fundamental organizado em oito ou nove séries anuais, dividido em duas fases ou ciclos. **Ensino Fundamental Especial:** atendimento educacional especializado no Ensino Fundamental regular, voltado a pessoas com necessidades especiais originadas de deficiência ou altas habilidades/superdotação. **Ensino Fundamental EJA – séries iniciais (supletivo de 1ª a 4ª):** nova denominação para o curso supletivo de Ensino Fundamental ou de 1º grau, seriado ou não. **Ensino Fundamental EJA – séries finais (supletivo de 5ª a 8ª):** nova denominação para o curso supletivo de Ensino Fundamental ou de 1º grau, seriado ou não. **Ensino médio, 2º grau, médio 2º ciclo (científico, clássico, técnico, normal):** curso de Ensino Médio organizado em três ou quatro séries anuais ou em regime de créditos, períodos letivos, semestres, fases, módulos, ciclos etc. **Ensino médio especial:** atendimento educacional especializado no Ensino Médio regular, voltado a pessoas com necessidades especiais originadas de deficiência ou altas habilidades/superdotação. **Ensino médio EJA (supletivo):** nova denominação para o curso supletivo de Ensino Médio ou de 2º grau, seriado ou não. **Superior, aperfeiçoamento,**



especialização, mestrado, doutorado: curso regular de graduação universitária, frequentado após o término do Ensino Médio, que habilita a pessoa a exercer uma profissão, e cursos frequentados após a conclusão do Ensino Superior. **Alfabetização para adultos (mobral etc.):** curso destinado à alfabetização de jovens e adultos. **Nenhum:** quando a pessoa não se enquadrar em nenhuma das descrições anteriores.

SITUAÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO: este item registra a inserção da pessoa no mercado de trabalho, podendo ser: **Empregador:** pessoa que trabalha explorando o seu próprio empreendimento com, pelo menos, um empregado. **Assalariado com carteira de trabalho:** pessoa que trabalha com carteira assinada para um empregador (pessoa física ou jurídica), geralmente, obrigando-se ao cumprimento de jornada de trabalho e recebendo, em contrapartida, remuneração em dinheiro. **Assalariado sem carteira de trabalho:** pessoa que trabalha sem carteira assinada para um empregador (pessoa física ou jurídica), geralmente, obrigando-se ao cumprimento de jornada de trabalho e recebendo, em contrapartida, remuneração em dinheiro. Considere, também, neste quesito, a pessoa que presta serviço militar obrigatório. **Autônomo com previdência social:** pessoa que contribui com a Previdência Social e trabalha explorando seu próprio empreendimento, sozinha ou com sócio, sem ter empregado, ainda que contando com ajuda de trabalhador não remunerado. São exemplos de trabalhador por conta própria taxistas, camelôs, manicures em domicílio. Também se encontram nesta categoria os trabalhadores eventuais, ou seja, aquelas pessoas que prestam serviço em caráter esporádico, para exercer tarefa específica em/a uma ou mais empresas/pessoas (encanadores, eletricitas, pedreiros). **Autônomo sem previdência social:** pessoa que trabalha explorando seu próprio empreendimento, sozinha ou com sócio, sem ter empregado, ainda que contando com ajuda de trabalhador não remunerado. São exemplos de trabalhador por conta própria taxistas, camelôs, manicures em domicílio. Também se encontram nesta categoria os trabalhadores eventuais, ou seja, aquelas pessoas que prestam serviço em caráter esporádico, para exercer tarefa específica em/a uma ou mais empresas/pessoas (encanadores, eletricitas, pedreiros) e que não contribuem com a Previdência Social. **Aposentado/ pensionista:** pessoa que tem remuneração recebida do Plano de Seguridade Social da União (PSS), do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS) e de institutos oficiais de previdência estadual ou municipal, a título de aposentadoria, jubilação ou reforma ou também deixado por pessoa da qual era beneficiária, no caso de pensionista. **Desempregado:** pessoa que se encontra desempregada, sem nenhuma fonte de renda ou recebendo seguro-desemprego e à procura de trabalho. **Não trabalha:** pessoa que não procura trabalho. **Servidor público/militar:** pessoa que mantém vínculo de trabalho profissional com os órgãos e entidades governamentais, integrados em cargos ou empregos de qualquer delas: União, estados, Distrito Federal, municípios e suas respectivas autarquias, fundações, empresas públicas e sociedades de economia mista. **Outra:** pessoa que não se enquadra em nenhuma das situações de trabalho referidas acima.

CRIANÇAS DE 0 A 9 ANOS, COM QUEM FICA? Nesta variável, caso a criança tenha até 9 anos de idade, pretende-se identificar quem é responsável por permanecer com ela enquanto os pais se ausentam, e, quando for o caso, fora do horário escolar, podendo ser: **Adulto responsável:** neste caso, a criança fica sob a supervisão de um adulto, ou seja, um indivíduo que tenha 18 anos completos ou mais. **Outra(s) Criança(s):** neste caso, a criança permanece com outras crianças com até 12 anos. **Adolescente:** neste caso, a criança fica sob a supervisão de um adolescente, ou seja, um indivíduo que possua entre 12 e 18 anos. **Sozinha:** neste caso, a criança permanece sozinha. **Creche:** neste caso, a criança vai para uma creche ou instituição que a supervisiona e que atenda às suas necessidades básicas. **Outro:** caso a criança permaneça sob circunstâncias diferentes não mencionadas acima.



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

PARTICIPA DE ALGUM GRUPO COMUNITÁRIO? Marque sim, caso o cidadão participe de atividades desenvolvidas em associação comunitária ou outros espaços que envolvam os moradores de um território.

POSSUI PLANO DE SAÚDE PRIVADO? Esse campo serve para identificar se o cidadão possui plano de saúde privado ou não.

É MEMBRO DE POVO OU COMUNIDADE TRADICIONAL OU CAMPO, FLORESTA E ÁGUAS? Permite registrar se o cidadão faz parte de grupos culturalmente diferenciados e que se reconhecem como tais, como por exemplo, indígenas, quilombolas, caiçaras, entre outros. Se sim, qual? O campo é de livre preenchimento, no entanto o sistema deve mapear as opções de acordo com a lista de povos e comunidades tradicionais.

DESEJA INFORMAR ORIENTAÇÃO SEXUAL? Em caso afirmativo, marque “Sim” para a resposta ou “Não” caso contrário. Se sim, prossiga com a questão e pergunte “Qual?” as possibilidades apresentadas são: **Heterossexual:** pessoa que sente atração e/ou se relaciona emocional, afetiva ou sexualmente com pessoas do sexo oposto. **Gay:** pessoa que sente atração e/ou se relaciona emocional, afetiva ou sexualmente com pessoas do mesmo sexo, e identidade cultural homossexual. No senso comum, é utilizado para se referir aos homens homossexuais. Caso o indivíduo ou grupos não se auto identifiquem como gays deve-se utilizar a expressão homens que fazem sexo com homens. **Lésbica:** mulheres que têm atração por e/ou mantêm relações sexuais e afetivas com outras mulheres e possuem a identidade cultural lésbica. **Bissexual:** pessoa que sente atração e/ou se relaciona emocional, afetiva ou sexualmente com homens e mulheres e possui a identidade cultural bissexual. **Assexual:** pessoa que não sente atração afetiva e/ou sexual pelo gênero/sexo oposto ou pelo igual ao seu. **Pansexual:** pessoa em que a atração afetiva/sexual não é orientada para qualquer gênero ou sexo específico, dessa forma, todas as pessoas podem ser atraentes para uma pessoa de orientação pansexual. **Outro:** pessoa que não se identifica com nenhuma das definições mencionadas.

DESEJA INFORMAR A IDENTIDADE DE GÊNERO? Em caso afirmativo, marque “Sim” para a resposta ou “Não” caso contrário. Se sim, prossiga com a questão e pergunte qual? As possibilidades apresentadas são: **Homem cisgênero:** pessoa que nasce com o órgão sexual masculino e se expressa socialmente conforme o papel social de gênero masculino, além de se identificar com este gênero. **Mulher cisgênero:** pessoa que nasce com o órgão sexual feminino e se expressa socialmente conforme o papel social de gênero feminino, além de se identificar com este gênero. **Homem transgênero:** pessoa que nasce em corpo feminino, e se reconhece como gênero masculino, desejando ou não modificar seu corpo para exercer sua identidade masculina. **Mulher transgênero:** pessoa que nasce em corpo masculino, e se reconhece como gênero feminino, desejando ou não modificar seu corpo para exercer sua identidade feminina. **Travesti:** pessoas que nasceram designadas biologicamente como homem e que se identificaram em alguma fase da vida como sendo do gênero feminino. Podem ou não reivindicar para si a categoria de mulher. Não necessariamente a pessoa precisa ter passado por procedimentos de readequação sexual. O correto



ao se referir às pessoas travestis é utilizando artigos, pronomes, adjetivos femininos. **Não-binário:** pessoa cuja identidade de gênero não é representada por nenhum dos dois gêneros (homem/mulher), podendo inclusive ter como gênero a combinação dos gêneros masculino e feminino. **Outro:** pessoa que não se identifica com nenhuma das definições mencionadas.

TEM ALGUMA DEFICIÊNCIA? Este item identifica se o cidadão apresenta alguma deficiência. Registrar a opção referida. Este campo é de preenchimento obrigatório. Se sim, qual ou quais deficiências o cidadão? Podendo ser: **Auditiva:** limitação, temporária ou permanente, de natureza auditiva. Segundo a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, a deficiência auditiva é caracterizada pela perda total ou parcial da capacidade de ouvir, manifesta-se como surdez leve e moderada e surdez severa ou profunda. É perda bilateral, parcial ou total de 41 decibéis (dB) ou mais aferida por audiograma nas frequências de 500 Hz, 1.000 Hz, 2.000 Hz e 3.000 Hz. **Intelectual/cognitiva:** limitação, temporária ou permanente, de natureza intelectual/cognitiva. A deficiência mental, segundo a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, é o funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestações antes dos 18 anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas: comunicação, cuidado pessoal, habilidades sociais, utilização dos recursos da comunidade, saúde e segurança, habilidades acadêmicas, lazer e trabalho. **TEA:** transtorno do Espectro Autista. Considerada pessoa com transtorno do espectro autista aquela portadora de síndrome clínica. **Visual:** a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência compreende a deficiência visual como sendo uma situação irreversível da função visual, mesmo após tratamentos clínicos e ou cirúrgicos pertinentes e uso de óculos convencionais. A pessoa com deficiência visual, cegueira ou baixa visão tem sua funcionalidade comprometida, com prejuízo na capacidade de realização de tarefas. Deficiência visual é a cegueira cuja acuidade visual for igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; baixa visão que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; casos em que o somatório da medida do campo visual, em ambos os olhos, for igual ou menor que 60°; ocorrência simultânea de qualquer das condições anteriores. **Física:** é alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano que acarreta o comprometimento da função física, apresentando-se sob as formas de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções. **Outra:** outros tipos de limitações, temporárias ou permanentes.

INFORMAÇÕES SOCIOECONÔMICAS - Triagem para Risco de Insegurança Alimentar (TRIA)

Faça as duas perguntas da TRIA descritas abaixo para o cidadão e registre a resposta com uma das opções: “sim” ou “não”. Essas informações são importantes para rastrear o Risco de insegurança alimentar da família.

- Nos últimos três meses, os alimentos acabaram antes que você tivesse dinheiro para comprar mais comida?
- Nos últimos três meses, você comeu apenas alguns alimentos que ainda tinha, porque o dinheiro acabou?

ATENÇÃO: É importante que para o preenchimento das respostas a estas duas perguntas: (1) O profissional faça as perguntas para o cidadão, não simplesmente responda baseada em interações anteriores. (2) Pergunte para todas as pessoas acima de 18 anos do território. (3) Refazer as perguntas no intervalo de três a seis meses para verificar possíveis mudanças advindas dos encaminhamentos intersetoriais.

SAÍDA DO CIDADÃO DO CADASTRO

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

- Mudança do território; ou
- Óbito

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

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

TERMO DE RECUSA DO CADASTRO INDIVIDUAL DA ATENÇÃO BÁSICA

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

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

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

QUESTIONÁRIO AUTORREFERIDO DE CONDIÇÕES/SITUAÇÕES DE SAÚDE

Condições/situações de saúde gerais

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

ESTÁ GESTANTE? Assinale com um “x” a opção referida. É fundamental que esta informação seja observada e atualizada frequentemente, visto que é uma situação transitória. SE SIM, QUAL É A MATERNIDADE DE REFERÊNCIA? Campo aberto. Informe qual é a maternidade de referência indicada pelo município para realização do parto.
SOBRE SEU PESO, VOCÊ SE CONSIDERA? Indique qual é a percepção do usuário em relação ao seu próprio peso, podendo ser: ● Abaixo do Peso; ● Peso Adequado; ● Acima do Peso.
ESTÁ FUMANTE? Assinale com um “x” a opção referida.
FAZ USO DE ALCOOL? Assinale com um “x” a opção referida.
FAZ USO DE OUTRAS DROGAS? Assinale com um “x” a opção referida.
TEM HIPERTENSÃO ARTERIAL? Assinale com um “x” a opção referida.
TEM DIABETES? Assinale com um “x” a opção referida.
TEVE AVC/DERRAME? Assinale com um “x” a opção referida.
TEVE INFARTO? Assinale com um “x” a opção referida.
TEM DOENÇA CARDÍACA/DO CORAÇÃO? Assinale com um “x” a opção referida. SE SIM, INDIQUE QUAL(IS)? se possui problemas no coração, indicar quais em relação às seguintes opções: ● Insuficiência Cardíaca; ● Outro; ● Não Sabe.
TEM OU TEVE PROBLEMAS NOS RINS? Assinale com um “x” a opção referida. SE SIM, INDIQUE QUAL(IS)? Se possui problemas nos rins, indicar quais em relação às seguintes opções: ● Insuficiência Renal; ● Outro; ● Não Sabe.
TEM DOENÇA RESPIRATÓRIA/NO PULMÃO? Assinale com um “x” a opção referida. SE SIM, INDIQUE QUAL(IS)? Se possui alguma doença respiratória, indicar qual em relação às seguintes opções: ● Asma; ● DPOC/Enfisema; ● Outro; ● Não Sabe.
ESTÁ COM HANSENÍASE? Assinale com um “x” a opção referida.
ESTÁ COM TUBERCULOSE? Assinale com um “x” a opção referida.
TEM OU TEVE CÂNCER? Assinale com um “x” a opção referida.
TEVE ALGUMA INTERNAÇÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES? Assinale com um “x” a opção referida. SE SIM, POR QUAL CAUSA? Campo aberto. Indicar a(s) causa(s) de internação.
TEVE DIAGNÓSTICO DE ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE MENTAL POR PROFISSIONAL DE SAÚDE? Assinale com um “x” a opção referida.
ESTÁ ACAMADO? Marque um “x” na opção “Sim” caso a pessoa encontre-se restrita à cama por alguma condição de saúde e “Não” caso contrário.
ESTÁ DOMICILIADO? Se restrito ao lar por alguma condição de saúde, marcar um “x” na opção “Sim” caso afirmativo e “Não” caso contrário.
USA PLANTAS MEDICINAIS? Assinale com um “x” a opção referida. SE SIM, INDIQUE QUAL(IS)? Campo aberto. Indicar quais as plantas medicinais utilizadas. Listadas na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – Rename.

USA OUTRAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES? Assinale com um “x” a opção referida. Exemplos de PIC: medicina tradicional chinesa, homeopatia, termalismo/crenoterapia, medicina antroposófica, entre outras.

OUTRAS CONDIÇÕES DE SAÚDE, QUAL? Campo aberto. Indicar doenças referidas pelo usuário que não foram citadas anteriormente.

CIDADÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

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

ESTÁ EM SITUAÇÃO DE RUA? Assinale com um “x” a opção referida. Este campo é de preenchimento obrigatório.

TEMPO EM SITUAÇÃO DE RUA? Marque, conforme as opções, qual é o tempo: ● < 6 meses; ● 6 a 12 meses; ● 1 a 5 anos; ● > 5 anos.

RECEBE ALGUM BENEFÍCIO? Assinale com um “x” a opção referida.

POSSUI REFERÊNCIA FAMILIAR? Assinale com um “x” a opção referida.

QUANTAS VEZES SE ALIMENTA AO DIA? Marque com um “x” uma das opções: ● 1 vez; ● 2 ou 3 vezes; ● mais de 3 vezes.

QUAL A ORIGEM DA ALIMENTAÇÃO? Indique de onde vem a alimentação do usuário. Pode-se marcar mais de uma opção: ● Restaurante Popular; ● Doação de Grupo Religioso; ● Doação de Restaurante; ● Doação Popular; ● Outros.

É ACOMPANHADO POR OUTRA INSTITUIÇÃO? Assinale com um “x” a opção referida. **SE SIM, INDIQUE QUAL(IS)?** Campo aberto para indicar qual instituição acompanha esta pessoa, por exemplo: Cras, unidade socioeducativa, entre outras.

VISITA ALGUM FAMILIAR COM FREQUÊNCIA? Assinale com um “x” a opção referida. **SE SIM, QUAL GRAU DE PARENTESCO?** Campo de preenchimento livre, no entanto, o sistema deve identificar aqui o grau de parentesco em relação aos seguintes itens: ● avô/avó; ● pai/mãe; ● filho(a); ● irmão(ã); ● cônjuge ou companheiro(a); ● tio(a); ● primo(a); ● outros.

TEM ACESSO À HIGIENE PESSOAL? Assinale com um “x” a opção referida. **SE SIM, INDIQUE QUAL(IS)?** Indicar qual recurso de higiene pessoal a que o usuário tem acesso. Pode-se marcar mais de uma opção: ● Banho; ● Acesso ao Sanitário; ● Higiene Bucal; ● Outros.

Quando for necessário atualizar informações dos cidadãos e corrigir os campos digitados incorretamente no sistema, é possível realizar a atualização, como dados referentes à identificação do cidadão,

escolaridade, entre outros. A funcionalidade de atualização do cadastro individual facilita a digitação e contribui para o melhor registro de dinamicidade do território.

A legenda detalha a forma de preenchimento, onde os campos com quadrado são de múltipla escolha (mais de uma opção) e os campos com círculo são de opção de preenchimento única.

- Informar para o responsável o número de seu prontuário familiar, caso exista.
- Esclarecer dúvidas dos moradores, orientar sobre funcionamento da UBS e serviços disponíveis.
- Solicitar a assinatura no cronograma de visitas, caso o ACS utilize o APP e-SUS território; ou relatório de visita domiciliar do ACS (caderno do ACS) caso o ACS não utilize o APP.
- Ao final do dia de trabalho, realizar nova sincronização do tablet ou digitar as fichas de papel no PEC do e-SUS.
- Caso o cadastro seja realizado por fichas de papel, identificar a ficha como “digitada”, com informação do digitador e data.
- Arquivar a ficha de cadastro individual.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. *Cadastro da Atenção Básica*. Disponível em: https://saps-ms.github.io/Manual-eSUS_APS/docs/CDS/CDS_02/. Acesso em: 10 abr. 2025.

ELABORADO POR: eSF Jardim Canadá	DATA ELABORAÇÃO: 19/02/2018
REVISADO POR: Luana Maria Guerra Juventino Dias	DATA DA REVISÃO: 30/05/2025
APROVADO POR:	DATA DA APROVAÇÃO:

POP: Ficha Visita Domiciliar e Territorial	REVISÃO: 30/05/2025	SEÇÃO:	POP N°: 06
RESPONSÁVEL PELA REVISÃO: Flavia Cristina Farnезes Lima	N° DE PÁG: 14		

EXECUTANTES: Agentes Comunitários de Saúde (ACS).
ONDE EXECUTAR: Unidade Básica de Saúde e domicílio do(a) usuário(a).
OBJETIVOS: Registrar a atividade de visita ao cidadão ou a outros pontos do território adscrito da equipe de saúde.
FREQUÊNCIA: Diariamente
EQUIPAMENTOS/MATERIAIS NECESSÁRIOS: <ul style="list-style-type: none"> ● tablet com o aplicativo e-SUS Território; ● cronograma de visitas; ● prancheta e caneta.
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO: <ul style="list-style-type: none"> ● Separar o material de trabalho. ● Dirigir-se ao domicílio a ser visitado. ● Identificar-se à família e pedir licença para entrar na residência. ● Realizar a visita domiciliar. ● Registrar a visita domiciliar em apenas um sistema: tablet ou computador. O ACS não deverá usar o tablet e o computador simultaneamente para registrar as visitas. <ul style="list-style-type: none"> ○ Caso seja preenchido no tablet: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar a sincronização do aplicativo sempre antes e depois de lançar as visitas. ▪ Preencha os campos endereço, CPF, senha e microárea e clique em sincronizar. ▪ O aparelho deverá estar conectado à internet no momento da sincronização.

- Localizar a família que deseja visita e clicar em visitar ao lado de cada membro da família.



- Realizar o preenchimento dos campos da ficha de visita domiciliar:

Visita Realizada: Visita realizada, conforme planejado pelo profissional, ao cidadão, domicílio ou território.

Visita Recusada: Visita recusada pelo cidadão, impossibilitando realizar a ação pretendida.

Ausente: O cidadão procurado estava ausente ou não foi possível contatá-lo.

Visita foi realizada? (Obrigatório)

Visita Realizada
 Visita Recusada
 Ausente

MOTIVO DA VISITA:

Cadastramento/Atualização: Campo destinado ao registro da ação de cadastro ou atualização de cadastro da paciente / família.

Egresso de Internação: Acompanhamento de usuários egressos de internação.

Convite Atividades Coletivas/Campanha de Saúde: Convite a alguma atividade realizada pela equipe no território ou sob sua supervisão.

Orientação/Prevenção: Realização de orientações relacionadas às condições de saúde e situações apresentadas pelo cidadão ou para prevenção de agravos.

Outros: Outras ações que não constam nas descrições acima.

Motivo da visita

- Cadastramento / Atualização
- Egresso de internação
- Convite para atividades coletivas / Campanha de saúde
- Orientação / Prevenção
- Outros

BUSCA ATIVA:

Consulta: Busca de usuários para entrega de marcação de consulta, ou para cidadãos que faltaram à consulta agendada ou de cuidado continuado ou programada.

Exame: Entrega ou marcação de exames para o paciente.

Vacina: Busca de usuários com situação vacinal atrasada ou para campanhas de vacinação.

Condicionalidades do Bolsa Família: Busca de usuários que fazem parte do Programa Bolsa Família e precisam estar em dia com a avaliação das condicionalidades do programa.

Busca ativa ^

- Consulta
- Exame
- Vacina
- Condicionalidade do Bolsa Família

ACOMPANHAMENTO:

Pessoa Idosa: Pessoas com 60 anos ou mais.

Gestante: Acompanhamento de usuária gestante.

Puérpera: Acompanhamento de usuária puérpera.

Recém-nascido: Acompanhamento de recém-nascido.

Criança: Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança.

Pessoa com desnutrição: Acompanhamento de usuário com diagnóstico de desnutrição.

Pessoa em reabilitação ou com deficiência: Acompanhamento de usuário em reabilitação ou com alguma deficiência que necessite de acompanhamento.

Pessoa com hipertensão: Acompanhamento de usuário com hipertensão.

Pessoa com diabetes: Acompanhamento de usuário com diabetes.

Pessoa com asma: Acompanhamento de usuário com asma.

Pessoa com DPOC/enfisema: Acompanhamento de usuário com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) ou enfisema pulmonar.

Pessoa com câncer: Acompanhamento de usuário com câncer.

Pessoa com outras doenças crônicas: Acompanhamento de usuário com outras doenças crônicas.

Pessoa com hanseníase: Acompanhamento de usuário com hanseníase.

Pessoa com tuberculose: Acompanhamento de usuário com tuberculose.

Sintomáticos respiratórios: Acompanhamento de usuário que apresenta suspeita de tuberculose, com tosse persistente por mais de duas semanas.

Tabagista: Acompanhamento de usuários tabagistas.

Domiciliados/acamados: Acompanhamento de usuários domiciliados ou acamados.

Condições de vulnerabilidade social: Acompanhamento de usuário em condições de vulnerabilidade social.

Condicionalidades do bolsa família: Acompanhamento de usuário em relação às condicionalidades do Programa Bolsa Família.

Saúde mental: Acompanhamento de usuário com problema de saúde mental, exceto usuário de álcool ou outras drogas.

Usuário de álcool: Acompanhamento de usuário que faz uso prejudicial de álcool.

Usuário de outras drogas: Acompanhamento de usuário que faz uso prejudicial de outras drogas (inclusive uso abusivo de medicamentos).



Acompanhamento ^

- Pessoa idosa
- Pessoa com outras doenças crônicas
- Pessoa com hanseníase
- Recém-nascido
- Criança
- Pessoa com desnutrição
- Pessoa em reabilitação ou com deficiência
- Pessoa com hipertensão
- Pessoa com diabetes
- Pessoa com asma
- Pessoa com DPOC / Enfisema
- Pessoa com câncer
- Pessoa com tuberculose
- Sintomáticos respiratórios
- Tabagista
- Domiciliados / Acamados
- Condições de vulnerabilidade social
- Condicionalidades do bolsa família

- Condicionalidades do bolsa família
- Saúde mental
- Usuário de álcool
- Usuário de outras drogas

ANTROPOMETRIA

Peso (kg): Anote o peso do paciente em quilogramas.

Altura (cm): Anote a altura do paciente em centímetros.

Sinais vitais: Este campo é composto por informações referentes às novas atribuições dos ACS de acordo com a Lei nº 13.595, de 5 de Janeiro de 2018, desde que tenha concluído o curso técnico, tenha disponíveis os equipamentos adequados e esteja sendo assistido por profissional de saúde de nível superior que seja membro da equipe.

Temperatura: Anote a temperatura em graus Celsius do usuário em números inteiros ou decimais..

Pressão arterial: Anote a pressão arterial do usuário. Ex: 120/080.

Glicemia: Este campo é composto por informação referente a nova atribuição dos ACS de acordo com a Lei nº 13.595, de 5 de Janeiro de 2018, desde que tenha concluído o curso técnico, tenha disponíveis os equipamentos adequados e esteja sendo assistido por profissional de saúde de nível superior que seja membro da equipe.

Glicemia capilar: Anote a glicemia capilar do usuário em números inteiros. Ex: 100..

Momento da coleta: Anote o número referente ao momento que realizou a glicemia capilar no usuário.

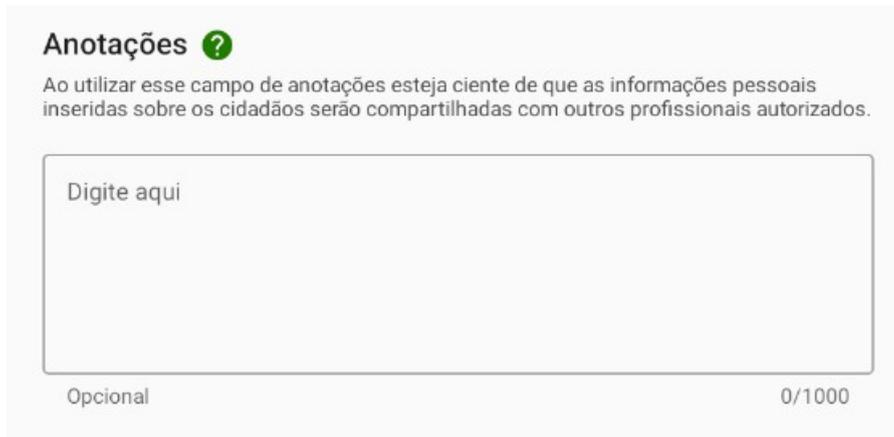
Registre:

- (0) Jejum.
- (1) Pós prandial.
- (2) Pré prandial e
- (3) Não especificado.

Antropometria
<input type="text" value="Altura (cm)"/>
<input type="text" value="Peso (kg)"/>
Sinais vitais
<input type="text" value="Temperatura (°C)"/>
<input type="text" value="Pressão arterial (mmHg)"/>
Glicemia
<input type="text" value="Glicemia capilar (mg/dL)"/>
<input type="text" value="Momento da coleta"/>

ANOTAÇÕES:

Este espaço é reservado para informações que o TACS e ACS considerem relevantes, por exemplo: problemas reportados pelos cidadãos, orientações fornecidas aos pacientes, tratamentos e/ou qualquer acompanhamento que considerar necessário. Essas anotações poderão ser consultadas no histórico das visitas.



Anotações ?

Ao utilizar esse campo de anotações esteja ciente de que as informações pessoais inseridas sobre os cidadãos serão compartilhadas com outros profissionais autorizados.

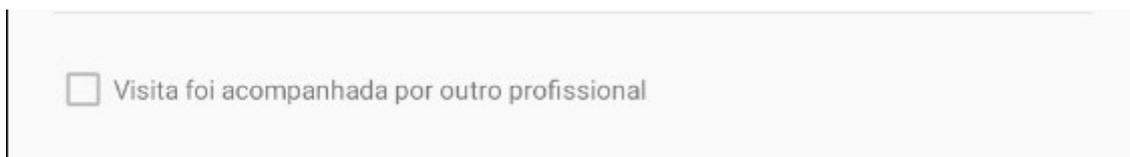
Digite aqui

Opcional 0/1000

VISITA COMPARTILHADA POR OUTRO PROFISSIONAL:

Campo utilizado para identificar se a visita

de um ACS foi realizada com outro profissional. Marque o campo quando for o caso.



Visita foi acompanhada por outro profissional

- Clicar no botão enviar.
 - E-sus Pec:
- Adicionar nova visita domiciliar.
- Ir até o campo CDS – Visita Domiciliar e Territorial, preencher a data da visita e clicar em adicionar.

CNS do profissional * CBO CNES INE Data *

25/04/2025

Visitas domiciliares e territoriais *

CPF / CNS do cidadão	Data de nascimento	Sexo	Turno
Nenhum item encontrado.			

Adicionar

Cancelar Salvar

CABEÇALHO:

Turno: Turno em que foram realizados os atendimentos, sendo: manhã, tarde ou noite.

Microárea: Preencha o número de 00 a 99 que identifique a microárea ou com FA para visita fora de área.

Tipo de imóvel: Escolha a opção que corresponda ao imóvel: 01 (Domicílio), 02 (Comércio), 03 (Terreno baldio), 04 (Cemitério, borracharia, ferro-velho, depósito de sucata ou materiais de construção, garagem de ônibus ou veículo de grande porte), 05 (Escola), 06 (Creche), 07 (Abrigo), 08 (Instituição de longa permanência para idosos), 09 (Unidade prisional), 10 (Unidade de medida socioeducativa), 11 (Delegacia), 12 (Estabelecimento religioso), 99 (Outros).

Nº prontuário: Campo destinado ao número do prontuário da família, próprio do estabelecimento de saúde. Este campo é usado como referência da informação do paciente na própria unidade, para os casos em que seja necessário fazer verificação dos dados. Não é de preenchimento obrigatório.

CNS/CPF do cidadão: Campo destinado ao número do Cartão Nacional de Saúde ou CPF do cidadão ou do responsável familiar (os números são incluídos no sentido vertical). Em caso de CPF, digitar apenas números. Para visita periódica ou visita para controle vetorial, utilizar o CNS/CPF do responsável familiar.

Data de nascimento: Informe o dia, mês e ano. Variável de verificação do número do CNS.

Sexo: Assinalar feminino, masculino ou indeterminado.

Visita compartilhada com outro profissional: Campo utilizado para identificar se a visita de um ACS foi realizada com outro profissional. Marque um “x” na linha quando for o caso.



VISITAS DOMICILIARES E ESTADUAIS

Turno *
 Manhã Tarde Noite

Microárea * Fora da área

Tipo de imóvel *

Nº do prontuário

CPF / CNS do cidadão Para visita periódica ou visita domiciliar para controle vetorial usar o CPF / CNS do Responsável Familiar.

Data de nascimento

Sexo

Visita compartilhada com outro profissional

Motivo da visita *

Cadastramento / Atualização
 Visita periódica

Busca ativa

Consulta
 Exame
 Vacina
 Condiionalidades do Bolsa Família

Acompanhamento

Gestante
 Puérpera
 Recém-nascido
 Criança
 Pessoa com desnutrição
 Pessoa em reabilitação ou com deficiência
 Pessoa com hipertensão
 Pessoa com diabetes
 Pessoa com asma
 Pessoa com DPOC / enfisema
 Pessoa com câncer
 Pessoa com outras doenças crônicas
 Pessoa com hanseníase
 Pessoa com tuberculose
 Sintomáticos respiratórios
 Tabagista
 Domiciliados / Acamados
 Condições de vulnerabilidade social
 Condiionalidades do Bolsa Família
 Saúde mental
 Usuário de álcool
 Usuário de outras drogas
 Pessoa idosa

Controle ambiental / vetorial

Ação educativa
 Imóvel com foco
 Ação mecânica
 Tratamento focal

Egresso de internação
 Convite para atividades coletivas / campanha de saúde
 Orientação / Prevenção
 Outros

Antropometria

Peso (kg) **Altura (cm)**

Os demais campos podem ser preenchidos seguindo da mesma forma que o e-SUS Território, observando apenas a ordem dos campos.



Antropometria

Peso (kg) Altura (cm)

Sinais vitais

Temperatura (°C) Pressão arterial (mmHg) /

Glicemia

Glicemia capilar (mg/dL) Momento da coleta

Não especificado Jejum Pré-prandial Pós-prandial

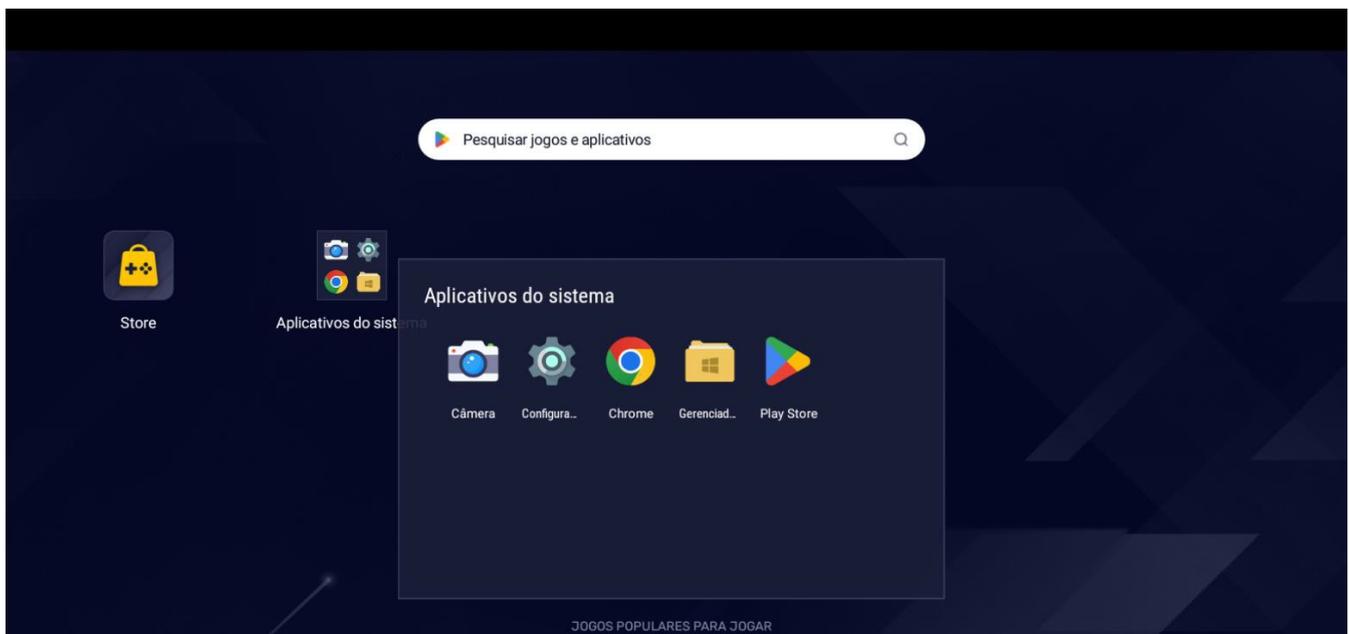
Desfecho *

Visita realizada
 Visita recusada
 Ausente

Cancelar

Confirmar

- Caso o ACS não possua o tablet e queira utilizar o APP e-SUS Território no computador deverá seguir as instruções abaixo:
 - Fazer o download do aplicativo Bluestacks no seguinte link:
<https://www.bluestacks.com/pt-br/index.html>
 - Após fazer a instalação, abrir a Play Store que se encontra junto com os aplicativos de sistema e logar com uma conta google.
 - Baixar o aplicativo e-SUS Território e realizar a configuração normalmente



REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. *Cadastro da Atenção Básica*. Disponível em: https://saps-ms.github.io/Manual-eSUS_APS/docs/CDS/CDS_07/. Acesso em: 25 abr. 2025.

ELABORADO POR: eSF Jardim Canadá	DATA ELABORAÇÃO: 19/02/2018
REVISADO POR: Flavia Cristina Farnazes Lima	DATA DA REVISÃO: 30/05/2025
APROVADO POR:	DATA DA APROVAÇÃO:

POP: Relatório de visita domiciliar do ACS	REVISÃO: 30/05/2025	SEÇÃO:	POP N°: 07
RESPONSÁVEL PELA REVISÃO: Carla Angelia Silva Lemes Correa	N° DE PÁG: 4		

EXECUTANTES: Agentes Comunitários de Saúde (ACS).
ONDE EXECUTAR: Domicílio do(a) usuário(a).
OBJETIVOS: Caso o ACS não utilize o aplicativo e-SUS território, este relatório tem como objetivo registrar a situação de saúde da família, as orientações fornecidas, bem como agravos e intercorrências ocorridas com seus membros, obtendo o histórico anual de saúde da família e assinaturas do morador comprovando a visita domiciliar no caderno de visitas.
FREQUÊNCIA: Mensalmente ou com maior frequência, se necessário.
EQUIPAMENTOS/MATERIAIS NECESSÁRIOS: <ul style="list-style-type: none"> ● Relatório de visita domiciliar do ACS (caderno do ACS). ● Ficha de cadastro. ● Ficha de visita domiciliar e territorial. ● Computador com acesso à internet. ● Caneta, lápis, borracha, prancheta.
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO: <ul style="list-style-type: none"> ● Separar o material de trabalho. ● Dirigir-se ao domicílio a ser visitado. ● Identificar-se à família e pedir licença para entrar na residência. ● Realizar as orientações cabíveis e relevantes para a família que está sendo atendida. ● Escutar o familiar sobre as intercorrências de saúde ocorridas desde a última visita (complicações de saúde, alteração de medicamentos, melhoras de quadros de saúde detectados anteriormente, internações, óbitos, entre outros).

- Registrar as orientações fornecidas e as intercorrências de saúde relatada pelos membros da família.
- Solicitar a assinatura do membro da família.

PREENCHIMENTO DOS CAMPOS

UBS: nome da Unidade Básica de Saúde de referência.

AGENTE DE SAÚDE: nome do Agente Comunitário de Saúde responsável.

MICROÁREA: número da microárea de responsabilidade do ACS

ENDEREÇO: endereço da família que será acompanhada.

TELEFONE: número de telefone para entrar em contato com a família, quando necessário.

Nº DE PESSOAS: número de pessoas na família acompanhadas.

Nº FAMÍLIA: campo para indicar numeração de acordo com a organização do agente comunitário de saúde.

RESPONSÁVEL PELO DOMICÍLIO: nome da pessoa responsável pelo domicílio de acordo com o cadastro domiciliar.

RISCO: classificação de risco de acordo com protocolo do município. Indica a vulnerabilidade da família.

FEM.: feminino. Indicar o número de pessoas do sexo feminino de acordo com o quadro.

MAS.: masculino. Indicar o número de pessoas do sexo masculino de acordo com o quadro.

HA: hipertensão Arterial. Preencher com o número de pessoas com hipertensão arterial.

DIA: diabetes. Preencher com o número de pessoas com diabetes.

I.D.: insulino Dependente. Preencher com o número de pessoas que fazem uso de insulina.

GES: gestante. Preencher com o número de gestante na família

TAB: tabagismo. Preencher com o número de pessoas que fazem uso de cigarro, cachimbos e outros.

0 A 1 ANO, 11 MESES E 29 DIAS: preencher com o número de pessoas nessa faixa etária, diferenciando feminino e masculino.

2 ANOS A 4 ANOS, 11 MESES E 29 DIAS: preencher com o número de pessoas nessa faixa etária, diferenciando feminino e masculino.

5 ANOS A 11 ANOS, 11 MESES E 29 DIAS: preencher com o número de pessoas nessa faixa etária, diferenciando feminino e masculino.

12 A 18 ANOS, 11 MESES E 29 DIAS: preencher com o número de pessoas nessa faixa etária, diferenciando feminino e masculino.

MULHERES DE 25 A 64 ANOS: preencher com o número de mulheres nessa faixa etária.

HOMENS DE 45 A 59 ANOS: preencher com o número de homens nessa faixa etária.

IDOSOS 60 ANOS OU +: preencher com o número de pessoas nessa faixa etária, diferenciando feminino e masculino.

NOME: preencher com o nome dos membros da família.

CNS: cartão Nacional de Saúde. Preencher com o número do CNS do membro da família ou CPF.

DATA NASC.: data de nascimento do membro da família.

OBS.: preencher com alguma observação relevante referente ao membro da família (informação além das que estão listadas acima ou outros detalhes que facilitem o acompanhamento). Exemplo: Data provável do parto da gestante; data da última receita médica; dependente químico, epilético, acompanhamento sistemático em outro serviço, cadastrado no SISVAN, etc.

DATA: preencher com a data que a família foi atendida.

HORA: preencher com a hora que finalizar o atendimento da família.

NÃO ATENDEU: marcar essa opção quando algum membro da família não atender o ACS.

NÃO PODE RECEBER: marcar essa opção quando algum membro da família atender e por algum motivo não poder receber o ACS.

RELATÓRIO: campo para registrar as orientações dadas e informações relevantes recebidas dos membros da família em relação à saúde.

ASSINATURA: campo para coletar a assinatura de um dos membros da família ao final do atendimento domiciliar

OBSERVAÇÕES: recomenda-se o preenchimento a lápis dessa ficha devido às alterações que podem ocorrer, exceto relatório. No final do ano, realizar o arquivamento do caderno na UBS.

O relatório de visitas (caderno do ACS) deve ser preenchido apenas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que ainda não receberam o tablet disponibilizado pelo município e, portanto, não utilizam o aplicativo e-SUS Território. Para aqueles que utilizam o aplicativo, as anotações podem ser feitas diretamente no próprio aplicativo, sendo necessário solicitar a assinatura do paciente no formulário impresso “Cronograma de Visitas”.




RELATÓRIO DE VISITA DOMICILIAR DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

202__

UBS: _____

ACS: _____



RELATÓRIO DE VISITA DOMICILIAR DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

UBS: _____ Agente de Saúde: _____ Micro área: _____

Endereço: _____ Tel: _____ Nº Pessoas: _____

Nº Família: _____ Responsável pelo domicílio: _____ Risco: _____

HA	DA	LD	GIS	TAB	0-1 ANO 11 MESES E 29 DIAS	2-4 ANO 11 MESES E 29 DIAS	5-11 ANO 11 MESES E 29 DIAS	12-18 ANO 11 MESES E 29 DIAS	MULHERES 21 ANOS E 29 DIAS	HOMENS 45-64 ANOS 11 MESES E 29 DIAS	65 ANOS OU +
FEM.											
MAS.											

NOME	CNS	DATA NASC.	OBS.
		/ /	
		/ /	
		/ /	
		/ /	
		/ /	
		/ /	

DATA: ___/___/___ HORA: ___h___ () NÃO ATENDEU () NÃO PODE RECEBER / NO DE PESSOAS ACOMPANHADAS: ___

RELATÓRIO: _____

ASSINATURA: _____

DATA: ___/___/___ HORA: ___h___ () NÃO ATENDEU () NÃO PODE RECEBER / NO DE PESSOAS ACOMPANHADAS: ___

RELATÓRIO: _____

ASSINATURA: _____

REFERÊNCIA:	
ELABORADO POR: eSF Jardim Canadá	DATA ELABORAÇÃO: 19/02/2018
REVISADO POR: Carla Angelia Silva Lemes Correa	DATA DA REVISÃO: 30/05/2025
APROVADO POR:	DATA DA APROVAÇÃO:

POP: Estratificação de Risco Familiar pelos ACS com uso da Ferramenta de Coelho e Savassi	REVISÃO: 30/05/2025	SEÇÃO:	POP N°: 08
RESPONSÁVEL PELA REVISÃO:	N° DE PÁG: 4		

EXECUTANTES: Agentes Comunitários de Saúde (ACS).
ONDE EXECUTAR: Domicílio do(a) usuário(a).
<p>OBJETIVOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientar o ACS sobre a utilização da ferramenta de Coelho e Savassi para estratificação de risco familiar. • Promover a priorização das famílias mais vulneráveis no processo de acompanhamento pela equipe de saúde. • Contribuir para o planejamento territorial e intervenções mais efetivas na Atenção Primária.
FREQUÊNCIA: Sempre que alterar o núcleo familiar ou a cada 6 meses.
<p>EQUIPAMENTOS/MATERIAIS NECESSÁRIOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dispositivo com acesso à internet (celular, tablet ou computador). • Cronograma de visitas do ACS, formulário impresso para coleta de dados para posterior classificação, caso não haja dispositivo com acesso à internet no momento da visita. • Caneta • Link da calculadora: https://app4.unasus.gov.br/ppuplayer4_idoso/uploads/recursos/SE_UNASUS_0002_IDOSO_AC_OES ESTRATEGICAS/8/calculadoras/savassi/index.html



Formulário de Estratificação de Risco Familiar - Escala Coelho e Savassi

Município: Nova Lima/MG

Unidade de Saúde: _____

ACS Responsável: _____

Data da Visita: ___/___/___

Nome da Família/Responsável: _____

Sentinelas de Risco:

1. Há pessoa acamada? () Sim (3 pts) () Não (0 pt)
2. Há pessoa com deficiência física? () Sim (3 pts) () Não (0 pt)
3. Há pessoa com deficiência mental? () Sim (3 pts) () Não (0 pt)
4. A moradia possui más condições de saneamento? () Sim (3 pts) () Não (0 pt)
5. Há pessoa com desnutrição grave? () Sim (3 pts) () Não (0 pt)
6. Há pessoa com drogadição? () Sim (2 pts) () Não (0 pt)
7. Há pessoa desempregada? () Sim (2 pts) () Não (0 pt)
8. Há pessoa analfabeta? () Sim (1 pt) () Não (0 pt)
9. Há pessoa com menos de seis meses de idade? () Sim (1 pt) () Não (0 pt)
10. Há pessoa com mais de 70 anos? () Sim (1 pt) () Não (0 pt)
11. Há pessoa com hipertensão arterial sistêmica? () Sim (1 pt) () Não (0 pt)
12. Há pessoa com diabetes mellitus? () Sim (1 pt) () Não (0 pt)
13. Relação número de moradores por cômodo na residência:
() > 1 por cômodo (3 pts)
() = 1 por cômodo (2 pts)
() < 1 por cômodo (0 pt)

Classificação Final:

Pontuação Total: ____ pontos

Classificação de Risco:

- 0 a 4 pontos → Sem Risco
- 5 a 6 pontos → Risco Menor (R1)
- 7 a 8 pontos → Risco Médio (R2)
- 9 pontos ou mais → Risco Máximo (R3)

Observações:

Assinatura do ACS: _____

Data: ___/___/___

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

1. Preparação para a Visita:

- O ACS deve estar munido de instrumentos para anotação e, se possível, com acesso ao site da ferramenta.
- A ferramenta está disponível de forma gratuita e online no endereço acima.

2. Coleta das Informações:

- Durante a visita domiciliar, o ACS deve observar e registrar as condições da moradia, o número de moradores, e a presença de idosos, crianças ou pessoas com doenças crônicas, conforme previsto no formulário.

- As informações devem ser coletadas com escuta atenta, respeito e ética, garantindo sigilo e empatia.

3. Preenchimento da Ferramenta:

- De posse dos dados, o ACS acessa a ferramenta e insere as informações solicitadas para obter a pontuação e a respectiva classificação de risco (sem risco, baixo, médio ou alto).
- A pontuação considera fatores como vulnerabilidade socioeconômica, presença de comorbidades e características do núcleo familiar.

4. Encaminhamentos:

- Após estratificação, o resultado deve ser informado à equipe de saúde para discussão em reunião, visando priorização de visitas, intervenções e planejamento das ações.
- Famílias classificadas como de alto risco devem ser monitoradas com maior frequência, conforme definição conjunta com a equipe.

5. Registro:

- O resultado da estratificação deve ser registrado no prontuário por profissional de nível superior, em ficha ou instrumento digital utilizado pela equipe, além de alimentado em eventuais planilhas de microplanejamento.
- Deve-se garantir a atualização periódica das informações, especialmente em casos de mudanças importantes no domicílio ou na condição de saúde da família.

REFERÊNCIA:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica – PNAB*. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf. Acesso em: 14 maio 2025.

COELHO, Flávio Lima; SAVASSI, Leonardo Ferreira. Escala de risco familiar de Coelho & Savassi: desenvolvimento, validação e utilização prática. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 10, n. 35, p. 1–12, 2015. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmfc10\(35\)1013](https://doi.org/10.5712/rbmfc10(35)1013). Acesso em: 14 maio 2025.

UNASUS. Universidade Aberta do SUS. *Calculadora de Risco Familiar (Escala de Coelho e Savassi)*. Plataforma interativa. Disponível em:



https://app4.unasus.gov.br/ppuplayer4_idoso/uploads/recursos/SE_UNASUS_0002_IDOSO_ACOES_E_STRATEGICAS/8/calculadoras/savassi/index.html. Acesso em: 14 maio 2025

ELABORADO POR: Marcone Júnio Grossi Santos	DATA ELABORAÇÃO: 30/05/2025
REVISADO POR:	DATA DA REVISÃO:
APROVADO POR:	DATA DA APROVAÇÃO:

POP: Planilha Cadastro e Acompanhamento da equipe	REVISÃO: 30/05/2025	SEÇÃO:	POP Nº: 09
RESPONSÁVEL PELA REVISÃO: Luana Maria Guerra Juventino Dias	Nº DE PÁG: 4		

EXECUTANTES: Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e enfermeiros.
ONDE EXECUTAR: Na Unidade Básica de Saúde (UBS).
OBJETIVOS: Acompanhar o cadastro, agravos e condições de sua microárea.
FREQUÊNCIA: Mensal
<p>EQUIPAMENTOS/MATERIAIS NECESSÁRIOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Computador com acesso à internet; • cronograma de visitas do ACS; • planilha de cadastro e acompanhamento da equipe impressa ou em formato digital; • caneta, lápis e borracha.
<p>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Organizar previamente o material de trabalho necessário. • Atentar-se aos prazos de coleta dos dados e de entrega da planilha, que estão descritos na primeira página do Passo a Passo de preenchimento da planilha. • Preencher a Planilha de Cadastro e Acompanhamento da respectiva microárea, seguindo as orientações do "Passo a Passo" vigente para o ano em curso. • Utilizar os relatórios operacionais extraídos pelo enfermeiro para complementar e finalizar o preenchimento da planilha. • Discutir com o enfermeiro os dados da planilha. • Com base nos dados discutidos, elaborar estratégias de melhorias do cadastro e acompanhamento de sua microárea.

OBSERVAÇÕES: Em caso de licença do ACS, caberá ao enfermeiro extrair do sistema e-SUS as informações referentes à microárea. Antes de sair de férias, o ACS deve observar o prazo de entrega da planilha e, caso necessário, adiantar a entrega dos dados.

CADASTRO E ACOMPANHAMENTO DA EQUIPE

Nome do(a) ACS:	SITUAÇÃO	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO
Situação cadastral													
Nº de responsáveis ativos cadastrados		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Nº de pessoas ativas cadastradas		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Nº de domicílios cadastrados		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Porcentagem de imóveis com cadastro completo		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Porcentagem de imóveis com cadastro atualizado		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Produção													
Porcentagem de domicílios visitados no mês		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total de Visitas no Mês		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Número de visitas com desfecho como ausente no mês		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Egressos de internação visitados no mês		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Nº de visitas para busca ativa no mês		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sintomáticos respiratórios (tosse por mais de 3 semanas) visitados no mês		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Informações sociodemográficas													
Nº de pessoas acima de 10 anos com nenhuma escolaridade		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Criança/Adolescente fora da escola		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Nº de pessoas até 13 anos em situação de trabalho infantil		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0



Nº de pessoas com alguma deficiência	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Pacientes com plano de saúde privado	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Condições/Situações												
Acamados	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hanseníase	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tuberculose	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Domiciliados	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Nº de pessoas que fazem uso de álcool	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Nº de pessoas que fazem uso de outras drogas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tem ou teve câncer	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Pessoas com diagnóstico de algum problema de saúde mental por profissional de saúde	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Portadores de feridas crônicas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Portadores de anemia falciforme	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Crianças												
Crianças de até 30 dias cadastradas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Crianças < 6 meses com aleitamento exclusivo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Crianças de 0 a 4 anos, 11 meses e 29 dias	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Crianças de 0 a 4 anos, 11 meses e 29 dias c/ cartão de vacina em dia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Crianças de 0 a 4 anos, 11 meses e 29 dias c/ cartão de vacina atrasado	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Crianças de 0 a 4 anos, 11 meses e 29 dias c/ cartão de vacina não avaliado	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Nº de crianças menores de 5 anos com visita do ACS no mês	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Crianças com problemas respiratórios crônicos (0 a 11 anos, 11 meses e 29 dias)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Outros grupos												
Adolescentes de 12 a 18 anos, 11 meses e 29 dias	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mulheres de 25 a 64 anos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Nº de cidadãos que estão em situação de rua	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Idosos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Risco cardiovascular												
Total de Fumantes segundo relatório consolidado	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total de Diabéticos segundo relatório consolidado	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total de Diabéticos segundo relatório operacional	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total de diabéticos insulino-dependentes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total de diabéticos acompanhados pelo ACS no mês, segundo relatório operacional	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total de Hipertensos segundo relatório consolidado	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total de Hipertensos segundo relatório operacional	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0



Total de hipertensos acompanhados pelo ACS no mês, segundo relatório operacional	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total de pacientes com doença renal crônica, estágio 5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Gestantes													
Total de gestantes segundo relatório consolidado	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total de gestantes segundo relatório operacional	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Nº de gestantes com pré-natal em dia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Nº de gestantes com pré-natal atrasado	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Nº de gestantes com pré-natal não informado	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Nº de gestantes com cartão de vacina em dia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Nº de gestantes com visita do ACS no mês no relatório operacional	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Nº de gestantes que assinaram visita no mês	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Gestantes menores de 19 anos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Número de gestantes de alto risco (acompanh. PNAR)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Informações não encontradas no e-SUS													
Internação domiciliar (médico e enfermagem do Programa Melhor em Casa)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Óbitos no mês	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

REFERÊNCIA:

Departamento de Atenção Básica da Secretária de Saúde de Nova Lima.

ELABORADO POR:

Comissão

DATA ELABORAÇÃO:

19/02/2018

REVISADO POR: Luana Maria Guerra Juventino Dias

DATA DA REVISÃO:

30/05/2025

APROVADO POR:

DATA DA APROVAÇÃO:

POP: Visita Domiciliar em Área Descoberta	REVISÃO: 30/05/2025	SEÇÃO:	POP N°: 10
RESPONSÁVEL PELA REVISÃO: Flávia Cristina Farnezes Lima	N° DE PÁG: 2		

EXECUTANTES: Agentes Comunitários de Saúde (ACS).
ONDE EXECUTAR: No domicílio e Unidade Básica de Saúde.
OBJETIVOS: Apoiar a equipe em situações em que, excepcionalmente, se faz necessária a visita domiciliar de usuários de microáreas descobertas.
FREQUÊNCIA: Conforme a demanda identificada pela equipe.
EQUIPAMENTOS/MATERIAIS NECESSÁRIOS: <ul style="list-style-type: none"> ● Tablet com aplicativo e-SUS Território; ● cronograma de visitas do ACS; ● prancheta e caneta.
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO: <ul style="list-style-type: none"> ● Identificar o domicílio onde será realizada a visita domiciliar. ● Separar o material de trabalho. ● Dirigir-se ao domicílio a ser visitado. ● Identificar-se à família e pedir licença para entrar na residência. ● Realizar o cadastro do domicílio e/ou da família no aplicativo e-SUS Território, caso ainda não exista. Se os registros já existirem, verificar se os mesmos se encontram atualizados. ● Incluir ou atualizar o cadastro na microárea da área descoberta. ● Esclarecer dúvidas, orientar sobre funcionamento da UBS e serviços disponíveis. ● Solicitar que o paciente/familiar assine o cronograma de visitas. ● Reportar à equipe de saúde da família qualquer alteração no estado de saúde e no contexto familiar.



- Realizar o cadastro e/ou atualização do usuário(s) no sistema Vivver caso ainda não possuam.

ELABORADO POR: eSF Mingu	DATA ELABORAÇÃO: 19/02/2018
REVISADO POR: Flavia Cristina Farnezes Lima	DATA DA REVISÃO: 30/05/2025
APROVADO POR:	DATA DA APROVAÇÃO:

POP: Emissão de Declaração de Endereço pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) e/ou declaração de tempo de cadastro/atendimento na Atenção Primária à Saúde	REVISÃO: 30/05/2025	SEÇÃO:	POP Nº: 11
RESPONSÁVEL PELA REVISÃO: Vânia Alves Braga Figueiredo	Nº DE PÁG: 3		

<p>EXECUTANTES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ACS da Microárea: Confirmar e declarar o endereço do usuário ou o tempo de cadastro/atendimento com base no acompanhamento domiciliar ou atendimentos registrados. • ACS Substituto: Em caso de ausência do ACS titular (férias, afastamentos), outro ACS da equipe poderá emitir a declaração, com base nos dados disponíveis nos sistemas de informação da Atenção Primária à Saúde (e-SUS APS, Vivver). • Gerente/Enfermeiro Responsável: Orientar, supervisionar e assegurar que as declarações sejam emitidas conforme os critérios estabelecidos neste POP.
<p>ONDE EXECUTAR: No domicílio do(a) usuário(a) e na Unidade Básica de Saúde.</p>
<p>OBJETIVOS: Padronizar o processo de emissão de declarações de endereço e/ou tempo de cadastro/atendimento na Atenção Primária à Saúde para usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) em Nova Lima, que não possuem comprovante de residência.</p>
<p>FREQUÊNCIA: Sempre que necessário.</p>
<p>EQUIPAMENTOS/MATERIAIS NECESSÁRIOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formulário padrão de declaração (modelo impresso ou digital). • Caneta esferográfica (para preenchimento manual, se necessário). • Dispositivo eletrônico com acesso aos sistemas e-SUS APS e Vivver (celular, tablet ou computador). • Acesso à internet ou conexão de dados móveis (para consulta e registro em sistemas). • Prancheta ou suporte para escrita (em visitas domiciliares). • Identificação funcional do ACS (crachá ou equivalente).

- Pasta ou envelope para armazenamento de documentos (quando impressos).

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

1. Tipos de Declaração:

- **Declaração de Endereço:**

Destinada à comprovação de endereço para acesso a serviços públicos do Município de Nova Lima que exigem esse documento.

- **Declaração de Tempo de Cadastro e/ou Atendimento na APS:**

Destinada principalmente ao CRAS para comprovação do tempo de cadastro e/ou atendimento pela Atenção Primária à Saúde.

2. Solicitação da Declaração:

- A solicitação deve ser feita formalmente pelo usuário ou por seu representante legal, junto ao ACS ou diretamente na UBS.

3. Verificação do Endereço:

- Caso o usuário já esteja cadastrado, o ACS deve confirmar as informações nos sistemas de informação (e-SUS APS, Vivver).
- Caso o usuário ainda não esteja cadastrado, o ACS deverá realizar visita domiciliar para validar o endereço e efetuar o cadastro.

4. Emissão da Declaração

- Após a confirmação do endereço e/ou tempo de cadastro, o ACS preencherá a declaração utilizando o modelo padrão disponibilizado.

5. Prazo para Entrega

- **Usuário já cadastrado:** até 24 horas para emissão da declaração.
- **Usuário sem cadastro prévio:** até 30 dias, considerando o tempo necessário para a realização da visita domiciliar.
- Quando possível, a entrega poderá ser imediata.

6. Validade da Declaração

- A declaração terá validade de 6 meses a partir da data de emissão.

7. Situação de Afastamento do ACS

- Durante férias, licenças ou afastamentos do ACS titular:
 - Outro ACS da equipe poderá emitir a declaração, desde que valide as informações nos sistemas oficiais e/ou através de visita domiciliar.
 - É vedado assinar a declaração em nome do ACS titular afastado.
 - O ACS que emitir e assinar a declaração será o responsável pela veracidade das informações.

ANEXOS

- Anexo 1: Modelos de Declarações.
- Anexo 2: CI 26/2022 de Normatização da Declaração de Endereço.

REFERÊNCIAS:

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. *Circular interna n° 26/2022*: Normatização da Declaração de Endereço emitida pelo Agente Comunitário de Saúde.

ELABORADO POR: Comissão	DATA ELABORAÇÃO: 19/02/2018
REVISADO POR: Vânia Alves Braga Figueiredo	DATA DA REVISÃO: 30/05/2025
APROVADO POR:	DATA DA APROVAÇÃO:

POP: Visita domiciliar em horários alternativos	REVISÃO: 30/05/2025	SEÇÃO:	POP N°: 12
RESPONSÁVEL PELA REVISÃO: Lorena Gabrielle Silva Souza	Nº DE PÁGINAS: 2		

EXECUTANTES: Agente Comunitário de Saúde (ACS).
ONDE EXECUTAR: No domicílio do(a) usuário(a) e na Unidade Básica de Saúde.
OBJETIVOS: Expandir a cobertura e a eficácia do acompanhamento domiciliar, atendendo os usuários com restrição de disponibilidade nos horários convencionais.
FREQUÊNCIA: Sempre que necessário.
EQUIPAMENTOS/MATERIAIS NECESSÁRIOS: <ul style="list-style-type: none"> ● Tablet, ● cronograma de visitas, ● prancheta e caneta.
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO: <ul style="list-style-type: none"> ● Identificar as famílias que não são encontradas em casa em horário comercial. ● Planejar previamente com a coordenação da unidade as visitas fora do horário comercial, de modo a respeitar a jornada de trabalho dos ACS. ● Negociar com a família o horário mais adequado para a realização da visita. ● Avaliar, em conjunto com a equipe, os territórios que representem risco à segurança dos profissionais. ● Quando a visita domiciliar em horário alternativo não for indicada por motivos de segurança, verificar a possibilidade de o responsável familiar comparecer à UBS para atendimento com o ACS. ● Registrar as visitas não realizadas por motivo de segurança e discutir com a equipe alternativas de acompanhamento do usuário.



- Garantir suporte aos usuários não atendidos em horários alternativos, por meio de contato telefônico ou via WhatsApp, facilitando o acesso às orientações e serviços de saúde.

REFERÊNCIAS:

ELABORADO POR: eSF Bela Fama

DATA ELABORAÇÃO:

19/02/2018

REVISADO POR: Lorena Gabrielle Silva Souza

DATA DA REVISÃO:

30/05/2025

APROVADO POR:

DATA DA APROVAÇÃO:

POP: Contato Telefônico e Via Whatsapp entre ACS e Usuários	REVISÃO: 30/05/2025	SEÇÃO:	POP N°: 13
RESPONSÁVEL PELA REVISÃO: Lorena Gabrielle Silva Souza Carla Angelia Silva Lemes Correa	Nº DE PÁGINAS: 2		

EXECUTANTES: Agente Comunitário de Saúde (ACS).
ONDE EXECUTAR: Unidade Básica de Saúde.
OBJETIVOS: Estabelecer orientações e limites para o uso de telefone e aplicativos de mensagens instantâneas (WhatsApp) pelos agentes comunitários no contato com os usuários, garantindo a proteção da equipe e o uso ético e respeitoso da ferramenta, promovendo uma comunicação adequada entre o usuário e o agente de saúde.
FREQUÊNCIA: Sempre que necessário.
EQUIPAMENTOS/MATERIAIS NECESSÁRIOS: Aparelho de telefone (celular).
<p>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Utilizar o telefone corporativo, quando necessário, para envio de lembretes sobre consultas e exames, agendamento de visitas domiciliares, encaminhamentos definidos pela equipe de saúde e retorno de demandas registradas na unidade. ● Ao utilizar o WhatsApp para contato com usuários, o ACS deve ter cautela com o recebimento e o encaminhamento de áudios e mensagens com informações sensíveis. Caso isso ocorra, deve preservar o sigilo, encaminhar a demanda à equipe de saúde, quando necessário, e orientar o usuário a tratar assuntos delicados, preferencialmente, de forma presencial. ● Registrar no cronograma de visitas todos os contatos realizados com o usuário, incluindo o assunto tratado e a orientação fornecida pelo ACS. ● Solicitar confirmação de recebimento de mensagens importantes. ● Informar a coordenação situações que envolvam abuso de contato ou desrespeito por parte dos usuários.

- Informar, no número corporativo, os dias e horários de atendimento por telefone e WhatsApp. O atendimento não deve ocorrer fora do horário de expediente do ACS.

OBSERVAÇÃO: é facultado ao ACS o uso do telefone pessoal para contato telefônico ou via WhatsApp.

REFERÊNCIAS:

ELABORADO POR: Lorena Gabrielle Silva Souza

Carla Angelia Silva Lemes Correa

DATA ELABORAÇÃO:

28/04/2025

REVISADO POR:

DATA DA REVISÃO:

APROVADO POR:

DATA DA APROVAÇÃO:

POP: Atualização de dados do cidadão no CadSUS WEB	REVISÃO: 30/05/2025	SEÇÃO:	POP N°: 14
RESPONSÁVEL PELA REVISÃO: Lorena Gabrielle Silva Souza	Nº DE PÁGINAS: 2		

EXECUTANTES: Agente Comunitário de Saúde (ACS).
ONDE EXECUTAR: Unidade Básica de Saúde.
OBJETIVOS: Garantir que todos os usuários do território possuam cadastro atualizado no sistema CadSUS Web.
FREQUÊNCIA: Sempre que os dados estiverem desatualizados ou incompletos.
EQUIPAMENTOS/MATERIAIS NECESSÁRIOS: <ul style="list-style-type: none"> ● Tablet com aplicativo e-SUS território; ● cronograma de visitas; ● prancheta e caneta; ● computador com acesso à internet e ao sistema CadSUS Web.
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO: <ul style="list-style-type: none"> ● Realizar o cadastro do usuário no e-SUS, conforme os documentos oficiais. ● Verificar se os dados dos cadastros coincidem com os do CadSUS WEB. ● Caso os dados do CadSUS WEB estejam desatualizados ou incompletos, clicar no ícone “Editar Cadastro”, simbolizado pela figura de um lápis. ● Os dados cadastrais do e-SUS e CadSUS WEB devem estar iguais. ● É recomendado que os cadastros estejam vinculados com o CPF e CNS do cidadão. ● Caso o paciente tenha falecido, informar a data do óbito no e-SUS e CadSUS WEB ao atualizar o cadastro. ● Para casos de CNS possivelmente duplicados, o ACS deve verificar os dados em conjunto com gerente ou enfermeiro antes de realizar a unificação. Para essa verificação, é imprescindível utilizar um documento oficial do cidadão. Seguem abaixo instruções para unificar cadastros no CadSUS WEB:



- Ao realizar um novo cadastro ou editar um cadastro existente, o sistema poderá identificar a existência de um possível registro duplicado na base de dados do Cartão Nacional de Saúde. Uma mensagem será exibida informando sobre a possível duplicidade e solicitando a comparação dos dados.
- Ao pressionar o botão “Continuar” o operador será encaminhado à tela de comparação de Dados.
- Em se tratando de usuários distintos, o operador deverá selecionar o botão “Usuários Distintos” e os cadastros não serão unificados. Caso se trate do mesmo usuário com dois cadastros, o operador deverá escolher o registro que contenha as informações corretas do usuário selecionando a opção “Escolher este”, em seguida selecionar o botão “Unificar Cadastros”. Será apresentada tela de confirmação de unificação de cadastros, o operador deverá selecionar o botão “Sim” para confirmar a unificação ou “Não” para descartar a unificação.

REFERÊNCIAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual CadSUS Web*. Brasília: Ministério da Saúde, [s.d.]. Disponível em: <https://cadastro.saude.gov.br/saiba-mais/assets/files/manual-cadsusweb.pdf>. Acesso em: 16 maio 2025.

ELABORADO POR: Luana Maria Guerra Juventino Dias

DATA ELABORAÇÃO:

30/05/2025

REVISADO POR:

DATA DA REVISÃO:

APROVADO POR:

DATA DA APROVAÇÃO:

POP: Entrega de Agendamento de Exames e Consultas	REVISÃO: 30/05/2025	SEÇÃO:	POP N°: 15
RESPONSÁVEL PELA REVISÃO: Thiago Souza de Moura	Nº DE PÁGINAS: 3		

EXECUTANTES: Agente Comunitário de Saúde (ACS).
ONDE EXECUTAR: No domicílio ou via celular.
OBJETIVOS: Normatizar as ações do Agente Comunitário de Saúde ao entregar resultado de exames e consultas.
FREQUÊNCIA: Situações em que a UBS não conseguir contato telefônico com o paciente e/ou familiar; outras situações segundo organização e demanda da equipe.
EQUIPAMENTOS/MATERIAIS NECESSÁRIOS: <ul style="list-style-type: none"> ● Via Domiciliar: Tablet (previamente sincronizado), cronograma de visitas do ACS, caneta e prancheta. ● Via celular: aparelho celular com internet.
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO: <p>1. Via Domiciliar:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Retirar o agendamento de consultas e exames na UBS e conferir os dados do paciente (nome, nome da mãe, data de nascimento, nº do Cartão SUS, endereço, telefone). ● Assinar o registro da UBS, confirmando a retirada do agendamento de exame ou consulta. ● Dirigir-se ao domicílio do paciente alvo da consulta e/ou exame. ● Identificar-se à família e pedir licença para entrar na residência. ● Entregar a marcação diretamente ao paciente ou, na ausência deste, a um adulto responsável pela residência. ● Orientar o paciente a levar a solicitação de agendamento e exames relacionados, caso necessário. ● Solicitar a assinatura do usuário ou familiar no cronograma de visitas.

2. Via Celular (Ligação):

- Pegar o agendamento de consultas e exames na UBS e conferir os dados do paciente (nome, nome da mãe, data de nascimento, nº do Cartão SUS, endereço, telefone).
- Entrar em contato com o próprio paciente citado na marcação ou, caso não seja possível, outro morador responsável pela residência, entrando em contato por ligação, cumprimentando cordialmente e informando todos os dados do agendamento (local, endereço, dia, horário, especialidade e preparação se necessário).
- Orientar o paciente a levar a solicitação de agendamento e exames relacionados, caso necessário.
- Confirmar se o paciente compreendeu as informações e orientar sobre a necessidade de retirada da marcação na UBS, antes da data agendada, por ele mesmo ou por terceiros portando um documento do paciente.

3. Via Celular (WhatsApp):

- Pegar o agendamento de consultas e exames na UBS e conferir os dados do paciente (nome, nome da mãe, data de nascimento, nº do Cartão SUS, endereço, telefone).
- Entrar em contato com o próprio paciente citado na marcação ou, caso não seja possível, outro morador responsável da residência via WhatsApp, cumprimentando cordialmente o paciente e informando sobre a marcação (enviar a foto da marcação para facilitar a compreensão).
- Orientar o paciente a levar a solicitação de agendamento e exames relacionados, caso necessário.
- Confirmar se o paciente compreendeu as informações e reforçar a necessidade de comparecer à UBS para retirar a marcação, ou autorizar outra pessoa com um documento do paciente, antes da data agendada.

OBSERVAÇÃO: Orientar o paciente a informar à unidade de saúde com, no mínimo, 48 horas de antecedência, caso não possa comparecer à consulta ou exame agendado.

REFERÊNCIAS:

ELABORADO POR: eSF CAIC

DATA ELABORAÇÃO:

19/02/2018



**NOVA
LIMA**
prefeitura

O
futuro
mora
aqui

REVISADO POR: Thiago Souza de Moura	DATA DA REVISÃO: 30/05/2025
APROVADO POR:	DATA DA APROVAÇÃO:

POP: Preparo para Reuniões	REVISÃO: 30/05/2025	SEÇÃO:	POP N°: 16
RESPONSÁVEL PELA REVISÃO: Thiago Souza de Moura	Nº DE PÁGINAS: 2		

EXECUTANTES: Agente Comunitário de Saúde (ACS).
ONDE EXECUTAR: Na Unidade Básica de Saúde (UBS) ou outro local destinado à reunião.
OBJETIVOS: Padronizar estratégias de preparo para reuniões, visando otimizar o tempo e maximizar a quantidade de casos/assuntos discutidos; discutir previamente os casos a serem matriciados.
FREQUÊNCIA: Sempre antes das reuniões programadas.
EQUIPAMENTOS/MATERIAIS NECESSÁRIOS: <ul style="list-style-type: none"> ● Tablet (previamente sincronizado); ● cronograma de visitas; ● caneta, lápis e borracha.
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO: <p>1. Reunião de equipe</p> <p>1.1. Para discussão de organização e processos de trabalho:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Separar o material de trabalho. ● Apresentar dúvidas, críticas e sugestões relacionadas ao processo de trabalho de sua UBS, buscando melhorias. <p>1.2. Para discussão de casos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Separar informações disponíveis dos casos a serem discutidos/devolutivas e estudar, junto com a equipe, a necessidade de o caso ser levado à reunião de matriciamento e/ou propostas de resolução do caso pela equipe. ● Elencar os temas que percebem necessários para ações de educação permanente/ ações. <p>2. Reunião de matriciamento:</p>



- Separar o material de trabalho.
- Separar os casos/dados dos pacientes a serem encaminhados ao matriciamento (obs.: esses casos já devem ter sido, previamente, discutidos em reunião de equipe).
- Apresentar o(s) caso(s) a equipe de matriciamento e definir em conjunto as intervenções a serem adotadas.
- Elencar os temas que percebem necessários para ações de educação permanente dos profissionais e ações coletivas para a comunidade.

3. Reunião intersetorial

- Separar o material de trabalho.
- Reunir o máximo de informações sobre o caso a ser discutido.
- Alinhar com a equipe os principais pontos a serem levados a reunião.
- Socializar com a equipe os encaminhamentos definidos na reunião.

REFERÊNCIAS:

ELABORADO POR: Comissão	DATA ELABORAÇÃO: 19/02/2018
REVISADO POR: Thiago Souza de Moura	DATA DA REVISÃO: 30/05/2025
APROVADO POR:	DATA DA APROVAÇÃO:

POP: Atualização e organização de prontuários	REVISÃO: 30/05/2025	SEÇÃO:	POP N°: 17
RESPONSÁVEL PELA REVISÃO: Michele M. Gomes	Nº DE PÁGINAS: 2		

EXECUTANTES: Agente Comunitário de Saúde (ACS), auxiliar administrativo.
ONDE EXECUTAR: No domicílio (para cadastro de famílias e confirmação de endereços) e na Unidade Básica de Saúde – UBS (para organização, atualização, substituição de envelopes e arquivamento dos prontuários).
OBJETIVOS: Manter os prontuários organizados, atualizados e acessíveis, assegurando a qualidade das informações e o acompanhamento efetivo das famílias pertencentes à área de abrangência.
FREQUÊNCIA: Mensalmente (para registros de nascimentos, óbitos, mudanças de endereço ou alterações na composição familiar) e anualmente (para substituição de envelopes danificados).
EQUIPAMENTOS/MATERIAIS NECESSÁRIOS: <ul style="list-style-type: none"> ● Armários para arquivamento de prontuários ativos. ● Armário para arquivo morto. ● Envelopes de prontuário familiar. ● Pincel atômico, lápis, caneta, borracha, tesoura, cola. ● Ficha A (resumo familiar).
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO: <ol style="list-style-type: none"> 1. Organização dos Prontuários: Os prontuários deverão ser organizados prioritariamente por microárea, e dentro de cada microárea, em ordem numérica crescente, conforme o número de cadastro familiar ou numeração da residência. 2. Planejamento das Ações: O gerente e o enfermeiro da UBS deverão elaborar um cronograma anual para a atualização e revisão dos prontuários. 3. Preparação do Ambiente:

O ACS deverá organizar os materiais necessários e realizar a atividade em um local arejado, iluminado e reservado.

4. Atualização de Informações:

- Confirmar a composição das famílias durante visitas domiciliares.
- Remover os prontuários de pacientes falecidos ou que mudaram de endereço da área de abrangência.
- Transferir os prontuários para o arquivo morto ou encaminhá-los à UBS de referência correspondente ao novo endereço.

5. Substituição de Envelopes:

Substituir envelopes danificados ou antigos, garantindo o correto preenchimento de informações.

6. Cadastro de Novos Pacientes:

Caso sejam identificados prontuários de pacientes com cadastro desatualizado, o ACS deverá realizar visita domiciliar conforme o POP de Cadastro Domiciliar.

7. Finalização da Atividade:

Após a organização, arquivar os prontuários conforme a divisão por microárea, mantendo a ordem numérica crescente.

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

- Assegurar o sigilo e a confidencialidade das informações contidas nos prontuários.
- Realizar atualizações sempre que houver registro de óbito, nascimento ou mudança de domicílio, independentemente do cronograma regular.

REFERÊNCIAS:

ELABORADO POR: eSF Cristais

DATA ELABORAÇÃO:

19/02/2018

REVISADO POR: Michele M. Gomes

DATA DA REVISÃO:

30/05/2025

APROVADO POR:

DATA DA APROVAÇÃO:

POP: Organização de prontuários: arquivo ativo para arquivo morto	REVISÃO: 30/05/2025	SEÇÃO:	POP N°: 18
RESPONSÁVEL PELA REVISÃO: Michele M. Gomes	Nº DE PÁGINAS: 2		

EXECUTANTES: Agente Comunitário de Saúde (ACS).
ONDE EXECUTAR: Domicílio (para verificação e confirmação de residência do paciente), UBS (retirada do prontuário do arquivo ativo e arquivamento no arquivo morto).
OBJETIVOS: Garantir a adequada organização e armazenamento dos prontuários de pacientes que foram a óbito ou mudaram-se para endereço desconhecido, não informado à unidade.
FREQUÊNCIA: Anualmente, no período de atualização do arquivo ativo conforme POP específico. Sempre que houver comunicação de falecimento ou mudança para endereço desconhecido.
EQUIPAMENTOS/MATERIAIS NECESSÁRIOS: <ul style="list-style-type: none"> ● Armário ou estante para arquivamento. ● Sala adequada para armazenamento. ● Caixas tipo Box devidamente identificadas. ● Computador com acesso à internet.
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO: <p>1. Identificação de prontuários para arquivamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Quando o ACS identificar o falecimento de um paciente ou a mudança de endereço (sem novo endereço informado), deverá: <ul style="list-style-type: none"> ○ Separar o prontuário familiar. ○ Retirar o prontuário do paciente em questão. ○ Proceder à transferência para o arquivo morto. ○ Registrar o óbito do cidadão no CadSUS WEB e inativar o prontuário eletrônico. ○ Excluir ou solicitar ao administrativo a exclusão de todas as solicitações de serviço. <p>2. Organização do arquivo morto:</p>



- Os prontuários arquivados deverão ser organizados em ordem alfabética pelo nome do paciente.
- O arquivo deverá ser organizado separadamente: prontuários de pessoas falecidas e prontuários de pessoas que mudaram de território.
- O arquivamento será realizado em caixas tipo Box, padronizadas e identificadas da seguinte forma:
 - Cada caixa receberá uma letra correspondente à inicial do nome e uma numeração sequencial.
 - Exemplo: A1, A2, B1, C1, etc.
- O arquivo morto deverá ser armazenado em local reservado, de acesso controlado, respeitando a privacidade dos dados dos pacientes.

REFERÊNCIAS:

ELABORADO POR: eSF Cristais	DATA ELABORAÇÃO: 19/02/2018
REVISADO POR: Michele M. Gomes	DATA DA REVISÃO: 30/05/2025
APROVADO POR:	DATA DA APROVAÇÃO:

POP: Transferência de prontuário entre UBS ou setores	REVISÃO: 30/05/2025	SEÇÃO:	POP N°: 19
RESPONSÁVEL PELA REVISÃO:	N° DE PÁGINAS: 2		

EXECUTANTES: Agente Comunitário de Saúde (ACS), auxiliar administrativo.
ONDE EXECUTAR: Unidade Básica de Saúde.
OBJETIVOS: Estabelecer um fluxo padronizado para a transferência de prontuários físicos entre setores ou unidades de saúde, garantindo a continuidade da assistência, a rastreabilidade das informações e a segurança dos dados dos pacientes.
FREQUÊNCIA: Sempre que ocorrer mudança de endereço do paciente para área de abrangência de outra UBS.
EQUIPAMENTOS/MATERIAIS NECESSÁRIOS: <ul style="list-style-type: none"> ● Termo de Movimentação de Prontuário. ● Caneta azul ou preta. ● Pasta física com os prontuários. ● Arquivo ativo e morto. ● Computador para registro em drive, se disponível. ● Caderno de protocolo.
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO: <ol style="list-style-type: none"> 1. Identificação da necessidade de transferência <ul style="list-style-type: none"> ● Verificar se o paciente mudou de endereço e passou a ser atendido em outra UBS. ● Confirmar mudança por meio de visita domiciliar ou atualização cadastral. 2. Preenchimento do Termo de Movimentação de Prontuário <ul style="list-style-type: none"> ● Preencher todos os campos obrigatórios do termo: <ul style="list-style-type: none"> ○ Identificação do Prontuário: Nome do paciente, endereço anterior completo, telefone, município, área, ACS responsável.

- UBS de destino: Novo endereço completo, nome do ACS responsável, data de envio.
- Finalidade: Marcar se é apenas para uma consulta ou se houve mudança de endereço definitiva.
- Data da mudança.
- Assinatura do responsável pelo envio.

3. Envio do Prontuário

- Após o preenchimento do termo:
 - Colocar o prontuário na pasta de transferência.
 - Encaminhar à UBS de destino juntamente com o termo preenchido, via malote e caderno de protocolo.

4. Recebimento na UBS destino

- Confirmar recebimento com conferência do prontuário.
- Assinar o caderno de protocolo.
- Arquivar o prontuário, seguindo o padrão definido pelo POP.
- Registrar em planilha de controle físico ou digital.

5. Registro da transferência

- Arquivar uma cópia do Termo de Movimentação de Prontuário na UBS de origem e uma na UBS de destino.
- Guardar as vias assinadas para fins de auditoria e rastreabilidade.

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

- Não transferir prontuários sem preenchimento completo do termo.
- Em caso de extravio, comunicar imediatamente à coordenação.

REFERÊNCIAS:

REFERÊNCIAS:	
ELABORADO POR: Michele M. Gomes	DATA ELABORAÇÃO: 30/05/2025
REVISADO POR:	DATA DA REVISÃO:
APROVADO POR:	DATA DA APROVAÇÃO:

POP: Identificação de famílias para o Programa Bolsa Família	REVISÃO: 30/05/2025	SEÇÃO:	POP N°: 20
RESPONSÁVEL PELA REVISÃO: Carla Angelia Silva Lemes Correa Livia Izabela Martins Garcia	Nº DE PÁGINAS: 3		

EXECUTANTES: Agente Comunitário de Saúde (ACS).
ONDE EXECUTAR: No domicílio do(a) usuário(a).
OBJETIVOS: Identificar as famílias pobres ou de extrema pobreza com perfil para possível cadastro no Programa Bolsa Família.
FREQUÊNCIA: Mensal.
EQUIPAMENTOS/MATERIAIS NECESSÁRIOS: <ul style="list-style-type: none"> ● Tablet com aplicativo e-SUS Território, ● cronograma de visitas, ● caneta e prancheta.
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO: <p>Conceitos Básicos: O Programa Bolsa Família (PBF), criado em outubro de 2003, é um programa de transferência de renda diretamente às famílias pobres e extremamente pobres, que vincula o recebimento do auxílio financeiro ao cumprimento de compromissos (condicionalidades) nas áreas de Saúde e Educação, com a finalidade de promover o acesso das famílias aos direitos sociais básicos. O PBF possui três eixos principais: transferência de renda, condicionalidades e ações complementares. A transferência de renda promove o alívio imediato da pobreza. As condicionalidades reforçam o acesso a direitos sociais básicos nas áreas de educação, saúde e assistência social. Já as ações complementares objetivam o desenvolvimento de capacidades das famílias e a superação de sua situação de vulnerabilidade.</p> <p>Por isso, o Agente Comunitário de Saúde, no dia a dia do seu trabalho, deve estar sempre atento aos fatores que podem interferir na saúde dos usuários, entre eles a alimentação e nutrição. Vários problemas de saúde</p>

são decorrentes tanto da falta de alimentos adequados (a desnutrição e as carências nutricionais específicas: falta de ferro (anemia) e de vitamina A), quanto do excesso de alimentos (sobrepeso/ obesidade e outras doenças que estão ligadas ao excesso de peso, como o diabetes e a hipertensão). Com certeza, você já deve ter percebido algumas pessoas com estas doenças ou situações na sua comunidade. E você é o elo entre a comunidade na qual trabalha e o serviço de saúde do seu município. Para isso, é importante que você conheça a situação da Alimentação e Nutrição na comunidade e nas famílias em que atua e auxilie na busca de possibilidades de melhorá-la, principalmente naquelas famílias que mais precisam.

Diante disso, o papel do ACS durante sua visita será:

1. Identificar uma família ainda não beneficiária do Programa Bolsa Família (PBF) com características que a qualificam como elegível.

Orientar as famílias que atendem aos critérios para recebimento do benefício a realizar agendamento no CRAS de referência da sua residência para cadastro no programa. Para receber os benefícios, a principal regra é ter a renda mensal por pessoa de até R\$218 (duzentos e dezoito reais). Isso significa que toda a renda gerada pelas pessoas da família, por mês, dividida pelo número de pessoas da família, é de, no máximo, R\$218. Se a renda mensal por pessoa da família estiver neste critério, a família é elegível ao programa.

2. Orientar a família vulnerável a procurar o CRAS de referência para agendamento de atendimento portando os seguintes documentos de todos os moradores da casa.

- Carteira de identidade/ certidão de nascimento.
- Carteira de trabalho.
- Comprovante de endereço atualizado (3 últimos meses).
- Comprovante de renda.
- Comprovante de despesas (aluguel, água, luz, etc.).
- Comprovante de matrícula escolar.

3. Equipes de CRAS no município:

CRAS Cruzeiro: (31)3180-6018

CRAS Nordeste: (31) 988172653/ (31) 3180-6117

CRAS Centro: (31) 3180-5946 / 3180-5947 / (31) 98744-2148/ (31) 98006-3495

<p>CRAS Água Limpa: (31) 98868-8095</p> <p>CRAS Noroeste: (31) 3180-5718/ (31) 98835-1866</p> <p>CRAS Norte: (31) 3180-5865/ (31) 98006-3502</p> <p>OBSERVAÇÕES: Qualquer família pode ser incluída no CAD único. A depender da renda per capita familiar, poderá ser contemplada com algum benefício social.</p>	
<p>REFERÊNCIAS:</p> <p>BRASIL. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. <i>Cartilha do Programa Bolsa Família</i>. Brasília: MDS, 2023.</p> <p>BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. <i>Alimentação e nutrição para as famílias do Programa Bolsa Família: manual para os agentes comunitários de saúde</i>. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 52 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). ISBN 85-334-1252-5.</p>	
<p>ELABORADO POR: eSF Cruzeiro</p>	<p>DATA ELABORAÇÃO:</p> <p>19/02/2018</p>
<p>REVISADO POR: Carla Angelia Silva Lemes Correa Livia Izabela Martins Garcia</p>	<p>DATA DA REVISÃO:</p> <p>30/05/2025</p>
<p>APROVADO POR:</p>	<p>DATA DA APROVAÇÃO:</p>

POP: Acompanhamento das famílias do Programa Bolsa Família pelo ACS	REVISÃO: 30/05/2025	SEÇÃO:	POP N°: 21
RESPONSÁVEL PELA REVISÃO: Livia Izabela Martins Garcia Carla Angelia Silva Lemes Correa	Nº DE PÁGINAS: 3		

EXECUTANTES: Agente Comunitário de Saúde (ACS).
ONDE EXECUTAR: No domicílio do(a) usuário(a) e na Unidade Básica de Saúde.
OBJETIVOS: Acompanhar e orientar as famílias cadastradas no Programa Bolsa Família.
FREQUÊNCIA: Semestral
EQUIPAMENTOS/MATERIAIS NECESSÁRIOS: <ul style="list-style-type: none"> ● Tablet com aplicativo e-SUS Território. ● Cronograma de visitas. ● Balança de adulto e infantil. ● Régua antropométrica. ● Local adequado para realização da pesagem. ● Mapa de acompanhamento do Programa Bolsa Família. ● Caneta, lápis, borracha e prancheta.
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO: <ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar as famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família dentro de sua microárea. 2. Orientar as famílias sobre a necessidade do cumprimento das condicionalidades para manutenção no programa: <ul style="list-style-type: none"> ● Manter atualizado o calendário de vacinação. ● Levar as crianças a Unidade Básica de Saúde, com o cartão de saúde da criança, para acompanhamento do seu crescimento e desenvolvimento, entre outras ações, conforme o calendário estipulado pelo Ministério da Saúde.

6. Auxiliar a equipe de enfermagem na coleta de dados e preenchimento do mapa de acompanhamento do Programa Bolsa Família na UBS.
7. Registrar no mapa de acompanhamento as observações sobre as ocorrências que dificultaram o acompanhamento da família: família parcialmente acompanhada (beneficiário não reside no endereço, mudou de município, ausente, não faz parte da família, falecimento de beneficiário); família localizada, mas não acompanhada (família ausente, falecimento de toda a família, recusa da família, família afirma não ser mais beneficiária); família não localizada (família mudou de município, família não reside no endereço, endereço inexistente, endereço incorreto).
8. Orientar as famílias que atendem aos critérios para recebimento do benefício a realizar agendamento no CRAS de referência da sua residência para cadastro no programa. Para receber os benefícios, a principal regra é ter a renda mensal por pessoa de até R\$218 (duzentos e dezoito reais). Isso significa que toda a renda gerada pelas pessoas da família, por mês, dividida pelo número de pessoas da família, é de, no máximo, R\$218. Se a renda mensal por pessoa da família estiver neste critério, a família é elegível ao programa.
9. Orientar as famílias para:
 - Guardar em lugar bem seguro o cartão magnético, não o emprestar e não informar a senha para ninguém.
 - Utilizar o recurso financeiro repassado pelo programa na compra de alimentos saudáveis para a melhoria das condições nutricionais de toda a família.
 - Incentivar a obtenção de produtos que auxiliam na higiene da casa e de todos que nela moram.
 - Conversar com os outros membros da equipe de saúde, com a comunidade e outros setores do governo, sobre as possíveis ações do município para facilitar o acesso dos beneficiários e outras formas de aumentar a renda familiar.
 - Despertar a comunidade para o seu papel na sociedade como cidadão.
 - Orientar a família sobre a importância da sua participação nos Conselhos Municipais.
10. Solicitar que o usuário assine o cronograma de visitas.

REFERÊNCIAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Alimentação e nutrição para as famílias do Programa Bolsa Família: manual para os agentes comunitários de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 52 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). ISBN 85-334-1252-5.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. <i>Cartilha do Programa Bolsa Família</i> . Brasília: MDS, 2023.	
ELABORADO POR: eSF Cruzeiro	DATA ELABORAÇÃO: 19/02/2018
REVISADO POR: Carla Angelia Silva Lemes Correa Livia Izabela Martins Garcia	DATA DA REVISÃO: 30/05/2025
APROVADO POR:	DATA DA APROVAÇÃO:

POP: Visita Domiciliar à Gestante	REVISÃO: 30/05/2025	SEÇÃO:	POP N°: 22
RESPONSÁVEL PELA REVISÃO: Fernanda Amaral Rodrigues Chaves Luiza Ferreira Rabelo	Nº DE PÁGINAS: 4		

EXECUTANTES: Agente Comunitário de Saúde (ACS).

ONDE EXECUTAR: No domicílio.

OBJETIVOS: Acompanhar e monitorar gestantes em área de abrangência.

FREQUÊNCIA: Mínimo uma vez por mês - a depender da classificação de risco e período da gestação.

EQUIPAMENTOS/MATERIAIS NECESSÁRIOS:

- Tablet (previamente sincronizado);
- cronograma de visitas;
- caneta, lápis, borracha e prancheta.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

1. Identificação das Gestantes: Localizar as gestantes na sua área de atuação - verificar junto à equipe a classificação de risco das que já estão sendo acompanhadas para organizar a frequência das visitas.

Classificação	Periodicidade das visitas domiciliares realizadas pelos ACS
Baixo risco	Uma visita mensal até 36ª semana
Risco Intermediário	Uma visita quinzenal até a 36ª semana
Alto risco	Uma visita quinzenal até a 36ª semana
Todas as gestantes > 36 semanas	Uma visita semanal até o parto

2. Preparação do Material: Organizar tudo o que será necessário para a visita.

3. Visita Domiciliar: Ir até a residência, sempre usando uniformes e identificações.

4. Apresentação: Se apresentar para a família e pedir permissão para entrar na casa.

5. Acesso Difícil: Quando for difícil acessar a gestante (por exemplo, se o horário de trabalho dela coincide com o seu), tente insistir na visita, sensibilizando o familiar sobre a importância do pré-natal. Também pode fazer uma abordagem na UBS durante o dia da consulta. Não esqueça de informar a equipe sobre a situação.

6. Início do Pré-Natal: Incentivar a gestante a começar o pré-natal o quanto antes, reforçando que o início precoce interfere diretamente na qualidade da assistência que será prestada e, caso haja necessidade de alguma intervenção, quanto antes esta ocorrer, melhores as perspectivas.

7. Registro de Acompanhamento: Reforçar junto às gestantes a importância da Caderneta da Gestante que deve ser levada a todas as consultas - de rotina ou não - para registro do acompanhamento de pré-natal. Comunicar à equipe sobre as gestantes que ainda não estão fazendo acompanhamento na unidade.

8. Orientação sobre Consultas: Explicar a frequência das consultas:

As gestantes de Risco Habitual - ou baixo risco - terão consultas mensais até a 32ª semana, depois quinzenalmente até 36ª semana e após isso, semanalmente → intercaladas entre o médico de Saúde da Família e o enfermeiro da equipe.

As gestantes de Risco Intermediário serão acompanhadas pelo Ginecologista da UBS e a frequência será, no mínimo, mensal.

As gestantes de Alto Risco serão acompanhadas no Pré-natal de Alto Risco - em Nova Lima ou em Hospitais de Belo Horizonte - e a frequência será, no mínimo, mensal. Estas também deverão manter acompanhamento pela equipe de Saúde da Família.

9. Orientação sobre Exames: Explicar a importância de realizar todos os exames solicitados e de levar os resultados nas consultas.

10. Acompanhamento Multidisciplinar: Orientar sobre os profissionais da e-Multi que também podem prestar assistência ao Pré-Natal: cirurgião-dentista, nutricionista, fisioterapeuta, educador físico, fonoaudiólogo, psicólogo, terapeuta ocupacional e assistente social.

11. Desenvolvimento da Gestação: É importante que o ACS esteja aberto a escutar sobre as mudanças percebidas pela gestante no corpo e na mente, além de conversar sobre medos e expectativas relacionadas à gestação e ao parto. Se houver dúvidas sobre a normalidade de alguma mudança relatada, discutir com a equipe o quanto antes.

- 12. Sinais de Alerta:** Orientar sobre sinais de risco, como: sangramento vaginal, dor forte na barriga, perda de líquido pela vagina, dor de cabeça persistente, visão turva, diminuição dos movimentos do bebê, alterações importantes na urina, febre → buscar atendimento médico no Hospital Nossa Senhora de Lourdes ou na maternidade de referência.
- 13. Direitos da Gestante:** Informar que ela tem direito a um acompanhante em todas as consultas, no parto e que tem direito à licença maternidade. A parturiente também tem direito ao acompanhamento de doula durante o parto e pós-parto (Lei Municipal 3.043, de 29 de setembro de 2023). Em caso de dúvidas sobre outros direitos, procurar a equipe da ESF ou solicitar apoio do assistente social.
- 14. Medicação e Suplementos:** Reforçar a importância do uso de ácido fólico durante toda a gestação, cálcio a partir da 12ª semana e sulfato ferroso a partir da 20ª semana, sempre com intervalo de pelo menos duas horas entre o cálcio e o ferro.
- 15. Repelente:** Aconselhar o uso de repelente durante toda a gestação.
- 16. Cuidados de Saúde:** Dar orientações sobre higiene e alimentação saudável. Falar sobre os malefícios de fumar, ingerir bebidas alcoólicas e outras drogas durante a gestação, as quais podem prejudicar a formação do bebê.
- 17. Prevenção de ISTs:** Orientar sobre a prevenção de infecções sexualmente transmissíveis e doenças que podem passar para o bebê, além de sinais de alerta.
- 18. Testes Importantes:** Informar que os testes de swab anal e vaginal são importantes para prevenir infecções no recém-nascido.
- 19. Saúde Mental:** Estar atento ao bem-estar emocional da gestante e relatar à equipe caso perceba alteração importante.
- 20. Vacinação:** Verificar o cartão de vacina para garantir que ela esteja imunizada - dTpa para todas as gestantes, influenza nas campanhas e hepatite B para as que não foram imunizadas previamente são obrigatórias.
- 21. Participação do Parceiro:** Incentivar o parceiro a participar das consultas, fortalecendo o vínculo. Incentivar a realização do Pré-Natal do Parceiro.
- 22. Oficina do Nascer:** Incentivar as gestantes, principalmente as de 2º e 3º trimestres, a participar da Oficina do Nascer.
- 23. Preparação para o Parto:** orientar que é importante planejar previamente detalhes como local - o Hospital Nossa Senhora de Lourdes realiza antecipadamente visita guiada à Maternidade - transporte, bolsa maternidade e apoio familiar. Incentivar a elaboração e uso do Plano de Parto.

- 24. Doação de Leite Materno:** Informar sobre a possibilidade de doar leite e como funciona esse processo.
- 25. Outras Queixas:** Verificar se há outras queixas ou alterações na saúde.
- 26. Assinatura do Cronograma de Visitas:** Pedir que a gestante ou familiar assinem o cronograma de visitas.
- 27. Registro da Visita:** Registrar tudo no aplicativo e-SUS território, no tablet.
- 28. Comunicação com a Equipe:** Reportar qualquer mudança na saúde da gestante ou na família.
- 29. Busca ativa:** Fazer busca ativa em domicílio de pacientes faltosas.

REFERÊNCIAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. *Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco*. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Caderno de Atenção Básica: Saúde da Mulher*. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. *Orientações para alimentação da gestante* [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

NOVA LIMA. Lei Municipal 3.043, de 29 de setembro de 2023. Disponível em <<https://cmnovalima.mg.gov.br/processo legislativo/arquivos/70060e4fa0b3a4bc4500e0721c05b630.pdf>>. Acesso em 29 jul 2025.

ELABORADO POR: eSF Cascalho	DATA ELABORAÇÃO: 19/02/2018
REVISADO POR: Fernanda Amaral Rodrigues Chaves Luiza Ferreira Rabelo	DATA DA REVISÃO: 30/05/2025
APROVADO POR:	DATA DA APROVAÇÃO:

POP: Visita domiciliar à Puérpera	REVISÃO: 30/05/2025	SEÇÃO:	POP N°: 23
RESPONSÁVEL PELA REVISÃO: Fernanda Amaral Rodrigues Chaves Luiza Ferreira Rabelo	Nº DE PÁGINAS: 3		

EXECUTANTES: Agentes Comunitários de Saúde (ACSs).
ONDE EXECUTAR: No domicílio do(a) usuário (a).
OBJETIVOS: Monitorar e orientar puérperas e familiares.
FREQUÊNCIA: Sempre que houver nascimento na área de abrangência.
<p>EQUIPAMENTOS/MATERIAIS NECESSÁRIOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • EPIs (Equipamentos de Proteção Individual), como máscara cirúrgica, material para higiene das mãos (álcool 70%) e luvas, conforme a necessidade. • Tablet com aplicativo e-SUS território (previamente sincronizado). • Ficha de marcador de consumo alimentar. • Caneta e prancheta. • Cronograma de visitas do ACS.
<p>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identificação das Puérperas: Realizar o reconhecimento das puérperas na área de atuação - o Hospital Nossa Senhora de Lourdes informa a alta hospitalar das que têm seu parto lá - as que informam previamente que terão seus partos em outras maternidades precisarão ser monitoradas para conhecimento oportuno do parto. Em situações em que a puérpera se encontre em processo de luto decorrente de aborto, óbito fetal ou neonatal, é imprescindível que a equipe de saúde seja devidamente informada, a fim de que seja elaborado um plano de cuidados adequado às suas necessidades emocionais e clínicas. 2. Preparação do Material: Organizar todo o material necessário para a realização da visita. 3. Visita Domiciliar: Dirigir-se ao domicílio a ser visitado, sempre usando uniformes e meios de identificação adequados.

- 4. Apresentação:** Apresentar-se à família e solicitar permissão para entrar na residência.
- 5. Priorização das Visitas:** Priorizar visitas precoces, preferencialmente nas primeiras 48 horas após a alta hospitalar ou até o 5º dia após o parto. Caso a puérpera permaneça internada após o parto, priorizar a visita logo após a alta hospitalar.
- 6. Acesso Difícil:** Quando o acesso à puérpera estiver complicado, insistir na visita e sensibilizar o familiar sobre a importância do acompanhamento. Comunicar a equipe sobre a situação.
- 7. Avaliação do Vínculo:** Observar o vínculo entre mãe e recém-nascido, além de verificar se o ambiente oferece riscos para ambos.
- 8. Cuidados com a Puérpera:** Orientar sobre cuidados essenciais, como atenção às mamas, risco de hemorragia, monitoramento da pressão arterial pós-parto, além de sinais de infecção (febre, secreção com odor forte, dor intensa, sangramento anormal). Orientar sobre higiene, alimentação e descanso da mulher.
- 9. Orientação sobre Consulta Puerperal:** Durante a visita, reforçar a importância de retornar ao serviço de saúde para a consulta puerperal (até 42 dias após o parto).
- 10. Saúde Mental:** Avaliar sinais de baby blues e depressão pós-parto, oferecendo suporte adequado.
- 11. Incentivo à Amamentação:** Promover a amamentação exclusiva e fornecer orientações sobre os cuidados com as mamas e orientar sobre doação de leite materno.
- 12. Planejamento Familiar:** Fornecer informações e orientações sobre planejamento familiar.
- 13. Verificação de Queixas:** Perguntar se há outras queixas ou alterações relacionadas à saúde da mãe ou do bebê.
- 14. Assinatura do cronograma de visitas:** Solicitar que o familiar ou a puérpera assinem o cronograma de visitas.
- 15. Comunicação com a Equipe:** Reportar qualquer alteração no estado de saúde ou no contexto familiar à equipe de saúde da família.

OBSERVAÇÃO: ver também POP 24 - Visita domiciliar ao recém-nascido.

REFERÊNCIAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. *Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco*. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Caderno de Atenção Básica: Saúde da Mulher*. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. <i>Orientações para alimentação da gestante</i> [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/orientacoes-para-alimentacao-da-gestante/ . Acesso em: 17 jun. 2025.	
ELABORADO POR: eSF Cascalho	DATA ELABORAÇÃO: 19/02/2018
REVISADO POR: Fernanda Amaral Rodrigues Chaves Luiza Ferreira Rabelo	DATA DA REVISÃO: 30/05/2025
APROVADO POR:	DATA DA APROVAÇÃO:

POP: Visita domiciliar ao Recém-Nascido	REVISÃO: 30/05/2025	SEÇÃO:	POP N°: 24
RESPONSÁVEL PELA REVISÃO: Fernanda Amaral Rodrigues Chaves Rejane Cássia Santana Antunes	Nº DE PÁGINAS: 4		

EXECUTANTES: Agentes Comunitários de Saúde (ACS).
ONDE EXECUTAR: No domicílio do(a) usuário(a).
OBJETIVOS: <ul style="list-style-type: none"> • Garantir o acompanhamento adequado do recém-nascido. • Avaliar as condições de saúde do recém-nascido. • Acompanhar o aleitamento materno. • Fortalecer o vínculo com a família.
FREQUÊNCIA: Mensalmente ou com maior frequência, se necessário.
EQUIPAMENTOS/MATERIAIS NECESSÁRIOS: <ul style="list-style-type: none"> • EPIs (Equipamentos de Proteção Individual), como máscara cirúrgica, material para higiene das mãos (álcool 70%) e luvas, conforme a necessidade. • Tablet com aplicativo e-SUS território (previamente sincronizado). • Ficha de marcador de consumo alimentar. • Caneta e prancheta. • Cronograma de visitas do ACS. • Telefone ou aplicativo para comunicação com a equipe, se necessário.
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO: <p>1. Identificação dos Recém-nascidos: Realizar o reconhecimento dos recém-nascidos na área de atuação - o Hospital Nossa Senhora de Lourdes informa a alta hospitalar dos que nascem lá - os que as mães</p>

informaram previamente que terão seus partos em outras maternidades precisarão ser monitoradas para conhecimento oportuno do parto.

2. **Preparação do Material:** Organizar todo o material necessário para a realização da visita.
3. **Visita Domiciliar:** Dirigir-se ao domicílio a ser visitado, sempre usando uniformes e meios de identificação adequados.
4. **Apresentação:** Apresentar-se à família e solicitar permissão para entrar na residência.
5. **Priorização das Visitas:** Priorizar visitas precoces, preferencialmente nas primeiras 48 horas após a alta hospitalar ou até o 5º dia após o parto. Caso o bebê permaneça internado após o parto, priorizar a visita logo após a alta hospitalar. Após a visita, registre as informações no link <https://sites.google.com/view/cadastrocriancasemsanl/in%C3%ADcio>
6. **Acesso Difícil:** Quando o acesso ao recém-nascido estiver complicado, insistir na visita e sensibilizar o familiar sobre a importância do acompanhamento. Comunicar a equipe sobre a situação.
7. **Cadastro:** Perguntar se a criança já foi registrada, caso contrário, fazer orientações. Se sim, solicitar a certidão de nascimento para realizar o cadastro do RN e acrescentar o mesmo no cadastro familiar.
8. **Visita do enfermeiro/fonoaudiólogo:** verificar se já foi agendada a visita domiciliar do enfermeiro para o recém-nascido e a mãe, iniciando o acompanhamento de puericultura do bebê.
9. **Avaliação do Vínculo:** Observar o vínculo entre mãe e recém-nascido, além de verificar se o ambiente oferece riscos para ambos.
10. **Verificação de Testes:** Confirmar se os testes do olhinho, do pezinho, da orelhinha, da linguinha e do coraçãozinho foram realizados antes da alta hospitalar. Caso haja agendamento, reforce a importância de realizá-los. Se os testes não estiverem agendados, notificar a equipe da ESF para providências.
11. **Vacinação:** Checar se as vacinas BCG e Hepatite B foram administradas na maternidade. Caso contrário, orientar sobre a vacinação e a disponibilidade nas UBS e orientar sobre calendário vacinal.
12. **Cuidados com o Coto Umbilical:** Orientar sobre os cuidados necessários com o coto umbilical do recém-nascido (lavar com água e sabão e manter seco - não se usa mais álcool ou faixa) .
13. **Puericultura:** Informar a mãe sobre a importância de levar a criança às consultas de puericultura, explicando seus objetivos - acompanhar o desenvolvimento e intervir precocemente caso haja algum atraso ou problema levantado.
14. **Calendário de Puericultura:** Orientar sobre o calendário de consultas estabelecido pelo município.



Faixa etária	Local de atendimento	Profissionais responsáveis
Antes de Nascer - Pré-Natal	Domicílio	Assistente Social
Ações do 5º Dia	UBS	Técnico de Enfermagem e/ou Enfermeiro
1ª semana	Domicílio	ACS + Fonoaudiólogo + Enfermeiro (ou Médico de Família e Comunidade)*
15 a 30 dias	UBS	Pediatra
2º mês	UBS	Médico de Família e Comunidade
3º mês	UBS	Enfermeiro
4º mês	UBS	Médico de Família e Comunidade
5º mês	UBS	Fisioterapeuta + Fonoaudiólogo
6º mês	UBS	Pediatra
6º mês	UBS	Cirurgião-Dentista
3 a 6 meses	UBS	Grupo de Introdução Alimentar: Nutricionista + Assistente Social
7º mês	UBS	Médico de Família e Comunidade
8º mês	UBS	Enfermeiro + Terapeuta Ocupacional
10º mês	UBS	Médico de Família e Comunidade
12 meses	UBS	Pediatra
12 meses	UBS	Cirurgião Dentista + Nutricionista
15 meses	UBS	Enfermeiro + Fisioterapeuta
18 meses	UBS	Médico de Família e Comunidade
18 meses	UBS	Cirurgião-Dentista
18 meses	UBS	Grupo Crescer: Fonoaudiólogo + Psicólogo + Terapeuta Ocupacional
24 meses	UBS	Pediatra
24 meses	UBS	Cirurgião-Dentista
A partir do 2º ano de vida	UBS	Consultas anuais, próximas ao aniversário, com Pediatra ou Médico de Família e Comunidade.

Visita domiciliar mensal do ACS

* Em caso de ausência do enfermeiro de saúde da família, este deve ser substituído pelo médico de família/generalista e também o inverso.

- 15. Incentivo à Amamentação:** Promover a amamentação exclusiva até os 6 meses (sem necessidade de oferecer água ou chás) e orientar sobre doação de leite materno.
- 16. Higiene oral:** só é necessária para aqueles que fazem uso de fórmula e deve ser feita apenas com gaze ou fralda umedecida em água filtrada ou fervida.
- 17. Ficha de Marcador de Consumo Alimentar:** Verificar se a criança está em aleitamento materno (exclusivo, predominante, complementado ou inexistente) e qual a frequência das mamadas e preencher ficha de Marcador de Consumo Alimentar.
- 18. Verificação de Queixas:** Perguntar se há outras queixas ou alterações relacionadas à saúde da mãe ou do bebê.

- 19. Situações de risco:** orientar a procurar o serviço de saúde o mais rápido possível nas seguintes situações: diarreia e vômitos, dificuldade ou recusa em amamentar, febre alta, criança gemente, choro inconsolável e dificuldade de respirar.
- 20. Assinatura do cronograma de visitas:** Solicitar que o familiar ou a puérpera assinem o cronograma de visitas.
- 21. Comunicação com a Equipe:** Reportar qualquer alteração no estado de saúde ou no contexto familiar à equipe de saúde da família.

OBSERVAÇÃO: ver POP 23 - Visita domiciliar da puérpera.

REFERÊNCIAS:

ABRAHÃO, A. L.; LAGRANGE, V. A visita domiciliar como uma estratégia da assistência no domicílio. In: MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. D. (Org.). *Modelos de atenção e a saúde da família*. Rio de Janeiro: [s.n.], 2007.

NOVA LIMA. Secretaria Municipal de Saúde. *Protocolo de atenção à saúde da criança – de 0 a 2 anos*. Nova Lima: Prefeitura Municipal de Nova Lima, 2021.

ELABORADO POR: eSF Macacos	DATA ELABORAÇÃO: 19/02/2018
REVISADO POR: Fernanda Amaral Rodrigues Chaves Rejane Cássia Santana Antunes	DATA DA REVISÃO: 30/05/2025
APROVADO POR:	DATA DA APROVAÇÃO:

POP: Atenção à Saúde da Criança	REVISÃO: 30/05/2025	SEÇÃO:	POP N°: 25
RESPONSÁVEL PELA REVISÃO: Rejane Cássia Santana Antunes	Nº DE PÁGINAS: 5		

EXECUTANTES: Agentes Comunitários de Saúde (ACS).
ONDE EXECUTAR: No domicílio do(a) usuário (a).
<p>OBJETIVOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Acompanhar o crescimento e desenvolvimento infantil. ● Verificar o cumprimento do calendário vacinal e exames. ● Incentivar o aleitamento materno e alimentação saudável. ● Identificar situações de risco ou vulnerabilidades. ● Fortalecer o vínculo entre a família e a equipe de saúde. ● Orientar os cuidadores. ● Incentivar o acompanhamento regular na Unidade de Saúde através da puericultura.
FREQUÊNCIA: Sempre que houver nascimento na área de abrangência.
<p>EQUIPAMENTOS/MATERIAIS NECESSÁRIOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● EPIs (Equipamentos de Proteção Individual), como máscara cirúrgica, material para higiene das mãos (álcool 70%) e luvas, conforme a necessidade. ● Tablet previamente sincronizado. ● Ficha de marcador de consumo alimentar. ● Cronograma de visitas. ● Caneta e prancheta. ● Telefone ou aplicativo para comunicação com a equipe, se necessário.
<p>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:</p> <p>1. Visita domiciliar da criança de 0 a 2 anos</p>

- Separar o material de trabalho.
- Dirigir-se ao domicílio a ser visitado.
- Identificar-se à família e pedir licença para entrar na residência.
- Verificar se a criança está em aleitamento materno (exclusivo, predominante, complementado ou inexistente) e qual a frequência.
- Verificar se a mãe apresenta dificuldades para amamentar.
- Orientar sobre a importância do aleitamento materno exclusivo até 6 meses de idade e complementado até, no mínimo, 2 anos de idade.
- Agendar consulta para a mãe e criança em caso de dificuldade na amamentação ou solicitar à equipe que realize uma visita domiciliar para acompanhamento.
- Verificar a rotina alimentar da criança, preencher ficha de Marcador de Consumo Alimentar (vide POP orientação alimentar), orientar e agendar consulta em caso de dúvidas.
- Identificar, durante a entrevista familiar, situações de risco para a criança e orientar a procurar o serviço de saúde, o mais rápido possível, nas seguintes situações: diarreia e vômitos, recusa ou dificuldade em amamentar, febre alta, criança gemente, choro incontrolável e com dificuldade de respirar.
- Verificar o cartão de vacina da criança segundo o calendário vacinal vigente: orientar a procurar a unidade de saúde se houver vacinas atrasadas/comunicar a equipe e orientar sobre a realização do esquema vacinal da criança na UBS.
- Orientar e monitorar e caso seja necessário agendar a puericultura na UBS.
- Orientar quanto à higiene da criança.
- Orientar sobre os serviços de saúde bucal oferecidos pela UBS e possibilidades de agendamento.
- Observar e orientar quanto ao crescimento e desenvolvimento da criança, com base no gráfico de crescimento presente na caderneta de vacina.
- Observar se existem sinais de que a criança esteja sofrendo alguma violência e, caso esteja, comunicar imediatamente à equipe de saúde.
- Verificar se existem outras queixas ou alterações relacionadas à saúde.
- Solicitar que o familiar assine o cronograma de visitas.
- Reportar à equipe de saúde da família qualquer alteração do estado de saúde do paciente e no contexto familiar.



Faixa etária	Local de atendimento	Profissionais responsáveis
Antes de Nascer - Pré-Natal	Domicílio	Assistente Social
Ações do 5º Dia	UBS	Técnico de Enfermagem e/ou Enfermeiro
1ª semana	Domicílio	ACS + Fonoaudiólogo + Enfermeiro (ou Médico de Família e Comunidade)*
15 a 30 dias	UBS	Pediatra
2º mês	UBS	Médico de Família e Comunidade
3º mês	UBS	Enfermeiro
4º mês	UBS	Médico de Família e Comunidade
5º mês	UBS	Fisioterapeuta + Fonoaudiólogo
6º mês	UBS	Pediatra
6º mês	UBS	Cirurgião-Dentista
3 a 6 meses	UBS	Grupo de Introdução Alimentar: Nutricionista + Assistente Social
7º mês	UBS	Médico de Família e Comunidade
8º mês	UBS	Enfermeiro + Terapeuta Ocupacional
10º mês	UBS	Médico de Família e Comunidade
12 meses	UBS	Pediatra
12 meses	UBS	Cirurgião Dentista + Nutricionista
15 meses	UBS	Enfermeiro + Fisioterapeuta
18 meses	UBS	Médico de Família e Comunidade
18 meses	UBS	Cirurgião-Dentista
18 meses	UBS	Grupo Crescer: Fonoaudiólogo + Psicólogo + Terapeuta Ocupacional
24 meses	UBS	Pediatra
24 meses	UBS	Cirurgião-Dentista
A partir do 2º ano de vida	UBS	Consultas anuais, próximas ao aniversário, com Pediatra ou Médico de Família e Comunidade.

Visita domiciliar mensal do ACS

* Em caso de ausência do enfermeiro de saúde da família, este deve ser substituído pelo médico de família/generalista e também o inverso.

2. Visita domiciliar da criança acima de 2 anos

- Separar o material de trabalho.
- Dirigir-se ao domicílio a ser visitado.
- Identificar-se à família e pedir licença para entrar na residência.
- Verificar a rotina alimentar da criança, preencher ficha de Marcador de Consumo Alimentar.
- Estimular hábitos de vida saudáveis.
- Identificar, durante a entrevista familiar, situações de risco para a criança e orientar a procurar o serviço de saúde o mais rápido possível nas seguintes situações: diarreia e vômitos, febre alta, criança gemente e com dificuldade de respirar.

- Verificar o cartão de vacina da criança segundo o calendário vacinal vigente: orientar a procurar a unidade de saúde se houver vacinas atrasadas e orientar sobre a realização do esquema vacinal da criança na UBS.
- Orientar e estimular a mãe à realização das consultas anuais de controle da criança.
- Orientar quanto à higiene oral e corporal da criança.
- Orientar sobre os serviços de saúde bucal oferecidos pela UBS e possibilidade de agendamento.
- Observar e orientar quanto ao crescimento e desenvolvimento da criança, com base no gráfico de crescimento presente na caderneta de vacina.
- Verificar se a criança está frequente na escola.
- Observar se existem sinais de que a criança esteja sofrendo alguma violência e, caso esteja, comunicar imediatamente a unidade de saúde.
- Verificar se existem outras queixas ou alterações relacionadas à saúde.
- Solicitar que o familiar assine o cronograma de visitas.
- Reportar à equipe de saúde da família qualquer alteração do estado de saúde do paciente e no contexto familiar.

REFERÊNCIAS:

ABRAHÃO AL, LAGRANGE V. A visita domiciliar como uma estratégia da assistência no domicílio. In: Morosini MVGC, Corbo A D. *Modelos de atenção e a saúde da família*. Rio de Janeiro. 2007.

NOVA LIMA. Secretaria Municipal de Saúde. *Protocolo de atenção à saúde da criança – de 0 a 2 anos*. Nova Lima: Prefeitura Municipal de Nova Lima, 2021.

ELABORADO POR: eSF Macacos	DATA ELABORAÇÃO: 19/02/2018
REVISADO POR: Rejane Cássia Santana Antunes	DATA DA REVISÃO: 30/05/2025
APROVADO POR:	DATA DA APROVAÇÃO:

POP: Atenção à Saúde do adolescente	REVISÃO: 30/05/2025	SEÇÃO:	POP N°: 26
RESPONSÁVEL PELA REVISÃO: Tarsila Emiliane da Cruz Costa	N° DE PÁGINAS: 3		

EXECUTANTES: Agentes Comunitários de Saúde (ACSs).
ONDE EXECUTAR: No domicílio do(a) usuário (a).
OBJETIVOS: Promover a atenção à saúde do adolescente.
FREQUÊNCIA: Mensalmente ou com maior frequência, se necessário.
<p>EQUIPAMENTOS/MATERIAIS NECESSÁRIOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • EPIs (Equipamentos de Proteção Individual), como máscara cirúrgica, material para higiene das mãos (álcool 70%) e luvas, conforme a necessidade; • tablet previamente sincronizado; • cronograma de visitas; • caneta, lápis, borracha e prancheta.
<p>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Separar o material de trabalho. 2. Dirigir-se ao domicílio do adolescente (indivíduos de 10 anos a 19 anos). 3. Identificar-se à família e pedir licença para entrar na residência. 4. Verificar: <ul style="list-style-type: none"> • Situação Vacinal e orientar procurar UBS caso haja atraso no cartão ou ausência de comprovação vacinal. • Necessidades de intervenções odontológicas, orientando conforme fluxo de atendimentos da equipe odontológica. • Demandas ou queixas relacionadas à saúde. • Uso ou abuso de álcool ou drogas, encaminhando-os à UBS para avaliação da equipe.

- Sinais indicativos de alterações comportamentais ou psiquiátricas, encaminhando-os para a equipe de Saúde da Família; discutir o caso nos matriciamentos da equipe e-multi ou saúde mental.
5. Divulgar sobre o programa dignidade menstrual para as adolescentes.
 6. Convidar os adolescentes para os grupos de planejamento familiar e demais grupos realizados pela UBS.
 7. Encaminhar para avaliação ginecológica as adolescentes que já iniciaram atividades sexuais.
 8. Reportar a equipe de saúde casos de relacionamento sexual ativo envolvendo adolescentes menores de 14 anos (Estupro de vulnerável - Código Civil artigo 217-A).
 9. Orientar sobre a importância de manter hábitos de vida saudáveis.
 10. Fazer busca ativa dos adolescentes faltosos nas consultas.
 11. Verificar se existem outras queixas ou alterações relacionadas à saúde.
 12. Solicitar que o usuário/familiar assine o cronograma de visitas.
 13. Reportar à equipe de saúde da família qualquer alteração do estado de saúde do paciente e no contexto familiar.

OBSERVAÇÕES:

- O adolescente precisa estar seguro do caráter confidencial do atendimento, mas ficar ciente também das situações na qual o sigilo poderá ser rompido, o que, no entanto, ocorrerá sempre com o conhecimento dele. Essas situações estão relacionadas a riscos de vida do adolescente e de outras pessoas.
- **São casos de quebra de sigilo com a família:** relato de bullying; diagnóstico de doenças graves, quadros depressivos e outros transtornos do campo mental; uso de álcool e outras drogas e sinais de dependência química; autoagressão, ideações suicidas ou de fuga de casa (quando não há indícios de violência intrafamiliar).

REFERÊNCIAS:

BRASIL. *Estatuto da Criança e do Adolescente: Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990*. Brasília, DF: [s.n.], 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Orientações básicas de atenção integral à saúde de adolescentes nas escolas e unidades básicas de saúde*. 1. ed., 1. reimpr. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação da Saúde da Criança e do Adolescente. *Programa Saúde do Adolescente: bases programáticas*. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1996. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_05.pdf. Acesso em: 25 jun. 2012.

BRASIL. *Nota Técnica nº 2/2022-COSAJ/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS*. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2022/nota-tecnica-no-2-2022-cosaj-cgcivi-dapes-saps-ms.pdf>. Acesso em: 27 abr. 2025.

BRASIL. *Nota Técnica nº 4, de 03 de abril de 2017. O direito de adolescentes serem atendidos nas UBS desacompanhados dos pais ou responsáveis e as ocasiões em que é necessária a presença de pais ou responsáveis*. Disponível em: <https://central3.to.gov.br/arquivo/494626>. Acesso em: 27 abr. 2025.

ELABORADO POR: eSF Retiro	DATA ELABORAÇÃO: 19/02/2018
REVISADO POR: Tarsila Emiliane da Cruz Costa	DATA DA REVISÃO: 30/05/2025
APROVADO POR:	DATA DA APROVAÇÃO:

POP: Atenção à Saúde da Mulher	REVISÃO: 30/05/2025	SEÇÃO:	POP N°: 27
RESPONSÁVEL PELA REVISÃO: Fernanda Angélica Oliveira De Paula Fernanda de Souza Matoso	Nº DE PÁGINAS: 5		

EXECUTANTES: Agentes Comunitários de Saúde (ACS).
ONDE EXECUTAR: No domicílio.
OBJETIVOS: Promover atenção à saúde de pessoas com necessidades relacionadas à saúde feminina, respeitando as identidades de gênero e garantindo equidade no cuidado.
FREQUÊNCIA: Mensalmente ou com maior frequência, se necessário.
EQUIPAMENTOS/MATERIAIS NECESSÁRIOS: <ul style="list-style-type: none"> ● Tablet previamente sincronizado; ● cronograma de visitas; ● bilhete aviso de tentativa de visita; ● caneta, lápis, borracha, prancheta.
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO: <ol style="list-style-type: none"> 1. Organizar o material de trabalho e dirigir-se ao domicílio a ser visitado. 2. Estar devidamente uniformizado(a), com crachá de identificação visível. 3. Cumprimentar com cordialidade, identificar-se à família e solicitar permissão para entrar na residência. 4. Manter postura ética, escuta atenta e respeitosa, garantindo um ambiente seguro para o diálogo. 5. Explicar o objetivo da visita domiciliar. 6. Realizar escuta qualificada das demandas e necessidades relacionadas à saúde feminina, promovendo atendimento humanizado e fortalecendo o vínculo com a comunidade. 7. Conferir se os dados da pessoa no cadastro individual estão atualizados (endereço, telefone, CPF, CNS e demais campos), aproveitando a oportunidade para atualizações.

8. Conhecer os hábitos de vida, valores culturais, éticos e religiosos das pessoas atendidas, respeitando os saberes locais e adotando abordagem integral e resolutiva.
9. Informar sobre os serviços e atividades disponíveis na UBS, como: acolhimento, consultas médicas, equipes multiprofissionais (e-Multi), pré-natal, exame preventivo, saúde mental, vacinação, grupos educativos, planejamento familiar, odontologia, testes rápidos para ISTs, entre outros.
10. Priorizar ações de prevenção, promoção, assistência e recuperação da saúde, com enfoque em saúde sexual e reprodutiva, enfrentamento da violência, saúde mental e doenças crônicas.
11. Adequar as orientações à faixa etária, identidade de gênero e nível de compreensão da pessoa atendida.
12. Verificar se há acompanhamento regular na unidade de saúde e incentivar o cuidado integral.
13. Reconhecer e acolher a diversidade de gênero e orientação sexual na comunidade, respeitando as especificidades das mulheres cis, mulheres trans, homens trans e pessoas não-binárias, incentivando o cuidado em saúde de forma inclusiva.
14. Atentar-se para grupos prioritários como gestantes, idosas frágeis, acamadas, crianças, mulheres com doenças crônicas (hipertensas, diabéticas), em situação de vulnerabilidade social ou vítimas de violência, a fim de personalizar a abordagem.
15. Ao identificar que a mulher está em situação de violência doméstica e familiar, discutir o caso com a gerente da UBS e agendar, conforme disponibilidade da mulher, atendimento no Centro de Referência da Mulher, no telefone 3180-5945. O Centro de Referência oferece acolhimento, orientação e apoio a mulheres a partir de 18 anos.
16. Identificar pessoas com amenorreia e encaminhá-las à UBS, informando sobre a disponibilidade de testes rápidos de gravidez e início precoce do pré-natal.
17. No caso de gestantes, confirmar se há acompanhamento pré-natal e seguir o roteiro específico para esse grupo (atentar para as consultas de acordo com cada idade gestacional, vacinas, exames realizados).
18. Falar sobre a Oficina do Nascer e incentivar a participação.
19. Ofertar visita à maternidade de referência do Hospital Nossa Senhora de Lourdes em Nova Lima.
20. Identificar pessoas de 25 a 64 anos para realização do exame preventivo do câncer do colo do útero. O exame é recomendado para mulheres que já iniciaram atividade sexual. Inicialmente, deve ser realizado uma vez por ano e, após dois exames normais consecutivos, passa a ser feito a cada 3 anos. Encaminhar à UBS mulheres com atraso na coleta do exame.

21. Identificar pessoas de 50 a 69 anos para a mamografia, encaminhando-as à UBS se não realizaram o exame nos últimos dois anos.
22. Orientar sobre sinais de alerta relacionados às mamas: alterações na pele, nódulos, deformações, secreção mamilar, abaulamentos ou retrações, recomendando busca imediata por avaliação na UBS.
23. Identificar pessoas a partir de 35 anos com fatores de risco elevado para câncer e referenciá-las à unidade.
24. Verificar se hipertensas e diabéticas estão com receitas e consultas atualizadas.
25. Identificar pessoas com necessidade de atenção domiciliar e comunicar à equipe os aspectos observados.
26. Identificar pessoas no climatério e/ou menopausa, atentando para as principais queixas e impactos na vida diária, encaminhando à UBS para atendimento com a equipe.
27. Reconhecer casos de uso prejudicial de álcool, cigarro, tabaco ou outras drogas; incentivar mudança de hábitos e encaminhar para avaliação e grupos específicos, como o de tabagismo.
28. Incentivar a realização de testes rápidos para Hepatite B, Hepatite C, sífilis e HIV.
29. Orientar sobre as profilaxias pré-exposição e pós-exposição.
 - A profilaxia pós-exposição (PEP) é o uso de medicamentos antirretrovirais após um possível contato com o HIV em situações como: violência sexual, relação sexual consentida desprotegida (sem o uso de camisinha ou com rompimento da camisinha) e acidente ocupacional (com instrumentos perfurocortantes ou em contato direto com material biológico). O usuário deve procurar imediatamente um dos seguintes serviços de saúde que oferecem o PEP: UPA, PA do Jardim Canadá ou HNSL. O início do PEP deve ocorrer em até 72 horas após uma possível exposição ao HIV.
 - A profilaxia pré-exposição ao HIV (PrEP) é o uso dos medicamentos antirretrovirais antes da exposição ao HIV, reduzindo a probabilidade da infecção pelo vírus. A PrEP deve ser considerada para pessoas a partir de 15 anos, com peso corporal maior ou igual a 35 kg, com vida sexualmente ativa e que apresentem contextos de risco aumentado para aquisição de infecção pelo HIV. A seguir alguns exemplos: Frequentemente deixa de usar camisinha em suas relações sexuais consentidas (anais ou vaginais). Faz uso repetido de PEP (Profilaxia Pós-Exposição ao HIV, IST e hepatites virais). Apresenta histórico de episódios de IST. Contextos de relações sexuais em troca de dinheiro, objetos de valor, drogas, moradia, entre outros. Chemsex: prática sexual sob a influência de drogas psicoativas (metanfetaminas, gama-hidroxibutirato (GHB), MDMA, cocaína, poppers

etc.) com a finalidade de intensificar e facilitar as experiências sexuais. A PrEP é oferecida no Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), mediante comparecimento direto ao serviço ou agendamento pelos telefones 3180-6084 ou (31) 98006-3481. Não é necessário encaminhamento.

30. Orientar sobre direitos sexuais e reprodutivos, métodos contraceptivos disponíveis no município e encaminhar para atendimento individual ou coletivo conforme necessário.
31. Promover ações educativas sobre prevenção do câncer do colo do útero e das ISTs, alertando para sinais como: sangramento vaginal anormal, secreção com odor ou cor alterada, sangramento pós-menopausa ou após relação sexual, verrugas, lesões e dor pélvica.
32. Divulgar o Programa de Dignidade Menstrual e orientar sobre o processo de cadastro.
33. Avaliar o cartão de vacinação, orientar sobre o calendário vigente e encaminhar à sala de vacina quando necessário.
34. Incentivar avaliação odontológica periódica, orientando sobre o agendamento de consultas.
35. Identificar pessoas que necessitam de acompanhamento em Saúde Mental, referenciá-las à UBS e discutir o caso em equipe e/ou matriciamento.
36. Verificar outras queixas ou alterações de saúde.
37. Comunicar à equipe de Saúde da Família qualquer mudança no estado de saúde ou situação familiar observada.
38. Desestimular a automedicação e o autodiagnóstico, reforçando hábitos saudáveis.
39. Comunicar nas reuniões de equipe casos de resistência ao tratamento ou ao diagnóstico.
40. Solicitar assinatura no cronograma de visitas.
41. Caso a pessoa não seja encontrada, preencher o bilhete de tentativa de visita.
42. Priorizar na agenda do mês seguinte as visitas às pacientes que não foram localizadas anteriormente.

REFERÊNCIAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. *Controle dos cânceres do colo do útero e da mama*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Cadernos de Atenção Básica, n. 13). Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab13>. Acesso em: 16 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil* / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Rio de Janeiro: INCA, 2015. 168 p. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/livro_deteccao_precoce_final.pdf. Acesso em: 16 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Guia prático do agente comunitário de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em:
http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/guia_acs.pdf . Acesso em: 19 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em:
<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnaism.pdf>. Acesso em: 13 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde sexual e saúde reprodutiva*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Cadernos de Atenção Básica, n. 26; Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em:
http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad26.pdf . Acesso em: 16 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Vigilância em Saúde: dengue, esquistossomose, hanseníase, malária, tracoma e tuberculose*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. (Cadernos de Atenção Básica, n. 21; Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em:
http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad21.pdf . Acesso em: 19 nov. 2017.

SILVA, Raimunda Magalhães da et al. Realização do autoexame das mamas por profissionais de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 902–908, dez. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000400023&lng=en&nrm=iso . Acesso em: 17 nov. 2017.

ELABORADO POR: eSF José de Almeida	DATA ELABORAÇÃO: 19/02/2018
REVISADO POR: Fernanda Angélica Oliveira De Paula Fernanda de Souza Matoso	DATA DA REVISÃO: 30/05/2025
APROVADO POR:	DATA DA APROVAÇÃO:

POP: Atenção à Saúde do Homem	REVISÃO: 30/05/2025	SEÇÃO:	POP N°: 28
RESPONSÁVEL PELA REVISÃO: Diego Luiz Gomes Duarte Fernanda Angélica Oliveira De Paula Fernanda de Souza Matoso	Nº DE PÁGINAS: 5		

EXECUTANTES: Agentes Comunitários de Saúde (ACS).
ONDE EXECUTAR: No domicílio do usuário (a).
OBJETIVOS: Promover a atenção à saúde do homem, através da promoção do acesso a serviços de saúde abrangentes e ações preventivas, buscando também reconhecer e respeitar as diversas manifestações de masculinidade.
FREQUÊNCIA: Mensalmente ou com maior frequência, se necessário.
EQUIPAMENTOS/MATERIAIS NECESSÁRIOS: <ul style="list-style-type: none"> ● Tablet previamente sincronizado; ● cronograma de visitas; ● bilhete aviso de tentativa de visita; ● caneta, lápis, borracha, prancheta.
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO: <ol style="list-style-type: none"> 1. Separar o material de trabalho, dirigir-se ao domicílio a ser visitado. 2. Identificar-se à família e pedir licença para entrar na residência, observando atentamente possíveis problemas no domicílio. 3. Realizar a escuta qualificada das necessidades do homem durante a visita. 4. Informar o paciente sobre todos os serviços/atividades oferecidos na UBS (consultas eletivas, grupos operativos, planejamento familiar, atendimentos odontológicos etc.), sobre os horários alternativos de atendimentos nas UBS mais próximas e atividades específicas voltadas ao público masculino.

5. Identificar homens e outras pessoas que se identificam com o público-alvo da estratégia, que necessitam de atenção domiciliar, e comunicar à equipe sobre os aspectos observados.
6. Conhecer os hábitos de vida, valores culturais, éticos e religiosos das pessoas atendidas, valorizando saberes locais e práticas populares, com abordagem integral, respeitosa e resolutiva.
7. Identificar pessoas com uso prejudicial de álcool, tabaco ou outras drogas; promover orientação e incentivo à mudança de hábitos e encaminhar para avaliação na UBS.
8. Atentar-se para sinais de violência e relatar à equipe de saúde, respeitando os protocolos de sigilo e proteção.
9. Promover diálogo preventivo sobre as diversas formas de violência, abordando a situação com sensibilidade, seja a pessoa vítima ou autora. Reforçar a importância da intervenção precoce, diante do risco de agravamento dos episódios.
10. Efetuar busca ativa de homens para a realização de, pelo menos, uma consulta por ano, estimulando o cuidado contínuo e o vínculo com a UBS.
11. Informar sobre a importância do cuidado com a saúde sexual e saúde reprodutiva e prevenção de IST.
12. Encaminhar o paciente para atendimento individual e/ou coletivo relacionado à saúde sexual e reprodutiva.
13. Estimular a realização de exames de rotina e de testes rápidos para Hepatite B, Hepatite C, Sífilis e HIV.
14. Orientar sobre as profilaxias pré-exposição e pós-exposição.
 - A profilaxia pós-exposição (PEP) é o uso de medicamentos antirretrovirais após um possível contato com o HIV em situações como: violência sexual, relação sexual consentida desprotegida (sem o uso de camisinha ou com rompimento da camisinha) e acidente ocupacional (com instrumentos perfurocortantes ou em contato direto com material biológico). O usuário deve procurar imediatamente um dos seguintes serviços de saúde que oferecem o PEP: UPA, PA do Jardim Canadá ou HNSL. O início do PEP deve ocorrer em até 72 horas após uma possível exposição ao HIV.
 - A profilaxia pré-exposição ao HIV (PrEP) é o uso dos medicamentos antirretrovirais antes da exposição ao HIV, reduzindo a probabilidade da infecção pelo vírus. A PrEP deve ser considerada para pessoas a partir de 15 anos, com peso corporal maior ou igual a 35 kg, com vida sexualmente ativa e que apresentem contextos de risco aumentado para aquisição de infecção pelo HIV. A seguir alguns exemplos: Frequentemente deixa de usar camisinha em suas relações sexuais consentidas



(anais ou vaginais). Faz uso repetido de PEP (Profilaxia Pós-Exposição ao HIV, IST e hepatites virais). Apresenta histórico de episódios de IST. Contextos de relações sexuais em troca de dinheiro, objetos de valor, drogas, moradia, entre outros. Chemsex: prática sexual sob a influência de drogas psicoativas (metanfetaminas, gama-hidroxitributirato (GHB), MDMA, cocaína, poppers etc.) com a finalidade de intensificar e facilitar as experiências sexuais. A PrEP é oferecida no Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), mediante comparecimento direto ao serviço ou agendamento pelos telefones 3180-6084 ou (31) 98006-3481. Não é necessário encaminhamento.

15. Realizar busca ativa de pessoas com histórico de doenças crônicas, abandono de tratamento ou presença de fatores de risco.
16. Orientar sobre sinais e sintomas como: dor ao urinar, incontinência urinária, gotejamento prolongado após urinar, alteração na frequência ou na cor da urina, coceira, jato de urina fraco, sensação de esvaziamento incompleto da bexiga, presença de bolhas, verrugas ou caroços, e necessidade de acordar durante a noite para urinar.
17. Verificar o cartão de vacinação, orientar conforme o calendário vigente e, se necessário, encaminhar ao setor de imunização.
18. Incentivar a avaliação odontológica periódica e orientar o paciente sobre o agendamento de consulta na unidade de referência.
19. Quando a pessoa estiver se preparando para a paternidade (biológica ou afetiva), estimular:
 - A participação ativa nas consultas de pré-natal, durante o trabalho de parto e no puerpério.
 - O exercício do direito à licença-paternidade.
 - A participação na amamentação (evitar mamadeiras, chupetas ou fórmulas; colocar o bebê para mamar e auxiliar nas atividades domésticas).
 - Incentivar o homem a apoiar sua parceira e orientá-lo sobre a importância de respeitar o puerpério.
 - Explicar a importância da abstinência durante o puerpério (período após o parto, geralmente de 42 dias):
 - A abstinência nesse período é uma recomendação médica para garantir a recuperação adequada do corpo.
 - Relações sexuais precoces podem causar dor, infecções ou prejuízos à cicatrização.
 - O carinho, a presença e o apoio emocional do parceiro são tão importantes quanto o cuidado físico.

20. Verificar se existem outras queixas ou alterações relacionadas à saúde.
21. Comunicar à equipe de Saúde da Família qualquer alteração relevante na saúde da pessoa ou em seu contexto familiar.
22. Identificar pacientes que necessitam de atendimento em Saúde Mental, referenciá-los para a UBS e discutir o caso nas reuniões de equipe e de matriciamento, promovendo busca ativa de casos graves ou urgentes.
23. Desencorajar a automedicação e o autodiagnóstico, e incentivar sempre bons hábitos de saúde.
24. Caso observe resistência a qualquer diagnóstico e/ou tratamento proposto pela equipe de saúde, comunicar a situação nas reuniões de equipe.
25. Solicitar que o usuário/familiar assine o cronograma de visitas.
26. Caso não encontre a pessoa no domicílio, preencher o bilhete de tentativa de visita.

REFERÊNCIAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. *Guia de saúde do homem para Agente Comunitário de Saúde (ACS)*. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <http://www.sgas.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/sites/105/2016/08/guiaACS.pdf>. Acesso em: 19 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Guia prático do agente comunitário de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/guia_acs.pdf. Acesso em: 19 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Rastreamento*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; Cadernos de Atenção Primária, n. 29). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad29.pdf. Acesso em: 18 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde sexual e saúde reprodutiva*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Cadernos de Atenção Básica, n. 26; Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad26.pdf. Acesso em: 16 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Gestão do Cuidado Integral. *Guia de saúde do homem para Agentes Comunitários de Saúde (ACS)* [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. 76 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Vigilância em Saúde: dengue, esquistossomose, hanseníase, malária, tracoma e tuberculose*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. (Cadernos de Atenção Básica, n. 21; Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad21.pdf. Acesso em: 19 nov. 2017.



**NOVA
LIMA**
prefeitura

O
futuro
mora
aqui

ELABORADO POR: eSF José de Almeida	DATA ELABORAÇÃO: 19/02/2018
REVISADO POR: Diego Luiz Gomes Duarte Fernanda Angélica Oliveira De Paula Fernanda de Souza Matoso	DATA DA REVISÃO: 30/05/2025

POP: Atenção à Saúde do Idoso	REVISÃO: 30/05/2025	SEÇÃO:	POP N°: 29
RESPONSÁVEL PELA REVISÃO: Diego Luiz Gomes Duarte Fernanda Angélica Oliveira De Paula Fernanda de Souza Matoso	Nº DE PÁGINAS: 4		

EXECUTANTES: Agentes Comunitários de Saúde (ACS).
ONDE EXECUTAR: No domicílio do(a) usuário(a).
OBJETIVOS: Promover a atenção à saúde da pessoa idosa.
FREQUÊNCIA: Mensalmente ou com maior frequência, se necessário.
EQUIPAMENTOS/MATERIAIS NECESSÁRIOS: <ul style="list-style-type: none"> ● Tablet previamente sincronizado; ● cronograma de visitas; ● caneta, lápis, borracha, prancheta.
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO: <ol style="list-style-type: none"> 1. Separar o material de trabalho, dirigir-se ao domicílio a ser visitado. 2. Identificar-se à família e pedir licença para entrar na residência, observando atentamente possíveis problemas no domicílio. 3. Realizar a escuta qualificada das necessidades do idoso durante a visita. 4. Perguntar se o idoso já possui a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa e ofertá-la, caso ainda não a possua. 5. Verificar o preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa pelos profissionais de saúde e alertar a equipe em caso de não preenchimento. 6. Orientar a pessoa idosa a levar a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa em toda ida a qualquer serviço de saúde. 7. Aplicar o Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional 20 (IVCF-20).

8. Questionar/investigar hábitos alimentares e sinais de desnutrição.
9. Avaliar cuidadosamente as condições de moradia da família: identificar quem são as pessoas que residem com o idoso, se existe cuidador, o grau de escolaridade, o grau de dependência nas atividades de vida diária (alimentar-se, vestir-se, tomar banho, fazer higiene pessoal, ir ao banheiro, entre outras) e o nível de independência nas atividades instrumentais da vida diária (utilizar meios de transporte, manipular medicamentos, utilizar telefone, preparar a própria refeição, entre outras). Em especial, avaliar riscos de acidentes e quedas, verificando se a residência é um ambiente seguro.
10. Verificar se o idoso sofreu alguma queda desde a última visita.
11. Observar no ambiente domiciliar riscos ao idoso como: tapetes soltos, iluminação insuficiente, escadas sem corrimão, pisos escorregadios e orientar a família sobre modificações simples para segurança do idoso.
12. Verificar o cartão de vacinação do idoso conforme calendário vigente: se realizou as vacinas contra Influenza, Covid-19, Tétano, Hepatite B e Pneumocócica (quando indicado).
13. Orientar quanto à higiene oral, especialmente em casos de uso de prótese dentária, e observar a higiene pessoal, indicando os horários de atendimento odontológico.
14. Ficar atento a queixas como diminuição da visão, audição ou memória, depressão, tristeza profunda ou incontinência urinária (especialmente se recente).
15. Identificar idosos acamados ou com debilidade motora e propensos a quedas.
16. Observar evidências de maus-tratos e cuidados inadequados: presença de lesões, equimoses, úlceras por pressão, desidratação ou recusa em responder a perguntas sobre violência. Em caso de suspeita de violência ou abuso, comunicar imediatamente à unidade de saúde ou aos órgãos competentes.
17. Verificar se o idoso necessita de apoio para a realização das atividades de vida diária e, caso necessite, quem seria o apoiador. Verificar se o apoiador/cuidador está preparado para exercer essa função.
18. Identificar pacientes que necessitem de atendimento em Saúde Mental, referenciá-los para a UBS e discutir o caso nas reuniões de equipe e de matriciamento, promovendo busca ativa de casos graves ou urgentes.
19. Verificar se as medicações em uso estão sendo administradas corretamente.
20. Caso observe resistência a qualquer diagnóstico e/ou tratamento proposto pela equipe de saúde, comunicar a situação nas reuniões de equipe. Caso a situação demande uma intervenção mais rápida, comunicar a equipe o mais brevemente possível.

21. Estimular sempre, quando possível, a participação do idoso no próprio cuidado e o envolvimento da família.
22. Desencorajar a automedicação e o autodiagnóstico, incentivando bons hábitos de saúde.
23. Orientar sobre as ações de promoção à saúde realizadas na UBS, informando datas e horários.
24. Manter atualizada a lista de idosos acamados e domiciliados. Realizar visita domiciliar compartilhada com o médico no mínimo de 3 em 3 meses, ou com menor intervalo de tempo, de acordo com o caso. Realizar visita com a equipe e-multi e de enfermagem conforme necessidade.
25. Estimular a participação em grupos de convivência, rodas de conversas, atividades físicas ou atividades culturais promovidas pela UBS ou parceiros (CRAS, centro de convivência do idoso).
26. Verificar se existem outras queixas ou alterações relacionadas à saúde.
27. Orientar o idoso e os familiares a manter números de telefone de emergência em local de fácil acesso (exemplo: ao lado do telefone ou fixado na geladeira por ímã), como: SAMU, Polícia, familiar responsável e UBS.
28. Solicitar que o usuário/familiar assine o cronograma de visitas.
29. Reportar à equipe de Saúde da Família qualquer alteração no estado de saúde do paciente ou no contexto familiar.
30. Caso não encontre o usuário no domicílio, preencher o bilhete de tentativa de visita domiciliar.

REFERÊNCIAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. *Guia de saúde do homem para Agente Comunitário de Saúde (ACS)*. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <http://www.sgas.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/sites/105/2016/08/guiaACS.pdf>. Acesso em: 19 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Guia prático do agente comunitário de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/guia_acs.pdf. Acesso em: 19 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Rastreamento*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; Cadernos de Atenção Primária, n. 29). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad29.pdf. Acesso em: 18 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde sexual e saúde reprodutiva*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Cadernos de Atenção Básica, n. 26; Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad26.pdf. Acesso em: 16 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Gestão do Cuidado Integral. *Guia de saúde do homem para Agentes Comunitários de Saúde (ACS)* [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. 76 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Vigilância em Saúde: dengue, esquistossomose, hanseníase, malária, tracoma e tuberculose*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. (Cadernos de Atenção Básica, n. 21; Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad21.pdf. Acesso em: 19 nov. 2017.

ELABORADO POR: eSF Macacos	DATA ELABORAÇÃO: 19/02/2018
REVISADO POR: Diego Luiz Gomes Duarte Fernanda Angélica Oliveira De Paula Fernanda de Souza Matoso	DATA DA REVISÃO: 30/05/2025
APROVADO POR:	DATA DA APROVAÇÃO:

POP: Visita Domiciliar ao Acamado	REVISÃO: 30/05/2025	SEÇÃO:	POP N°: 30
RESPONSÁVEL PELA REVISÃO: Sirlene Ferreira Alves	Nº DE PÁGINAS: 2		

EXECUTANTES: Agentes Comunitários de Saúde (ACS).
ONDE EXECUTAR: No domicílio do(a) usuário(a).
OBJETIVOS: Identificar as necessidades e condições em que o usuário acamado se encontra a fim de garantir os cuidados e assistência adequados.
FREQUÊNCIA: Mensalmente ou com maior frequência, se necessário.
EQUIPAMENTOS/MATERIAIS NECESSÁRIOS: <ul style="list-style-type: none"> ● Tablet previamente sincronizado; ● cronograma de visitas; ● materiais educativos; ● caneta, lápis, borracha e prancheta.
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO: <ol style="list-style-type: none"> 1. Separar o material de trabalho. 2. Dirigir-se ao domicílio a ser visitado. 3. Identificar-se a família e pedir licença para entrar no domicílio. 4. Fazer a escuta do usuário, do cuidador e dos familiares presentes na hora da visita. 5. Avaliar a condição do domicílio e discutir com a equipe propostas de adequação dentro da realidade familiar. 6. Observar o estado nutricional, cuidado, autocuidado, sinais de depressão, organização familiar, tipo de cuidador (formal ou informal). 7. Observar sinais de desconforto, feridas, alterações no estado geral. 8. Verificar com o cuidador ou familiar se há lesões por pressão. 9. Orientar sobre a prevenção de lesão por pressão (colchão caixa de ovo, mudança de decúbito).

<p>10. Reforçar orientações sobre cuidados básicos, trocas de posição, hidratação e alimentação.</p> <p>11. Orientar sobre higiene corporal e do leito.</p> <p>12. Orientar sobre o uso correto das medicações.</p> <p>13. Verificar se existem outras queixas ou alterações relacionadas à saúde.</p> <p>14. Solicitar que o usuário/familiar assine o cronograma de visitas.</p> <p>15. Reportar à equipe de saúde da família, equipe de saúde bucal e/ou e-multi qualquer alteração do estado de saúde do paciente e do contexto familiar.</p> <p>16. Orientar a família sobre o acompanhamento e frequência de visitas dos demais profissionais.</p>	
<p>REFERÊNCIAS:</p> <p>BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. <i>Guia prático do agente comunitário de saúde</i>. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.</p> <p>MALAGUTTI, W. <i>Assistência domiciliar: atualidades da assistência de enfermagem</i>. Rio de Janeiro: Rubio, 2012.</p>	
<p>ELABORADO POR: eSF Cabeceiras</p>	<p>DATA ELABORAÇÃO: 19/02/2018</p>
<p>REVISADO POR: Sirlene Ferreira Alves</p>	<p>DATA DA REVISÃO: 30/05/2025</p>
<p>APROVADO POR:</p>	<p>DATA DA APROVAÇÃO:</p>

POP: Visita Domiciliar ao portador de Hipertensão Arterial	REVISÃO: 30/05/2025	SEÇÃO:	POP N°: 31
RESPONSÁVEL PELA REVISÃO: Livia Izabela Martins Garcia Sirlene Ferreira Alves	N° DE PÁGINAS: 7		

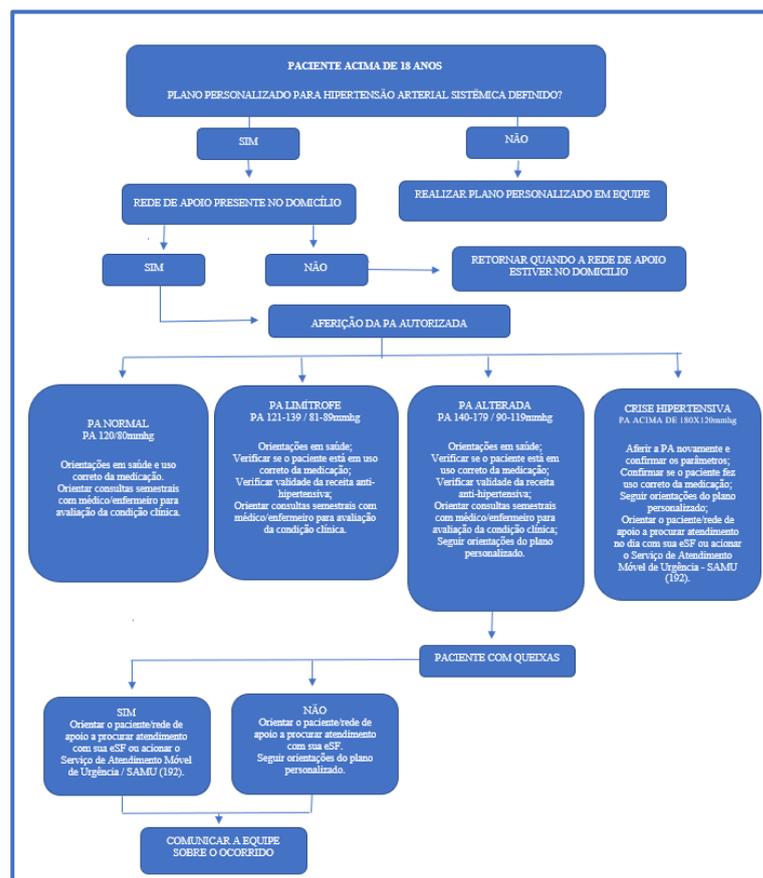
EXECUTANTES: Agentes Comunitários de Saúde (ACS).
ONDE EXECUTAR: No domicílio do(a) usuário(a).
OBJETIVOS: Acompanhar o paciente portador de hipertensão arterial.
FREQUÊNCIA: A visita domiciliar do Agente Comunitário de Saúde deve ocorrer no mínimo uma vez por mês para cada família. Casos especiais podem exigir visitas mais frequentes.
EQUIPAMENTOS/MATERIAIS NECESSÁRIOS: <ul style="list-style-type: none"> ● Caneta, lápis, borracha, prancheta. ● Tablet previamente sincronizado. ● Cronograma de visitas. ● Esfigmomanômetro (aparelho de pressão arterial). ● Ficha de Controle de Saúde dos pacientes hipertensos e diabéticos. ● Folhetos e cartilhas sobre hipertensão. ● Máscaras: utilizar quando necessário, especialmente em situações de risco de doenças respiratórias. ● Álcool 70%: para a higienização das mãos antes e após o atendimento.
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO: <ul style="list-style-type: none"> ● Separar o material de trabalho. ● Dirigir-se ao domicílio a ser visitado. ● Identificar-se à família e pedir licença para entrar no domicílio.

- Educar o paciente e a família sobre a hipertensão, a importância do tratamento contínuo e os riscos associados ao não controle da pressão arterial, como: Infarto, AVC, Insuficiência Renal, Cardíaca e problemas na visão.
- Verificar a validade da receita atual dos anti-hipertensivos e orientar paciente a agendar consulta na UBS caso tenha receita vencida ou próxima do vencimento.
- Observar a adesão ao tratamento e se o paciente está utilizando corretamente os medicamentos prescritos.
- Orientar a importância de verificar a validade dos medicamentos e armazená-los em condições adequadas para evitar a perda de eficácia ou a contaminação.
- Organizar a caixa de medicamentos dos pacientes que apresentarem necessidade de auxílio.
- Verificar quando foi a última consulta na UBS para acompanhamento da Hipertensão arterial A periodicidade das consultas será definida de acordo com a classificação de risco cardiovascular realizada pela equipe e linha de cuidado da HAS:
 - Muito alto risco: consultas médicas/enfermagem, intercaladas, a cada 3 meses.
 - Alto risco: consultas médicas/enfermagem, intercaladas, a cada 4 meses.
 - Médio risco: consultas médicas/enfermagem, intercaladas, a cada 6 meses.
 - Baixo risco: consultas médicas/enfermagem, intercaladas, a cada 6 meses.
- Orientar a importância da alimentação saudável (Ficha Marcador de Consumo Alimentar – vide POP Orientação Alimentar).
- Promover o autocuidado e orientar sobre hábitos de vida saudáveis como cessação do tabagismo e prática de atividades físicas.
- Estimular o paciente a participar dos grupos realizados nas UBS.
- Verificar se existem queixas ou alterações relacionadas à saúde e identificar sinais e sintomas de complicações graves como:
 - dor no peito;
 - falta de ar;
 - tontura;
 - desmaio;
 - perda de força ou alteração na fala;
 - dor de cabeça muito forte e problemas visuais como pontos brilhantes ou visão embaçada.

Caso esses sintomas sejam relatados o ACS deve entrar em contato imediato com a equipe de saúde para definir a melhor conduta a ser realizada.

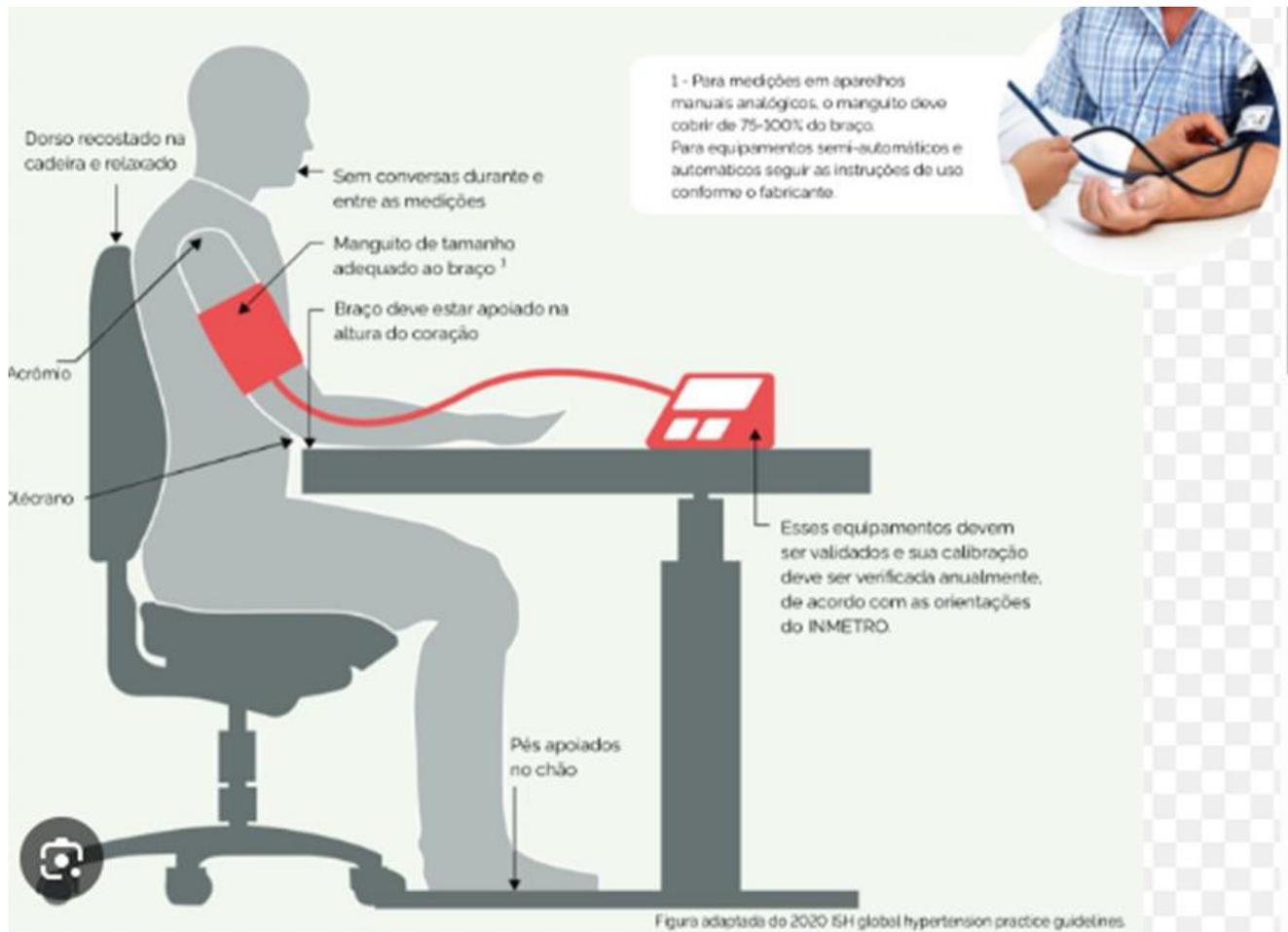
- A aferição da pressão arterial, realizada pelos ACS, tem como objetivo monitorar o estado de saúde dos pacientes, avaliar a eficácia do tratamento e das intervenções propostas e identificar qualquer variação que possa demandar adaptações no projeto terapêutico. Deverá ser realizada exclusivamente pelos profissionais que concluíram a Formação de Técnico em Agente Comunitário de Saúde oferecida pelo Ministério da Saúde.
- A aferição da Pressão Arterial pelo ACS no domicílio deverá ser realizada em pacientes maiores de 18 anos, assintomáticos, com ou sem o diagnóstico prévio de Hipertensão arterial sistêmica e após confecção do plano personalizado para hipertensão arterial pela equipe de saúde da Família em conjunto com o paciente e sua rede de apoio conforme demonstrado:

Fluxograma de Aferição de Pressão Arterial pelo ACS





- Envolver ativamente o paciente e sua rede de apoio no processo de aferição da pressão arterial em domicílio. Promover a conscientização sobre a importância da monitorização regular e orientar sobre a técnica adequada.



- Registrar todas as medidas de pressão arterial, independentemente de onde sejam realizadas, para facilitar a análise das tendências e a tomada de decisões clínicas pela equipe.
- Solicitar que o usuário/familiar assine o cronograma de visitas.

REFERÊNCIAS:

ABREU, Kenia Cristina Silva. *A importância da visita domiciliar a pacientes hipertensos*. 2013. 35 f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina, Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, Lagoa Santa, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Guia prático do agente comunitário de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. *VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, São Paulo, v. 95, n. 1, supl. 1, p. 1–51, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 20 abr. 2025.

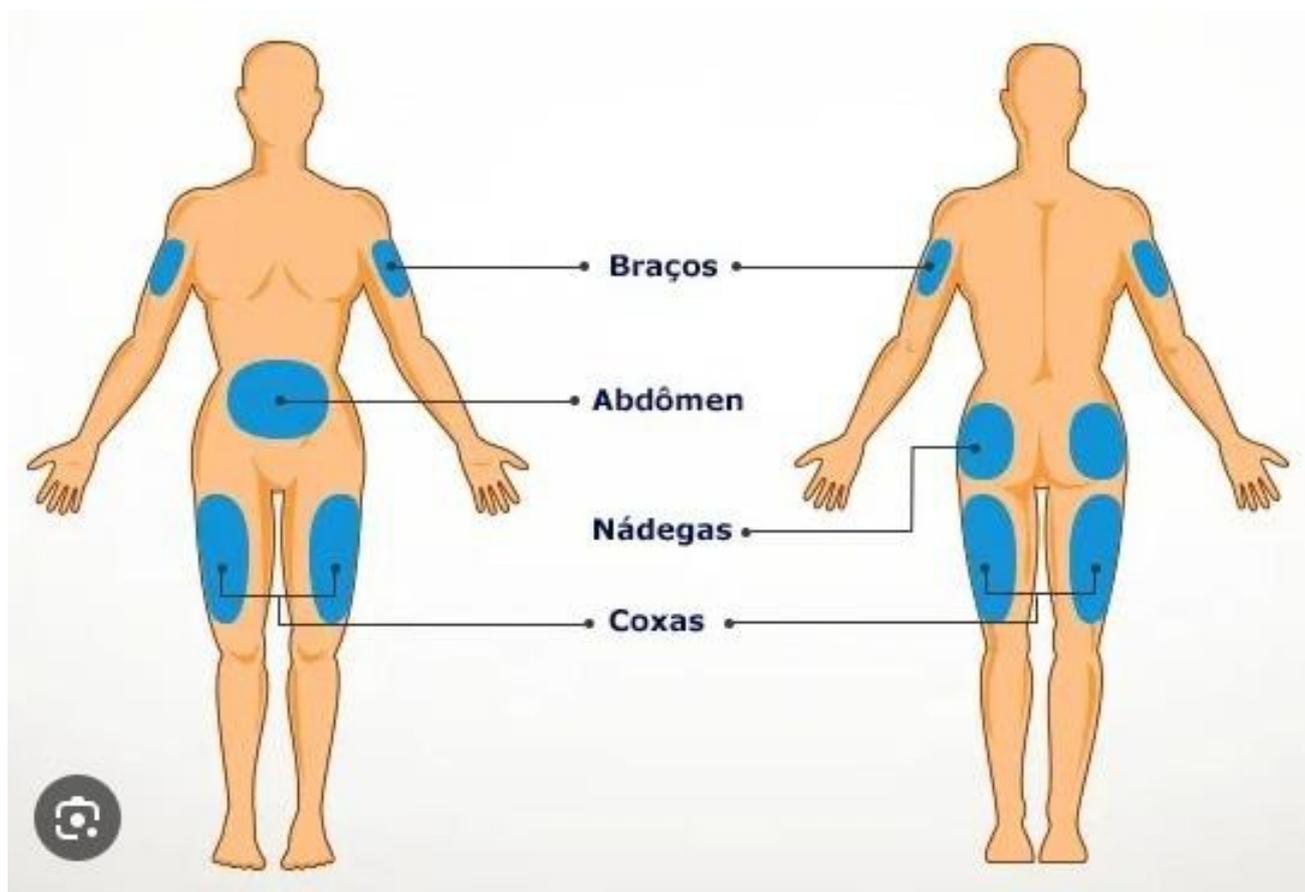
ELABORADO POR: eSF Água Limpa	DATA ELABORAÇÃO: 19/02/2018
REVISADO POR: Livia Izabela Martins Garcia Sirlene Ferreira Alves	DATA DA REVISÃO: 30/05/2025
APROVADO POR:	DATA DA APROVAÇÃO:

POP: Visita Domiciliar ao portador de Diabetes Mellitus	REVISÃO: 30/05/2025	SEÇÃO:	POP N°: 32
RESPONSÁVEL PELA REVISÃO: Lívia Izabela Martins Garcia Sirlene Ferreira Alves	N° DE PÁGINAS: 6		

EXECUTANTES: Agentes Comunitários de Saúde (ACS).
ONDE EXECUTAR: No domicílio do(a) usuário(a).
OBJETIVOS: Acompanhar o paciente portador de Diabetes Mellitus.
FREQUÊNCIA: A visita domiciliar do Agente Comunitário de Saúde deve ocorrer no mínimo uma vez por mês para cada família. Casos especiais podem exigir visitas mais frequentes.
EQUIPAMENTOS/MATERIAIS NECESSÁRIOS: <ul style="list-style-type: none"> ● Tablet previamente sincronizado. ● Cronograma de visitas. ● Ficha de marcador de consumo alimentar. ● Ficha de Controle de Saúde dos pacientes hipertensos e diabéticos. ● Caneta, lápis, borracha, prancheta. ● Máscaras: se necessário, para proteção do ACS e do paciente, principalmente em caso de risco de doenças respiratórias. ● Álcool 70%: para higienizar as mãos antes e após o atendimento. ● Glicosímetro, lancetas e fitas de glicemia. ● Luvas de procedimento. ● Algodão. ● Folhetos e cartilhas sobre Diabetes Mellitus, alimentação saudável e atividade física.
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO: <ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar o paciente diabético.

2. Separar o material de trabalho.
3. Dirigir-se ao domicílio a ser visitado.
4. Identificar-se a família e pedir licença para entrar no domicílio.
5. Verificar índices glicêmicos registrados no cartão de controle; organização da medicação e adesão ao tratamento medicamentoso; forma de administração da insulina e armazenamento (se insulínodépendente).
6. Orientar a importância do rodízio dos locais de aplicação a fim de evitar problemas como caroços e/ou irregularidades na absorção da insulina.

Locais de Aplicação de Insulina



7. Orientar sobre o armazenamento da Insulina.

Insulina lacrada

- Conservar na geladeira (2°C a 8°C).
- Evitar a porta da geladeira, congelador e parede.
- Colocar na prateleira mais próxima à gaveta de legumes.

Insulina em uso (aberta):

- Pode ser armazenada na geladeira ou a temperatura ambiente (até 30°C).
- O prazo de validade após aberto varia de acordo com o tipo de insulina e fabricante.
- Geralmente, a insulina pode ser usada por 4 a 8 semanas após aberta, mas a orientação do fabricante deve ser seguida.

Cuidados:

- Evitar a exposição à luz direta.
- Não congelar a insulina.
- Verificar sempre a data de validade.
- Manter a insulina em um recipiente para evitar quebra em caso de queda.
- Retirar a insulina da geladeira 30 minutos antes da aplicação para evitar desconforto.

Em caso de falta de energia:

- A insulina lacrada pode ser armazenada em embalagem térmica ou isopor.
- Evitar o contato direto com gelo.
- Assim que a energia voltar, retornar a insulina à geladeira.

Os ACS desempenham um papel essencial na promoção da saúde e prevenção de doenças em nosso território. Seu foco principal é a orientação, o suporte e a educação em saúde:

- **Folhetos e Cartilhas sobre Diabetes Mellitus:** Para fornecer informações educativas ao paciente e à sua família sobre controle glicêmico, alimentação saudável, práticas de autocuidado e monitoramento da doença.
- **Cartilhas sobre Alimentação Saudável:** Com informações sobre a importância do controle de carboidratos, consumo reduzido de sal, gordura e açúcar, e a promoção de hábitos alimentares

saudáveis. Orientar acerca da alimentação saudável (usar Ficha Marcador de Consumo Alimentar – vide POP Orientação Alimentar).

- **Material Educativo sobre Exercícios Físicos:** Instruções sobre atividades físicas recomendadas para diabéticos, como caminhadas, para ajudar a controlar a glicose.
- **Ficha de Controle de Saúde dos pacientes hipertensos e diabéticos:** Para registrar a aferição da glicemia, e outros dados importantes do acompanhamento, como observações sobre o estado de saúde do paciente.
- Identificar sinais iniciais de complicações do diabetes, como **problemas nos pés** (úlceras, feridas), **dificuldades de visão**, sinais de **neuropatia** (como formigamento ou dor nas extremidades), **tremores, suor frio, perda de consciência e confusão mental**. Caso identifique algum destes sinais comunique imediatamente a equipe para orientação da melhor conduta.
- ACS **não realizarão** a aferição de glicemia capilar em domicílio. Esta decisão é fundamentada no fato de que os indivíduos insulino dependentes já dispõem dos aparelhos necessários para monitorar seus níveis de glicose.
- Os ACS atuarão como facilitadores, fornecendo orientações sobre os procedimentos adequados e esclarecendo dúvidas relacionadas à técnica e o correto manuseio dos aparelhos de aferição de glicemia.
- Verificar quando foi a última consulta do paciente na UBS e realizar agendamento com a equipe caso necessário. A periodicidade do acompanhamento do paciente diabético será definida com base na classificação de Risco Cardiovascular realizada pela equipe:

RISCO	MÉDICO/ENFERMEIRO	DENTISTA
Risco Baixo	Semestral	Semestral
Risco Médio	Semestral	Semestral
Risco Alto	Quadrimestral	Semestral
Risco Muito Alto	Trimestral	Semestral

*As consultas entre médico e enfermeiros podem ser intercaladas. A tabela sugere acompanhamento de rotina mínimo. Paciente em descompensação podem ser submetidos a avaliações mais recorrentes. Por exemplo, pacientes com pé diabético, podem demandar avaliações mensais, de acordo com a sua classificação de risco.

- Estimular o paciente a participar de grupos nas Unidades Básicas de Saúde.



- Reportar à equipe de saúde da família qualquer alteração do estado de saúde do paciente e no contexto familiar.
- Orientar o cuidado com os pés do paciente diabético conforme cartilha abaixo:

DIABETES

CUIDADOS COM OS PÉS

NOME: _____

DATA: _____

RETORNAR PARA REAVALIAÇÃO EM: _____

CUIDE BEM DOS SEUS PÉS



Verifique os seus pés todos os dias para cortes, rachaduras, inchaços, bolhas, feridas, infecções ou achados incomuns.



Se tiver dificuldades para enxergar, use um espelho ou peça ajuda de um familiar.



Seque bem os pés, principalmente nos espaços entre os dedos, utilize toalha seca e limpa.



Paciente com pele seca deve hidratar diariamente os pés, com creme hidratante, retirando o excesso do creme principalmente entre os dedos.



Mantenha as unhas curtas e limpas.

ATENÇÃO, ISTO PODE SER PERIGOSO PARA OS SEUS PÉS

Evite andar descalço, mesmo dentro de casa. Dê preferência para calçados fechados.

Evite calçados de salto alto, apertados e com costura por dentro. Os sapatos novos devem ser usados por pouco tempo nas primeiras vezes e gradualmente ir aumentando o tempo de uso.

Nunca use meias apertadas. Utilize meias de algodão, se possíveis brancas para melhor identificação de machucados e sangramentos.



CUIDADO

Não corte seus próprios calos ou calosidades.

Não trate sozinho de suas unhas encravadas ou lascadas com uso de navalhas ou tesouras. Procure sua equipe de saúde!

EVITE O FRIO E O CALOR EXTREMO

Pergunte ao profissional da saúde que te acompanha se sua sensibilidade nos pés é normal. Se for diminuída, evite aquecer os pés com bolsas de água quente, cobertores elétricos, entre outros.



**SEMPRE QUE DETECTAR QUALQUER ALTERAÇÃO NOS PÉS
PROCURE A UNIDADE DE SAÚDE!**

- Estimular o paciente a participar de grupos nas Unidades Básicas de Saúde.
- Verificar se existem outras queixas ou alterações relacionadas à saúde.

- Solicitar que o usuário/familiar assine o cronograma de visitas.
- Reportar à equipe de saúde da família qualquer alteração do estado de saúde do paciente e no contexto familiar.

REFERÊNCIAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus*. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. 162 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Guia prático do agente comunitário de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

ELABORADO POR: eSF Água Limpa	DATA ELABORAÇÃO: 19/02/2018
REVISADO POR: Livia Izabela Martins Garcia Sirlene Ferreira Alves	DATA DA REVISÃO: 30/05/2025
APROVADO POR:	DATA DA APROVAÇÃO:

POP: Prevenção e acompanhamento ao portador de ferida cutânea	REVISÃO: 30/05/2025	SEÇÃO:	POP N°: 33
RESPONSÁVEL PELA REVISÃO: Tarsila Emiliane da Cruz Costa	Nº DE PÁGINAS: 2		

EXECUTANTES: Agentes Comunitários de Saúde (ACS).
ONDE EXECUTAR: No domicílio do(a) usuário(a).
OBJETIVOS: Mensalmente ou com maior frequência, se necessário.
FREQUÊNCIA: A visita domiciliar do Agente Comunitário de Saúde deve ocorrer no mínimo uma vez por mês para cada família. Casos especiais podem exigir visitas mais frequentes.
EQUIPAMENTOS/MATERIAIS NECESSÁRIOS: <ul style="list-style-type: none"> ● Tablet previamente sincronizado; ● cronograma de visitas; ● caneta, lápis, borracha, prancheta.
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO: <ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar dentro de sua microárea os pacientes portadores de feridas. 2. Separar o material de trabalho. 3. Dirigir-se ao domicílio a ser visitado. 4. Identificar-se à família e pedir licença para entrar na residência. 5. Fazer a escuta do usuário, do cuidador e dos familiares. 6. Identificar possíveis queixas e dificuldades em relação aos cuidados e à saúde. 7. Reconhecer os fatores de riscos para o surgimento de feridas (pacientes diabéticos descompensados, acamados, alterações varicosas, idosos fragilizados, insuficiência cardíaca, entre outras). 8. Verificar se o paciente está utilizando os medicamentos de forma correta para controle das doenças de base, pois isso traz impacto no processo de cicatrização. Caso necessário, buscar apoio da equipe para organização dos medicamentos.

REFERÊNCIAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Guia prático do agente comunitário de saúde/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica.* – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

MALAGUTTI, W. *Assistência Domiciliar – Atualidades da Assistência de Enfermagem.* Rio de Janeiro: Rubio, 2012.

ELABORADO POR: eSF Cabeceiras	DATA ELABORAÇÃO: 19/02/2018
REVISADO POR: Tarsila Emiliane da Cruz Costa	DATA DA REVISÃO: 30/05/2025
APROVADO POR:	DATA DA APROVAÇÃO:

POP: Visita domiciliar de pacientes com vias alternativas	REVISÃO: 30/05/2025	SEÇÃO:	POP N°: 34
RESPONSÁVEL PELA REVISÃO: Tarsila Emiliane da Cruz Costa	N° DE PÁGINAS: 3		

EXECUTANTES: Agentes Comunitários de Saúde (ACS).
ONDE EXECUTAR: No domicílio do(a) usuário(a).
OBJETIVOS: Padronizar o atendimento ao paciente com via alternativa.
FREQUÊNCIA: Mensalmente ou com maior frequência, se necessário.
EQUIPAMENTOS/MATERIAIS NECESSÁRIOS: <ul style="list-style-type: none"> ● Tablet previamente sincronizado; ● cronograma de visitas; ● caneta, lápis, borracha, prancheta.
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO: <p>1. Usuário com início de uso de via alternativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Identificar o paciente com via alternativa (cateter e estomias) através da visita de egresso de internação e/ou contra referência da atenção secundária ou terciária. ● Separar o material de trabalho. ● Dirigir-se ao domicílio a ser visitado. ● Identificar-se à família e pedir licença para entrar na residência. ● Registrar dúvidas (do usuário e/ou cuidador). ● Solicitar ao paciente ou responsável, autorização para fotografar sumário de alta, receitas e encaminhamentos fornecidos na alta do paciente para mostrar para os profissionais da UBS. ● No caso de estomias de alimentação (gastrostomia, jejunostomia) caso não tenha ocorrido a captação pelo Melhor em Casa na alta hospitalar, agendar visita domiciliar com a equipe da UBS com prioridade para avaliar a necessidade de encaminhamentos a outros pontos da rede. Pacientes

em fase de adaptação de dieta devem ser acompanhados por profissionais do programa Melhor em Casa, conforme critérios de atendimento da modalidade AD2.

- No caso de estomias de eliminação (colostomia, ileostomia ou urostomia), orientar a família sobre o fluxo de atendimento da FAENOL. Para o cadastramento na FAENOL é necessário que o usuário ou familiar compareça ao CER/FAENOL com a cópia dos documentos do paciente. Na FAENOL serão dispensados, mensalmente, os dispositivos coletores e adjuvantes, mediante documentação original do paciente.
- No caso de estomias de ventilação (traqueostomia) caso não tenha ocorrido a captação pelo Melhor em Casa na alta hospitalar, agendar visita domiciliar com a equipe da UBS com prioridade para avaliar a necessidade de encaminhamentos a outros pontos da rede. Pacientes em fase de adaptação de dispositivo de traqueostomia devem ser acompanhados por profissionais do programa Melhor em Casa, conforme critérios de atendimento da modalidade AD2.
- Pacientes em uso de Sonda vesical de alívio ou Sonda vesical de demora, solicitar ao enfermeiro para fazer a visita domiciliar para avaliar, dar orientações e requisitar os materiais necessários para a continuidade do cuidado do paciente.
- Verificar se existem outras queixas ou alterações relacionadas à saúde.
- Solicitar que o usuário/familiar assine o cronograma de visitas.
- Reportar à equipe de saúde da família qualquer alteração do estado de saúde do paciente e no contexto familiar.

2. Usuário já em uso de via alternativas:

- No caso de alimentação enteral, agendar a visita periódica com nutricionista a cada três meses para avaliação de estado nutricional e renovação de receita de dieta.
- Verificar se existem outras queixas ou alterações relacionadas à saúde.
- Solicitar que o usuário/familiar assine o cronograma de visitas.
- Reportar à equipe de saúde da família qualquer alteração do estado de saúde do paciente e no contexto familiar.

REFERÊNCIAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013*. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html. Acesso em: 27 abr. 2025.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE MINAS GERAIS – COREN-MG. *Legislação e normas*. Disponível em: <https://www.corenmg.gov.br/wp-content/uploads/2019/12/Manual-Legislacao-e-Normas-2020.pdf>. Acesso em: 27 abr. 2025.

FAENOL. *Protocolo de atendimento aos estomizados do Município de Nova Lima*. Nova Lima, 2024.

SOBEST – Associação Brasileira de Estomaterapia. *Estomias*. Disponível em: <https://sobest.com.br/estomias>. Acesso em: 27 abr. 2025.

ELABORADO POR: eSF Honório Bicalho	DATA ELABORAÇÃO: 19/02/2018
REVISADO POR: Tarsila Emiliane da Cruz Costa	DATA DA REVISÃO: 30/05/2025
APROVADO POR:	DATA DA APROVAÇÃO:

POP: Atenção à Saúde do paciente com asma/DPOC	REVISÃO: 30/05/2025	SEÇÃO:	POP N°: 35
RESPONSÁVEL PELA REVISÃO: Carla Angelia Silva Lemes Correa	N° DE PÁGINAS: 2		

EXECUTANTES: Agentes Comunitários de Saúde (ACS).
ONDE EXECUTAR: No domicílio do(a) usuário(a).
OBJETIVOS: Promover a Atenção à Saúde do paciente com asma/DPOC.
FREQUÊNCIA: Mensalmente ou com maior frequência, se necessário.
EQUIPAMENTOS/MATERIAIS NECESSÁRIOS: <ul style="list-style-type: none"> ● Tablet previamente sincronizado; ● cronograma de visitas; ● caneta, lápis, borracha, prancheta.
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO: <ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar dentro de sua microárea os pacientes diagnosticados com asma/DPOC*. 2. Separar o material de trabalho. 3. Dirigir-se ao domicílio a ser visitado. 4. Identificar-se à família e pedir licença para entrar na residência. 5. Durante a visita domiciliar ao paciente portador de asma/DPOC atentar para sinais e sintomas relacionados à doença e uso irregular dos medicamentos. 6. Atentar para casa pouco ventilada, presença de mofo, poeira, cortinas ou tapetes e orientar oportunamente sobre a potencialização de riscos. 7. Verificar se o paciente tem contato com fumantes ou fogão a lenha no domicílio e orientar oportunamente sobre a potencialização de riscos. 8. Identificar o uso inadequado/limpeza do espaçador. 9. Identificar falta de ar, extremidades roxas, crise forte e referenciar imediatamente para o serviço de urgência.

10. Quando o paciente estiver em uso domiciliar de oxigênio, o ACS deve orientá-lo quanto aos riscos do uso inadequado, como acidentes e intoxicações, reforçando as medidas de segurança. É importante esclarecer que a reposição do oxigênio é de responsabilidade da equipe do programa Melhor em Casa, além de orientar o paciente e seus familiares sobre os procedimentos a serem adotados em caso de desabastecimento
11. Verificar se o paciente realiza controle periódico com o médico de referência.
12. Verificar se existem outras queixas ou alterações relacionadas à saúde.
13. Solicitar que o usuário/familiar assine o cronograma de visitas.
14. Reportar à equipe de saúde da família qualquer alteração do estado de saúde do paciente e no contexto familiar.

* DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica).

REFERÊNCIAS:

MENEZES, A. M. B. *et al.* Prevalência de doença pulmonar obstrutiva crônica e fatores associados: Estudo PLATINO em São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1565–1573, 2005.

RODRIGUES, S. L.; VIEGAS, C. A. A.; LIMA, T. Efetividade da reabilitação pulmonar como tratamento coadjuvante da doença pulmonar obstrutiva crônica. *Jornal de Pneumologia*, v. 28, n. 2, 2002.

SANTOS, R. S.; DONADIO, M. V. F. Efeitos da suplementação de oxigênio no exercício em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica não-hipoxêmicos. *Revista Ciência & Saúde*, v. 1, n. 1, p. 43–48, 2008.

ELABORADO POR: eSF Retiro	DATA ELABORAÇÃO: 19/02/2018
REVISADO POR: Carla Angelia Silva Lemes Correa	DATA DA REVISÃO: 30/05/2025
APROVADO POR:	DATA DA APROVAÇÃO:

POP: Visita domiciliar a pessoas com deficiência	REVISÃO: 30/05/2025	SEÇÃO:	POP N°: 36
RESPONSÁVEL PELA REVISÃO: Anali Ferreira de Jesus	Nº DE PÁGINAS: 2		

EXECUTANTES: Agentes Comunitários de Saúde (ACS).
ONDE EXECUTAR: No domicílio do(a) usuário(a).
OBJETIVOS: Identificar e acompanhar pessoas com deficiência.
FREQUÊNCIA: Mensalmente ou com maior frequência, se necessário.
<p>EQUIPAMENTOS/MATERIAIS NECESSÁRIOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Tablet previamente sincronizado; ● cronograma de visitas; ● caneta, lápis, borracha, prancheta.
<p>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Identificar durante visita domiciliar pessoas com deficiência. ● Buscar informações acerca do usuário através da escuta ao mesmo e/ou seus cuidadores ou familiares. ● Identificar grau de autonomia do usuário: <ul style="list-style-type: none"> ○ sua função no domicílio; ○ grau de dependência para realização de atividades de vida diária (banho, alimentação, troca de roupas, higiene de maneira geral); ○ fonte de renda: emprego formal ou informal, benefícios sociais; ○ formas de deslocamento e transporte. ● Identificar composição e organização familiar, idade, escolaridade, estado de saúde geral. ● Identificar se existe cuidador, quando necessário, e se o cuidador possui capacitação para exercer a função. ● Identificar rotina de atividades diárias.

- Identificar se há necessidade de:
 - uso de órteses, próteses, meios auxiliares de locomoção (cadeiras de rodas, bengalas, andadores);
 - uso de aparelhos auditivos, táteis, linguagem de sinais ou outros recursos comunicacionais.
- Identificar medicamentos em uso.
- Identificar os acompanhamentos feitos na rede de saúde pública ou privada (FAENOL, CRIA, Ambulatórios de Reabilitação, Saúde Mental, etc).
- Reforçar a importância do acompanhamento pela equipe de saúde da família.
- Verificar se existem outras demandas em relação à saúde.
- Solicitar que o usuário/familiar/responsável assine o cronograma de visitas.
- Relatar à equipe de saúde da família quaisquer alterações do estado de saúde do usuário ou do contexto familiar.

REFERÊNCIAS:

ELABORADO POR: eSF Rosário	DATA ELABORAÇÃO: 19/02/2018
REVISADO POR: Anali Ferreira de Jesus	DATA DA REVISÃO: 30/05/2025
APROVADO POR:	DATA DA APROVAÇÃO:

POP: Visita Domiciliar do ACS para pacientes do Programa Melhor em Casa	REVISÃO: 30/05/2025	SEÇÃO:	POP N°: 37
RESPONSÁVEL PELA REVISÃO: Carla Angelia Silva Lemes Correa	N° DE PÁGINAS: 2		

EXECUTANTES: Agentes Comunitários de Saúde (ACS).
ONDE EXECUTAR: No domicílio do(a) usuário(a).
OBJETIVOS: Realizar o acompanhamento e monitoramento dos pacientes assistidos pelo Programa Melhor em Casa.
FREQUÊNCIA: Mensalmente ou com maior frequência, se necessário.
EQUIPAMENTOS/MATERIAIS NECESSÁRIOS: <ul style="list-style-type: none"> ● Tablet previamente sincronizado; ● cronograma de visitas; ● caneta, lápis, borracha, prancheta.
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO: <ul style="list-style-type: none"> ● Identificar em sua microárea os pacientes acompanhados pelo Programa Melhor em Casa. ● Separar o material de trabalho. ● Dirigir-se ao domicílio a ser visitado. ● Identificar-se à família e pedir licença para entrar na residência. ● Fornecer esclarecimento e informações básicas para a família após orientações fornecidas pelas equipes. ● Levar a equipe responsável para fazer visita sempre que necessário. ● Monitorar o estado de saúde, facilitando a comunicação entre família e equipes. ● Garantir o registro no aplicativo e-SUS território. ● Avaliar as condições e infraestrutura do domicílio atentando para situações que ofereçam risco e/ou complicação à saúde do paciente.

- Acompanhar o usuário conforme plano de assistência traçado pelas equipes.
- Dar apoio emocional.
- Orientar cuidados de higiene com o corpo, alimentos, ambiente e água.
- Verificar se existem outras queixas ou alterações relacionadas à saúde.
- Solicitar que o usuário/familiar assine o cronograma de visitas.
- Reportar à equipe de saúde da família qualquer alteração do estado de saúde do paciente e no contexto familiar.

REFERÊNCIAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. *Melhor em Casa: A segurança do hospital no conforto do seu lar. Caderno de Atenção Domiciliar. v. 1.* Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Atenção Básica, 2012. p28-29.

ELABORADO POR: eSF Cruzeiro	DATA ELABORAÇÃO: 19/02/2018
REVISADO POR: Carla Angelia Silva Lemes Correa	DATA DA REVISÃO: 30/05/2025
APROVADO POR:	DATA DA APROVAÇÃO:

POP: Visita domiciliar ao usuário em sofrimento psíquico	REVISÃO: 30/05/2025	SEÇÃO:	POP N°: 38
RESPONSÁVEL PELA REVISÃO: Anali Ferreira de Jesus	Nº DE PÁGINAS: 2		

EXECUTANTES: Agentes Comunitários de Saúde (ACS).
ONDE EXECUTAR: No domicílio do(a) usuário(a).
OBJETIVOS: Identificar e acompanhar usuários com transtornos mentais e/ou em uso de substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas.
FREQUÊNCIA: Mensal ou conforme demanda.
EQUIPAMENTOS/MATERIAIS NECESSÁRIOS: <ul style="list-style-type: none"> ● Tablet previamente sincronizado; ● cronograma de visitas; ● caneta, lápis, borracha, prancheta.
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO: <ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar durante visita domiciliar usuários da saúde mental e/ou usuários de substâncias psicoativas, álcool e outras drogas. 2. Buscar informações acerca do usuário através da escuta ao mesmo e/ou seus cuidadores ou familiares. 3. Identificar grau de autonomia do usuário: <ol style="list-style-type: none"> 3.1. sua função no domicílio; 3.2. grau de dependência para realização de atividades de vida diária (banho, alimentação, troca de roupas, higiene de maneira geral); 3.3. se trabalha – quando trabalha quais as possíveis limitações ou impactos têm gerado a saúde mental no desempenho das funções.



4. Identificar os locais de acompanhamento do usuário na rede de saúde pública ou privada (ex.: UBS, CAPS II, CAPSad, EISM, CRIA, FAENOL), assim como a frequência desses acompanhamentos (diária, semanal, quinzenal, mensal etc.).
5. Observar e registrar sinais de alerta, tais como: choro fácil, tristeza persistente, desânimo, perda de interesse pelas atividades cotidianas, isolamento social, alterações no sono ou apetite, ansiedade excessiva, agressividade, desorientação, alterações no discurso ou outras manifestações comportamentais atípicas.
6. Em situações de crise, orientar o usuário e/ou seus responsáveis a buscar atendimento imediato nos serviços de urgência, como UPA, CAPS II ou CAPSad.
7. Verificar a existência de outras demandas de saúde do usuário.
8. Solicitar assinatura do cronograma de visitas pelo usuário, familiar ou responsável.
9. Relatar à equipe de Saúde da Família qualquer alteração observada no estado de saúde do usuário ou no seu contexto familiar.

REFERÊNCIAS:

ELABORADO POR: eSF Cabeceiras	DATA ELABORAÇÃO: 19/02/2018
REVISADO POR: Anali Ferreira de Jesus	DATA DA REVISÃO: 30/05/2025
APROVADO POR:	DATA DA APROVAÇÃO:

POP: Acompanhamento do portador de Tuberculose (TB) e Tuberculose latente	REVISÃO: 30/05/2025	SEÇÃO:	POP N°: 39
RESPONSÁVEL PELA REVISÃO: Andrezza Resende Dias	N° DE PÁGINAS: 6		

EXECUTANTES: Agentes Comunitários de Saúde (ACS).
ONDE EXECUTAR: Domicílio do usuário; Unidade Básica de Saúde (UBS), para atendimento e seguimento do tratamento; e ações educativas em espaços comunitários, quando aplicável.
<p>OBJETIVOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Reduzir a transmissão comunitária da doença. ● Garantir a adesão e continuidade do tratamento da TB (Tuberculose) e ILTB (Infecção Latente de Tuberculose). ● Apoiar o paciente e sua família com informações e escuta qualificada. ● Identificar precocemente efeitos adversos do uso das medicações. ● Identificar precocemente faltas e abandonos. ● Comunicar à equipe de saúde quaisquer intercorrências.
FREQUÊNCIA: Pelo menos três vezes por semana para o Tratamento Diretamente Observado (TDO), quinzenalmente para os demais procedimentos e, conforme necessidade e demanda estipuladas pela UBS.
<p>EQUIPAMENTOS/MATERIAIS NECESSÁRIOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Prontuário eletrônico ou físico do paciente. ● Ficha de acompanhamento do tratamento da TB (física ou digital). ● Cartilhas ou panfletos educativos sobre tuberculose. ● Máscaras descartáveis (para uso pelo paciente e ACS, quando necessário). ● Frascos coletores de escarro (se for solicitado exame). ● Caneta, prancheta, tablet e cronograma de visitas. ● Telefone ou aplicativo de comunicação da equipe para agilizar intercorrências.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

Etapa 1 - Reduzir a transmissão comunitária da doença

- Realizar ações educativas junto à comunidade orientando sobre fatores de risco e de proteção para TB.
- Participar com a equipe do planejamento de ações para o controle da tuberculose na comunidade.

Etapa 2 – Confirmação do caso

- Identificar os sintomáticos respiratórios nos domicílios e na comunidade.

Os principais sintomas de tuberculose incluem tosse que dura mais de três semanas, febre, sudorese noturna, perda de peso e cansaço.

- Encaminhar ou comunicar o caso suspeito à equipe.
- Orientar e encaminhar os contatos à UBS para consulta, diagnóstico e tratamento, quando necessário.
- Após diagnóstico e início do tratamento pela equipe da UBS, o ACS deve ser informado e iniciar o acompanhamento conforme orientação da equipe.

Etapa 3 – Atendimento e visita domiciliar inicial

- Apresentar-se ao paciente e à família e estar sempre utilizando uniformes ou meios de identificação. Explicar de forma acolhedora sobre a tuberculose e a importância do tratamento completo.
- Tirar dúvidas e reforçar medidas de prevenção (uso de máscara, ventilação do ambiente etc.).
- Avaliar se há crianças em domicílio e conferir cartão vacinal (a vacina BCG é a que protege contra TB), se vacinas faltantes, comunicar equipe e orientar familiares a levar a criança para atendimento e atualizar o cartão vacinal.

ATENÇÃO: O uso de máscaras cirúrgicas é recomendado para pacientes com TB pulmonar ou Síndromes Respiratórias em situação de risco de transmissão, por exemplo: falta de estrutura de ventilação adequada em salas de espera e visitas domiciliares enquanto aguarda definição do caso (atendimento, resultado de exames, internação em isolamento).

O uso de máscara cirúrgica também é recomendado para profissionais de saúde em atendimentos de pacientes com Síndromes Respiratórias e durante as primeiras semanas de tratamento (aproximadamente 2 a 3 semanas). *Importante sempre discutir o caso antes da visita com o médico ou enfermeiro da ESF para que medidas de biossegurança sejam realizadas de forma correta e não invasiva.*

Etapa 4 – Acompanhamento durante o tratamento

- Realizar visitas diárias, especialmente nas fases iniciais tanto para pacientes em tratamento de TB quanto de ILTB.
- Orientar o usuário como realizar a coleta e o encaminhamento do escarro dos sintomáticos respiratórios e do escarro de controle mensal do paciente com tuberculose pulmonar para o monitoramento da efetividade do tratamento.

Verificar e registrar:

1. Se o paciente tomou a medicação do dia

Em alguns casos de extrema vulnerabilidade e de risco de abandono do tratamento é recomendado a realização do Tratamento Diretamente Observado (TDO) para garantir que os medicamentos sejam tomados corretamente e haja aumento da adesão ao tratamento, prevenindo assim a resistência ao tratamento. Essa é uma estratégia em que um profissional de saúde observa o paciente a tomar os medicamentos diários.

Abaixo, um exemplo de Ficha de Acompanhamento da Tomada Diária da Medicação do Tratamento Diretamente Observado da Tuberculose do Protocolo Tratamento Diretamente Observado (TDO) da Tuberculose na Atenção Básica: protocolo de enfermagem (Ministério da Saúde):



FICHA DE ACOMPANHAMENTO DA TOMADA DIÁRIA DA MEDICAÇÃO DO TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO – TDO

NOME				IDADE	FORMA CLÍNICA: () Extrapulmonar () Pulmonar + Extrapulmonar																											
SEXO	PESO	DATA DE NASC. / /	INÍCIO DO TRATAMENTO / /		NÚMERO DO PRONTUÁRIO																											
ENDEREÇO																																
UNIDADE DE SAÚDE																																
FONE RESIDENCIAL		FONE COMERCIAL		DATA DA ALTA / /	MOTIVO DA ALTA																											
FORMA CLÍNICA DA TUBERCULOSE PULMONAR - baciloscopia de diagnóstico () +++ () ++ () +		TIPO DE ENTRADA () caso novo () recidiva () reingresso após o abandono () não sabe () transferência () falência		ESQUEMA UTILIZADO () Rifampicina () Estreptomina () Isoniazida () Etambutol () Pirazinamida () Etionamida		BACILOSCOPIA DE ACOMPANHAMENTO () 1º mês () 4º mês () 2º mês () 5º mês () 3º mês () 6º mês																										
MÊS	DIAS																															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
Fase de ataque																																
Fase de manutenção																																
LEGENDA DO COMPARECIMENTO: DOSE SUPERVISIONADA = S AUTOADMINISTRADO = A FALTOU A TOMADA = F																																
OBSERVAÇÕES:																																
Assinatura do Responsável:																																

2. Sinais de efeitos adversos

O uso das medicações para tratamento de TB e de ILTB podem gerar alguns sintomas que são orientados aos pacientes no início do tratamento pela equipe médica e de enfermagem, mas que precisam ser monitorados. O ACS pode reconhecer esses efeitos adversos e comunicar a equipe.

Efeitos adversos mais comuns	
Intolerância digestiva (náusea e vômito) e dor no estômago.	Dor de cabeça e mudança de comportamento (agitação, perda de sono, depressão leve, ansiedade e sonolência).
Suor/urina de cor avermelhada.	Dor nos braços e pernas.
Coceira e vermelhidão no corpo leve ou intensa.	Febre.
Dor nas articulações.	

3. Presença de sintomas respiratórios persistentes

Alguns pacientes podem ser resistentes às medicações em uso e manterem os sintomas respiratórios. É esperado que em 30 dias de tratamento contínuo e sem falta haja uma melhora significativa dos principais sintomas - febre, perda do apetite, tosse e suor noturno. Ao observar a manutenção dos sintomas ou a piora deles, o ACS precisa comunicar a equipe.

4. Adesão ao isolamento respiratório no início do tratamento

Em caso de dúvidas ou identificação da não adesão ao tratamento a equipe precisa ser comunicada

5. Oferecer apoio emocional, reforçar importância do seguimento e combater o estigma

Muitos pacientes com TB sofrem com estigmas da doença. A tuberculose é muitas vezes associada à pobreza, violência, uso de drogas e a uma vida "inferior", o que gera preconceito e julgamento. Além disso, a crença de que a doença é contagiosa pode levar ao isolamento e à discriminação, mesmo após o tratamento. Nesse sentido, é importante que os profissionais se atentem a isso para auxiliar a desmistificação dessas ideias, além de informar que após cerca de 15 dias de tratamento adequado e contínuo para tuberculose, o risco de contágio diminui significativamente, tornando-se quase insignificante o contágio.

6. Gestante e amamentação

Em caso de dúvidas, orientar que não há contraindicações à amamentação, desde que a mãe não seja portadora de mastite tuberculosa. É recomendável, entretanto, que se faça uso de máscara cirúrgica ao amamentar e cuidar da criança.

Etapa 5 – Comunicação com a equipe

- Informar imediatamente à equipe qualquer sinal de abandono, reação adversa, agravamento do quadro ou dificuldades sociais.
- Participar das discussões em equipe sobre o plano de cuidado do paciente.

Etapa 6 – Encerramento do caso

- Ao final do tratamento (geralmente após 6 meses), confirmar com a equipe o encerramento.
- Reforçar cuidados com a saúde respiratória e vigilância de contatos.

REFERÊNCIAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. *Cartilha para o Agente Comunitário de Saúde: tuberculose*. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_agente_comunitario_saude_tuberculose.pdf. Acesso em: 16 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil*. 2. ed. atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. *O trabalho do Agente Comunitário de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Protocolo de vigilância da infecção latente pelo Mycobacterium tuberculosis no Brasil*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Tratamento Diretamente Observado (TDO) da tuberculose na Atenção Básica: protocolo de enfermagem*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/tratamento_diretamente_observado_tuberculose.pdf. Acesso em: 16 jun. 2025.

ELABORADO POR: eSF Cristais	DATA ELABORAÇÃO: 19/02/2018
REVISADO POR: Andrezza Resende Dias	DATA DA REVISÃO: 30/05/2025
APROVADO POR:	DATA DA APROVAÇÃO:

POP: Visita Domiciliar Ao Portador De Doenças Infectocontagiosas	REVISÃO: 30/05/2025	SEÇÃO:	POP N°: 40
RESPONSÁVEL PELA REVISÃO: Andrezza Resende Dias	N° DE PÁGINAS: 3		

EXECUTANTES: Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Equipe de Saúde da Família e, se necessário, profissionais da vigilância epidemiológica municipal.
ONDE EXECUTAR: Domicílio do usuário; Unidade Básica de Saúde (UBS), para avaliação e orientação multiprofissional; e em ações de bloqueio epidemiológico, vigilância ativa ou busca ativa de contatos.
<p>OBJETIVOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Garantir o acompanhamento adequado de pessoas com doenças infectocontagiosas. ● Reduzir o risco de transmissão na comunidade. ● Identificar sinais de agravamento e orientar medidas de isolamento domiciliar. ● Monitorar e apoiar o paciente e seus contatos familiares. ● Promover vínculo, escuta qualificada e adesão ao tratamento.
FREQUÊNCIA: Mensalmente ou com maior frequência, se necessário.
<p>EQUIPAMENTOS/MATERIAIS NECESSÁRIOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● EPI (Equipamentos de Proteção Individual): máscara cirúrgica, luvas descartáveis, protetor facial (conforme risco). ● Material para higiene das mãos (álcool 70%). ● Tabet previamente sincronizado. ● Cartilhas ou panfletos educativos sobre a doença específica (se houver). ● Caneta, prancheta e cronograma de visitas. ● Telefone ou aplicativo para comunicação com a equipe.
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

Doenças infectocontagiosas são aquelas que se transmitem com facilidade e rapidez, causadas por agentes patogênicos, como vírus, bactérias, fungos, protozoários ou helmintos.

Entre os exemplos de doenças infectocontagiosas, destacam-se: COVID-19 (causada pelo coronavírus SARS-CoV-2), hanseníase, sarampo, rubéola e síndrome da rubéola congênita, poliomielite, meningite, tétano neonatal, difteria, coqueluche, escabiose, varicela, além das doenças diarreicas e das infecções sexualmente transmissíveis (ISTs).

A atuação do ACS junto aos portadores de doenças infectocontagiosas deve priorizar a prevenção, educação em saúde, identificação precoce de sinais e sintomas, adesão ao tratamento e notificação, respeitando o sigilo, a ética e as normas de biossegurança. A visita domiciliar a esses pacientes deve seguir medidas de proteção individual e coletiva, conforme orientações da equipe de saúde.

Etapa 1 – Planejamento da visita

- Verificar com a equipe de saúde o diagnóstico, estágio da doença, medidas de precaução recomendadas e objetivo da visita. Preparar os EPIs e orientar-se sobre o protocolo vigente da doença em questão.

Etapa 2 – Abordagem segura e acolhedora

- Chegar ao domicílio com os EPIs corretamente posicionados.
- Identificar-se e explicar de forma clara e respeitosa o motivo da visita.
- Evitar contato físico, manter distanciamento adequado e realizar higiene das mãos antes e após a visita.

Etapa 3 – Orientações e monitoramento

- Avaliar se o paciente apresenta sintomas em agravamento (febre, falta de ar, perda de peso importante e sinais neurológicos como confusão mental, raciocínio lentificado, alterações visuais, sensitivas e motoras, entre outros sintomas).
- Reforçar as orientações sobre:
 - isolamento domiciliar (quando indicado e de acordo com protocolo da doença);
 - higiene respiratória e das mãos;
 - ventilação dos ambientes;
 - uso correto da medicação;
 - proteção dos contatos domiciliares;

- registrar as informações coletadas e relatar qualquer intercorrência à equipe.

Etapa 4 – Identificação de contatos e risco de transmissão

- Identificar se há pessoas próximas com sintomas sugestivos.
- Orientar a busca por atendimento na UBS, se necessário e orientar uso de EPIs necessárias como máscara cirúrgica. De preferência, comunicar a equipe para atendimento agendado preconizando as normas de biossegurança.
- Notificar a equipe de saúde para investigação de contatos e, se for o caso, realizar busca ativa com apoio da vigilância.

Etapa 5 – Acompanhamento e desfecho

- Realizar visitas periódicas conforme protocolo e evolução do caso.
- Apoiar o paciente com escuta qualificada e vínculo.
- Participar das reuniões da equipe para definição de condutas e encerramento do caso quando indicado.

REFERÊNCIAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. *O trabalho do Agente Comunitário de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BVS – Biblioteca Virtual em Saúde. *Doenças transmissíveis*. Atenção Primária em Saúde. Disponível em: <https://aps-repo.bvs.br/decs/doencas-transmissiveis/>. Acesso em: 16 jun. 2025.

MOURA, A. S. *Doenças infectocontagiosas na Atenção Básica à Saúde*. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2016.

ELABORADO POR: eSF Cabeceiras	DATA ELABORAÇÃO: 19/02/2018
REVISADO POR: Andrezza Resende Dias	DATA DA REVISÃO: 30/05/2025
APROVADO POR:	DATA DA APROVAÇÃO:

POP: Visita Domiciliar para o combate à dengue e outras arboviroses	REVISÃO: 30/05/2025	SEÇÃO:	POP N°: 41
RESPONSÁVEL PELA REVISÃO: Luiza Ferreira Rabelo Fernanda Amaral Rodrigues Chaves	Nº DE PÁGINAS: 2		

EXECUTANTES: Agentes Comunitários de Saúde (ACS).
ONDE EXECUTAR: Domicílio do(a) usuário(a).
OBJETIVOS: Prevenir a proliferação do mosquito da dengue e outras arboviroses e encaminhar para UBS os casos suspeitos da doença.
FREQUÊNCIA: Mensalmente ou com maior frequência, se necessário.
EQUIPAMENTOS/MATERIAIS NECESSÁRIOS: <ul style="list-style-type: none"> ● Tablet previamente sincronizado; ● cronograma de visitas; ● caneta, lápis, borracha e prancheta.
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO: <ol style="list-style-type: none"> 1. Separar o material de trabalho. 2. Dirigir-se ao domicílio a ser visitado. 3. Identificar-se à família e pedir licença para entrar na residência. 4. Em caso de dificuldade de acesso à residência, como em casos em que o horário de trabalho coincide com o da equipe, tente insistir na visita. Explique a importância do combate à dengue e sensibilize o familiar presente sobre esse tema. 5. Orientar os moradores sobre a doença, incluindo sintomas, riscos e o agente transmissor. Também indique sobre a importância do uso de repelentes para proteção, principalmente para gestantes. 6. Explicar a importância de verificar se há larvas ou mosquitos transmissores dentro do domicílio e na área ao redor. Destaque os criadouros mais comuns e a necessidade de eliminá-los.

<p>7. Orientar e acompanhar o morador na remoção, destruição ou vedação de objetos que possam acumular água e se transformar em criadouros. Se necessário, remova mecanicamente ovos e larvas de mosquitos.</p> <p>8. Anotar na ficha de visita a presença de criadouros com larvas ou mosquitos, especialmente aqueles que dependem de intervenção da equipe da Zoonoses. Informar a equipe semanalmente sobre casos de difícil acesso ou que precisem de larvicidas ou biolarvicidas.</p> <p>9. Informar ao morador sobre a importância da vacinação contra a dengue e as faixas etárias contempladas pelo município.</p> <p>10. Solicitar que o usuário assine o cronograma de visitas.</p> <p>11. Encaminhar os casos suspeitos de dengue ou outras arboviroses para a Unidade Básica de Saúde, seguindo as orientações da Secretaria Municipal de Saúde.</p> <p>12. Manter contato frequente e realizar visitas de acompanhamento com os pacientes com suspeita ou confirmados para dengue que estão sendo monitorados pela UBS.</p>	
REFERÊNCIAS:	
ELABORADO POR: eSF Cabeceiras	DATA ELABORAÇÃO: 19/02/2018
REVISADO POR: Luiza Ferreira Rabelo e Fernanda Amaral Rodrigues Chaves	DATA DA REVISÃO: 30/05/2025
APROVADO POR:	DATA DA APROVAÇÃO:

POP: Verificação da Situação Vacinal	REVISÃO: 30/05/2025	SEÇÃO:	POP N°: 42
RESPONSÁVEL PELA REVISÃO: Érica Souza Silva	Nº DE PÁGINAS: 5		

EXECUTANTES: Agentes Comunitários de Saúde (ACS).
ONDE EXECUTAR: Domicílio do(a) usuário(a).
OBJETIVOS: Acompanhar a situação vacinal de todos os membros da família, em todas as faixas etárias, promovendo a atualização do esquema vacinal e contribuindo para o controle de doenças imunopreveníveis.
FREQUÊNCIA: Mensalmente, ou com maior frequência, conforme a necessidade.
EQUIPAMENTOS/MATERIAIS NECESSÁRIOS: <ul style="list-style-type: none"> ● Caderneta de Vacinação (individual). ● Calendário nacional de vacinação (atualizado). ● Materiais educativos (panfletos, cartazes, se disponíveis). ● Cronograma de visitas. ● Tablet previamente sincronizado. ● Caneta e prancheta. ● Relatório de visita domiciliar.
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO: <ol style="list-style-type: none"> 1. Durante todas as visitas domiciliares solicitar e avaliar cartão de vacina de todos os membros da família. 2. Orientar o usuário ou responsável que, caso situação de atraso, procurar uma sala de vacinação. 3. Quando se tratar de usuário acamado, restrito ao domicílio ou em condições que o impossibilite de se deslocar até a UBS, reportar ao enfermeiro (a) para que a vacinação no domicílio seja agendada. 4. Quando houver situações em que o usuário se recuse a apresentar o cartão, ou apenas informe que está atualizado, insista em verificar e sensibilize-o quanto à importância das vacinas e desse cuidado; se

não houver êxito em próximas tentativas, informe ao enfermeiro e registre no aplicativo e-SUS território, no campo “anotações”.

5. Verificar se existem outras queixas ou alterações relacionadas à saúde.
6. Adicionar as informações no aplicativo e-SUS território e solicitar que o usuário/familiar assine o cronograma de visitas.
7. Reportar à equipe de saúde da família qualquer alteração do estado de saúde do paciente e no contexto familiar.
8. O acompanhamento da vacinação de crianças menores de 5 anos é prioritário e devem ser feitas buscas ativas constantes quando ocorrer atrasos, almejando que a criança não extrapole a faixa etária de recomendação de cada vacina.
9. Caso ocorra busca ativa, deve adicionar a informação no campo “busca ativa” e selecionar a opção “vacina” na ficha de visita domiciliar.
10. Em situações em que se observem negligências relacionadas à vacinação, deve-se reportar ao enfermeiro (a) para que o mesmo tome medidas cabíveis.
11. Em situações de Campanha de Vacina, deve-se reforçar o convite aos grupos prioritários, a fim de não haver baixa cobertura vacinal e conseqüentemente maior risco de transmissão de doenças imunopreveníveis. Fornecer materiais educativos, no caso da existência deste.



CALENDÁRIO NACIONAL DE VACINAÇÃO

Vacinas para criança

Vacina	Prevenção Contra	Composição	Momento da Dose		Intervalo entre as Doses		Volume da Dose	Via de Administração	Local de Aplicação	Aguarda Hipodérmica Recomendada (Ano/Mês)	
			Esquema Básico	Reforço	Recomendada	Mínimo					
BCG	Formas graves de tuberculose, meningite e leish.	Bactéria viva atenuada	Dose única	-	Ao nascer	-	0,1 mL e 0,25 mL, a depender da aplicação em nível da cidade que será administrada	Intradérmica	Intenção: Inferior ao músculo deltóideu direito	13x4,5	
Hepatite B recombinante	Hepatite B	Antígeno recombinante de superfície do vírus purificado	Dois ao nascer	-	Ao nascer	-	0,5 mL	Intramuscular	Vento lateral da coxa	20x5,5 25x4,5 25x7	
Poliomielite 1,2,3 (VIP - Inativada)	Poliomielite	Vírus inativado tipos 1, 2 e 3	3 doses	2 reforços com 1 vacina VOP	1ª dose: 2 meses 2ª dose: 4 meses 3ª dose: 6 meses	40 dias	30 dias	0,5 mL	Intramuscular	Vento lateral da coxa	20x5,5 25x4,5 25x7
Poliomielite 1 e 3 (VOP - atenuada)	Poliomielite	Vírus vivo atenuado tipos 1 e 3	-	2 reforços	1º reforço: 15 meses 2º reforço: 4 anos de idade	-	-	2 gotas	Oral	Capacidade oral	-
Rosavírus humano GIPI (VRH)	Difteria por Rosavírus	Vírus vivo atenuado	2 doses	-	1ª dose: 3 meses 2ª dose: 4 meses	40 dias	30 dias	1 mL	Oral	Capacidade oral	-
DTP-Hib-HB (Penta)	Difteria, Tétano, Coqueluche, Haemophilus influenzae b e Hepatite B	Tetóides diftérico e tétânico e lactose e lactulose inativadas. Hib: capsulotomias conjugadas do Hib. Subgrupo de superfície de HB	3 doses	2 reforços com 1 vacina DTP	1ª dose: 3 meses 2ª dose: 4 meses 3ª dose: 6 meses	40 dias	30 dias	0,5 mL	Intramuscular	Vento lateral da coxa	20x5,5 25x4,5 25x7
Pneumocócica 10-valente (PCV 10)	Pneumococis, Meningite, Otite, Sinusite e infeções respiratórias que complicam a vaca	Poliacção conjugada de 10 sorotipos pneumocócicos	2 doses	Reforço	1ª dose: 3 meses 2ª dose: 4 meses Reforço: 12 meses	40 dias	30 dias da 1ª dose e 30 dias da 2ª dose para 2º reforço	0,5 mL	Intramuscular	Vento lateral da coxa	20x5,5 25x4,5 25x7
Meningocócica C (Conjugada)	Meningite meningocócica sorotipo C	Poliacção conjugada de 10 sorotipos pneumocócicos	2 doses	Reforço	1ª dose: 3 meses 2ª dose: 4 meses Reforço: 12 meses	40 dias	30 dias da 1ª dose e 30 dias da 2ª dose para 2º reforço	0,5 mL	Intramuscular	Vento lateral da coxa	20x5,5 25x4,5 25x7
Febre Amarela (Atenuada)	Febre Amarela	Vírus vivo atenuado	1 dose	Reforço	Dose: 9 meses Reforço: 4 anos de idade	-	30 dias	0,5 mL	Subcutânea	Músculo deltóide	13x4,5
Sarampo, Caxumba e Rubéola (SCR)	Sarampo, Caxumba e Rubéola	Vírus vivos atenuados	2 doses	-	12 meses	-	30 dias	0,5 mL	Subcutânea	Músculo deltóide	13x4,5

Vacina	Prevenção Contra	Composição	Momento da Dose		Intervalo entre as Doses		Volume da Dose	Via de Administração	Local de Aplicação	Aguarda Hipodérmica Recomendada (Ano/Mês)	
			Esquema Básico	Reforço	Recomendada	Mínimo					
Sarampo, Caxumba, Rubéola e Varicela (SCRV)	Sarampo, Caxumba, Rubéola e Varicela	Vírus vivos atenuados	1 dose (segunda dose de SCR e primeira dose de varicela)	-	15 meses	-	30 dias entre a dose de sarampo, varicela e a dose de tetravalente	0,5 mL	Subcutânea	Músculo deltóide	13x4,5
Hepatite A (HA)	Hepatite A	Antígeno do vírus da hepatite A, inativado	1 dose	-	15 meses	-	-	0,5 mL	Intramuscular	Vento lateral da coxa	20x5,5 25x4,5 25x7
Difteria, Tétano e Pertussis (DTP)	Difteria, Tétano e Coqueluche	Tetóides diftérico e tétânico e lactulose e lactose inativadas. Hib: capsulotomias conjugadas do Hib	Considerar doses anteriores com pentavalente e DTP	2 reforços	1º reforço: 15 meses 2º reforço: 4 anos de idade	-	-	0,5 mL	Intramuscular	Vento lateral da coxa em crianças < 2 anos de idade. Ventroglúteo em crianças > 2 anos	20x5,5 25x4,5 25x7
Difteria e Tétano (dT)	Difteria e Tétano	Tetóides diftérico e tétânico purificados, inativados	3 doses (considerar doses anteriores com pentavalente e DTP)	-	Acada 10 anos. Em caso de ferimento grave a cada 5 anos	-	-	0,5 mL	Intramuscular	Músculo deltóide, Vento lateral da coxa, dorso-glúteo ou ventroglúteo	20x5,5 25x4,5 25x7
Papilomavírus humano (HPV)	Papilomavírus humano (1, 16 e 18 (trivalentes))	Partículas do vírus atenuado de superfície	2 doses	-	6 a 14 anos para meninas; 11 a 14 anos para meninos	-	-	0,5 mL	Intramuscular	Músculo deltóide	20x5,5 25x4,5 25x7
Pneumocócica 23-valente (PPV 23)	Meningite, Sepsis Pneumocócica, Sinusite, Otite e Bronquite	Poliacção conjugada de 23 sorotipos pneumocócicos	1 dose	-	A partir de 65 anos de idade para os idosos saudáveis, sem contraindicação da vacina PCV 10	-	-	0,5 mL	Intramuscular	A partir de 65 anos: músculo deltóide, ventroglúteo, dorso-glúteo e ventrolateral da coxa	20x5,5 25x4,5 25x7
Varicela	Varicela	Vírus vivo atenuado	1 dose (Primeira dose de varicela)	-	4 anos	-	30 dias	0,5 mL	Subcutânea	Músculo deltóide ou Vento lateral da coxa	13x4,5



Saiba mais em gov.br/saude



CALENDÁRIO NACIONAL DE VACINAÇÃO

Vacinas para adolescente

Vacina	Proteção Contra	Composição	Número de Doses		Idade Recomendada	Intervalo entre as Doses		Volume da Dose	Via de Administração	Local da Aplicação	Agulha Hipodérmica Recomendada (desc./mm)	
			Esquema Básico	Reforço		Recomendada	Mínimo					
Hepatite B recombinante	Hepatite B	Antígeno recombinante de superfície do vírus purificado	3 doses (1 dose ou 2 doses de acordo com situação vacinal)	-	-	2ª dose: 1 mês após 1ª dose; 3ª dose: 4 meses após 1ª dose	-	0,5 mL ou 1 mL, a depender do fabricante ou da idade que será administrada.	Intramuscular	Músculo deltóide, ventroglúteo e vastos laterais da coxa	20x5,5 28x7	
Difteria e Tétano (dT)	Difteria e Tétano	Tossoides difterico e tétanico purificados, inativados	3 doses (1 dose ou 2 doses de acordo com situação vacinal)	-	-	Acada 10 anos. Em caso de ferimentos graves a cada 5 anos	60 dias	30 dias	0,5 mL	Intramuscular	Músculo deltóide, vasto lateral da coxa, dorsoglúteo ou ventroglúteo	20x5,5 28x7
Febre Amarela (Atenuada)	Febre Amarela	Vírus vivo atenuado	1 dose única para pessoas que nunca foram vacinadas ou em componente de revacinação	Reforço: caso a pessoa tenha recebido uma dose de vacina ou não tenha recebido a 2ª dose de vacina	-	1 dose única para pessoas que nunca foram vacinadas ou em componente de revacinação	-	-	Subcutânea	Músculo deltóide	18x4,5	
Sarampo, Caxumba e Rubéola (SCR)	Sarampo, Caxumba e Rubéola (SCR)	Vírus vivos atenuados	1 dose ou 2 doses de acordo com situação vacinal	-	-	-	30 dias	0,5 mL	Subcutânea	Músculo deltóide	18x4,5	
Papilomavírus humano (HPV)	Papilomavírus humano 6, 11, 16 e 18 (recombinante)	Partícula da cápsula do vírus antigênico de superfície	1 dose ou 2 doses de acordo com situação vacinal	-	-	9 a 14 anos, para meninas; 11 a 14 anos para meninos	2ª dose: 6 meses após 1ª dose	0,5 mL	Intramuscular	Músculo deltóide	20x5,5 28x7	
Pneumocócica 23-valente (PPV 23)	Menigococo Pneumococo, Streptococo e Branquite	Polissacarídeo capsular de 23 sorotipos pneumocócicos	1 dose	-	-	A partir de 5 anos de idade para os grupos indígenas, sem componente da vacina PCV10	-	0,5 mL	Intramuscular	Músculo deltóide, ventroglúteo e vastos laterais da coxa	20x5,5 28x7	
Menigocócica ACWY (Conjugada)	Menigococo meningocócico serogrupo A, C, W e Y	Polissacarídeos capsulares purificados de Neisseria meningitidis dos sorotipos A, C, W e Y	1 dose	-	-	11 a 12 anos	-	0,5 mL	Intramuscular	Músculo deltóide	20x5,5 28x7	

Vacinas para adulto e idoso

Vacina	Proteção Contra	Composição	Número de Doses		Idade Recomendada	Intervalo entre as Doses		Volume da Dose	Via de Administração	Local da Aplicação	Agulha Hipodérmica Recomendada (desc./mm)	
			Esquema Básico	Reforço		Recomendada	Mínimo					
Hepatite B recombinante	Hepatite B	Antígeno recombinante de superfície do vírus purificado	3 doses (1 dose ou 2 doses de acordo com situação vacinal)	-	-	2ª dose: 1 mês após 1ª dose; 3ª dose: 4 meses após 1ª dose	-	0,5 mL ou 1 mL, a depender do fabricante ou da idade que será administrada.	Intramuscular	Músculo deltóide, ventroglúteo e vastos laterais da coxa	20x5,5 28x7 30x7	
Difteria e Tétano (dT)	Difteria e Tétano	Tossoides difterico e tétanico purificados, inativados	3 doses (1 dose ou 2 doses de acordo com situação vacinal)	-	-	Acada 10 anos. Em caso de ferimentos graves a cada 5 anos	60 dias	30 dias	0,5 mL	Intramuscular	Músculo deltóide, vasto lateral da coxa, dorsoglúteo ou ventroglúteo	20x5,5 28x7
Febre Amarela (Atenuada)	Febre Amarela	Vírus vivo atenuado	1 dose única para pessoas que nunca foram vacinadas ou em componente de revacinação	Reforço: caso a pessoa tenha recebido uma dose de vacina ou não tenha recebido a 2ª dose de vacina	-	1 dose única para pessoas que nunca foram vacinadas ou em componente de revacinação	-	-	Subcutânea	Músculo deltóide	18x4,5	
Sarampo, Caxumba e Rubéola (SCR)	Sarampo, Caxumba e Rubéola	Vírus vivos atenuados	2 doses (2ª a 27 anos) 1 dose (20 a 59 anos) (reforço: situação vacinal anterior)	-	-	-	30 dias	0,5 mL	Subcutânea	Músculo deltóide	18x4,5	
Pneumocócica 23-valente (PPV 23)	Menigococo Pneumococo, Streptococo e Branquite	Polissacarídeo capsular de 23 sorotipos pneumocócicos	1 dose	-	-	1 dose ser feita a 5 anos após a primeira dose	-	0,5 mL	Intramuscular	Músculo deltóide, ventroglúteo, dorsoglúteo e vastos laterais da coxa	20x5,5 28x7	

Vacinas para gestante

Vacina	Proteção Contra	Composição	Número de Doses		Idade Recomendada	Intervalo entre as Doses		Volume da Dose	Via de Administração	Local da Aplicação	Agulha Hipodérmica Recomendada (desc./mm)	
			Esquema Básico	Reforço		Recomendada	Mínimo					
Hepatite B recombinante	Hepatite B	Antígeno recombinante de superfície do vírus purificado	3 doses (1 dose ou 2 doses de acordo com situação vacinal, independentemente da idade gestacional)	-	-	2ª dose: 1 mês após 1ª dose; 3ª dose: 4 meses após 1ª dose	2ª dose: 1 mês após 1ª dose; 3ª dose: 4 meses após 1ª dose	0,5 mL ou 1 mL, a depender do fabricante ou da idade que será administrada.	Intramuscular	Músculo deltóide, ventroglúteo e vastos laterais da coxa	20x5,5 28x7	
Difteria e Tétano (dT adulto)	Difteria e Tétano	Tossoides difterico e tétanico	3 doses (1 dose ou 2 doses de acordo com situação vacinal)	-	-	A cada 10 anos. Em caso de ferimentos graves a cada 5 anos	60 dias	30 dias	0,5 mL	Intramuscular	Músculo deltóide, vasto lateral da coxa, dorsoglúteo ou ventroglúteo	20x5,5 28x7
Difteria, Tétano, Pertussis acelular (dTPa adubo)	Difteria, Tétano e Coqueluche	Tossoides difterico e tétanico purificados e bactéria da coqueluche, inativada	1 dose para gestantes a partir da 20ª semana de gravidez	1 dose a cada gestação	-	1 dose a cada gestação	60 dias após dT	30 dias após dT	0,5 mL	Intramuscular	Músculo deltóide, vasto lateral da coxa, dorsoglúteo ou ventroglúteo	20x5,5 28x7



Sabe mais em gov.br/saude



OBSERVAÇÃO

O calendário de vacina é modificado periodicamente pelo Ministério da Saúde, sendo necessária a atualização continua do profissional.

REFERÊNCIAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. *PNI: entenda como funciona um dos maiores programas de vacinação do mundo*. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/agosto/pni-entenda-como-funciona-um-dos-maiores-programas-de-vacinacao-do-mundo>. Acesso em: 16 jun. 2025.



ELABORADO POR: eSF Cascalho	DATA ELABORAÇÃO: 19/02/2018
REVISADO POR: Érica Souza Silva	DATA DA REVISÃO: 30/05/2025
APROVADO POR:	DATA DA APROVAÇÃO:

POP: Tabagismo	REVISÃO: 30/05/2025	SEÇÃO:	POP N°: 43
RESPONSÁVEL PELA REVISÃO: Andrezza Resende Dias Diego Luiz Gomes Duarte		Nº DE PÁGINAS: 4	

EXECUTANTES: Agentes Comunitários de Saúde (ACS).
ONDE EXECUTAR: Domicílio do(a) usuário(a); ações comunitárias e atividades coletivas de promoção à saúde.
<p>OBJETIVOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Identificar usuários tabagistas no território adscrito. ● Realizar abordagem breve/mínima e sensibilização para cessação do tabagismo. ● Encaminhar para avaliação e possível inclusão no Programa de Controle do Tabagismo da UBS. ● Acompanhar e apoiar os usuários durante o processo de cessação.
FREQUÊNCIA: Mensalmente, ou com maior frequência, conforme a necessidade.
<p>EQUIPAMENTOS/MATERIAIS NECESSÁRIOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Tablet previamente sincronizado; ● materiais educativos (panfletos, cartazes, se disponíveis); ● cronograma de visitas; ● caneta e prancheta; ● telefone ou aplicativo de comunicação da equipe para agendamento e acompanhamento.
<p>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar levantamento do número de usuários de produtos de tabaco que residem naquele local. 2. Orientar fumantes a não usar produtos de tabaco em ambientes fechados, evitando o tabagismo passivo e suas consequências para as pessoas que convivem com eles.

3. Alertar os adultos a não fumar na presença de crianças e não pedir que elas comprem produtos de tabaco.
4. Realizar uma abordagem breve/mínima ao usuário em cada visita domiciliar, estimulando-o a parar de usar o produto de tabaco. Essa abordagem tem como objetivo o conhecimento de situações de risco que levam o usuário a fumar, fazendo com que ele consiga enfrentar tais momentos sem usar a droga. Consiste em cinco procedimentos, que são: perguntar, avaliar, aconselhar, preparar e acompanhar, conforme as explicações a seguir:

4.1. Perguntar:

Em suas visitas domiciliares, o ACS deve procurar saber se alguém do local fuma e, em caso afirmativo, questionar: 1) Há quanto tempo você fuma? 2) Quantos cigarros você fuma por dia? 3) Quanto tempo após acordar você fuma o primeiro cigarro (convencional, eletrônico, de palha etc.)? 4) Você está interessado em parar de fumar? 5) Você já tentou parar de fumar antes? Em caso afirmativo, perguntar: 6) O que aconteceu?

4.2. Avaliar:

As respostas dadas às perguntas anteriores devem ser avaliadas com o objetivo de identificar os usuários de tabaco e conhecer o seu grau de dependência e motivação para deixar o uso do produto, conforme explicado abaixo:

Pergunta 1: Além de informar se a pessoa é usuária de produto de tabaco, essa questão é importante, pois quanto mais cedo se começa a fumar e quanto maior a quantidade de produtos fumados na vida, maior é a probabilidade de desenvolver doenças relacionadas ao tabagismo.

Perguntas 2 e 3: Essas questões, juntas, servem para conhecer o grau de dependência da nicotina. Caso o usuário fume, por exemplo, 20 ou mais cigarros convencionais por dia e acenda o primeiro até 30 minutos após acordar, ele apresenta uma dependência física elevada à nicotina. Isso reforça ainda mais a necessidade de encaminhá-lo a uma unidade de saúde do SUS que realize tratamento do tabagismo.

Perguntas 4, 5 e 6: Essas questões indicam o interesse, ou não, do usuário em deixar de fumar. Quem deseja parar encontra-se motivado e certamente será mais receptivo à abordagem do ACS. Da mesma forma, é importante saber se o usuário já tentou parar de fumar antes, bem como a razão de não ter conseguido, para que desta vez ele alcance seu objetivo.

4.3. Aconselhar:

Todo usuário de produto de tabaco deve ser aconselhado a parar de fumar de maneira enfática, porém sem agressividade. É importante relatar ao fumante não somente os malefícios causados pelo tabagismo, mas também os benefícios que ele alcançará ao cessar o uso do produto de tabaco e que estão descritos a seguir nesta cartilha. Deve-se explicar ao usuário que mesmo uma pequena quantidade do produto já o coloca em risco e leva ao adoecimento e à morte precoce. Além disso, o ACS precisa informar que parar de usar a droga sempre vale a pena, em qualquer momento da vida, ainda que o fumante já esteja com alguma doença causada por esse consumo. O usuário também deve ser orientado sobre o tabagismo passivo e entender que as substâncias liberadas pelo cigarro e por outros produtos fumígenos podem causar doenças e mortes prematuras em parentes e amigos que convivem com ele em casa ou no trabalho.

4.4. Preparar:

Todo fumante deve ser preparado para deixar de usar o produto de tabaco (cigarro convencional, eletrônico, de palha etc.). O primeiro passo é encorajá-lo a marcar uma data para parar o uso, preferencialmente nos próximos 30 dias. É muito importante reforçar sempre que a vontade de consumir o produto de tabaco será muito forte nos primeiros dias sem usá-lo. Mas a chamada “fissura” passa em até 5 minutos, e a tendência é que vá diminuindo de intensidade ao longo dos dias sem uso da droga. O ACS pode auxiliar o fumante, explicando que, diante de uma vontade forte de usar a droga, podem ser adotados os seguintes procedimentos: Se estiver acostumado a fumar após o café, procurar evitá-lo nos primeiros dias para diminuir a “fissura”. Nesse caso, é recomendado substituir o café por sucos e, principalmente, bastante água gelada. Escovar os dentes logo após as refeições ajuda a resistir à vontade de usar. Chupar gelo ou cristais de gengibre é uma boa alternativa para resistir à “fissura”. Dentro do possível, procurar comer mais frutas e legumes, evitando frituras, alimentos processados, bebidas alcoólicas e refrigerantes. Praticar a atividade física que for possível, como caminhar, andar de bicicleta, fazer alongamentos e outras. Durante a abordagem do ACS ao fumante, é importante perceber quando o cigarro é usado, por exemplo, como uma “válvula de escape” para aliviar problemas ou como um “companheiro” na solidão. Assim, o profissional poderá alertar esse usuário de que a droga, além de não resolver seus problemas, acaba criando mais um em sua vida, por causa não só da dependência, mas também das consequências à sua saúde e à de seus familiares. O ACS, portanto, ajuda o fumante a compreender que a droga não é sua amiga, porque produz doenças e sofrimento. Outra questão a ser trabalhada é orientar os familiares e amigos do fumante sobre o fato de que ele não usa o produto porque quer,

mas sim porque é dependente da nicotina. Dessa forma, quando desejar parar de usar o produto de tabaco, vai necessitar de todo o apoio das pessoas próximas. É importante ter paciência com a possível irritação que a falta da droga provocará e incentivá-lo a conseguir se manter sem ela. Algumas pessoas podem conseguir parar de usar tabaco com a abordagem breve feita durante as visitas do ACS. No entanto, algumas têm um nível de dependência elevado e, ao tentar parar, enfrentam grande sofrimento físico e psicológico, que as impede de cessar o uso. Caso o fumante não consiga deixar de usar, deve ser encaminhado para a unidade básica de saúde de referência para o tratamento para cessação do tabagismo.

4.5. Acompanhar:

Em todas as visitas, estando o paciente sem fumar, o ACS deve parabenizá-lo. É fundamental mostrar interesse por sua conquista e mantê-lo motivado. O paciente deve ser alertado para evitar situações que o fragilizem e possam estimular uma recaída. Caso ele acenda um cigarro ou dê uma tragada ou fumada, por exemplo, corre o risco de voltar a usar o produto de tabaco em quantidade superior à que consumia antes, exatamente por ser dependente de nicotina. Aqueles que estão em tratamento do tabagismo nas unidades do SUS devem ser incentivados a continuar frequentando as consultas individuais ou em grupo, com o objetivo de conseguir parar de fumar. O mesmo incentivo deve ser dado àqueles que, após parar, acabaram recaído. A recaída pode ser entendida como uma volta ao uso de qualquer produto de tabaco após ter deixado de fumar. O tabagismo, como qualquer dependência química, é uma doença crônica sujeita às recaídas como parte do processo. Após uma recaída, é essencial acolher e incentivar o fumante a procurar atendimento em sua unidade de saúde para retomar o tratamento para cessação do tabagismo no SUS. O ACS deve esclarecer que, na maioria dos casos, mais de uma tentativa é necessária até que se consiga ficar definitivamente livre da nicotina.

5. Atualizar o cadastro individual e domiciliar.
6. Registrar informações no aplicativo e-SUS território.

REFERÊNCIAS:

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (BRASIL). *Agente comunitário de saúde e o controle do tabagismo no Brasil*. 3. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2025

ELABORADO POR:

DATA ELABORAÇÃO:

19/02/2018



**NOVA
LIMA**
prefeitura

O
futuro
mora
aqui

REVISADO POR: Andrezza Resende Dias Diego Luiz Gomes Duarte	DATA DA REVISÃO: 30/05/2025
APROVADO POR:	DATA DA APROVAÇÃO:

POP: Orientação Alimentar	REVISÃO: 30/05/2025	SEÇÃO:	POP N°: 44
RESPONSÁVEL PELA REVISÃO: Flavia Cristina Farnezes Lima Débora Fernandes Rodrigues		Nº DE PÁGINAS: 10	

EXECUTANTES: Agentes Comunitários de Saúde (ACS).
ONDE EXECUTAR: Domicílio do(a) usuário(a), Unidade Básica de Saúde.
OBJETIVOS: Coletar informações sobre os hábitos alimentares do usuário e fornecer orientações básicas quando necessário.
FREQUÊNCIA: <ul style="list-style-type: none"> ● Crianças até 2 anos: Aos 15 dias de vida, 1 mês, 2, 4, 6, 9, 12, 18 e 24 meses. ● Indivíduos a partir de 2 anos: No mínimo, um registro por ano.
EQUIPAMENTOS/MATERIAIS NECESSÁRIOS: <ul style="list-style-type: none"> ● Ficha de Marcador de Consumo Alimentar; ● cronograma de visitas; ● caneta, lápis, borracha e prancheta; ● tablet previamente sincronizado.
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO: <ol style="list-style-type: none"> 1. Separar o material de trabalho. 2. Dirigir-se ao domicílio para as visitas de rotina. 3. Identificar, no domicílio, os usuários que são elegíveis para aplicação do questionário. 4. Iniciar o preenchimento do questionário com as respostas dadas pelo usuário utilizando o espaço adequado para a faixa etária e orientar acerca da alimentação, de acordo com as respostas obtidas:

Ficha de marcadores de consumo alimentar

Compatível com a MCA / e-SUS APS v.3.2.0

CNS do profissional *	CBO *	CNES *	INE *	Data *
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CPF / CNS do cidadão *				
<input type="text"/>				
Data de nascimento *	Sexo *	Local de atendimento *		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		

DATA: Dia/mês/ano em que foi realizado o registro no formulário.

CNS ou CPF DO CIDADÃO: Campo destinado ao número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do cidadão que está em atendimento.

DATA DE NASCIMENTO: Informe o dia, mês e ano do nascimento do cidadão. Variável de verificação do CNS.

SEXO: Assinalar F – feminino ou M – masculino ou I - Indeterminado.

LOCAL DE ATENDIMENTO: Informar o número referente ao local em que foi realizado o atendimento do usuário, considerando as seguintes opções:

(01) UBS

(02) Unidade Móvel

(03) Rua

(04) Domicílio

(05) Escola/Creche

(06) Outros

(07) Polo (Academia da Saúde) – denomina-se polo a unidade (espaço físico) do Programa Academia da Saúde. É considerado polo tanto a estrutura física construída especificamente para o desenvolvimento do programa quanto o espaço físico destinado para tal fim nas dependências de uma UBS, desde que o número de CNES desta UBS esteja associado ao código 12 (estrutura de Academia da Saúde).

(08) Instituição/Abrigo – instituições para acolhimento destinadas a famílias e/ou indivíduos com vínculos familiares rompidos ou fragilizados, a fim de garantir proteção integral.

(09) Unidade prisional ou congêneres – cadeia pública, colônia agrícola, industrial ou similar, casa do albergado, centro de observação e hospital de custódia e tratamento psiquiátrico.

(10) Unidade socioeducativa – base física necessária para a organização e o funcionamento de programa de atendimento de medidas socioeducativas. | Fonte: SAPS/MS.

Crianças menores de 6 meses:

Crianças menores de 6 meses	
A criança ontem tomou leite do peito?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe
Ontem a criança consumiu:	
Mingau	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe
Água / Chá	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe
Leite de vaca	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe
Fórmula infantil	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe
Suco de fruta	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe
Fruta	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe
Comida de sal (de panela, papa ou sopa)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe
Outros alimentos / bebidas	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe

- **Quando a resposta à pergunta “A criança ontem tomou leite do peito?” for NÃO:** Identifique os motivos pelos quais a criança não está em aleitamento materno exclusivo e desestimule o consumo de outros alimentos. Oriente que, até o 6º mês de idade, ela deve receber apenas leite materno. Não é necessário oferecer qualquer outro alimento, como outro leite, água ou chás. O leite materno é tudo que a criança precisa.

- **Quando QUALQUER UMA das opções da questão “Ontem a criança consumiu” for marcada:** Investigar as causas para a criança estar recebendo outro tipo de alimento. Até o 6º mês de idade, a criança deve receber apenas leite materno. Não é necessário oferecer outro leite, água, chás ou qualquer outro alimento.

Crianças de 6 a 23 meses:



Crianças de 6 a 23 meses

A criança ontem tomou leite do peito? Sim Não Não sabe

Ontem, a criança comeu fruta inteira, em pedaço ou amassada? Sim Não Não sabe

Se sim, quantas vezes? 1 vez 2 vezes 3 vezes ou mais Não sabe

Ontem a criança comeu comida de sal (de panela, papa ou sopa)? Sim Não Não sabe

Se sim, quantas vezes? 1 vez 2 vezes 3 vezes ou mais Não sabe

Se sim, essa comida foi oferecida: Em pedaços Amassada Passada na peneira Liquidificada Só o caldo Não sabe

Ontem a criança consumiu:

Outro leite que não o leite do peito Sim Não Não sabe

Mingau com leite Sim Não Não sabe

Iogurte Sim Não Não sabe

Legumes (não considerar os utilizados como temperos, nem batata, mandioca / aipim / macaxeira, cará e inhame) Sim Não Não sabe

Vegetal ou fruta de cor alaranjada (abóbora ou jerimum, cenoura, mamão, manga) ou folhas verde-escuras (couve, caruru, beldroega, bortalha, espinafre, mostarda) Sim Não Não sabe

Verdura de folha (alface, acelga, repolho) Sim Não Não sabe

Carne (boi, frango, peixe, porco, miúdos, outras) ou ovo Sim Não Não sabe

Fígado Sim Não Não sabe

Feijão Sim Não Não sabe

Arroz, batata, inhame, aipim / macaxeira / mandioca, farinha ou macarrão (sem ser instantâneo) Sim Não Não sabe

Hambúrguer e / ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha) Sim Não Não sabe

Bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná / groselha ou suco de fruta com adição de açúcar) Sim Não Não sabe

Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados Sim Não Não sabe

Biscoito recheado, doces ou guloseimas (balas, pirulitos, chiclete, caramelo, gelatina) Sim Não Não sabe

- **Quando a resposta à pergunta “A criança ontem tomou leite do peito?” for NÃO:** O leite materno confere importante proteção contra diversas doenças nos primeiros anos de vida. A continuidade do aleitamento até os 2 anos ou mais objetiva ampliar a disponibilidade de energia e de micronutrientes da alimentação, particularmente o ferro. É importante, no entanto, orientar as mães que o leite do peito sozinho não é mais suficiente para suprir as necessidades das crianças e deve ser complementado pela alimentação saudável e planejada adequadamente.

- **Quando a resposta à pergunta “Ontem, a criança comeu fruta inteira, em pedaço ou amassada?” for NÃO ou quando a resposta à pergunta “Quantas vezes?” for uma:** A partir dos 6 meses, as necessidades nutricionais da criança aumentam, devendo a mãe ou cuidador apresentar, além do leite materno, outros alimentos. Os alimentos devem ser oferecidos três vezes ao dia (papa salgada e papa de fruta). Frutas como laranja, limão, acerola, goiaba, manga são importantes fontes de vitamina C e devem

ser oferecidas junto ou após a refeição principal para aumentar a absorção de ferro. É fundamental também oferecer duas frutas diferentes por dia, para que a criança conheça o sabor de frutas variadas.

- Quando a resposta à pergunta “Ontem, a criança comeu comida de sal (de panela, papa ou sopa)?”

for NÃO: A partir dos 6 meses, as necessidades nutricionais da criança aumentam, devendo a mãe ou cuidador apresentar, além do leite materno, outros alimentos. Os alimentos devem ser oferecidos três vezes ao dia (papa salgada e papa de fruta). A papa salgada deve conter um alimento do grupo dos cereais e tubérculos, um dos legumes e verduras, um de origem animal e um das leguminosas. A complementação da alimentação contribui com o fornecimento de energia, proteína e micronutrientes, além de preparar a criança para formação de hábitos alimentares saudáveis no futuro.

- Quando a resposta a qualquer uma das perguntas “Ontem, a criança consumiu: outro leite que não leite do peito/mingau com leite/iogurte?”

for SIM: É comum que as mães se sintam inseguras quanto à capacidade de fazer uma criança ganhar peso ou crescer só com o seu leite; geralmente elas têm uma expectativa maior do que a real sobre a quantidade de alimentos que o bebê necessita. A mãe deve ser orientada que o leite artificial aumenta o risco de doenças, alergias, constipação intestinal, entre outros, explicando as verdadeiras necessidades alimentares do bebê nessa idade e estimulando que a única fonte de leite seja a do peito.

- Quando a resposta às perguntas “Ontem, a criança consumiu: legumes/verduras de folha?”

for NÃO: Legumes e verduras de folha são fontes de vitaminas, minerais e fibras e devem ser estimulados na alimentação infantil. A criança que desde cedo come frutas, verduras e legumes variados e com frequência diária adquire hábitos alimentares mais saudáveis. Os alimentos dos grupos vegetais podem ser, inicialmente, pouco aceitos por elas, que recebem melhor o sabor doce, mas seu consumo deve ser estimulado e a mãe ou cuidador orientados a insistir em sua oferta. Para a aceitação de um novo alimento, a criança precisa experimentá-lo, pelo menos, de 8 a 10 vezes.

- Quando a resposta à pergunta “Ontem, a criança consumiu: vegetal ou fruta de cor alaranjada”

for NÃO: O consumo de alimentos como frutas e vegetais de cor alaranjada e folhas verde-escuras deve ser estimulado por serem importantes fontes de vitamina A. Dê preferência ao consumo de alimentos regionais ricos nesse micronutriente. Podem-se citar como exemplo os alimentos: manga, mamão, abóbora ou jerimum, cenoura, couve, rúcula, agrião.

- Quando a resposta à pergunta “Ontem, a criança consumiu carne ou ovo?”

for NÃO: As carnes e os ovos são importantes fontes de proteínas, e as carnes também são ótimas fontes de ferro. São essenciais para o crescimento e o desenvolvimento da criança. A introdução do ovo aos 6 meses deve ser avaliada

pelo profissional de saúde, levando em consideração o histórico de alergia alimentar na família. Oferecer a carne desfiada ou amassada, evitando liquidificar os alimentos.

- **Quando a resposta à pergunta “Ontem, a criança consumiu fígado?” for NÃO:** A partir do momento em que a criança começa a receber alimentação complementar, a absorção do ferro do leite materno reduz, por isso a importância de se oferecer fígado para a criança, mesmo que em pequenas quantidades. O consumo de fígado pode prevenir o surgimento da anemia ferropriva e também é importante fonte de vitamina A. Oriente quanto ao consumo de fígado pelo menos uma vez na semana.

- **Quando a resposta à pergunta “Ontem, a criança consumiu feijão?” for NÃO:** O feijão é um tipo de leguminosa e é rico em proteína, contendo ainda fibra alimentar, vitaminas do complexo B, ferro, cálcio e outros minerais. Feijão com arroz é uma combinação típica brasileira, sendo saudável e completa em proteínas. O uso de outros tipos de leguminosas, como soja, grão-de-bico, ervilha seca, lentilha e fava, também é aconselhável.

- **Quando a resposta à pergunta “Ontem, a criança consumiu arroz, batata, inhame, aipim/macaxeira/mandioca, farinha ou macarrão?” for NÃO:** Ricos em carboidratos, são as principais fontes de energia para o bom funcionamento do corpo humano. As fontes básicas de carboidrato são grãos (arroz, trigo e milho), tubérculos (batata) e raízes (mandioca). Devem-se oferecer preparações com esses alimentos nas principais refeições, com os alimentos dos grupos das proteínas e das leguminosas. Dê preferência a esses alimentos em vez dos industrializados.

- **Quando a resposta à pergunta “Ontem, a criança consumiu hambúrguer e/ou embutidos?” for SIM:** Os produtos derivados de carne (embutidos, hambúrgueres, salsichas, salames, linguiças etc.) têm, em geral, quantidades elevadas de gordura saturada e sódio, devendo ser evitados, pois seu consumo elevado é considerado fator de risco para várias doenças. Eles são práticos, geralmente de baixo custo e longa duração, sendo assim, tendem a ser preferidos quando não há a informação adequada sobre o risco de sua ingestão habitual. A orientação para o consumo de carnes deve ser para que a família prepare o produto in natura (que não tenha passado pelo processo de industrialização), de boa qualidade sanitária e pobre em gorduras. Oriente que a formação de hábitos saudáveis se inicia quando a criança começa a receber alimentação complementar, devendo evitar oferecer alimentos não saudáveis.

- **Quando a resposta à pergunta “Ontem, a criança consumiu bebidas adoçadas?” for SIM:** Bebidas industrializadas adoçadas possuem quantidades elevadas de açúcar e baixo teor de nutrientes importantes para manutenção da saúde. O consumo excessivo desses alimentos aumenta o risco de doenças como obesidade, hipertensão arterial, diabetes e doenças do coração. É necessário orientar sobre a redução do

consumo de alimentos e bebidas processados com alta concentração de açúcar e da quantidade de açúcar adicionada nas preparações caseiras e bebidas. Em substituição a esses produtos, é aconselhável o consumo de frutas in natura. Oriente que a formação de hábitos saudáveis se inicia quando a criança começa a receber alimentação complementar, devendo evitar oferecer alimentos não saudáveis.

- **Quando a resposta à pergunta “Ontem, a criança consumiu macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados?” for SIM:** Produtos industrializados do tipo macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote e biscoitos salgados são geralmente ricos em gorduras do tipo vegetal hidrogenada (gordura trans). Elas, embora sejam feitas a partir de óleos vegetais, são tão ou mais prejudiciais à saúde que as gorduras saturadas. Esses produtos também são ricos em sódio, o que os torna mais palatáveis e atrativos. Entretanto, seu consumo habitual e contínuo traz riscos para a saúde, pois pode favorecer a incidência de doenças do coração e a obesidade. Para uma alimentação adequada e saudável, é necessário desestimular o consumo desses produtos.

Oriente que a formação de hábitos saudáveis se inicia quando a criança começa a receber alimentação complementar, devendo evitar oferecer alimentos não saudáveis.

- **Quando a resposta à pergunta “Ontem, a criança consumiu biscoito recheado, doces ou guloseimas?” for SIM:** Doces, guloseimas e biscoitos recheados são ricos em açúcar simples. O açúcar é utilizado para adoçar e preservar alimentos e bebidas industrializados, mas não é necessário ao organismo humano, pois a energia que fornece pode ser facilmente adquirida pelos grupos de alimentos fonte de carboidratos complexos (amidos). Mas o ser humano, desde que nasce, tem preferência por alimentos com sabor doce, o que explica o grande consumo e preferência por eles. Biscoitos recheados também são ricos em gorduras, em geral do tipo trans, o que agrega ainda mais risco ao consumo exagerado e contínuo. O indivíduo deve ser orientado a reduzir gradualmente o consumo até que não faça mais parte dos seus hábitos de família. Frutas in natura podem ser alternativas para substituição dos doces em sobremesas e lanches.

Crianças com 2 anos ou mais, adolescentes, adultos, gestantes ou idosos:



Crianças com 2 anos ou mais, adolescentes, adultos, gestantes e pessoas idosas

Você tem costume de realizar as refeições assistindo à TV, mexendo no computador e / ou celular Sim Não Não sabe

Quais refeições você faz ao longo do dia? Café da manhã Lanche da manhã Almoço Lanche da tarde Jantar Ceia

Ontem você consumiu:

Feijão Sim Não Não sabe

Frutas frescas (não considerar suco de frutas) Sim Não Não sabe

Verduras e / ou legumes (não considerar batata, mandioca, aipim, macaxeira, cará e inhame) Sim Não Não sabe

Hambúrguer e / ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha) Sim Não Não sabe

Bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná / groselha ou suco de fruta com adição de açúcar) Sim Não Não sabe

Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados Sim Não Não sabe

Biscoito recheado, doces ou guloseimas (balas, pirulitos, chiclete, caramelo, gelatina) Sim Não Não sabe

- **Quando a resposta à pergunta “Você tem o costume de realizar as refeições assistindo à televisão, mexendo no computador e/ou celular?” for SIM:** Oriente o usuário que coma, com regularidade, em ambientes tranquilos, sem pressa e sem fatores que lhe tirem o foco, e, sempre que possível, em companhia agradável. Não parar para fazer as refeições com tranquilidade pode comprometer os mecanismos biológicos que sinalizam a saciedade.

- **A partir da pergunta “Quais refeições você faz ao longo do dia?”**, identifique a realização de três refeições principais (café da manhã, almoço e jantar): Oriente que é necessário realizar três refeições por dia (café da manhã, almoço e jantar) e, caso a pessoa sinta necessidade, intercalar com lanches, que pode ser o consumo de frutas frescas ou secas, leite ou iogurte e castanhas ou nozes.

- **Quando a resposta à pergunta “Ontem, você consumiu feijão?” for NÃO:** O feijão é um tipo de leguminosa e é rico em proteína, fibra alimentar, vitaminas do complexo B, ferro, cálcio e zinco. Estimule o seu consumo diário. A mistura de feijão com arroz é uma combinação típica brasileira, sendo saudável e completa em proteínas. O uso de outros tipos de leguminosas, como soja, grão-de-bico, ervilha, lentilha e fava, também são aconselháveis.

- **Quando a resposta à pergunta “Ontem, você consumiu frutas frescas?” for NÃO:** As frutas devem estar presentes diariamente nas refeições. Elas são ricas em vitaminas, minerais e fibras. A ingestão pode ser parte das refeições principais em saladas ou como sobremesas ou em refeições menores, entre as principais. É importante valorizar os produtos regionais e variar o tipo de fruta, preferindo aquelas da estação.

- **Quando a resposta à pergunta “Ontem, você consumiu verduras e/ou legumes (não considerar batata, aipim, inhame, mandioca ou macaxeira)?” for NÃO:** Orientar que as verduras e/ou legumes devem estar presentes diariamente nas refeições, podendo ser consumidos de diversas **formas, como** em saladas, em preparações quentes, em sopas ou na forma de purê. Verduras e legumes são ricos em vitaminas, minerais e fibras e possuem baixa concentração de calorias.
- **Quando a resposta à pergunta “Ontem, você consumiu hambúrguer e/ou embutidos, por exemplo: presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha?” for SIM:** Os produtos processados derivados de carne (embutidos, hambúrgueres, salsichas, salames, linguiças etc.) têm quantidades elevadas de gordura saturada e sódio, devendo ser evitados. Desestimule o consumo desses alimentos. Oriente o consumo de carnes brancas, vermelhas ou ovo, por possuírem alta qualidade de proteínas, vitaminas e minerais, em vez de carnes processadas/industrializadas.
- **Quando a resposta à pergunta “Ontem, você consumiu bebidas adoçadas, por exemplo: refrigerantes, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná/groselha, suco de fruta com adição de açúcar?” for SIM:** Oriente a redução do consumo de alimentos e bebidas processados com alta concentração de açúcar, estimulando o consumo de frutas in natura, suco de frutas sem adição de açúcar e água. Bebidas industrializadas adoçadas possuem quantidades elevadas de açúcar e baixo teor de nutrientes.
- **Quando a resposta à pergunta “Ontem, você consumiu macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados?” for SIM:** Produtos industrializados do tipo macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote e biscoitos salgados são geralmente ricos em gorduras do tipo vegetal hidrogenada (gordura trans). Elas, embora sejam feitas a partir de óleos vegetais, são tão ou mais prejudiciais à saúde que as gorduras saturadas. Esses produtos também são ricos em sódio, o que os torna mais palatáveis. Entretanto seu consumo habitual e contínuo traz riscos para a saúde, pois pode favorecer a incidência de doenças do coração e a obesidade. Para uma alimentação adequada e saudável, é necessário diminuir o consumo desses produtos.
- **Quando a resposta à pergunta “Ontem, você consumiu doces, guloseimas e/ou biscoito recheado?” for SIM:** Biscoitos recheados, doces e guloseimas são ricos em açúcar simples e gorduras. Desencoraje o consumo desses alimentos nas refeições e estimule o consumo de frutas in natura, na forma de sucos naturais sem adição de açúcar ou em pedaços, nas refeições, em sobremesa e nos lanches.

1. Dirigir-se a UBS para fazer a digitação.

2. Acessar o PEC do e-SUS.
3. Digitar seu usuário e senha.
4. Clicar em “CDS”.
5. Clicar em “Marcador de Consumo Alimentar”.
6. Preencher todos os dados do formulário, conforme a ficha preenchida no domicílio.
7. Clicar em salvar.

REFERÊNCIAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. *e-SUS Atenção Básica: manual e-SUS APS*. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Orientações para avaliação de marcadores de consumo alimentar na Atenção Básica*. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2015.

ELABORADO POR: eSF Cruzeiro

DATA ELABORAÇÃO:

19/02/2018

REVISADO POR: Flavia Cristina Farnezes Lima

DATA DA REVISÃO:

Débora Fernandes Rodrigues

30/05/2025

APROVADO POR:

DATA DA APROVAÇÃO:

POP: Visita domiciliar a pessoas em situação de violência	REVISÃO: 30/05/2025	SEÇÃO:	POP N°: 45
RESPONSÁVEL PELA REVISÃO: Anali Ferreira de Jesus	N° DE PÁGINAS: 2		

EXECUTANTES: Agentes Comunitários de Saúde (ACS).
ONDE EXECUTAR: Domicílio do(a) usuário(a).
OBJETIVOS: Identificar e acompanhar pessoas em situação de violência.
FREQUÊNCIA: Mensalmente, ou com maior frequência, se necessário.
<p>EQUIPAMENTOS/MATERIAIS NECESSÁRIOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Cronograma de visitas; ● caneta, lápis, borracha e prancheta; ● tablet previamente sincronizado.
<p>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar durante visita domiciliar pessoas em situação de violência suspeitas ou confirmadas (física, sexual, psicológica/moral, negligência/abandono, financeira/econômica, autoprovocada, assédio moral, trabalho infante-juvenil, institucional, tráfico de seres humanos, intervenção legal, tortura). 2. Atentar-se para variadas situações/manifestações que possam indicar a ocorrência de situações de violência e ao identificá-las conversar com a equipe de saúde da família para que possam ser tomadas providências, conforme indicado no Guia Municipal de Atendimento às Pessoas em Situação de Violência. 3. Em casos já identificados e discutidos, observar e acompanhar o andamento das etapas de atendimento a serem seguidas, conforme o Guia Municipal de Atendimento às Pessoas em Situação de Violência. 4. Verificar se existem outras demandas em relação à saúde. 5. Solicitar que o usuário/familiar/responsável assine o cronograma de visitas.



6. Relatar à equipe de saúde da família quaisquer alterações do estado de saúde do usuário ou do contexto familiar.	
REFERÊNCIAS:	
ELABORADO POR: eSF Rosário	DATA ELABORAÇÃO: 19/02/2018
REVISADO POR: Anali Ferreira de Jesus	DATA DA REVISÃO: 30/05/2025
APROVADO POR:	DATA DA APROVAÇÃO:

POP: Atenção à saúde da população em situação de rua	REVISÃO: 30/05/2025	SEÇÃO:	POP N°: 46
RESPONSÁVEL PELA REVISÃO: Anali Ferreira de Jesus		Nº DE PÁGINAS: 3	

EXECUTANTES: Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Equipe de Saúde da Família (médico, enfermeiro e técnico de enfermagem).
ONDE EXECUTAR: Locais onde a população em situação de rua vive, circula ou permanece com frequência.
<p>OBJETIVOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Estabelecer vínculo e escuta qualificada. ● Identificar necessidades de saúde e sociais. ● Promover o acesso aos serviços de saúde. ● Acompanhar condições de saúde e continuidade do cuidado. ● Atuar na redução de danos. ● Contribuir para o acesso a políticas públicas intersetoriais. ● Registrar e acompanhar os casos de população em situação de rua no território.
FREQUÊNCIA: Mensalmente, ou com maior frequência, se necessário.
<p>EQUIPAMENTOS/MATERIAIS NECESSÁRIOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● EPI (Equipamentos de Proteção Individual): máscara cirúrgica, se necessário. ● Material para higiene das mãos: álcool 70%. ● Tablet previamente sincronizado. ● Caneta e prancheta. ● Cronograma de visitas. ● Telefone ou aplicativo para comunicação com a equipe, se necessário.
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

1. Separar o material de trabalho.
2. Levantar os pontos onde há concentração de pessoas em situação de rua (praças, viadutos, mercados, abrigos, etc.).
3. Garantir apoio institucional e, se necessário, presença de outro profissional (ex: técnico de enfermagem, agente de endemias ou assistente social). O profissional que criar vínculo deve estar sempre presente.
4. Observar o ambiente antes da aproximação.
5. Evitar ações isoladas em áreas de risco. Sempre que possível, atuar em dupla.
6. Respeitar o espaço e não abordar a pessoa de forma invasiva ou em situações de vulnerabilidade agravada (ex: sob efeito intenso de substâncias).
7. Nunca acordar o paciente.
8. Cumprimentar de forma respeitosa e apresentar-se como profissional da saúde.
9. Explicar o motivo da presença enfatizando sempre que se trata de uma abordagem de saúde no território.
10. Demonstrar disponibilidade para escuta e ajuda, sem julgamento.
11. Usar linguagem simples e empática.
12. Ouvir com atenção as falas e demandas da pessoa, respeitando seu tempo.
13. Investigar de forma sutil questões de saúde física e mental, uso de medicações, higiene, alimentação, documentos, etc.
14. Observar sinais de doenças transmissíveis (tuberculose, lesões de pele, etc.), uso problemático de álcool/drogas ou sofrimento mental.
15. Fornecer orientações básicas (higiene, alimentação, prevenção de ISTs, locais de atendimento).
16. Informar sobre os serviços de saúde disponíveis e, se possível, agendar ou facilitar o acesso à UBS ou outro ponto de atenção.
17. Quando necessário, em conjunto com a equipe, acionar a equipe de saúde mental, assistência social ou CRAS.
18. Em conjunto com a equipe, sempre acionar o Serviço Especializado em Abordagem Social da Secretaria de Desenvolvimento Social para que a pessoa em situação de rua seja atendida.
19. Registrar a abordagem no aplicativo e-SUS território, com informações relevantes sobre a pessoa e suas necessidades (sem violar sua privacidade).

<p>20. Discutir o caso com a equipe de referência para dar continuidade ao acompanhamento (PTS - Projeto Terapêutico Singular, se indicado).</p> <p>21. Incluir o morador em situação de rua no cadastro da equipe.</p> <p>22. Retornar periodicamente ao local para manter o vínculo e acompanhar a evolução da situação.</p> <p>23. Solicitar a assinatura do morador no cronograma de visitas, caso ele concorde.</p> <p>24. Reportar à equipe de saúde da família qualquer alteração do estado de saúde do paciente.</p>	
<p>REFERÊNCIAS:</p> <p>BRASIL. Ministério da Saúde. <i>Manual de cuidado à saúde junto à população em situação de rua</i>. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.</p>	
<p>ELABORADO POR: Juliana Ribeiro de Oliveira Rejane Cássia Santana Antunes</p>	<p>DATA ELABORAÇÃO: 30/05/2025</p>
<p>REVISADO POR:</p>	<p>DATA DA REVISÃO:</p>
<p>APROVADO POR:</p>	<p>DATA DA APROVAÇÃO:</p>

POP: Atuação do ACS no Planejamento Familiar (Visitas e Grupos Educativos)	REVISÃO: 30/05/2025	SEÇÃO:	POP N°: 47
RESPONSÁVEL PELA REVISÃO:	N° DE PÁGINAS: 4		

EXECUTANTES: Agentes Comunitários de Saúde (ACS).
ONDE EXECUTAR: Domicílio do(a) usuário(a), Unidade Básica de Saúde (UBS).
OBJETIVOS: Padronizar as ações dos ACS na promoção do planejamento familiar, garantindo às pessoas em idade fértil de Nova Lima acesso às informações qualificadas sobre métodos contraceptivos e fluxos de encaminhamento, com foco na saúde sexual e reprodutiva e no fortalecimento da comunicação entre usuários e equipe de saúde.
FREQUÊNCIA: Mensalmente, ou com maior frequência, se necessário.
<p>EQUIPAMENTOS/MATERIAIS NECESSÁRIOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Tablet previamente sincronizado, cronograma de visitas e materiais educativos: <ul style="list-style-type: none"> ○ folders, cartazes e panfletos informativos sobre métodos contraceptivos; ○ materiais de educação sexual disponíveis na UBS, como: <ul style="list-style-type: none"> ○ preservativos masculinos e femininos; ○ modelos anatômicos (pênis e útero) para demonstração do uso correto de preservativos. ● Lista de presença para registro de participantes dos grupos educativos. ● Quadro branco, cartolina ou recursos visuais (quando disponíveis). ● Canetas, marcadores e prancheta de apoio. ● Caixa de som portátil (opcional, para apoio nas ações educativas). ● Álcool 70% e itens de biossegurança (máscaras, quando necessário). ● Agenda física ou eletrônica para controle de encaminhamentos e agendamentos.
<p>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:</p> <p>1. ATUAÇÃO DURANTE VISITAS DOMICILIARES</p>

1.1. Identificação e mapeamento de famílias com potencial demanda por planejamento familiar:

- Levantar informações sobre composição familiar, histórico reprodutivo, acesso a métodos contraceptivos e intenção reprodutiva dos(as) usuários(as), com linguagem cortês, ética e respeitosa.
- Estabelecer abordagem acolhedora com comunicação empática, sem julgamentos.
- Garantir privacidade e confidencialidade das informações compartilhadas.
- Atentar-se ao público adolescente (10 a 19 anos), orientando sobre métodos contraceptivos e agendamento de consultas médicas e/ou de enfermagem, como foco na prevenção gravidez não planejada.
- Observar o cuidado com mulheres no puerpério, incentivando a consulta puerperal em até 40 dias pós-parto.
- Considerar especificidades do público LGBTQIA+, respeitando suas demandas e promovendo o acesso à UBS.

1.2. Identificação das Necessidades de Planejamento Familiar:

- Acompanhar os usuários no processo de planejamento familiar, oferecendo apoio e orientação, na escolha e uso adequado dos métodos contraceptivos.
- Verificar se o usuário(a) tem interesse em discutir métodos contraceptivos ou se há dúvidas sobre planejamento familiar.
- Orientar de forma ética e acessível sobre os direitos sexuais e reprodutivos, os métodos contraceptivos disponíveis e a prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), incentivando a prática da dupla proteção, especialmente com o uso combinado da camisinha masculina.
- Avaliar se o usuário(a) tem acesso aos métodos contraceptivos disponíveis na UBS.
- Participar e mobilizar a comunidade para rodas de conversa, palestras e ações educativas em conjunto com a equipe da ESF.
- Manter os protocolos de planejamento familiar, métodos contraceptivos do município, sempre atualizados, para prestar informações padronizadas e oficiais aos pacientes.
- Conhecer sobre o fluxo de encaminhamento ao serviço de infertilidade do município, mediante o encaminhamento via controle e avaliação após consulta prévia com o ginecologista.

1.3. Informação sobre os Métodos Disponíveis:

- Informar sobre os métodos contraceptivos oferecidos na rede, como preservativos, método hormonal oral e injetável, DIU de cobre, Implanon (conforme critérios de público alvo), laqueadura, vasectomia e contracepção de emergência (distribuição apenas na UBS, após prescrição médica).
- Esclarecer as opções disponíveis de forma clara e objetiva, adaptando a linguagem conforme o nível de compreensão do usuário(a).
- Orientar sobre possíveis dúvidas dentro da competência do ACS e encaminhar à equipe da UBS para mais orientações se necessário.

1.4. Encaminhamentos Necessários:

- Quando o usuário(a) demonstrar interesse, orientar a procurar a UBS para agendar consulta médica ou de enfermagem para orientação e escolha do método desejado incentivando o direito a uma vida sexual e reprodutiva saudável e segura.
- Orientar sobre a possibilidade de participação em grupos educativos de planejamento familiar.
- Informar à equipe da UBS sobre qualquer necessidade de abordagem mais especializada.
- Encaminhar o(a) paciente à UBS para informações sobre o serviço de infertilidade, mediante o encaminhamento a Belo Horizonte via controle e avaliação após consulta prévia com o ginecologista.

2. CONDUÇÃO DE GRUPO EDUCATIVO

- Definir local, data e horário do grupo educativo.
- Convidar a população durante as visitas domiciliares, na UBS, de forma que todos tenham acesso à informação e com antecedência.
- Preparar materiais educativos e garantir que a lista de presença seja devidamente preenchida.
- Registrar a ação realizada na ficha de atividade coletiva do e-SUS.
- Estimular a participação ativa dos presentes e garantir que todas as dúvidas sejam discutidas.
- Encaminhar dúvidas técnicas para os profissionais da UBS quando necessário, respeitando a competência de cada membro da equipe.
- Orientar sobre a continuidade do acompanhamento no serviço de saúde.

3. ATRIBUIÇÕES DO AGENTE DE SAÚDE (ACS) NO PLANEJAMENTO FAMILIAR

3.1. Atribuições Específicas: Conforme o Protocolo de Planejamento Familiar, o ACS deve:



- Realizar visitas domiciliares para identificar pessoas em idade fértil e informar sobre os serviços de planejamento familiar e métodos contraceptivos disponíveis na UBS.
- Identificar fatores de risco reprodutivo e informar os membros da equipe de saúde.
- Encaminhar os usuários para atendimento especializado quando necessário.
- Participar das ações coletivas sobre planejamento familiar junto à equipe de saúde.
- Acompanhar os usuários em processo de planejamento familiar, orientando sobre o fluxo e garantindo o acesso ao método escolhido.
- Orientar sobre a atualização do cartão vacinal e a disponibilidade de testes rápidos para HIV, sífilis, hepatites B e C e gravidez.
- Convidar a população para participar de ações educativas sobre planejamento familiar.

REFERÊNCIAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Caderno de Atenção Básica nº 26: Saúde sexual e saúde reprodutiva*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 312 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

NOVA LIMA. Secretaria Municipal de Saúde. *Protocolo de Planejamento Familiar*. 3. ed. Nova Lima: Secretaria Municipal de Saúde, 2023.

ELABORADO POR: Vânia Alves Braga Figueiredo	DATA ELABORAÇÃO: 30/05/2025
REVISADO POR:	DATA DA REVISÃO:
APROVADO POR:	DATA DA APROVAÇÃO:

POP: Registro de estatísticas vitais: nascimento, hospitalização e óbito	REVISÃO: 30/05/2025	SEÇÃO:	POP N°: 48
RESPONSÁVEL PELA REVISÃO: Anali Ferreira de Jesus	Nº DE PÁGINAS: 2		

EXECUTANTES: Agentes Comunitários de Saúde (ACS).
ONDE EXECUTAR: Domicílio do(a) usuário(a).
OBJETIVOS: Atualizar a estatística de nascimento, hospitalização e óbitos de usuários.
FREQUÊNCIA: Mensalmente, ou com maior frequência, se necessário.
EQUIPAMENTOS/MATERIAIS NECESSÁRIOS: <ul style="list-style-type: none"> ● Tablet previamente sincronizado. ● Cronograma de visitas. ● Canetas, marcadores e prancheta de apoio.
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO: <p>2. NASCIMENTO</p> <p>2.1. Identificar nascimento através de visita domiciliar e/ou contrarreferência da atenção terciária (Fundação Hospitalar Nossa Senhora de Lourdes) e/ou controle da equipe.</p> <p>2.2. Identificar a puérpera e o recém-nascido.</p> <p>2.3. Solicitar a caderneta da criança, certidão de registro de nascimento, cartão da gestante e sumário de alta.</p> <p>2.4. Retirar a condição de gestante do cadastro individual no e-SUS.</p> <p>2.5. Cadastrar o RN nos sistemas: Vivver, e-SUS e CadSUS WEB.</p> <p>2.6. Orientar a mãe e/ou responsável quanto às vacinas, testes (Pezinho, Orelhinha, Linguinha, Coraçõzinho e Olhinho) e comunicar a equipe caso estes não tenham sido feitos.</p> <p>2.7. Agendar consulta puerperal.</p>



- 2.8. Reforçar a importância do acompanhamento pela equipe de saúde da família e orientar e estimular que sejam realizadas as consultas de puericultura.
- 2.9. Verificar se existem outras demandas em relação à saúde.
- 2.10. Solicitar que o usuário/familiar/responsável assine o cronograma de visitas.
- 2.11. Relatar à equipe de saúde da família quaisquer alterações do estado de saúde do usuário ou do contexto familiar.

3. ALTA HOSPITALAR

- 3.1. Identificar usuário que foi hospitalizado através de visitas familiares, busca ativa, informações de familiares e/ou contrarreferência da instituição onde houve atendimento.
- 3.2. Solicitar sumário de alta, registrar causa da internação, desdobramentos e levantar demandas decorrentes da internação (visita domiciliar do médico/enfermeiro/e-Multi, curativos, insumos).
- 3.3. Solicitar que o usuário/familiar/responsável assine o cronograma de visitas.
- 3.4. Relatar à equipe de saúde da família quaisquer alterações do estado de saúde do usuário ou do contexto familiar.

4. ÓBITOS

- 4.1. Identificar o óbito através de informações de familiares, visita domiciliar ou outras fontes.
- 4.2. Solicitar atestado de óbito, registrar causa e data do mesmo.
- 4.3. Inativar usuário nos sistemas: e-SUS, Vivver, CadSUS WEB.
- 4.4. Verificar solicitações de serviço no Vivver, cancelá-las ou solicitar que o administrativo as cancele.
- 4.5. Caso o óbito seja de responsável familiar identificar novo responsável no sistema e-SUS.
- 4.6. Solicitar que o familiar assine o cronograma de visitas.
- 4.7. Encaminhar prontuário para o arquivo morto.

REFERÊNCIAS:

ELABORADO POR: eSF Honório Bicalho

DATA ELABORAÇÃO:

19/02/2018



**NOVA
LIMA**
prefeitura

O
futuro
mora
aqui

REVISADO POR: Anali Ferreira de Jesus	DATA DA REVISÃO: 30/05/2025
APROVADO POR:	DATA DA APROVAÇÃO:

POP: Orientação sobre higiene e saneamento	REVISÃO: 30/05/2025	SEÇÃO:	POP N°: 49
RESPONSÁVEL PELA REVISÃO: Michele M. Gomes		Nº DE PÁGINAS: 3	

EXECUTANTES: Agentes Comunitários de Saúde (ACS).
ONDE EXECUTAR: Domicílio do(a) usuário(a), eventos educativos, Unidade Básica de Saúde (UBS).
OBJETIVOS: Promover a educação em saúde, sensibilizando a população sobre práticas adequadas de higiene pessoal, doméstica e ambiental, bem como sobre a importância do saneamento básico para a prevenção de doenças, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida da comunidade.
FREQUÊNCIA: Durante as visitas domiciliares de rotina, em atividades coletivas ou campanhas específicas, sempre que identificado risco sanitário no território.
EQUIPAMENTOS/MATERIAIS NECESSÁRIOS: <ul style="list-style-type: none"> ● Tablet previamente sincronizado. ● Cronograma de visitas. ● Canetas, marcadores e prancheta de apoio. ● Material educativo (cartazes, folders, panfletos). ● Equipamentos de proteção individual (EPI) conforme necessidade. ● Formulários de registro de orientação prestada.
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO: <ul style="list-style-type: none"> ● Revisar materiais informativos e educativos disponíveis. ● Identificar residências prioritárias que apresentem riscos de higiene e saneamento. ● Escutar com atenção a realidade da família, respeitando hábitos e culturas locais. <p>1. Orientações de Higiene Pessoal e Doméstica:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Orientar a lavagem correta das mãos antes das refeições e após o uso do banheiro. ● Orientar a escovação dos dentes após as refeições e o uso diário de fio dental.

- Reforçar a importância do banho diário para a prevenção de doenças de pele e infecções.
- Orientar a lavagem adequada de frutas e verduras antes do consumo.
- Orientar os pais sobre a inspeção periódica do couro cabeludo das crianças para prevenção e controle de piolhos.

2. Orientações sobre Saneamento Básico e Água:

- Orientar o uso de filtros para tratamento da água ou, na ausência de filtro, a fervura da água antes do consumo.
- Orientar a cobertura correta de caixas d'água para evitar a contaminação e a proliferação de vetores.
- Orientar que as fossas devem estar sempre fechadas, higienizadas e, se possível, cercadas, para evitar acidentes e a contaminação do solo.

3. Orientações sobre Descarte Adequado de Resíduos:

- Orientar a separação adequada do lixo comum, reciclável e rejeitos especiais.
- Orientar sobre o descarte correto de objetos perfurocortantes (agulhas), medicamentos vencidos e lixo eletrônico, encaminhando para locais apropriados.

4. Identificação de outras queixas ou alterações de saúde:

- Durante a visita, investigar outras queixas de saúde que possam estar relacionadas a más condições de higiene ou saneamento.
- Encaminhar ao serviço de saúde, se necessário.

5. Registro das atividades:

- Solicitar que o usuário ou familiar assine o cronograma de visitas.
- Anotar as orientações prestadas e registrar qualquer situação crítica identificada no aplicativo e-SUS território.

6. Discussão em equipe:

- Apresentar e discutir em reunião de equipe da UBS os casos de higiene precária, domicílios sem condições mínimas de saneamento ou outras situações relevantes.

- Propor ações de apoio, notificação à vigilância sanitária ou inclusão em programas sociais, conforme necessário.

REFERÊNCIAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual do Agente Comunitário de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_agente_comunitario_saude_2009.pdf. Acesso em: 28 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde: PNaPS: revisão da Portaria MS/GM nº 2.446, de 11 de novembro de 2014*. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude.pdf. Acesso em: 28 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. *Caderno de Educação Popular em Saúde – Saneamento e Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em:

<https://aps.saude.gov.br/>. Acesso em: 28 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Vigilância em Saúde Ambiental: instruções para atuação do Agente Comunitário de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigilancia_saude_ambiental_instrucoes_acs.pdf. Acesso em: 28 abr. 2025.

ELABORADO POR: eSF Nossa Senhora de Fátima	DATA ELABORAÇÃO: 19/02/2018
REVISADO POR: Michele M. Gomes	DATA DA REVISÃO: 30/05/2025
APROVADO POR:	DATA DA APROVAÇÃO:

POP: Papel dos ACS nas atividades físicas	REVISÃO: 30/05/2025	SEÇÃO:	POP N°: 50
RESPONSÁVEL PELA REVISÃO: Lorena Gabrielle Silva Souza	Nº DE PÁGINAS: 2		

EXECUTANTES: Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Equipe E-Multi.	
ONDE EXECUTAR: Domicílio do(a) usuário(a), eventos educativos, Unidade Básica de Saúde (UBS).	
OBJETIVOS: Fortalecer a participação da comunidade nas ações de promoção da saúde por meio da atividade física regular.	
FREQUÊNCIA: Conforme a demanda ou necessidade do serviço.	
EQUIPAMENTOS/MATERIAIS NECESSÁRIOS: Convites impressos ou digitais convidando para as atividades.	
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:	
<ul style="list-style-type: none"> ● Divulgar as atividades físicas promovidas pela UBS (ginástica, ioga, alongamentos, caminhadas, etc.). ● Convidar e incentivar a participação dos usuários durante as visitas domiciliares e ações na comunidade. ● Identificar usuários com limitações ou necessidades especiais e comunicar a equipe para adaptação das atividades. ● Realizar registro de atividade coletiva. 	
REFERÊNCIAS:	
ELABORADO POR: eSF Cruzeiro	DATA ELABORAÇÃO: 19/02/2018
REVISADO POR: Lorena Gabrielle Silva Souza	DATA DA REVISÃO: 30/05/2025
APROVADO POR:	DATA DA APROVAÇÃO:

POP: Realização e registro de atividade coletiva	REVISÃO: 30/05/2025	SEÇÃO:	POP N°: 51
RESPONSÁVEL PELA REVISÃO:		N° DE PÁGINAS: 2	

EXECUTANTES: Agentes Comunitários de Saúde (ACS).
ONDE EXECUTAR: Unidade Básica de Saúde (UBS) e espaços comunitários do território (escolas, centros comunitários, igrejas, praças, entre outros).
OBJETIVOS: Padronizar o planejamento, execução e registro das atividades coletivas realizadas. Garantir a qualidade dos dados lançados no sistema e-SUS Atenção Básica.
FREQUÊNCIA: Quando for necessária a realização de atividade coletiva.
EQUIPAMENTOS/MATERIAIS NECESSÁRIOS: <ul style="list-style-type: none"> ● Lista de presença padronizada. ● Material educativo (folders, cartazes, vídeos, dinâmicas). ● Equipamentos de apoio (caixa de som, projetor, microfone). ● Tablet ou computador para registro das informações no sistema e-SUS AB.
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO: <p>1. Planejamento da Atividade</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Identificar tema relevante com base em demandas do território e prioridades de saúde pública/epidemiológica. ● Definir público-alvo, local, data e horário. ● Articular apoio da equipe de saúde e parceiros comunitários, se necessário. ● Preparar materiais educativos. <p>2. Execução da Atividade</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Chegar ao local com antecedência para organização. ● Realizar acolhida dos participantes.

- Apresentar o tema de forma clara, utilizando linguagem acessível.
- Incentivar a participação ativa dos presentes.
- Registrar a presença dos participantes em lista apropriada.
- Encerrar reforçando as mensagens-chave.

3. Registro da Atividade

- Acessar o e-SUS AB através do endereço eletrônico: <http://esus.pnl.mg.gov.br:8090>
- Na barra lateral esquerda clicar em CDS, depois em Atividade Coletiva e em Adicionar.
- Preencher a Data e Turno da atividade.
- Assinalar no campo Saúde na Escola se é uma atividade da saúde ou educação.
- Inserir o CNS ou nome dos profissionais participantes.
- Caso seja uma ação do Programa Saúde na Escola (PSE) lançar o nº INEP da escola. Caso não saiba o número, pode digitar o nome da escola.
- Lançar o número de participantes da atividade.
- Lançar o Tipo de atividade.
- Os campos Temas para reunião, Público alvo, Temas para a Saúde, Práticas para Saúde, Data de nascimento e sexo dos participantes serão preenchidos conforme habilitados pelo sistema.
- Ao final clicar em confirmar.

4. Orientações Gerais

- Utilizar sempre linguagem acolhedora e respeitosa.
- Promover o protagonismo da comunidade nas ações de saúde.
- Respeitar a diversidade cultural e as especificidades do território.

REFERÊNCIAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. *e-SUS Atenção Primária: Manual do Sistema com Foco no Registro das Atividades Coletivas*. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/esus>. Acesso em: 14 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Guia Prático do Agente Comunitário de Saúde*. 3. ed. Brasília: MS, 2022. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br>. Acesso em: 14 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica: Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017*. Disponível em:



https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf . Acesso em: 14 maio 2025.	
ELABORADO POR: Marcone Júnio Grossi Santos	DATA ELABORAÇÃO: 30/05/2025
REVISADO POR:	DATA DA REVISÃO:
APROVADO POR:	DATA DA APROVAÇÃO:

POP: Reterritorialização	REVISÃO: 30/05/2025	SEÇÃO:	POP N°: 52
RESPONSÁVEL PELA REVISÃO:	N° DE PÁGINAS: 3		

EXECUTANTES: Agentes Comunitários de Saúde (ACS).
ONDE EXECUTAR: Domicílio do(a) usuário(a), Unidade Básica de Saúde (UBS).
<p>OBJETIVOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Garantir a alocação correta de cadastros a uma nova equipe ou nova microárea de uma mesma equipe. ● Melhorar a organização territorial para fins de planejamento, vigilância e cuidado em saúde. ● Fornecer ao ACS a possibilidade de editar várias fichas de uma só vez, especificamente nos dados que representam a responsabilidade de acompanhamento de tais cadastros.
FREQUÊNCIA: Sempre que houver necessidade de atualizar vários cadastros e após alguma alteração no território (reterritorialização).
EQUIPAMENTOS/MATERIAIS NECESSÁRIOS: Dispositivo com acesso à internet (celular, tablet ou computador).
<p>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:</p> <p>5. Identificação da Mudança</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Após a criação de uma nova equipe ou de nova microárea na mesma equipe. ● Necessidade de editar várias fichas de uma vez para alterar o ACS responsável pelo acompanhamento dos cadastros. <p>6. Realização da Reterritorialização do e-SUS</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Acessar o e-SUS PEC pelo endereço: http://esus.pnl.mg.gov.br:8090/ ● Realizar o login com seu usuário e senha. ● No menu lateral esquerdo, clicar em "Gestão de Cadastros".

- Selecionar a opção "Reterritorialização".
- Informar o logradouro e/ou outro descritor para localizar os cadastros domiciliares a serem transferidos e/ou identificados com o novo ACS responsável.
- Clicar em "Buscar Imóveis".
- Na tabela de resultados devem ser exibidos os cadastros de imóveis que correspondam aos dados buscados, assim como suas respectivas informações de cadastros individuais vinculados através do processo de formação de Núcleo familiar.
- Selecionar a(s) família(s) que se deseja alterar no novo território e/ou identificar com o novo ACS responsável.
- Se algum dos cadastros vinculados ao imóvel possuir, em sua ficha mais recente, qualquer inconsistência de cadastro que não possa ser automaticamente corrigida no processo de reterritorialização não será possível selecionar o imóvel para reterritorialização e a seguinte mensagem será exibida ao passar o mouse por cima do checkbox: "Ação bloqueada. Alguns cadastros possuem inconsistências e precisam ser atualizados manualmente."
- Identifique a Unidade de Saúde, Equipe, Profissional e Microárea com as informações que deseja atualizar.
- Clicar em "Atualizar Imóveis".
- Antes de concluir a mudança dos cadastros, o sistema irá enviar uma mensagem de notificação para confirmação ou não do processo.
- Ao realizar a transferência de cadastros entre equipes, a função de reterritorialização remove a vinculação com a equipe antiga e também vincula o imóvel e os cidadãos à nova equipe.

REFERÊNCIAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual do e-SUS APS: PEC – Gestão de Cadastros: Reterritorialização*. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Disponível em: https://saps-ms.github.io/Manual-eSUS_APS/docs/PEC/PEC_09_gestao_cadastros/#93---reterritorializa%C3%A7%C3%A3o. Acesso em: 26 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Nota Técnica – Funcionalidade de reterritorialização no e-SUS PEC*. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/esus>. Acesso em: 26 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica: Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017*. Disponível em:



https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf . Acesso em: 26 maio 2025.	
ELABORADO POR: Luana Maria Guerra Marcone Júnio Grossi Santos	DATA ELABORAÇÃO: 30/05/2025
REVISADO POR:	DATA DA REVISÃO:
APROVADO POR:	DATA DA APROVAÇÃO:

ANEXO 1

DECLARAÇÃO DE TEMPO DE ATENDIMENTO OU CADASTRO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE NOVA LIMA

Declaro, para os devidos fins, junto à Secretaria Municipal de Saúde de Nova Lima/MG, que o(a) usuário(a) _____, portador(a) do CPF _____, residente à Rua _____, nº _____, Bairro _____, Nova Lima/MG, é atendido(a) pela equipe e/ou cadastrado(a) pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) na Atenção Primária à Saúde desde ____/____/____.

O endereço acima informado pertence à área de abrangência da Unidade Básica de Saúde (UBS) _____, e o(a) usuário(a) é acompanhado(a) regularmente pelos serviços prestados, sob acompanhamento do ACS _____.

Para os devidos fins e por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

Nova Lima, _____ de _____ de _____.

ACS responsável pela área
(Matrícula e assinatura)

Responsável pela UBS
(Carimbo e assinatura)

Observações:

- Esta declaração deve ser acompanhada de comprovante de endereço, quando disponível.
- Validade da declaração: 6 meses a partir da data de emissão.
- Esta declaração destina-se exclusivamente à comprovação de tempo de atendimento e/ou cadastro na Atenção Primária à Saúde.



ANEXO 2

COMUNICAÇÃO INTERNA	Nº: APS 26/2022	Data: 07/03/2022
----------------------------	--------------------	------------------

De:	Dayanna Mary de Castro / Diretora do Departamento de Atenção Primária
Para:	Secretarias Municipais de: Saúde, Educação e Desenvolvimento Social
Ref.:	Normatização da Declaração de Endereço emitida pelo Agente Comunitário de Saúde

Prezados(as),

A Declaração de Endereço emitida pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), profissionais vinculados às Unidades Básicas de Saúde (UBS), tem sido utilizada por diferentes setores da Prefeitura Municipal de Nova Lima com a finalidade de comprovar residência daqueles munícipes que não possuem comprovante de endereço em seus nomes.

Contudo, as equipes de saúde têm enfrentado alguns problemas no que se refere a emissão de tal documento: pessoas que não residem no município e solicitam a documentação; usuários que exigem a documentação em caráter de urgência; solicitação da declaração para fins externos ao setor público; dentre outros. Assim, o Departamento de Atenção Primária da Secretaria Municipal de Saúde percebeu a necessidade de normatizar a emissão de tal declaração e, a partir dessa Comunicação Interna, torna de conhecimento para os demais setores da prefeitura que fazem uso da Declaração de Endereço normativas que regem essa atribuição do ACS. Solicitamos que se atentem ao conteúdo dessa normativa antes de encaminhar o usuário à UBS para a obtenção da declaração.

Atenciosamente.


Dayanna Mary de Castro
Diretora do Departamento de
Atenção Básica - SEMSA - Nova Lima / MG
Mat.: 11976

Dayanna Mary de Castro
Diretora do Departamento de Atenção Primária a Saúde



Normatização da Declaração de Endereço emitida pelo Agente Comunitário de Saúde

Finalidade: a Declaração de Endereço emitida pelo Agente Comunitário de Saúde tem como finalidade prover, para os cidadãos que não possuem comprovante de endereço em seus nomes, um documento que declare a residência no município, para fins de acesso aos serviços públicos municipais que necessitam da comprovação de endereço.

Crítérios: a Declaração de Endereço somente poderá ser emitida pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS). Para a emissão do documento é necessário que o ACS realize uma visita domiciliar à residência do usuário e confirme, in loco, que o mesmo mora ali.

Prazo para a entrega do documento desde a solicitação: considerando que o ACS tem diversas outras atribuições para além da emissão da Declaração de Endereço e que os mesmos trabalham segundo um planejamento mensal de visitas, definiu-se que:

- ✓ **Para cidadãos ainda não cadastrados pelos ACS:** o ACS terá 30 dias corridos entre a solicitação da declaração e a emissão do documento. Esse prazo é necessário pois, para o fornecimento da declaração, o ACS precisa realizar a Visita Domiciliar para cadastro do usuário e família e verificação da moradia no local informado.
- ✓ **Para cidadãos já cadastrados pelos ACS:** o ACS terá 24 horas entre a solicitação da declaração e a emissão do documento. Nesses casos, após 24h da solicitação, o cidadão deverá buscar a Declaração de Endereço na sua UBS de referência.

Observações: os ACS estão orientados a emitir a Declaração de Endereço somente para fins de acesso serviços públicos municipais que necessitam da comprovação de endereço (ex.: agendamentos de exames e consultas especializadas; matrícula escolar; recebimento de benefícios pelo poder público; dentre outros). A utilização da Declaração para fins externo ao setor público desobriga o ACS da emissão do documento.



DECLARAÇÃO DE ENDEREÇO

Declaro, para os devidos fins, junto à Secretaria Municipal de Saúde, que o(a) usuário(a)

_____, portador do documento _____
_____, reside à Rua _____
_____, nº _____, bairro _____
_____, em Nova Lima/MG. O endereço acima citado é de abrangência da Unidade Básica de Saúde (UBS) _____ e o(a) morador(a) é usuário(a) do serviço aqui prestado e acompanhado pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) _____.

Também residem nesse endereço:

Nome	Tipo do Documento	Número do documento

Para clareza e por ser verdade, firmo a presente declaração.

Nova Lima, _____ de _____ de _____.

ACS responsável pela área

Responsável pela UBS

(Carimbo e assinatura)

Nota:

O comprovante de endereço deverá vir anexo à declaração emitida.

Declaração válida por 6 meses.

Declaração válida apenas para fins de acesso a serviços públicos da Prefeitura Municipal de Nova Lima.