MANUAL DO PRONTUÁRIO DE SAÚDE DA FAMÍLIA

1ª Edição

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

Belo Horizonte, 2007

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
Governador
Aécio Neves da Cunha

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
Secretário
Marcus Vinícius Caetano Pestana da Silva

SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
Superintendente
Helidéa de Olivieira Lima

GERÊNCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA
Gerente
Maria Rizoneide Negreiros de Araújo

ASSESSORIA DE NORMALIZAÇÃO
Assessor
Marco Antônio Bragança de Matos

Aporte financeiro
Este material foi editado e impresso com recursos do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família - PROESF

Projeto gráfico e editoração eletrônica
Casa de Editoração e Arte Ltda.

Ilustração
Mirella Spinelli

Produção, distribuição e informações Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais
Rua Sapucaí, 429 – Floresta – Belo Horizonte – MG – CEP 30150 050
Telefone (31) 3273.5100 –
E-mail: secr.ses@saude.mg.gov.br
Site: www.saude.mg.gov.br
1ª Edição. 2007

WG
308
MI
AT

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Manual do prontuário de saúde da família. Belo Horizonte: SES/MG, 2007. 254 p.

1. Prontuário de saúde da família. I.Título.

AUTORES

Andréa Faria de Magalhães

Eliana Márcia Fialho de Sousa Bandeira

Márcia Rovena de Oliveira

Marco Antônio Bragança de Matos

Maria Emi Shimazaki

Paulo César Pinho Ribeiro

Regina Amélia Lopes Pessoa de Aguiar

Wanda Taulois Braga

Colaboradores

Ângela Aparecida Dias Barboza

Jandira Maciel da Silva

Joana Almeida dos Reis

Luciana Maria de Moraes

Maria Nazaré Marques Moreira

Maria de Lourdes Soares

Marli Nacif de Sousa

Raymundo Roja Junior

Talles Ribeiro Couto

Wagner Fulgêncio Elias

Técnicos das seguintes coordenadorias da SES/MG

Coordenadoria de Atenção ao Idoso

Coordenação Estadual do Controle do Câncer de Colo Uterino e Mama

Coordenadoria de Dermatologia Sanitária

Coordenadoria Estadual de DST / AIDS

Coordenadoria de Hipertensão e Diabetes

Coordenadoria da Pneumologia Sanitária

Coordenadoria de Prevenção Primária do Câncer

Coordenadoria Estadual de Alimentação e Nutrição

Coordenadoria de Saúde Bucal

Coordenadoria de Atenção à Saúde da Mulher, Criança e Adolescente

Coordenadoria de Atenção Integral da Saúde do Trabalhador

Coordenação de Saúde Indígena

Coordenadoria de Saúde Mental

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a todos os profissionais da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais que participaram da elaboração deste Manual.

Agradecimento especial à consultora Dra. Maria Emi Shimazaki pela sua imprescindível colaboração e paciente orientação.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

Agradecemos à Secretaria Municipal de Itabira pela colaboração na validação deste prontuário, por meio do piloto realizado nas Unidades de Saúde do Programa de Saúde da Família.

Tânia Regina Motta Pessoa Guimarães Camilo – Sec. Mun. de Saúde
Margarida Lúcia de Paiva Guerra – Chefe de Dep. de Ações em Saúde
Carla de Alvarenga Fonseca Pessoa – Coordenação PSF
Heloisa Helena Martins – Coordenação PSF
Margarida Barbosa Mascarenhas – Coordenação PSF
Ana Cláudia Cota de Oliveira Reis – Chefe de Seção das UBS
Moema Pereira Guerra – Chefe de Seção Saúde Mental
Rômulo Bretas de Almeida – Chefe de Seção Saúde Bucal

Médicos
Elisabete Corrêa Silva
Henrique Menegaz Pereira da Silva
Inácio Gonçalves de França
Lage Mauro Sérgio Paiva
Márcio Gustavo Brandão de Souza
Mauro Sérgio Paiva
Ricardo Oliveira Villela
Vista Elisabete Corrêa Silva
William Cristiano de Faria

Enfermeiros
Andréa Silveira
Cintia de Oliveira Barbosa
Dalva Anício D. dos Anjos
Denise Leal Dantas
Ediene Avelar Silveira Pessoa
Flávia Maria Teixeira Viana Vieira
Joice Maria Costa
Juliana Nogueira dos Santos
Luciana Simões
Luiz Cláudio de Alvarenga Couto
Luthiene de Freitas Mota
Maria de Lourdes
Priscila Silva Borges
Rosane Bertolin
Tânia Mara dos Santos

Dentistas
Adriana dos Anjos Braga
Alda Reis
Azimar Avelar Silveira
Geruza Cristina Barbosa Corrêa
Priscila Lacerda de Andrade
Railda de Alvarenga Coelho e Souza
Rosane Bretas Almeida Rosa
Samuel Quintão

Auxiliares de Enfermagem:
Altenízia Souza Vieira
Edilene Linhares Jacome Veloso
Jaqueline Ferreira Dias
Lucilene das Graças Horta Milano
Márcia Cristina Silva Brito
Maria Aparecida Alvarenga Santos

ACS
Adriana de Jesus Lourenço
Adriana Jesus Dias dos Santos
Adriana Ruth

Alcilene Santos Oliveira
Alessandra Augusta Rosa dos Reis
Alexandra Santos
Aline Elena Victoriano Martins
Aline Lage Coelho
Amaíldes Vieira Araújo Nunes
Ana Paula Ferreira
Andréia Suely Maia Nunes
Ângela Carmo Lopes
Ângela de Cássia Teixeira
Ângela Maria Batista
Antônia Aparecida Ferreira
Antônio Batista da Silva
Aparecida Costa de Figueiredo
Aparecida Dias Malaquias
Aparecida Ferreira Moreira
Aparecida Maciene
Cássia Ângela Batista
Cecília Célia Magna Oliveira
Cláudia Félix Brito
Cláudia Ribeiro
Claudiana A. Soares
Claudiléia Pereira Dias
Claudilene da Silva Reis Fonseca
Conceição F. Pires
Cristiana Maria de Almeida
CristianeAlmeida Ferreira
Cristina Aparecida Dias
Cristina de Fátima Gorino
Deiza Cristina Lima
Delma Aparecida Nunes
Diony Stael Mariano
Dirce dos Santos Fernandes
Dorcelina da Faria Silva
Duciléia Araújo
Edilene Aparecida Liberato
Edilene de Oliveira Chaves
Edna Aparecida Gonçalves
Edna Fernanda Oliveira Duarte
Edna Martins Monteiro
Ednéia Alves Monteiro
Edvânia da Piedade Gonçalves
Eliane Aparecida dos Santos
Eliene de Souza Rodrigues
Eliete dos Santos Rosa
Elisângela dos Santos Ferreira
Enfermeira: Vânia Maimone Ribeiro
Flávia A. Viana Fonseca
Flavia Aparecida Vaz Silva
Francislaine Freitas Simões
Geralda Aparecida Batista Amaro
Geralda Aparecida de Ramos
Geralda de Azevedo Sá
Geralda Guimarães
Gilcilene Torre Morais
Gildete Dias Barbosa Nunes
Gilmara Batista
Girlene Zito Fernandes
Glaciela Faria Gomes
Gláucia Aparecida Pinto
Glaucilene Silva Moura
Graziele de Paula Ramos
Helena Geralda da Silva Gonçalves
Inês Maia Barbosa
Iracema Viana
Isabel Leão Santos
Ivana de Jesus Alves Orozimbo
Ivânia Márcia Valadares Gomes
Ivanilda dos Santos Fernandes
Izabel Aparecida
Izamara Isa Mara Santana F. De Sá
Janaina Santos Silva
Jaqueline Aparecida da Luz
Jaqueline das Dores Batista Chaves
Jaqueline de Fátima Almeida Ferreira
Joana D'Arc da Silva
Josimaria Alexandre
Leila Rocha Rodrigues Souza
Luciana Aparecida de Oliveira
Luciene de Jesus Santos

Lucy Beato Magalhães
Luzinete dos Santos Vaz
Magna Aparecida Gomes Santos
Magna Lúcia Oliveira
Maia Eliza Souza Cruz
Márcia Alves de Melo Soares
Márcia Aparecida Ferreira
Márcia Auxiliadora G. Moreira
Márcia Helena
Márcia Inês Martins
Marcilene Oliveira Silva Martins
Maria Antônia
Maria Aparecida Ferreira
Maria Aparecida Luminato
Maria Cleusa Lage Cruz
Maria das Graças Duarte Lage
Maria de Fátima Pascoal
Maria de Lourdes Santos Felipe
Maria de Lurdes
Maria do Carmo dos Santos
Maria do Carmo R. Oliveira
Maria do Carmo Silveira
Maria Elizabeth Duarte
Maria Helena da Cruz
Maria Imaculada Soares Araújo
Maria Lúcia Nogueira
Maria Lucimeire R. de Paula
Maria Madalena Sabino
Maria Paula de Oliveira
Maria Rosa de Moraes
Maria Rosângela Trindade
Maria Rosária Silva Ferreira
Mônica Aparecida Lopes
Natália C. Marques Santos
Neuza Bittencourt
Neuza Maria de Carvalho
Nilza Maria Pereira de Jesus
Nilza Martins Marcelino Nascimento
Noeme Vieira Letro
Orli Batista de Paula
Piedade Aparecida Lima Dias de Oliveira
Piedade dos Santos
Rafael Magna dos Reis
Reginaldo Soares
Rejane de Oliveira
Rita de Cássia
Rita de Cássia Fernandes
Romilda Ribeiro
Rosângela Vieira Andrade
Rosiane Araújo
Rosiane Sérgio Silva
Rosilene Santos Aparecida Rosa de Souza
Rosimar Geralda D. Santos
Rosimeire Duarte
Rosimeire Sineia Costa
Rosineide Aparecida Bruno de Jesus
Sandra Aparecida dos Santos
Sandra Mara Oliveira Lage

ACD

Marilene Figueiredo Soares
Rosilene da Cruz Brandão
Rosilene Santos

Assistente Social

Cláudia Maria Silva de Assis

Gerentes PSF

Ane Gabriele Macedo Vieira.
Aretusa Angélica Gomes
Carolyne Benquerer de Oliveira
Cláudia Aparecida dos Santos Leite
Érica Fernandes Cordeiro Almeida
Geraldo Edson Martins
Lercy Gonçalves Ferreira
Lídia Moraes de Lima Pena
Niuza Aparecida Costa e Silva
Roberta de Alvarenga Fonseca Pessoa
Rosemary de Figueiredo Gonçalves

APRESENTAÇÃO

A situação da saúde, hoje, no Brasil e em Minas Gerais, é determinada por dois fatores importantes. A cada ano acrescentam-se 200 mil pessoas maiores de 60 anos à população brasileira, gerando uma demanda importante para o sistema de saúde (MS, 2005). Somando-se a isso, o cenário epidemiológico brasileiro mostra uma transição: as doenças infecciosas que respondiam por 46% das mortes em 1930, em 2003 foram responsáveis por apenas 5% da mortalidade, dando lugar às doenças cardiovasculares, aos cânceres e aos acidentes e à violência. À frente do grupo das dez principais causas da carga de doença no Brasil já estavam, em 1998, o diabete, a doença isquêmica do coração, a doença cérebro-vascular e o transtorno depressivo recorrente. Segundo a Organização Mundial de Saúde, até o ano de 2020, as condições crônicas serão responsáveis por 60% da carga global de doença nos países em desenvolvimento (OMS, 2002).

Este cenário preocupante impõe a necessidade de medidas inovadoras, que mudem a lógica atual de uma rede de serviços voltada ao atendimento do agudo para uma rede de atenção às condições crônicas.

Para responder a essa situação, a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais estabeleceu como estratégia principal a implantação de redes de atenção à saúde em cada uma das 75 microrregiões do estado que permitam prestar uma assistência contínua à população. E a pré-condição para a eficácia e a eqüidade dessa rede é que o seu centro de coordenação seja a Atenção Primária.

O programa Saúde em Casa, em ato desde 2003, tendo como objetivo a melhoria da Atenção Primária, está construindo os alicerces para a rede de atenção à saúde: recuperação e ampliação das unidades básicas de saúde, distribuição de equipamentos, monitoramento através da certificação das equipes e avaliação da qualidade da assistência, da educação permanente para os profissionais e repasse de recursos mensais para cada equipe de Saúde da Família, além da ampliação da lista básica de medicamentos, dentro do programa Farmácia de Minas.

Como base para o desenvolvimento dessa estratégia, foram publicadas anteriormente as linhas-guias de Atenção ao Pré-natal, Parto e Puerpério, Atenção à Saúde da Criança e Atenção Hospitalar ao Neonato, e, as linhas-guias: Atenção à Saúde do Adolescente, Atenção à Saúde do Adulto (Hipertensão e Diabete, Tuberculose, Hanseníase e HIV/Aids), Atenção à Saúde do Idoso, Atenção em Saúde Mental e Atenção em Saúde Bucal e os manuais da Atenção Primária à Saúde e Prontuário de Saúde da Família. Esse conjunto de diretrizes indicará a direção para a reorganização dos serviços e para a construção da rede integrada.

Esperamos, assim, dar mais um passo na consolidação do SUS em Minas Gerais, melhorando as condições de saúde e de vida da nossa população.

Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais

MENSAGENS DE VALIDAÇÃO

"Entendemos que do ponto de vista de organização o modelo do Manual do Prontuário da Família é um modelo viável. Merece discussão detalhada com a Associação dos Médicos de Saúde da Família."

Cons. João Bastita Gomes Soares
1º Secretário – CRM-MG

"O Manual não fere a Lei do Exercício Profissional, Lei no 7.498 de 25 junho 1986 que dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências e Decreto no 94.406, de 08 de junho de 1987 – Regulamenta a Lei no 7.498, de 25 de junho de 1986, bem como as Resoluções do COFEN pertinentes. (...)

O conteúdo, referencial técnico científico e bibliográfico está em consonância com os pricípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS

O parecer desta Câmara de Atenção Básica é favorável ao documento "Manual do Prontuário da Família", 1ª edição, da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (...)

Aproveitamos a oportunidade para parabenizar a iniciativa da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, pela elaboração de um documento consistente, abrangente, que possibilita a reorientação das ações na Atenção Primária à Saúde."

Câmara Técnica de Atenção Básica
Enfa. Telma Ramalho Mendes
Presidente do COREN-MG

"O trabalho foi avaliado pela Assessoria da Diretoria do CROMG (...) cujo resultado deu a este Conselho a condição para validar o excelente trabalho efetuado pelos autores e respectivos colaboradores.

Temos a certeza de que o referido prontuário traz uma elevada colaboração para os serviços de saúde do Estado de Minas Gerais."

Luiz Flávio de Souza Coelho
Presidente do CROMG

SUMÁRIO

Introdução 15

I. O Prontuário 17

1.1 A etimologia da palavra 19

1.2 O histórico 19

1.3 Os conceitos 19

1.4 As funções 20

1.5 As utilidades 20

1.6 A composição do prontuário 22

1.7 Os aspectos éticos e legais 22

O sigilo profissional 23

II. O Prontuário de Saúde da Família 25

2.1 A estrutura do Prontuário de Saúde da Família ..28

2.2 A utilização do Prontuário na Unidade Básica de Saúde 29

2.3 O manuseio e o arquivamento 30

III. O Cadastro Familiar 33

IV. O Histórico Familiar 39

V. O Acompanhamento Familiar 49

VI. Os Ciclos de Vida 53

6.1 Da criança (0 a 9 anos) 55

6.2 Do adolescente (10 A 19 anos) 74

6.3 Do adulto (20 a 59 anos) 93

6.4 Da gestante 112

6.5 Do idoso (acima de 60 anos) 139

VII. A Saúde Bucal 181

Anexos 205

Referências bibliográficas 252

INTRODUÇÃO

Com o propósito de contribuir para a reorganização da prática assistencial e para estabelecer um novo processo de trabalho, visando à melhoria da Atenção Primária à Saúde, a Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais disponibiliza o Prontuário de Saúde da Família. Embora a legislação vigente estabeleça a obrigatoriedade do Prontuário pelos serviços de saúde, é fato o desconhecimento dos profissionais e de gestores quanto à relevância, à utilidade e à aplicabilidade desse instrumento.

Nos serviços que dispõem de prontuário, via de regra, sua organização é centrada na lógica do atendimento individual, e, quando organizado pela família, o que se observa são acúmulos de fichas individuais num único envelope familiar.

Ao desenvolver o Prontuário de Saúde da Família, procurou-se trabalhar com o postulado da coerência, transformando o prontuário individual em um prontuário adequado às necessidades da Estratégia de Saúde da Família. Portanto, está formatado para o trabalho em equipe, tendo como foco a família e as pessoas que dela fazem parte, residentes no território de responsabilidade da equipe ou da Unidade Básica de Saúde.

O Prontuário de Saúde da Família, certamente, constitui-se em um grande avanço, propiciando maior segurança e confiabilidade tanto para o profissional, quanto para os gestores, mas em especial para as pessoas/famílias mineiras que utilizam o sistema público de saúde.

I. O PRONTUÁRIO

1.1 A ETIMOLOGIA DA PALAVRA

A palavra vem do latim *PROMPTUARIU* e significa, segundo os dicionários Michaelis e Aurélio:

- Livro manual de indicações úteis;
- Lugar onde se guardam objetos que podem ser necessários a qualquer momento;
- Os antecedentes de uma pessoa;
- Ficha policial que contem esses antecedentes.

1.2 O HISTÓRICO

- Há sinais da existência do prontuário desde os tempos remotos de escritos gravados em murais que, provavelmente, antecedem a 2.500 anos antes de Cristo. Um dos documentos mais antigos que se conhece é o papiro atribuído ao primeiro médico egípcio, *Inhotep,* considerado o patriarca da Medicina.
- Nos moldes atuais, o prontuário foi idealizado por Flexner, em 1910.
- No Brasil, o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, em 1943, teve a iniciativa da implantação de um sistema de arquivo médico – SAME. Até a década de 60, poucos hospitais contavam com esses serviços de uma forma sistemática. Com a Previdência Social, na década de 70, vem a exigência, no momento da celebração de convênios com os serviços de saúde, quanto à melhoria nos registros, principalmente nos hospitais.
- Através da Portaria nº 40 de 30.12.92, a Secretaria de Assistência a Saúde (SAS) do Ministério da Saúde instituiu o registro obrigatório, em prontuário único, das atividades desenvolvidas pelas diversas categorias profissionais – médico, enfermeiro, assistente social, psicólogo, terapeuta ocupacional, nutricionista, farmacêutico e pessoal auxiliar.

1.3 OS CONCEITOS

- Na literatura, encontramos vários conceitos e definições para prontuário.
- O Conselho Federal de Medicina, através da Resolução 1.638/2002 no seu Art. 1º, define o prontuário: **"documento único constituído de um conjunto de informações, de sinais e de imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo"**.

- Durante muito tempo, teve-se o entendimento de que as informações contidas no prontuário pertenciam ao médico-assistente ou à instituição; no entanto, hoje, entende-se que é um documento de comunicação entre os profissionais responsáveis pelo cuidado, o usuário e o serviço de saúde.
- Para o Ministério da Saúde: **"Prontuário é todo acervo documental padronizado, organizado e conciso referente ao registro dos cuidados prestados ao paciente e também os documentos relacionados a essa assistência"**.
- O prontuário é o registro, em papel ou informatizado, que tem por finalidade facilitar a manutenção e o acesso às informações fornecidas pelos usuários durante o atendimento, no nível de internação ou ambulatorial, assim como os resultados de exames e de procedimentos realizados, com finalidade diagnóstica ou terapêutica.
- Portanto, não é apenas o registro da anamnese do usuário; trata-se de um documentário de grande valor, preenchido e utilizado por diversos profissionais de saúde.
- É um documento importante nas possíveis complicações de ordem técnica, ética ou jurídica que possam eventualmente ocorrer, quando o prontuário assume um valor fundamental nas contestações sobre possíveis irregularidades.
- Por fim, o prontuário é o histórico de interações do usuário com o sistema de serviços de saúde, devendo ser o maior repositório de informações e a base de um sistema de informação de saúde.

1.4 AS FUNÇÕES

- De comunicação: entre os profissionais responsáveis pelo cuidado, o sistema de saúde e o usuário.
- De educação: registro e histórico científico.
- Gerencial: registros administrativos, financeiros e documento legal.

1.5 AS UTILIDADES

PARA O USUÁRIO

- Possibilita um atendimento mais seguro e mais eficiente, principalmente quando houver necessidade de transferência de setores, de especialidades ou nos casos de re-internação, uma vez que permite o resgate do histórico dos atendimentos anteriores.

- As anotações existentes podem dispensar ou simplificar interrogatórios e exames complementares, reduzindo o custo do atendimento e o tempo de permanência no serviço de saúde.
- Representa, para o usuário, o grande instrumento de defesa, em caso de possíveis prejuízos e de reivindicação de direitos perante o profissional, o serviço de saúde e os poderes públicos.

PARA A EQUIPE DE SAÚDE

- A equipe de saúde é o conjunto de todos os profissionais que interagem e mantêm contato com o usuário.
- O prontuário é o instrumento de intercomunicação, devendo contribuir para a integração da equipe de saúde, possibilitando a coordenação do cuidado.
- No ensino e na pesquisa, possibilita o conhecimento dos casos, dos antecedentes, dos contatos e das patologias/condições ou agravos.
- Facilita o estudo de diagnóstico e a avaliação da terapêutica.
- É campo para pesquisa e fonte para os mais diversos dados estatísticos de incidências e prevalências, de morbidade e mortalidade.
- Torna possível a verificação e a comparação das diferentes condutas terapêuticas e estabelece uma análise comparativa da eficiência.

PARA OUTROS PONTOS DE ATENÇÃO

- Facilita a intercomunicação entre os serviços de saúde, possibilitando a continuidade do cuidado para com o usuário.
- É a base de informações para a interconsulta e referenciamento.
- Reduz o uso indevido dos equipamentos e dos serviços, evitando a repetição desnecessária de exames e de procedimentos.
- O prontuário é o documento de maior valor para sua defesa contra possíveis acusações.
- Permite a qualquer tempo um conhecimento exato do tratamento feito e do resultado alcançado.
- Demonstra o padrão de atendimento prestado.

1.6 A COMPOSIÇÃO DO PRONTUÁRIO

A **Resolução CFM 1638**, a **Deliberação COREN-MG 135/2000** e a **Resolução do CFO-042/2003** estabelecem os componentes obrigatórios do Prontuário:

- Identificação do usuário: nome completo, data de nascimento, sexo, nome da mãe, naturalidade (cidade/estado), endereço completo.
- Anamnese, exame físico, exames complementares solicitados e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado.
- Nos usuários internados: evolução diária, com data e hora, discriminação de todos os procedimentos aos quais o mesmo foi submetido e identificação dos profissionais que os realizaram.
- Nos prontuários em suporte de papel, é obrigatória a legibilidade da letra do profissional que atende ao paciente, assim como a assinatura e o respectivo número do Conselho de Classe.
- Nos casos emergenciais, nos quais seja impossível a coleta de história clínica do usuário, deverá constar relato médico completo de todos os procedimentos realizados e que tenham possibilitado o diagnóstico e/ou a remoção para outra unidade.

1.7 OS ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

O Código de Ética Médica aprovada pela Resolução CFM n° 1.246 de 08.01.1988 estabelece como obrigações para o médico:

- Elaborar prontuário médico para cada paciente.
- Manter sigilo quanto às informações confidenciais de que tiver conhecimento no desempenho de suas funções.
- Orientar os auxiliares a respeitar o segredo profissional a que estão obrigados por lei.
- Evitar que pessoas não-obrigadas ao segredo profissional manuseiem prontuários.

A Resolução CFO – 42 de 20.05.2003 prevê, no capítulo III, os deveres fundamentais do odontólogo e no art. 5º há referência ao segredo profissional, elaboração e atualização do prontuário com garantia do acesso e concessão de cópia mediante recibo de entrega.

A resolução COFEN nº 240/2000, que aprova o código de ética, prevê no Capítulo IV, art. 29: manter segredo sobre fato sigiloso de que tenha conhecimento em razão

da atividade. A lei nº 7.498 de 25.06.86 dispõe sobre o exercício da enfermagem; foi regulamentada pelo decreto nº 94.406 de 08.06.87 e prevê no seu art. 14 – item II anotar no prontuário do paciente as atividades da assistência de enfermagem.

A Resolução COFEN 272/2002, prevê no Art. 2º que a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE deve ocorrer em todas as instituições de saúde, pública e privada; e no Art. 3º prevê que deverá ser registrada formalmente no prontuário do paciente/ usuário/ cliente.

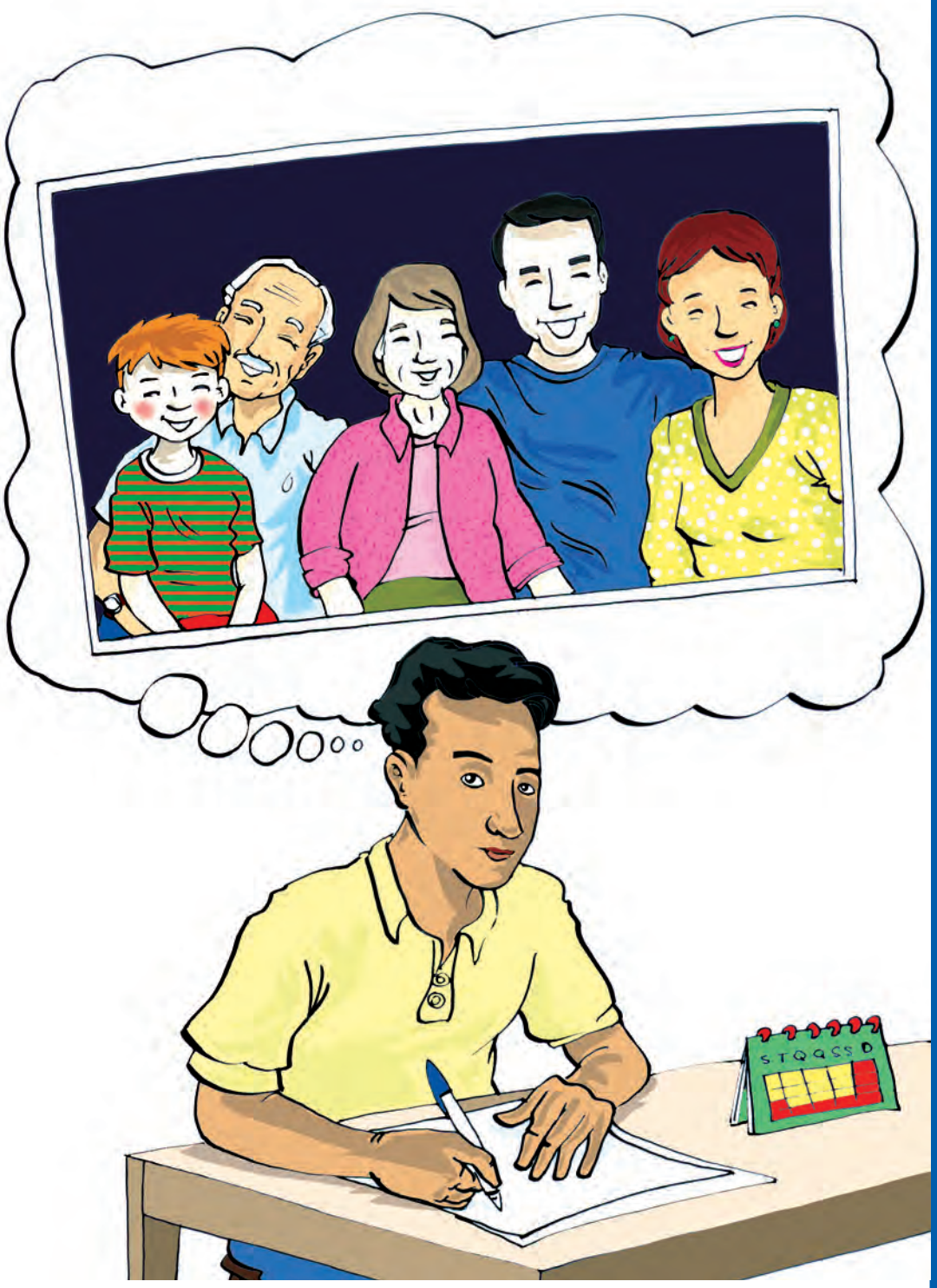
O SIGILO PROFISSIONAL

- A garantia da preservação do segredo das informações é uma obrigação legal contida no Código Penal, que prevê "Crimes contra a inviolabilidade do segredos": Art. 153: "Divulgar alguém, sem justa causa, conteúdo de documento particular, ou de correspondência confidencial, de que é destinatário ou detentor, e cuja divulgação possa produzir dano a outrem", Art. 154: "Revelar alguém, sem justa causa, segredo de que tem ciência em razão da função, ministério, ofício ou profissão, e cuja revelação possa produzir dano a outrem".
- Na maioria dos Códigos de Ética profissional, o sigilo profissional é um dever *prima facie* de todos os profissionais e também das instituições.
- O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, Capítulo 4 – Dos Deveres, artigo 29, prevê que é dever da enfermagem "manter segredo sobre fato sigiloso de que tenha conhecimento em razão de sua atividade profissional, exceto nos casos previstos em lei".
- Sir David Ross, em 1930, propunha que não há, nem pode haver, regras sem exceção. O dever *prima facie* é uma obrigação que se deve cumprir, a menos que conflite, numa situação particular, com um outro dever de igual ou maior porte. Entretanto, existem situações que claramente constituem exceções à preservação de segredos devido ao risco de vida associado ou ao beneficio social que pode ser obtido.
- A preservação de segredos profissionais é um direito do paciente e uma conquista da sociedade – sigilo médico – Código Ética Médica art. 34, 102, 107, 108.
- Em um hospital universitário, durante o período de uma internação, pelo menos 75 diferentes pessoas podem lidar com o prontuário do paciente. Os médicos, os enfermeiros e os demais profissionais de saúde, assim como todos os funcionários administrativos que entram em contato com as informações, por dever de ofício,

têm autorização para ter acesso às mesmas apenas em função de sua necessidade profissional.

- O Juramento de Hipócrates, escrito cerca de 430 anos antes de Cristo, é a origem para a ética dos profissionais de saúde. Neste texto, já era afirmado: "qualquer coisa que eu veja ou ouça, profissional ou privadamente, que deva não ser divulgada, eu conservarei em segredo e contarei a ninguém".
- Thomas Percival, em seu livro Medical Ethics, de 1803, também reiterava a importância da garantia da preservação das informações para uma adequada relação médico-paciente.
- Todos os funcionários administrativos têm o mesmo compromisso, que os médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde que atuam diretamente com o paciente, para com a preservação de todas as informações que tiverem acesso por força de sua atuação profissional. É fundamental que todos tenham consciência do valor que a intimidade, confidencialidade e privacidade têm para o paciente e para a sociedade como um todo.

II. O PRONTUÁRIO DE SAÚDE DA



- Em 1994, o Ministério da Saúde implantou o Programa de Saúde da Família – PSF como estratégia de reorganização da prática, substituindo a forma convencional de assistência por um novo processo de trabalho, centrado na vigilância à saúde.
- No PSF, a atenção está voltada para a família em seu ambiente físico, social e cultural, o que vem possibilitando às Equipes de Saúde da Família – ESF uma visão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas.
- A Unidade Básica de Saúde – UBS é ponto de atenção estratégico, sendo a ESF responsável pelo primeiro contato dos indivíduos e das famílias; deve se consolidar como a porta de entrada, viabilizando o acesso ao sistema de serviços de saúde.
- A UBS/ESF trabalha com território de abrangência definido, com população adscrita, pois tem como propósito a identificação e a resolução dos problemas, além de firmar o vínculo com as famílias.
- O trabalho é realizado por equipe multidisciplinar (composto por, no mínimo, um médico generalista ou médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde – ACS).
- Para que a ESF possa reorganizar a sua prática assistencial e estabelecer um novo processo de trabalho, faz-se necessário o desenvolvimento de novas tecnologias em saúde. Dentre as novas tecnologias, encontra-se o Prontuário de Saúde da Família.
- Embora a legislação vigente estabeleça a obrigatoriedade do Prontuário pelos serviços de saúde, é fato o desconhecimento dos profissionais e gestores quanto à relevância, à utilidade e à aplicabilidade desse instrumento.
- Nos serviços que dispõem de Prontuário, via de regra, sua organização é centrada na lógica do atendimento individual, e, quando organizado pela família, o que se observa são acúmulos de fichas individuais num único envelope familiar.
- Ao desenvolver o Prontuário de Saúde da Família, procurou-se trabalhar com o postulado da coerência, transformando o prontuário individual em um prontuário adequado às necessidades do PSF.
- O Prontuário de Saúde da Família está formatado para o trabalho em equipe, tendo como foco a família e os indivíduos que dela fazem parte, residentes no território de responsabilidade da ESF.

2.1 A ESTRUTURA DO PRONTUÁRIO DE SAÚDE DA FAMÍLIA

A COMPOSIÇÃO

O Prontuário de Saúde da Família é composto pelos seguintes módulos:

- O cadastro familiar:
  - A identificação familiar;
  - A composição familiar.
- O histórico familiar – genograma.
- O acompanhamento familiar.
- Os ciclos de vida:
  - Da criança (0 a 9 anos);
  - Do adolescente (10 a 19 anos);
  - Do adulto (20 a 59 anos);
  - Da gestante e puérpera;
  - Do idoso (acima de 60 anos).
- A saúde bucal.
- Instrumentos para avaliação e monitoramento.

A CONFIABILIDADE DO REGISTRO

- É importante o preenchimento adequado dos dados do Prontuário de Saúde da Família pelos profissionais da ESF.
- São informações mínimas para subsidiar a melhoria da qualidade no atendimento, contribuindo para a realização de diagnóstico precoce, evitando assim complicações e/ou internações hospitalares desnecessárias.
- Vale lembrar que o Prontuário é um instrumento de comunicação que possibilita a continuidade do cuidado pela ESF.

2.2 A UTILIZAÇÃO DO PRONTUÁRIO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

- O prontuário deve conter todas as informações necessárias para o diagnóstico e o acompanhamento do usuário, em qualquer condição ou patologia:
  - Identificação;
  - Condições de nascimento;
  - Alimentação;
  - Atividades cotidianas;
  - Antecedentes mórbidos;
  - Registro clínico: anamnese, exame físico, impressão diagnóstica, conduta e encaminhamentos;
  - Tabelas e gráficos;
  - Informações para o usuário;
  - Evolução clínica.
- O prontuário deverá ser manuseado com os seguintes critérios:
  - O agente comunitário de saúde terá acesso para leitura e preenchimento da ficha de cadastro e das fichas do SIAB;
  - Os demais profissionais da ESF, assim como o gerente da unidade, terão acesso para a leitura de todos os módulos. Porém o preenchimento dos mesmos deverá obedecer às instruções dadas em cada campo;
  - Os campos não poderão ser alterados ou rasurados após seu preenchimento.
  - Caso haja mudança de dados, exceto para complementação do cadastro, deverá ser preenchida outra ficha de cadastro e anexada ao prontuário.
- O preenchimento nunca deverá distrair o profissional na atenção ao usuário.
- Em situações de urgência/emergência, todos os dados deverão ser lançados no prontuário somente após a estabilização do usuário.
- As informações devem ser precisas, facilitando a tomada de decisões.
- Cada atendimento deverá ser datado e conter a assinatura e o número do conselho de classe do profissional responsável.

- As informações de educação em saúde e de acompanhamento do usuário à sua própria condição ou patologias deverão ser transcritas para os instrumentos adequados, como a Caderneta da Criança ou o Cartão da Gestante.

- Quando houver necessidade de encaminhamento do usuário para um serviço de referência ou para internação, as informações deverão ser transcritas para o formulário próprio. Da mesma maneira, no retorno do usuário, os exames, os tratamentos e as condutas prescritos deverão ser transcritos no prontuário e o formulário de contra-referência arquivado em anexo.
- As informações contidas no prontuário são a base para a análise de situação de saúde da população adscrita, programação das ações, controle e avaliação, além de serem a fonte para alimentação de todos os sistemas de informação do Ministério da Saúde.

2.3 O MANUSEIO E O ARQUIVAMENTO

- O responsável pelo arquivamento deve ter capacitação específica.
- O arquivo deve ser organizado pela equipe e gerência da unidade. Um critério de organização poderá ser a divisão por micro-área e, em cada divisão, por ordem numérica. Outros critérios como ordem alfabética ou numérica geral também poderão ser utilizados.
- Os prontuários poderão ser sinalizados com cores ou outras marcações para a identificação de famílias de risco ou usuários com condições ou patologias mais graves.
- Deverá ser estabelecido um sistema de controle de entrada e de saída, manual ou informatizado, para fácil localização dos prontuários.
- Os fluxos dos prontuários na unidade devem ser bem definidos e toda a equipe de profissionais deve ser orientada sobre isto.
- Para o manuseio do prontuário, as mãos devem estar sempre limpas e livres de sujeiras e de gorduras.
- Quanto ao local do arquivamento:
  - deve ser seguro e de acesso restrito;
  - o teto, paredes e pisos devem ser íntegros e de fácil limpeza;

- deve ser bem ventilado;
- evitar condições adversas como umidade, traças e outras;
- deve ter condições de segurança contra incêndio.

- Quanto à modalidade do arquivamento:
  - os prontuários poderão ser arquivados em envelopes, pastas suspensas ou outras formas;
  - o arquivo poderá ser em prateleiras abertas, arquivo fechado ou outro tipo.

- Quanto à temporalidade do arquivamento, os prontuários deverão ser divididos segundo a freqüência de utilização:
  - Arquivo principal: para os prontuários com utilização atual, ou seja, até 5 anos após o último atendimento;
  - Arquivo temporário: para os prontuários após 5 anos do último atendimento. Poderá ser localizado em sala de menor acesso da UBS.
  - Arquivo permanente: para os prontuários após 20 anos do último atendimento. Poderá ser localizado em sala de menor acesso da UBS, juntamente com o arquivo temporário. A preservação desses prontuários é importante para o uso legal ou para fins de pesquisa ou arquivamento histórico ou social.

- Pelo menos uma vez por ano, o arquivo principal deve ser reorganizado, identificando os prontuários com mais de 5 anos após o último atendimento que devem ser transferidos para o arquivo temporário. A mesma revisão deve ser feita do arquivo temporário, identificando aqueles que devem passar para o arquivo permanente.

- Quando um usuário retornar à UBS, após 5 anos do seu último atendimento, o seu prontuário deve ser identificado no arquivo temporário ou permanente, atualizado e re-arquivado no arquivo principal.

- Em caso de mudança da família para área de abrangência de outra unidade de saúde, o prontuário poderá ser transferido, sendo preenchido um Termo de Movimentação do Prontuário (Anexo XIV).

III. O CADASTRO FAMILIAR

- Para o cadastro familiar, serão utilizados os dados que constam na ficha A do sistema de informação da Atenção Básica – SIAB.
- Ao cadastro do SIAB foram acrescidas informações:
  - número do prontuário;
  - equipe de saúde da família responsável;
  - número de telefone;
  - naturalidade;
  - procedência;
  - chefe da família;
  - informação sobre trabalho e renda atual;
  - informação sobre atividades produtivas domiciliares;
  - informação sobre acesso à escova e à pasta dental;
  - classificação de risco.
- Os dados da ficha A deverão ser preenchidos pelos profissionais da ESF, em especial pelo agente comunitário de saúde – ACS, no domicílio familiar.
- Após o preenchimento da ficha A, a equipe poderá proceder à abertura do prontuário, com a identificação familiar e a composição familiar.
- Os dados do cadastro serão usados para a classificação da família por nível de risco (vide Manual da Atenção Primária), possibilitando estabelecer prioridades no atendimento da população adscrita.
- Além disso, os dados do cadastro deverão alimentar o SIAB.
- O cadastro deverá ser atualizado anualmente ou sempre que houver uma alteração importante da composição familiar.

- Orientações para o preenchimento do cadastro:

1. Nome da Unidade Básica de Saúde;
2. Numeração do prontuário;
3. ESF: colocar o número ou nome da equipe de saúde da família responsável;
4. Número de telefone: colocar o número de telefone do domicílio e também um outro número de contato do chefe de família (local de trabalho, parente, etc);
5. Localização: indicar se o domicílio está na zona rural ou urbana;
6. Procedência: preencher no caso de mudança nos últimos 6 meses antes do cadastro;
7. Chefe da família: identificá-lo, registrando o seu nome em primeiro lugar na lista de integrantes de família;
8. A posição do integrante da família na composição da mesma, correspondente ao número de ordem da primeira coluna poderá ser usado em outros instrumentos de monitoramento.
9. Trabalho: responder se trabalha atualmente – SIM ou NÃO;
10. Ocupação: colocar o tipo de trabalho que exerce;
11. Renda: registrar a renda atual declarada, em salários mínimos. Considerar todas as fontes fixas de renda da família;
12. Os campos Trabalho, Ocupação e Renda devem ser preenchidos para todos os integrantes que estão trabalhando no momento do cadastro, independentemente do tipo de vínculo empregatício do trabalhador (quer o trabalhador esteja inserido no mercado formal ou informal de trabalho, inclusive na forma de trabalho familiar) e da faixa etária;
13. Atividades produtivas domiciliares: registrar SIM ou NÃO; se SIM, preencher o formulário Cadastro de Atividades Produtivas Domiciliares (Anexo I);
14. Todos os integrantes têm acesso individual à pasta e escova de dentes?
15. Classificação de risco da família: registrar a classificação em SEM RISCO, BAIXO RISCO, MÉDIO RISCO e ALTO RISCO (ver Manual da Atenção Primária SES-MG);
16. Para os outros campos, deverá ser consultado o manual de orientação do SIAB.

Ficha A	SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA	UF:

UBS:

NÚMERO DO PRONTUÁRIO		ESF RESPONSÁVEL		DATA
ENDEREÇO		Nº	COMPL.	BAIRRO
TELEFONE		TELEFONE CONTATO		CEP
MUNICÍPIO	SEGMENTO	ÁREA	MICROÁREA	FAMÍLIA
LOCALIZAÇÃO: ZONA URBANA ( ) ZONA RURAL ( )			PROCEDÊNCIA	

SITUAÇÃO DA MORADIA E SANEAMENTO

TIPO DE CASA		ABASTECIMENTO DE ÁGUA	
TIJOLO/ADOBE		REDE PÚBLICA	
TAIPA REVESTIDA		POÇO OU NASCENTE	
TAIPA NÃO-REVESTIDA		CLORAÇÃO	
MADEIRA		OUTROS (ESPECIFICAR)	
MATERIAL APROVEITADO		**TRATAMENTO DA ÁGUA NO DOMICÍLIO**	
OUTRO (ESPECIFICAR)		FILTRAÇÃO	
Nº DE CÔMODOS/PEÇAS		FERVURA	
ENERGIA ELÉTRICA		SEM TRATAMENTO	
DESTINO DO LIXO		**DESTINO DE FEZES E DE URINA**	
COLETADO		SISTEMA DE ESGOTO (REDE GERAL)	
QUEIMADO / ENTERRADO		FOSSA	
CÉU ABERTO		CÉU ABERTO	

OUTRAS INFORMAÇÕES

ALGUÉM DA FAMÍLIA POSSUI PLANO DE SAÚDE?		NÚMERO DE PESSOAS COBERTAS POR PLANO DE SAÚDE	

NOME DO PLANO DE SAÚDE:

EM CASO DE DOENÇA PROCURA		PARTICIPA DE GRUPOS COMUNITÁRIOS	
HOSPITAL		COOPERATIVA	
UNIDADE DE SAÚDE		GRUPO RELIGIOSO	
BENZEDEIRA		ASSOCIAÇÕES	
FARMÁCIA		OUTROS (ESPECIFICAR)	
MEIOS DE COMUNICAÇÃO QUE MAIS UTILIZA		**MEIOS DE TRANSPORTE QUE MAIS UTILIZA**	
RÁDIO		ÔNIBUS	
TELEVISÃO		CAMINHÃO	
TELEFONE		CARRO	
OUTROS (ESPECIFICAR)		CARROÇA	
		OUTROS (ESPECIFICAR)	

ATIVIDADES PRODUTIVAS DOMICILIARES				TODOS OS INTEGRANTES TÊM ACESSO INDIVIDUAL À PASTA E À ESCOVA DE DENTES?			
SIM		NÃO		SIM		NÃO	

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DA FAMÍLIA

SEM RISCO	BAIXO RISCO	MÉDIO RISCO	ALTO RISCO
ESCORE 0 ( )	ESCORE 1 ( )	ESCORE 2 ( ) 3 ( )	ESCORE 4 ( ) 5 ( ) 6 ( )

OBSERVAÇÕES:

CADASTRO DA FAMÍLIA

PESSOAS COM 15 ANOS OU MAIS					ALFABETIZADO		TRABALHO ATUAL		OCUPAÇÃO	RENDA DECLARADA	DOENÇA OU CONDIÇÃO REFERIDA (SIGLA)
Nº	NOME	DATA NASC.	IDADE	SEXO	SIM	NÃO	SIM	NÃO			
1	CHEFE DA FAMÍLIA:										
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											

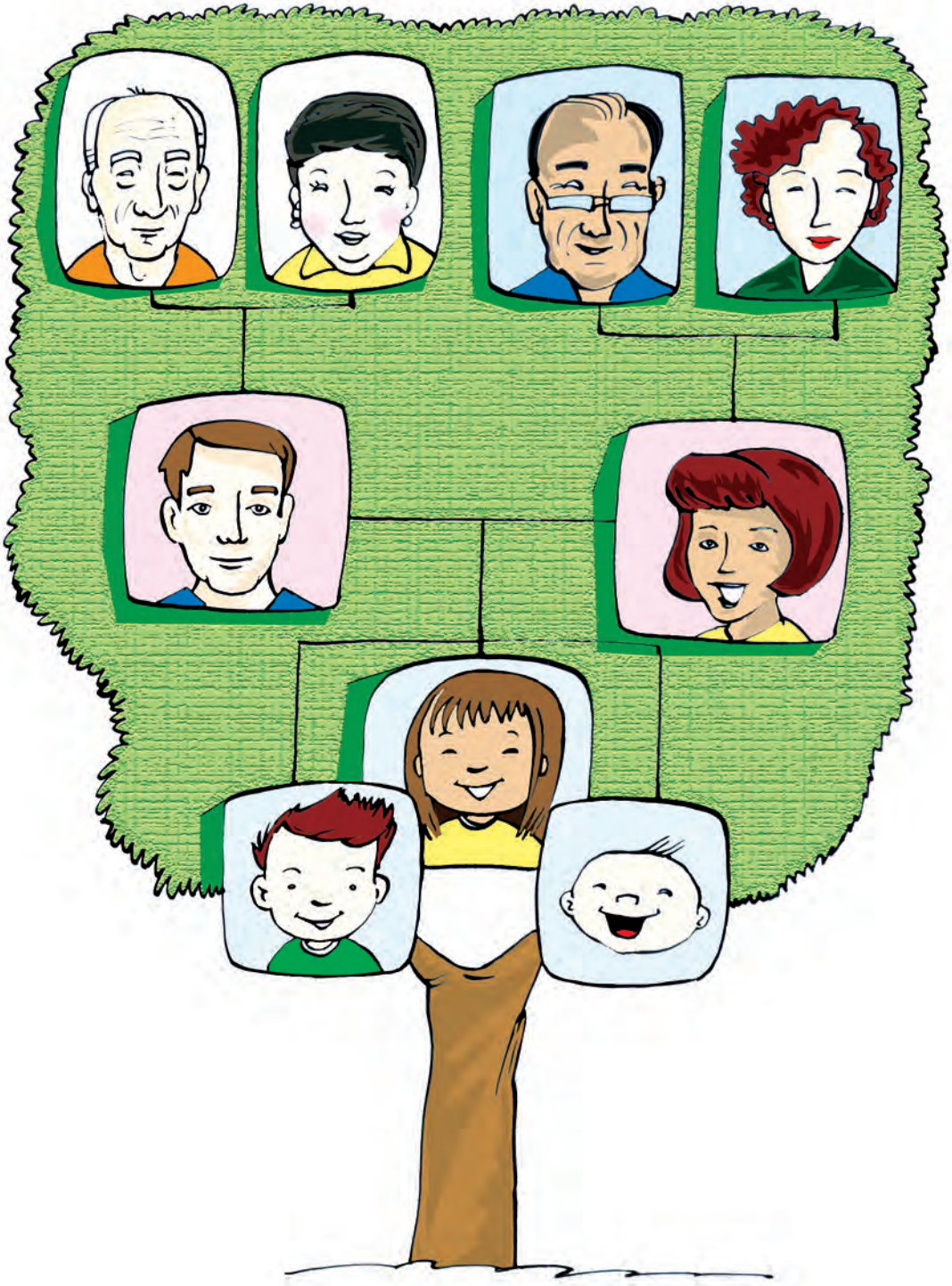
PESSOAS DE O A 14 ANOS					FREQÜÊNCIA À ESCOLA		TRABALHO		OCUPAÇÃO	RENDA DECLARADA	DOENÇA OU CONDIÇÃO REFERIDA (SIGLA)
Nº	NOME	DATA NASC.	IDADE	SEXO	SIM	NÃO	SIM	NÃO			
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

SIGLAS PARA INDICAÇÃO DAS DOENÇAS E/OU CONDIÇÕES REFERIDAS

ALC – alcoolismo | **EPI** – epilepsia | **HAN** – hanseníase | **CHA** – chagas | **GES** – gestação | **HÁ** – hipertensão arterial | **DIA** – diabetes | **TB** – tuberculose

Para outras condições/patologias utilizar o formulário “Ficha de acompanhamento familiar”.

IV. O HISTÓRICO FAMILIAR



- O instrumento proposto para o acompanhamento das famílias é o **Genograma** ou Heredograma Familiar, que possibilita resumir um grande número de informações e também reconhecer os problemas que acometem a família.
- É também um instrumento que ajuda na comunicação, propiciando maior integração entre a ESF e a família.
- Através de informações gráficas, proporciona a visualização da família e a relação de um problema clínico com o contexto familiar

UTILIDADES DO GENOGRAMA

- Permite uma avaliação rápida e global da família: composição, relações e problemas.
- Ajuda no fortalecimento do seu vínculo com a equipe de profissionais.
- Propicia a rápida revisão da situação familiar em face a mudanças no seu contexto. Ex. nascimento, casamento, etc.
- Possibilita a avaliação do vínculo familiar por meio do uso dos primeiros nomes dos membros da família e identifica quem vive na residência.
- Viabiliza a identificação rápida dos fatores de risco importantes nos membros da família e o rastreamento de pacientes de alto risco.
- Identifica a necessidade de promover alterações no estilo de vida do indivíduo e da família.
- Demonstra que as relações familiares podem influir na saúde de cada um de seus membros.

INDICAÇÕES PARA REALIZAÇÃO DO GENOGRAMA

- O genograma deverá ser desenhado para todas as famílias cadastradas, dando-se prioridade para famílias com:
  - nível de risco elevado, conforme classificação;
  - patologias ou condições em que a abordagem familiar é importante para o cuidado;
  - patologias com risco hereditário;
  - integrantes com queixas repetitivas em visitas freqüentes à UBS;
  - grau de incapacidade de um dos integrantes, desproporcional à severidade da doença;

- problemas de saúde influenciados pela estrutura familiar e seu funcionamento;
- problemas conjugais e sexuais;
- usuários de substâncias lícitas ou ilícitas, com ou sem abuso ou dependência química.

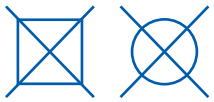
- A equipe responsável pode identificar outras situações para as quais seja importante a elaboração do genograma.

COMPONENTES DE UM GENOGRAMA

- O genograma deve conter minimamente as seguintes informações:
  - Três ou mais gerações;
  - Nome de todos os membros;
  - Idade ou ano de nascimento;
  - Mortes, incluindo idade ou data em que ocorreu e a causa;
  - Doenças ou problemas significativos;
  - Indicação dos membros que vivem juntos na mesma casa;
  - Datas de casamentos e divórcios;
  - Lista de primeiros nascimentos de cada família à esquerda, com irmãos relacionados seqüencialmente à direita;
  - Um código explicando todos os símbolos utilizados;
  - Símbolos selecionados por sua simplicidade e visibilidade máxima;
  - Relações familiares.

O DESENHO DO GENOGRAMA

- Utilizando-se dos símbolos abaixo, desenhar graficamente a estrutura da família:

SÍMBOLOS DO GENOGRAMA			
CLIENTE ENTREVISTADO		LIGAÇÃO SANGÜINEA	
HOMEM		LIGAÇÃO NÃO-SANGÜÍNEA	
MULHER		LIGAÇÃO DISTANTE	
GRAVIDEZ		LIGAÇÃO PRÓXIMA	
ABORTO		LIGAÇÃO ESTREITA	
ÓBITO		SEPARAÇÃO	
CASAL COM FILHOS		LIGAÇÃO CONFLITUOSA	
GÊMEOS		ADOÇÃO PARA DENTRO DA FAMÍLIA	
GÊMEOS IDÊNTICOS		ADOÇÃO PARA FORA DA FAMÍLIA	
LINHA CONTÍNUA, INDICANDO INDIVÍDUOS QUE VIVEM JUNTOS			

COMO PREENCHER O GENOGRAMA

- Deve ser preenchido por profissionais de nível superior.
- O local ideal para o preenchimento é o domicílio.
- Os membros da família devem participar ativamente da elaboração.
- Poderá ser feito em etapas, após um contato mínimo com a família.
- É importante que seja um momento em que a família conheça a sua condição e seja orientada sobre isso.
- Sempre anotar a data do preenchimento.
- Nem todos os dados precisam ser preenchidos para todas as famílias. Cabe ao profissional decidir que aspectos são relevantes e que, portanto, devem ser bem explorados em cada família, e quais podem ser relevados.
- Inicia-se pela pessoa que está dando as informações.
- Representar todas as gerações residentes no domicílio e mais uma geração acima do integrante mais velho.
- Podem ser representados também relacionamentos significativos para a família, que residem nas proximidades ou não, como familiares e vizinhos.
- As representações são feitas na seguinte ordem: do mais velho para o mais novo e da esquerda para a direita, em cada uma das gerações.
- Anotar nome, idade e/ou data de nascimento de cada membro da família.
- As doenças e/ou fatores de risco devem ser registradas abaixo do nome, através de siglas.
- Representar também a natureza das relações intra e extra-familiares.
- Circular com uma linha contínua as pessoas que moram na mesma residência.
- Podem ser usadas flechas para indicar o fluxo da relação, da família para o exterior ou vice-versa.
- Utilizar os diferentes símbolos para descrever os eventos importantes, como nascimento, morte, casamento e separação, anotando a data em que ocorreram.
- Em caso de morte, a causa deve ser identificada e grifada.

ATUALIZAÇÃO

- Deverá ser feita, anualmente, concomitantemente à atualização do cadastro familiar ou em situações de alteração na composição familiar, mudanças importantes nas relações familiares ou novos diagnósticos.
- Deve-se fazer um novo desenho a cada atualização, arquivando o desenho antigo.

EXEMPLO DE GENOGRAMA

- Apresentamos, a título de exemplificação, o relato da entrevista fictícia e o desenho do genograma da família de Dona Maria:

ENTREVISTA

Sra. Maria, entrevistada no dia 25 de janeiro de 2006, moradora da Rua 4, área de abrangência da equipe laranja da UBS Mata Verde.

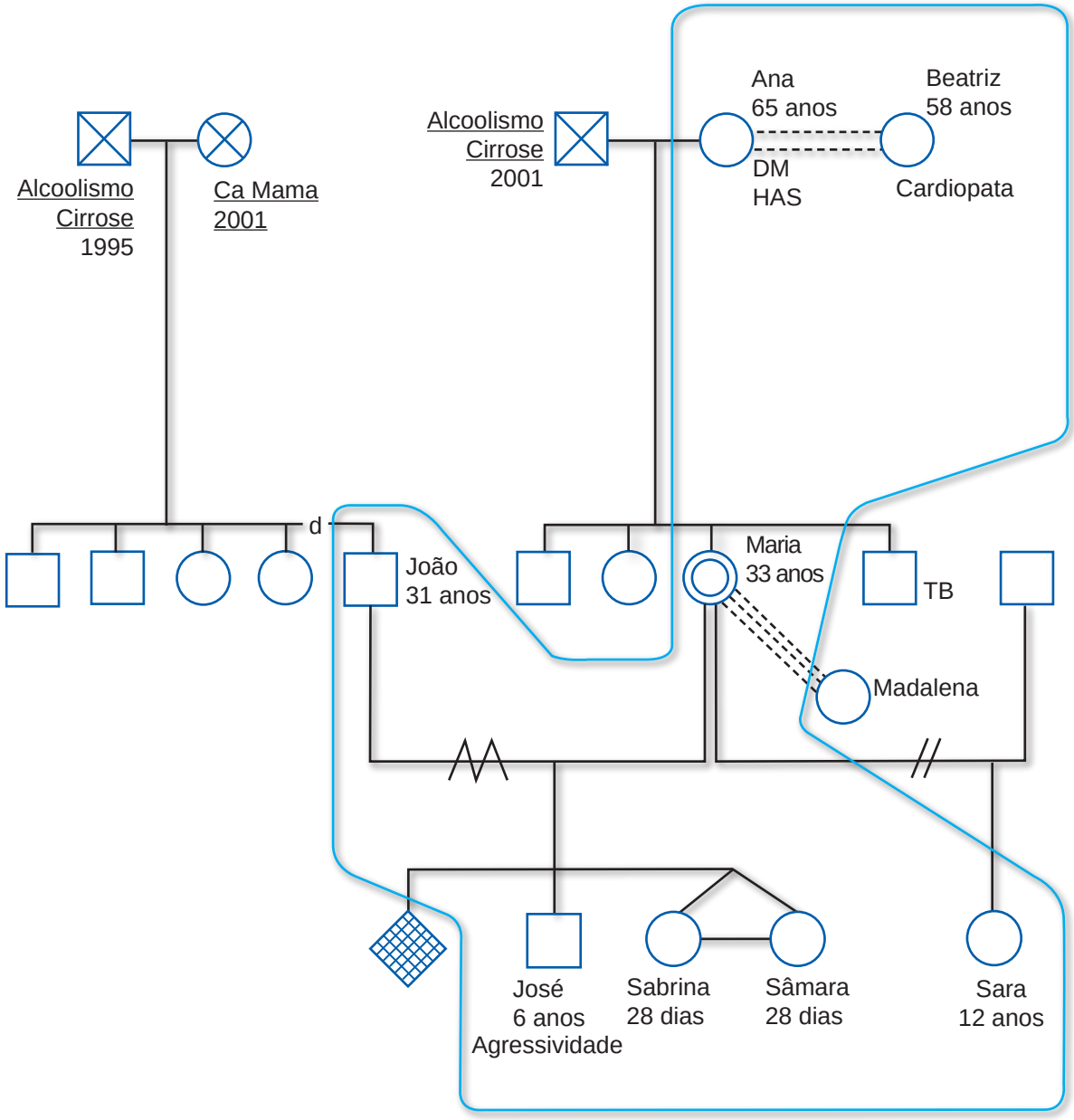
Relata que moram naquele domicílio (os dados correspondem ao cadastro da família) 8 pessoas: ela, 33 anos, dona de casa, escolaridade nível médio; o seu marido, Sr. João, 31 anos, chefe da família, escolaridade nível básico, padeiro com renda mensal de R$ 750,00; seus 4 filhos, Sara, 12 anos, filha de uma união anterior, estudante da 6ª série, José, filho do casal, 6 anos, cursando a 1ª série e Sabrina e Sâmara, recém-nascidas de 27 dias, filhas do casal, gêmeas idênticas; sua mãe Sra. Ana, 65 anos; e Sra. Beatriz, 58 anos e empregada da casa há vários anos, desde que vieram do interior.

Sra. Maria apresentou problemas com aleitamento, diminuição da produção de leite para as filhas recém-nascidas que recebiam leite materno exclusivo. Queixou-se de angústia, desânimo e problemas com o marido, que não se preocupa com ela, agride-a verbalmente e aumentou o consumo de álcool. Relatou insônia, cansaço, pouco apoio do marido com os filhos e tarefas de casa. Ele, nos dias livres, fica fora de casa, vai encontrar com os amigos e beber. A única atenção que recebe é da filha de 12 anos, que colabora com alguns trabalhos da casa, e de uma vizinha, Madalena, sua confidente. O filho de 6 anos está apresentando comportamento agressivo, rebeldia e exige muita atenção materna.

O casal tem convivência estável há 10 anos, mas o casamento aconteceu há cerca de 1 ano. Moram em casa própria, com saneamento básico, luz e telefone. A Sra Maria teve a última gestação sem fatores de risco relevantes. A gravidez foi desejada e o pré-natal realizado regularmente. Relata ainda que teve um aborto logo no início do casamento atual. É uma família reconstituída, uma vez que a Sra Maria tem uma filha nascida na relação anterior que durou um ano.

O Sr João tem 2 irmãos e 2 irmãs mais velhos que moram em outras cidades, motivo pelo qual os encontra raramente. Sua mãe morreu de câncer de mama há 5 anos. Sra Maria tem dois irmãos mais velhos e 1 irmão cinco anos mais novo que está fazendo tratamento para tuberculose. Existe fator de risco para alcoolismo nos 2 ramos do genograma, pois o pai da Sra. Maria e o pai do Sr. João faleceram de cirrose hepática. Sra. Ana é portadora de HAS e Diabetes.

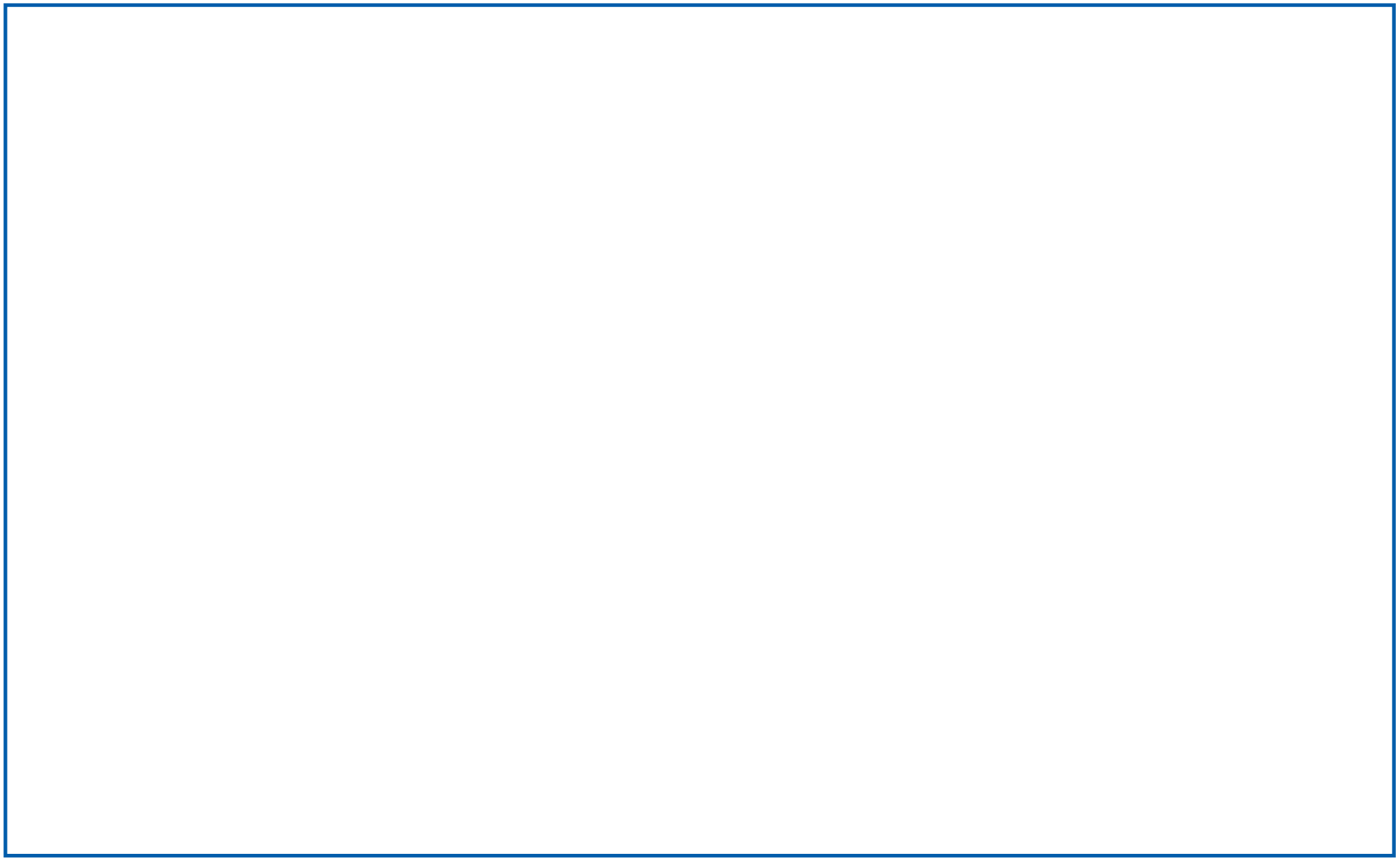
N.º prontuário: _____ Data: _____



FORMULÁRIO

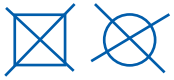
- Sugerimos o uso do formulário GENOGRAMA FAMILIAR apresentado a seguir, que poderá ser impresso ou fotocopiado e anexado ao prontuário.
- O verso desse formulário contém os símbolos e as siglas de patologias mais freqüentes. A equipe de saúde poderá adicionar outros símbolos ou siglas de outras patologias, de acordo com a família avaliada.

GENOGRAMA FAMILIAR **Nº PRONTUÁRIO: _____** **DATA PREENCHIMENTO: ___/___/___**



VER LEGENDA NO VERSO

SÍMBOLOS DO GENOGRAMA

CLIENTE ENTREVISTADO		LIGAÇÃO SANGÜINEA	
HOMEM		LIGAÇÃO NÃO-SANGUÍNEA	
MULHER		LIGAÇÃO DISTANTE	
GRAVIDEZ		LIGAÇÃO PRÓXIMA	
ABORTO		LIGAÇÃO ESTREITA	
ÓBITO		SEPARAÇÃO	
CASAL COM FILHOS		LIGAÇÃO CONFLITUOSA	
GÊMEOS		ADOÇÃO PARA DENTRO DA FAMÍLIA	
GÊMEOS IDÊNTICOS		ADOÇÃO PARA FORA DA FAMÍLIA	
LINHA CONTÍNUA, INDICANDO INDIVÍDUOS QUE VIVEM JUNTOS			

SIGLAS DAS PATOLOGIAS OU CONDIÇÕES MAIS FREQÜENTES

HIPERTENSÃO ARTERIAL	HA	DEFICIÊNCIA MENTAL	DEF.MENT
DIABETE	DIA	DEFICIÊNCIA MÚLTIPLA	DEF.MULT.
HANSENÍASE	HAN	GESTANTE ALTO RISCO	GAR
TUBERCULOSE	TB	IDOSO FRÁGIL	ID.FRAG.
HIV	HIV	RECÉM-NASCIDO	RN
AIDS	AIDS	PREMATURO	RNPT
USO DE SUBSTÂNCIAS LÍCITAS OU ILÍCITAS / DROGAS	DROG	BAIXO PESO	RNBP
ALCOOLISMO	ALC	ANEMIA	ANE
TRANSTORNO MENTAL	TME	OSTOMIA	OST
CÂNCER	CA	TABAGISMO	TAB
DOENÇA / ACIDENTE DO TRABALHO	DAT	HISTÓRIA DE CÂNCER BUCAL	HCAB
DESNUTRIÇÃO	DESN	ATIVIDADE DE DOENÇA BUCAL	ADB
OBESIDADE	OBES	FLUOROSE MODERADA / SEVERA	FL
ATRASO DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR	AT.DNPM	HÁBITOS BUCAIS NOCIVOS (ESPECIFICAR)	HBN
ASMA	ASM		FAVB
HIPOTIREOIDISMO	HIPOT		
DEFICIÊNCIA FÍSICA	DEF.FIS		
DEFICIÊNCIA AUDITIVA	DEF.AUD		
DEFICIÊNCIA VISUAL	DEF.VIS		

V. O ACOMPANHAMENTO FAMILIAR

- O formulário Acompanhamento Familiar é um instrumento que pode ser usado para a programação e o monitoramento de todas as ações necessárias para o cuidado da família da qual a ESF é responsável.
- Deve ser localizado nas primeiras páginas do Prontuário, junto ao Cadastro, pois possibilita a rápida visualização de todos os problemas ou condições de maior relevância da família, permitindo uma análise e uma pronta intervenção.
- É uma lista dinâmica, devendo ser atualizada continuamente, a cada consulta, visita familiar ou ação educativa.

UTILIZAÇÃO DO FORMULÁRIO

- Anotar o número do Prontuário de Saúde da Família.
- Listar os integrantes com o primeiro nome, o número de ordem do cadastro e a data de nascimento.
- Anotar o tipo de problema apresentado, obedecendo aos seguintes critérios:
  - condições crônicas;
  - problemas agudos com repercussão importante;
  - situações de risco grave e acompanhamento nos serviços de referência;
  - qualquer problema identificado que mereça um cuidado contínuo;
  - uso contínuo de medicamentos.
- Na parte inferior do formulário estão listadas as principais atividades executadas pela ESF. Poderão ser acrescentadas outras atividades, com códigos subseqüentes.
- Anotar o código da atividade programada no mês respectivo em que deve ser realizada.
- Quando a atividade programada for realizada, fazer um círculo em torno do código. Ex.: (2)
- Quando a atividade não for realizada na data programada, fazer um X sobre o código e reprogramá-la para o período seguinte. Ex.: 2
- Cada novo problema de um dos integrantes da família deve ser identificado e assinalado no formulário.
- Em caso de alta do acompanhamento ou óbito, deve ser anotado o código correspondente.
- Em todos os campos, os dados devem ser preenchidos por extenso, completos, sem abreviatura e de forma legível.

FICHA DE ACOMPANHAMENTO FAMILIAR

NÚMERO PRONTUÁRIO: | **EQUIPE DE SAÚDE RESPONSÁVEL:**

Nº	Nome	DN	Problema / Condição	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Mês 8	Mês 9	Mês 10	Mês 11	Mês 12
	Toda família		Entrega de escova / dentifrício												

Legenda: atividades (marcar apenas os números nos quadros dos meses)

1	Cons. Méd. Criança	6	Cons. Méd. Idoso	11	Cons. Enf. Idoso	16	Cons. Domiciliar	21	Vacinação	26	Medicação supervisionada	31	
2	Cons. Méd. Adolescente	7	Cons. Enf. Criança	12	Cons. CD	17	Consulta com especialista	22	Exames pré-natal	27	Alta	32	
3	Cons. Méd. Adulto	8	Cons. Enf. Adolescente	13	Ação coletiva de escovação supervisionada	18	Visita domiciliar	23	Citologia oncótica	28	Óbito	33	
4	Cons. Méd. Gestante	9	Cons. Enf. Adulto	14	Ação coletiva de aplicação tópica de flúor	19	Ação educativa	24	Mamografia	29		34	
5	Cons. Méd. Puerpério	10	Cons. Enf. Gestante	15	Cons. outros profissionais na UBS	20	Triagem neonatal	25	Exames complementares	30		35	

VI. OS CICLOS DE VIDA

6.1 DA CRIANÇA (0 A 9 ANOS)

6.1.1 Identificação

O PREENCHIMENTO

- Este campo pode ser preenchido por qualquer profissional da Equipe de Saúde.

OS DADOS

- Número do prontuário;
- Data do atendimento: dia, mês e ano;
- Número do cartão SUS;
- Nome completo;
- Data de nascimento: dia, mês e ano;
- Idade (em anos e meses);
- Sexo;
- Raça;
- Cuidador: nome, grau de parentesco, idade.

6.1.2 Queixa principal e história clínica

O PREENCHIMENTO

- Este campo deve ser preenchido pelo profissional de saúde de nível superior ou de nível técnico de Enfermagem.

OS DADOS

- Queixa principal: segundo o acompanhante e segundo a criança.
- História clínica: dados subjetivos e dados objetivos.

6.1.3 História pregressa

O PREENCHIMENTO

- Este campo deve ser preenchido pelo profissional de saúde de nível superior ou de nível técnico de Enfermagem.
- Os dados devem ser verificados no cartão do berçário, na caderneta da criança, no cartão da gestante ou perguntados ao responsável pela criança.

OS DADOS

- Gestação: GPA, pré-natal (mês de início, número de consultas, exames alterados, intercorrências) e parto (idade gestacional e tipo de parto; se cesárea, por quê?).
- Período neonatal (primeiros 28 dias de vida): Apgar (primeiro e quinto minuto), dados antropométricos (peso ao nascimento, estatura, perímetro cefálico – PC, perímetro torácico – PT), classificação do neonato (quanto ao peso e quanto à idade gestacional), permanência no alojamento conjunto – AC (sim ou não), condições de alta (com a mãe – sim ou não; peso, estatura e perímetro cefálico).
- Patologias neonatais: informar doenças após o nascimento, se a criança ficou retida no berçário; uso de oxigênio, transfusões, icterícia; exames realizados.
- Triagem neonatal: realização e resultado.
- Doenças anteriores: doenças da infância (citar todas as doenças), internações (doenças, cirurgias; informar qual o motivo, local e duração da internação), transtornos mentais, acidentes (tipo e gravidade), tratamentos em centros de saúde mental.
- Pesquisar contato com sintomáticos respiratórios (pessoas com tosse e expectoração por três semanas ou mais) ou casos de tuberculose.
- Medicamentos de uso constante: nome, início, dose; suplementação alimentar (vitaminas, sulfato ferroso, etc).
- Presença de alergia e/ou intolerância: citar.
- Desenvolvimento neuropsicomotor: quando firmou a cabeça, sentou, andou, falou (consultar Escala de Denver – Anexo IX); indagar sobre sono, lazer e vida escolar (creche, pré-escola ou escola).
- Presença de deficiências: auditiva, física, mental, visual, múltipla. Em caso afirmativo, preencher formulário específico (Anexo II).
- Vitimização por violência doméstica: idade, duração, tipo, agressor.
- Teste da orelhinha.

6.1.4 Vacinação

O PREENCHIMENTO

- Este campo deve ser preenchido pelo profissional de saúde de nível superior ou de nível técnico de Enfermagem.
- Poderá ser consultado o cartão espelho na sala de vacinação da unidade.

OS DADOS

- Preencher a cópia do cartão de vacinação anexo ao prontuário: BCG intradérmico, vacina contra hepatite B (VHB), tetravalente (DPT+ contra H. *influenzae* b), Vacina oral contra pólio (VOP), vacina contra febre amarela e vacina tríplice viral nas datas indicadas (Anexo VI).
- Registrar a imunização com vacinas não-disponíveis nos serviços públicos: Vacina contra varicela, vacina contra hepatite A e outras.
- Reação vacinal: que tipo, a que vacina, quando.

6.1.5 Alimentação

O PREENCHIMENTO

- Este campo deve ser preenchido pelo profissional de saúde de nível superior ou de nível técnico de Enfermagem.

OS DADOS

- Leite materno atualmente: técnicas de amamentação, dificuldades para a amamentação, uso de medicamentos pela nutriz,
- Após desmame: idade do início do desmame e idade em que parou totalmente;
- Introdução de outros alimentos: idade e quais alimentos.
- Fazer recordatório alimentar (horário, refeição, tipo de alimento e quantidade) e avaliar a alimentação da criança.

6.1.6 Atividades cotidianas

O PREENCHIMENTO

- Este campo deve ser preenchido pelo profissional de saúde de nível superior ou de nível técnico de Enfermagem.

OS DADOS

- Tem companhia de outras crianças: sim, não.
- Descrever quais atividades de lazer: periodicidade, duração.
- Realiza alguma atividade de trabalho: sim, não; citar quais.
- Atividades produtivas domiciliares: se sim, preencher cadastro de Atividades Produtivas Domiciliares (Anexo I).

- Creche / pré-escola / escola: informar se a criança freqüenta a creche ou a escola no bairro de residência; em qual horário; dificuldade escolar.
- Saúde bucal:
  Foi examinado pelo CD no último ano?
  Escovação / limpeza da boca / dentes diariamente?
  Tem algum incômodo ou notou algo diferente na boca? (Especificar)
  A partir desses dados e do exame físico, definir, de forma conjunta na equipe, quando referenciar os usuários para a equipe de saúde bucal.
- Fatores de risco ou sinais de alerta para violência doméstica.

6.1.7 História familiar e social

O PREENCHIMENTO

- Este campo deve ser preenchido pelo profissional de saúde de nível superior ou de nível técnico de Enfermagem.

OS DADOS

- Informar doenças familiares, óbitos ou outros dados importantes.
- Informar sobre condições socioeconômicas e de habitação.
- Consultar o genograma e o cadastro familiar, atualizando-os se necessário.

6.1.8 Exame físico

O PREENCHIMENTO

- Este campo deve ser preenchido pelo profissional de saúde de nível superior ou de nível técnico de Enfermagem.

OS DADOS

- Peso, estatura, PC, PA, FC, FR, temperatura axilar e IMC.
- Aspecto geral (visão de conjunto, estado de consciência, aparência saudável ou enferma, grau de atividade, desenvolvimento, distribuição do tecido adiposo e sinais de violência); acuidade visual e auditiva; pele e anexos.
- Fácies, cabeça (conformação, fontanelas, craneotabes), pescoço (inspeção, palpação, pulso e tireóide) e rigidez de nuca; linfonodos; olhos, ouvidos, nariz e boca (dentes e garganta). Na boca, verificar presença de manchas, desgastes ou cavidades nos dentes, alterações de mucosa, sangramento.

- Membros superiores (inspeção, pulsos, articulações, reflexos, extremidades, etc).
- Tórax (inspeção, percussão, palpação e auscultas cardíaca e respiratória).
- Abdome (inspeção, ausculta, percussão, palpação e umbigo).
- Membros inferiores (inspeção, pulsos, articulações, reflexos, extremidades, etc).
- Genitália e região ano-retal.
- Coluna vertebral, ossos e articulações.
- Exame neurológico.

6.1.9 Impressão diagnóstica

O PREENCHIMENTO

- Este campo deve ser preenchido pelo médico.

OS DADOS

- Registrar o diagnóstico com relação a:

  1. Crescimento
  2. Desenvolvimento
  3. Alimentação
  4. Vacinação
  5. Diagnóstico da queixa
  6. Outros diagnósticos

- Avaliação:

  No caso de patologias o diagnóstico deverá ser embasado no CID 10.

6.1.10 Sistematização da prática de enfermagem

O PREENCHIMENTO

- Este campo deve ser preenchido pelo enfermeiro.

OS DADOS

- Registrar os dados segundo a sistematização da NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) ou CIPESC (Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva)
- Avaliação

6.1.11 Avaliação dos demais profissionais de saúde de nível superior

O PREENCHIMENTO

- Este campo deve ser preenchido pelo profissional de saúde de nível superior.

OS DADOS

- Registrar a avaliação realizada.

6.1.12 Classificação de risco

O PREENCHIMENTO

- Este campo deve ser preenchido pelo médico.

OS DADOS

- Identificar situações que impõem uma atenção mais cuidadosa, mas que permitem o acompanhamento da criança pela equipe de saúde, avaliando-se periodicamente a necessidade de encaminhamento (Grupo I de risco):
  - Mãe com baixa escolaridade;
  - Mãe adolescente;
  - Mãe deficiente mental;
  - Mãe soropositiva para HIV, toxoplasmose ou sífilis (obs: enquanto não for concluído o diagnóstico negativo da criança, ela deve ser considerada dentro do Grupo II de risco);
  - Morte materna;
  - História de óbito de menores de 1 ano na família;
  - Condições ambientais, sociais e familiares desfavoráveis;
  - Pais ou responsáveis dependentes de drogas lícitas e ilícitas.
  - Criança nascida de parto domiciliar não assistido;
  - Recém-nascido retido na maternidade;
  - Desmame antes do 6º mês de vida;
  - Desnutrição;
  - Internação prévia;
  - Criança não-vacinada ou com vacinação atrasada.

- Identificar situações que indicam a necessidade de um acompanhamento por pediatra e/ou especialista (Grupo II de risco):
  - Baixo peso ao nascer;
  - Prematuridade;
  - Desnutrição grave;
  - Triagem neonatal positiva para hipotireoidismo, fenilcetonúria, anemia falciforme ou fibrose cística;
  - Doenças de transmissão vertical: toxoplasmose, sífilis, Aids;
  - Intercorrências importantes, no período neonatal, notificadas na alta hospitalar;
  - Crescimento e/ou desenvolvimento inadequados;
  - Evolução desfavorável de qualquer doença.
- Classificar a criança quanto ao risco: **SEM RISCO**, **RISCO DO GRUPO I** ou **RISCO DO GRUPO II** (ver Linha-guia Atenção à Saúde da Criança).

6.1.13 Conduta e encaminhamento

O PREENCHIMENTO

- Este campo deve ser preenchido pelo profissional de saúde de nível superior.

OS DADOS

- Plano inicial de cuidados de acordo com:
  1. Crescimento
  2. Desenvolvimento
  3. Alimentação
  4. Vacinação
  5. Diagnóstico da queixa
  6. Outros diagnósticos
- Encaminhamento, se houver necessidade de interconsulta ou referenciamento.

6.1.14 Tabelas e gráficos

O PREENCHIMENTO

- Este campo deve ser preenchido pelo profissional de saúde de nível superior ou de nível técnico de Enfermagem.

OS DADOS

- Acompanhar as curvas de peso, de estatura e de perímetro cefálico: avaliar e anotar na caderneta de saúde da criança e depois nos gráficos específicos (Anexos VII e VIII).
- Acompanhar o desenvolvimento neuro-psicomotor: avaliar e anotar na Escala de Denver.

6.1.15 Informação para o usuário

O PREENCHIMENTO

- A caderneta da criança: deve ser preenchida pelo profissional de saúde de nível superior ou de nível técnico de Enfermagem.

OS DADOS

- Peso, estatura, perímetro cefálico, desenvolvimento neuro-motor e vacinação: anotar nos campos específicos.
- Orientação de educação em saúde.

6.1.16 Conclusão do atendimento

O PREENCHIMENTO

- Este campo deve ser preenchido pelo profissional de saúde de nível superior ou de nível técnico de Enfermagem.

OS DADOS

- Registro da consulta na ficha do SIAB, SISVAN, SINAN e BPA.

6.1.17 Ficha de Consulta Subseqüente

O PREENCHIMENTO

- Este campo deve ser preenchido pelo profissional de nível superior.

OS DADOS

- Número do prontuário;
- Data do atendimento: dia, mês e ano;
- Número do cartão SUS;
- Nome completo;

- Idade;
- Queixas atuais: explorar os dados relatados pelo acompanhante ou pela criança.
- Verificar o desenvolvimento neuro-psicomotor (segundo a Escala de Denver – Anexo IX), vacinação (anotar na cópia do cartão de vacinação), alimentação, atividades cotidianas e dados familiares e sociais.
- Indagar sobre a adesão às recomendações e prescrições feitas em consultas anteriores e os resultados obtidos.
- Medicamentos: verificar acesso (gratuitos, regular ou irregular; adquiridos por conta própria), adesão ao tratamento, uso correto (dosagem, horários), reações adversas, interação com outros medicamentos.
- Fazer exame físico completo.
- Verificar peso, estatura e perímetro cefálico e anotar nos gráficos específicos.
- Registrar o diagnóstico e definir a conduta.
- Identificar fatores de risco e fazer classificação da criança.
- Preencher sistematização da prática de enfermagem e avaliação dos profissionais de nível superior.
- Manutenção e orientação sobre condutas adotadas em serviços clínicos especializados.
- Preencher a caderneta da criança.
- Realizar orientação de educação em saúde.
- Em caso de óbito, fazer notificação para o Comitê de Prevenção da Morte Fetal e Infantil.

PRONTUÁRIO DE SAÚDE DA FAMÍLIA **Nº:**

CRIANÇA – PRIMEIRA CONSULTA

CAMPO 1 – IDENTIFICAÇÃO

Este campo pode ser preenchido por qualquer profissional da Equipe de Saúde.
Os dados devem ser preenchidos por extenso, completos, sem abreviatura e de forma legível.

Data do atendimento:		Nº Cartão SUS:	
Nome completo:			
DN:	Idade:	Raça:	Sexo: Masc. ( ) Fem. ( )
Cuidador:			
Nome:		Grau de parentesco:	Idade:

CAMPO 2 – MOLÉSTIA ATUAL

Este campo deve ser preenchido pelo profissional de saúde de nível superior ou de nível técnico de Enfermagem.

Queixa principal:

História clínica:

CAMPO 3 – HISTÓRIA PREGRESSA

Este campo deve ser preenchido pelo profissional de saúde de nível superior ou de nível técnico de Enfermagem. Os dados devem ser verificados no Cartão do Berçário ou na Caderneta da Criança e no Cartão da Gestante ou perguntados ao responsável pela criança.

G ( ) P ( ) A ( )

Pré-natal:

1ª consulta _____ mês de gestação | Nº total de consultas:

Pré-natal – intercorrências:

Pré-natal – exames alterados:

Parto:

IG: semanas | Tipo: ( ) normal ( ) fórceps ( ) cesáreo – motivo:

Nascimento:

Apgar 1 min:	Apgar 5 min:	Classificação RN:	
Peso: g	Estatura: cm	PC: cm	PT: cm

Período Neonatal:

Intercorrências:

Permanência no AC: Sim ( ) Não ( )

Alta:

Com a mãe: Sim ( ) Não ( )	Peso: g	Estatura: cm	PC: cm

Doenças anteriores:

Internações anteriores:

Medicamentos de uso constante:

NOME	DATA DE INÍCIO	DOSE

História de alergia/intolerância:

Desenvolvimento neuropsicomotor: avaliação segundo Escala de Denver.

Outras informações: sono, vida escolar, presença de deficiências (se sim, preencher formulário específico), história de violência doméstica.

Teste da orelhinha:

Triagem neonatal

Hipotireoidismo	Fenilcetonúria	Fibrose Cística	Anemia Falciforme

CAMPO 4 – VACINAÇÃO

Este campo deve ser preenchido pelo profissional de saúde de nível superior ou de nível técnico de Enfermagem.
Poderá ser consultado o cartão espelho na sala de vacinação da unidade.

PREENCHER A CÓPIA DO CARTÃO DE VACINAÇÃO ANEXO AO PRONTUÁRIO

Reação vacinal:

CAMPO 5 – ALIMENTAÇÃO

Este campo deve ser preenchido pelo profissional de saúde de nível superior ou de nível técnico de Enfermagem.

Aleitamento materno:

Atual: Sim ( ) Não ( ) | Exclusivo: Sim ( ) Não ( )

Dificuldades para amamentação:

Medicamentos usados pela nutriz:

Desmame:

Idade do início: | Idade em que parou totalmente:

Idade de introdução de outros alimentos:

SUCO FRUTAS	FRUTAS	OUTRO LEITE	ALMOÇO	JANTAR

Recordatório alimentar:

HORÁRIO	REFEIÇÃO	TIPO DE ALIMENTO	QUANTIDADE

OBS.:

Avaliação da alimentação:

CAMPO 6 – ATIVIDADES COTIDIANAS

Este campo deve ser preenchido pelo profissional de saúde de nível superior ou de nível técnico de Enfermagem.

Companhia de outras crianças: Sim ( ) Não ( )

Atividades de lazer:

TIPO	PERIODICIDADE	DURAÇÃO

Creche / pré-escola / escola:

FREQÜÊNCIA	LOCALIZAÇÃO	HORÁRIO
Sim ( )	( ) No bairro de residência	
Não ( )	( ) Outro bairro	

Saúde bucal:

Foi examinado pelo CD no último ano?

Escovação / limpeza da boca / dentes diariamente?

Tem algum incômodo ou notou algo diferente na boca?

Fatores de risco ou sinais de alerta para violência doméstica:	
ATIVIDADE DE TRABALHO Sim ( ) Não ( )	ATIVIDADES PRODUTIVAS DOMÉSTICAS Sim ( ) Não ( )

CAMPO 7 – HISTÓRIA FAMILIAR E SOCIAL

Este campo deve ser preenchido pelo profissional de saúde de nível superior ou de nível técnico de Enfermagem.

CONSULTAR O GENOGRAMA E CADASTRO FAMILIAR, ATUALIZANDO-OS SE NECESSÁRIO.

CAMPO 8 – EXAME FÍSICO

Este campo deve ser preenchido pelo profissional de saúde de nível superior ou de nível técnico de Enfermagem.

Peso: g	Estatura: cm	PC: cm	IMC:
PA: mmHg	FC: bpm	FR: irpm	TAX: °C

Aspecto geral, fácies, pele e anexos, COONG, acuidade visual e auditiva, linfonodos, pescoço, boca, rigidez de nuca, membros superiores:

Tórax , auscultas cardíaca e respiratória:

Abdome, genitália e região ano-retal:

Membros inferiores, coluna vertebral, articulações e exame neurológico:

DNPM: Aplicação da ficha de vigilância de desenvolvimento

CAMPO 9

Este campo deve ser preenchido pelo médico.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

Crescimento: ( ) eutrófico ( ) obeso/sobrepeso ( ) desnutrido

Desenvolvimento: ( ) adequado ( ) em atraso

Alimentação: ( ) adequada ( ) hipoprotéica ( ) hiperprotéica

( ) hipocalórica ( ) hipercalórica ( ) hipovitamínica

Vacinação:: ( ) em dia ( ) atrasada

Diagnóstico da queixa:

Outros diagnósticos:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

( ) Sem Risco ( ) Risco Grupo I ( ) Risco Grupo II

CONDUTA / ENCAMINHAMENTO

Crescimento:

Desenvolvimento:

Alimentação:

Vacinação:

Diagnóstico da queixa:

Outros diagnósticos:

Data:	Assinatura:	Carimbo:

PREENCHER: GRÁFICOS DE PESO, ESTATURA, PERÍMETRO CEFÁLICO ANEXOS AO PRONTUÁRIO E CADERNETA DA CRIANÇA.
FAZER NOTIFICAÇÕES OBRIGATÓRIAS. FAZER ORIENTAÇÃO PARA A MÃE OU RESPONSÁVEL.

CAMPO 10 – SISTEMATIZAÇÃO DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM

Este campo deve ser preenchido pelo enfermeiro.

Dados:

Avaliação:

Data:	Assinatura:	Carimbo:

CAMPO 11 – AVALIAÇÃO DOS DEMAIS PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR

Este campo deve ser preenchido pelo profissional de saúde de nível superior.

Dados:

Data:	Assinatura:	Carimbo:

PRONTUÁRIO DE SAÚDE DA FAMÍLIA **N°:**

CRIANÇA – CONSULTA SUBSEQÜENTE

Data do atendimento:	Idade:	Nº Cartão SUS:

Nome completo:

ANAMNESE

Queixa principal:

História clínica:

Desenvolvimento neuropsicomotor – avaliação segundo Escala de Denver:

Recordatório alimentar

Horário	Refeição	Tipo de Alimento	Quantidade

Avaliação da alimentação:

Vacinação: preencher a cópia do cartão de vacinação anexo ao prontuário.

EXAME FÍSICO

Peso: g	Estatura: cm	PC: cm	IMC:
PA: mmHg	FC: bpm	FR: irpm	TAX: ºC

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

Crescimento: ( ) eutrófico ( ) obeso/sobrepeso ( ) desnutrido

Desenvolvimento: ( ) adequado ( ) em atraso

Alimentação: ( ) adequada ( ) hipoprotéica ( ) hiperprotéica

( ) hipocalórica ( ) hipercalórica ( ) hipovitamínica

Vacinação:: ( ) em dia ( ) atrasada

Diagnóstico da queixa:

Outros diagnósticos:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

( ) SEM RISCO ( ) RISCO GRUPO I ( ) RISCO GRUPO II

CONDUTA / ENCAMINHAMENTO

Crescimento:

Desenvolvimento:

Alimentação:

Vacinação:

Diagnóstico da queixa:

Outros diagnósticos:

Data:	Assinatura:	Carimbo:

PREENCHER: GRÁFICOS DE PESO, ESTATURA, PERÍMETRO CEFÁLICO ANEXOS AO PRONTUÁRIO E CADERNETA DA CRIANÇA.
FAZER NOTIFICAÇÕES OBRIGATÓRIAS.
FAZER ORIENTAÇÃO PARA A MÃE OU RESPONSÁVEL.

SISTEMATIZAÇÃO DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM

Este campo deve ser preenchido pelo enfermeiro.

Dados:

Avaliação:

Data:	Assinatura:	Carimbo:

AVALIAÇÃO DOS DEMAIS PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR

Este campo deve ser preenchido pelo profissional de saúde de nível superior.

Dados:

Data:	Assinatura:	Carimbo:

6.2 DO ADOLESCENTE (10 A 19 ANOS)

6.2.1 Identificação

O PREENCHIMENTO

- Este campo pode ser preenchido por qualquer profissional da Equipe de Saúde.

OS DADOS

- Número do prontuário;
- Data do atendimento: dia, mês e ano;
- Número do cartão SUS;
- Nome completo;
- Data de nascimento: dia, mês e ano;
- Idade (em anos e meses);
- Raça;
- Sexo;
- Grau de instrução;
- Estado civil;
- Acompanhante: nome, grau de parentesco, idade.

6.2.2 Queixa principal e história clínica

O PREENCHIMENTO

- Este campo deve ser preenchido pelo profissional de saúde de nível superior ou de nível técnico de Enfermagem.

OS DADOS

- Queixa principal: segundo o adolescente e o acompanhante.
- História clínica: dados subjetivos e dados objetivos.
- Auto percepção: alegre, triste, tímido, nervoso ou indiferente.
- Planos para o futuro: sim (quais) não.

6.2.3 História pregressa

O PREENCHIMENTO

- Este campo deve ser preenchido pelo profissional de saúde de nível superior ou de nível técnico de Enfermagem.

OS DADOS

- Gestação, parto, período neonatal: intercorrências.
- Doenças anteriores: doenças da infância (citar todas as doenças), DST, internações (doenças, cirurgias; informar idade, motivo, local e duração da internação), acidentes (tipo e gravidade), acidentes ou doenças do trabalho (verificar se houve encaminhamentos e notificações adequadas).
- Distúrbios psicoemocionais; transtornos mentais, tratamentos em centros de saúde mental.
- Medicamentos de uso constante: nome, início, dose; suplementação alimentar (vitaminas, sulfato ferroso, etc).
- Presença de alergia e/ou intolerância: citar.
- Pesquisar contato com sintomáticos respiratórios (pessoas com tosse e expectoração por três semanas ou mais) ou casos de tuberculose.
- Crescimento: peso, estatura, musculatura.
- Sono, lazer e vida escolar.
- Presença de deficiências: auditiva, física, mental, visual, múltipla. Em caso afirmativo, preencher formulário específico (Anexo II).
- Vitimização por violência doméstica: idade, duração, tipo, agressor.

6.2.4 Desenvolvimento puberal e da sexualidade

O PREENCHIMENTO

- Este campo deve ser preenchido pelo enfermeiro ou pelo médico.

OS DADOS

- Desenvolvimento puberal: idade da telarca, pubarca, menarca e espermarca; mama, pêlos pubianos e genitais, ciclos menstruais (regularidade, dismenorréia). Consultar tabela de Tanner (Anexo X).
- Comportamento e relações.
- Atividade sexual: idade de início, freqüência, conhecimento e uso de métodos anticoncepcionais (tipo, utilização), dificuldades.
- Gravidez, aborto: idade, motivo, acompanhamento.

6.2.5 Vacinação

O PREENCHIMENTO

- Este campo deve ser preenchido pelo profissional de saúde de nível superior ou de nível técnico de Enfermagem.
- Poderá ser consultado o cartão-espelho na sala de vacinação da unidade.

OS DADOS

- Preencher a cópia do cartão de vacinação anexo ao prontuário: BCG intradérmico, Vacina contra hepatite B (VHB), vacina contra febre amarela, vacina tríplice viral e dupla adulto (contra difteria e tétano) nas datas indicadas (Anexo VI).
- Registrar a imunização com vacinas não disponíveis nos serviços públicos: Vacina contra varicela, vacina contra hepatite A e outras.
- Reação vacinal: que tipo, a que vacina, quando.

6.2.6 Alimentação

O PREENCHIMENTO

- Este campo deve ser preenchido pelo profissional de saúde de nível superior ou de nível técnico de Enfermagem.

OS DADOS

- Alimentação: horário, tipo de alimentos e a quantidade.
- Registrar refeições fora de casa: sanduíches, alimentos de preparo rápido (congelados, instantâneos e outros).
- Fazer o recordatório alimentar do dia e avaliar.
- Distúrbios alimentares: obesidade (identificar a vontade de emagrecer, os tratamentos feitos anteriormente, os problemas de saúde presentes, obesos na família, hábito alimentar familiar e a alimentação do adolescente), desnutrição, anemia, transtornos alimentares.
- Relacionar com a prática de exercícios físicos, o estilo de vida e as situações de estresse (item 6.2.6)

6.2.7 Atividades cotidianas

O PREENCHIMENTO

- Este campo deve ser preenchido pelo profissional de saúde de nível superior ou de nível técnico de Enfermagem.

OS DADOS

- Participação em atividades de grupo: tipo, periodicidade, duração.
- Atividade física: tipo, periodicidade, duração.
- Atividades de lazer: tipo, periodicidade, duração.
- Religião: qual e freqüência.
- Escolaridade: série, horário, desempenho, repetência, evasão escolar, dificuldades.
- Sono: horário de acordar e de deitar.
- Uso de álcool, fumo: idade de início, quantidade e freqüência.
- Uso de substâncias lícitas ou ilícitas: idade de início, quantidade, freqüência, duração e tratamento; classificação quanto ao uso (experimentador, ocasional, habitual ou dependente/toxicômano).
- Fatores de risco ou sinais de alerta para violência doméstica e abuso ou violência sexual.
- Saúde bucal:
  Foi examinado pelo CD no último ano?
  Escovação diária?
  Tem algum incômodo ou notou algo diferente na boca? (Especificar)
  A partir desses dados e do exame físico, definir, de forma conjunta na equipe, quando referenciar os usuários para a equipe de saúde bucal.
- Atividade de trabalho: tipo, carga horária, vínculo, local, renda.
- Atividades produtivas domiciliares: se sim, preencher cadastro de atividades produtivas domiciliares (Anexo I).
- Doença ou acidente relacionado ao trabalho: tipo, tratamento.
- Medidas socioeducativas: idade em que ocorreu, motivo, duração, situação atual.

6.2.8 História familiar e social

O PREENCHIMENTO

- Este campo deve ser preenchido pelo profissional de saúde de nível superior ou de nível técnico de Enfermagem.

OS DADOS

- Convivência familiar: pai, mãe, irmãos, outros; coabitam na mesma casa (sim, não), no mesmo quarto (sim, não).

- Informar doenças familiares, óbitos ou outros dados importantes.
- Irmãs grávidas adolescentes ou que foram mães adolescentes.
- Uso de álcool ou substâncias lícitas ou ilícitas, violência intrafamiliar, eventos judiciais e outros.
- Informar sobre condições socioeconômicas e de habitação.
- Consultar o genograma e o cadastro familiar, atualizando-os se necessário.

6.2.9 Exame físico

O PREENCHIMENTO

- Este campo deve ser preenchido pelo profissional de saúde de nível superior ou de nível técnico de Enfermagem.

OS DADOS

- Peso, Altura, PA, FC, FR, temperatura axilar e IMC.
- Aspecto geral (visão de conjunto, estado mental, aparência saudável ou enferma, grau de atividade, distribuição do tecido adiposo e sinais de violência); acuidade visual e auditiva; pele e anexos.
- Fácies, cabeça, pescoço (inspeção, palpação, pulso e tireóide) e rigidez de nuca; linfonodos; olhos, ouvidos, nariz e boca (dentes e garganta). Na boca, verificar presença de manchas, desgastes ou cavidades nos dentes, alterações de mucosa, sangramento.
- Membros superiores (inspeção, pulsos, articulações, reflexos, extremidades, etc).
- Tórax (inspeção, percussão, palpação e auscultas cardíaca e respiratória); mamas.
- Abdome (inspeção, ausculta, percussão, palpação e umbigo).
- Membros inferiores (inspeção, pulsos, articulações, reflexos, extremidades, etc).
- Genitália, classificação de Tanner (consultar Anexo X) e região ano-retal.
- Coluna vertebral, ossos e articulações.
- Exame neurológico.

6.2.10 Impressão diagnóstica

O PREENCHIMENTO

- Este campo deve ser preenchido pelo médico.

OS DADOS

- Registrar o diagnóstico principal com relação a:

  1. Crescimento
  2. Desenvolvimento
  3. Alimentação
  4. Vacinação
  5. Diagnóstico da queixa
  6. Outros diagnósticos

- Avaliação.

  No caso de patologias o diagnóstico deverá ser embasado no CID 10.

6.2.11 Sistematização da prática de enfermagem

O PREENCHIMENTO

- Este campo deve ser preenchido pelo enfermeiro.

OS DADOS

- Registrar os dados segundo a sistematização da NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) ou CIPESC (Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva)
- Avaliação

6.2.12 Avaliação dos demais profissionais de saúde de nível superior

O PREENCHIMENTO

- Este campo deve ser preenchido pelo profissional de saúde de nível superior.

OS DADOS

- Registrar a avaliação realizada.

6.2.13 Classificação de risco

O PREENCHIMENTO

- Este campo deve ser preenchido pelo médico.

OS DADOS

- Identificar situações que se configuram como de **RISCO** para os adolescentes:
  - Adolescentes na faixa etária dos 10 aos 14 anos de idade;
  - Tenham iniciado a atividade sexual precocemente, sem proteção para DST/Aids e gravidez;
  - Tenham irmãs grávidas adolescentes ou que foram mães adolescentes;
  - Estejam faltando com freqüência à escola, com evasão escolar e com problemas escolares;
  - Residam em áreas de riscos à saúde e onde há aumento de violência;
  - Inseridos em famílias desestruturadas;
  - Estejam sofrendo ou em risco de sofrer violência doméstica;
  - Tenham riscos nutricionais: anemia ferro-priva, hipovitaminoses, obesidade e desnutrição;
  - Adolescentes com doenças crônicas e necessidades especiais.
- Identificar situações que se configuram como de **ALTO RISCO** para os adolescentes, **devendo ser priorizado o atendimento**:
  - Adolescentes com doenças sexualmente transmissíveis ou Aids;
  - Adolescentes com gravidez precoce não planejada;
  - Adolescentes com transtornos alimentares: bulimia e anorexia;
  - Estejam fazendo uso/abuso de substâncias lícitas ou ilícitas (com destaque ao uso do tabaco e do álcool);
  - Sejam vítimas de exploração sexual ou que tenham sofrido abuso sexual.
  - Com quadros de depressão
  - Tenham transtornos mentais e/ou risco de suicídio
  - Fogem com freqüência de casa ou se encontrem morando nas ruas
- Classificar o adolescente como de **RISCO** ou **ALTO RISCO** (ver Linha-guia Atenção à Saúde do Adolescente).

6.2.14 Conduta e encaminhamento

O PREENCHIMENTO

- Este campo deve ser preenchido pelo profissional de saúde de nível superior.

OS DADOS

- Plano inicial de cuidados de acordo com:
  1. Crescimento
  2. Desenvolvimento
  3. Alimentação
  4. Vacinação
  5. Diagnóstico da queixa
  6. Outros diagnósticos
- Encaminhamento se houver necessidade de interconsulta ou referenciamento.

6.2.15 Tabelas e Gráficos

O PREENCHIMENTO

- Este campo deve ser preenchido pelo profissional de saúde de nível superior ou de nível técnico de Enfermagem.

OS DADOS

- Acompanhar as curvas de peso e estatura: avaliar e anotar em gráficos específicos (Anexo VIII).

6.2.16 Informação para o Usuário

O PREENCHIMENTO

- Este campo deve ser preenchido pelo profissional de saúde de nível superior ou de nível técnico de Enfermagem.

OS DADOS

- Os dados da Tabela de Tanner.
- Orientação de educação em saúde.

6.2.17 Conclusão do atendimento

O PREENCHIMENTO

- Este campo deve ser preenchido pelo profissional de saúde de nível superior ou de nível técnico de Enfermagem.

OS DADOS

- Registro da consulta na ficha do SIAB, SISVAN, SINAN e BPA.

6.2.18 Ficha de Consulta Subseqüente

O PREENCHIMENTO

- Este campo deve ser preenchido pelo profissional de nível superior.

OS DADOS

- Número do prontuário;
- Data do atendimento: dia, mês e ano;
- Número do cartão SUS;
- Nome completo;
- Idade;
- Queixas atuais: explorar os dados relatados pelo adolescente e pelo acompanhante.
- Verificar desenvolvimento puberal e da sexualidade, vacinação (anotar no cartão-espelho), alimentação, atividades cotidianas e dados familiares e sociais.
- Indagar sobre a adesão às recomendações e prescrições feitas em consultas anteriores e os resultados obtidos.
- Medicamentos: verificar acesso (gratuitos, regular ou irregular; adquiridos por conta própria), adesão ao tratamento, uso correto (dosagem, horários), reações adversas, interação com outros medicamentos.
- Fazer exame físico completo.
- Verificar peso, estatura, PA e IMC (anotar nos gráficos específicos).
- Fazer classificação de Tanner.
- Identificar fatores de risco.
- Manutenção e orientação sobre condutas adotadas em serviços clínicos especializados.
- Registrar o diagnóstico, fazer classificação de risco, sistematização da prática de enfermagem e avaliação dos profissionais de nível superior e definir a conduta.
- Realizar orientação de educação em saúde.

PRONTUÁRIO DE SAÚDE DA FAMÍLIA **Nº:**

ADOLESCENTE – PRIMEIRA CONSULTA

CAMPO 1 – IDENTIFICAÇÃO

Este campo pode ser preenchido por qualquer profissional da Equipe de Saúde.
Os dados devem ser preenchidos por extenso, completos, sem abreviatura e de forma legível.

Data do atendimento:		Nº Cartão SUS:
Nome completo:		
DN:	Idade:	Sexo: Masc. ( ) Fem. ( )
Raça:	Estado civil:	Grau de instrução:

Acompanhante:

Nome:	Grau de parentesco:	Idade:

CAMPO 2 – MOLÉSTIA ATUAL

Este campo deve ser preenchido pelo profissional de saúde de nível superior ou de nível técnico de Enfermagem.

Queixa principal:

História clínica:

CAMPO 3 – HISTÓRIA PREGRESSA

Este campo deve ser preenchido pelo profissional de saúde de nível superior ou de nível técnico de Enfermagem.

Intercorrências na gestação, parto e período neonatal:

Doenças e internações anteriores:

Presença de distúrbios psicoemocionais e transtornos mentais:

Medicamentos de uso constante:

NOME	DATA DE INÍCIO	DOSE

História de alergia/intolerância:

Outras informações: crescimento, sono, vida escolar, presença de deficiências (se sim, preencher formulário específico), história de violência doméstica.

CAMPO 4 – DESENVOLVIMENTO PUBERAL E DA SEXUALIDADE

Este campo deve ser preenchido pelo enfermeiro e/ou médico.

Desenvolvimento puberal: idade da telarca, pubarca, menarca e espermarca; mama, pêlos pubianos e genitais, ciclos menstruais (regularidade, dismenorréia).

Comportamento e relações:

Atividade sexual: idade de início, freqüência, conhecimento e uso de métodos anticoncepcionais (tipo, utilização), dificuldades.

Gravidez ou aborto anterior: idade, motivo, acompanhamento.

CAMPO 5 – VACINAÇÃO

Este campo deve ser preenchido pelo profissional de saúde de nível superior.

Poderá ser consultado o cartão espelho na sala de vacinação da unidade.

PREENCHER A CÓPIA DO CARTÃO DE VACINAÇÃO ANEXO AO PRONTUÁRIO

Reação vacinal:

CAMPO 6 – ALIMENTAÇÃO

Este campo deve ser preenchido pelo profissional de saúde de nível superior ou de nível técnico de Enfermagem.

Recordatório alimentar:

HORÁRIO	REFEIÇÃO	TIPO DE ALIMENTO	QUANTIDADE

OBS: refeições fora de casa e outras.

Presença de distúrbios alimentares: obesidade, desnutrição, anemia, outros.

Avaliação da alimentação:

CAMPO 7 – ATIVIDADES COTIDIANAS

Este campo deve ser preenchido pelo profissional de saúde de nível superior ou de nível técnico de Enfermagem.

Atividades de grupo, atividades físicas e de lazer, religião:

TIPO	PERIODICIDADE	DURAÇÃO

Escola

Freqüência: Sim ( ) Não ( ) | Série: | Horário:

Desempenho, repetência, evasão escolar, dificuldades:

Uso de álcool: Sim ( ) Não ( )

IDADE DE INÍCIO	QUANTIDADE	FREQÜÊNCIA

Tabagismo: Sim ( ) Não ( )

IDADE DE INÍCIO	QUANTIDADE	FREQÜÊNCIA

Uso de substâncias lícitas ou ilícitas: Sim ( ) Não ( )

IDADE DE INÍCIO	QUANTIDADE	FREQÜÊNCIA
DURAÇÃO	TRATAMENTO	CLASSIFICAÇÃO POR USO

Saúde bucal:

Foi examinado pelo CD no último ano?

Escovação diária?

Tem algum incômodo ou notou algo diferente na boca?

Fatores de risco ou sinais de alerta para violência doméstica

Atividade de trabalho: Sim ( ) Não ( )

Se sim, registrar tipo, carga horária, vínculo, local, renda:

Doença ou acidente relacionado ao trabalho: tipo, tratamento.

Atividades produtivas domiciliares: Sim ( ) Não ( )

Medidas socioeducativas: idade em que ocorreu, motivo, duração, situação atual.

CAMPO 8 – HISTÓRIA FAMILIAR E SOCIAL

Este campo deve ser preenchido pelo profissional de saúde de nível superior ou de nível técnico de Enfermagem.

CONSULTAR O GENOGRAMA E CADASTRO FAMILIAR, ATUALIZANDO-OS SE NECESSÁRIO.

CAMPO 9 – EXAME FÍSICO

Peso: kg	Altura: m	IMC:	PA: mmHg	FC: bpm	FR: irpm	TAX: °C

Aspecto geral, fácies, pele e anexos, COONG, acuidade visual e auditiva, linfonodos, pescoço, boca, rigidez de nuca, membros superiores:

Tórax , auscultas cardíaca e respiratória:

Abdome:

Genitália e região ano-retal:

Classificação de Tanner:

Membros inferiores, coluna vertebral, articulações e exame neurológico:

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

Este campo deve ser preenchido pelo médico.

Crescimento: ( ) eutrófico ( ) obeso/sobrepeso ( ) desnutrido

Desenvolvimento: ( ) adequado ( ) em atraso

Alimentação: ( ) adequada ( ) hipoprotéica ( ) hiperprotéica

( ) hipocalórica ( ) hipercalórica ( ) hipovitamínica

Vacinação:: ( ) em dia ( ) atrasada

Diagnóstico da queixa:

Outros diagnósticos:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

SEM RISCO ( ) RISCO ( ) ALTO RISCO ( )

CONDUTA / ENCAMINHAMENTO

Crescimento:

Desenvolvimento:

Alimentação:

Vacinação:

Diagnóstico da queixa:

Outros diagnósticos:

Data:	Assinatura:	Carimbo:

PREENCHER: GRÁFICOS DE PESO, ESTATURA ANEXOS AO PRONTUÁRIO.
FAZER NOTIFICAÇÕES OBRIGATÓRIAS. FAZER ORIENTAÇÃO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE.

CAMPO 10 – SISTEMATIZAÇÃO DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM

Este campo deve ser preenchido pelo enfermeiro.

Dados:

Avaliação:

Data:	Assinatura:	Carimbo:

CAMPO 11 – AVALIAÇÃO DOS DEMAIS PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR

Este campo deve ser preenchido pelo profissional de saúde de nível superior.

Dados:

Data:	Assinatura:	Carimbo:

PRONTUÁRIO DE SAÚDE DA FAMÍLIA	Nº:

ADOLESCENTE – CONSULTA SUBSEQÜENTE

Data do atendimento:	Nº Cartão SUS:	
Nome completo:		Idade:

ANAMNESE

Queixa principal:

História clínica:

Atividades cotidianas, uso de álcool, fumo e drogas lícitas ou ilícitas:

Desenvolvimento puberal e da sexualidade:

Avaliação da alimentação:

Continuidade de tratamentos:

Vacinação: preencher a cópia do cartão de vacinação anexo ao prontuário.

EXAME FÍSICO

Peso: g	Altura: cm	IMC:	PA: mmHg	FC: bpm	FR: irpm	TAX: °C

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

Crescimento: ( ) eutrófico ( ) obeso/sobrepeso ( ) desnutrido

Desenvolvimento: ( ) adequado ( ) em atraso

Alimentação: ( ) adequada ( ) hipoprotéica ( ) hiperprotéica

( ) hipocalórica ( ) hipercalórica ( ) hipovitamínica

Vacinação:: ( ) em dia ( ) atrasada

Diagnóstico da queixa:

Outros diagnósticos:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

SEM RISCO ( ) RISCO ( ) ALTO RISCO ( )

CONDUTA / ENCAMINHAMENTO

Crescimento:

Desenvolvimento:

Alimentação:

Vacinação:

Diagnóstico da queixa:

Outros diagnósticos:

Data:	Assinatura:	Carimbo

PREENCHER: GRÁFICOS DE PESO, ESTATURA ANEXOS AO PRONTUÁRIO. FAZER NOTIFICAÇÕES OBRIGATÓRIAS. FAZER ORIENTAÇÃO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE.

SISTEMATIZAÇÃO DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM

Este campo deve ser preenchido pelo enfermeiro.

Dados:

Avaliação:

Data:	Assinatura:	Carimbo:

AVALIAÇÃO DOS DEMAIS PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR

Este campo deve ser preenchido pelo profissional de saúde de nível superior.

Dados:

Data:	Assinatura:	Carimbo:

6.3 DO ADULTO (20 A 59 ANOS)

6.3.1 Identificação

O PREENCHIMENTO

- Este campo pode ser preenchido por qualquer profissional da Equipe de Saúde.

OS DADOS

- Número do prontuário;
- Data do atendimento: dia, mês e ano;
- Número do cartão SUS;
- Nome completo;
- Data de nascimento: dia, mês e ano;
- Raça;
- Idade;
- Sexo;
- Estado civil;
- Grau de instrução.

6.3.2 Queixa principal e história clínica

O PREENCHIMENTO

- Este campo deve ser preenchido pelo profissional de saúde de nível superior ou de nível técnico de Enfermagem.

OS DADOS

- Queixa principal: segundo o usuário.
- História clínica: dados subjetivos e dados objetivos.
- Auto-percepção: alegre, triste, tímido, nervoso, indiferente.
- Planos para o futuro: sim (quais); não.

6.3.3 História pregressa

O PREENCHIMENTO

- Este campo deve ser preenchido pelo profissional de saúde de nível superior ou de nível técnico de Enfermagem.

OS DADOS

- Doenças anteriores: doenças crônicas, doenças agudas de maior gravidade, internações (doenças e cirurgias; motivo, local e duração), acidentes (tipo e gravidade); pesquisar o impacto da doença na vida do usuário.
- Doença hipertensiva e diabetes: idade do diagnóstico, medidas pressóricas anteriores, tratamentos realizados (adesão, dificuldades), aplicação de insulina, uso de glicosímetro, intercorrências no tratamento e complicações.
- Doenças ou acidentes do trabalho: verificar se houve encaminhamentos e notificações adequadas.
- Saúde da mulher:
  - Antecedentes ginecológicos: menarca, regularidade dos ciclos, métodos contraceptivos, uso de preservativo, menopausa, terapia de reposição hormonal;
  - Antecedentes obstétricos: G_P_A_, partos (tipos, complicações).
- Atividade sexual: tipo, freqüência, conhecimento e uso de métodos anticoncepcionais (tipo, utilização), dificuldades.
- Distúrbios psicoemocionais: acompanhamento (duração, local e freqüência dos atendimentos, medicamentos) e/ou internações (hospital ou serviços substitutivos) em serviços psiquiátricos.
- Problemas difíceis enfrentados pelo paciente ao longo da vida: conflitos amorosos, familiares e outros, perdas, lutos, eventuais tentativas de suicídio.
- Medicamentos de uso constante: nome, início, dose.
- Presença de alergia e/ou intolerância: citar.
- Pesquisar contato com sintomáticos respiratórios (pessoas com tosse e expectoração por três semanas ou mais), casos confirmados de tuberculose e suspeitos radiológicos (especialmente nos últimos 2 anos).
- Pesquisar contato com pacientes com hanseníase.
- Imunizações (tipo, doses e data de aplicação): pesquisar principalmente vacinas dupla adulto e contra febre amarela; para mulheres em idade fértil, anti-rubéola; preencher a cópia do cartão de vacinação anexo ao prontuário.

- Exames preventivos: citologia uterina, mamografia, PSA, toque retal, densitometria óssea, exames laboratoriais, exame oftalmológico; verificar e atualizar a ficha de acompanhamento familiar.
- Presença de deficiências: auditiva, física, mental, visual, múltipla. Em caso afirmativo, preencher formulário específico – Anexo II.
- Doador de órgãos: sim ou não (por quê?).
- Doador de sangue: sim ou não (por quê?).

6.3.4 Alimentação

O PREENCHIMENTO

- Este campo deve ser preenchido pelo profissional de saúde de nível superior ou de nível técnico de Enfermagem.

OS DADOS

- Alimentação: horário tipo de alimentos e a quantidade.
- Fazer o recordatório alimentar do dia e avaliar.
- Registrar refeições fora de casa: sanduíches, alimentos de preparo rápido (congelados, instantâneos e outros).
- Presença de distúrbios alimentares: obesidade, desnutrição, anemia, outros.
- Relacionar com a prática de exercícios físicos, o estilo de vida e as situações de estresse (item 6.3.4)

6.3.5 Atividades cotidianas

O PREENCHIMENTO

- Este campo deve ser preenchido pelo profissional de saúde de nível superior ou de nível técnico de Enfermagem.

OS DADOS

- Trabalho: ocupação, tipo de vínculo (formal, informal, autônomo), local e carga horária; pesquisar sobre esforço físico intenso, postura predominante no trabalho (em pé, cabeça inclinada), exposição a ruídos, agentes químicos e físicos potencialmente nocivos, estresse;
- Atividades produtivas domiciliares: se sim, preencher cadastro de atividades produtivas domiciliares (Anexo I).

- Uso de álcool, fumo: idade de início, quantidade e freqüência.
- Se a história de alcoolismo for positiva, aplicar Triagem de CAGE.

  Perguntas:

  a) Você já sentiu a necessidade de reduzir ou suspender o álcool (**C**ut down)?

  b) Alguém já o criticou pelo ato de beber (**A**ny)?

  c) Sente-se culpado (**G**uilty) por beber?

  d) Costuma beber logo pela manhã (**E**ye-opener)?

  Escore:

  Teste positivo para dependência de álcool com 2 respostas afirmativas.
- Uso de substâncias lícitas ou ilícitas: idade de início, quantidade, freqüência e tratamento.
- Sono: horários de acordar e de deitar, distúrbios.
- Saúde bucal:

  Foi examinado pelo CD no último ano?

  Escovação diária?

  Tem algum incômodo ou notou algo diferente na boca? (Especificar)

  Usa prótese removível?

  A partir desses dados e do exame físico, definir, de forma conjunta na equipe, quando referenciar os usuários para a equipe de saúde bucal.
- Atividade física: tipo, periodicidade, duração; sedentarismo.
- Atividades de lazer: tipo, periodicidade, duração.

6.3.6 História familiar e social

O PREENCHIMENTO

- Este campo deve ser preenchido pelo profissional de saúde de nível superior ou de nível técnico de Enfermagem.

OS DADOS

- Convivência familiar: cônjuge, filhos e outros.
- Doenças orgânicas, transtornos psicológicos, uso de álcool, uso de drogas, violência intrafamiliar, eventos judiciais e outros.
- Consultar o genograma e o cadastro familiar, atualizando-os se necessário.
- Atual situação de vida: relações amorosas, afetivas, familiares; situação no trabalho e no convívio social.

6.3.7 Exame físico

O PREENCHIMENTO

- Este campo deve ser preenchido pelo profissional de saúde de nível superior ou de nível técnico de Enfermagem.

OS DADOS

- Peso, Altura, PA, FC, FR, Temperatura axilar e IMC;
- Circunferências do quadril e da cintura e RCQ (relação cintura-quadril);
- Aspecto geral (visão de conjunto, estado mental, nível de consciência, atenção e orientação, aparência saudável ou enferma, grau de atividade, distribuição do tecido adiposo e sinais de violência); acuidade visual e auditiva; pele e anexos; edema;
- Fácies, cabeça, pescoço (inspeção, palpação, pulso e tireóide) e rigidez de nuca; linfonodos; olhos, ouvidos, nariz e boca (dentes e garganta). Na boca, verificar presença de manchas, desgastes ou cavidades nos dentes, alterações de mucosa, sangramento.
- Exame de fundo de olho: identificar estreitamento anterior, cruzamentos arteriovenosos patológicos, hemorragias, exsudatos e papiledema.
- Membros superiores (inspeção, pulsos, articulações, reflexos, extremidades, etc);
- Tórax (inspeção, percussão, palpação e auscultas cardíaca e respiratória); mamas;
- Abdome (inspeção, ausculta, percussão, palpação e umbigo);
- Membros inferiores (inspeção, pulsos, articulações, reflexos, extremidades, etc);
- Genitália e região ano-retal;
- Coluna vertebral, ossos e articulações;
- Exame neurológico;
- Exame dermato-neurológico em caso de suspeição por manchas ou áreas dormentes.

6.3.8 Impressão diagnóstica

O PREENCHIMENTO

- Este campo deve ser preenchido pelo médico.

OS DADOS

- Registrar o diagnóstico principal e diagnóstico secundário, se houver.
- Avaliação.

6.3.9 Sistematização da prática de enfermagem

O PREENCHIMENTO

- Este campo deve ser preenchido pelo enfermeiro.

OS DADOS

- Registrar os dados segundo a sistematização da NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) ou CIPESC (Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva)
- Avaliação

6.3.10 Avaliação dos demais profissionais de saúde de nível superior

O PREENCHIMENTO

- Este campo deve ser preenchido pelo profissional de saúde de nível superior.

OS DADOS

- Registrar a avaliação realizada.

6.3.11 Classificação de risco

O PREENCHIMENTO

- Este campo deve ser preenchido pelo médico.

OS DADOS

- Identificar situações de risco para as várias condições ou patologias e fazer a classificação por grau de risco.
- Estratificação do **risco cardiovascular** (probabilidade de um evento cardiovascular grave nos próximos 10 anos):
  - Fatores de risco cardiovascular: tabagismo, dislipidemia, *diabetes mellitus,* nefropatia, idade acima de 60 anos, história familiar de doença cardiovascular em mulheres com menos de 65 anos e homens com menos de 55 anos, relação cintura/quadril aumentada, circunferência da cintura aumentada, microalbuminúria, tolerância à glicose diminuída/glicemia de jejum alterada, hiperuricemia, PCR ultra-sensível aumentada.

- Lesões em órgãos-alvo: hipertrofia de ventrículo esquerdo, angina e/ou infarto do miocárdio prévio, revascularização miocárdica prévia, insuficiência cardíaca, episódio isquêmico ou acidente vascular encefálico, alterações cognitivas ou demência vascular, nefropatia, retinopatia hipertensiva, doença vascular arterial de extremidades.
- Condições clínicas associadas: outra doença cardiovascular ou renal com presença de sintomatologia.
- Níveis pressóricos: Grau 1 – hipertensão leve (PAS 140-159 X PAD 90-99), Grau 2 – hipertensão moderada (PAS 160-179 X PAD 100-109) e Grau 3 – hipertensão grave (PAS ≥180 X PAD ≥110), Sistólica Isolada (PAS ≥140 X PAD < 90).

- Considerar os critérios acima e classificar em **RISCO BAIXO**, **MÉDIO**, **ALTO** e **MUITO ALTO** (ver: Linha-guia Atenção à Saúde do Adulto – Hipertensão e Diabetes).

- Estratificação do risco no **diabetes**:
  - Considerar os critérios: tratamento medicamentoso, uso de insulina, concomitância com hipertensão.
  - Classificar em: Diabético sem tratamento medicamentoso, Diabético não-usuário de insulina e sem hipertensão, Diabético não usuário de insulina e com hipertensão e Diabético usuário de insulina (ver: Linha-guia Atenção à Saúde do Adulto – Hipertensão e Diabetes).
- Estratificação de risco na **tuberculose**:
  - São considerados de **ALTO RISCO** os usuários com antecedentes ou evidências clínicas de hepatopatia aguda ou crônica, alcoolismo crônico, uso de drogas imunossupressoras; doente de Aids ou soro positivo para o HIV; antecedentes ou evidências clínicas de nefropatias; suspeita de tuberculose multidrogarresistente ou tuberculose extrapulmonar (principalmente meningite tuberculosa e miliar); e pacientes em retratamento por abandono, recidiva e falência (ver: Linha-guia Atenção à Saúde do Adulto – Tuberculose).
- Estratificação de risco na **hanseníase**:
  - Considerar os critérios: surtos reacionais, reações adversas aos medicamentos, presença de seqüelas.
  - Classificar em **BAIXO RISCO** (sem os critérios citados) e **ALTO RISCO** (surtos reacionais repetitivos, relato de reações adversas aos medicamentos, presença de seqüelas nos olhos, nariz, mãos e pés)(ver: Linha-guia Atenção à Saúde do Adulto – Hanseníase).

- Estratificação de risco em **saúde mental**:
  - São considerados de **RISCO GRAVE**: usuários com transtornos mentais graves e persistentes, uso prejudicial de álcool e outras drogas, egressos de serviços de saúde mental (ver: Linha-guia Atenção em Saúde Mental).

6.3.12 Conduta e encaminhamento

O PREENCHIMENTO

- Este campo deve ser preenchido pelo profissional de saúde de nível superior.

OS DADOS

- Plano inicial de cuidados.
- Hipertensão arterial:
  - Solicitar exames laboratoriais (potássio, creatinina, glicemia de jejum, colesterol total, HDL – colesterol, triglicérides, urina, microalbuminúria), eletrocardiograma;
  - Assinar o termo de colaboração do cuidado;
  - Após a confirmação do diagnóstico, iniciar o tratamento.
- Diabetes:
  - Solicitar glicemia de jejum, hemoglobina glicada, perfil lipídico (colesterol total e frações e triglicérides), microalbuminúria (em pacientes com diabetes tipo 1 com mais de 5 anos de evolução e todos com diabetes tipo 2), creatinina sérica em adultos, TSH (em todos os pacientes com diabetes tipo 1 e nos clinicamente suspeitos com diabetes tipo 2), ECG (se necessário), urinálise (cetonas, proteínas e sedimentos);
  - Assinar o termo de colaboração do cuidado;
  - Após a confirmação do diagnóstico, iniciar o tratamento.
- Tuberculose:
  - Solicitar baciloscopia direta do escarro, cultura para micobactéria (se necessário), RX Tórax, PPD (se necessário). Ver Linha-guia Atenção à Saúde do Adulto – Tuberculose;
  - Se houver confirmação do diagnóstico, solicitar exames dos comunicantes;
  - Se houver confirmação do diagnóstico, programar o tratamento supervisionado para todos os pacientes, especialmente nos casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera, retratamento e em situações sociais adversas.

- Hanseníase:
  - Solicitar pesquisa de BAAR em raspado dérmico de lesão, lóbulos e um cotovelo;
  - Se houver confirmação do diagnóstico, solicitar exames dos contatos;
  - Se houver confirmação do diagnóstico, programar o tratamento para todos os pacientes.
- Saúde Mental:
  - Elaborar e/ou executar o Projeto Terapêutico Individual para todos os usuários com transtornos mentais.
- Encaminhamento se houver necessidade de interconsulta ou referenciamento.

6.3.13 Tabelas e gráficos

O PREENCHIMENTO

- Este campo deve ser preenchido pelo profissional de saúde de nível superior ou de nível técnico de Enfermagem.

OS DADOS

- Anotar os dados de monitoramento – peso, IMC, pressão arterial e exames laboratoriais na ficha de acompanhamento (Anexo III).

6.3.14 Informação para o Usuário

O PREENCHIMENTO

- Este campo deve ser preenchido pelo profissional de saúde de nível superior ou de nível técnico de Enfermagem.

OS DADOS

- Orientação de educação em saúde.
- Orientação sobre a adesão ao plano terapêutico, efeitos colaterais e secundários de eventuais medicamentos em uso, reconhecimento de sintomas de descontrole da patologia e de lesões em órgãos-alvo.
- Mudanças do estilo de vida.

6.3.15 Conclusão do atendimento

O PREENCHIMENTO

- Este campo deve ser preenchido pelo profissional de saúde de nível superior ou de nível técnico de Enfermagem.

OS DADOS

- Registro da consulta na ficha de atendimento diário do SIAB, SISVAN, SINAN e BPA.

6.3.16 Ficha de Consulta Subseqüente

O PREENCHIMENTO

- Este campo deve ser preenchido pelo profissional de nível superior.

OS DADOS

- Número do prontuário;
- Data do atendimento: dia, mês e ano;
- Número do cartão SUS;
- Nome completo;
- Idade;
- Queixas atuais: explorar os dados relatados pelo usuário.
- Verificar alimentação, atividades cotidianas e dados familiares e sociais.
- Fazer exame físico completo.
- Verificar peso, estatura, PA e IMC.
- Identificar fatores de risco.
- Manutenção e orientação sobre condutas adotadas em serviços clínicos especializados.
- Administrar dose supervisionada em casos de tuberculose e hanseníase.
- Registrar o diagnóstico, fazer classificação de risco, sistematização da prática de enfermagem e avaliação dos profissionais de nível superior e de definir a conduta.
- Realizar orientação de educação em saúde.

PRONTUÁRIO DE SAÚDE DA FAMÍLIA N°:

ADULTO – PRIMEIRA CONSULTA

CAMPO 1 – IDENTIFICAÇÃO

Este campo pode ser preenchido por qualquer profissional da Equipe de Saúde.
Os dados devem ser preenchidos por extenso, completos, sem abreviatura e de forma legível.

Data do atendimento:		Nº Cartão SUS:	
Nome completo:			
DN:	Idade:	Raça:	Estado civil:
Sexo: Masc. ( ) Fem. ( )		Grau de instrução:	

CAMPO 2 – MOLÉSTIA ATUAL

Este campo deve ser preenchido pelo profissional de saúde de nível superior ou de nível técnico de Enfermagem.

Queixa principal:

História clínica:

CAMPO 3 – HISTÓRIA PREGRESSA

Este campo deve ser preenchido pelo profissional de saúde de nível superior ou de nível técnico de Enfermagem.

Doenças e internações anteriores:

Saúde da mulher:

Antecedentes ginecológicos:

Antecedentes obstétricos: G ( ) P ( ) A ( )

Partos (tipos, complicações):

Atividade sexual: tipo, freqüência, conhecimento e uso de métodos anticoncepcionais (tipo, utilização), dificuldades.

Presença de distúrbios psicoemocionais e transtornos mentais:

Medicamentos de uso constante:

NOME	DATA DE INÍCIO	DOSE

História de alergia/intolerância:

Imunização:

Exames preventivos (citologia uterina, mamografia, PSA, toque retal, densitometria óssea, exames laboratoriais, exame oftalmológico).

Doador de órgãos: Sim ( ) Não ( ) (por que?)	Doador de sangue: Sim ( ) Não ( ) (por que?)

Outras informações: sono, dificuldades enfrentadas, presença de deficiências (se sim, preencher formulário específico), história de violência doméstica.

CAMPO 4 – ALIMENTAÇÃO

Este campo deve ser preenchido pelo profissional de saúde de nível superior ou de nível técnico de Enfermagem.

Recordatório alimentar:

HORÁRIO	REFEIÇÃO	TIPO DE ALIMENTO	QUANTIDADE

OBS: refeições fora de casa e outras.

Presença de distúrbios alimentares: obesidade, desnutrição, anemia, outros.

Avaliação da alimentação:

CAMPO 5 – ATIVIDADES COTIDIANAS

Este campo deve ser preenchido pelo profissional de saúde de nível superior ou de nível técnico de Enfermagem.

Trabalho: ocupação, tipo de vínculo (formal, informal, autônomo), local e carga horária.

Presença de esforço físico intenso, exposição a ruídos, agentes químicos e físicos potencialmente nocivos, estresse, postura predominante no trabalho.

Atividades produtivas domésticas: Sim ( ) Não ( )

Atividades físicas e de lazer:

TIPO	PERIODICIDADE	DURAÇÃO

Uso de álcool: Sim ( ) Não ( )

IDADE DE INÍCIO	QUANTIDADE	FREQÜÊNCIA

Triagem de CAGE: Positivo ( ) Negativo ( )

Tabagismo: Sim ( ) Não ( )

IDADE DE INÍCIO	QUANTIDADE	FREQÜÊNCIA

Uso de substâncias lícitas ou ilícitas: Sim ( ) Não ( )

IDADE DE INÍCIO	QUANTIDADE	FREQÜÊNCIA	TRATAMENTO

Saúde bucal:

Foi examinado pelo CD no último ano?

Escovação diária?

Tem algum incômodo ou notou algo diferente na boca?

Usa prótese removível?

Fatores de risco ou sinais de alerta para violência doméstica:

CAMPO 6 – HISTÓRIA FAMILIAR E SOCIAL

Este campo deve ser preenchido pelo profissional de saúde de nível superior ou de nível técnico de Enfermagem.

CONSULTAR O GENOGRAMA E CADASTRO FAMILIAR, ATUALIZANDO-OS SE NECESSÁRIO.

CAMPO 7 – EXAME FÍSICO

Peso: g	Altura: cm	IMC:	TAX: °C
PA (ortostatismo): mmHg	PA (deitado): mmHg	FC: bpm	FR: irpm

Circunferência da cintura:	Circunferência do quadril:	RCQ:

Aspecto geral, fácies, pele e anexos (exame dermato-neurológico em caso de suspeição por manchas ou áreas dormentes), COONG, acuidade visual e auditiva, linfonodos, pescoço, boca, rigidez de nuca, membros superiores:

Exame de fundo de olho:

Tórax , auscultas cardíaca e respiratória:

Abdome, genitália e região ano-retal:

Membros inferiores, coluna vertebral, articulações e exame neurológico:

CAMPO 8 – IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

Este campo deve ser preenchido pelo médico.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco Cardiovascular:

( ) RISCO BAIXO ( ) RISCO MÉDIO ( ) RISCO ALTO ( ) RISCO MUITO ALTO

Diabetes:

( ) Sem tratamento medicamentoso ( ) Não-usuário de insulina e sem hipertensão

( ) Não usuário de insulina e hipertenso ( ) Usuário de insulina

Tuberculose:

ALTO RISCO ( ) SIM ( ) NÃO

Hanseníase:

( ) BAIXO RISCO ( ) ALTO RISCO

Saúde Mental:

RISCO GRAVE ( ) SIM ( ) NÃO

CONDUTA – PLANO DE CUIDADO E ENCAMINHAMENTO

Data:	Assinatura:	Carimbo:

PREENCHER QUADRO CONTROLE DE PRESSÃO ARTERIAL E DE GLICEMIA, ANEXOS AO PRONTUÁRIO.

FAZER NOTIFICAÇÕES OBRIGATÓRIAS.

FAZER ORIENTAÇÃO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE.

CAMPO 9 – SISTEMATIZAÇÃO DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM

Este campo deve ser preenchido pelo enfermeiro.

Dados:

Avaliação:

Data:	Assinatura:	Carimbo:

CAMPO 10 – AVALIAÇÃO DOS DEMAIS PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR

Este campo deve ser preenchido pelo profissional de saúde de nível superior.

Dados:

Data:	Assinatura:	Carimbo:

PRONTUÁRIO DE SAÚDE DA FAMÍLIA N°:

ADULTO – CONSULTA SUBSEQÜENTE

Data do atendimento: ___/___/___	Nº Cartão SUS:
Nome completo:	Idade:

ANAMNESE

Queixa principal:

História clínica:

Atividades cotidianas:

Avaliação da alimentação:

Fatores de risco para doenças:

Adesão a tratamentos prescritos:

EXAME FÍSICO

Peso: g	Altura: cm	IMC:	TAX: °C
PA (ortostatismo): mmHg	PA (deitado): mmHg	FC: bpm	FR: irpm

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco Cardiovascular:

( ) RISCO BAIXO ( ) RISCO MÉDIO ( ) RISCO ALTO ( ) RISCO MUITO ALTO

Diabetes:

( ) RISCO BAIXO ( ) RISCO MÉDIO ( ) RISCO ALTO ( ) RISCO MUITO ALTO

Tuberculose:

ALTO RISCO ( ) SIM ( ) NÃO

Hanseníase:

( ) BAIXO RISCO ( ) ALTO RISCO

Saúde Mental:

RISCO GRAVE ( ) SIM ( ) NÃO

CONDUTA

ENCAMINHAMENTO

Data:	Assinatura:	Carimbo:

PREENCHER QUADRO CONTROLE DE PRESSÃO ARTERIAL E DE GLICEMIA, ANEXOS AO PRONTUÁRIO.

FAZER NOTIFICAÇÕES OBRIGATÓRIAS.

FAZER ORIENTAÇÃO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE.

SISTEMATIZAÇÃO DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM

Este campo deve ser preenchido pelo enfermeiro.

Dados:

Avaliação:

Data:	Assinatura:	Carimbo:

AVALIAÇÃO DOS DEMAIS PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR

Este campo deve ser preenchido pelo profissional de saúde de nível superior.

Dados:

Data:	Assinatura:	Carimbo:

6.4 DA GESTANTE

6.4.1 Identificação

O PREENCHIMENTO

- Este campo pode ser preenchido por qualquer profissional da Equipe de Saúde.

OS DADOS

- Número do prontuário;
- Data do atendimento: dia, mês e ano;
- Número do cartão SUS;
- Nome completo;
- Data de nascimento: dia, mês e ano;
- Idade;
- Raça;
- Estado civil;
- Procedência;
- Escolaridade.

6.4.2 História pregressa

O PREENCHIMENTO

- Este campo deve ser preenchido pelo profissional de saúde de nível superior ou de nível técnico de Enfermagem.

OS DADOS

- Antecedentes pessoais:
  - Doenças e internações anteriores
  - Sono: horário de acordar e deitar, distúrbios, dificuldades enfrentadas, presença de deficiências: auditiva, física, mental, visual, múltipla. Em caso afirmativo, preencher formulário específico (Anexo II).
  - Uso de álcool, fumo: idade de início, quantidade e freqüência.
  - Presença de alergia e/ou intolerância: citar.
  - Uso de substâncias lícitas ou ilícitas: idade de início, quantidade, freqüência e tratamento.

- Medicamentos de uso constante.
- Saúde bucal:
  - Foi examinada pelo CD durante a gravidez?
  - Escovação diária?
  - Tem algum incômodo ou notou algo diferente na boca? (Especificar)
  - Usa prótese removível?
  - A partir desses dados e do exame físico, definir, de forma conjunta na equipe, quando referenciar os usuários para a equipe de saúde bucal.

- Antecedentes obstétricos:
  - G_P_A_: pesquisar número de gestações (identificar e registrar se houve problemas anteriores, como aborto, gravidez ectópica e mola hidatiforme), partos (domiciliares, hospitalares, vaginais espontâneos, fórceps, cesáreas e indicações) e abortamentos (espontâneos, provocados, complicados por infecções, curetagem pós-abortamento);
  - Número de filhos vivos;
  - Descrever as gestações anteriores e suas intercorrências
  - Número de recém-nascidos pré-termo (< 37 semanas) ou pós-termo (≥ 42 semanas);
  - Número de recém-nascidos com baixo peso (< 2.500 g) e com mais de 4.000 g;
  - Mortes neonatais precoces (< 7 dias de vida): número e motivo;
  - Mortes neonatais tardias (7 a 28 dias de vida): número e motivos;
  - Natimortos (morte intra-útero): idade gestacional em que ocorreu;
  - Gestações e puerpérios anteriores: identificar e especificar se houve intercorrências ou complicações;
  - Registrar o intervalo entre o final da última e o início da gestação atual.
  - Doenças anteriores: doenças crônicas, doenças agudas de maior gravidade, internações (doenças e cirurgias; informar qual o motivo, local e duração da internação), acidentes (tipo e gravidade).
  - Doenças ou acidentes do trabalho: verificar se houve encaminhamentos e notificações adequadas.
  - Distúrbios psicoemocionais; acompanhamento (duração, local e freqüência dos atendimentos) e/ou internações (hospital ou serviços substitutivos) em serviços psiquiátricos.
  - Medicamentos: nome, dose, duração do uso, motivo, período da gestação em que usou, automedicação, risco para o feto segundo o FDA (ver Memento Terapêutico), medicamentos de uso constante, suplementação alimentar (vitaminas, sulfato ferroso, etc.).

- Imunizações (tipo, doses e data de aplicação): pesquisar principalmente anti-rubéola e antitetânica; preencher a cópia do cartão de vacinação anexo ao prontuário.

- Antecedentes ginecológicos:
  - Menarca
  - Ciclos Menstruais
  - Início das relações sexuais
  - Idade da primeira gestação;
  - Métodos contraceptivos: quais, duração do uso, motivo do abandono;
  - Pesquisar se houve tratamento para infertilidade e esterilidade;
  - Pesquisar doenças sexualmente transmissíveis (DST), inclusive no puerpério: ocorrência e testes realizados;
  - Pesquisar realização de cirurgias ginecológicas: idade e motivo;
  - Identificar patologias mamárias: quais, quando e tratamento;
  - Pesquisar a última citologia oncótica (Papanicolau): data e resultado.

6.4.3 Alimentação

O PREENCHIMENTO

- Este campo deve ser preenchido pelo profissional de saúde de nível superior ou de nível técnico de Enfermagem.

OS DADOS

- Alimentação: horário, tipo de alimentos e quantidade.
- Fazer o recordatório alimentar do dia e avaliar.

6.4.4 Atividades cotidianas

O PREENCHIMENTO

- Este campo deve ser preenchido pelo profissional de saúde de nível superior ou de nível técnico de Enfermagem.

OS DADOS

- Trabalho: ocupação, tipo de vínculo (formal, informal, autônomo), local e carga horária; pesquisar sobre esforço físico intenso, postura predominante no trabalho (em pé, cabeça inclinada), exposição a ruídos, agentes químicos (agrotóxicos, thinner, tintas, querosene, removedores, “fumaça de solda”, cola de sapateiro, graxas e óleos, poeiras de pedras, algodão ou madeira) e físicos (radiação ionizante) potencialmente nocivos à gestação, estresse.

- Atividades produtivas domiciliares: se sim, preencher cadastro de atividades produtivas domiciliares (Anexo I).
- Atividades físicas e de lazer: tipo, periodicidade, duração.

6.4.5 História familiar e social

O PREENCHIMENTO

- Este campo deve ser preenchido pelo profissional de saúde de nível superior ou de nível técnico de Enfermagem.

OS DADOS

- Doenças orgânicas, transtornos psicológicos, uso de álcool, uso de drogas, violência intrafamiliar, eventos judiciais e outros.
- Informar sobre condições socioeconômicas e de habitação.
- Consultar o genograma e o cadastro familiar, atualizando-os se necessário.
- Convivência familiar: cônjuge, filhos e outros.
- Fatores de risco ou sinais de alerta para violência doméstica e abuso ou violência sexual.

6.4.6 Registro Clínico

O PREENCHIMENTO

- Este campo deve ser preenchido pelo médico e pelo enfermeiro.

OS DADOS

- Intercorrências da gestação atual: segundo o usuário; sinais e sintomas da gestação em curso;

6.4.7 Exame físico

O PREENCHIMENTO

- Este campo deve ser preenchido pelo profissional de saúde de nível superior ou de nível técnico de Enfermagem.

OS DADOS

- Peso e altura;

- Exame físico geral: inspeção da pele e mucosas, edema (face, tronco e membros), palpação da tireóide, ausculta cardiopulmonar, abdome, palpação dos gânglios axilares e inguinais, membros inferiores;
- Na boca, verificar presença de manchas, desgastes ou cavidades nos dentes, alterações de mucosa ou sangramentos.
- Exame gineco-obstétrico:
  - Exame das mamas;
  - Medida da altura uterina;
  - Ausculta dos batimentos cardiofetais – BCF;
  - Posição e apresentação do feto
  - Inspeção dos genitais externos;
  - Exame especular: inspeção das paredes vaginais, conteúdo vaginal e colo uterino; coleta de material para citologia oncótica, caso a última tenha sido há mais de 1 ano;
  - Teste de Schiller;
  - Toque vaginal.

6.4.8 Impressão diagnóstica

O PREENCHIMENTO

- Este campo deve ser preenchido pelo médico.

OS DADOS

- Registrar o diagnóstico principal e o diagnóstico secundário, se houver.

6.4.9 Sistematização da prática de enfermagem

O PREENCHIMENTO

- Este campo deve ser preenchido pelo enfermeiro.

OS DADOS

- Registrar os dados segundo a sistematização da NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) ou CIPESC (Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva)
- Avaliação

6.4. 10 Avaliação dos demais profissionais de saúde de nível superior

O PREENCHIMENTO

- Este campo deve ser preenchido pelo profissional de saúde de nível superior.

OS DADOS

- Registrar a avaliação realizada.

6.4.11 Classificação de risco

O PREENCHIMENTO

- Este campo deve ser preenchido pelo médico.

OS DADOS

- Identificar situações anteriores ou decorrentes da gestação atual que se configuram como fatores de risco gestacional, mas que permitem a realização do pré-natal pela equipe do PSF:
  - Idade menor de 17 e maior de 35 anos;
  - Ocupação: esforço físico, carga horária, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos nocivos, estresse;
  - Situação conjugal insegura;
  - Baixa escolaridade;
  - Condições ambientais desfavoráveis;
  - Altura menor que 1,45 m;
  - Peso menor que 45 kg ou maior que 75 kg;
  - Recém-nascido com crescimento retardado, pré-termo ou mal formado, em gestação anterior;
  - Intervalo interpartal menor que 2 anos;
  - Nuliparidade e multiparidade;
  - Síndrome hemorrágica ou hipertensiva, em gestação anterior;
  - Cirurgia uterina anterior;
  - Ganho ponderal inadequado.
- Identificar situações anteriores ou decorrentes da gestação atual que se configuram como fatores de risco gestacional e que indicam a realização do pré-natal em serviços de referência:
  - Dependência de drogas lícitas e ilícitas;
  - Morte perinatal anterior;

- Abortamento habitual;
- Esterilidade/ infertilidade;
- Desvio quanto ao crescimento uterino, número de fetos e volume de líquido amniótico;
- Trabalho de parto prematuro e gravidez prolongada;
- Pré-eclâmpsia e eclâmpsia;
- Diabetes gestacional;
- Amniorrexe prematura;
- Hemorragias da gestação;
- Isoimunização;
- Óbito fetal;
- Hipertensão arterial;
- Cardiopatias;
- Pneumopatias;
- Nefropatias;
- Endocrinopatias;
- Hemopatias;
- Epilepsia;
- Doenças infecciosas;
- Doenças auto-imunes;
- Ginecopatias.

▪ Classificar a gestante quanto ao risco: RISCO HABITUAL; ALTO RISCO QUE PODE SER ACOMPANHADA NO PSF ou ALTO RISCO QUE DEVE SER REFERENCIADA.
(ver: Linha-guia Atenção ao Pré-natal, parto e puerpério)

6.4.12 Conduta e encaminhamento

O PREENCHIMENTO

▪ Este campo deve ser preenchido pelo profissional de saúde de nível superior.

OS DADOS

Plano inicial de cuidados:

▪ Determinar o local onde será feito o pré-natal – vinculação à maternidade

▪ Solicitar exames laboratoriais:

- Grupo sanguíneo e fator RH;

- Coombs indireto, se necessário;
- Hemograma;
- Glicemia jejum;
- VDRL;
- Toxoplasmose;
- Urina rotina;
- Urocultura;
- Colpocitologia oncótica;
- Teste anti HIV, após aconselhamento e consentimento da paciente;
- HbsAg;

- Vacinação antitetânica, quando a gestante não estiver imunizada;
- Anotar o número de inscrição da gestante no SISPRENATAL;

Registro dos dados da consulta no Cartão da Gestante e no prontuário;

- Agendamento de consultas subseqüentes;
- Agendamento de visitas domiciliares;
- Agendamento de ações educativas.
- Referência para avaliação odontológica.
- Interconsulta ou referenciamento, se houver necessidade.

6.4.13 Tabelas e Gráficos

O PREENCHIMENTO

- Este campo deve ser preenchido pelo profissional de saúde de nível superior ou de nível técnico de Enfermagem.

OS DADOS

- Preencher os gráficos de peso e altura uterina (Anexo XI).

6.4.14 Informação para o Usuário

O PREENCHIMENTO

- Este campo deve ser preenchido pelo profissional de saúde de nível superior ou de nível técnico de Enfermagem.

OS DADOS

- Preencher o cartão da gestante.
- Orientação sobre amamentação.
- Orientação de educação em saúde.

6.4.15 Conclusão do atendimento

O PREENCHIMENTO

- Este campo deve ser preenchido pelo profissional de saúde de nível superior ou de nível técnico de Enfermagem.

OS DADOS

- Registro da consulta na ficha de atendimento diário do SISPRENATAL, SIAB, SISVAN, SINAN e BPA.

6.4.16 Ficha de Consulta Subseqüente

O PREENCHIMENTO

- Este campo deve ser preenchido pelo profissional de nível superior.

OS DADOS

- Número do prontuário.
- Número do cartão SUS.
- Número do SISPRENATAL.
- Nome completo.
- Idade.
- Revisão da ficha perinatal e anamnese atual.
- Cálculo e anotação da idade gestacional.
- Número da consulta de pré-natal, dentro das 6 esperadas.
- Indagar sobre a adesão às recomendações feitas em consultas anteriores e os resultados.
- Medicamentos: verificar acesso (gratuitos, regular ou irregular; adquiridos por conta própria), adesão ao tratamento, uso correto (dosagem, horários), reações adversas, interação com outros medicamentos.
- Exame físico geral e gineco-obstétrico:
  - Determinação do peso;
  - Calcular o ganho de peso – anotar no gráfico e observar o sentido da curva para avaliação do estado nutricional;
  - Medida da pressão arterial, FC materna e temperatura axilar;
  - Inspeção da pele e das mucosas;
  - Inspeção das mamas;
  - Palpação obstétrica e medida da altura uterina – anotar no gráfico e observar o sentido da curva para avaliação do crescimento fetal;

- Ausculta dos batimentos cardiofetais;
- Pesquisa de edemas;
- Toque vaginal, exame especular e outros, se necessário.

- Interpretação de exames laboratoriais.
- Solicitar glicemia de jejum, VDRL e urina rotina na 30ª semana e outros exames se necessários.
- Identificar fatores de risco e fazer classificação da gestante.
- Preencher sistematização da prática de enfermagem e avaliação dos profissionais de nível superior.
- Acompanhamento das condutas adotadas em serviços clínicos especializados.
- Realização de ações e de práticas educativas individuais e em grupos.

Registro dos dados da consulta no cartão da gestante e na Ficha de Acompanhamento pré-natal.

- Todas as consultas deverão ser registradas na ficha de atendimento diário do SISPRENATAL, SIAB, SISVAN, SINAN e BPA.
- Agendamento de consultas subseqüentes.
- Vincular a gestante à maternidade de referência, de risco habitual ou de alto risco.
- Controle do calendário de vacinação.
- Pesquisar fatores de risco evolutivo.

6.4.17 Folha de Acompanhamento Pré-Natal

O PREENCHIMENTO

- Este campo deve ser preenchido pelo médico.

OS DADOS

- Número do prontuário;
- Número do SISPRENATAL;
- Número do cartão SUS;
- Nome completo;
- Data da última menstruação – DUM: dia, mês e ano (certeza ou dúvida);
- Data provável do parto – DPP;
- DPP de acordo com a primeira ultra-sonografia;
- Data da primeira ultra-sonografia;
- Peso pré-gravídico.

- Anotar os seguintes dados para cada consulta:
  - Cálculo da idade gestacional
  - Peso;
  - Pressão Arterial;
  - Edema;
  - Medida da altura uterina;
  - Posição e apresentação do feto
  - Ausculta dos batimentos cardiofetais – BCF e Movimentação Fetal – MF
  - Exame de Colo Uterino
- Anotar os resultados dos exames complementares, segundo a data.
- Vacinação antitetânica: se foi imunizada, se necessita de reforço e datas.

6.4.18 Consulta puerperal precoce

O PREENCHIMENTO

- Este campo deve ser preenchido pelo médico e enfermeiro.

OS DADOS

- Número do prontuário;
- Data do atendimento: dia, mês e ano;
- Número do cartão SUS;
- Número do SISPRENATAL;
- Nome completo;
- Idade;
- Dados sobre o parto: tipo, idade gestacional, intercorrências;
- Dados sobre o recém-nascido: Apgar, intercorrências;
- Controle do calendário de vacinação;
- Vacinar a puérpera contra rubéola, se ela for susceptível;
- Realizar exame clínico ginecológico;
- Avaliar as condições maternas e detectar possíveis complicações puerperais;
- Fazer o controle das patologias manifestadas durante a gestação (síndrome hipertensiva, anemia, etc);
- Averiguar se a amamentação ocorre normalmente e incentivar a sua continuidade, fornecendo orientações;

- Agendar consulta puerperal tardia;
- Verificar uso de medicamentos.
- Agendar consulta do RN no controle do primeiro ano de vida e realizar orientações específicas.

6.4.19 Consulta puerperal tardia

O PREENCHIMENTO

- Este campo deve ser preenchido pelo médico e enfermeiro.

OS DADOS

- Número do prontuário;
- Data do atendimento: dia, mês e ano;
- Número do cartão SUS;
- Número do SISPRENATAL;
- Nome completo;
- Idade;
- Controle do calendário de vacinação;
- Realizar exame clínico ginecológico;
- Avaliar as condições maternas e detectar possíveis complicações puerperais;
- Fazer o controle das patologias manifestadas durante a gestação (síndrome hipertensiva, anemia, etc);
- Verificar uso de medicamentos.
- Averiguar se a amamentação ocorre normalmente e incentivar a sua continuidade, fornecendo orientações;
- Completar as doses de vacina antitetânica, se necessário;
- Prescrever o método de planejamento familiar escolhido pela paciente;
- Dar alta para a gestante: orientação quanto aos cuidados e ao controle do RN, continuidade do acompanhamento em caso de patologias já existentes antes ou persistentes após a gestação;
- Em caso de óbito, fazer notificação para o Comitê de Prevenção da Morte Materna.

PRONTUÁRIO DE SAÚDE DA FAMÍLIA **Nº:**

GESTANTE – PRIMEIRA CONSULTA

CAMPO 1 – IDENTIFICAÇÃO

Este campo pode ser preenchido por qualquer profissional da Equipe de Saúde.
Os dados devem ser preenchidos por extenso, completos, sem abreviatura e de forma legível.

Data do atendimento: ___/___/___		Nº Cartão SUS:	
Nome completo:			DN: ___/___/___
Idade:	Raça:	Estado civil:	Procedência:
Escolaridade:			

CAMPO 2 – HISTÓRIA PREGRESSA

Este campo deve ser preenchido pelo profissional de saúde de nível superior ou de nível técnico de Enfermagem

ANTECEDENTES PESSOAIS:

Doenças e internações anteriores:

Outras informações: sono, dificuldades enfrentadas, presença de deficiências (se sim, preencher formulário específico), história de violência doméstica. Presença de distúrbios psico-emocionais e transtornos mentais.

História de alergia/intolerância:

Medicamentos de uso constante:

NOME	DATA DE INÍCIO	DOSE

Uso de álcool: Sim ( ) Não ( )

IDADE DE INÍCIO	QUANTIDADE	FREQÜÊNCIA

Tabagismo: Sim ( ) Não ( )

IDADE DE INÍCIO	QUANTIDADE	FREQÜÊNCIA

Uso de substâncias lícitas ou ilícitas: Sim ( ) Não ( )

IDADE DE INÍCIO	QUANTIDADE	FREQÜÊNCIA	TRATAMENTO

Saúde bucal:

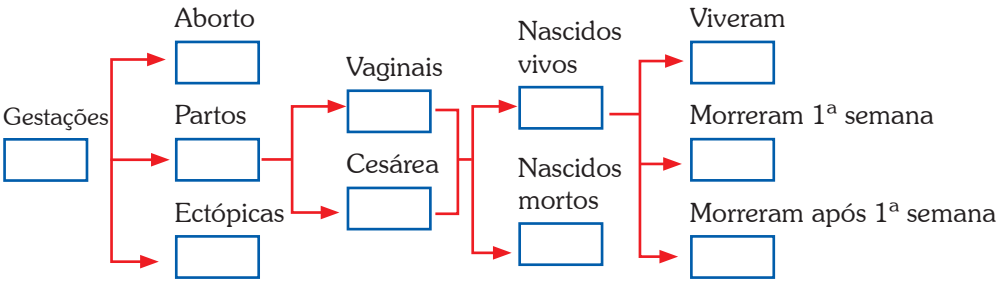
Foi examinada pelo CD durante a gravidez?

Escovação diária?

Tem algum incômodo ou notou algo diferente na boca?

Usa prótese removível?

ANTECEDENTES OBSTETRÍCIOS:



RN PRÉ-TERMO
☐ SIM
☐ NÃO

PESO RN
☐ < 2 500
☐ > 4 000

Intercorrência nas gestações anteriores:

Data	Parto	Indicação	Peso	Sem. Gest.	Amamentação	Intercorrências pré-natal

Data	Aborto	Tipo	Curetagem	Idade Gest.	Intercorrências

ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS:

Menarca:

Ciclos:

Início de relações sexuais:

Uso de métodos contraceptivos:

Idade na primeira gestação:

Última citologia oncótica data e resultado:

Tratamentos anteriores (infertilidade, esterilidade, DST, cirurgias, outros):

Patologias mamárias (quais, quando e tratamento):

CAMPO 3 – ALIMENTAÇÃO

Este campo deve ser preenchido pelo profissional de saúde de nível superior ou de nível técnico de Enfermagem

Recordatório alimentar:

HORÁRIO	REFEIÇÃO	TIPO DE ALIMENTO	QUANTIDADE

OBS: refeições fora de casa e outras.

Presença de distúrbios alimentares: obesidade, desnutrição, anemia, outros.

Avaliação da alimentação:

CAMPO 4 – ATIVIDADES COTIDIANAS

Este campo deve ser preenchido pelo profissional de saúde de nível superior ou de nível técnico de Enfermagem

Trabalho: ocupação, tipo de vínculo (formal, informal, autônomo), local e carga horária.

Presença de esforço físico intenso, exposição a ruídos, agentes químicos e físicos potencialmente nocivos, estresse, postura predominante no trabalho.

Atividades produtivas domésticas: Sim ( ) Não ( )

Atividades físicas e de lazer:

TIPO	PERIODICIDADE	DURAÇÃO

CAMPO 5 – HISTÓRIA FAMILIAR E SOCIAL

Este campo deve ser preenchido pelo profissional de saúde de nível superior ou de nível técnico de Enfermagem

CONSULTAR O GENOGRAMA E CADASTRO FAMILIAR, ATUALIZANDO-OS SE NECESSÁRIO

Antecedentes familiares:

☐ Hipertensão ☐ Diabetes ☐ Gemelaridade ☐ Mal-formação

☐ Outros _____

Fatores de risco ou sinais de alerta para violência doméstica:

CAMPO 6 – REGISTRO CLÍNICO

Este campo deve ser preenchido pelo médico ou pelo enfermeiro.

Intercorrências da gestação atual:

EXAME FÍSICO

Peso:	Altura:	Ectoscopia:
Região cervical:		Aparelho respiratório:
Aparelho cardiovascular:		Mamas:
Órgãos abdominais		Membros inferiores:

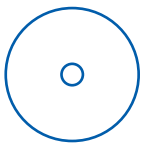
Exame obstétrico:

Útero: ☐ Palpável ☐ Não-palpável UF: _____ BCF: _____

	Posição	Apresentação	Dorso
FETO	☐ longitudinal	☐ cefálico	☐ Direita
	☐ transverso	☐ Pélvico	☐ Esquerda
	☐ variável	☐ Córmico	

Exame dos genitais externos

Exame especular:

Colo			Colposcopia	
JEC	SCHILLER	ECTOPIA	ZONA DE TRANSIÇÃO	
☐ visível	☐ negativo	☐ ausente	☐ típica	
☐ endocervical	☐ positivo	☐ presente	☐ atípica	

Secreção vaginal	Exame a fresco	Microscopia	
☐ fisiológica	KOH ☐ positivo	☐ normal	☐ clue cels
☐ bolhosa	☐ negativo	☐ hifas	☐ tricomonas
☐ em grumos	☐ não realizado		

Toque

Posição do colo	Dilatação
☐ posterior	☐ fechado
☐ centralizado	☐ OE pérveo
☐ anterior	☐ dilatado _____ cm

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

Este campo deve ser preenchido pelo médico.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

( ) GESTAÇÃO RISCO HABITUAL	GESTAÇÃO DE ALTO RISCO	
	( ) Que pode ser acompanhada no PSF	( ) Que deve ser referenciada

CONDUTA – PLANO DE CUIDADO E ENCAMINHAMENTO

Local onde será feito o pré-natal:

Vinculação à maternidade de referência:

Exames solicitados:

Preescrição (se houver):

Orientações:

Marcação de grupos de gestantes:

Encaminhamentos:

Vacinação antitetânica:

Imune: ☐ Sim ☐ Não

Programação da vacinação se necessária:

Reforço: _____/ _____/ _____

1ª dose: _____/ _____/ _____

2ª dose: _____/ _____/ _____

3ª dose: _____/ _____/ _____

Data:	Assinatura:	Carimbo

PREENCHER GRÁFICOS DE PESO E ALTURA UTERINA, ANEXOS AO PRONTUÁRIO, E CARTÃO DA GESTANTE. FAZER ORIENTAÇÃO SOBRE AMAMENTAÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE.

CAMPO 7 – SISTEMATIZAÇÃO DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM

Este campo deve ser preenchido pelo enfermeiro.

Dados:

Avaliação:

Data:	Assinatura:	Carimbo:

CAMPO 8 – AVALIAÇÃO DOS DEMAIS PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR

Este campo deve ser preenchido pelo profissional de saúde de nível superior.

Dados:

Data:	Assinatura:	Carimbo:

PRONTUÁRIO DE SAÚDE DA FAMÍLIA Nº.:

ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL

Número do SIS Pré-Natal :	Número do Cartão do SUS :
Nome completo :	

GESTAÇÃO ATUAL

DUM: ___/___/___	DPP: ___/___/___	DPP 1ºUSG: ___/___/___	1ª USG:

EXAME FÍSICO

Peso anterior :

Consulta	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Data										
Idade Gestacional										
Peso										
P.A.										
Edema										
U.F.										
Apresentação Fetal										
BCF / MF										
Colo Uterino										
Profissional										

EXAMES COMPLEMENTARES

Data				
GS / Fator RH				
Coombs Indireto				
Hb / Ht				
VDRL				
Glicemia de jejum				
IGM / IGG Toxoplasmose				
Anti HIV				
HBsAg				
Urina Rotina				
Urocultura				
Colpocitologia Oncótica				
Ultrassom				

VACINAÇÃO ANTITETÂNICA

Imunizada SIM ( ) NÃO ( )
Reforço Data:
1ª Dose Data:
2ª Dose Data:
3ª Dose Data:

PRONTUÁRIO DE SAÚDE DA FAMÍLIA N°:

GESTANTE – CONSULTA SUBSEQÜENTE

Data do atendimento:	Nº Cartão SUS:	
Nº SISPRENATAL:	Nº da consulta pré-natal:	IG:
Nome completo:		Idade:
Queixa principal:		

EXAME FÍSICO

Peso:	g	PA:	mmHg	FC:	bpm	TAX:	ºC
Ganho de peso:	g	Avaliação nutricional:					
Medida altura uterina:		Ausculta dos batimentos cardiofetais – BCF:					
Exame fisco geral e gineco-obstétrico:							

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

( ) GESTAÇÃO RISCO HABITUAL	GESTAÇÃO DE ALTO RISCO	
	( ) Que pode ser acompanhada no PSF	( ) Que deve ser referenciada

CONDUTA

ENCAMINHAMENTO E VÍNCULO À MATERNIDADE

Data:	Assinatura:	Carimbo:

PREENCHER GRÁFICOS DE PESO E ALTURA UTERINA, ANEXOS AO PRONTUÁRIO, E CARTÃO DA GESTANTE. FAZER NOTIFICAÇÕES OBRIGATÓRIAS.
FAZER ORIENTAÇÃO SOBRE AMAMENTAÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE..

SISTEMATIZAÇÃO DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM

Este campo deve ser preenchido pelo enfermeiro.

Dados:

Avaliação:

Data:	Assinatura:	Carimbo:

AVALIAÇÃO DOS DEMAIS PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR

Este campo deve ser preenchido pelo profissional de saúde de nível superior.

Dados:

Data:	Assinatura:	Carimbo:

PRONTUÁRIO DE SAÚDE DA FAMÍLIA N°:

PUERPÉRIO PRECOCE

Data do atendimento:	Nº Cartão SUS:	Nº SISPRENATAL:
Nome completo:		Idade:

ANAMNESE

Queixa principal:

História clínica (verificar sinais e sintomas de complicações puerperais):

PARTO: ( ) domiciliar ( ) hospitalar ( ) vaginal espontâneo ( ) fórceps ( ) cesáreo

IG:	Intercorrências:

Recém-nascido (Apgar, intercorrências, permanência em AC, amamentação):

Vacinação:

Adesão a tratamentos prescritos (para patologias manifestas durante a gestação)

EXAME FÍSICO

Peso: g	PA: mmHg	FC: bpm	TAX: ºC

Exame fisco geral e gineco-obstétrico:

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

CONDUTA

ENCAMINHAMENTO

Data:	Assinatura:	Carimbo:

PREENCHER CARTÃO DA GESTANTE. FAZER NOTIFICAÇÕES OBRIGATÓRIAS.
FAZER ORIENTAÇÃO SOBRE AMAMENTAÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE.

SISTEMATIZAÇÃO DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM

Este campo deve ser preenchido pelo enfermeiro.

Dados:

Avaliação:

Data:	Assinatura:	Carimbo:

AVALIAÇÃO DOS DEMAIS PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR

Este campo deve ser preenchido pelo profissional de saúde de nível superior.

Dados:

Data:	Assinatura:	Carimbo:

PRONTUÁRIO DE SAÚDE DA FAMÍLIA		Nº:
PUERPÉRIO TARDIO		
Data do atendimento: ___/___/___	Nº Cartão SUS:	Nº SISPRENATAL:
Nome completo:		Idade:
ANAMNESE		
Queixa principal:		
História clínica:		
Imunização:		
Adesão a tratamentos prescritos (patologias manifestas durante a gestação e complicações puerperais):		
Amamentação e cuidados com o RN:		

EXAME FÍSICO

Peso: g	PA: mmHg	FC: bpm	TAX: ºC

Exame fisco geral e gineco-obstétrico:

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

CONDUTA

ENCAMINHAMENTO

Data:	Assinatura:	Carimbo:

PREENCHER CARTÃO DA GESTANTE. FAZER NOTIFICAÇÕES OBRIGATÓRIAS.
FAZER ORIENTAÇÃO SOBRE AMAMENTAÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE..

SISTEMATIZAÇÃO DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM

Este campo deve ser preenchido pelo enfermeiro.

Dados:

Avaliação:

Data:	Assinatura:	Carimbo:

AVALIAÇÃO DOS DEMAIS PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR

Este campo deve ser preenchido pelo profissional de saúde de nível superior.

Dados:

Data:	Assinatura:	Carimbo:

6.5 DO IDOSO (ACIMA DE 60 ANOS)

Introdução:

Sugerimos que a abordagem inicial do paciente idoso seja feita em duas consultas distintas. Na primeira consulta serão avaliados os Sistemas Fisiológicos Principais com os encaminhamentos habituais. Na segunda consulta o profissional dará continuidade primeira consulta, será realizada a Avaliação Funcional e a identificação das Grandes Síndromes Geriátricas que tem como objetivo a manutenção da autonomia e da capacidade funcional do idoso.

O Plano de Cuidados deve ser elaborado a partir da segunda consulta quando do término da abordagem inicial e sempre revisado nas consultas subseqüentes.

AVALIAÇÃO INICIAL: PRIMEIRA CONSULTA

6.5.1 Identificação

O PREENCHIMENTO

- Este campo pode ser preenchido por qualquer profissional da Equipe de Saúde.

OS DADOS PESSOAIS E DEMOGRÁFICOS

- Número do prontuário;
- Data de atendimento: dia, mês e ano;
- Número do cartão SUS;
- Nome completo;
- Data de nascimento: dia, mês e ano;
- Idade;
- Raça;
- Sexo;
- Profissão;
- Estado civil;
- Grau de instrução;
- Informante: nome, grau de parentesco;
- Cuidador: nome, grau de parentesco.

6.5.2 Queixa principal e História clínica

O PREENCHIMENTO

- Este campo deve ser preenchido pelo profissional de saúde de nível superior ou de nível técnico de Enfermagem.

OS DADOS

- Queixa principal detalhada: segundo o usuário.
- História clínica: dados subjetivos e dados objetivos.

6.5.3 História pregressa

O PREENCHIMENTO

- Este campo deve ser preenchido pelo profissional de saúde de nível superior ou de nível técnico de Enfermagem.

OS DADOS

- Doenças anteriores (cirurgias, internações, doenças ou acidentes do trabalho, outras): idade, motivo, local e duração;
- Órteses / Próteses: tipo, data de início do uso;
- Presença de alergias e/ou intolerâncias: citar;
- Consultas médicas de rotina e de urgência nos últimos seis meses: número e diagnóstico;

6.5.4 Vacinação

O PREENCHIMENTO

- Este campo deve ser preenchido pelo profissional de saúde de nível superior ou de nível técnico de Enfermagem.

OS DADOS

- Pesquisar sobre reação a alguma vacina.
- Pesquisar vacinas antitetânica, anti-influenza, anti-amarílica, anti-pneumocócica, anti-hepatite B.
- Preencher a cópia do cartão de vacinação anexo ao prontuário, indicando tipo, data da última dose e reforço.

6.5.5 Avaliação nutricional

O PREENCHIMENTO

- Este campo deve ser preenchido pelo profissional de saúde de nível superior.

OS DADOS

- Avaliação nutricional – fazer avaliação, pontuação e classificação de acordo com os seguintes critérios (Teste de avaliação nutricional – Teste nº 1):

I.Triagem Nutricional

- Avaliar: peso, altura, IMC, estresse psicológico ou doença aguda, mobilidade, alterações neuropsicológicas, alteração do apetite e da ingestão alimentar, perda de peso;
- Fazer o escore da Triagem:
  - ≥ 12 pontos: NORMAL; desnecessário continuar a avaliação.
  - ≤ 11 pontos: POSSIBILIDADE DE DESNUTRIÇÃO; continuar a avaliação

II. Avaliação Global

- Vive em sua própria casa ou instituição, uso de medicamentos, lesões de pele ou úlceras de pressão, número de refeições, tipo, ingestão de líquidos, autonomia para alimentação, problemas nutricionais e de saúde, circunferências do braço e panturrilha.
- Fazer o escore final do teste, considerando o total de pontos da Triagem nutricional e Avaliação global:
  - ≥ 24 pontos: BOM ESTADO NUTRICIONAL
  - 17 a 23,5 pontos: RISCO DE DESNUTRIÇÃO
  - < 17 pontos: DESNUTRIDO

III. Solicitar o Registro / Diário alimentar

6.5.6 Atividades cotidianas

O PREENCHIMENTO

- Este campo deve ser preenchido pelo profissional de saúde de nível superior ou de nível técnico de Enfermagem.

OS DADOS

- No campo descrever, especificar as atividades diárias realizadas:

- Ocupação: tipo de vínculo (formal, informal, autônomo), local e carga horária; pesquisar sobre esforço físico intenso, exposição a ruídos, agentes químicos (agrotóxicos, thinner, tintas, querosene, removedores, "fumaça de solda", cola de sapateiro, graxas e óleos, poeiras de pedras, algodão ou madeira) e físicos (radiação ionizante) potencialmente nocivos, estresse;
- Se aposentado: especificar atividade realizada ao longo da vida.
- Atividades produtivas domiciliares: caso afirmativo, preencher cadastro de atividades produtivas domiciliares (Anexo I);
- Atividades de lazer: tipo, periodicidade, duração;
- Atividade física: tipo, periodicidade, duração, orientação de profissional;
- Tabagismo: data de início, quantidade, freqüência;
- Etilismo: tipo de bebida, data de início, dose diária;
- Se a história de alcoolismo for positiva: Aplicar o Roteiro nº 1 – Triagem de CAGE. Em caso afirmativo encaminhar para tratamento especializado.
- Uso de substâncias lícitas ou ilícitas: data de início, quantidade, freqüência e tratamento;
- Sexualidade: redução da libido, dispareunia, atividade sexual, disfunção erétil;
- Sono: horários de acordar e de deitar, satisfação com o sono, distúrbios;
- Direção veicular;

6.5.7 História familiar e social

O PREENCHIMENTO

- Este campo deve ser preenchido pelo profissional de saúde de nível superior ou de nível técnico de Enfermagem.

OS DADOS

- Viuvez ou perda de filhos recente;
- Vive sozinho;
- Convivência familiar: cônjuge, filhos e outros;
- Informar sobre condições socioeconômicas e de habitação;
- Informar se necessita de cuidador e qual o tipo de vínculo;
- Interesses sociais: grupos de convivência, escolas abertas, clubes, trabalhos voluntários, outros;
- Visitas a/de parentes: quais e freqüência;
- Visitas a/de amigos: quais e freqüência;
- Fatores de risco ou sinais de alerta para violência doméstica e abuso sexual;
- Pesquisar doenças ou condições familiares: cardiovasculares, diabetes, doença tireoidiana, câncer, osteoporose, transtornos psicológicos, demência e outras

condições ou patologias; violência intrafamiliar, uso de álcool, uso de drogas, eventos judiciais e outros.

- Consultar o genograma e o cadastro familiar, atualizando-os se necessário.

6.5.8 Uso de medicamentos

O PREENCHIMENTO

- Este campo deve ser preenchido pelo profissional de saúde de nível superior ou de nível técnico de Enfermagem.

OS DADOS

- Indicar nome do medicamento, dose, tempo de uso e se houve indicação médica.
- Citar: hipersensibilidade a drogas ou intolerância de qualquer natureza.

6.5.9 Anamnese e Exame físico para revisão dos Sistemas Fisiológicos Principais

O PREENCHIMENTO

- Este campo deve ser preenchido pelo profissional de saúde de nível superior ou de nível técnico de Enfermagem.

OS DADOS

- Geral
  - Peso, altura, Índice de Massa Corporal (IMC), Temperatura axilar, Pressão Arterial (ortostatismo), Pressão Arterial (deitado), Freqüência cardíaca (FC), Freqüência respiratória (FR).
  - Verificar: mal estar, astenia, aparência, cooperação ao exame, desidratação, palidez cutâneo mucosa, cianose de extremidades, icterícia;
  - Tireóide: palpação para avaliação do aumento ou de presença de nódulos ou aumento difuso;
  - Linfadenomegalias.
- Órgãos do sentido
  - Visão: indagar sobre presença de deficiência visual, uso de lentes corretivas e dificuldade para leituras.
  - Em caso de resposta afirmativa a qualquer questão, aplicar, no retorno o Teste de Snellen ou Jaeger.
  - Anotar a data da última consulta oftalmológica.

- Audição: indagar sobre presença de deficiência auditiva, uso de prótese, dificuldade para conversação com três ou mais pessoas e reabilitação auditiva. Em caso de resposta afirmativa a qualquer questão, aplicar no retorno, o Teste do Sussurro. Anotar a data da última consulta com otorrinolaringologista.

- Pele e anexos
  - Ceratose actínica ou seborreica, xerodermia, prurido (localizado ou generalizado), neoplasia, úlcera;
  - Uso regular de creme hidratante e/ou protetor solar.
- Aparelho cardiovascular
  - Pressão arterial (deitado e ortostatismo), freqüência cardíaca;
  - Dispnéia: habitual maior, habitual, habitual menor; independente de esforço, duração de 2 a 5 min, desencadeada por esforço, melhora com repouso ou nitrito;
  - Dor torácica: duração de 2 a 5 min, desencadeada por esforço, melhora com repouso ou Nitrito;
  - Palpitação: freqüente, ocasional, rara, início ou término súbito, ritmo irregular, sensação de pausa, repercussão clínica;
  - Perda da consciência: síncope, lipotímia, sugestivo de hipoglicemia, hipotensão ortostática, indeterminada;
  - Claudicação dos membros inferiores;
  - Sopro carotídeo e ingurgitamento jugular;
  - Ictus cordis palpável;
  - Ausculta cardíaca;
  - Pulsos arteriais e vasos periféricos.
- Aparelho respiratório
  - Freqüência respiratória, percussão, ausculta;
  - Tosse (maior ou menor de 4 semanas, seca ou produtiva), presença de broncoespasmo, expectoração purulenta, hemoptise;
- Aparelho digestivo
  - Disfagia: orofaríngea, esofagiana intermitente, progressiva, não-progressiva, indeterminada;
  - Engasgo: ocasional, de acordo com a dieta, freqüente;
  - Dispepsia: queimação epigástrica que piora com a fome, empachamento pós-prandial, regurgitação, indeterminada;
  - Náuseas e vômitos;
  - Obstipação intestinal: maior ou menor de 6 meses, uso regular de laxativos, extração manual das fezes, freqüência das evacuações, consistência das fezes;

- Diarréia: maior de 30 dias, desinteriforme, esteatorréia, indeterminada;
- Hemorragia digestiva: alta ou baixa;
- Incontinência fecal: recente (< 30 dias), crônica (> 30 dias), sobrefluxo, anorretal, neurogênica, secundária;
- Dor abdominal, doença hemorroidária, flatulência, icterícia, visceromegalias, fecalomas, massas, cicatrizes, dor à palpação, peristaltismo.

- Aparelho genito-urinário
  - Toque retal, prostatismo;
  - Incontinência urinária: recente (< 30 dias), crônica (> 30 dias), urgência, esforço, sobrefluxo, funcional, mista, limitante ou não;
  - Urgência miccional, noctúria;
  - Palpação de mamas: descrever;
  - Data da menopausa; sangramento pós-menopáusico;
  - Reposição estrogênica: nunca fez, suspendeu, faz regularmente;
  - História obstétrica: G.....P....A.....;
  - Data da última visita ao ginecologista /urologista.
- Sistema nervoso
  - Cefaléia: maior ou menor de 6 meses;
  - Tremor: repouso, cinético, indeterminado, misto;
  - Tontura: rotatória, desequilíbrio, visão turva, “cabeça vazia”, associação a mudanças súbitas da posição do pescoço ou a ortostatismo, freqüentemente, ocasionalmente;
  - Zumbido;
  - Convulsão: recorrente, isolada, controlada com medicação;
  - Distúrbios da fala;
- Sistema músculo esquelético
  - Artralgia: poliartralgia, monoartralgia, artrite, indeterminada, pequenas articulações, grandes articulações;
  - Lombalgia: ocasional, contínua, mas não-limitante, contínua e limitante, comum/postural, radiculopatia, espondilite anquilosante, aguda;
  - Rigidez: matinal, generalizada;
  - Peso ou fraqueza dos membros;
  - Pés: joanete, ceratose plantar, úlceras, unha encravada, calcaneoalgia, onicomicose, calçados inadequados;
  - Deformidades, lesões.
- Saúde bucal
  - Foi examinado pelo cirurgião dentista no último ano?
  - Faz escovação diária?

- Usa prótese removível? Há quanto tempo?
- Tem algum incômodo ou notou algo diferente na boca? (Ex.: dificuldade de mastigar de engolir, dor, sangramento, boca seca, mau hálito e outros). Seguir roteiro nº. 3.
- Exame da cavidade bucal: verificar a presença de manchas na boca que não cicatrizam ou desaparecem rapidamente; desgastes (bruxismo) ou cavidades nos dentes, alterações na mucosa (feridas, úlceras) ou sangramento. Caso o paciente use prótese removível solicitar que a remova para examinar.
- Exame do pescoço: palpar os gânglios para verificar a presença de nódulos.

A partir desses dados e do exame da cavidade bucal e pescoço, definir de forma conjunta na equipe, quando referenciar o usuário para a equipe de saúde bucal.

6.5.10 Impressão diagnóstica

O PREENCHIMENTO

- Este campo deve ser preenchido pelo médico.

OS DADOS

- Diagnósticos dos principais sistemas fisiológicos.

6.5.11 Sistematização da prática de enfermagem

O PREENCHIMENTO

- Este campo deve ser preenchido pelo enfermeiro.

OS DADOS

- Registrar os dados segundo a sistematização da NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) ou CIPESC (Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva)
- Avaliação

6.5.12 Avaliação dos demais profissionais de saúde de nível superior

O PREENCHIMENTO

- Este campo deve ser preenchido pelo profissional de saúde de nível superior.

OS DADOS

- Registrar a avaliação realizada.

6.5.13 Conduta e encaminhamento

O PREENCHIMENTO

- Este campo deve ser preenchido pelo profissional de saúde de nível superior.

OS DADOS

Exames complementares

- Solicitar: hemograma completo, glicemia de jejum, sódio, potássio, cálcio total, creatinina, uréia, proteínas fracionadas, TSH, vitamina B12, ácido fólico, urina rotina, colesterol total e fracionado e VDRL e pesquisa de sangue oculto nas fezes
- Outros exames: mamografia, citologia cérvix uterino, PSA livre e total, segundo critérios das Linhas Guia;

Encaminhamentos

- Se houver necessidade de interconsulta ou referenciamento.
- Listar as alterações encontradas, para serem avaliadas no retorno.

Informação para o Usuário

- Orientação de educação em saúde.

6.5.14 Conclusão do atendimento

O PREENCHIMENTO

- Este campo deve ser preenchido pelo profissional de saúde de nível superior ou de nível técnico de Enfermagem.

OS DADOS

- Registro da consulta no SIAB, SISVAN, BPA e SIM.

AVALIAÇÃO INICIAL: SEGUNDA CONSULTA

Nesta consulta o profissional dará continuidade à primeira consulta e será realizada a Avaliação Funcional, a identificação das Grandes Síndromes Geriátricas e a elaboração do Plano de Cuidados.

6.5.15 Identificação

O PREENCHIMENTO

- Este campo pode ser preenchido por qualquer profissional da Equipe de Saúde.

OS DADOS PESSOAIS E DEMOGRÁFICOS

- Número do prontuário;

- Data de atendimento: dia, mês e ano;
- Número do cartão SUS;
- Nome completo;

6.5.16 Avaliação dos encaminhamentos

O PREENCHIMENTO

- Este campo deve ser preenchido pelo profissional de saúde de nível superior ou de nível técnico de Enfermagem.

OS DADOS

- Verificar encaminhamentos da primeira consulta, avaliar e anotar os exames ou observações importantes.

6.5.17 Avaliação nutricional

O PREENCHIMENTO

- Este campo deve ser preenchido pelo profissional de saúde de nível superior ou de nível técnico de Enfermagem.

OS DADOS

Avaliar o Registro / Diário alimentar

- Avaliar o Registro Alimentar e caso o idoso esteja em risco de desnutrição ou desnutrido, tratar a causa identificando patologias concomitantes, situações ou fatores desencadeantes.
- Reavaliar o idoso em 3 meses e se persistir a pontuação ou agravar o processo, encaminhar para avaliação especializada (Núcleo ou Centro de Referência).
- Identificar patologias que requeiram controle dietético e instituir dieta adequada

6.5.18 Avaliação da Segurança ambiental

O PREENCHIMENTO

- Este campo deve ser preenchido pelo profissional de saúde de nível superior ou de nível técnico de Enfermagem.

OS DADOS

- Deverá ser realizada a Avaliação Ambiental para todo idoso considerado frágil: Roteiro nº 2 para avaliação de segurança ambiental.

1. Verificar as áreas da casa onde passa a maior parte do tempo e aquelas que não freqüentam, indicando o motivo.
2. Avaliar cada área da casa, considerando as seguintes situações adequadas para segurança ambiental:
   - Áreas de locomoção: áreas desimpedidas, piso antiderrapante, calçados adequados, barras de apoio, revestimentos uniformes ou tapetes bem fixos;
   - Iluminação: suficiente para clarear toda a superfície de marcha no interior de cada cômodo, incluindo degraus; sentinela iluminando o quarto, corredor e banheiro; iluminação exterior suficiente para iluminar toda a entrada exterior; cama com luz indireta;
   - Quarto de dormir: guarda-roupa com cabides facilmente acessíveis, cadeira permitindo se assentar para se vestir, cama de altura adequada (45 cm);
   - Banheiro: lavabo facilmente acessível e bem fixo, área do chuveiro com piso antiderrapante, box com abertura fácil e cortina bem firme;
   - Cozinha: armários baixos, sem necessidade de uso de escadas; pia sem vazamento; possibilidade de entrada de cadeira de rodas quando necessário;
   - Escada: revestimento antiderrapante, marcação do primeiro e último degraus com faixa amarela; corrimão bilateral, sólido e com prolongamento além do primeiro e do último degrau; espelho do degrau fechado, com lixas antiderrapantes; uniformidade dos degraus com altura dos espelhos e profundidade dos degraus constantes.
3. Identificar e registrar todas as áreas inapropriadas para a circulação e para as atividades cotidianas do idoso e orientar modificações necessárias.

6.5.19 Avaliação Funcional Global

O PREENCHIMENTO

- Este campo deve ser preenchido pelo médico.
- Deverá ser feita avaliação e diagnóstico de acordo com o escore.

OS DADOS

A. **Os testes de atividades de vida diária, básicas e instrumentais -** AVD e AIVD- deverão ser realizados em todos os idosos e reavaliados a cada consulta.

- Teste de Atividades de Vida Diária – AVD – Teste nº 2:
  - Responder "sim" ou "não" para cada pergunta;
  - Pontuação – corresponde ao somatório de respostas afirmativas ("sim") de no máximo 6 pontos:
    - 5 a 6 pontos: significa INDEPENDÊNCIA para AVDs;
    - 3 a 4 pontos: DEPENDÊNCIA PARCIAL para AVDs;
    - 0 a 2 pontos: DEPENDÊNCIA IMPORTANTE para AVDs.
- Teste de Atividades Instrumentais de Vida Diária – AIVD – Teste nº 3;
  - Responder "sem ajuda", "com ajuda parcial" ou "não consegue realizar as função" para cada pergunta.
  - Para cada questão considere a seguinte pontuação:
    - Sem ajuda: 3 pontos;
    - Com ajuda parcial: 2 pontos;
    - Não consegue: 1 ponto;
  - Escore final (corresponde ao somatório de pontos):
    - 19 a 27 pontos: INDEPENDÊNCIA
    - 10 a 18 pontos: DEPENDÊNCIA PARCIAL;
    - abaixo de 9 pontos: DEPENDÊNCIA IMPORTANTE.
  - A pontuação máxima é de 27 pontos,tendo valor como avaliação individual do paciente e servindo como base para comparação evolutiva.

B. **Mobilidade**:

- Verificar Desequilíbrio ou Quedas no último ano: número e repercussão (fratura, limitação, incapacidade); caracterizar ainda as causas ou circunstâncias como tropeção/escorregão, perda de consciência, doença aguda e ausência de motivo aparente, tempo de permanência no chão, necessidade de ajuda para levantar-se;
- Realizar o Teste de Marcha -Teste nº 4: quando houver queixa de desequilíbrio ou quedas por parte do idoso ou observação de alterações durante a consulta por parte do médico.
- Investigar os tipos de marcha no interior e fora do domicílio, e fazer os testes segundo especificado. Seguir avaliação do Tipo de marcha, Subir escada e o teste Get up and go
- Os testes devem ser interpretados quanto ao grau de dificuldade para realizar as atividades acima descritas, indicando graus mais severos de instabilidade postural. Deverá ser indicada a propedêutica e reavaliado em consultas subseqüentes as correções a serem realizadas

C. **Cognição**:

- Indicações: os testes Mini-Mental, Fluência verbal e Teste do Relógio deverão ser aplicados aos idosos com queixas de esquecimento progressivo ou com alterações do estado mental que comprometam as AVD's do e/ ou do comportamento (agressividade, alucinação, alteração do julgamento ou comportamento social inadequado);
- Deve sempre ser indagada a duração da sintomatologia, se o esquecimento trouxe alterações do funcionamento anterior e se vem piorando progressivamente.
- Na avaliação do estado mental o idoso pode se mostrar: orientado, desorientado e obedecendo a instruções simples, desorientado e não obedecendo a instruções simples ou não mantendo contato.
- Teste **Mini-mental** Teste nº 5: é utilizado para triagem e se necessário proceder a outras investigações
  - Pontuação esperada:
  - Idosos com 4 anos ou mais de escolaridade: Igual ou maior que 25 pontos;
  - Idosos com menos de 4 anos de escolaridade: Igual ou maior que 18 pontos;
  - Pontuações menores do que acima citado, indicam comprometimento cognitivo, com provável demência necessitando encaminhamento para investigação mais aprofundada.
- Teste de **Fluência verbal** – Teste nº 6: Aplicar em complementação ao Mini Mental e Teste do Relógio como triagem para avaliação cognitiva.
  - Pontuação mínima esperada é 14 a 15 palavras e em analfabetos 9 pontos;
  - Pontuações menores indicam comprometimento cognitivo, com provável demência.
- Teste do **Relógio** – Teste nº 7: É válido para rastrear pessoas com lesões cerebrais. Verifica a capacidade de desenhar ou construir a partir de um estímulo, É considerada uma prova cognitiva não-verbal e deve ser aplicada como triagem. O idoso deverá desenhar um relógio e marcar um horário.
- Interpretação do teste, segundo Shulman: Quanto menor a pontuação maior o comprometimento cognitivo.

D. **Humor**:

- Aplicar a Escala Geriátrica de Depressão – Teste nº 8 GDS 15 para triagem para depressão em todos os idosos. Se for positiva, aplicar o teste nº 9 DMS-IV, para diagnóstico de depressão.
- Teste nº 8: GDS 15: Serve como avaliação rápida (Triagem) para a identificação de da presença de quadro depressivo no idoso.

- Responder “sim” ou “não” para cada questão, considerando a opção que mais se assemelha ao sentimento do idoso nas últimas semanas, e dê 1 (um) ponto para cada resposta em maiúsculo e negrito.
  - Pontuação: 0 a 5 pontos:Normal
    6 a 10 : Depressão leve
    11 a 15: depressão severa
- Aplicar o DMS-IV Para diagnóstico quando a pontuação for maior de 5 pontos.

- Teste nº 9: DMS-IV: Responder “sim” ou “não” para cada questão, considerando sintomas de depressão, duração e repercussão.
  - Critérios para avaliação:
    - 5 ou mais dos sintomas por pelo menos 2 semanas, sendo obrigatório pelo menos um dos sintomas marcados em negrito (humor deprimido e/ou perda de interesse ou prazer);
    - os sintomas não devem estar associados ao luto, sintomas psicóticos, nem a efeitos fisiológicos;
    - os sintomas devem estar causando sofrimento ou incapacidade social.
- Em caso de diagnóstico de depressão deve se iniciar o tratamento ou encaminhar o paciente para avaliação especializada no Núcleo ou Centro de Referência.

E. **Comportamento**:

- Identificar alterações de comportamento como: agressividade, alucinação, alteração do julgamento, comportamento social inadequado.
- Em caso de resposta afirmativa para qualquer das questões acima, considerar o idoso como portador de alteração comportamental e encaminhar-lo para avaliação no Núcleo ou Centro de Referência.

F. **Comunicação**:

- Visão: Cerca de 90% dos idosos necessitam do uso de lentes corretivas para enxergar corretamente. Pergunte ao idoso se ele tem dificuldade de ler, assistir televisão, executar atividades manuais, dirigir ou se a falta de visão o prejudica nas atividades cotidianas.
- Caso a resposta seja afirmativa realizar o Teste nº 10 : Snellen (Tabela ou “E” de Snellen) ou utilize o Teste nº 11: Jaeger utilizando o Cartão de Jaeger a 35 cm. Um resultado até 20/40 é considerado normal e caso haja déficit visual acima destes parâmetros, encaminhar para avaliação oftalmológica.
- Anotar a data da última consulta com oftalmologista e o uso de prótese.
- Audição: Indagar sobre presença de deficiência auditiva, dificuldade para

conversação com três ou mais pessoas e reabilitação auditiva. Em caso de resposta afirmativa a qualquer questão realizar o Teste nº 12: Sussurro: Se a pessoa examinada não responder, encaminhar para avaliação especializada. Anotar a data da última consulta com otorrinolaringologista e o uso de prótese.

- Fala: Avaliar detalhadamente distúrbios da fala e se necessário encaminhar para avaliação especializada.

6.5.20 Impressão diagnóstica

O PREENCHIMENTO

- Este campo deve ser preenchido pelo médico.

OS DADOS

- Diagnósticos dos principais sistemas fisiológicos
- Diagnóstico funcional/ Nível de dependência
- Listar Gigantes da Geriatria.

6.5.21 Classificação de Risco

O PREENCHIMENTO

- Este campo deve ser preenchido pelo médico.

OS DADOS

- Identificar situações de risco para as várias condições ou patologias e fazer a classificação por grau de risco.
- É considerado IDOSO FRÁGIL:
  - Idosos ≥ 80 anos
  - Idosos com ≥ 60 anos apresentando:
    - Polipatologias (≥ 5 diagnósticos);
    - Polifarmácia (≥ 5 drogas/dia);
    - Imobilidade parcial ou total;
    - Incontinência urinária ou fecal;
    - Instabilidade postural (quedas de repetição);
    - Incapacidade cognitiva (declínio cognitivo, síndrome demencial, depressão, delirium);
    - Idosos com história de internações freqüentes e/ou no período de pós-alta hospitalar;

- Idosos dependentes nas atividades de vida diária básica – AVD;
- Insuficiência familiar: idosos que moram sós ou estão institucionalizados.

- Classificar idoso como: **RISCO HABITUAL** ou **RISCO ALTO/ IDOSO FRÁGIL**. (Ver Linha-guia Atenção à Saúde do Idoso).

6.5.22 Conduta e encaminhamento

O PREENCHIMENTO

- Este campo deve ser preenchido pelo profissional de saúde de nível superior.

OS DADOS

Exames complementares

- Solicitar exames complementares que se fizerem necessários.

Plano de cuidados

- Será elaborado o Plano de Cuidados que consta de: Promoção da Saúde e Prevenção de doenças, Tratamentos , Reabilitação.

Encaminhamentos

- Se houver necessidade de interconsulta ou referenciamento.
- Listar as alterações encontradas, para serem avaliadas no retorno.

Informação para o Usuário

- Orientação de educação em saúde.
- Orientações sobre o plano de Cuidados

6.5.23 Conclusão do atendimento

O PREENCHIMENTO

- Este campo deve ser preenchido pelo profissional de saúde de nível superior ou de nível técnico de Enfermagem.

OS DADOS

- Registro da consulta no SIAB, SISVAN, BPA e SIM.

CONSULTA DE RETORNO

Nesta consulta o profissional dará continuidade às duas consultas iniciais, fazendo o acompanhamento do paciente e da resposta ao tratamento instituído, bem como dos encaminhamentos realizados.

6.5.24 Identificação

O PREENCHIMENTO

- Este campo pode ser preenchido por qualquer profissional da Equipe de Saúde.

OS DADOS PESSOAIS E DEMOGRÁFICOS

- Número do prontuário;
- Data de atendimento: dia, mês e ano;
- Número do cartão SUS;
- Nome completo;

6.5.25 Avaliação dos encaminhamentos

O PREENCHIMENTO

- Este campo deve ser preenchido pelo profissional de saúde de nível superior ou de nível técnico de Enfermagem.

OS DADOS

- Verificar encaminhamentos da consulta anterior, avaliar e anotar os exames ou observações importantes.

6.5.26 Exame físico

O PREENCHIMENTO

- Este campo deve ser preenchido pelo profissional de saúde de nível superior ou de nível técnico de Enfermagem.

OS DADOS

- Verificar peso, altura, Índice de Massa Corporal (IMC), Temperatura axilar, Pressão Arterial (ortostatismo), Pressão Arterial (deitado), Freqüência cardíaca (FC), Freqüência respiratória (FR).

6.5.27 Avaliação dos sistemas principais

O PREENCHIMENTO

- Este campo deve ser preenchido pelo médico.

OS DADOS

- Reavaliar os sistemas fisiológicos principais e anotar se houve ou não alteração.

6.5.28 Avaliação funcional global

O PREENCHIMENTO

- Este campo deve ser preenchido pelo médico.

OS DADOS

- Detectar se houve alguma alteração no quadro funcional do paciente.

6.5.29 Impressão diagnóstica

O PREENCHIMENTO

- Este campo deve ser preenchido pelo médico.

OS DADOS

- Diagnósticos dos principais sistemas fisiológicos
- Diagnóstico funcional/ Nível de dependência
- Listar Gigantes da Geriatria.

6.5.30 Classificação de Risco

O PREENCHIMENTO

- Este campo deve ser preenchido pelo médico.

OS DADOS

- Será realizada a Avaliação de Risco: Risco Habitual ou Risco Alto/ Idoso Frágil. Os encaminhamentos segundo critérios de risco deverão seguir orientações constantes na Linha-guia (conferir item 6.5.19).

6.5.31 Conduta

O PREENCHIMENTO

- Este campo deve ser preenchido pelo profissional de saúde de nível superior.

OS DADOS

Exames complementares

- Solicitar exames complementares que se fizerem necessários.

Plano de cuidados

- Será revisado em toda consulta e deve conter: ações de Promoção da Saúde e Prevenção de doenças, Tratamentos, Reabilitação.

Informação para o Usuário

- Orientação de educação em saúde.
- Orientações sobre o plano de Cuidados

Preencher sistematização da prática de enfermagem e avaliação dos profissionais de nível superior.

Encaminhamentos

- Se houver necessidade de interconsulta ou referenciamento.
- Listar as alterações encontradas, para serem avaliadas no retorno.

6.5.32 Conclusão do atendimento

O PREENCHIMENTO

- Este campo deve ser preenchido pelo médico e/ou enfermeiro.

OS DADOS

- Registro da consulta no SIAB, SISVAN, BPA e SIM.

PRONTUÁRIO DE SAÚDE DA FAMÍLIA **Nº:**

IDOSO – PRIMEIRA CONSULTA – AVALIAÇÃO GERAL

CAMPO 1 – IDENTIFICAÇÃO

Este campo pode ser preenchido por qualquer profissional da Equipe de Saúde.
Os dados devem ser preenchidos por extenso, completos, sem abreviatura e de forma legível.

Data do atendimento:	Nº Cartão SUS:	
Nome completo:		
DN:	Idade:	Raça:
Sexo: Masc. ( ) Fem. ( )	Profissão:	
Estado Civil:	Grau de instrução:	
Informante: Nome:	Grau de parentesco:	
Cuidador Nome	Grau de parentesco	Idade

CAMPO 2 – MOLÉSTIA ATUAL

Este campo deve ser preenchido pelo profissional de saúde de nível superior ou de nível técnico de Enfermagem

Queixa principal:

História clínica:

CAMPO 3 – HISTÓRIA PREGRESSA

Este campo deve ser preenchido pelo profissional de saúde de nível superior ou de nível técnico de Enfermagem

Doenças anteriores SIM ( ) NÃO ( ) Listar:

Cirurgias SIM ( ) NÃO ( ) Listar:

Internações SIM ( ) NÃO ( ) Listar:

Doenças ou acidentes do trabalho SIM ( ) NÃO ( ) Listar:

Outras SIM ( ) NÃO ( ) Listar:

Órteses e próteses. Citar o tipo e tempo de uso:

Presença de alergias e/ou intolerâncias. Citar:

Consultas médicas nos últimos 6 meses:

ROTINA		URGÊNCIA	
Nº	DIAGNÓSTICOS	Nº	DIAGNÓSTICOS

CAMPO 4 – VACINAÇÃO

Este campo deve ser preenchido pelo profissional de saúde de nível superior ou de nível técnico de Enfermagem
Poderá ser consultado e deverá ser preenchido o cartão espelho na sala de vacinação da unidade.

Reação vacinal: SIM ( ) NÃO ( ) Citar:

CAMPO 5 – AVALIAÇÃO NUTRICIONAL

Este campo deve ser preenchido pelo profissional de saúde de nível superior ou de nível técnico de Enfermagem

I. TRIAGEM NUTRICIONAL	( ) Normal ( ) Possibilidade de Desnutrição
II. AVALIAÇÃO GLOBAL	( ) Bom estado nutricional ( ) Limítrofe ou Risco de desnutrição ( ) Desnutrido

CAMPO 6 – ATIVIDADES COTIDIANAS

Este campo deve ser preenchido pelo profissional de saúde de nível superior ou de nível técnico de Enfermagem

Descrever:

Atividades de lazer:

Atividade física:

Orientada por profissional? SIM ( ) NÃO ( )

Tabagismo: Sim ( ) Não ( )

DATA DE INÍCIO	QUANTIDADE	FREQÜÊNCIA

Uso de álcool: Sim ( ) Não ( )
Tipo de bebida:

DATA DE INÍCIO	QUANTIDADE	FREQÜÊNCIA

Triagem de CAGE: ( ) teste positivo ( ) teste negativo

Uso de substâncias lícitas ou ilícitas: Sim ( ) Não ( )

DATA DE INÍCIO	QUANTIDADE	FREQÜÊNCIA

Tratamentos realizados:

Sexualidade:

Sono e outros hábitos:

Direção veicular: Sim ( ) Não ( )

CAMPO 7 – HISTÓRIA FAMILIAR E SOCIAL

Este campo deve ser preenchido pelo profissional de saúde de nível superior ou de nível técnico de Enfermagem

CONSULTAR O GENOGRAMA E CADASTRO FAMILIAR, ATUALIZANDO-OS SE NECESSÁRIO.

CAMPO 8 – MEDICAMENTOS

Este campo deve ser preenchido pelo profissional de saúde de nível superior ou de nível técnico de Enfermagem

Medicamentos de uso contínuo utilizados atualmente

NOME	DOSE	TEMPO DE USO	INDICAÇÃO MÉDICA
			( ) Sim ( ) Não
			( ) Sim ( ) Não
			( ) Sim ( ) Não
			( ) Sim ( ) Não
			( ) Sim ( ) Não
			( ) Sim ( ) Não
			( ) Sim ( ) Não

História de hipersensibilidade ou intolerância:

Outras informações sobre medicamentos:

CAMPO 9 - Anamnese e Exame físico para revisão dos Sistemas Fisiológicos Principais

Este campo deve ser preenchido pelo médico.

Peso:	g	PA (Ortotatismo):	mmHg	IMC:		TAX:	°C
Altura:	cm	PA (deitado):	mmHg	FC:	bpm	FR:	irpm

Geral, tireóide, linfadenomegalias:

Comunicação:

Visão: Avaliar o grau de deficiência visual: dificuldade para leituras, assistir TV, dirigir carro, se afirmativo aplicar o Teste Snellen ou Jaeger.

Anotar a data da última consulta oftalmológica e uso de lentes corretivas.

Audição: Avaliar a presença de deficiência auditiva, dificuldade para conversação se afirmativo aplicar o Teste do sussurro.

Anotar a data da última consulta com otorrinolaringologista a necessidade de reabilitação ou uso de prótese.

Realizar a otoscopia.

Fala: Avaliar distúrbios da fala.

Pele e anexos:

Aparelho cardiovascular:

Aparelho respiratório:

Aparelho digestivo:

Aparelho genito-urinário:

Sistema nervoso:

Sistema músculo esquelético:

Saúde bucal:
Foi examinado pelo cirurgião dentista no último ano?
Sim ( ) Não ( )
Faz escovação diária?
Sim ( ) Não ( )

Usa prótese removível? Sim ( ) Não ( )
Há quanto tempo?
Tem algum incômodo ou notou algo diferente na boca?
Sim ( ) Não ( )
Especificar:

CAMPO 10 - IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

Este campo deve ser preenchido pelo médico.

Diagnósticos dos Principais Sistemas Fisiológicos

CAMPO 11 - CONDUTA

Este campo deve ser preenchido pelo médico.

Tratamentos/ Exames solicitados:

Encaminhamentos:

- Interconsulta ou referenciamento

- Alterações identificadas a serem avaliadas no retorno:

Informação para o usuário (Orientações sobre educação em saúde):

Data:	Assinatura:	Carimbo:

CAMPO 12 – SISTEMATIZAÇÃO DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM

Este campo deve ser preenchido pelo enfermeiro.

Dados:

Avaliação:

Data:	Assinatura:	Carimbo:

CAMPO 13 – AVALIAÇÃO DOS DEMAIS PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR

Este campo deve ser preenchido pelo profissional de saúde de nível superior.

Dados:

Data:	Assinatura:	Carimbo:

CAMPO 14 - CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

Este campo deve ser preenchido pelo enfermeiro e/ou médico.

Registro da consulta no SIAB, SISVAN, BPA E SIM.

Data:	Assinatura:	Carimbo:

1.PREENCHER QUADRO CONTROLE DE PRESSÃO ARTERIAL E DE GLICEMIA, ANEXOS AO PRONTUÁRIO.

2.FAZER NOTIFICAÇÕES OBRIGATÓRIAS.

PRONTUÁRIO DE SAÚDE DA FAMÍLIA **Nº:**

IDOSO – PRIMEIRA CONSULTA – AVALIAÇÃO FUNCIONAL

CAMPO 1 – IDENTIFICAÇÃO

Este campo pode ser preenchido por qualquer profissional da Equipe de Saúde.
Os dados devem ser preenchidos por extenso, completos, sem abreviatura e de forma legível.

Data do atendimento:	Nº Cartão SUS:	
Nome completo:		
DN:	Idade:	Cor:
Informante:		

CAMPO 2 – AVALIAÇÃO DOS ENCAMINHAMENTOS

Este campo deve ser preenchido pelo profissional de saúde de nível superior ou de nível técnico de Enfermagem.

Verificar encaminhamentos da primeira consulta, avaliar e anotar exames ou observações importantes

CAMPO 3 – AVALIAÇÃO NUTRICIONAL

Este campo deve ser preenchido pelo profissional de saúde de nível superior ou de nível técnico de Enfermagem.

Avaliação nutricional final:

CAMPO 4 – AVALIAÇÃO AMBIENTAL

Este campo deve ser preenchido pelo profissional de saúde de nível superior ou de nível técnico de Enfermagem.

Identificar e registrar todas as áreas da casa inapropriadas para circulação ou atividades cotidianas do idoso e orientar as correções a serem realizadas.

CAMPO 5 – AVALIAÇÃO DOS SISTEMAS FISIOLÓGICOS PRINCIPAIS

Este campo deve ser preenchido pelo médico

Avaliação dos Sistemas fisiológicos principais:

CAMPO 6 – AVALIAÇÃO FUNCIONAL GLOBAL

Este campo deve ser preenchido pelo médico

AUTO CUIDADO

Teste nº 2– Teste de Atividades de Vida diária – AVD:

( ) Independência ( ) Dependência parcial ( ) Dependência importante

Teste nº 3 – Teste de Atividades Instrumentais de Vida Diária:

( ) Independência ( ) Dependência parcial ( ) Dependência importante

MOBILIDADE

Quedas no último ano ( ) Sim ( ) Não Nº

Repercussão (fratura, limitação, incapacidade):

Caracterizar a queda:

Teste nº 4 – Testes de Marcha:

COGNIÇÃO

Teste nº 5– Teste Mini-Mental:

Pontuação: _____ Comprometimento cognitivo, com provável demência: ( ) SIM ( ) NÃO

Teste nº 6 – Teste de Fluência Verbal:

Pontuação: _____ Comprometimento cognitivo, com provável demência: ( ) SIM ( ) NÃO

Teste nº 7 – Teste do Relógio:

Pontuação: _____ Comprometimento cognitivo, com provável demência: ( ) SIM ( ) NÃO

HUMOR

Teste nº 8 – GDS 15:

Pontuação: _____ Possibilidade de depressão: ( ) SIM ( ) NÃO

Teste nº 9 – DMS-IV:

Pontuação: _____ Depressão: ( ) SIM ( ) NÃO

COMPORTAMENTO

COMUNICAÇÃO

Visão: Teste de Snelen ou Jaeger:

Audição: Teste do sussurro:

Fala:

CAMPO 7 – IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

Este campo deve ser preenchido pelo médico.

Diagnósticos dos Principais Sistemas Fisiológicos

Diagnóstico Funcional/Nível de Dependência:

Gigantes da Geriatria:

CAMPO 8 – CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Este campo deve ser preenchido pelo médico.

( ) Risco Habitual ( ) Risco Alto / Idoso Frágil

CAMPO 9 – CONDUTA

Este campo deve ser preenchido pelo médico.

Exames complementares:

Plano de cuidado:

- Promoção da saúde e prevenção de doenças
- Tratamento
- Reabilitação

Encaminhamentos:

Informação para o usuário:

- Orientações sobre educação em saúde
- Orientações sobre o plano de cuidados

CAMPO 10 – CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

Este campo deve ser preenchido pelo médico ou enfermeiro.

Registro da consulta no SIAB, SISVAN, BPA E SIM.

Data:	Assinatura	Carimbo

1.PREENCHER QUADRO CONTROLE DE PRESSÃO ARTERIAL E DE GLICEMIA, ANEXOS AO PRONTUÁRIO.

2.FAZER NOTIFICAÇÕES OBRIGATÓRIAS.

CAMPO 11 – SISTEMATIZAÇÃO DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM

Este campo deve ser preenchido pelo enfermeiro.

Dados:

Avaliação:

Data:	Assinatura:	Carimbo:

CAMPO 12 – AVALIAÇÃO DOS DEMAIS PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR

Este campo deve ser preenchido pelo profissional de saúde de nível superior.

Dados:

Data:	Assinatura:	Carimbo:

PRONTUÁRIO DE SAÚDE DA FAMÍLIA **Nº:**

IDOSO – CONSULTA SUBSEQÜENTE

CAMPO 1 – IDENTIFICAÇÃO

Este campo pode ser preenchido por qualquer profissional da Equipe de Saúde.
Os dados devem ser preenchidos por extenso, completos, sem abreviatura e de forma legível.

Data do atendimento: ___/___/___	Nº Cartão SUS:
Nome completo:	Idade:

CAMPO 2 – AVALIAÇÃO DOS ENCAMINHAMENTOS

Este campo deve ser preenchido pelo profissional de saúde de nível superior ou de nível técnico de Enfermagem.

Avaliar alimentação: aplicar Avaliação Nutricional (ver item 6.5.4) se a anterior estiver alterada.

Avaliar atividades cotidianas e dados familiares e sociais.

CAMPO 3 – EXAME FÍSICO

Este campo deve ser preenchido pelo enfermeiro ou médico

Peso: g.	PA (ortostatismo): mmHg	IMC:	TAX: °C
Altura cm.	PA (deitado): mmHg	FC: bpm	FR: irpm
Informante:			

CAMPO 4 – AVALIAÇÃO DOS SISTEMAS PRINCIPAIS

Este campo deve ser preenchido pelo médico.

CAMPO 5 – AVALIAÇÃO FUNCIONAL GLOBAL

Este campo deve ser preenchido pelo médico.

CAMPO 6– IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

Este campo deve ser preenchido pelo médico.

Diagnósticos dos Principais Sistemas Fisiológicos

Diagnóstico Funcional/Nível de Dependência:

Gigantes da Geriatria:

CAMPO 7 – CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Este campo deve ser preenchido pelo médico.

( ) Risco Habitual ( ) Risco Alto / Idoso Frágil

CAMPO 8 – CONDUTA

Este campo deve ser preenchido pelo médico.

Exames complementares:

Plano de Cuidado:

- Promoção da saúde e prevenção de doenças
- Tratamentos:
- Reabilitação:

Encaminhamentos:

Informação para o Usuário:

CAMPO 9 – CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

Este campo deve ser preenchido pelo médico ou enfermeiro.

Registro da consulta no SIAB, SISVAN, BPA E SIM

Data:	Assinatura:	Carimbo:

1.PREENCHER QUADRO CONTROLE DE PRESSÃO ARTERIAL E DE GLICEMIA, ANEXOS AO PRONTUÁRIO.

2.FAZER NOTIFICAÇÕES OBRIGATÓRIAS

CAMPO 10 – SISTEMATIZAÇÃO DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM

Este campo deve ser preenchido pelo enfermeiro.

Dados:

Avaliação:

Data:	Assinatura:	Carimbo:

CAMPO 11 – AVALIAÇÃO DOS DEMAIS PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR

Este campo deve ser preenchido pelo profissional de saúde de nível superior.

Dados:

Data:	Assinatura:	Carimbo:

ROTEIRO nº 1 – TRIAGEM DE CAGE

Indicação: Idoso com história de alcoolismo positiva.

Perguntas: a) Você já sentiu a necessidade de reduzir ou suspender o álcool (**C**ut down)?

b) Alguém já o criticou pelo ato de beber (**A**ny)?

c) Sente-se culpado (**G**uilty) por beber?

d) Costuma beber logo pela manhã (**E**ye-opener)?

Escore: Teste positivo para dependência de álcool com 2 respostas afirmativas.

ROTEIRO nº 2 – AVALIAÇÃO DA SEGURANÇA AMBIENTAL

Indicação: Idoso frágil

Perguntas: Verificar as áreas da casa onde passa a maior parte do tempo e aquelas que não freqüenta, indicando o motivo.

Avaliar cada área da casa, considerando as seguintes situações adequadas para segurança ambiental:

- Áreas de locomoção: áreas desimpedidas, piso antiderrapante, calçados adequados, barras de apoio, revestimentos uniformes ou tapetes bem fixos;
- Iluminação: suficiente para clarear toda a superfície de marcha no interior de cada cômodo, incluindo degraus; sentinela iluminando o quarto, corredor e banheiro; iluminação exterior suficiente para iluminar toda a entrada exterior; cama com luz indireta;
- Quarto de dormir: guarda-roupa com cabides facilmente acessíveis, cadeira permitindo se assentar para se vestir, cama de altura adequada (45 cm);
- Banheiro: lavabo facilmente acessível e bem fixo, área do chuveiro com piso antiderrapante, box com abertura fácil e cortina bem firme;
- Cozinha: armários baixos, sem necessidade de uso de escadas; pia sem vazamento; possibilidade de entrada de cadeira de rodas quando necessário;
- Escada: revestimento antiderrapante, marcação do primeiro e último degraus com faixa amarela; corrimão bilateral, sólido e com prolongamento além do primeiro e do último degrau; espelho do degrau fechado, com lixas antiderrapantes; uniformidade dos degraus com altura dos espelhos e profundidade dos degraus constantes.

Avaliação: Identificar e registrar todas as áreas inapropriadas para a circulação e para as atividades cotidianas do idoso e orientar as correções a serem realizadas.

ROTEIRO nº 3 – AUTO-AVALIAÇÃO DA SAÚDE BUCAL

Indicação: Todos os idosos.

Perguntas: Nos últimos 3 meses:

Responder: nunca, algumas vezes ou sempre.

1. Diminuiu a quantidade de alimentos ou mudou o tipo de alimentação por causa dos seus dentes?
2. Teve problemas para mastigar os alimentos?
3. Teve dor ou desconforto para engolir os alimentos?
4. Mudou o jeito de falar por causa dos problemas de sua boca?
5. Teve algum desconforto ao comer algum alimento?
6. Evitou encontrar com outras pessoas por causa de sua boca?
7. Sentiu-se insatisfeito(a) com a aparência de sua boca?
8. Tomou remédio para dor ou desconforto em sua boca?
9. Algum problema bucal o deixou preocupado(a)?
10. Chegou a se sentir nervoso por problemas na sua boca?
11. Evitou comer com outras pessoas por problemas bucais?
12. Teve dentes ou gengivas sensíveis a alimentos ou líquidos?

Avaliação: Quanto maior o número de respostas afirmativas – "sempre" ou "algumas vezes" – , maior a necessidade de cuidados em saúde bucal.

Fonte (adaptado): ATCHINSON e DOLAN, 1990

TESTE nº 1 - AVALIAÇÃO NUTRICIONAL

I. TRIAGEM NUTRICIONAL

Indicação: Todos os idosos.

Perguntas:

	Resultado	Pontuação
1. Nos últimos três meses houve diminuição da ingestão alimentar devido à perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade para mastigar ou engolir?	Diminuição severa da ingestão	0
	Diminuição moderada da ingestão	1
	Sem diminuição da ingestão	2
2. Perda de peso nos últimos 3 meses	Superior a 3 quilos	0
	Não sabe referir	1
	Entre 1 e 3 quilos	2
	Sem perda de peso	3
3. Mobilidade	Restrito ao leito ou cadeiras de rodas	0
	Autonomia somente em casa	1
	Capaz de sair de casa	2
4. Passou por algum estresse psicológico ou doença aguda nos últimos três meses?	Sim	0
	Não	2
5. Problemas neuropsicológicos	Demência ou depressão graves	0
	Demência leve	1
	Sem problemas psicológicos	2
6. Índice de Massa Corporal (IMC)	IMC < 19	0
	19 ≤ IMC < 21	1
	21 ≤ IMC < 23	2
	IMC ≥ 23	3

Escore: Subtotal – máximo de 14 pontos

≥ 12 pontos	NORMAL	Desnecessário continuar a avaliação.
≤ 11 pontos	POSSIBILIDADE DE DESNUTRIÇÃO	Continuar a avaliação.

II. AVALIAÇÃO GLOBAL

Indicação: Idosos com POSSIBILIDADE DE DESNUTRIÇÃO

Perguntas:

	Resultado	Pontuação
1. O paciente vive em sua própria casa (não em instituição)	Sim	1
	Não	0
2. Utiliza mais de três medicamentos diferentes por dia?	Sim	0
	Não	1

	3. Lesões de pele ou escaras	Sim	0
		Não	1
	4. Quanta refeição faz ao dia?	3 refeições	0
		2 refeições	1
		1 refeições	2
	5. O paciente consome: - Uma porção diária de leite ou derivados (queijo, iogurte)? - Duas ou mais porções semanais de feijão ou ovos? - Carne, peixes ou aves todos os dias?	Nenhuma ou 1 resposta "sim"	0
		2 respostas "sim	0,5
		3 respostas "sim"	1
	6. O paciente consome, duas ou mais porções diárias de frutas ou vegetais?	Não	0
		Sim	1
	7. Quantos copos de água ou outros líquidos o paciente consome por dia?	Menos de 3 copos	0
		3 a 5 copos	0,5
		Mais do que 5 copos	1
	8. Modo de se alimentar.	Não é capaz de alimentar-se sozinho	0
		Alimenta-se sozinho porém com dificuldade	1
		Alimenta-se sozinho sem dificuldade	2
	9. O paciente acredita ter algum problema nutricional?	Acredita ter uma desnutrição grave	0
		Não sabe dizer ou acredita ter uma desnutrição moderada	1
		Acredita não tem problema nutricional	2
	10. Em comparação com outras pessoas da mesma idade, como o senhor(a) considera sua própria saúde?	Não tão boa quanto à de outras pessoas	0
		Não sabe dizer	0,5
		Tão boa quanto a de outras pessoas	1
		Melhor que a de outras pessoas	2
	11. Circunferência do braço em cm	CB < 21	0
		21 ≤ CB ≤ 22	0,5
		CB > 22	1
	12.Circunferência da panturrilha em cm	CP< 31	0
		CP ≥ 31	1
Escore final:	Fazer a somatória total de pontos da Triagem nutricional e Avaliação global (total máximo de 30 pontos)		
	≥ 24 pontos:	BOM ESTADO NUTRICIONAL	
	17 a 24 pontos:	LIMÍTROFE ou EM RISCO DE DESNUTRIÇÃO	
	< 17 pontos:	DESNUTRIDO	
	Fazer o Recordatório Alimentar. Avaliar patologias concomitantes, situações ou fatores desencadeantes. Concluir a avaliação e prescrever o Plano de Cuidados.		

TESTE nº 2 – ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA-AVD

Indicação: Todos os idosos

Perguntas:

1. Banho: não recebe ajuda ou somente recebe ajuda para uma parte do corpo.
2. Vestir-se: pega as roupas e se veste sem qualquer ajuda, exceto para amarrar sapatos.
3. Higiene pessoal: vai ao banheiro; usa o banheiro; veste-se e retorna sem qualquer ajuda (pode usar andador ou bengala).
4. Transferência: consegue deitar na cama, sentar na cadeira e levantar sem ajuda (pode usar andador ou bengala).
5. Alimentação: come sem ajuda (exceto ajuda para cortar carne ou passar manteiga no pão).
6. Continência: controla completamente urina ou fezes.

Avaliação: Somar o número de respostas "sim" às perguntas acima.

5 a 6 pontos: INDEPENDÊNCIA

3 a 4 pontos: DEPENDÊNCIA PARCIAL

0 a 2 pontos: DEPENDÊNCIA IMPORTANTE

TESTE nº 3 – ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DE VIDA DIÁRIA-AIVD

Indicação: Todos os idosos

Perguntas: Responder: "sem ajuda" , "com ajuda parcial" ou "não consegue".

O Sr.(a) Consegue:

1. Usar o telefone?
2. Fazer compras?
3. Cuidar de suas finanças?
4. Preparar suas próprias refeições?
5. Arrumar a casa?
6. Fazer os trabalhos manuais domésticos, como pequenos reparos?
7. Lavar passar roupa?
8. Tomar os seus remédios na dose certa e horário correto?
9. Sair de casa sozinho, para lugares mais distantes, usando algum transporte sem necessidade de planejamento especial.

Avaliação: Para cada questão considere:

- Sem ajuda: 3 pontos;
- Com ajuda parcial: 2 pontos;
- Não consegue: 1 ponto

Escore final:

19 a 27 pontos: INDEPENDÊNCIA

10 a 18 pontos: DEPENDÊNCIA PARCIAL

abaixo de 9 pontos: DEPENDÊNCIA IMPORTANTE

OBS: As questões 4 a 7 podem ter variações conforme o sexo e podem ser adaptadas para atividades como subir escadas ou cuidar do jardim.

A pontuação máxima é de 27 pontos, sendo que a pontuação tem um significado apenas para o paciente individual, servindo como base para comparação evolutiva.

Fonte: LAWTON

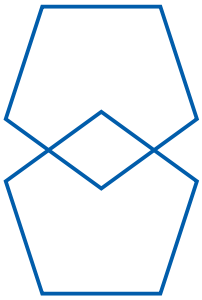
TESTE nº 4 - MARCHA			
Indicação:	Deverá ser realizado se houver queixa de desequilíbrio ou quedas por parte do idoso ou observação de alterações durante a consulta por parte do médico.		
Metodologia:			**Pontuação**
	TIPOS DE MARCHA Fazer pontuação para a marcha no interior e no exterior do domicílio	Sozinho	1
		Ajuda ocasional	2
		Ajuda freqüente	3
		Muleta ou bengala	4
		Andador	5
		Cadeira de rodas	6
		Imobilidade completa (acamado)	7
	SUBIR ESCADA Consegue subir escada de 5 degraus ou a escada para a mesa de exame?	Sim	1
	"GET UP AND GO" O paciente deve ser orientado a levantar-se de uma cadeira sem apoio dos braços, caminhar 3 metros com passos seguros, virar 180 graus e retornar, sentando novamente na cadeira.	Não	2
		< 10	1
		10 a 20	2
		20 a 30	3
		> 30	4
Avaliação:	Quanto maior a pontuação, maior o grau de dificuldade e mais severa a instabilidade postural.		

TESTE nº 5 – MINI-MENTAL

MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)

Indicação: Idosos alfabetizados

Metodologia: 1 ponto para cada acerto

Orientação temporal	Ano
	Mês
	Dia do mês
	Dia da semana
	Semestre /Hora aproximada
Orientação espacial	Estado
	Cidade
	Bairro ou nome de rua próxima
	Local geral: que local é este aqui (apontando ao redor num sentido mais amplo:hospital, casa de repouso, própria casa)
	Andar ou local específico: em que local nós estamos (consultório, sala, apontando para o chão)
Registro	Repetir: COPO, MALA, CARRO
Atenção e Cálculo (Considere a tarefa com melhor aproveitamento)	Subtrair: 100 – 7 = 93 – 7 = 86 – 7 = 79 – 7 = 72 – 7 = 65
	Soletrar inversamente a palavra MUNDO = ODNUM
Memória de Evocação	Quais os três objetos perguntados anteriormente?
Nomear objetos	Relógio e caneta
Repetir a frase	"Nem aqui, nem ali, nem lá"
Comando de estágios	"Apanhe esta folha de papel com a mão direita, dobre-a ao meio e coloque-a no chão".
Escrever uma frase completa	"Escreva alguma frase que tenha começo, meio e fim"
Ler e executar	"Feche seus olhos"
Copiar diagrama	Copiar dois pentágonos com interseção 

Avaliação: Pontuação mínima esperada:

* Idoso com 4 anos ou mais de escolaridade: **25 pontos**
* Idoso com menos de 4 anos de escolaridade: **18 pontos**

Pontuações menores indicam comprometimento cognitivo, com provável demência.

Fonte: FOLSTEIN 1975, adaptado por Brucki et al, 2003

TESTE nº 6 – FLUÊNCIA VERBAL	
Indicação:	Idosos analfabetos ou idosos com baixa escolaridade e dificuldade de realização do Mini-Mental
Metodologia:	Solicita-se ao paciente idoso que enumere o máximo de animais (“bichos”) e frutas em 1 minuto cronometrado. Considerar qualquer animal: insetos, pássaros, peixes e animais de quatro patas. Considerar “boi e vaca” como dois animais, mas “gato e gata” como um só. A classe vale como nome se não houver outros nomes da mesma classe. P. ex. considerar “passarinho, cobra, lagarto” como três animais, mas “passarinho, canário e peixe” como dois.
Avaliação:	Pontuação mínima esperada * Idoso analfabeto: 9 pontos * Idoso com baixa escolaridade e dificuldade de realização do Mini-mental: **13 pontos** Pontuações menores indicam comprometimento cognitivo, com provável demência.

TESTE nº 7 – TESTE DO RELÓGIO		
Indicação:	Para todo idoso que realizar os Testes Mini-Mental e Fluência Verbal	
Metodologia:	O idoso deverá desenhar um relógio com todos os números e marcar um determinado horário.	
Avaliação:	Inabilidade absoluta de representar o relógio.	0 pontos
	O desenho tem algo a ver com o relógio, mas com desorganização visual-espacial grave.	1 ponto
	Desorganização visual-espacial moderada, com marcação de hora incorreta, perseveração, confusão esquerda/direita	2 pontos
	Distribuição visual-espacial correta com marcação errada da hora	3 pontos
	Pequenos erros espaciais.	4 pontos
	Desenho perfeito.	5 pontos
Pontuação	**Quanto menor a pontuação, maior o comprometimento cognitivo.**	

TESTE nº 8 - ESCALA GERIÁTRICA DE DEPRESSÃO (GDS15)

Indicação: Todos os idosos.

Metodologia: Responder "sim" ou "não" para cada questão, considerando a opção que mais se assemelha ao que você está sentindo nas últimas semanas.

Você está basicamente satisfeito com sua vida?	sim	**NÃO**
Você se aborrece com freqüência?	**SIM**	não
Você se sente inútil nas atuais circunstâncias?	**SIM**	não
Você prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	**SIM**	não
Você sente que sua situação não tem saída?	**SIM**	não
Você tem medo que algum mal vá lhe acontecer?	**SIM**	não
Você acha que sua situação é sem esperanças?	**SIM**	não
Você acha maravilhoso estar vivo?	sim	**NÃO**
Você sente que sua vida está vazia?	**SIM**	não
Você sente que a maioria das pessoas está melhor que você?	**SIM**	não
Você se sente com mais problemas de memória do que a maioria?	**SIM**	não
Você deixou muitos de seus interesses e atividades?	**SIM**	não
Você se sente de bom humor a maior parte do tempo?	sim	**NÃO**
Você se sente cheio de energia?	sim	**NÃO**
Você se sente feliz a maior parte do tempo?	sim	**NÃO**

Avaliação: Dê 1 (um) ponto para cada resposta em maiúsculo e negrito.
Acima de 5 opções marcadas em escuro, considerar depressão e aplicar o DSM-IV para diagnóstico.
0 a 5 pontos: Normal
6 a 10 pontos: Depressão leve
11 a 15 pontos: Depressão severa

Validação: Almeida O.P. Arq. Neuropsiquiat, v.57, p. 421-426,1999

TESTE nº 9 - ESCALA GERIÁTRICA DE DEPRESSÃO (DMS-IV)	
Indicação:	Todos os idosos com resultado positivo para o Teste nº 8 - GDS 15
Metodologia:	Você se sente freqüentemente triste ou deprimido? Sintomas Maiores de Depressão: • Interesse ou prazer acentuadamente diminuídos; • Humor deprimido (sente-se triste ou vazio); • Perda ou ganho significativo de peso, ou diminuição ou aumento do apetite; • Insônia ou hipersonia; • Agitação ou retardo psicomotor; • Fadiga ou perda de energia; • Sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada; • Capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se; • Pensamentos recorrentes de morte, ideação suicida recorrente. Duração da sintomatologia: > 2 semanas ou < 2 semanas A sintomatologia trouxe alteração do seu funcionamento anterior?
Avaliação:	**Critérios para avaliação:** • 5 ou mais dos sintomas por pelo menos 2 semanas, sendo obrigatório pelo menos um dos sintomas marcados em negrito (humor deprimido e/ou perda de interesse ou prazer); • os sintomas não devem estar associados ao luto, sintomas psicóticos, nem a efeitos fisiológicos; • os sintomas devem estar causando sofrimento ou incapacidade social. Caso preencha os critérios acima, é considerado o diagnóstico de **DEPRESSÃO** e o idoso deve iniciar o tratamento.

TESTE nº 10 - SNELEN: VISÃO

Pergunte ao paciente: Você tem dificuldades para dirigir, assistir TV ou ler? Se a resposta for sim, realizar o Teste Snellen (5m) que tem como base a letra "E". Peça que o paciente se sente numa cadeira a 5 metros da parede. Pendure a cartela de modo que a linha de acuidade visual 0,8 a 1,0 fique na altura dos olhos. A acuidade está indicada ao lado de cada linha. Se a pessoa usar óculos deve mantê-los durante o exame. A visão deve ser testada em cada olho em separado e depois em conjunto. Os olhos devem ser vendados com as mãos em forma de concha.

Aponte cada letra com um lápis e pergunte se as hastes do "E" estão viradas para cima ou para baixo, para a direita ou para a esquerda. Utilize referências como "do lado da porta ou da janela" se confundirem esquerda e direita. Comece do alto da cartela, indicando duas ou três letras por linha. Se o paciente ficar indeciso em relação a alguma letra, mostre outras da mesma linha, para ter certeza de que há mesmo uma falha de visão. Quando o resultado for muito abaixo do esperado, repita o teste para confirmar.

Registre para cada olho o valor de acuidade correspondente à última linha que o paciente leu com mais facilidade. Anote separadamente os resultados do olho direito (OD) e do olho esquerdo (OE) . O limite de visão considerado normal é 0,3. Resultados abaixo desse valor podem indicar a necessidade de óculos e de exames mais detalhados.

A cartela pode ser solicitada nas Secretarias de Saúde.

Moore & Siu, Am J Med 100:438, 1996

TESTE nº 11 - **JAEGER: VISÃO**

Peça que o paciente se sente numa cadeira. O cartão é colocado a uma distância de 35 cm da pessoa a ser examinada na altura dos olhos. A acuidade está indicada ao lado de cada linha.

Se a pessoa usar óculos deve mantê-los durante o exame. A visão deve ser testada em cada olho em separado e depois em conjunto. Os olhos devem ser vendados com as mãos em forma de concha. A pessoa que ler até o nível 20/40 é considerada sem disfunção. Em caso de alterações, encaminhar para avaliação especializada.

O cartão pode ser solicitado nas Secretarias de Saúde.

TESTE nº 12 – TESTE DO SUSSURRO: AUDIÇÃO

O observador fica fora do campo visual da pessoa a uma distância de 60 cm e sussurra, em cada ouvido questões breves, por exemplo: "Como é seu nome?". Se a pessoa examinada não responder, encaminhar para avaliação especializada. É necessário observar se não há obstáculo nos condutos auditivos externos, como rolha de cerúmen quando da realização da otoscopia.

Anotar a data da última consulta com otorrinolaringologista e o uso de prótese.

Moore & Siu, Am J Med 100:438, 1996

VII. A SAÚDE BUCAL

7.1 FICHA PARA ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

A Ficha para atendimento Odontológico de Urgência/Emergência deve ser utilizada apenas em casos em que o usuário não apresenta o prontuário odontológico. Em caso de presença de prontuário, o atendimento de urgência/emergência deve ser descrito no mesmo, em tratamento realizado.

Identificação

O PREENCHIMENTO

- Este campo pode ser preenchido por qualquer profissional da Equipe de Saúde.

OS DADOS

- Nome.
- Número do Cartão SUS.
- Data do atendimento.
- Data de Nascimento.
- Endereço.
- Telefone de contato (especificar de quem é o telefone).
- Unidade de Saúde de origem.
- Nome do responsável (em casos de menores, usuários com necessidades especiais, quadros agudos em que o usuário não se encontra capaz de fornecer as informações necessárias, outros)
- Grau de relacionamento do responsável com o usuário.

Anamnese

O PREENCHIMENTO

- Este campo pode ser preenchido por qualquer profissional da Equipe de Saúde.

OS DADOS

- Queixa principal.
- Histórico da Queixa.
- Sinais e Sintomas (identificados como sinal de alerta).
- Classificação dos Sinais de Alerta (**Amarelo** ou **Azul**), de forma a definir os encaminhamentos.

Amarelo: usuário necessita de atendimento imediato como em caso de sinais/sintomas de dor, hemorragia, traumatismo, edemas, outros.

Azul: usuário necessita de atendimento no mesmo dia, mas não de forma imediata. Casos de lesão de mucosa, recimentação de próteses/restaurações, intervenções estéticas, outros.

- Histórico Médico: detalhar alterações sistêmicas encontradas. Usuários com condições sistêmicas alteradas sempre que necessário devem ser avaliados em conjunto com a equipe de saúde.
- Uso de medicação, histórico de alergias (a anestésico local, medicamentos, outros) e de intercorrências no tratamento odontológico (resistência, dificuldade de coagulação, cicatrização, outros).

Exame clínico geral

O PREENCHIMENTO

- Este campo pode ser preenchido por qualquer profissional da Equipe de Saúde.

OS DADOS

As situações de urgência/emergência devem estar ligadas ao monitoramento dos sinais vitais de forma a se detectar risco sistêmico e necessidade de encaminhamento para a equipe de saúde.

- Pressão Arterial.
- Pulso.
- Peso.
- Freqüência Respiratória.
- Temperatura.
- Verificação de necessidade de encaminhamento para a equipe de saúde devido a risco sistêmico percebido no acompanhamento dos sinais vitais do usuário.
- Profissional responsável pelo levantamento dos dados acima.

Exame clínico específico

O PREENCHIMENTO

- Este campo deve ser preenchido pelo CD.

OS DADOS

- Diagnóstico ligado à queixa principal.
- Exame físico sumário: inspeção, palpação, testes diagnósticos necessários.

- Avaliação de mucosa bucal e detecção de presença de lesão de mucosa (quando esta avaliação for possível de ser realizada). Esse achado significa necessidade de encaminhamento para o tratamento planejado.
- Outros achados ligados à necessidade de encaminhamento para a Primeira Consulta Odontológica Programática (quando esta avaliação for possível de ser realizada). Especificar.
- Avaliação de Risco para priorização do tratamento planejado (quando possível ser realizada). R1 significa necessidade de encaminhamento para realização da Primeira Consulta Odontológica Programática (tratamento planejado). Critérios para avaliação de risco encontram-se na Ficha para Avaliação de Risco em Saúde Bucal.

Necessidade de encaminhamento

O PREENCHIMENTO

- Este campo deve ser preenchido pelo CD

OS DADOS

- Unidade de urgência/emergência. Justificar. Essa referência acontece principalmente em casos de necessidade de realização de procedimento especializado, necessidade de apoio de equipe de saúde de urgência/emergência para tratamento de usuários com condições sistêmicas em que não foi possível o CD controlar os sinais/sintomas de urgência com procedimentos não invasivos e necessidade de exames complementares para diagnóstico e/ou tratamento.
- Equipe de Saúde. Justificar. Realizada principalmente em usuários com condições sistêmicas que necessitam de compensação antes da intervenção odontológica, mas quando foi possível o CD controlar os sinais/sintomas de urgência com procedimentos não invasivos.
- Especialidades. Justificar. Realizada principalmente em usuários com necessidade de procedimentos especializados em saúde bucal.

Tratamento Realizado

O PREENCHIMENTO

- Este campo deve ser preenchido pelo CD.

OS DADOS

- Tratamento realizado no atendimento de urgência/emergência descrito preferencialmente como na Tabela SIA/SUS.

Assinatura do CD responsável pelo atendimento.

Assinatura do usuário ou responsável.

FICHA PARA ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

CAMPO 1 – IDENTIFICAÇÃO

Este campo pode ser preenchido por qualquer profissional da Equipe de Saúde.
Os dados devem ser preenchidos por extenso, completos, sem abreviatura e de forma legível.

Nome:	Nº Cartão SUS:
Data atendimento:	Data Nascimento:
Endereço:	Tel. Contato:
Unidade Saúde de origem:	
Responsável:	
Grau de relacionamento do responsável:	

CAMPO 2 – ANAMNESE

Este campo pode ser preenchido por qualquer profissional da Equipe de Saúde.

Queixa principal:

Histórico da queixa:

Sinais e sintomas (identificação dos sinais de alerta):

Classificação dos sinais de alerta: ( )Amarelo ( )Azul

Histórico médico:

Uso de medicação, histórico de alergias ou intercorrências:

CAMPO 3 – EXAME CLÍNICO GERAL

Este campo pode ser preenchido por qualquer profissional da Equipe de Saúde.

PA:	mm/Hg	Pulso:	bpm	Peso:	kg	Freq. Resp.:	ipm	Temp:	ºC

Necessidade de encaminhamento para a equipe de saúde devido à risco sistêmico S ( ) N ( )

Responsável pelo preenchimento dos dados acima:

CAMPO 4 – EXAME CLÍNICO ESPECÍFICO

Este campo deve ser preenchido pelo CD.

Diagnóstico ligado à queixa principal:

Lesão de mucosa: S ( ) N ( )

Outros achados ligados à necessidade de encaminhamento para a Primeira Consulta Odontológica Programática?
S ( ) N( ) Especificar:

Avaliação de risco: R1( ) R2( ) R3( )

CAMPO 5 – NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO

Este campo deve ser preenchido pelo CD.

Unidade de urgência/emergência: Justificativa:

Equipe de saúde: Justificativa:

Especialidades: Justificativa:

CAMPO 6 – TRATAMENTO REALIZADO

Este campo deve ser preenchido pelo CD.

Tratamento realizado:

CD responsável pelo atendimento:

Usuário/responsável:

7.2 FICHA DE AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM SAÚDE BUCAL

O PREENCHIMENTO

- Essa ficha deve ser preenchida a partir do exame de avaliação e classificação de risco feito pelo CD.

OS DADOS

- Município.
- Nome da Equipe.
- Nome do CD que fez o exame e a classificação de risco.
- Faixa etária dos usuários constantes na ficha: para efeito de coleta de dados posterior, é interessante que em cada ficha constem usuários de uma mesma faixa etária.
- Nome do usuário.
- Número do Cartão SUS.
- Data de nascimento.
- Idade do usuário.
- Classificação de Risco: assinalar se o usuário estaria em R1 (assinalar dentro deste nível de risco se o usuário apresenta cárie ativa, doença periodontal ativa, lesão de mucosa, limitações psicossociais relacionadas às condições bucais ou limitações funcionais relacionadas às condições bucais), R2 (ausência das condições de R1 mas com necessidade de tratamento) ou R3 (ausências das condições de R1 e R2 e com necessidade de manutenção da saúde bucal). A sugestão de classificação de risco constante nessa ficha deve ser discutida localmente e modificada se necessário.
- Data do exame para classificação de risco.
- Assinalar data de encaminhamento para a Primeira Consulta Odontológica Programática (tratamento planejado) à medida que esse encaminhamento for realizado.

FICHA DE AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM SAÚDE BUCAL

Município:	Equipe:	CD:	

Faixa Etária ☐ 0 - 9 anos ☐ 10 - 19 anos ☐ 20 a 59 anos ☐ 60 e + anos

Nº	NOME	Nº CARTÃO SUS	DATA NASC.	CLASSIFICAÇÃO DE RISCO								DATA	Data Enc. PCons.
				R1	CA	PA	L	PS	F	R2	R3		
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													
21													
22													

R1		R2	R3
CA: Cárie Ativa L: Lesão de Mucosa F: Limitação Funcional	PA: Doença Periodontal Ativa PS: Limitação Psicossocial	Ausência de Atividade Doença, Lesão de Mucosa ou Impacto Psicossocial / Funcional mas com necessidade de Tratamento Clínico / Cirúrgico / Restaurador / Reabilitador	Ausência de Atividade Doença, Lesão de Mucosa ou Impacto Psicossocial / Funcional e sem necessidade de tratamento, apenas de manutenção da saúde bucal

7.3 PRONTUÁRIO DE SAÚDE BUCAL

Identificação

O PREENCHIMENTO

- Este campo pode ser preenchido por qualquer profissional da Equipe de Saúde.

OS DADOS

- Número do prontuário.
- Classificação de risco em saúde bucal: será assinalada a classificação de risco feita pelo CD a partir da avaliação de risco feita anteriormente.
- Data do atendimento: dia, mês e ano.
- Número do cartão SUS.
- Nome completo.
- Risco social da família.
- Data de nascimento: dia, mês e ano.
- Idade.
- Naturalidade.
- Endereço Completo.
- Telefone de contato.
- Sexo.
- Profissão ou Ocupação. Esse dado é importante para que se investigue possibilidade de agravos ou doenças bucais relacionadas às condições de trabalho.
- Local de trabalho ou estudo.
- Horário de Trabalho ou estudo.
- Estado Civil.
- Grau de instrução.
- Nome do responsável (se for o caso).
- Grau de relacionamento do responsável com o usuário.

Antecedentes pessoais

O PREENCHIMENTO

- Este campo pode ser preenchido pelo CD, médico ou enfermeiro. Deve ser preenchido apenas nos casos em que a equipe de saúde bucal não puder utilizar o Prontuário de Saúde da Família, como no caso do consultório odontológico estar localizado fora da unidade de saúde.
- O CD pode ser a porta de entrada do sistema, portanto é importante estar atento a sinais e a sintomas que podem significar necessidade de encaminhamento para avaliação médica.
- O tratamento odontológico dos usuários que apresentam alterações em sua condição sistêmica deve ser planejado a partir do diagnóstico médico.
- O CD deve, sempre que necessário, solicitar um relatório médico sobre as condições do usuário, a possibilidade de submeter-se ao tratamento odontológico e as condutas preventivas a serem tomadas, ou reunir-se com o médico para discussão do caso e das possibilidades de intervenção.
- Durante todo o tratamento de usuários com condições sistêmicas alteradas deve haver atenção para avaliação do risco/benefício, prevenção de reações indesejáveis, necessidade de interrupções durante o tempo operatório, melhor horário para consulta, tempo de trabalho nas consultas, avaliação e controle do grau de stress e de ansiedade, posicionamento do usuário na cadeira odontológica, verificação do uso de medicação profilática, seleção de anestésico, sinais de cansaço ou de desconforto do usuário, entre outros.
- A relação entre doenças sistêmicas e doenças bucais confirma a necessidade de ações integradas médico/odontológicas que, ao se completarem, proporcionam uma assistência integral, gerando um melhor e mais rápido resultado para o tratamento, quer seja na área odontológica, quer seja na área médica.
- O uso de medicação sistêmica, a freqüência de ingestão de medicamentos com sacarose, e os efeitos colaterais que podem afetar a saúde bucal dos usuários, como xerostomia, perda de paladar, entre outros, são importantes de serem avaliados.

OS DADOS

- Histórico de saúde atual e passado do usuário relacionado a gravidez, doenças cardiovasculares, reumáticas, renais, dermatológicas, transmissíveis, endócrinas, digestivas, neurológicas, auto-imunes, sangüíneas, respiratórias, neoplásicas, mentais, deficiência física, dor de cabeça, tosse crônica, poliúria, polidipsia, fadiga, emagrecimento, sudorese, diarréia, vômito, outros (especificar achados, se passados ou atuais, detalhar tratamento e evolução do quadro).

- Histórico de tratamento médico e internações hospitalares.
- Histórico familiar: doenças, transtornos psicológicos, uso de álcool, uso de drogas, violência e outros.
- Medicamentos de uso constante: nome, tempo de uso, dose. Presença de alergia e/ou de intolerância: citar. Presença de hábitos nocivos: uso de álcool, fumo ou outras dependências químicas (tipo, idade de início, quantidade, freqüência e tratamento).
- Detalhamento do histórico e acompanhamento de condições sistêmicas alteradas encontradas no usuário.
- É importante que seja continuamente verificada a situação de saúde do usuário durante o tratamento, de modo que as intercorrências sistêmicas que acontecerem sejam detectadas e encaminhadas.

Antecedentes odontológicos gerais

O PREENCHIMENTO

- Este campo deve ser preenchido pelo CD.

OS DADOS

- Histórico odontológico: tratamentos realizados, reação à anestésico local, dificuldade de coagulação/cicatrização ou outras intercorrências durante tratamentos anteriores. Verificar se apresenta resistência ao tratamento odontológico e qual a causa.
- Verificar se a Primeira consulta odontológica programática foi realizada no SUS municipal no último ano.
- Queixa odontológica principal (a que motivou a ida ao CD) e histórico da queixa (há quanto tempo vem acontecendo, sinais e sintomas ligados a ela, outras informações). Os sintomas percebidos pelo usuário devem ser cuidadosamente analisados, pois dificuldade em mastigar ou em deglutir, dor de garganta, mudanças no paladar, audição e olfato, mudanças na voz, dormências, parestesias, secreções, odor, sensação de algo preso na garganta, entre outros, são sintomas que podem ser indicativos de câncer bucal. Outros sintomas, inclusive os que determinam a queixa principal, podem auxiliar no diagnóstico e plano de tratamento.
- Última visita ao dentista (em que faixa de tempo foi realizada).
- Histórico de outros incômodos na boca: sinal e/ou sintoma relacionado à boca, garganta, face e região do pescoço, além da queixa principal, que incomoda o usuário. Especificar incômodo e há quanto tempo acontece.

Impacto na qualidade de vida: como a queixa principal ou esses outros incômodos afetam a vida social e afetiva, a alimentação, o trabalho e o estudo. Essa é uma avaliação subjetiva, feita a partir do ponto de vista e percepção do usuário, não devendo ser induzida pelo CD a partir de avaliações clínicas.

- Alimentação: informações gerais sobre consumo de frutas, verduras, legumes, carboidratos, proteínas. Informações sobre freqüência de consumo de açúcar entre as refeições. Em casos de usuários com atividade de cárie, principalmente, deve ser feita uma avaliação alimentar utilizando o recordatório das últimas 24 horas ou outras metodologias para se verificar o impacto da alimentação na atividade da doença. Atenção para o açúcar oculto presente em medicamentos, bebidas, etc. Em caso de utilização do Prontuário de Saúde da Família essas informações já podem ter sido fornecidas e devem ser verificadas.
- Higiene Bucal: Escovação diária com dentifrício fluoretado e uso de fio dental: presença do hábito, freqüência, presença de sangramento durante a atividade.
- Histórico de traumatismo dentário, quando aconteceu e causa relacionada. Presença de respiração bucal, bruxismo (range os dentes, acorda com o rosto dolorido), piercing bucal, xerostomia e halitose.
- Inserção em programas coletivos: especificar qual programa.
- Acesso à água fluoretada (se faz realmente uso da água fluoretada para beber e preparar alimentos). Assinalar outras formas de utilização de flúor.
- Em caso de crianças ou adolescentes verificar:
  - Problema de relacionamento, comportamento ou desenvolvimento (especificar).
  - Histórico de aleitamento materno: se houve amamentação, por quanto tempo.
  - Hábitos nocivos: mamadeira noturna, sucção de chupeta ou dedo, hábitos de morder objetos, língua ou lábio, roer unha, etc. Especificar membros da família que possuem o mesmo hábito.
  - Rotina familiar: mãe trabalha fora, quem cuida, quem acompanha a escovação.
- Em caso de adultos ou idosos verificar:
  - Uso de prótese removível e data da última prótese. Em caso de uso de prótese removível, especificar rotina de limpeza (material utilizado, metodologia, freqüência).
  - Realização de auto-exame da boca.
  - Usuário dependente de cuidador.
  - Usuário acamado.
  - Usuário institucionalizado.

Exame clínico/achados/diagnóstico

O PREENCHIMENTO

- Este campo deve ser preenchido pelo CD.

OS DADOS

Gerais

- Aferição de pressão arterial e do peso do usuário feita pelo CD ou por um membro da equipe de saúde antes da consulta. Deverá ser anotado no prontuário quem realizou esses procedimentos.

Exame físico

- Extrabucal (Face, Pescoço e ATM)
  - Examinar a face e pescoço de frente e de perfil, observando assimetrias, dor, sensibilidade, tumefação, edema, alteração de cor, e presença de nódulos ou feridas que não cicatrizam.
  - Palpar a região submandibular e submentoniana. Os carcinomas da boca se disseminam através da drenagem linfática para os linfonodos do pescoço, daí a importância de se inspecionar e de se palpar as cadeias linfáticas da veia jugular, fossa supraclavicular e espinhal, à procura de linfonodos suspeitos.
  - Examinar ATM: verificar ruídos, restrição de mobilidade e dor.
  - Para qualquer achado detalhar o tipo de anormalidade, localização, tamanho, aparência e tempo de existência.
- Intrabucal
  - Exame das mucosas (Lábio, Bochechas, Assoalho, Palato, Orofaringe, Língua, Gengiva, Freios)

    O exame deverá ser realizado sempre seguindo uma metodologia sistematizada, de forma que nenhuma área seja esquecida, observando assimetrias, dor, sensibilidade, tumefação, edema, alteração de cor, e presença de nódulos ou feridas que não cicatrizam. Deverão ser avaliadas a integridade das regiões e a presença de alterações.

    Para qualquer achado detalhar o tipo de anormalidade, localização, tamanho, aparência e tempo de existência.

    É importante informar ao usuário que será feito o exame estomatológico, que pode prevenir ou detectar precocemente o câncer bucal, e discutir os resultados do exame. Isso pode colaborar com o avanço na conscientização sobre a necessidade do auto-exame periódico.

Antes de se iniciar o exame, deve-se verificar o uso de próteses removíveis e retirá-las, a fim de possibilitar o acesso a toda a mucosa.

- Inspeção dos lábios inferior e superior

  Os lábios devem ser examinados inicialmente com a boca fechada e depois aberta, a fim de visualizar-se a linha de contato, a delimitação com a pele adjacente, a sua coloração e forma.

  Examinar depois a mucosa da face interna dos lábios superior e inferior e a face vestibular do rebordo gengival.

- Exame da mucosa da bochecha

  Em ambos os lados, afastando a mesma com o dedo, espátulas de madeira ou espelho clínico.

  Examinar das comissuras labiais até as áreas retro-molares, e do sulco gengivo-jugal inferior ao superior, bilateralmente.

- Exame da língua

  Solicitar ao usuário que ponha a língua para fora, mova-a para cima e para baixo e que toque no palato com a ponta da mesma. Essas manobras permitirão examinar o dorso e o ventre linguais, além de permitir a observação de redução ou assimetria de movimentos.

  A seguir, examinar o dorso da língua tracionando com gaze ou solicitando o movimento de protusão. Apreender o ápice da língua e tracioná-la para os lados direito e esquerdo para exame de toda a borda da língua.

  Solicitar ao usuário que levante a língua, e examinar o seu ventre, frênulo lingual, as carúnculas glandulares e o assoalho da boca na sua porção anterior e até a altura do último molar, assim como a face lingual do rebordo gengival, em especial fossas submandibulares de ambos os lados.

- Exame do Palato

  Com o usuário com a boca totalmente aberta e a cabeça mais inclinada, examinar palatos duro e mole.

  Deprimindo a língua com espátula ou espelho clínico, observar borda posterior do palato mole, úvula, pilares (fauces) amigdalianos, tonsilas palatinas e "V" lingual.

  Solicitar ao usuário que pronuncie a vogal "A" bem lentamente para melhor exposição dessas estruturas.

- Palpação

  Após a inspeção dos lábios e da cavidade bucal, deve-se proceder à sua palpação, a fim de que se definam melhor as características de consistência, sensibilidade, limites, mobilidade e textura das superfícies.

Palpar os lábios, bochechas, língua (especialmente a base), assoalho bucal (numa manobra bidigital, com um dedo indicador dentro e outro fora da boca) e palato duro.

- Exame da oclusão e acompanhamento de erupção dentária

  Identificação de distúrbios de erupção, de má-oclusão e de trauma oclusal.

  Importante a identificação de problemas graves de função que necessitam de encaminhamento.

- Exame para diagnóstico de Fluorose
  - Índice de Fluorose (Índice de Dean):

    Normal;

    Questionável: o esmalte revela pequena diferença em relação à translucidez normal, com ocasionais manchas esbranquiçadas;

    Muito leve: áreas esbranquiçadas, opacas, pequenas manchas espalhadas irregularmente pelo dente, mas envolvendo não mais que 25% da superfície. Inclui opacidades claras com 1 a 2 mm na ponta das cúspides de molares (picos nevados);

    Leve: opacidade mais extensa, mas não envolve mais que 50% da superfície;

    Moderada: todo esmalte afetado, com desgaste nas superfícies sujeitas à atrição. Há manchas castanhas ou amareladas freqüentemente desfigurantes;

    Severa: a hipoplasia é generalizada e a forma do dente pode estar afetada. O sinal mais evidente é a presença de depressões no esmalte, que parece corroído. Manchas castanhas generalizadas.

- Diagnóstico de presença de Atividade de Cárie

  Atividade de cárie: especificar se mancha branca ativa e/ou lesão cavitada ativa.

- Índice de Placa Visível (IPV):

  Deve ser utilizado anotando-se as superfícies em que foi encontrada placa visível à secagem.

  Esse índice demonstra o controle de placa por parte do usuário e permite a adequação das medidas de controle de placa que não estejam satisfatórias.

  Deve ser avaliado antes e durante o tratamento, após as ações educativas. Antes da alta do usuário pode ser feita uma avaliação final.

- Diagnóstico de presença de Atividade de Doença Periodontal

  Atividade de doença periodontal: especificar se Gengivite e/ou Periodontite

- Outros achados

  Especificação de outros achados significativos

Importante

- Que o profissional esteja atento a alguma situação que pode surgir durante o exame clínico e que pode significar evento sentinela relacionado com um risco à comunidade, necessitando de uma investigação da equipe em relação às suas causas.

Exame do periodonto e dos dentes com preenchimento do periodontograma e do odontograma de achados e do planejamento do tratamento na atenção primária

Preenchimento do periodontograma de achados

O PREENCHIMENTO

- Este campo deve ser preenchido pelo CD.

OS DADOS

- O periodontograma deve ser preenchido com os achados em relação às condições do periodonto.
- Utilizar a legenda com siglas para identificação dos achados. Foram utilizadas legendas para as condições mais comuns. Outros achados devem ser assinalados de forma legível.
- Na determinação da atividade de doença periodontal pode ser utilizada a verificação do ÍNDICE DE SANGRAMENTO GENGIVAL (ISG):
  - Utiliza-se uma sonda periodontal, a qual é inserida levemente (em torno de 0,5 mm) na entrada do sulco gengival e percorrida por toda a sua extensão muito delicadamente.
  - Aguarda-se alguns momentos para se verificar se ocorre ou não o sangramento gengival.
  - A presença de sangramento leva ao diagnóstico de gengivite.
- Na determinação da profundidade da bolsa periodontal pode ser utilizada a MEDIDA DE PROFUNDIDADE DE SONDAGEM:
  - Insere-se a sonda periodontal, em 6 pontos de cada elemento dental (mesio-vestibular, médio-vestibular, disto-vestibular, mésio-palatino/lingual, disto-palatino/lingual, e médio palatino/lingual).
  - A medida será o número de milímetros existentes entre a porção mais apical sondável e a margem gengival.

- Como a margem gengival é uma estrutura que pode migrar, atualmente não existe uma profundidade de sondagem considerada normal.
- Essa medida de profundidade sugere qual o tratamento a ser realizado (raspagem subgengival ou cirurgia), e não a severidade da doença.

- Na determinação da atividade de periodontite pode ser avaliado se imediatamente após a retirada da sonda há ou não a presença de exsudato subgengival. A presença de exsudato em forma de sangramento no fundo da bolsa e/ou supuração, é considerada sinal de atividade de periodontite.
- É considerada saudável qualquer região que não sangre ou não apresente secreção.

Preenchimento do odontograma de achados

O PREENCHIMENTO

- Este campo deve ser preenchido pelo CD.

OS DADOS

- O odontograma deve ser preenchido com os achados em relação às condições dos dentes e tratamentos encontrados.
- Utilizar a legenda com siglas para identificação dos achados e marcar nos parênteses a presença de aparelho ortodôntico ou próteses removíveis. Foram utilizadas legendas para as condições mais comuns. Outros achados devem ser assinalados de forma legível.
- Em relação às próteses removíveis parcial e total, utilizar o espaço livre para especificação de superior ou inferior.

Preenchimento do planejamento do tratamento em atenção primária

O PREENCHIMENTO

- Este campo deve ser preenchido pelo CD.

OS DADOS

- Deve ser preenchido com o planejamento dos procedimentos e ações a serem realizadas a partir da detecção de necessidades percebidas durante a anamnese e exames realizados.

- Utilizar a legenda com siglas para identificação dos procedimentos e ações a serem realizados. Marcar nos parênteses a necessidade dos procedimentos e ações descritas, e em relação às próteses removíveis parcial e total, utilizar o espaço livre para especificação de superior ou inferior. Foram definidos no prontuário os tratamentos mais comuns. Outros tratamentos necessários devem ser assinalados de forma legível.
- O planejamento do tratamento deve ser sempre discutido com o usuário, levando em consideração suas expectativas, prioridades e condição sistêmica.
- Verificar a necessidade de ações educativas, preventivas, restauradoras ou reabilitadoras de acordo com a necessidade individual.
- Verificar a necessidade de ações coletivas na US (Unidade de Saúde).
- Tentar ser o mais resolutivo possível, trabalhando preferencialmente por hemiarcadas, quando possível, ou quadrantes.
- Adotar uma postura conservadora e não mutiladora.

Requisição de exames complementares, parecer médico ou outros

O PREENCHIMENTO

- Este campo deve ser preenchido pelo CD.

OS DADOS

- Requisição de radiografias odontológicas, pareceres do médico que acompanha o usuário com alterações sistêmicas, outros exames, etc. Assinalar data e resultados.

Declaração

O PREENCHIMENTO

- Este campo deve ser preenchido pelo usuário ou responsável.

OS DADOS

- Assinatura do usuário ou responsável de forma a ratificar as informações do prontuário e o tratamento planejado.

Acompanhamento de atividade de doença

O PREENCHIMENTO

- Este campo deve ser preenchido pelo CD.

OS DADOS

- Acompanhamento da atividade de doença: diz respeito ao acompanhamento da evolução do tratamento de cárie ou doença periodontal ativas, em que serão discutidos os achados e a evolução do quadro nas visitas subseqüentes.

Tratamento realizado

O PREENCHIMENTO

- Este campo deve ser preenchido pelo CD e pelo THD (para suas atividades clínicas individuais).

OS DADOS

- O tratamento realizado deve ser descrito preferencialmente de acordo com a tabela de procedimentos do SIA/SUS, de modo a facilitar a fidelidade do lançamento dos dados no sistema de informação.
- Data da realização dos procedimentos.
- É importante que o responsável pela realização do procedimento (CD ou THD) assine o prontuário.
- Nesse campo deve ser assinalado o término do tratamento em atenção primária e quando aconteceu.

Necessidade de encaminhamento para referência

O PREENCHIMENTO

- Este campo deve ser preenchido pelo CD

OS DADOS

- Especialidade e tratamento necessário: deverá ser assinalada a necessidade de encaminhamento para as especialidades e o tratamento necessário em todos os casos em que essa necessidade for diagnosticada, independente do fato do encaminhamento ser ou não feito.
- Em caso do encaminhamento ser realizado devem ser registradas as datas de encaminhamento e de retorno e as ações de acompanhamento do usuário sugeridas pelo profissional especializado (Plano de Cuidado ou Contra-Referência).

PRONTUÁRIO DE SAÚDE DA FAMÍLIA **Nº:**

SAÚDE BUCAL

CAMPO 1 – IDENTIFICAÇÃO

Este campo pode ser preenchido por qualquer profissional da Equipe de Saúde.
Os dados devem ser preenchidos por extenso, completos, sem abreviatura e de forma legível.

R1 ( )
R2 ( )
R3 ( )

Data do atendimento: _____/_____/_____	Nº Cartão SUS:	
Nome completo:		Risco Social Familiar:
D Nasc: _____/_____/_____	Idade:	Naturalidade:
Endereço:		Tel.:
Sexo: Masc. ( ) Fem. ( )	Profissão / Ocupação:	
Local trabalho / Estudo:		Horário Trabalho / Estudo:
Estado Civil:		Grau de instrução:
Nome do responsável:		Grau de relacionamento:

CAMPO 2 – ANTECEDENTES PESSOAIS

Este campo pode ser preenchido pelo enfermeiro, médico ou CD. Preencher somente se não houver prontuário de saúde da família.

Histórico de saúde atual e passado**:**

Histórico de tratamento médico e internações hospitalares:	Histórico Familiar:

Uso de medicamento, alergias, hábitos nocivos:

Detalhamento / Acompanhamento de condição sistêmica alterada encontrada:

CAMPO 3 – ANTECEDENTES ODONTOLÓGICOS GERAIS

Este campo deve ser preenchido pelo CD.

Histórico de tratamento odontológico, reação à anestésico local, dificuldade de coagulação/cicatrização ou outras intercorrências:
Resistência ao tratamento odontológico: ( ) S ( ) N Causa:

Fez Primeira Consulta Odontológica no último ano no SUS municipal? ( ) S ( ) N ( ) Não sabe

Queixa odontológica principal: Histórico da queixa:	Última visita ao dentista: ( ) nunca foi ( ) menos de 1 ano ( ) de 1 a 2 anos ( ) há 3 ou mais anos

Histórico de outros incômodos na boca:

Impacto na qualidade de vida:

Alimentação:

Higiene bucal:	Escovação diária com dentifrício fluoretado S ( ) N ( ) Freqüência: Sangramento: S ( ) N ( )	Uso de fio dental S ( ) N ( ) Freqüência: Sangramento: S ( ) N ( )

Histórico de traumatismo dentário: ( ) S ( ) N Causa:	Respiração bucal: ( ) S ( ) N Bruxismo: ( ) S ( ) N Piercing bucal: ( ) S ( ) N	Xerostomia: ( ) S ( ) N Halitose: ( ) S ( ) N

Inserido em programas coletivos: ( ) S ( ) N Especificar:

Acesso à água fluoretada: ( ) S ( ) N	Outra utilização de flúor: ( ) Bochecho ( ) Gel ( ) Outros

Em relação à criança/adolescente	Problema de relacionamento, comportamento ou desenvolvimento:
	Histórico de aleitamento materno:
	Hábitos nocivos: Membros da família que têm o mesmo hábito:
	Rotina familiar:
Em relação ao adulto / idoso	Uso de prótese removível: ( ) S ( ) N Última prótese: Rotina de limpeza:

Faz auto-exame da boca: ( ) S ( ) N Usuário dependente: ( ) S ( ) N	Usuário acamado: ( ) S ( ) N Usuário institucionalizado: ( ) S ( ) N

CAMPO 4 – EXAME CLÍNICO / ACHADOS / DIAGNÓSTICO

Este campo deve ser preenchido pelo CD.

Pressão Arterial: Medidas realizadas por:	Peso:

Face, Pescoço, ATM:

Lábio, Bochechas, Assoalho, Palato, Orofaringe, Língua, Gengiva, Freios:

Achados em relação à distúrbios de erupção dentária, má oclusão e trauma oclusal:

Fluorose (Índice de Dean):

( ) Normal ( ) Questionável ( ) Muito leve ( ) Leve ( ) Moderada ( ) Severa

Atividade de cárie: ( ) S ( ) N ( ) Mancha branca ativa ( ) Lesão cavitada ativa

Índice Placa Visível (IPV) Inicial:	Índice de Placa Visível (IPV) Final:

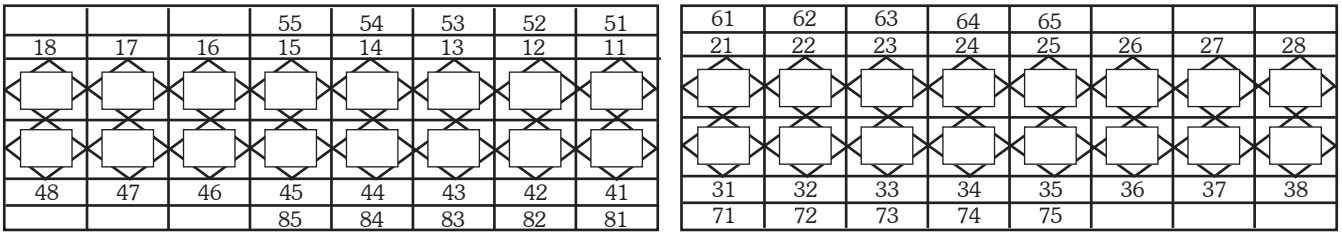
Atividade de doença periodontal: ( ) S ( ) N

( ) Gengivite ( ) Periodontite

Outros achados:

CAMPO 5 – PERIODONTOGRAMA – ACHADOS

Este campo deve ser preenchido pelo CD.



Legenda:

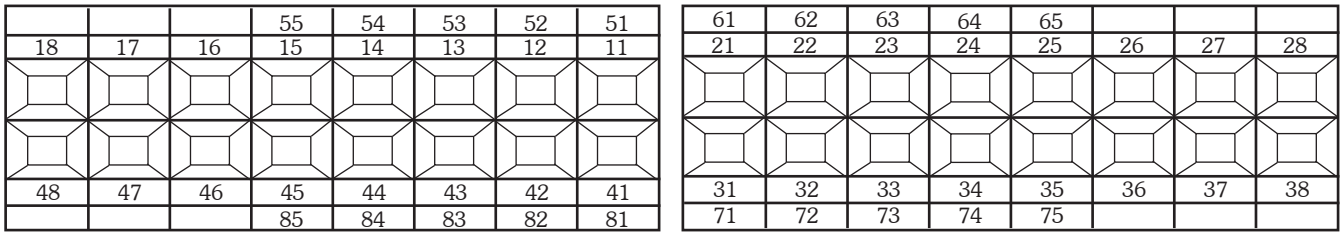
BA ≤ 4 – Bolsa periodontal ativa ≤ 4 mm
BA > 4 – Bolsa periodontal ativa > 4 mm
BI ≤ 4 – Bolsa periodontal inativa ≤ 4 mm
BI > 4 – Bolsa periodontal inativa > 4 mm

C – Cálculo
HG – Hiperplasia gengival
MOB – Mobilidade dentária
R – Recessão gengival
S – Sangramento

ODONTOGRAMA – ACHADOS

Este campo deve ser preenchido pelo CD.

CPOD: Ceo:



Legenda

* – Mancha Branca Ativa
º – Mancha Branca Inativa
A – Ausente
Ae – Abrasão/Erosão
Am – Amálgama

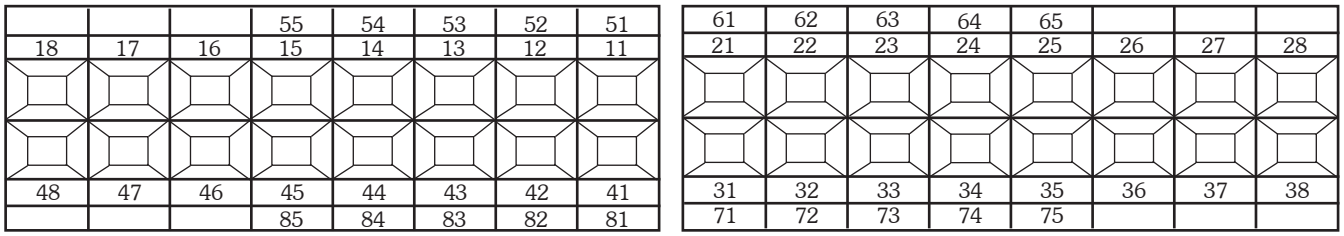
Ca – Lesão cavitada ativa
Ci – Lesão cavitada inativa
E – Extraído
H – Hígido
M – Restauração metálica

PF – Prótese fixa
RE –Restauração estética
SP – Selamento Provisório
T –Traumatismo
X – Extração indicada

AP Orto ( )
Prótese removível parcial ( )
Prótese Total ( )

PLANEJAMENTO DO TRATAMENTO EM ATENÇÃO PRIMÁRIA

Este campo deve ser preenchido pelo CD.



Legenda

Am – Amálgama
COM – Compósito
CP – Capeamento pulpar direto
CUR – Curetagem subgengival
F – Fotopolimerizável
ION – Escavação e restauração com ionômero

P – Pulpotomia
RAP – Raspagem supra-gengival
RR – Remoção de resto radicular
SL – Selante
SP – Selamento Provisório
X – Exodontia

Aplicação tópica de flúor individual ( )
Atendimento extra-clínica ( )
Controle de placa bacteriana individual ( )
Prótese removível parcial ( )
Prótese Total ( )
Visita domiciliar ( )

Grupo operativo US ( )
Escovação supervisionada ( )
Bochecho fluorado ( )
Aplicação tópica flúor gel ( )
Educação em saúde bucal ( )

CAMPO 6 – REQUISIÇÃO DE EXAMES COMPLEMENTARES, PARECER MÉDICO, OUTROS

Este campo deve ser preenchido pelo CD.

DATA	NATUREZA	RESULTADO
____/____/_____		
____/____/_____		
____/____/_____		
____/____/_____		

CAMPO 7 – DECLARAÇÃO

Declaro que as informações por mim prestadas são verdadeiras. Estou ciente do planejamento estabelecido, e concordo com a execução do mesmo

_____, _____ de _____ de _____

_____

Assinatura do usuário ou responsável

CAMPO 8 – ACOMPANHAMENTO DE ATIVIDADE DE DOENÇA

Este campo deve ser preenchido pelo CD.

DATA	OBSERVAÇÕES
____/____/_____	
____/____/_____	
____/____/_____	
____/____/_____	
____/____/_____	
____/____/_____	

CAMPO 9 – TRATAMENTO REALIZADO

Este campo deve ser preenchido pelo CD e THD.

DATA	DENTE(s)	PROCEDIMENTOS REALIZADOS (se possível com códigos SIA / SUS)	ASS.CD/THD
___ /___ /___			
___ /___ /___			
___ /___ /___			
___ /___ /___			
___ /___ /___			
___ /___ /___			
___ /___ /___			
___ /___ /___			
___ /___ /___			
___ /___ /___			
___ /___ /___			
___ /___ /___			
___ /___ /___			
___ /___ /___			
___ /___ /___			
___ /___ /___			
___ /___ /___			

( ) Tratamento completado em atenção básica. Data: _____/_____/_____.

CAMPO 10 – NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO PARA REFERÊNCIA

Este campo deve ser preenchido pelo CD.

Especialidade	Tratamento necessário	Encaminhamento	Retorno	Plano Cuidado (contra-referência)
		___ /___ /___	___ /___ /___	
		___ /___ /___	___ /___ /___	
		___ /___ /___	___ /___ /___	
		___ /___ /___	___ /___ /___	

ANEXOS

ANEXO I

Cadastro de atividades produtivas domiciliares

A presença de atividades de trabalho no espaço familiar tem crescido acentuadamente nos últimos anos, acarretando assim a transferência de riscos/fatores de riscos ocupacionais para dentro das casas ou para o fundo dos quintais, num processo conhecido como *domiciliação do risco.* Por isso, a importância de se conhecer o perfil das atividades produtivas que estão ocorrendo nos espaços domiciliares.

Orientações para preenchimento

- Deverá ser preenchido todas as vezes em que forem identificadas atividades produtivas domiciliares, exercidas por um ou mais integrantes da família, de qualquer faixa etária.
- Deverá ser preenchido pelo ACS, em visita domiciliar.
- **Campo 1**
  - Inclusão: constitui o primeiro cadastro da atividade no domicílio.
  - Alteração: no retorno, preencher a ficha somente quando for observado algum tipo de alteração, tais como, mudança de atividade e/ ou riscos, número de funcionários, etc.
  - Nome do centro de saúde onde o ACS está lotado.
  - Data do preenchimento do cadastro.
  - Nome da equipe que o ACS é vinculado.
  - Nome do ACS cadastrador.
  - Endereço completo e telefone (se tiver) da residência onde funciona a atividade produtiva.
- **Campo 2**
  - Se a atividade ocorre dentro ou fora da residência.
- **Campo 3**
  - O tipo de atividade realizada, seja uma atividade produtiva, de comercialização ou ainda de algum serviço prestado. Exemplo: fabricação de salgados para bares e lanchonetes; doces e bombons para festas; refeições e/ou marmitex; bares, bitacas e barraquinhas (venda de bebidas e/ou alimentos); trailler de sanduíches; bijouterias (venda e/ou fabricação de peças para montagem de bijouterias); produtos de limpeza (venda e/ou preparo de detergentes, água sanitária, amaciantes, sabões); calçados (facção para fábricas de calçados); roupas (facção para fábricas de roupas); serviços de oficina mecânica e/ou

lanternagem de veículos; oficinas para reparos de bicicletas, eletrodomésticos; oficina de serralheria; padarias; armarinhos; oficinas de marcenaria; oficinas que beneficiam pedras, tipo ardósia, mármore, granito; madeireiras; depósitos de material de construção; atelier de costura (costureiras).

- **Campo 4**
  - Registrar o número de pessoas envolvidas na atividade produtiva, independentemente da faixa etária (adultos, adolescentes e crianças).
- **Campo 5**
  - Assinalar sim ou não, citando quais tipos: thinner, querosene, removedores, fumaça de solda, cola de sapateiro, graxas e óleos; poeiras de pedras, algodão ou madeira etc.
- **Campo 6**
  - Assinalar sim ou não, verificando se há presença de ruído alto proveniente de máquinas, como serras de corte; tornos; compressores e todo tipo de equipamento e de ferramentas utilizadas em oficinas mecânicas, marcenarias, serralherias, marmorarias, etc.
- **Campo 7**
  - Assinalar sim ou não, verificando se há carregamento de peso, como baldes de água, fardos, engradados de bebidas, caixas com alimentos, matéria-prima, mercadorias, outros.
- **Campo 8**
  - Assinalar sim ou não, verificando se há risco de acidentes, tipo: áreas de circulação pequenas; áreas de circulação entulhadas de matérias primas, equipamentos e máquinas; fios elétricos expostos, "gambiarras"; presença de material explosivo ou inflamável; presença de maquinário tipo: serras, tornos, plainas, utilizados em atividades de marcenaria, serralherias, marmorarias e outros.
- **Campo 9**
  - Assinalar sim ou não, verificando a presença de animais peçonhentos, bactérias, etc.
- **Campo 10**
  - Caso haja alguma situação que não tenha sido contemplada neste manual e que seja digna de nota, na avaliação do cadastrador, descrevê-la neste espaço.
- O formulário deverá ser encaminhado pelo município à GRS.
- Para maiores informações, consultar a Linha-guia Atenção à Saúde do Trabalhador.

CADASTRO DE ATIVIDADES PRODUTIVAS DOMICILIARES				
NÚMERO DO PRONTUÁRIO		ESF RESPONSÁVEL		DATA
ENDEREÇO		Nº	COMPL.	BAIRRO
TELEFONE		TELEFONE CONTATO		CEP
MUNICÍPIO	SEGMENTO	ÁREA	MICROÁREA	FAMÍLIA
LOCALIZAÇÃO: ZONA URBANA ( ) ZONA RURAL ( )		PROCEDÊNCIA		
ACS: INCLUSÃO ( ) ALTERAÇÃO ( )				

1	Qual o local da residência onde ocorre a atividade? ( ) Dentro da Residência ( ) Fora da residência
2	Descrição da atividade produtiva: O que produz/faz?
3	Quantas pessoas estão trabalhando na atividade domiciliar?
4	Há exposição a produtos químicos? ( ) sim ( ) não Quais?
5	A atividade gera ruído? ( ) sim ( ) não
6	Os trabalhadores carregam e ou transportam peso? ( ) sim ( ) não
7	Existe risco de acidentes? ( ) sim ( ) não
8	Existe exposição a risco biológico? ( ) sim ( ) não Quais?
9	**Observações:** descreva as características do ambiente (aceitação do usuário para realização do cadastro; se existe alguma situação que salta aos olhos; se a atividade é por encomenda, por empreitada, por período específico do ano, picos de produção).

ANEXO II

Identificação e acolhimento da pessoa com deficiência – primeira consulta

O PREENCHIMENTO

- Este campo pode ser preenchido por qualquer profissional da Equipe de Saúde

DADOS DO USUÁRIO

- Número do prontuário
- Data do atendimento: dia, mês e ano
- Número do cartão SUS
- Nome completo
- Idade

DADOS DO CUIDADOR

- Nome completo
- Endereço completo
- Telefone para contato
- E-mail
- Data de nascimento
- Sexo
- Profissão
- Nível de escolaridade
- Vínculo com o usuário
- Tempo de acompanhamento
- Horas diárias de cuidado: tempo que o cuidador passa por dia com o deficiente
- Possui orientação quanto a cuidados específicos
- Sente-se capaz de realizar o cuidado necessário?

Dados da deficiência

O PREENCHIMENTO

- Este campo deve ser preenchido por médico, enfermeiro ou profissional da reabilitação.

OS DADOS

- Tipo de deficiência: especificar a deficiência ou se não possui especificação.
- Possui diagnóstico da deficiência: informar se o paciente já possui especificação da deficiência.
- Diagnóstico da doença de base: diagnóstico da doença que causou a deficiência.
- Outras doenças associadas: informar outras doenças como hipertensão arterial, diabetes, cardiopatias, etc.
- Grau de gravidade: consultar Linha Guia.
- Necessita de equipamentos/dispositivos especiais: órteses, próteses, cadeira de rodas, etc.
- Medicações: nome, início e dose.
- Cirurgias relacionadas à deficiência: qual, onde e quando.
- Exames diagnósticos relacionados à deficiência: qual e quando foi realizado.
- Atendimentos multiprofissionais relacionados à deficiência: especificar os atendimentos e respectivos profissionais.
- Queixas principais do usuário/familiar/cuidador relacionadas à deficiência: Quais

Estado funcional geral

O PREENCHIMENTO

- Este campo deve ser preenchido por médico, enfermeiro ou profissional da reabilitação.

OS DADOS

- Especificar grau de dependência/independência para desempenhar as atividades descritas no quadro conforme a deficiência.

Ostomia

- Faz uso de bolsa de Colostomia/Urostomia: verificar se após cirurgia faz uso de bolsa de colostomia/urostomia e encaminhar para serviço especializado.
- Apresenta complicações no Estoma: citar complicações como: dermatites, prolapso, hérnia, etc e encaminhar para serviço especializado.
- Sua Ostomia/Urostomia é passível de reversão: verificar se a colostomia é definitiva ou provisória e informar se possível o prazo para a cirurgia de reversão
- Sente necessidade de apoio psicológico: especificar os sinais apresentados e encaminhar se necessário.
- Recebe orientação nutricional: é orientado quanto à dieta nutricional e encaminhar se necessário.

Práticas de prevenção

O PREENCHIMENTO

- Este campo deve ser preenchido por médico, enfermeiro ou profissional da reabilitação.

OS DADOS

- O usuário, o cuidador e a família têm conhecimento das práticas de prevenção de agravos da deficiência identificada: especificar se tem conhecimento das orientações que são utilizadas na prevenção de complicações como: alimentação, posicionamento, ruídos, etc.
- O usuário apresenta agravos relacionados à sua deficiência: investigar tipos de complicações apresentadas como: feridas, alergias, deformidades, infecções, etc.

PRONTUÁRIO DE SAÚDE DA FAMÍLIA **Nº:**

CAMPO 1 – IDENTIFICAÇÃO E ACOLHIMENTO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA – PRIMEIRA CONSULTA

Data de atendimento:	Nº Cart. SUS:
Nome completo:	Idade:

CAMPO 2 – IDENTIFICAÇÃO DO CUIDADOR

Este campo pode ser preenchido por qualquer profissional da Equipe de Saúde:
Os dados devem ser preenchidos por extenso, completos, sem abreviaturas e de forma legível.

Nome completo:	
Endereço:	
Cidade:	CEP.:
Telefone para contato:	E-mail:
DN: ____/_____/_____	Sexo: Masculino ( ) Feminino ( )
Profissão:	Nível de escolaridade:
Vínculo com o usuário: Familiar ( ) Profissional ( ) Outros ( )	
Possui treinamento específico? S ( ) N ( ) Qual?	
Sente-se capaz de realizar o cuidado? S ( ) N ( )	
Tempo de acompanhamento:	Horas/dia cuidado:

CAMPO 3 – DADOS DA DEFICIÊNCIA

Este campo pode ser preenchido por médico, enfermeiro ou profissional da reabilitação:
Os dados devem ser preenchidos por extenso, completos, sem abreviaturas e de forma legível.

Tipo de deficiência: Auditiva ( ) Física ( ) Mental ( ) Ostomia ( ) Visual ( ) Múltipla ( )

Possui diagnóstico da deficiência? S ( ) N ( ) Qual? _____

Diagnóstico da doença de base: _____

Outras doenças associadas: _____

Grau de gravidade: Leve ( ) Moderada ( ) Grave ( )

Necessita de equipamentos / dispositivos especiais? S ( ) N( ) Quais? _____

Medicações: _____

_____

Cirurgias relacionadas à deficiência: _____

Exames diagnósticos relacionados à deficiência: _____

_____

Atendimentos multiprofissionais relacionados à deficiência:_____

Queixas principais do usuário / familiar/ cuidador / relacionadas à deficiência:_____

_____

CAMPO 4 – ESTADO FUNCIONAL GERAL

Este campo pode ser preenchido por médico, enfermeiro ou profissional da reabilitação:
Os dados devem ser preenchidos por extenso, completos, sem abreviaturas e de forma legível.

Deficiência Física/ Mental/Visual				Deficiência Física/Mental				Deficiência Auditiva			
Alimentação	I	PI	D	Controle de urina	I	PI	D	Comunicação verbal	I	PI	D
Locomoção	I	PI	D	Controle de fezes	I	PI	D	Libras	SIM		NÃO
Locomoção escadas	I	PI	D	Comunicação verbal	I	PI	D	Leitura labial	SIM		NÃO
Transferências	I	PI	D	Comunicação gestual	I	PI	D				
Vestir parte superior do corpo	I	PI	D	Compreensão cognitiva	I	PI	D	**Todas as deficiências**			
Vestir parte inferior do corpo	I	PI	D	Resolução de problemas	I	PI	D	Interação familiar	N	P	T
Escrita	I	PI	D	Memória	I	PI	D	Interação social	N	P	T
Banho/limpeza do corpo	I	PI	D								
Higiene bucal	I	PI	D								

Legenda: I: Independente PI: Parcialmente independente D: Dependente
N: Nenhuma P: Pouca T: Total

Ostomia

Faz uso de bolsa de Colostomia/Urostomia? S ( ) N ( )
Em caso afirmativo encaminhar para atendimento especializado.

Apresenta complicações no Estoma? S ( ) N ( ) Quais?_____
Em caso afirmativo encaminhar para atendimento especializado.

Sua Ostomia/Urostomia é passível de reversão? S ( ) N ( )

Previsão _____

Sente necessidade de apoio psicológico? S ( ) N ( ) Quais os sinais? _____
Em caso afirmativo encaminhar para atendimento especializado.

Recebe orientação nutricional? S ( ) N ( ) Em caso negativo encaminhar para atendimento especializado.

CAMPO 5 – PRÁTICAS DE PREVENÇÃO

Este campo pode ser preenchido por médico, enfermeiro ou profissional da reabilitação:
Os dados devem ser preenchidos por extenso, completos, sem abreviaturas e de forma legível.

O usuário, o cuidador e a família têm conhecimento das práticas de prevenção de agravos da deficiência identificada?

S ( ) N ( ) Quais? _____

O usuário apresenta agravos relacionados à sua deficiência?S ( ) N ( ) Quais? _____

_____

_____

Data:	Assinatura:	Carimbo:

ANEXO III

Ficha de acompanhamento de peso, IMC, pressão arterial e exames complementares

- Aplicar apenas para usuários com condições ou patologias que impliquem em um acompanhamento regular.
- Deve ser preenchido para cada usuário e anexado à sua ficha clínica.
- Possibilita o monitoramento mensal do peso e da medida da pressão arterial e a visualização comparativa dos resultados de exames complementares realizados pelos usuários acompanhados pela ESF.
- Facilita também a orientação do usuário e o encaminhamento para interconsulta ou referenciamento.

Orientações para preenchimento

- Deverá ser preenchido todas as vezes que forem medidos o peso e a pressão arterial, ou calculado o índice de massa corpórea (IMC), ou que forem avaliados exames complementares.
- Anotar o nome e o número do prontuário no cabeçalho.
- Anotar o valor do peso, do IMC, e do nível pressórico no mês respectivo de verificação.
- Anotar o nome do exame realizado na primeira coluna e o seu resultado no mês respectivo em que for avaliado. Se posteriormente forem repetidos os exames, os resultados deverão ser anotados nos meses seguintes em que forem avaliados.

FICHA DE ACOMPANHAMENTO DE PESO, IMC, PRESSÃO ARTERIAL E EXAMES COMPLEMENTARES

NOME:									PRONTUÁRIO:			
DATA												
PESO												
IMC												
CIRCUNFERÊNCIA DA CINTURA												
PRESSÃO ARTERIAL												
EXAME												

ANEXO IV

CIRCUNFERÊNCIA DA CINTURA E RCQ

- Valores de referência na medida de circunferência da cintura:

	Risco moderado	Alto risco
Homens	≥ 94 cm	≥ 102 cm
Mulheres	≥ 80 cm	≥ 88 cm

- Razão da circunferência da cintura / quadril (RCQ):

  Risco para homens: > 0,95

  Risco para mulheres: > 0,85

  Fonte: Linha-guia: Atenção à Saúde do Adulto – Hipertensão e diabetes, pg .76.

ÍNDICE DE MASSA CORPÓREA – IMC

Tabela de percentil de IMC por idade – adolescente.

Tabela de peso x estatura para IMC – adulto, idoso.

Tabela de classificação IMC.

- O IMC deverá ser calculado por qualquer um dos métodos em todas as consultas ou avaliações do usuário, segundo as recomendações das linhas-guias específicas.

CÁLCULO DO ÍNDICE DE MASSA CORPÓREA – IMC

- É a relação entre o peso, em quilos, e a estatura, em metros, ao quadrado.
- Fórmula: $\text{IMC} = \frac{\text{peso (Kg)}}{\text{altura}^2 \text{ (m)}}$
- Para os adolescentes:
  - É proposta uma avaliação de acordo com o percentil de IMC por idade.
  - Os resultados são assim classificados: Baixo peso (P < 5), Normal ou eutrófico (P 50 a 85), Sobrepeso (P > 85) e Obesidade (P > 95, associado a outros métodos de avaliação nutricional).
- Para os outros ciclos de vida:
  - Poderá ser calculado o IMC ou usada a tabela de IMC, identificando o valor pelo cruzamento entre o peso e a estatura aferidos.
  - Os resultados são assim classificados: Normal (18,5 – 24,9), Sobrepeso (25 – 29,9), Obeso classe I (30 – 34,9), Obeso classe II (35 – 39,9) e Obeso classe III (≥ 40,0).

$$IMC = \frac{\text{peso (Kg)}}{\text{altura}^2 \text{ (m)}}$$

PERCENTIL DE IMC POR IDADE – ADOLESCENTE – SEXO MASCULINO					
IDADE	**PERCENTIS**				
	5	15	50	85	95
10	14,42	15,15	16,72	19,60	22,60
11	14,83	15,59	17,28	20,35	23,73
12	15,24	16,06	17,87	21,12	24,89
13	15,73	16,62	18,53	21,93	25,93
14	16,18	17,20	19,22	22,77	26,93
15	16,59	17,76	19,92	23,63	27,76
16	17,01	18,32	20,63	24,45	28,53
17	17,31	18,68	21,12	25,28	29,32
18	17,54	18,89	21,45	25,92	30,02
19	17,80	19,20	21,86	26,36	30,66

PERCENTIL DE IMC POR IDADE – ADOLESCENTE – SEXO FEMININO					
IDADE	**PERCENTIS**				
	5	**15**	**50**	**85**	**95**
10	14,23	15,09	17,00	20,19	23,20
11	14,60	15,53	17,67	21,18	24,59
12	14,98	15,98	18,35	22,17	25,95
13	15,36	16,43	18,95	23,08	27,07
14	15,67	16,79	19,32	23,88	27,97
15	16,01	17,16	19,69	24,29	28,51
16	16,37	17,54	20,09	24,74	29,10
17	16,59	17,81	20,36	25,23	29,72
18	16,71	17,99	20,57	25,56	30,22
19	16,87	18,20	20,80	25,85	30,72

IMC < Percentil 5 = baixo peso
IMC entre Percentil 50 e 85 = normal (eutrófico)
IMC > Percentil 85 = sobrepeso
IMC > Percentil 95 associado a outros métodos de avaliação nutricional = obesidade

Altura (m)	Peso (quilos)																													
	41	43	45	47	49	51	53	55	57	59	61	63	65	67	69	71	73	75	77	79	81	83	85	87	89	91	93	95	97	99
1,22	28	29	30	32	33	34	36	37	38	40	41	42	44	45	46	48	49	50	52	53	54	56	57	58	60	61	62	64	65	67
1,24	27	29	29	31	32	33	34	36	37	38	40	41	42	44	45	46	47	49	50	51	53	54	55	57	58	59	60	62	63	64
1,26	26	28	28	30	31	32	33	35	36	37	38	40	41	42	43	45	46	47	49	50	51	52	54	55	56	57	59	60	61	62
1.28	25	27	27	29	30	31	32	34	35	36	37	38	40	41	42	43	45	46	47	48	49	51	52	53	54	56	57	58	59	60
1,30	24	27	26	28	29	30	31	33	34	35	36	37	38	40	41	42	43	44	46	47	48	49	50	51	53	54	55	56	57	59
1,32	24	26	25	27	28	29	30	32	33	34	35	36	37	38	40	41	42	43	44	45	46	48	49	50	51	52	53	55	56	57
1,34	23	25	25	26	27	28	30	31	32	33	34	35	36	37	38	40	41	42	43	44	45	46	47	48	50	51	52	53	54	55
1,36	22	24	24	25	26	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	54
1.38	22	24	23	24	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52
1,40	21	23	22	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	51
1,42	20	22	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49
1.44	20	22	21	23	24	25	26	27	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48
1,46	19	21	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	46
1,48	19	21	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	42	43	44	45
1,50	18	20	19	21	22	23	24	25	25	26	27	28	29	30	30	32	32	33	34	35	36	37	38	39	40	40	41	42	43	44
1,52	18	19	19	20	21	22	23	24	25	26	26	27	28	29	29	31	32	32	33	34	35	36	37	38	39	39	40	41	42	43
1,54	17	19	18	20	21	22	22	24	24	25	26	27	27	28	28	30	31	32	32	33	34	35	36	37	38	38	39	40	41	42
1,56	17	18	18	19	20	21	22	23	23	24	25	26	27	28	28	29	30	31	32	32	33	34	35	36	37	37	38	39	40	41
1,58	16	18	18	19	20	20	21	23	23	24	24	25	26	27	27	28	29	30	31	32	32	33	34	35	36	36	37	38	39	40
1,60	16	18	17	18	19	20	21	22	22	23	24	25	25	26	26	28	29	29	30	31	32	32	33	34	35	36	36	37	38	39
1,62	16	17	17	18	19	19	20	21	22	22	23	24	25	26	26	27	28	29	29	30	31	32	32	33	34	35	35	36	37	38
1,64	15	17	17	17	18	19	20	21	21	22	23	23	24	25	25	26	27	28	29	29	30	31	32	32	33	34	35	35	36	37
1,66	15	16	16	17	18	19	19	20	21	21	22	23	24	24	25	26	26	27	28	29	29	30	31	32	32	33	34	34	35	36
1,68	15	16	16	17	17	18	19	19	20	21	22	22	23	24	24	25	26	27	27	28	29	29	30	31	32	32	33	34	34	35
1,70	14	16	16	16	17	18	18	19	20	20	21	22	22	23	24	25	25	26	27	27	28	29	29	30	31	31	32	33	34	34
1,72	14	15	15	16	17	17	18	19	19	20	21	21	22	23	23	24	25	25	26	27	27	28	29	29	30	31	31	32	33	33
1,74	14	15	15	16	16	17	18	18	19	19	20	21	21	22	23	23	24	25	25	26	27	27	28	29	29	30	31	31	32	33
1,76	13	15	15	15	16	16	17	18	18	19	20	20	21	22	22	23	24	24	25	26	26	27	27	28	29	29	30	31	31	32
1,78	13	14	14	15	15	16	17	17	18	19	19	20	21	21	22	22	23	24	24	25	26	26	27	27	28	29	29	30	31	31
1,80	13	14	14	15	15	16	16	17	18	18	19	19	20	21	21	22	23	23	24	24	25	26	26	27	27	28	29	29	30	31
1,82	12	14	14	14	15	15	16	17	17	18	18	19	20	20	21	21	22	23	23	24	24	25	26	26	27	27	28	29	29	30
1,84	12	13	13	14	14	15	16	16	17	17	18	19	19	20	20	21	22	22	23	23	24	25	25	26	26	27	27	28	29	29
1,86	12	13	13	14	14	15	15	16	16	17	18	18	19	19	20	21	21	22	22	23	23	24	25	25	26	26	27	27	28	29
1,88	12	13	13	13	14	14	15	16	16	17	17	18	18	19	20	20	21	21	22	22	23	23	24	25	25	26	26	27	27	28
1,90	11	12	12	13	14	14	15	15	16	16	17	17	18	19	19	20	20	21	21	22	22	23	24	24	25	25	26	26	27	27

IMC: A CLASSIFICAÇÃO E O RISCO DE COMORBIDADE		
CLASSIFICAÇÃO	**IMC (KG/M2)**	**RISCO DE COMORBIDADE**
Normal	18,5 – 24,9	Baixo
Sobrepeso	25 – 29,9	Pouco aumentado
Obeso classe I	30 – 34,9	Moderado
Obeso classe II	35 – 39,9	Grave
Obeso classe III	≥40,0	Muito grave

Fonte: Organização Mundial da Saúde, 1998.

ANEXO V

CURVAS E TABELAS DE PRESSÃO ARTERIAL

Tabela de dimensões aceitáveis para o manguito de borracha.

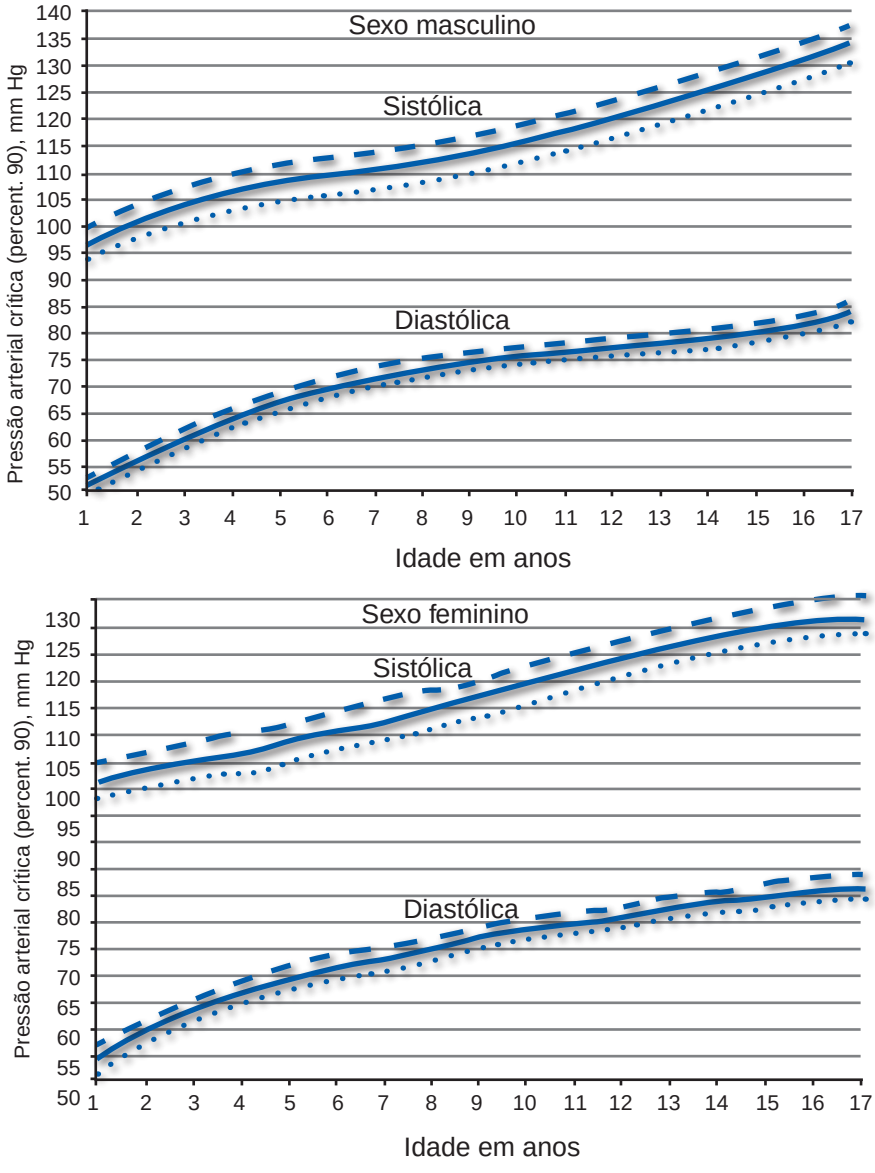
Curva de pressão arterial crítica (percentil 90) – criança e adolescente até 17 anos.

- A medida da pressão arterial deve ser obrigatoriamente realizada em toda avaliação clínica de usuários de ambos os sexos e de todas as idades, por médicos de todas as especialidades e pelos demais profissionais de saúde devidamente treinados.
- Para uma medida adequada, o tamanho do manguito deve ser escolhido de acordo com a circunferência do braço.
- Para a interpretação das medidas aferidas, consultar as linhas-guias específicas.
- No caso de crianças e adolescentes até 17 anos, poderá ser usada a curva da pressão arterial crítica (P90).

DIMENSÕES ACEITÁVEIS DA BOLSA DE BORRACHA DO ESFIGNOMANÔMETRO PARA BRAÇOS DE DIFERENTES TAMANHOS [1]			
CIRCUNFERÊNCIA BRAÇO (cm)	**DOMINAÇÃO DO MANGUITO**	**LARGURA DA BOLSA DE BORRACHA DO MANGUITO (cm)**	**COMPRIMENTO DA BOLSA DE BORRACHA DO MANGUITO (cm)**
6	Recém-nascido	3	6
6 – 15	Criança	5	15
16 – 21	Juvenil	8	21
22 – 26	Adulto pequeno	10	24
27 – 34	Adulto	13	50

[1] Adaptado: American Heart Association, 1993.

PRESSÃO ARTERIAL CRÍTICA (PERCENTIL 90) PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES ATÉ 17 ANOS DOS SEXOS MASCULINO E FEMININO DE ACORDO COM SUA IDADE E PERCENTIL DE ESTATURA [1]



[1] Estão representadas as curvas para os percentis 10 (linha pontilhada), 50 (linha cheia) e 90 (linha tracejada) da estatura para a idade, conforme o NCHS. Copiados de CORRÊA, ET; ROMANINI, MLA V. (org.). Atenção Básica à Saúde da Criança e do Adolescente. Belo Horizonte: Coopmed, 73p. (Cadernos de Saúde), 2001. Material cedido gentilmente pela editora.

ANEXO VI

CÓPIA DO CARTÃO DE VACINAÇÃO

- Deverá ser anexado à ficha clínica do usuário.
- Verificar e atualizar a cada consulta.
- Registrar a dose da vacina aplicada e a data de aplicação.
- Anotar todas as aplicações feitas em campanhas de vacinação.
- Em caso de atraso vacinal, a aplicação deve ser programada, o ACS comunicado e o usuário ou acompanhante orientado.
- **CRIANÇA**
  - Calendário vacinal básico:
    - Ao nascer: BCG intradérmico, vacina contra Hepatite B (VHB);
    - 2 meses: VHB, tetravalente (DPT+ contra *H.influenza b*), vacina oral contra Pólio (VOP), Rotavírus*;
    - 4 meses: VOP, Tetravalente; Rotavírus;
    - 6 meses: VOP, VHB, Tetravalente;
    - 9 meses: vacina contra Febre Amarela;
    - 12 meses: vacina Tríplice Viral;
    - 15 meses: DPT, VOP;
    - 5 a 6 anos DPT, VOP.

* Para a Vacina Oral Contra Rotavírus observar:

Idade ACEITÁVEL para vacinação:

1ª dose: de 1 mês e 15 dias a 3 meses e 7 dias (de 6 a 14 semanas)

2ª dose: de 3 meses e 7 dias a 5 meses e 15 dias (de 14 a 24 semanas)

NUNCA vacinar:

1ª dose: Menor de 1 mês e 15 dias, Maior de 3 meses e 7 dias

2ª dose: Menor de 3 meses e 7 dias, Maior de 5 meses e 15 dias

- Em caso de atraso:
  - Vacina contra hepatite B: o intervalo mínimo entre a 1ª e 2ª doses é de 30 dias, entre a 2ª e 3ª doses é de 60 dias e entre a 1ª e 3ª de 6 meses. Não existe intervalo máximo entre as doses.

- Vacina contra *H. influenza b*: se aplicada acima de 1 ano de idade, deve ser em dose única.
- DPT: a idade máxima para sua aplicação é de 6 anos, 11meses e 29 dias. O reforço com dupla adulto (dT) deve ser feito de 10 em 10 anos, a partir do segundo reforço da DPT.
- Triviral ou Dupla viral: uma nova dose deverá ser aplicada em campanhas antes dos 5 anos de idade.
- Vacina contra Febre Amarela: pode ser aplicada a partir de 6 meses de vida.

ADOLESCENTE

- Calendário vacinal:
  - 15 anos: dupla tipo adulto (dT).
- Em caso de atraso:
  - Sem cicatriz de BCG ID: ver casos especiais;
  - Não-vacinado para Hepatite B: 3 doses
  - Menos de 3 doses de Anti-Hepatite B: completar 3 doses;
  - 3 doses ou + de toxóide tetânico: reforço de dupla adulto (dT), se última dose com mais de 10 anos;
  - Menos de 3 doses de toxóide tetânico: completar 3 doses de dT;
  - Não-vacinado ou ignorado para tétano: 3 doses de dT;
  - Sem confirmação de dose de tríplice viral: 1 dose;
  - Nenhuma dose de vacina contra febre amarela nos últimos 10 anos: 1 dose.

ADULTO

- Dupla adulto ou anti-tetância a cada 10 anos;
- Contra febre amarela a cada 10 anos;
- Mulheres em idade fértil sem vacinação prévia contra rubéola: 1 dose de tríplice viral ou anti-rubéola.

GESTANTE e PUÉRPERA

- Sem esquema básico:
  - 1ª dose de DT ou TT: até o 4º mês (precoce) e as seguintes com intervalo de até 60 dias entre elas;

- 2ª dose de DT ou TT: até o 6º mês;
- 3ª dose de DT ou TT: até o 8º mês;
- A última dose deve ser aplicada até 20 dias antes da data do parto.

- Com esquema básico incompleto:
  - Na gestante que já recebeu uma ou duas doses da vacina contra tétano (DPT, DT ou TT) devem ser aplicadas mais 1 ou 2 doses de vacinas DT ou TT para completar o esquema de 3 doses.
- Com esquema básico completo:
  - De 10 em 10 anos. Antecipar a dose de reforço se ocorrer nova gestação pelo menos cinco anos depois da última dose.
- Após o parto, caso a puérpera seja susceptível, vacinar contra rubéola.

- **IDOSO**
  - Antitetânica a cada 10 anos;
  - Anti-influenza: 1 dose anual;
  - Anti-amarílica a cada 10 anos;
  - Anti-pneumocócica: dose única; indicada para idosos institucionalizados, imunodeprimidos, diabéticos e cardiopatas.
  - Anti-hepatite B: 3 doses (o intervalo mínimo é de 30 dias entre a 1ª e a 2ª doses, de 60 dias entre a 2ª e a 3ª doses e de 6 meses entre a 1ª e a 3ª).
- Em casos de **usuários com HIV/AIDS**, a imunização deve seguir os seguintes critérios:
  - Em **crianças** (ver Linha-guia Atenção à Saúde da Criança):
    - Preferir a vacina inativada (Salk) em substituição à Sabin (VOP);
    - Preferir a tríplice acelular em substituição à DPT;
    - Anti-pneumocócica: aplicar 3 doses (2, 4 e 6 meses) e 1 reforço após completar um ano;
    - Anti-meningococo: aplicar 3 doses (2, 4 e 6 meses);
    - Anti-influenza: aplicar 2 doses (6 e 7 meses) e reforços anualmente;

- Contra febre amarela: aplicar aos 12 meses;
- Anti-varicela: aplicar 2 doses (12 e 15 meses);
- Anti-hepatite A: aplicar 2 doses (12 meses e 18-24 meses)

- Em **adultos** (ver Linha-guia Atenção à Saúde do Adulto HIV/AIDS):
  - Anti-influenza, uma vez ao ano, antes do inverno;
  - Antipneumocócica (dose única para os pacientes com contagem de linfócitos T CD4+ > 200; para aqueles com LT-CD4+ < 200 são duas doses com intervalo de 05 anos);
  - Anti-hepatite A (duas doses, com intervalo de seis meses entre elas) e Anti-hepatite B (três doses, com intervalo de um mês entre as duas primeiras e de seis meses entre a segunda e terceira dose);
  - Toxóides Tetânico e Anti-diftérico – Dupla tipo adulto (três doses no esquema inicial e um reforço a cada dez anos).

- Em casos de **crianças com anemia falciforme** estão indicadas vacinas especiais (ver atenção à saúde da criança):
  - Vacina pneumocócica conjugada 7 – valente (Prevenar)
    - Lactente: 1ª dose com 2 meses, 2ª dose com 4 meses (intervalo de 8 semanas entre as doses), 3ª dose com 6 meses, 4ª dose entre 12 e 15 meses (deve ser administrada pelo menos 2 meses após a 3ª dose);
    - Crianças maiores de 7 meses de idade, não-vacinadas anteriormente: 3 doses (duas doses com intervalo mínimo de 4 semanas; 3ª dose após 12 meses de idade e pelo menos 2 meses após a 2ª dose) para crianças entre 7 e 11 meses; 2 doses com intervalo de 2 meses (intervalo mínimo de 6 a 8 meses no segundo ano de vida) para crianças entre 12 a 23 meses; uma dose de prevenar, seguida de uma dose de pneumo-23 após 2 meses de intervalo para crianças acima de 24 meses.
  - Vacina Meningocócica conjugada do grupo C
    - Menores de 12 meses de idade: 3 doses a partir de 2 meses de idade, com intervalo de 4 a 8 semanas entre as doses;
    - Maiores de 12 meses: dose única.

CÓPIA DO CARTÃO DE VACINAÇÃO

NOME:	DATA NASC.:	PRONTUÁRIO:

CRIANÇA / ADOLESCENTE					GESTANTE / PUÉRPERA		ADULTO / IDOSO				
BCG Tuberculose	**Anti-Hepatite B**	**Sabim** Paralisia infantil	**Tetravalente** Tétano Difteria Coqueluche Hemófilo	**Rotavírus** (Vacina Oral contra Rotavírus Humano - VORH)	**Dupla Adulto ou Anti-Tetânica**	**Anti-Rubéola**	**Dupla Adulto ou Anti Tetânica**	**Anti-Febre Amarela**	**Anti-Influenza**	**Anti-Pneumocócica**	**Anti-Hepatite B**
1ª DOSE (1ª semana)	1ª DOSE (1ª semana)	1ª DOSE (2meses)	1ª DOSE (2meses)	1ª DOSE (2meses)	Reforço a cada 10 anos		Reforço a cada 10 anos	Reforço a cada 10 anos	Anual	Dose única	1ª dose
	2ª DOSE (2 meses)	2ª DOSE (4 meses)	2ª DOSE (4 meses)	2ª DOSE (4 meses)							2ª dose
	3ª DOSE (6 meses)	3ª DOSE (6 meses)	3ª DOSE (6 meses)								3ª dose
	Anti-Febre Amarela	**Sabim** (Reforço)	**Tríplice** (DPT) Tétano Difteria Coqueluche	**Tríviral** (MMR) Sarampo Rubéola Caxumba	**OUTRAS / CAMPANHAS**						
	1ª DOSE (9 meses)	1º REFORÇO (1a 3m)	1º REFORÇO (1a 3m)	1ª DOSE (12 meses)							
		2º REFORÇO (5 a 6 anos)	2º REFORÇO (5 a 6 anos)								

ANEXO VII

Curvas de crescimento para o recém-nascido prematuro

Peso x idade gestacional corrigida
Comprimento x idade gestacional corrigida
Perímetro cefálico x idade gestacional corrigida

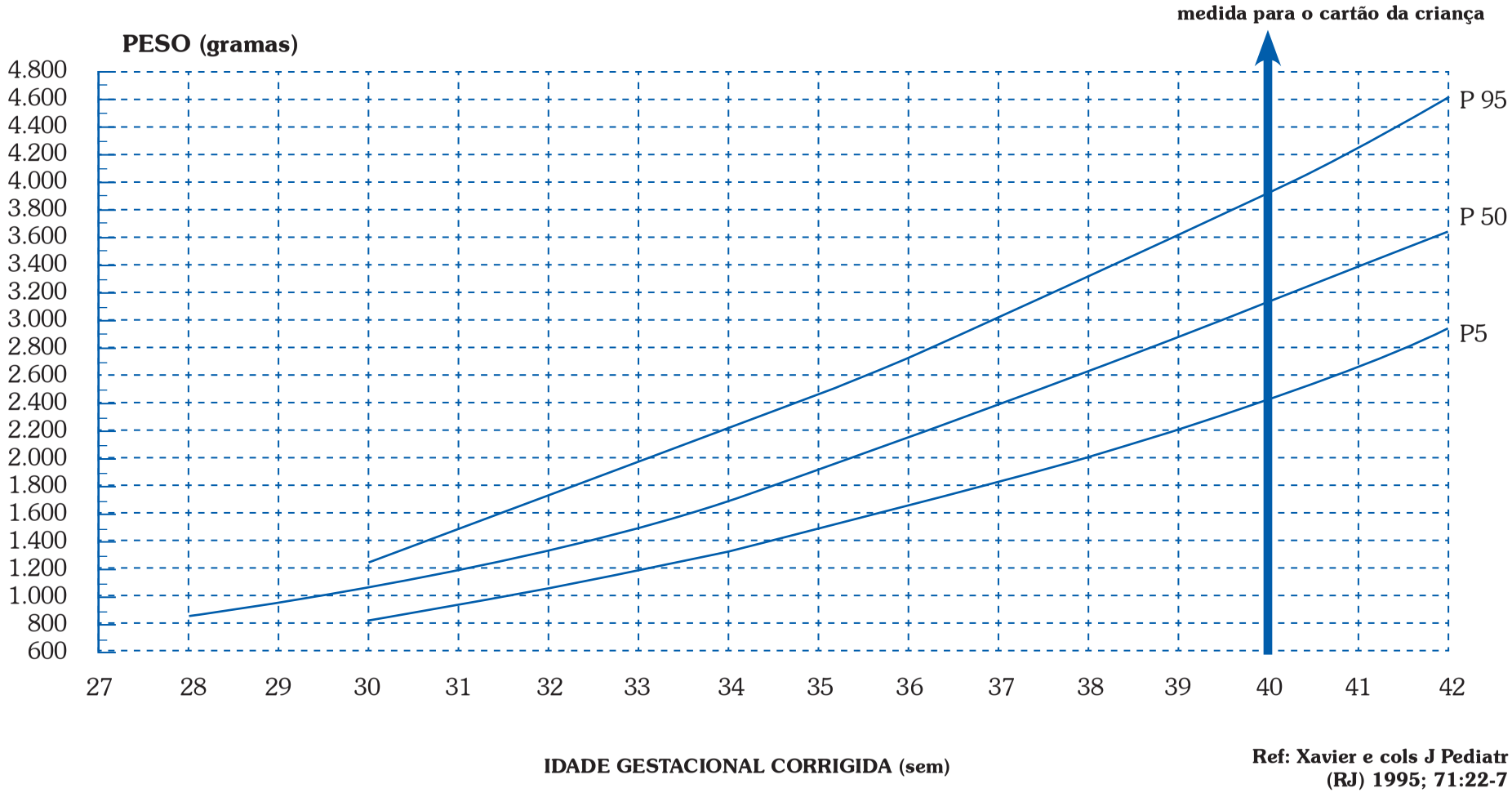
Orientações para utilização das curvas

- As curvas de peso, comprimento e perímetro cefálico por idade gestacional corrigida, elaboradas por Xavier e colaboradores, possibilitam um acompanhamento mais preciso do crescimento do recém-nascido prematuro.
- O uso correto dessas curvas baseia-se no cálculo da idade gestacional corrigida:
  - a cada semana de vida pós-natal, acrescentar uma semana à sua idade gestacional;
  - por exemplo, um RNPT de 32 semanas, após 7 dias de vida (ou 1 semana de idade cronológica) teria 33 semanas de IGC e, assim, se procederia até a 40ª semana, quando deveria nascer.
- Após a 40ª semana a correção é realizada em meses, o que possibilita a continuidade da avaliação do crescimento e do desenvolvimento de forma adequada nos primeiros 2 anos de vida.
- A avaliação antropométrica deverá ser realizada e as medidas anotadas semanalmente no gráfico de acordo com a IGC calculada, até que o RN alcance a 40ª semana de IGC.
- A partir desse momento, as medidas deverão ser lançadas nos gráficos para crianças a termo, sendo que as medidas da 40ª semana corresponderão ao ponto zero do eixo idade do gráfico para crianças a termo, independente de sua idade cronológica.
- A diferença entre a idade corrigida e a idade cronológica deixa de ser significativa:
  - aos 18 meses para o crescimento do perímetro cefálico;
  - aos 24 meses para o peso;
  - aos 3 anos e meio para a estatura.
- A partir desse momento, deve-se usar a idade cronológica para o acompanhamento e, conseqüentemente, os gráficos de crescimento usuais.

CRESCIMENTO RNPT MASCULINO

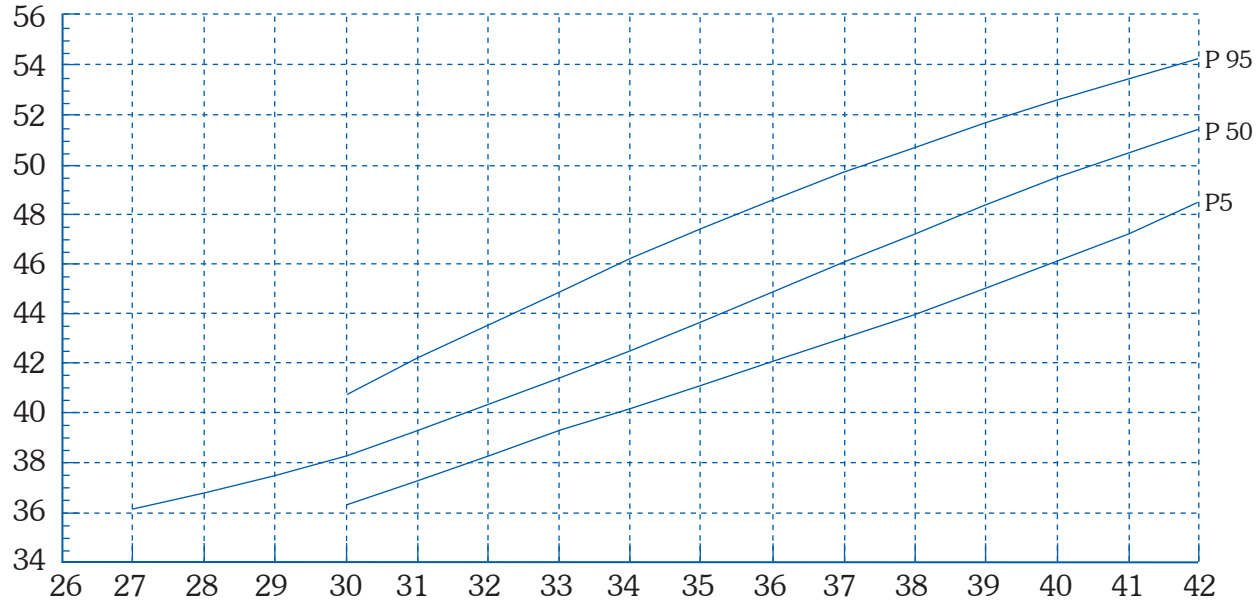
RN DE:_____

DN: ___/___/___ IG(DUM): ___ sem ___ dias IG(E. clínico): ___ sem ___ dias



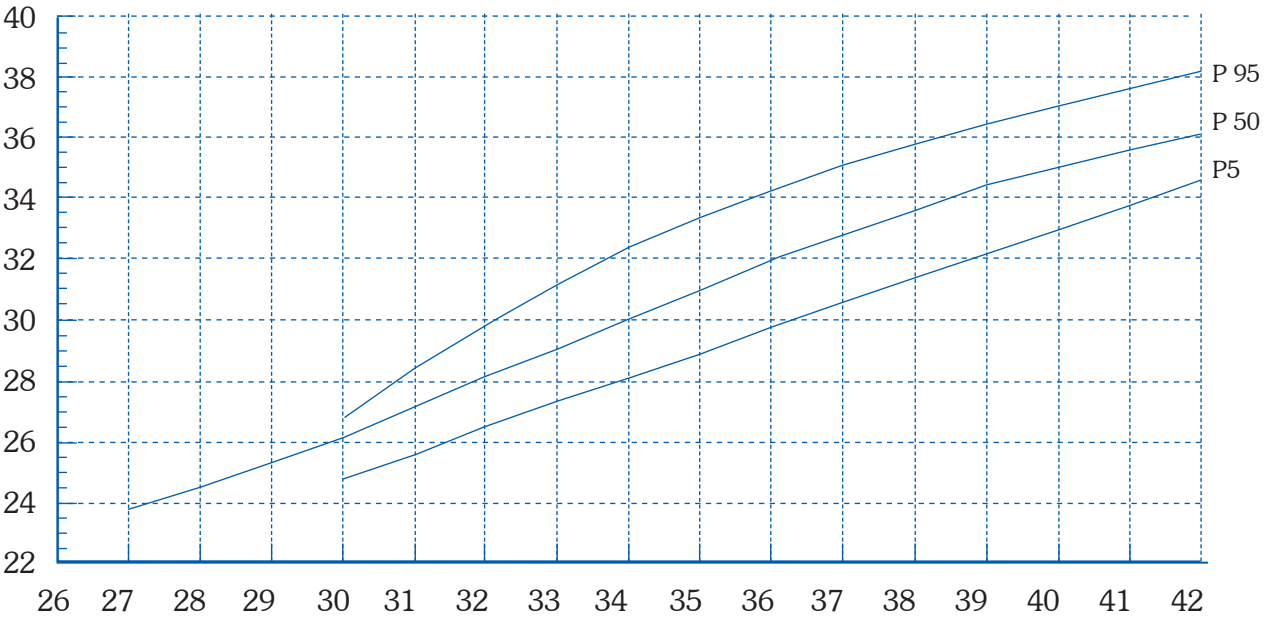
Ref: Xavier e cols J Pediatr (RJ) 1995; 71:22-7

COMPRIMENTO (cm) - MASCULINO



IDADE GESTACIONAL CORRIGIDA (semanas)

PERÍMETRO CEFÁLICO (cm) MASCULINO

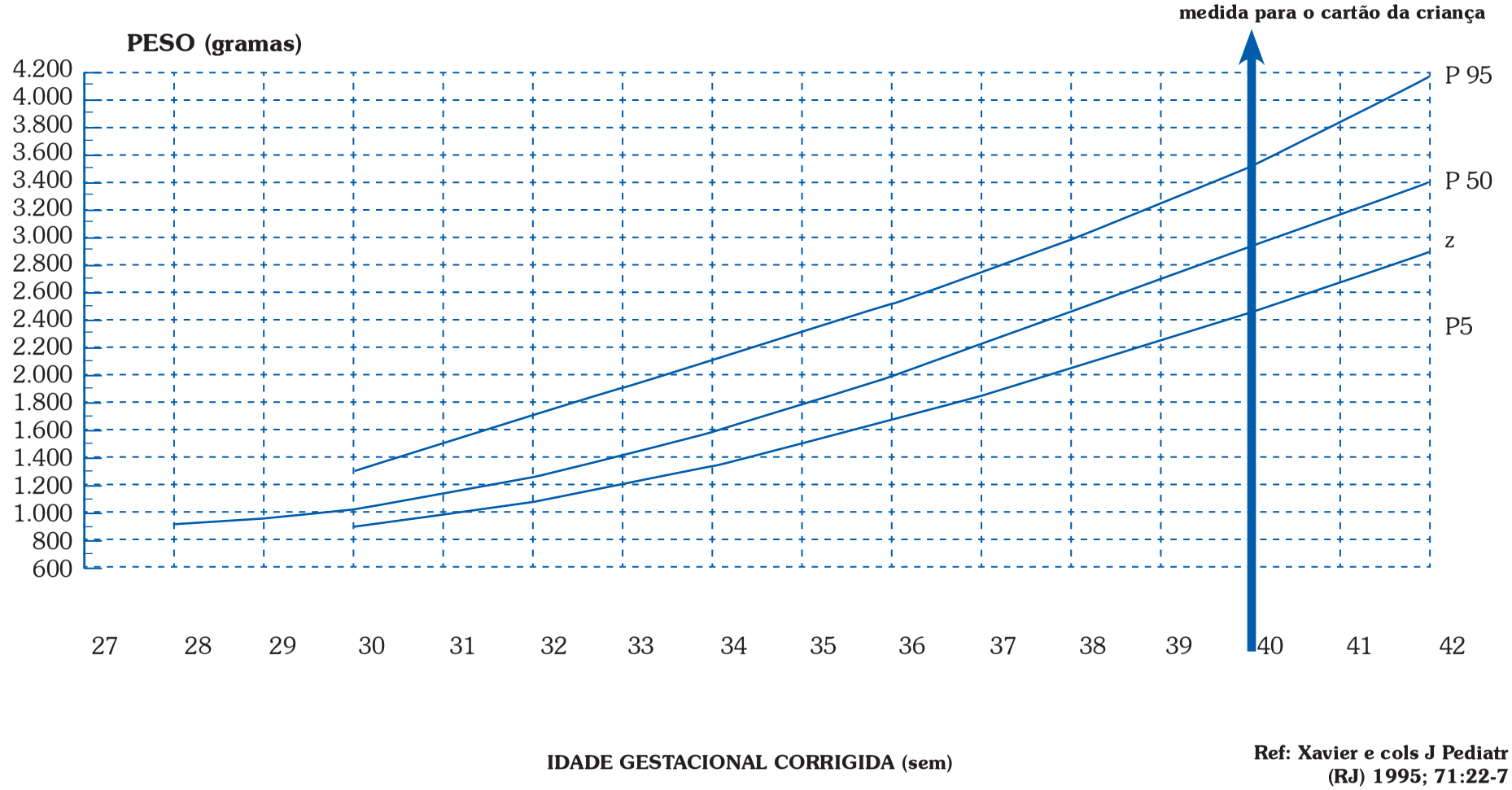


IDADE GESTACIONAL CORRIGIDA (semanas)

CRESCIMENTO RNPT FEMININO

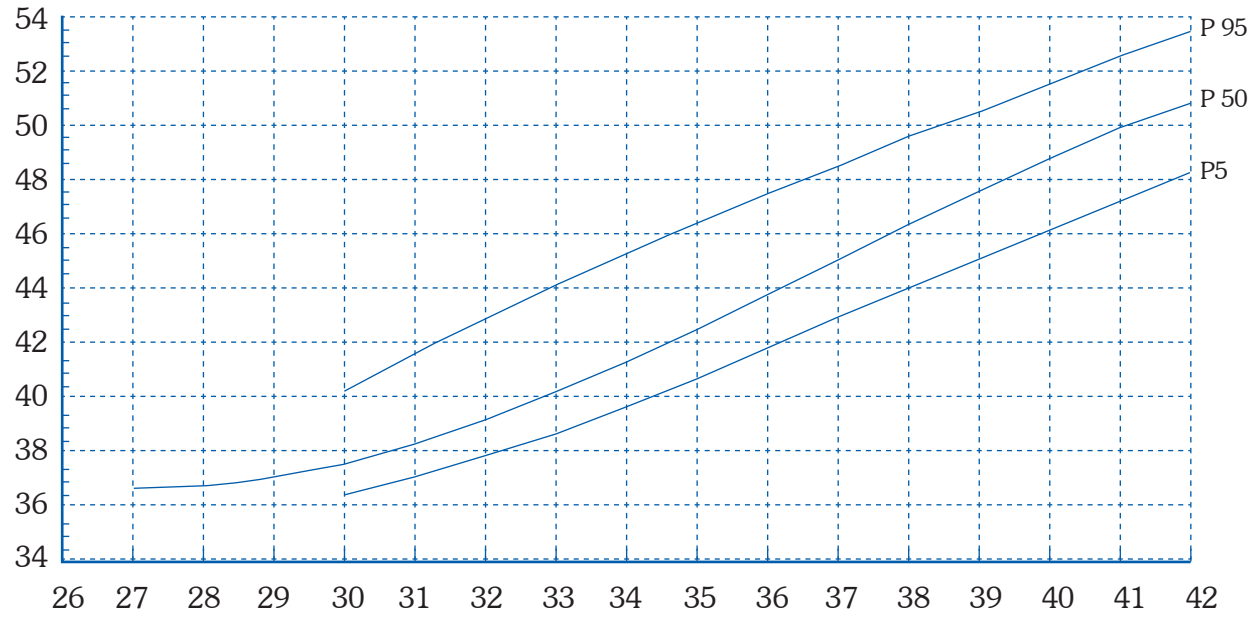
RN DE:_____

DN: ___/___/___ IG(DUM): ___ sem ___ dias IG(E. clínico): ___ sem ___ dias



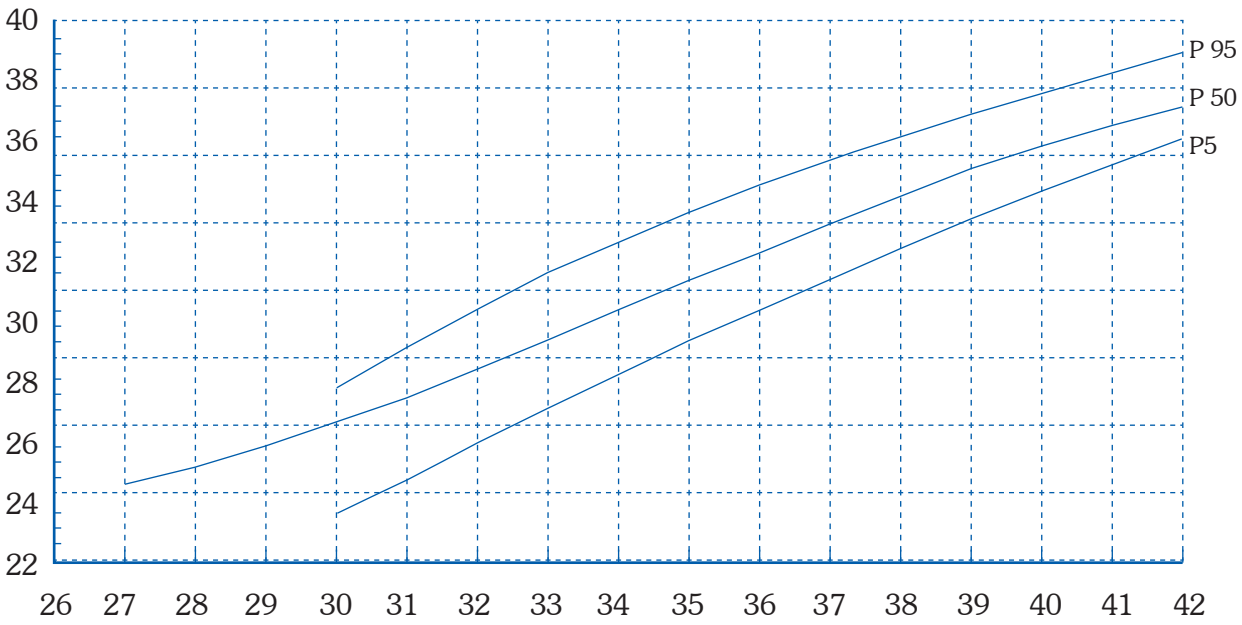
Ref: Xavier e cols J Pediatr (RJ) 1995; 71:22-7

COMPRIMENTO (cm) - FEMININO



IDADE GESTACIONAL CORRIGIDA (semanas)

PERÍMETRO CEFÁLICO (cm) FEMININO



IDADE GESTACIONAL CORRIGIDA (semanas)

ANEXO VIII

CURVAS DE CRESCIMENTO

Peso x idade

Estatura x idade

Perímetro cefálico x idade

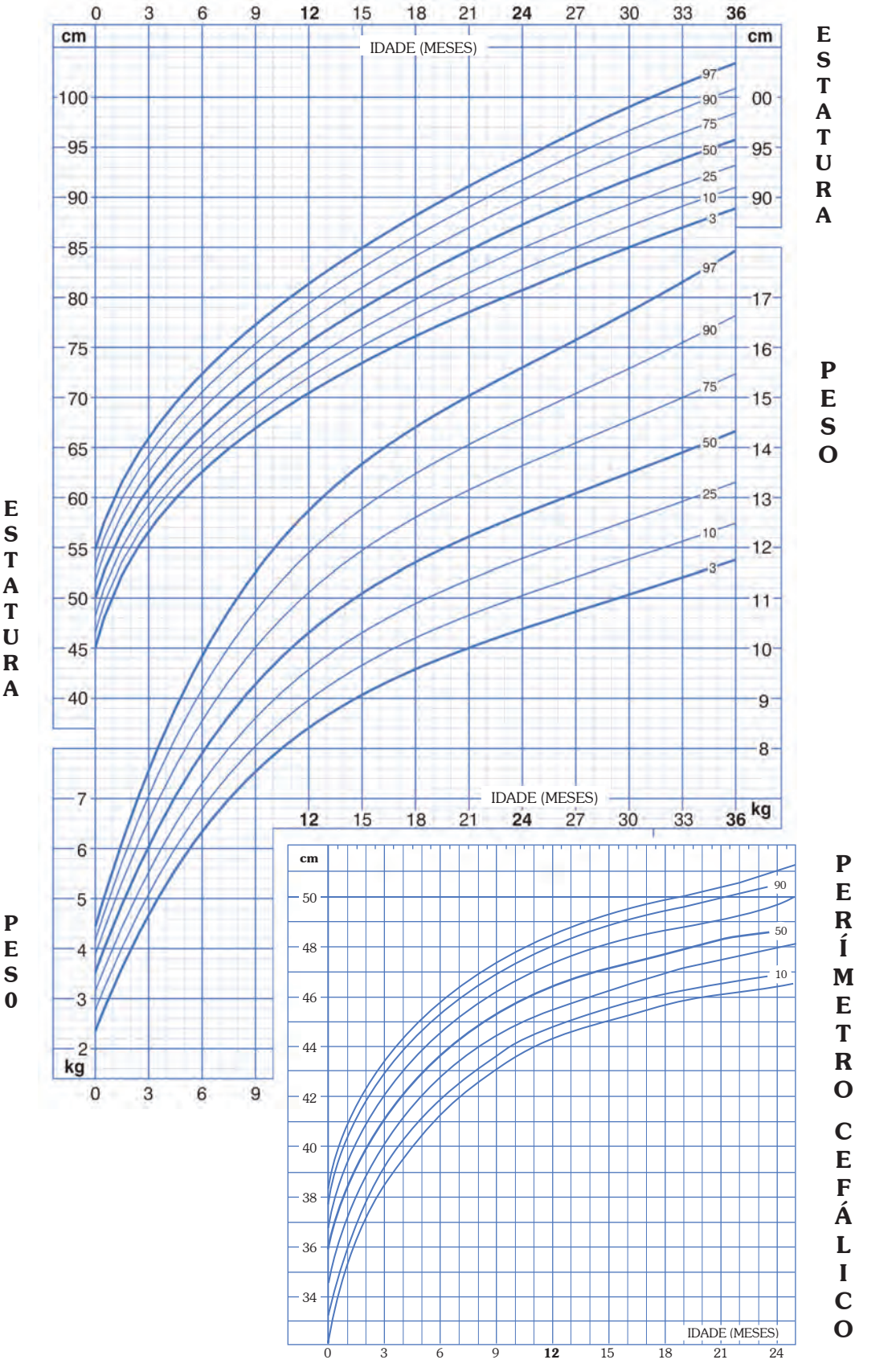
ORIENTAÇÕES PARA UTILIZAÇÃO DAS CURVAS

- As curvas de peso, estatura e perímetro cefálico por idade, adaptadas do NCHS 2000, possibilitam um acompanhamento mais preciso do crescimento da criança e do adolescente.
- Deverão ser preenchidas e avaliadas a cada consulta.
- Após a aferição do peso, estatura ou perímetro cefálico, deverá ser marcado nas curvas respectivas um ponto correspondendo ao encontro das coordenadas de peso, estatura ou perímetro cefálico (eixo vertical) e idade (eixo horizontal).
- A união desses pontos seqüenciais formará o traçado da curva de crescimento da criança ou do adolescente naquele período.
- Para interpretação das curvas de crescimento, consultar as linhas-guias Atenção à Saúde da Criança e Atenção à Saúde do Adolescente.

SEXO MASCULINO

0 a 36 meses

Nome:_____ DN: ___/___/___

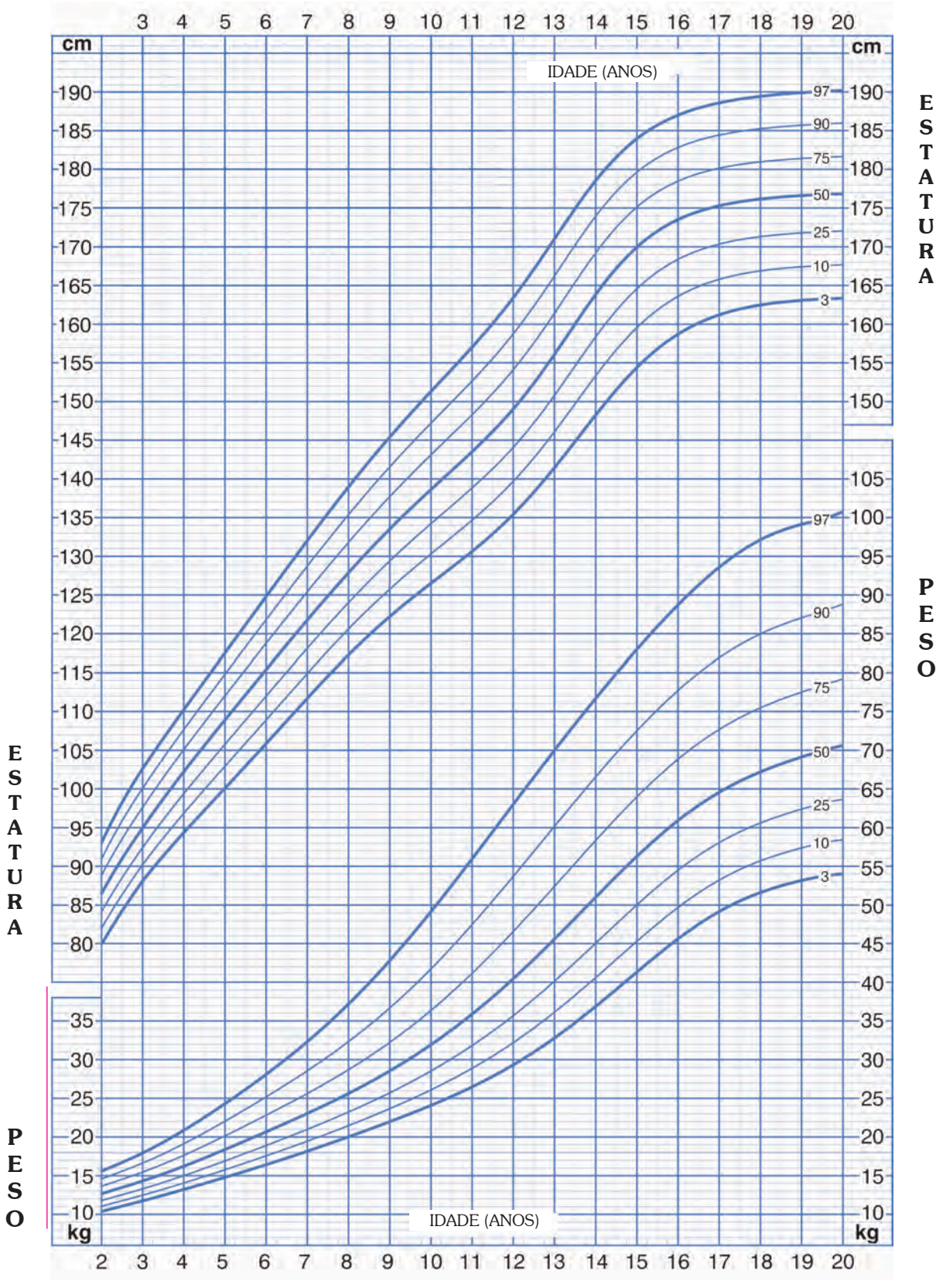


Fonte (adaptado): Desenvolvido por: National Center for Health Statistics em colaboração com o National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, EUA (2000). http: //www.cdc.gov/growthcharts

SEXO MASCULINO

2 a 20 anos

Nome:_____ DN: ___/___/___

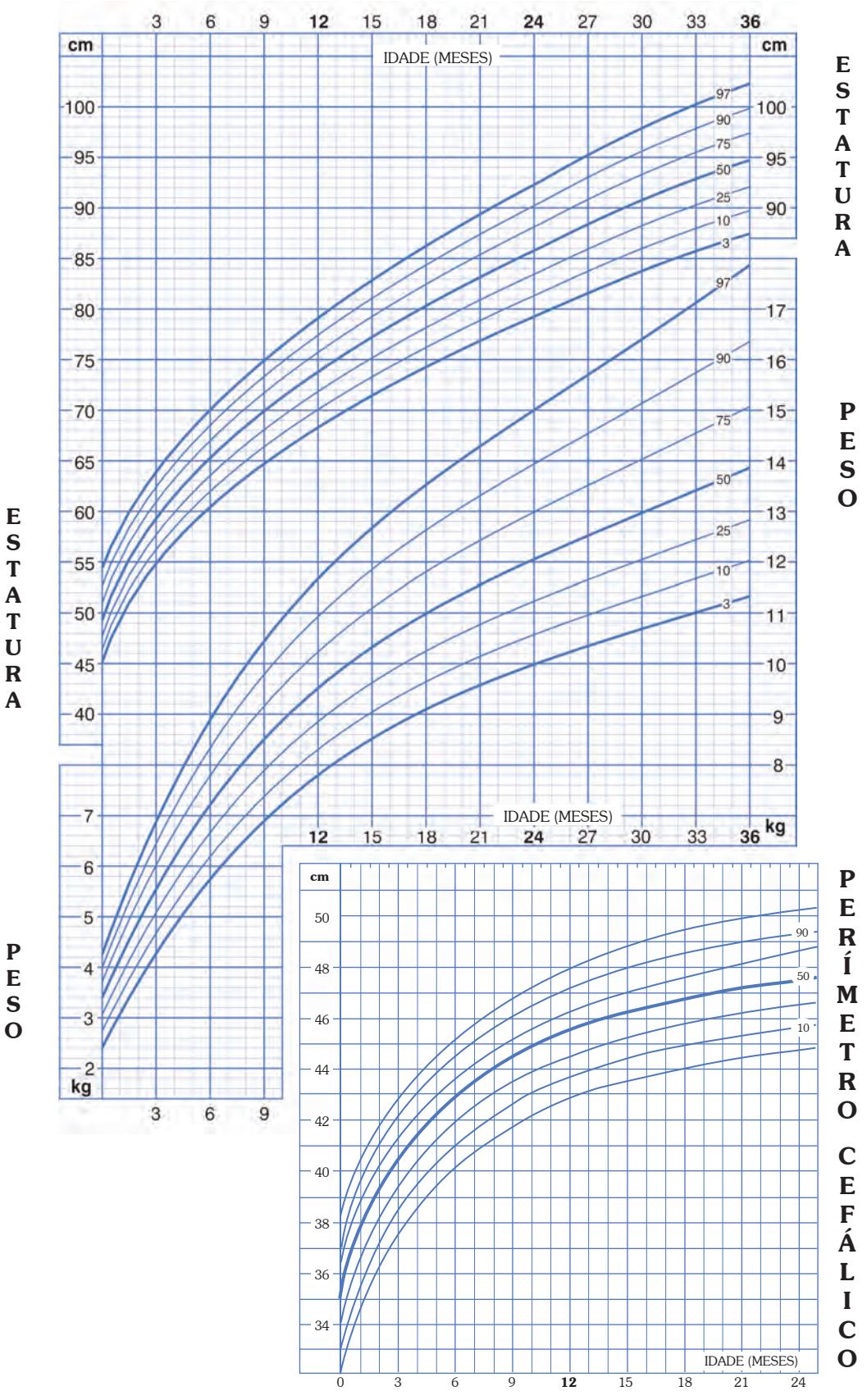


Fonte (adaptado): Desenvolvido por: National Center for Health Statistics em colaboração com o National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, EUA (2000). http: //www.cdc.gov/growthcharts

SEX0 FEMININO

0 a 36 meses

Nome:_____ DN: ___/___/___

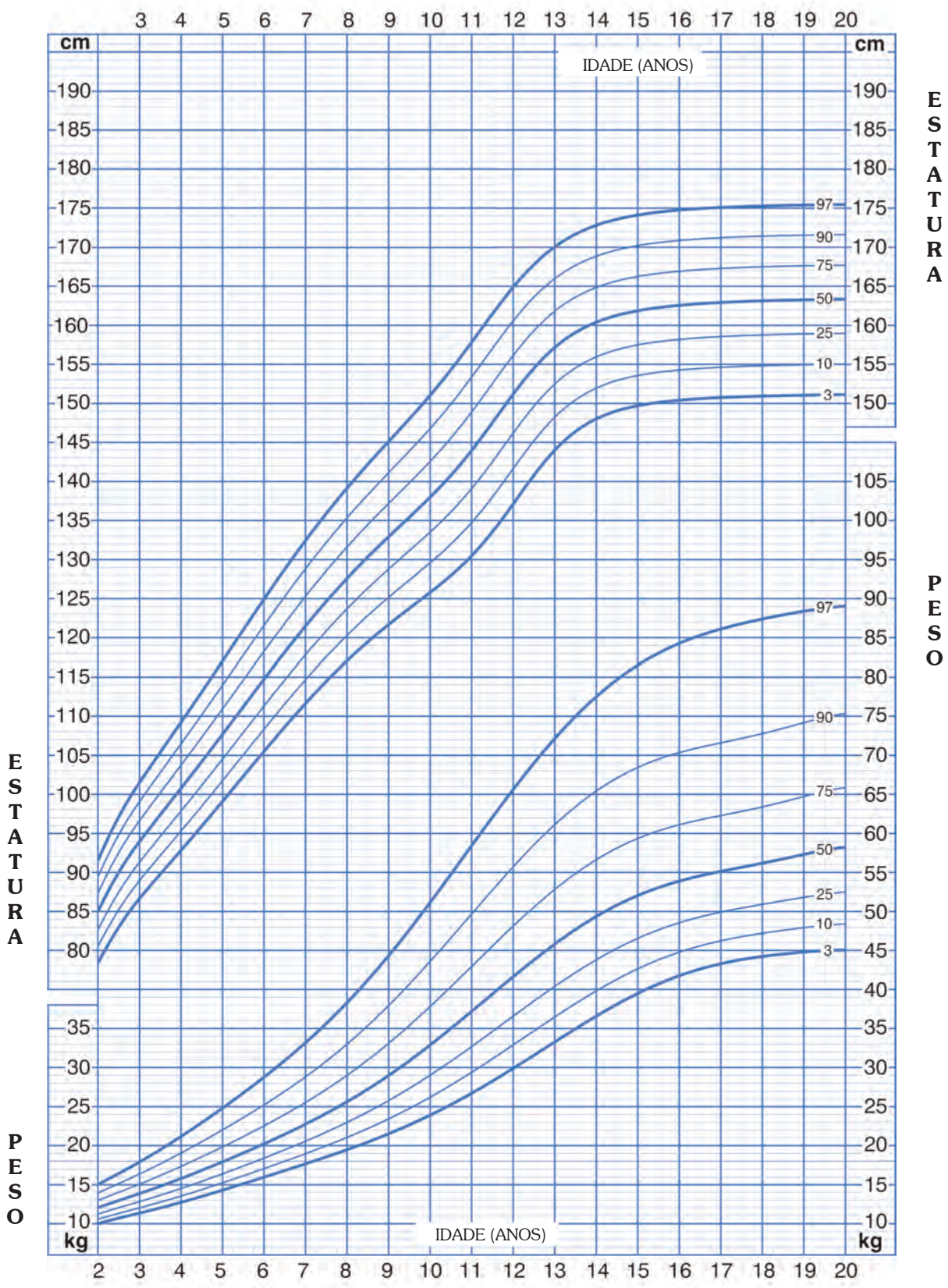


Fonte (adaptado): Desenvolvido por: National Center for Health Statistics em colaboração com o National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, EUA (2000). http: //www.cdc.gov/growthcharts

SEXO FEMININO

2 a 20 anos

Nome:_____ DN: ___/___/___



Fonte (adaptado): Desenvolvido por: National Center for Health Statistics em colaboração com o National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, EUA (2000). http: //www.cdc.gov/growthcharts

ANEXO IX

Vigilância de desenvolvimento

PERGUNTAR E OBSERVAR	
Até 2 meses	• observa rosto da mãe/observador • segue objeto na linha média • reage ao som • eleva a cabeça
4 meses	• olha sua própria mão • segura objetos • ri, emitindo sons • sentado, sustenta a cabeça
6 meses	• tenta alcançar brinquedo • leva objetos à boca • volta-se para o som • vira-se sozinho
9 meses	• brinca de escondeu-achou • transfere objetos de uma mão para outra • duplica sílabas (mama, papa) • senta sem apoio
12 meses	• mostra o que quer • segura objetos pequenos com "pinça" • imita sons de fala • anda com apoio
15 meses	• joga bola com observador ou pessoa • rabisca espontaneamente • diz uma palavra • anda sem apoio
18 meses	• pega objeto quando solicitado • retira e coloca objeto pequeno em caixa • diz três palavras • anda para trás
2 anos	• retira uma vestimenta • constrói torre com três cubos • aponta partes do corpo • chuta a bola
3 anos	• lava e seca as mãos • imita uma linha vertical • compreende duas ações • sobe escada
4 anos	• veste-se sozinha • copia um circulo • define três objetos pelo uso • equilibra em um pé por 2 segundos
5 anos	• escova os dentes sem ajuda • copia uma cruz • define 5 objetos • agarra uma bola
6 anos	• canta músicas • copia quadrado • define 7 objetos • ultrapassa obstáculos
7 anos	• conhece manha e tarde • copia losango • desenha homem com 12 detalhes • amarra sapatos
8 anos	• lê bem (veja escolaridade) • descreve bem as palavras, além do uso • não troca letras
9 anos	• diz o dia, mês e ano • diz ordem dos meses • faz sentença com três palavras dadas • faz contas complexas

CLASSIFICAR O DESENVOLVIMENTO		DECIDIR
Todos os marcos para a sua faixa etária estão presentes.	Desenvol-vimento normal.	Elogiar a mãe e orientar para continuar esti-mulando seu filho.
Ausência de um ou mais marcos para a sua faixa etária.	Possível atraso no desenvol-vimento.	Orientar a mãe sobre a estimulação do filho. Marcar retorno com 30 dias.
Ausência de um ou mais marcos para a sua faixa etária anterior.	Atraso no desenvol-vimento.	Referir para avaliação neuro-psicomotora.

Fonte: Escala de Denver II - adaptada e Publicação da Secretaria Municipal de Saúde de Belém, Manual para Vigilância do Desenvolvimento da Criança de O a 2 anos de Idade na Atenção Primária à Saúde, 2000.

ANEXO X

TABELAS DE TANNER

Desenvolvimento puberal masculino

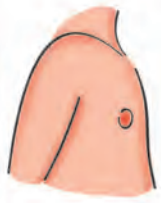
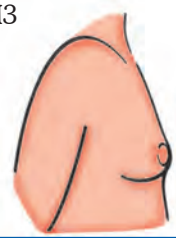
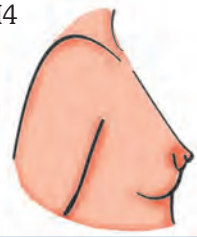
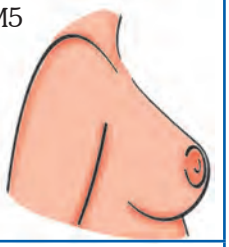
Desenvolvimento puberal feminino

- Usar nas consultas com adolescentes de ambos os sexos para classificar e para acompanhar o desenvolvimento da maturação sexual dos adolescentes.

DESENVOLVIMENTO PUBERAL FEMININO

TABELAS DE TANNER

Mamas

M1	M2	M3	M4	M5
				
Pré-Púbere (com elevação somente das papilas)	Broto mamário (pela elevação da mama e papila). Aumenta o diâmetro areolar	Maior aumento da mama e da aréola, sem separação dos seus contornos	Projeção da aréola e da papila, formando uma segunda saliência acima do nível da mama	Mamas adultas, com retração da aréola para o contorno da mama. Há saliência somente das papilas.

Pêlos pubianos

P1	P2	P3	P4	P5
Pré-Púbere (Infantil)	Pêlos longos, finos, lisos ou discretamente encaracolados, principalmente ao longo dos lábios	Pêlos mais escuros, mais espessos e encaracolados, sobre a região pubiana	Pêlos do tipo adulto, porém com área de distribuição menor que no adulto. Não alcança a superfície das coxas	Pêlos do tipo e quantidade igual ao adulto, estendendo-se até a face interna das coxas

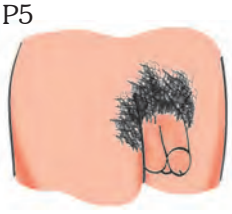
DESENVOLVIMENTO PUBERAL MASCULINO

TABELAS DE TANNER

Genitália

G1	G2	G3	G4	G5
Pré-Púbere (infantil)	Aumento de escroto e testículos. Aumento do pênis ausente ou pequeno. Pele escrotal torna-se avermelhada e muda de textura	Aumento do pênis, principalmente em comprimento. Continua o aumento de testículo e escroto	Aumento do diâmetro do pênis e há o desenvolvimento da glande. Continua o aumento de testículo e escroto, cuja pele escurece	Genitais adultos em tamanho e forma

Pêlos pubianos

P1	P2	P3	P4	P5
				
Pré-Púbere (infantil)	Pêlos longos, finos ou discretamente encaracolados, na base do pênis	Pêlos mais escuros, mais encaracolados, na região pubiana	Pêlos do tipo adulto, porém com distribuição menor que no adulto. Não alcança a superfície interna das coxas	Pêlos do tipo e quantidade igual ao adulto, estendendo-se até a face interna das coxas

ANEXO XI

Curvas de peso gestacional e crescimento fetal

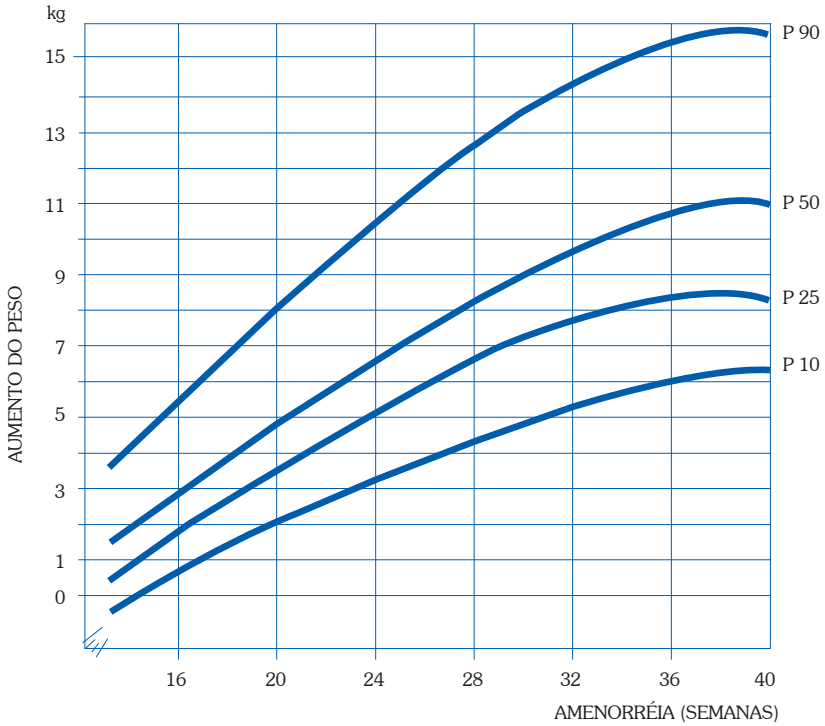
Aumento de peso x idade gestacional calculada.

- A curva de peso gestacional possibilita um acompanhamento mais preciso do ganho de peso da gestante durante toda a gestação.
- Deverá ser preenchida e avaliada a cada consulta.
- Para interpretação da curva, consultar a linha-guia Atenção ao Pré-natal, Parto e Puerpério.

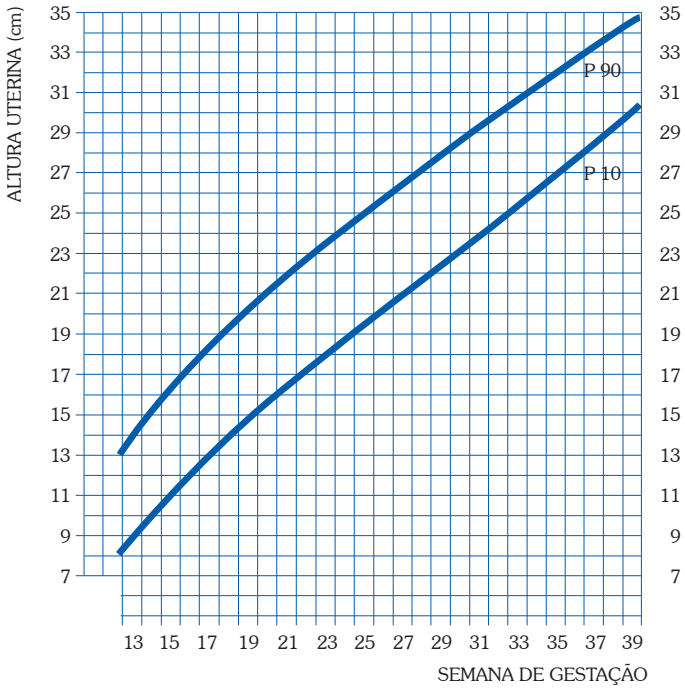
Aumento da altura uterina x Idade gestacional calculada.

- Em todas as consultas de pré-natal, o profissional deve verificar a altura uterina, procedimento que permite o acompanhamento do crescimento fetal, a detecção de desvios e a orientação de condutas apropriadas;
- A cada consulta, o valor encontrado deve ser anotado no gráfico e, nas consultas subseqüentes, unido à marca precedente, formando o traçado do aumento do tamanho do útero.
- Para interpretação da curva, consultar a linha-guia Atenção ao Pré-natal, Parto e Puerpério.

Curva de peso X idade gestacional



Curva de altura uterina X idade gestacional



ANEXO XII

Cronologia da dentição humana

- A tabela de cronologia da dentição humana possibilita um acompanhamento da evolução da erupção dentária em bebês, crianças e adolescentes por parte da equipe de saúde, de forma a detectar distúrbios nesse processo.
- A tabela apresenta valores médios e variações fisiológicas podem ocorrer. O CD pode ser consultado em casos de variações mais significativas, de forma a fazer um diagnóstico mais preciso.

Dente			Início da formação de tecido duro	Quantidade de esmalte formado ao nascimento	Esmalte completo	Erupção	Raiz completa
DENTIÇÃO DECÍDUA	Superior	Incisivo central	4 meses *in utero*	Cinco sextos	1 1⁄2 mês	7 1⁄2 meses	1 1⁄2 ano
		Incisivo lateral	4 1⁄2 meses *in utero*	Dois terços	2 1⁄2 meses	9 meses	2 anos
		Canino	5 meses *in utero*	Um terço	9 meses	18 meses	3 1/4 anos
		Primeiro molar	5 meses *in utero*	Cúspides unidas	6 meses	14 meses	2 1/2 anos
		Segundo molar	6 meses *in utero*	Pontas das cúspides ainda separadas	11 meses	24 meses	3 anos
	Inferior	Incisivo central	4 1⁄2 meses *in utero*	Três quintos	2 1⁄2 meses	6 meses	1 1⁄2 ano
		Incisivo lateral	4 1⁄2 meses *in utero*	Três quintos	3 meses	7 meses	1 1⁄2 ano
		Canino	5 meses *in utero*	Um terço	9 meses	16 meses	3 1⁄4 anos
		Primeiro molar	5 meses *in utero*	Cúspides unidas	51⁄2 meses	12 meses	2 1⁄4 anos
		Segundo molar	6 meses *in utero*	Pontas das cúspides ainda separadas	10 meses	20 meses	3 anos
DENTIÇÃO PERMANENTE	Superior	Incisivo central	3-4 meses	Às vezes, indícios.	4-5 anos	7-8 anos	10 anos
		Incisivo lateral	10-12 meses		4-5 anos	8-9 anos	11 anos
		Canino	4-5 meses		6-7 anos	11-12 anos	13-15 anos
		Primeiro pré-molar	18-21 meses		5-6 anos	10-11 anos	12-13 anos
		Segundo pré-molar	24-27 meses		6-7 anos	10-12 anos	12-14 anos
		Primeiro molar	Ao nascer		2 1⁄2-3 anos	6-7 anos	9-10 anos
		Segundo molar	21⁄2 -3 anos		7-8 anos	12-13 anos	14-16 anos
		Terceiro molar	7-9 anos		12-16 anos	17-21 anos	18-25 anos
	Inferior	Incisivo central	3-4 meses	Às vezes, indícios.	4-5 anos	6-7 anos	9 anos
		Incisivo lateral	3-4 meses		4-5 anos	7-8 anos	10 anos
		Canino	4-5 meses		6-7 anos	9-10 anos	12-14 anos
		Primeiro pré-molar	21-24 meses		5-6 anos	10-12 anos	12-13 anos
		Segundo pré-molar	27-30 meses		6-7 anos	11-12 anos	13-14 anos
		Primeiro molar	Ao nascer		2 1⁄2-3 anos	6-7 anos	9-10 anos
		Segundo molar	2 1⁄2 -3 anos		7-8 anos	11-13 anos	14-15 anos
		Terceiro molar	8-10 anos		12-16 anos	17-21 anos	18-25 anos

Segundo Logan, W.H.G. e Kronfeld, R.: J.A.D.A. 20:379, 1933: ligeiramente modificado por McCall e Schour. MCDONALD, R. E. AVERY, D.R. Odontopediatria. Editora Guanabara Koogan. Quarta edição, 1983.

ANEXO XIII
ROTEIRO PARA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO CONFORME O CICLO DE VIDA

1. Estratificação de risco para a CRIANÇA

- Identificar situações que impõem uma atenção mais cuidadosa, mas que permitem o acompanhamento da criança pela equipe de saúde, avaliando-se periodicamente a necessidade de encaminhamento (Grupo I de risco), ou situações que indicam a necessidade de um acompanhamento por pediatra e/ou especialista (Grupo II de risco):
- Classificar a criança quanto ao risco: SEM RISCO, RISCO DO GRUPO I ou RISCO DO GRUPO II (ver Linha-guia Atenção à Saúde da Criança).

SEM RISCO	RISCO GRUPO I	RISCO GRUPO II
Sem os critérios citados	▪ Mãe com baixa escolaridade; ▪ Mãe adolescente; ▪ Mãe deficiente mental; ▪ Mãe soropositiva para HIV, toxoplasmose ou sífilis (obs.: enquanto não for concluído o diagnóstico negativo da criança, ela deve ser considerada dentro do Grupo II de risco); ▪ Morte materna; ▪ História de óbito de menores de 1 ano na família; ▪ Condições ambientais, sociais e familiares desfavoráveis; ▪ Pais ou responsáveis dependentes de drogas lícitas e ilícitas. ▪ Criança nascida de parto domiciliar não assistido; ▪ Recém-nascido retido na maternidade; ▪ Desmame antes do 6º mês de vida; ▪ Desnutrição; ▪ Internação prévia; ▪ Criança não-vacinada ou com vacinação atrasada.	▪ Baixo peso ao nascer; ▪ Prematuridade; ▪ Desnutrição grave; ▪ Triagem neonatal positiva para hipotireoidismo, fenilcetonúria, anemia falciforme ou fibrose cística; ▪ Doenças de transmissão vertical: toxoplasmose, sífilis, Aids; ▪ Intercorrências importantes, no período neonatal, notificadas na alta hospitalar; ▪ Crescimento e/ou desenvolvimento inadequados; ▪ Evolução desfavorável de qualquer doença.

2. Estratificação de risco para o ADOLESCENTE

- Identificar situações que se configuram como de RISCO para os adolescentes:
- Identificar situações que se configuram como de ALTO RISCO para os adolescentes, devendo ser priorizado o atendimento:
- Classificar o adolescente como de RISCO ou ALTO RISCO (ver Linha-guia Atenção à Saúde do Adolescente).

RISCO	ALTO RISCO
Adolescentes na faixa etária dos 10 aos 14 anos de idade; Tenham iniciado a atividade sexual precocemente, sem proteção para DST/Aids e gravidez; Tenham irmãs grávidas adolescentes ou que foram mães adolescentes; Estejam faltando com freqüência à escola, com evasão escolar e com problemas escolares; Residam em áreas de riscos à saúde e onde há aumento de violência; Inseridos em famílias desestruturadas; Estejam sofrendo ou em risco de sofrer violência doméstica; Tenham riscos nutricionais: anemia ferro-priva, hipovitaminoses, obesidade e desnutrição; Adolescentes com doenças crônicas e necessidades especiais.	Adolescentes com doenças sexualmente transmissíveis ou Aids; Adolescentes com gravidez precoce não planejada; Adolescentes com transtornos alimentares: bulimia e anorexia; Estejam fazendo uso/abuso de substâncias lícitas ou ilícitas (com destaque ao uso do tabaco e do álcool); Sejam vítimas de exploração sexual ou que tenham sofrido abuso sexual. Com quadros de depressão Tenham transtornos mentais e/ou risco de suicídio Fogem com freqüência de casa ou se encontrem morando nas ruas

3. Estratificação de risco para o ADULTO

3.1 Risco cardiovascular

Classificação da PA

- Leve ou estágio 1 (140-159 X 90-99 mmHg)
- Moderada ou estágio 2 (160-179 X 100-109 mmHg)
- Grave ou estágio 3 (≥180 X ≥ 110 mmHg)
- Sistólica Isolada (≥ 140X < 90 mmHg)

Fatores de Risco

- Tabagismo
- Dislipidemia
- Diabetes Mellitus
- Nefropatia
- Idade acima de 60 anos
- História familiar de doença cardiovascular em
  - Mulheres com menos de 65 anos
  - Homens com menos de 55 anos
- Relação cintura/quadril aumentada
- Circunferência da cintura aumentada
- Microalbuminúria
- Tolerância à glicose diminuída/glicemia de jejum alterada
- Hiperuricemia
- PCR ultra-sensível aumentada

Identificação de lesões de órgãos-alvo e doenças cardiovasculares

- Hipertrofia do ventrículo esquerdo
- Angina do peito ou infarto agudo do miocárdio prévio
- Revascularização miocárdica prévia
- Insuficiência cardíaca
- Acidente vascular cerebral
- Isquemia cerebral transitória
- Alterações cognitivas ou demência vascular
- Nefropatia
- Doença vascular arterial de extremidades
- Retinopatia hipertensiva

Total de Fatores de Risco: ___Fatores.

Lesão em órgão-alvo: ( )não ( ) sim

RISCO ESTRATIFICADO E QUANTIFICAÇÃO DE PROGNÓSTICO Pressão arterial (mmHg)			
Fatores de risco ou doenças associadas	**Grau 1 Hipertensão leve PAS 140-159 ou PAD 90-99**	**Grau 2 Hipertensão moderada PAS 160-179 ou PAD 100-109**	**Grau 3 Hipertensão grave PAS ≥180 ou PAD ≥110**
I. Sem outros fatores de risco (FR)	RISCO BAIXO	RISCO MÉDIO	RISCO ALTO
II. 1 a 2 fatores de risco	RISCO MÉDIO	RISCO MÉDIO	RISCO MUITO ALTO
III. 3 ou + FR ou lesões nos órgãos alvo ou diabetes	RISCO ALTO	RISCO ALTO	RISCO MUITO ALTO
IV.CCA*	RISCO MUITO ALTO	RISCO MUITO ALTO	RISCO MUITO ALTO
*CCA: condições clínicas associadas, incluindo doença cardiovascular ou renal			

3.2 Risco no diabetes

- Considerar os critérios: tratamento medicamentoso, uso de insulina, concomitância com hipertensão.

Sem tratamento medicamentoso	Não usuário de insulina e sem hipertensão	Não usuário de insulina e com hipertensão	Usuários de insulina

3.3 Risco na tuberculose

- Considerar os critérios clínicos ou de evolução do tratamento apresentados a seguir.

BAIXO RISCO	ALTO RISCO
Sem os critérios citados	Usuários com antecedentes ou evidências clínicas de hepatopatia aguda ou crônica, alcoolismo crônico, uso de drogas imunossupressoras; doente de Aids ou soro positivo para o HIV; antecedentes ou evidências clínicas de nefropatias; suspeita de tuberculose multidrogarresistente ou tuberculose extrapulmonar (principalmente meningite tuberculosa e miliar); e pacientes em retratamento por abandono, recidiva e falência.

3.4 Na hanseníase

- Considerar os critérios: surtos reacionais, reações adversas aos medicamentos, presença de seqüelas.

BAIXO RISCO	ALTO RISCO
Sem os critérios citados	Surtos reacionais repetitivos, relato de reações adversas aos medicamentos, presença de seqüelas nos olhos, nariz, mãos e pés.

3.5 Na saúde mental

- Considerar os critérios clínicos ou de evolução do tratamento apresentados a seguir.

BAIXO RISCO	RISCO GRAVE
Sem os critérios citados	Usuários com transtornos mentais graves e persistentes, uso prejudicial de álcool e outras drogas, egressos de serviços de saúde mental.

4. Estratificação de risco para a GESTANTE

- Identificar situações anteriores ou decorrentes da gestação atual que se configuram como fatores de risco gestacional, mas que permitem a realização do pré-natal pela equipe do PSF:
- Identificar situações anteriores ou decorrentes da gestação atual que se configuram como fatores de risco gestacional e que indicam a realização do pré-natal em serviços de referência:
- Classificar a gestante quanto ao risco: RISCO HABITUAL ou ALTO RISCO (ver: Linha-guia Atenção ao Pré-natal, parto e puerpério)

RISCO HABITUAL	ALTO RISCO
• Idade menor de 17 e maior de 35 anos; • Ocupação: esforço físico, carga horária, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos nocivos, estresse; • Situação conjugal insegura; • Baixa escolaridade; • Condições ambientais desfavoráveis; • Altura menor que 1,45 m; • Peso menor que 45 kg ou maior que 75 kg; • Recém-nascido com crescimento retardado, pré-termo ou mal formado, em gestação anterior; • Intervalo interpartal menor que 2 anos; • Nuliparidade e multiparidade; • Síndrome hemorrágica ou hipertensiva, em gestação anterior; • Cirurgia uterina anterior; • Ganho ponderal inadequado.	• Dependência de drogas lícitas e ilícitas; • Morte perinatal anterior; • Abortamento habitual; • Esterilidade/ infertilidade; • Desvio quanto ao crescimento uterino, número de fetos e volume de líquido amniótico; • Trabalho de parto prematuro e gravidez prolongada; • Pré-eclâmpsia e eclâmpsia; • Diabetes gestacional; • Amniorrexe prematura; • Hemorragias da gestação; • Isoimunização; • Óbito fetal; • Hipertensão arterial; • Cardiopatias; • Pneumopatias; • Nefropatias; • Endocrinopatias; • Hemopatias; • Epilepsia; • Doenças infecciosas; • Doenças auto-imunes; • Ginecopatias.

5. Estratificação de risco para o IDOSO

- Identificar situações de risco para as várias condições ou patologias e fazer a classificação por grau de risco.
- Classificar o idoso quanto ao risco como RISCO HABITUAL ou RISCO ALTO/ IDOSO FRÁGIL (ver Linha-guia Atenção à Saúde do Idoso).

RISCO HABITUAL	ALTO RISCO/ IDOSO FRÁGIL

Idosos entre 60 e 79 anos sem as condições ou patologias apresentadas ao lado.	• Idosos ≥ 80 anos
	• Idosos com ≥ 60 anos apresentando:
	  • Polipatologias (≥ 5 diagnósticos);
	  • Polifarmácia (≥ 5 drogas/dia);
	  • Imobilidade parcial ou total;
	  • Incontinência urinária ou fecal;
	  • Instabilidade postural (quedas de repetição);
	  • Incapacidade cognitiva (declínio cognitivo, síndrome demencial, depressão, delirium);
	  • Idosos com história de internações freqüentes e/ou no período de pós-alta hospitalar;
	  • Idosos dependentes nas atividades de vida diária básica – AVD;
	  • Insuficiência familiar: idosos que moram sós ou estão institucionalizados.

ANEXO XIV

Termo de movimentação de prontuário

- Deverá ser preenchido quando houver transferência de prontuário para outra Unidade de Saúde, após a confirmação do novo endereço e cadastro na nova UBS.
- Deve ser feito em duas vias, contendo os dados de identificação do prontuário (número, ESF responsável, nome do chefe e endereço completo da família) e as informações da UBS de origem e da UBS de destinação (nome da unidade, endereço e telefone, nome e função dos técnicos que estão entregando e recebendo o prontuário).
- Deve ser datado e assinado por técnicos de ambas as UBS.
- Deve ser arquivado em local adequado nas UBS.

TERMO DE MOVIMENTAÇÃO DE PRONTUÁRIO				
Encaminhamos o prontuário identificado abaixo para que seja dada continuidade na assistência da referida família.				
IDENTIFICAÇÃO DO PRONTUÁRIO				
Número do prontuário		ESF responsável		
Nome do chefe da família				
Endereço		Núm.	Compl.	Bairro
Telefone		Telefone contato		CEP
Município	Segmento	Área	Microárea	Família
UBS DE ORIGEM				
Nome		Município		Telefone
Endereço			Núm.	Bairro
Nome do técnico			Função	
Data	Assinatura			
UBS DE DESTINAÇÃO				
Nome		Município		Telefone
Endereço			Núm.	Bairro
Nome do técnico			Função	
Data	Assinatura			

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL, Arquivo Nacional. Decretos 1799/96, 4073/02. www.arquivonacional.gov.br

BRASIL, Arquivo Nacional. Resolução 07. CONARQ, 20/05/97. www.arquivonacional.gov.br

BRASIL, Arquivo Nacional. Leis 5433/68, 8159/91. www.arquivonacional.gov.br

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Competência para o* trabalho em uma unidade básica de saúde sob a estratégia de saúde da família – *Médico e Enfermeiro.* Brasília, novembro, 2000.

COELHO, Flávio Lúcio G, SAVASSI, Leonardo C. M. *Aplicação de escala de risco familiar como instrumento de priorização das visitas domiciliares.* Revista Brasileira de Medicina de Familia e Comunidade – v. 1 número 2, setembro/2004

MEDICINA, Conselho Federal. Resoluções do CFM, 1331/89, 1605/00, 1638/02, 1639/02. www.cfm.gov.b

MEDICINA, Conselho Federal. Processo Consulta do CFM, 50/89, 02/94, 26/96, 22/00, 25/00, 30/02. www.cfm.gov.br

MEDICINA, Conselho Regional. Pareceres do CREMERJ, 59/93, 79/99, 91/00, 96/00. www.cremerj.com.br

ODONTOLOGIA, Conselho Federal. Resoluções do CFO. www.cfo.gov.br

OMS, WONCA. Centro Internacional para la Medicina Familiar. *Hacer que la Práctica Médica y la Educación Médica sean más adecuadas a las necesidades de la gente: la contribuición del médico de familia.* London, Ontario, Canadá, 1984.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Superintendência de Atenção à Saúde. Diretoria de Normalização de Atenção à Saúde. *Atenção ao pré-natal, parto e puerpério.* Belo Horizonte, 2003.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Superintendência de Atenção à Saúde. Diretoria de Normalização de Atenção à Saúde. *Atenção à saúde da criança.* Belo Horizonte, 2004.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Superintendência de Atenção à Saúde. Diretoria de Normalização de Atenção à Saúde. *Assistência hospitalar ao neonato.* Belo Horizonte, 2005.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Superintendência de Atenção à Saúde. Gerência de Atenção Básica e Gerência de Normalização de Atenção à Saúde. *Atenção à saúde do adulto – hipertensão e diabete.* Belo Horizonte, 2006.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Superintendência de Atenção à Saúde. Gerência de Atenção Básica e Gerência de Normalização de Atenção à Saúde. *Atenção à saúde do adulto – tuberculose.* Belo Horizonte, 2006.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Superintendência de Atenção à Saúde. Gerência de Atenção Básica e Gerência de Normalização de Atenção à Saúde. *Atenção à saúde do adulto – hanseníase.* Belo Horizonte, 2006.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Superintendência de Atenção à Saúde. Gerência de Atenção Básica e Gerência de Normalização de Atenção à Saúde. *Atenção à saúde do adulto – HIV – AIDS.* Belo Horizonte, 2006.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Superintendência de Atenção à Saúde. Gerência de Atenção Básica e Gerência de Normalização de Atenção à Saúde. *Atenção à saúde do adulto – saúde mental.* Belo Horizonte, 2006.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Superintendência de Atenção à Saúde. Gerência de Atenção Básica e Gerência de Normalização de Atenção à Saúde. *Atenção à saúde do adolescente.* Belo Horizonte, 2006.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Superintendência de Atenção à Saúde. Gerência de Atenção Básica e Gerência de Normalização de Atenção à Saúde. *Atenção à saúde do idoso.* Belo Horizonte, 2006.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Superintendência de Atenção à Saúde. Gerência de Atenção Básica e Gerência de Normalização de Atenção à Saúde. *Atenção em saúde bucal.* Belo Horizonte, 2006.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Superintendência de Atenção à Saúde. Gerência de Atenção Básica e Gerência de Normalização de Atenção à Saúde. *Manual da atenção primária.* Belo Horizonte, 2006.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Superintendência de Atenção à Saúde. Gerência de Atenção Básica e Gerência de Normalização de Atenção à Saúde. *Formulário acompanhamento familiar.* Belo Horizonte, 2006.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Superintendência de Atenção à Saúde. Gerência de Atenção Básica e Gerência de Normalização de Atenção à Saúde. *Formulário cópia do cartão de vacinação.* Belo Horizonte, 2006.

RAKEL, R. Textbook of family practice. 5 ed. Philadelphia, PA: W. B. Saunders, 1995.

W.H.G., Logan, e KRONFELD, R.: J.A.D.A. 20:379, 1933: ligeiramente modificado por McCall e Schour. MCDONALD, R. E. AVERY, D.R. Odontopediatria. Editora Guanabara Koogan. Quarta edição, 1983.

EQUIPE RESPONSÁVEL

COLEÇÃO SAÚDE EM CASA

Organizador

Marco Antônio Bragança de Matos

Consultora

Maria Emi Shimazaki

MANUAL DO PRONTUÁRIO DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Autores

Andréa Faria de Magalhães
Eliana Márcia Fialho de Sousa Bandeira
Márcia Rovena de Oliveira
Marco Antônio Bragança de Matos
Maria Emi Shimazaki
Paulo César Pinho Ribeiro
Regina Amélia Lopes Pessoa de Aguiar
Wanda Taulois Braga

Colaboradores

Ângela Aparecida Dias Barboza
Jandira Maciel da Silva
Joana Almeida dos Reis
Luciana Maria de Moraes
Maria Nazaré Marques Moreira
Maria de Lourdes Soares
Marli Nacif de Sousa
Raymundo Roja Junior
Talles Ribeiro Couto

Wagner Fulgêncio Elias

Técnicos das seguintes coordenadorias da SES/MG

Coordenadoria de Atenção ao Idoso

Coordenação Estadual do Controle do Câncer de Colo Uterino e Mama

Coordenadoria de Dermatologia Sanitária

Coordenadoria Estadual de DST / AIDS

Coordenadoria de Hipertensão e Diabetes

Coordenadoria da Pneumologia Sanitária

Coordenadoria de Prevenção Primária do Câncer

Coordenadoria Estadual de Alimentação e Nutrição

Coordenadoria de Saúde Bucal

Coordenadoria de Atenção à Saúde da Mulher, Criança e Adolescente

Coordenadoria de Atenção Integral da Saúde do Trabalhador

Coordenação de Saúde Indígena

Coordenadoria de Saúde Mental