

Guia informativo sobre o **Previne Brasil**

SESMA
Secretaria de
Saúde



Belém
Prefeitura da *nossa gente*

Uma abordagem técnico - teórica para profissionais



**Belém - PA
2022**

Apresentação

O presente e-book foi elaborado pela equipe do Projeto PET-SAÚDE, com apoio da Secretaria Municipal de Saúde, e tem como principal finalidade compartilhar informações acerca do Previner Brasil, abordando, sobretudo, o que mudou e o que ainda deve mudar para se alcançar melhores resultados nos indicadores de saúde, assim como planejar ações centralizadas nas reais necessidades da comunidade.

Conhecer bem o novo modelo de financiamento trará novas perspectivas para os profissionais e para os usuários da atenção primária, visto que será possível mensurar a qualidade e a efetividade das intervenções nas unidades municipais de saúde. Com isso, espera-se impactar de forma positiva e duradoura todo o processo saúde-doença e o cuidado individual-coletivo.



Colaboradores

DISCENTES:

Ana Paula Alvarenga Seguins Gomes

Arthur Andrade da Fonseca

Gabriela Cristini Manito Souza

Gabriella Karolyne Pompeu Martins

Juliana Garcia Alves

Thaís Melo Gonçalves

Thiago Pereira Lopes

Yasmin Fernanda Florencio Rodrigues

COORDENADORAS:

Cibele Braga Ferreira Nascimento

Liliane Silva do Nascimento

PRECEPTORES:

André Vilhena da Silva

Hércules Bezerra Dias

Mayra Rolla Siqueira

Apoio

Edmilson Rodrigues

Prefeito de Belém

Camilo Eduardo Almeida Pereira

Coordenador da Atenção Básica

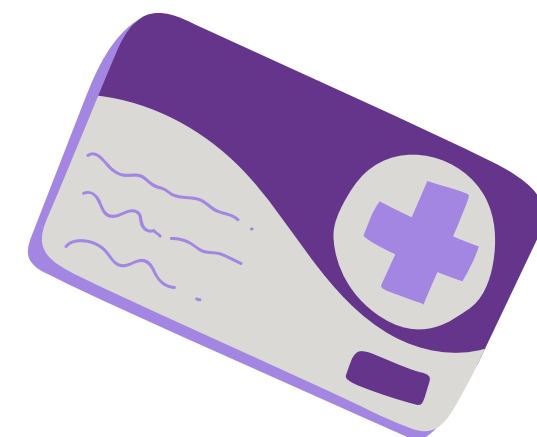
Vitor Nina de Lima

Coordenador Departamento de Ações em Saúde (DEAS)

Sumário

01	Introdução	Pág. 05
02	O que mudou?	Pág. 06
03	Indicadores do Previne Brasil	Pág. 08
04	Importância do registro de fichas	Pág. 11
05	Registro de fichas das atendimento e procedimento	Pág. 13
06	Referências	Pág. 25



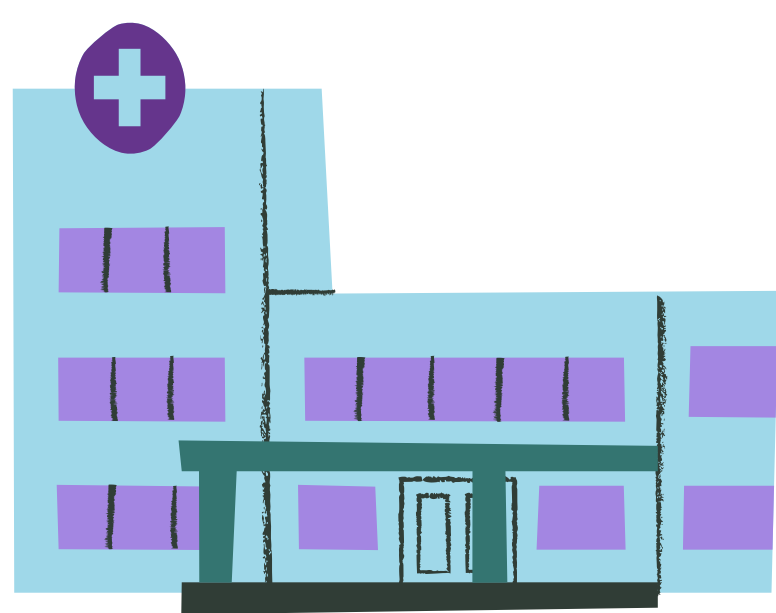


Introdução

O Programa Previne Brasil foi consolidado pela portaria N° 2.979, 12 DE NOVEMBRO DE 2019 com o intuito de organizar um novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde, visando alcançar mais brasileiros assistidos pelo Sistema Único de Saúde.

O programa enfatizou a importância do emprego de indicadores em saúde como ferramenta para auxiliar a avaliação do desempenho da Atenção Primária. Tais indicadores monitoram as ações de gestão em saúde pública, sendo possível dimensionar a produção relativa a cada unidade municipal. O município que não atender as demandas e os critérios estabelecidos poderão sofrer impactos ao perder os recursos financeiros repassados.

Dito isso, o Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde (PET-Saúde) foi proposto como uma estratégia para apoiar a consolidação do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) e o fortalecimento da relação ensino-serviço-comunidade, visando à institucionalização das atividades pedagógicas dos profissionais do serviço e ao estímulo para a inserção das necessidades do serviço como fonte de produção de conhecimento e pesquisa na Universidade, levando a orientação e conhecimento dos profissionais sobre a importância e mudanças do novo modelo de financiamento do Previne Brasil, visando melhores resultados nos indicadores de saúde, assim como planejar ações centralizadas nas reais necessidades da sociedade.



O que mudou?



O repasse financeiro feito à atenção primária era definido pelo piso de atenção básica fixo e variável, sendo o valor fixo um per capita com base na população total, segundo o IBGE. Nesse sentido, todas as pessoas de um mesmo município entravam no cálculo para gerar o financiamento final.

Atualmente, o Programa Previnir Brasil estabeleceu um tipo de pagamento misto, a fim estimular as ações e os resultados na Atenção Primária à Saúde (APS), composto pelos componentes: capitação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas.

1) Capitação Ponderada

É uma forma de repasse financeiro da APS às prefeituras e ao distrito federal. A capitação ponderada é calculada com base no número de pessoas cadastradas por equipe, considerando fatores como: o perfil de idade, vulnerabilidade socioeconômica e a classificação geográfica.

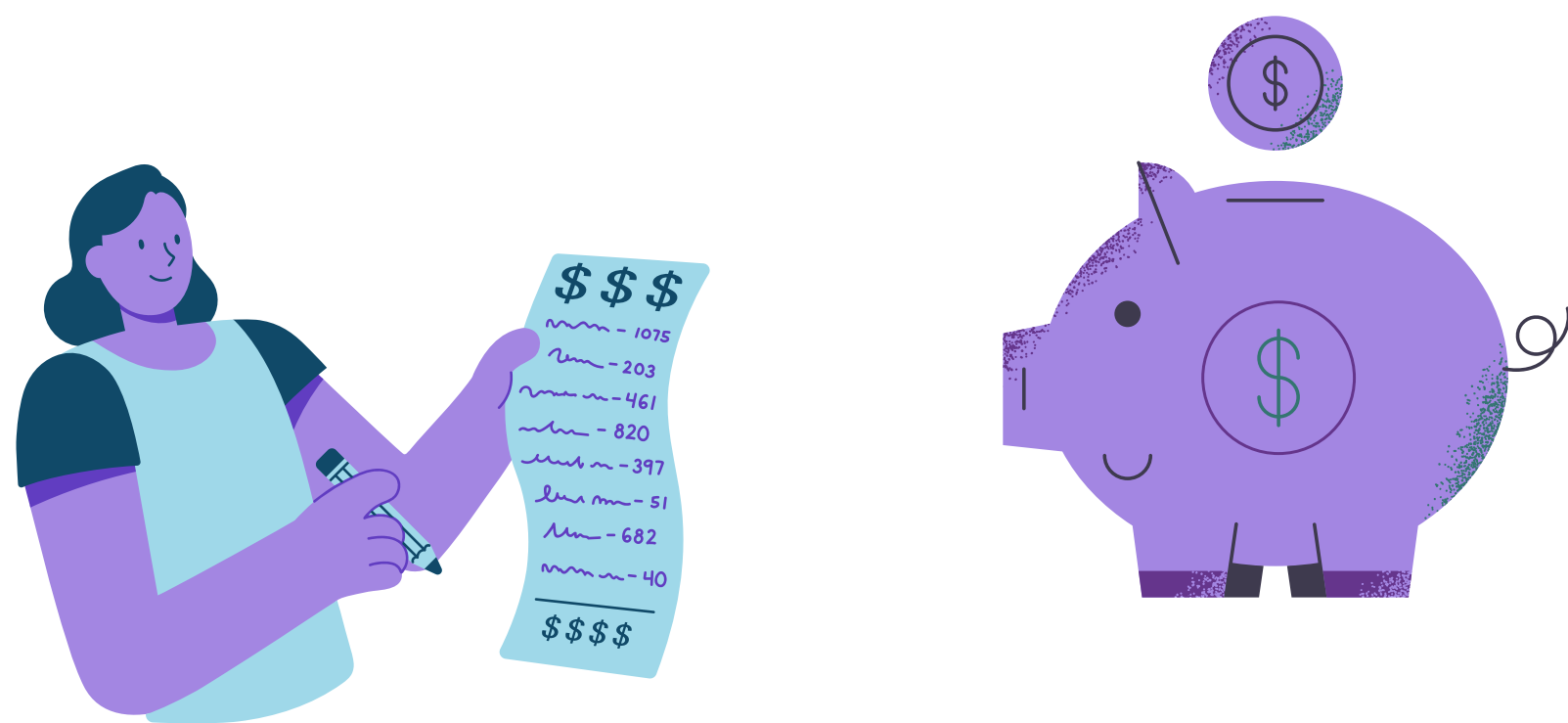
Esse cadastro é feito pelas próprias equipes de saúde e é por meio dele que é possível estimar quantos indivíduos de determinada população poderão usar os serviços prestados, o que oferece subsídio ao planejamento das equipes de saúde na oferta e acompanhamento dos indivíduos.



O que mudou?

2) Pagamento por desempenho

O pagamento por desempenho é um componente que consiste que a definição dos valores repassados depende dos resultados dos indicadores alcançados pelas equipes de Saúde da Família e de Atenção Primária. Esse componente, por consequência, induz o aprimoramento do processo de trabalho, melhorando a qualidade dos resultados. Além disso, o monitoramento dos indicadores também permite avaliar como estão as condições dos serviços prestados pelas equipes.



3) Incentivo para ações estratégicas

Destinado ao custeio de ações, programas e estratégias específicos, de acordo com a necessidade de cada município, os quais refletem na melhoria do cuidado na APS e na Rede de Atenção à Saúde.



Indicadores do Previne Brasil



Os indicadores consistem em ferramentas essenciais para analisar a qualidade dos serviços, a eficiência e a efetividade das intervenções e visam a qualificação dos atendimentos das APS. O atual conjunto de indicadores contempla as seguintes ações estratégicas: Pré-natal, Saúde da Mulher, Saúde da Criança e Condições Crônicas.



Indicador 1:

Proporção de gestantes com pelo menos 6 consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira realizada até a 12^o semana de gestação.

Devido a importância da realização do pré-natal para o desenvolvimento saudável do bebê e redução de riscos para a gestante, o indicador busca medir o acesso das gestantes ao pré-natal na APS com início precoce. De modo a refletir a capacidade do serviço de captar precocemente as gestantes da área a qual pertence para o acompanhamento pré-natal, a fim de diminuir a mortalidade materna e neonatal.



Indicador 2:

Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV.

Devido aos exames de sífilis e HIV estarem inclusos nos exames de rotina no pré-natal, o indicador analisa parte do cuidado ao pré-natal realizado na APS, sendo uma importante medida de controle, tratamento e prevenção de agravos relacionados à gestante e ao bebê. Dessa forma, é estimada a ocorrência de pelo menos um exame de sífilis e um de HIV, realizados na APS durante o período do pré-natal.

Indicadores do Previne Brasil



Indicador 3:

Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado.

O objetivo deste indicador é mensurar a quantidade de gestantes que realizaram o atendimento odontológico, em relação ao número total estimado de gestantes do município, no intuito de incentivar o registro correto de todos os usuários da APS mesmo que possa afetar o resultado do indicador. Espera-se a ocorrência de, no mínimo, uma avaliação odontológica a cada trimestre de gestação.



Indicador 4:

Proporção de mulheres com coleta de citopatológico na APS.

Esse indicador busca estimar a proporção da realização da coleta de pelo menos um exame citopatológico no intervalo de 3 anos de mulheres atendidas na APS entre 25 e 64 anos, que já iniciaram atividade sexual, em relação ao total de mulheres (com a mesma faixa etária) do município. Como medida de prevenção e controle do Câncer de Colo de Útero.



Indicador 5:

Proporção de crianças de 1 ano de idade vacinadas na APS contra Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, infecções causadas por haemophilus influenzae tipo b e Poliomielite inativada.

Constituído por variáveis do cuidado da criança na APS, o indicador tem por objetivo verificar o nível de proteção infantil contra as doenças citadas, por meio do cumprimento do esquema vacinal da criança de Penta e Pólio em seu primeiro ano de vida. Além de, a presença dessas duas vacinas possibilita a observação da capacidade da absorção da agenda de imunização na APS. Assim, incentivando o combate de agravos imunopreveníveis.

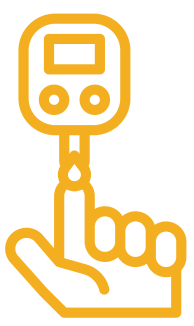
Indicadores do Previne Brasil



Indicador 6:

Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre.

Este indicador tem como objetivo mapear essas doenças crônicas para ter um melhor cuidado desses pacientes no Sistema Único de Saúde. Tendo em vista, que a hipertensão é uma doença democrática que acomete crianças, adultos e idosos, homens e mulheres de todas as classes sociais e condições financeiras. A hipertensão arterial ou pressão alta é uma doença crônica caracterizada pelos níveis elevados da pressão sanguínea nas artérias.



Indicador 7:

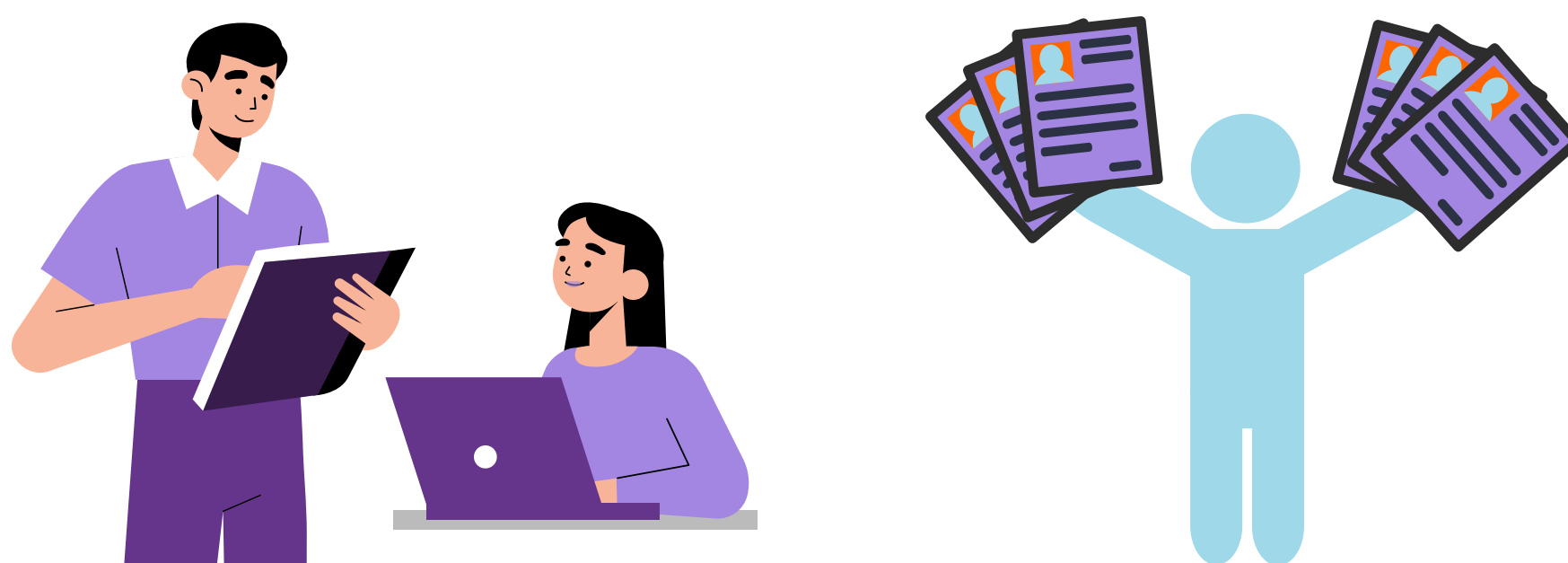
Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre.

O diabetes é uma doença causada pela produção insuficiente ou má absorção de insulina, hormônio que regula a glicose no sangue e garante energia para o organismo. De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes, existem atualmente, no Brasil, mais de 13 milhões de pessoas vivendo com a doença, o que representa 6,9% da população nacional. O diabetes mellitus pode se apresentar de diversas formas e possui diversos tipos diferentes.



Importância do Registro das Fichas

Há uma notabilidade nas ações de monitoramento e como deve ser feito o processo de avaliação no âmbito do componente Pagamento por Desempenho do Programa Previne Brasil, nota-se a magnitude de se propor boas práticas na rotina do registro das informações dos atendimentos, procedimentos e atividades coletivas realizadas nas unidades.

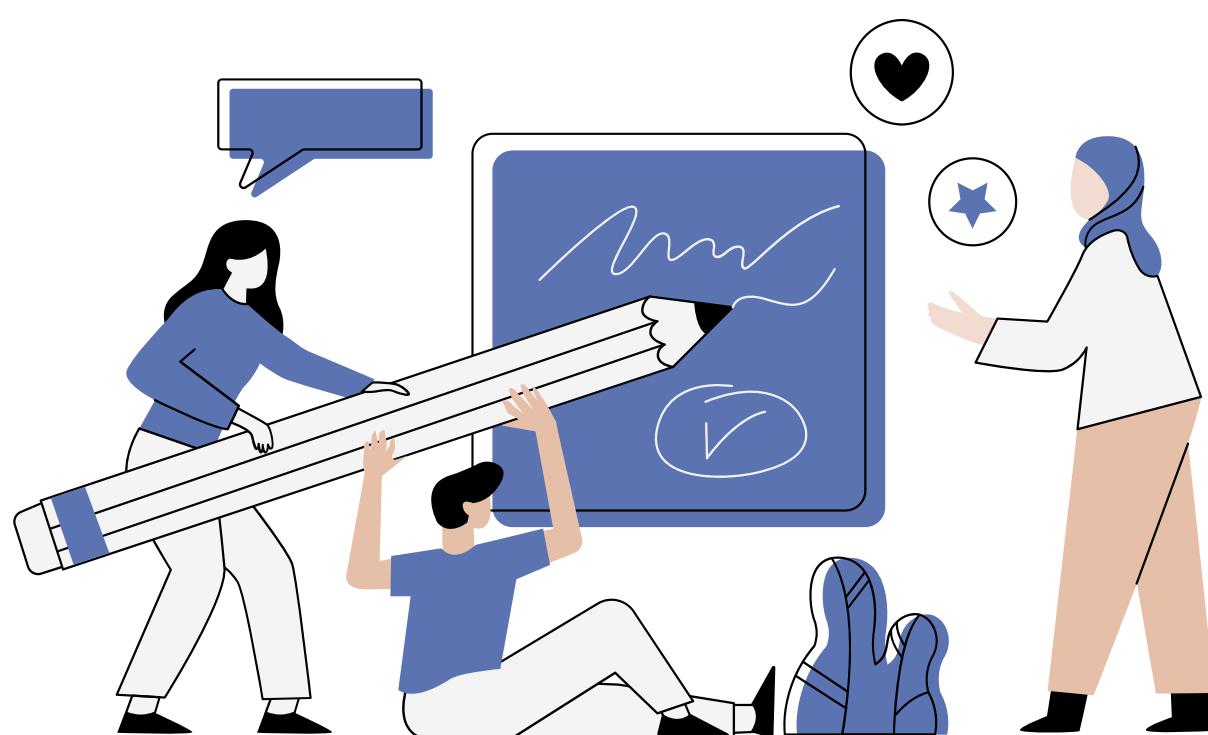


"No componente Pagamento por Desempenho do Programa Previne Brasil, os dados de produção das equipes que atuam na APS devem ser registrados no prontuário eletrônico (e-SUS PEC ou prontuário próprio/de terceiros compatível) ou Coleta de Dados Simplificados (CDS) e enviados via centralizador do e-SUS para o Sisab. Destaca-se que as equipes de saúde devem registrar diariamente as informações, e a gestão municipal precisa garantir o envio desses dados, no mínimo mensalmente, ao Sisab. A rotina de envio pode ser imediata, diária, semanal ou mensal, mas é importante considerar que o envio mais frequente traz mais segurança e tranquilidade para as equipes e gestores". (Ministério da Saúde).



Importância do Registro das Fichas

O preenchimento adequado das fichas de atendimento individual possibilita o aumento dos índices registrados pelos indicadores, e, conseqüentemente, o maior repasse de verbas para as unidades básicas de saúde, assegurando os princípios universais propostos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), e para se obter mais informações acerca do registro das fichas e repasse de dados para o sistema eletrônico, o Ministério da Saúde disponibilizou no Sisab instrumentos que orientam o preenchimento dos dados dos atendimentos e procedimentos, sendo de extrema importância para o bom funcionamento das unidades.



Registro das Fichas de atendimento e procedimento

O preenchimento das fichas de **atendimento individual** pode ser realizado pelo profissional de saúde a qual esteja realizando o atendimento individual do paciente, assim como por estagiários que trabalham com o profissional do setor responsável.

DADOS OBRIGATÓRIOS

Profissional:

- CNS Profissional
- CBO - Função exercida
- CNES- Unidade de Saúde
- INE - Setor de trabalho
- Data do atendimento

Paciente:

- Turno atendido
- N° cartão SUS ou CPF
- Local de Atendimento
- Tipo de Atendimento

Estes dados são, além de obrigatórios, comuns ao preenchimento de todas as fichas de atendimento individual realizados na APS para o registro de procedimentos.

Profissionais que utilizam esta ficha:


- Equipe da Saúde da Família;
- Equipe de Saúde Prisional;
- Núcleos de Apoio à Saúde da Família;
- Equipe da Academia da Saúde;
- Equipe de Consultório na Rua;
- Outras equipes de AB.



Registro das Fichas de atendimento e procedimento

DADOS OBRIGATÓRIOS

Identificação do Cidadão

	FICHA DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL	DIGITADO POR: CONFERIDO POR:		
CNS DO PROFISSIONAL* _____	CBO* _____	CNES* _____	INE* _____	DATA* ____/____/____
CNS DO PROFISSIONAL _____	CBO _____	CNES _____	INE _____	/ /

Identificação do Cidadão

Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
TURNO*	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N
Nº PRONTUÁRIO												
CNS DO CIDADÃO												

O cabeçalho deve ser preenchido corretamente. CBOs considerados serão do profissional de saúde

É imprescindível registrar o CNS do cidadão com um número válido (ou CPF)

e-SUS Atenção Básica	FICHA DE PROCEDIMENTOS	DIGITADO POR: CONFERIDO POR:	
Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL* _____	CBO* _____	Cód. CNES UNIDADE* _____	Cód. EQUIPE (INE)* _____

Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
TURNO	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N
Nº PRONTUÁRIO										
Nº CARTÃO SUS										

Registro das Fichas de atendimento/ procedimento

INDICADORES

Indicador 1:

Proporção de gestantes com pelo menos 6 consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira realizada até a 12º semana de gestação.



Profissional que registra:

- Médico e enfermeiro.

Data de nascimento*	Dia / Mês		Ano															
Sexo*	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M

Marcar a variável sexo "F"

Identificar o Campo "gestante".

Gestante	DUM	Dia / Mês		Ano														
	Gravidez Planejada	SIM	NÃO	SIM	NÃO													
	Idade Gestacional (Semanas)																	
	Gestas Prévias / Partos	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

Registrar o DUM (Dia/Mês e ano), se a gravidez foi planejada, idade gestacional, gestas prévias/partos.

Atenção Domiciliar	Modalidade AD: 1, 2 ou 3 (ver legenda)	AD__	AD__	AD__	AD__	AD__	AD__	AD__	AD__	AD__	AD__	AD__	AD__	AD__	AD__	AD__	AD__	AD__
--------------------	--	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------

Problema / Condição Avaliada*	Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Desnutrição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	DPOC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Hipertensão Arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Obesidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pré-natal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Puericultura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Puerpério (até 42 dias)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Saúde Sexual e Reprodutiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Tabagismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Usuário de álcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Usuário de outras drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Saúde Mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Reabilitação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Indicar no Campo "Problema/Condição avaliada" a categoria pré-natal.

Co	Outros	CIAP2 - 01																	
		CIAP2 - 02																	
		CID10 - 01																	
		Coletar total	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	

Ou informar o CID-10 ou CIAP-2 que especifica melhor o tipo de gestação da usuária

Registro das Fichas de atendimento/ procedimento

Indicador 2:

Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV.



Profissional que registra:

- Médico e enfermeiro.

Data de nascimento*	Dia / Mês			Ano												
Sexo*	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M

Marcar a variável sexo "F"

Gestante	DUM	Dia / Mês		Ano							
	Gravidez Planejada	SIM	NÃO	SIM	NÃO						
	Idade Gestacional (Semanas)										
	Gestas Prévias / Partos	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Atenção Domiciliar	Modalidade AD: 1, 2 ou 3 (ver legenda)		AD__	AD__	AD__	AD__	AD__	AD__	AD__	AD__	AD__
Problema / Condição Avaliada*	Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Desnutrição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	DPOC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hipertensão Arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Obesidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pré-natal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Puericultura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Puerpério (até 42 dias)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Saúde Sexual e Reprodutiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tabagismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Usuário de álcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Usuário de outras drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Saúde Mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reabilitação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Identificar o Campo "gestante".

Registrar o DUM (Dia/Mês e ano), se a gravidez foi planejada, idade gestacional, gestas prévias/partos.

Indicar no Campo "Problema/Condição avaliada" a categoria pré-natal.

Co	Outros	CIAP2 - 01															
		CIAP2 - 02															
		CID10 - 01															
		Coletar total	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	

Ou informar o CID-10 ou CIAP-2 que especifica melhor o tipo de gestação da usuária

Registro das Fichas de atendimento/ procedimento

Indicador 2:

Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV.



Profissional que registra:

- Médico e enfermeiro.

Creatinina	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
EAS/EQU	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
Eletrocardiograma	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
Eletroforese de Hemoglobina	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
Espirometria	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
Exame de escarro	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
Glicemia	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
HDL	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
Hemoglobina Glicada	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
Hemograma	S	Marcar exame avaliado (A) de Sorologia de Sífilis (VDRL), ou realizado o procedimento de teste rápido para Sífilis e exame avaliado de Sorologia de HIV ou realizou o procedimento de teste rápido para HIV.										S	A	
LDL	S											S	A	
Retinografia / Fundo de Olho com oftalmologista	S											S	A	
Sorologia de Sífilis (VDRL)	S											S	A	
Sorologia para Dengue	S											S	A	
Sorologia para HIV	S											S	A	
Teste indireto de antiglobulina humana (tia)	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
Teste da orelhinha	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
Teste de Gravidez	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
Teste do olhinho	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
Teste do pezinho	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
Ultrassonografia obstétrica	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
Urocultura	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A

Exames Solicitados(S) e Avaliados (A)

Registro das Fichas de atendimento e procedimento

Indicador 2:

Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV.



Profissional que registra:

- Médico, enfermeiro e técnico de enfermagem.

Procedimentos/Pequeno		[]									
		Teste Rápido		[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
	De Gravidez	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
	Dosagem de Proteinúria	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
	Para HIV	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
	Para Hepatite C	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
	Para Sífilis	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Administração de Medicamentos		[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
	Oral	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
	Intramuscular	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
	Endovenosa	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
	Inalação/Nebulização	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
	Tópica	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
	Penicilina para Tratamento de Sífilis	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]

Registrar no campo Exames Solicitados e Avaliados os campos rápidos para sorologia para HIV (Avaliado) e sorologia de Sífilis (VDRL) (Avaliado).

Procedimentos		[]									
			Código do SIGTAP (registre o código na vertical)	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
	Código do SIGTAP (registre o código na vertical)	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]

Ou
SIGTAP/Descrição de Teste Rápido de Sífilis e HIV:
02.14.01.004-0 - Teste rápido para detecção de HIV na gestante ou pai/parceiro;
02.14.01.005-8 - Teste rápido para detecção de infecção pelo HIV ;
02.14.01.007-4 - Teste rápido para sífilis;
02.14.01.008-2 - Teste rápido para sífilis na gestante ou pai/parceiro.

Registro das Fichas de atendimento/ procedimento

Indicador 3:

Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado.



Profissional que registra:

- Cirurgião dentista.

Data de nascimento*	Ano																	
Sexo*	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M

Marcar a variável sexo "F"

Gestante	DUM	Dia / Mês		/		/		/		/		/		/		/	
		Ano															
	Gravidez Planejada	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
	Idade Gestacional (Semanas)																
	Gestas Prévias / Partos	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Atenção Domiciliar	Modalidade AD: 1, 2 ou 3 (ver legenda)	AD__	AD__	AD__	AD__	AD__	AD__	AD__	AD__	AD__	AD__	AD__	AD__	AD__	AD__	AD__	AD__
Problema / Condição Avaliada*	Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Desnutrição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	DPOC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hipertensão Arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Obesidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pré-natal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Puericultura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Puerpério (até 42 dias)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Saúde Sexual e Reprodutiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tabagismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Usuário de álcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Usuário de outras drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Saúde Mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reabilitação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Identificar o Campo "gestante".

Registrar o DUM (Dia/Mês e ano), se a gravidez foi planejada, idade gestacional, gestas prévias/partos.

Indicar no Campo "Problema/Condição avaliada" a categoria pré-natal.

Co	Outros	CIAP2 - 01																
		CIAP2 - 02																
		CID10 - 01																
		Coletar total	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	

Ou informar o CID-10 ou CIAP-2 que especifica melhor o tipo de gestação da usuária

Registro das Fichas de atendimento/ procedimento

Indicador 3:

Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado.



Profissional que registra:

- Cirurgião dentista.

Para este indicador, utiliza-se também a ficha de atendimento individual odontológico:

Sexo*		F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M
Local de atendimento* (ver legenda)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paciente com Necessidades Especiais		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gestante		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tipo de Atendimento*	Consulta Agendada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Demanda Espontânea	Escuta Inicial / Orientação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Consulta no Dia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Atendimento de Urgência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tipo de Consulta**	Primeira Consulta Odontológica Programática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Consulta de Retorno em Odontologia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Consulta de Manutenção em Odontologia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saúde Bucal*	Abscesso dento alveolar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Alteração em tecidos moles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dor de dente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Fendas ou Fissuras Lábio Palatais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Registrar a condição "Gestante" e preencher os demais campos necessários para o atendimento odontológico realizado na gestante

Registro das Fichas de atendimento/ procedimento

Indicador 4:

Proporção de mulheres com coleta de citopatológico na APS.



Profissional que registra:

- Médico e enfermeiro.

Data de nascimento*	Ano		/		/		/		/		/		/		/	
Sexo*	<input checked="" type="radio"/>		F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M

Marcar a variável sexo "F"

Procedimentos/Pequenas Cirurgias:	Cateterismo Vesical de Alívio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Cauterização Química de Pequenas Lesões	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Cirurgia de Unha (Cantoplastia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Cuidado de Estomas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Curativo Especial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Drenagem de Abscesso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Eletrocardiograma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Coleta de Citopatológico de Colo Uterino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Exame do Pé Diabético	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Exérese/Biópsia/Punção de Tumores Superficiais de Pele	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Fundoscopia (Exame de Fundo de Olho)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Registrar no campo Procedimentos/pequenas cirurgias apenas o campo rápido de coleta de citopatológico de colo uterino.

Registro das Fichas de atendimento/ procedimento

Indicador 5:

Proporção de crianças de 1 ano de idade vacinadas na APS contra Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, infecções causadas por haemophilus influenzae tipo b e Poliomielite inativada.



Profissional que registra:

- Médico, enfermeiro e técnico de enfermagem.

Para este indicador, utiliza-se também a ficha de vacinação:

IMUNOBIOLÓGICO*	Pentavalente	Estratégia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		Dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		Lote					
		Fabricante					
	VIP	Estratégia	<input type="checkbox"/>	Registrar no campo Imunobiológico os dados das vacinas aplicadas referente a 3º dose da VIP e 3º dose da Pentavalente OU os imunobiológicos correspondentes aos cenários excepcionais.			<input type="checkbox"/>
		Dose	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
		Lote					
		Fabricante					
	Pneumocócica 10V (conjugada)	Estratégia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		Dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		Lote					
		Fabricante					
	Estratégia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Registro das Fichas de atendimento/ procedimento

Indicador 6:

Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre.



Profissional que registra:

- Médico, enfermeiro e técnico de enfermagem.

Problema / Condição Avaliada*	Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Desnutrição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	DPOC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hipertensão Arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Obesidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pré-natal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Puericultura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Puerpério (até 42 dias)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Saúde Sexual e Reprodutiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tabagismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Usuário de álcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Usuário de outras drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Co	Outros	CIAP2 - 01	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
		CIAP2 - 02	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
		CID10 - 01	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
		Colesterol total	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S

Registrar no campo de Problema/Condição Avaliada o CID-10 ou CIAP-2 relacionado à hipertensão arterial ou o campo rápido referente a essa condição.

Atributos	estes campos para registrar estes atributos na listagem acima)	Código do SIGTAP (registre o código na vertical)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Registro do código referente à aferição de pressão arterial.

Registro das Fichas de atendimento

Indicador 7:

Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre.



Profissional que registra:

- Médico e enfermeiro.

		Problema/Condição Avaliada							
Problema/Condição avaliada*	Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Desnutrição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	DPOC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hipertensão arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Obesidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pré-natal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Puericultura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Puerpério (até 42 dias)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Saúde sexual e reprodutiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tabagismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Usuário de álcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Usuário de outras drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Saúde mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Reabilitação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Co															
Outros	CIAP2 - 01														
	CIAP2 - 02														
	CID10 - 01														
	Coletar total	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A

Registrar no campo de Problema/Condição Avaliada o CID-10 ou CIAP-2 relacionado a diabetes ou o campo rápido referente a esta condição.

Registrar no campo Exames Solicitados e Avaliados apenas o campo rápido para Hemoglobina Glicada (Solicitado).

		Exames solicitados (S) e Avaliados (A)																	
Exames solicitados (S) e avaliados (A)	HDL	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A		
	Hemoglobina glicada	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A		
	Hemograma	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A		
	LDL														S	A	S	A	
	Retinografia/Fundo de olho com oftalmologista														S	A	S	A	
	Sorologia de sífilis (VDRL)														S	A	S	A	
	Sorologia para dengue														S	A	S	A	
	Sorologia para HIV														S	A	S	A	
	Teste indireto de antígeno globulina humana (TIA)	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
	Teste de gravidez	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
	Ultrassonografia obstétrica	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Manual instrutivo financiamento do APS [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Saúde da Família. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

NOTA TÉCNICA Nº 13/2022-SAPS/MS. Secretaria de Atenção Primária à Saúde - SAPS Esplanada dos Ministérios, Bloco G - Bairro Zona Cívico-Administrativa, Brasília/DF, CEP 70058-900 Site - saude.gov.br. SEI nº 0027964234. 11. Jul., 2022.

NOTA TÉCNICA Nº 14/2022-SAPS/MS. Secretaria de Atenção Primária à Saúde - SAPS Esplanada dos Ministérios, Bloco G - Bairro Zona Cívico-Administrativa, Brasília/DF, CEP 70058-900 Site - saude.gov.br. SEI nº 0027966108. 11. Jul., 2022.

NOTA TÉCNICA Nº 16/2022-SAPS/MS. Secretaria de Atenção Primária à Saúde - SAPS Esplanada dos Ministérios, Bloco G - Bairro Zona Cívico-Administrativa, Brasília/DF, CEP 70058-900 Site - saude.gov.br. SEI nº 0027966530. 11. Jul., 2022.

NOTA TÉCNICA Nº 15/2022-SAPS/MS. Secretaria de Atenção Primária à Saúde - SAPS Esplanada dos Ministérios, Bloco G - Bairro Zona Cívico-Administrativa, Brasília/DF, CEP 70058-900 Site - saude.gov.br. SEI nº 0027966506. 11. Jul., 2022.

REFERÊNCIAS

NOTA TÉCNICA Nº 18/2022-SAPS/MS. Secretaria de Atenção Primária à Saúde - SAPS Esplanada dos Ministérios, Bloco G - Bairro Zona Cívico-Administrativa, Brasília/DF, CEP 70058-900 Site - saude.gov.br. SEI nº 0027977094. 11. Jul., 2022.

NOTA TÉCNICA Nº 22/2022-SAPS/MS. Secretaria de Atenção Primária à Saúde - SAPS Esplanada dos Ministérios, Bloco G - Bairro Zona Cívico-Administrativa, Brasília/DF, CEP 70058-900 Site - saude.gov.br. SEI nº 0028648480. 11. Jul., 2022.

NOTA TÉCNICA Nº 23/2022-SAPS/MS. Secretaria de Atenção Primária à Saúde - SAPS Esplanada dos Ministérios, Bloco G - Bairro Zona Cívico-Administrativa, Brasília/DF, CEP 70058-900 Site - saude.gov.br. SEI nº - 0028648550. 11. Jul., 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção Primária à Saúde CEP: 70.058-900 – Brasília/DF. E-SUS APS - GUIA PARA QUALIFICAÇÃO DOS INDICADORES DA APS. 2ª Edição - versão eletrônica.