

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
FUNDAÇÃO ESTATAL SAÚDE DA FAMÍLIA
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

RENATA SOUZA OLIVEIRA

**DESAFIOS DA IMPLEMENTAÇÃO DO e-SUS NA ATENÇÃO
BÁSICA EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE
CAMAÇARI-BA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Camaçari
2017

RENATA SOUZA OLIVEIRA

**DESAFIOS DA IMPLEMENTAÇÃO DO e-SUS NA ATENÇÃO
BÁSICA EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE
CAMAÇARI-BA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito básico para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da FESF-SUS/Fiocruz.

Área de Concentração: Sistemas de informação

Orientadora: Clarice Coelho de Oliveira

Camaçari
2017

RENATA SOUZA OLIVEIRA

**DESAFIOS DA IMPLEMENTAÇÃO DO e-SUS NA ATENÇÃO
BÁSICA EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE
CAMAÇARI-BA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito básico para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da FESF-SUS/Fiocruz.

Aprovada em _____

Membro 1

Membro 2

Membro 3

Desafios da implementação do e-SUS na Atenção Básica em uma unidade de saúde da família de Camaçari-Ba: Um relato de experiência

Resumo: Os sistemas de informação são essenciais ao planejamento e gestão das ações em saúde, pois agrupam todas as informações, acerca dos serviços de saúde prestados, bem como sobre a população que utiliza estes serviços. Desta forma, o novo sistema de informação da atenção básica, o e-SUS AB insere-se neste contexto, com perspectiva de ampliar e qualificar as informações produzidas pela atenção básica. Contudo faz-se necessário que ele seja utilizado de maneira correta produzindo informações fidedignas que assegurem uma adequada análise da situação de saúde resultando em alocação efetiva dos recursos de saúde baseados na realidade produzida pelos dados coletados. **Objetivo:** Relatar os desafios vivenciados na implementação do e-SUS Atenção Básica e descrever os pontos positivos e negativos das novas ferramentas de trabalho. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência de uma residente em Saúde da família em uma Unidade de saúde da família de Camaçari – BA, acerca da implementação do e-SUS AB, e da utilização das novas fichas da Coleta de dados Simplificada (CDS). A experiência foi descrita na perspectiva da enfermeira, profissional da Equipe de Saúde da Família citada, motivada pela dificuldade de traçar o perfil da população da área adscrita devido a demora nos cadastros e extinção do SIAB e pela falta de relatórios para realizar os planejamentos em saúde da unidade. **Considerações:** A implementação de qualquer novo recurso requer empenho e responsabilidade por todos envolvidos no processo. A adaptação é algo longo e processual, porem o e-SUS AB tem muito a acrescentar e permitir a criação de um banco de dados de qualidade acerca da situação de vida da população brasileira, faz-se necessário que as unidades estejam melhor estruturadas para recebe-los e os profissionais sensibilizados e capacitados para sua utilização desde a coleta perpassando a digitação até interpretação dos dados gerados.

Palavras chave: Saúde da família; atenção primária a saúde; sistemas de informação em saúde

Challenges of implementing e-SUS Basic Care in a Family Health Unit of Camaçari- Ba: A report of experience

Resume: Information systems are essential to the planning and management of health actions, since they group all the information, about the health services provided, as well as about the population that uses these services. In this way, the new information system for basic health care, e-SUS AB, is inserted in this context, aiming at expanding and qualifying the information produced by primary care. However, it is necessary that it be used in the correct way, producing reliable information That ensure an adequate analysis of the health situation resulting in an effective allocation of health **Objective:** Report the challenges experienced in the implementation of e-SUS Basic Care and describe the positive and negative points of the new work tools. **Methodology:** This is an experience report of a family health resident at a family health unit the Camaçari, (BA), about the implementation of e-SUS AB, and the use of the new Simplified Data Collection (CDS) .The experience was described from the perspective of the nurse, a professional of the ESF, motivated by the difficulty of tracing the profile of the population of the assigned area due to the delays in registration and extinction of the SIAB and the lack of reports to carry out the health plans of the unit. **Considerations:** The implementation of any new resource requires commitment and responsibility by everyone involved in the process. The adaptation is something long and procedural, but e-SUS AB has much to add and allow the creation of a database of quality about the life situation of the Brazilian population, it is necessary that the units are better structured to receive Them and the professionals sensitized and enabled for their use from the collection through the typing to interpretation of the data generated. **Keywords:** Family health; primary health care; Health Information Systems

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	6
2 METODOLOGIA DE TRABALHO.....	7
3 O CONTEXTO.....	8
4 O e-SUS.....	9
5 A EXPERIÊNCIA.....	10
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	18
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	19
APÊNDICE.....	20
ANEXOS.....	22

1 INTRODUÇÃO

No tocante às mudanças vividas no setor da saúde no Brasil nos últimos anos, a criação e implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), indubitavelmente foi uma das mais marcantes, visto que a partir daí a legislação passou a assegurar o direito à saúde a toda população, independente de fator socioeconômico e cultural, situação esta nunca vivida no país desde então. (BRASIL, 2009)

Tendo em vista esta nova responsabilidade assumida pelo governo, garantindo através da legislação, o direito à saúde, através da lei 8.080 de 1990, que institui o SUS, o qual deve garantir a toda população o acesso aos serviços de saúde, independente de classe socioeconômica e raça, fica clara a necessidade de reorganizar os níveis de atenção a saúde.

Para tanto, a Atenção Primária à Saúde (APS) insere-se neste contexto, sendo uma das estratégias escolhidas para melhorar a qualidade de vida da população brasileira e o acesso aos serviços de saúde. (BRASIL, 2009)

Ao longo destes vinte e seis anos da criação e implantação do SUS foram várias as tentativas de aperfeiçoar a APS. Em 1991 criou-se o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), constituído pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e um enfermeiro coordenador, inicialmente locado na região nordeste devido a um surto de Cólera na região, tendo, portanto, nesta época grande eficácia. (MARTINES, 2009)

A partir daí, em 1994, o Ministério da Saúde cria no Brasil o Programa de Saúde da Família (PSF), tomando a família como eixo estruturante no que diz respeito aos fatores determinantes e condicionantes do processo saúde-doença da população assistida. (MARTINES, 2009)

A ampliação da oferta de serviços através na lógica da Atenção Básica no país fez com que a produção da assistência à saúde aumentasse e, junto a ela, a necessidade da criação e implantação de um sistema que pudesse integrar todas as informações obtidas dos atendimentos prestados a população de maneira que o mesmo pudesse servir como fonte de análise da situação de saúde no país. (BRASIL, 1998)

Diante disto, o Ministério da Saúde, solicita ao DATASUS que crie um sistema para gerenciar as informações da atenção básica, eis que surge o SIAB – Sistema de Informações de Atenção Básica é a resposta a essa demanda. Este novo sistema surgiu com a finalidade de consolidar todas as informações em saúde produzidas pelos programas da atenção básica. (BRASIL, 1998)

Entretanto, os anos passaram surgiu a necessidade de aperfeiçoar os sistemas de informação, adequando-os a nova realidade de cobertura dos serviços de Atenção Básica no país - que em 2000 era de 34,39% da população coberta por ACS e 9,20% da população coberta com ESF e em 2011 passou a 62,69% da população coberta por ACS e 52,35% da população coberta por ESF – ou seja, um crescimento considerável. (BRASIL, 2016)

Desta forma a portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011 do Ministério da Saúde revisou as diretrizes e normas da Atenção Básica, demonstrando a necessidade de melhor gestão das informações dos serviços de saúde. Surge então a necessidade de reformular o SIAB. Para tanto, o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde elabora e propõe a implantação do e – SUS Atenção Básica (e-SUS AB).(BRASIL, 2014)

Este novo sistema traz o registro individualizado da produtividade ambulatorial, dos atendimentos individuais e de alguns procedimentos. Tais produções são lançados no referido sistema, permitindo identificar o usuário através do Cadastro Nacional do SUS e, por consequência, os serviços que utilizou, ao contrário de antes, que apenas o código do procedimento permitia que se identificasse a idade. Essa mudança faz com que ocorra a geração de relatórios mais específicos e fidedignos de acordo com a realidade de cada município. É o que denominam “um sistema para atenção básica e não apenas da atenção básica.”(BRASIL, 2014)

O presente relato teve o objetivo de descrever os desafios vivenciados na implementação do e-SUS Atenção Básica em uma Unidade de Saúde da Família em que a autora atuou como enfermeira residente em Saúde da Família. Buscou-se, com isso, identificar os avanços que o sistema trouxe durante aquele período, bem como os desafios vivenciados na prática, para que o mesmo obtivesse os resultados a que se propõem.

O interesse surgiu a partir da reflexão sobre a prática e as dificuldades encontradas na implementação do e-SUS AB e por entender a importância da informação para o planejamento das ações de saúde.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência de uma residente em Saúde da família, do município de Camaçari – BA, acerca da implantação do e-SUS AB, e da utilização das novas

fichas do CDS. A experiência foi descrita na perspectiva da enfermeira, profissional da ESF citada. As informações relatadas foram confrontadas com base nos manuais do Ministério da Saúde, que são referência para implantação e utilização do sistema e com dois relatos de experiência encontrados acerca do tema.

O período relatado compreende do mês de abril do ano de 2015 até fevereiro de 2016. O cenário constituiu-se de duas equipes da Estratégia Saúde da Família que atuam na mesma Unidade de Saúde da Família, de uma cidade da região metropolitana de Salvador/Bahia. Para organizar tal relato, optou-se por primeiro descrever o cenário da vivência em duas partes: a primeira, caracterizando o programa de Residência a qual a autora esteve inserida como residente, descrevendo algumas características importantes do município e a forma como organiza a Atenção Básica.

Na segunda, buscou-se contextualizar o Sistema e-SUS na Política Nacional de Atenção Básica. Essa primeira parte mais descritiva do cenário e das políticas norteadoras é importante, pois servirá de subsídio à análise da segunda parte, de caráter mais autoral, onde aparece o relato da prática baseado nas anotações da autora durante o percurso do período de tempo indicado, trazendo ao final um quadro síntese das principais dificuldades. (Apêndice-Quadro 1) Em seguida, é feita uma análise com esses elementos trazidos ao relato de experiência, traçando algumas sugestões de ações no âmbito da gestão do trabalho na Atenção Básica.

3 O CONTEXTO

O município de Camaçari situa-se na região metropolitana, possui 759,8 quilômetros quadrados de extensão, conta com uma população urbana de 231.973 pessoas e rural de 10.997, possui o maior Produto Interno Bruto do Nordeste, sendo sede para o maior complexo industrial integrado do hemisfério Sul. Na saúde conta com 31 Unidades de Saúde da Família, 07 Unidades Básicas de saúde, 05 Unidades de Pronto Atendimento (UPA), 05 Centros de especialidades e 01 Serviço de Atendimento Médico de Urgência.⁽¹³⁾ Conta com 50% de cobertura de Estratégia de Saúde da Família e de saúde bucal.(CAMAÇARI, 2016)

O programa de residência teve seu início da implantação no município, com a primeira turma, em março de 2015, atuando em cinco unidades de Saúde da família, composta pela

equipe mínima e pelo Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), este último é integrado por fisioterapeutas, educadores físicos e nutricionistas e equipe de apoiadores institucionais compostas por profissionais com formação sanitarista.

Os residentes foram distribuídos nestas unidades conforme a capacidade de cada uma, compondo até três equipes de saúde da família, cada categoria era acompanhada por preceptores de sua respectiva área de atuação que ficavam com os residentes nas atividades da unidade e, além disso, tinham tutorias de núcleo (separadas por categorias profissionais) onde eram discutidos assuntos de cada âmbito da atuação profissional, e as tutorias de campo (onde participavam a equipe mínima, o NASF e as apoiadoras institucionais), onde eram discutidas questões com relação ao processo de trabalho da unidade, ambas as tutorias ocorriam quinzenalmente.

4 O e-SUS

A implementação do e - SUS AB nas unidades pode ocorrer através de duas formas distintas, a Coleta de Dados Simplificada (CDS) ou através do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) que devem ser definidas pelos gestores locais de acordo com a realidade tecnológica de cada unidade de saúde.

O sistema com CDS é estruturado a partir de sete fichas de coleta de dados individuais utilizadas pelos diversos profissionais que atuam na atenção básica, as quais deverão coletadas e digitadas no sistema no final de cada mês. Essas informações alimentarão o sistema denominado de Sistema de Informação para Atenção Básica, o SISAB.

Já o sistema PEC, prevê a digitação das informações diretamente no sistema onde pode ser compartilhada com os demais profissionais da equipe e, além disso, traz a possibilidade de organização da agenda do profissional bem como o agendamento em longo prazo, porém necessita que a Unidade de Saúde possua computadores com conexão a internet.(BRASIL,2014)

Desta forma, a utilização do sistema depende da realidade existente nas Unidades de saúde e no caso vivenciado, em que a unidade não possuía consultórios informatizados com a internet, trata-se de CDS com a possibilidade de digitação das fichas de atendimento na

própria unidade, onde ao final do mês os apoiadores institucionais coletam exportam os dados para base nacional, tendo em vista que a unidade não possuía consultórios informatizados e nem acesso a internet.

5 A EXPERIÊNCIA

As equipes foram inicialmente alocadas nas respectivas unidades e os residentes preencheram a ficha de cadastro do CNES - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde¹. Para cada unidade, independente do número de equipes, que variam entre 2 a 3 equipes da ESF, foi designado um preceptor para cada núcleo profissional, sendo as equipes protagonizadas pelos residentes. O papel do preceptor, diferente da conformação de outros programas, é de retaguarda, atuação e acompanhamento da aprendizagem. A aprendizagem se dá no cotidiano do serviço e nos momentos teóricos das rodas e seminários. Para ambos os momentos, a metodologia principal de ensino-aprendizagem é a metodologia ativa, que preconiza a indissociabilidade entre teoria e prática.

A partir daí, com as equipes formadas e alocadas em suas respectivas unidades, foram iniciadas as atividades da residência, através do processo de aprendizagem da metodologia ativa onde parte-se da ação para a reflexão e aprendizado e os residentes foram inseridos enquanto profissionais das equipes das unidades de saúde da família, através de cadastro no CNES e tinham sempre um preceptor que ficava acompanhando as ações dos residentes .

Dentre as atividades que foram prontamente desenvolvidas pelas equipes estão as consultas agendadas, os curativos, medicação, vacina, retirada de pontos, reuniões de equipe, atendimento domiciliar, grupos, salas de espera e acolhimento a demanda espontânea, conforme previsto na Política Nacional de Atenção Básica, para realizar o cuidado em saúde do indivíduo e da família, além do processo de territorialização que foi realizado junto aos Agentes Comunitários de Saúde onde foi possível traçar um perfil da comunidade que assistíamos (Apêndice – Tabela 1). (BRASIL,2012)

Inicialmente as atividades eram registradas nas fichas propostas pelo Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB, que era o Boletim de Produtividade Ambulatorial (BPA) onde registra-se o código do procedimento e a quantidade de pessoas atendidas de acordo com a idade e após isso eram consolidados os dados na Produção de Marcadores para

Avaliação (PMA2) e enquanto enfermeira realizava, além disso, o consolidado das ações dos ACS através do boletim de Situação de Saúde e acompanhamento da família (SSA2), onde existe a possibilidade de avaliar o trabalho dos mesmos e traçar alguns perfis da comunidade como número de hipertensos e diabéticos, hospitalizações, crianças menores de 5 anos e sua situação vacinal.

Então, no mês de Abril de 2015 houve uma capacitação, para os profissionais das equipes mínimas do município, realizada pelos funcionários do setor de informação em saúde do município, acerca do novo sistema de informação da atenção básica que seria implementado no município, o SISAB.

Durante esta reunião foram convocados todos os médicos, enfermeiros e dentistas das equipes de saúde da família do município, portanto foram muitos profissionais para esta capacitação, uma média de setenta profissionais. Tendo em vista a realidade das unidades do município, acerca da dificuldade de equipamentos como computadores e de informatização, o gestor municipal optou pela implantação do sistema através do CDS com o qual preenchemos as fichas depois digitamos no computador e ao final do mês o apoiador institucional recolhe os dados para exportação.

Na oportunidade foram apresentadas as fichas que seriam utilizadas no novo sistema bem como dar-se-ia o seu preenchimento, porém a grande quantidade de profissionais para o mesmo objetivo e carga horária pequena para o excesso de informações durante a capacitação, dificultou a possibilidade de sanar dúvidas no momento da apresentação e tornou a mesma exaustiva e pouco produtiva.

Porém apesar desta dificuldade, a existência dos manuais do Ministério da Saúde, acerca do preenchimento e digitação das fichas, facilitou nosso processo de trabalho, pois ele traz com uma linguagem clara e adequada, a descrição com detalhes para o efetivo preenchimento das fichas. Vale ressaltar que esta facilidade foi percebida pelos profissionais da equipe mínima que acessaram estes manuais e aprenderam a digitar, já os agentes Comunitários de Saúde tiveram a colaboração do apoio institucional, conforme descrição posterior.

Apesar do treinamento em abril, só foi possível utilizar de fato o e-SUS AB em agosto de 2015, pois a unidade ainda não possuía equipamento disponível para digitação e os profissionais ainda não estavam devidamente cadastrados no CNES o que inviabiliza o acesso

ao sistema para digitação das fichas. Durante este período, foram preenchidas as fichas do SIAB como de costume.

No mês de Agosto iniciou-se de fato a utilização das fichas do e-SUS AB e parou-se de utilizar as fichas do SIAB, a partir daí surgem os novos desafios na implementação do sistema na unidade.

O primeiro desafio encontrado foi a desatualização do CNES do qual depende-se para ter acesso ao e-SUS AB e digitar as fichas, utilizadas durante os atendimentos. Ao iniciar as atividades da residência em março de 2015, todos os residentes preencheram o formulário para cadastro no CNES, porém o prazo para atualização da base nacional do sistema pode levar até três meses e esta atualização só consumou-se de fato em no final do mês de agosto onde foi possível começar a utilizar o e-SUS AB.

Desta forma as fichas foram devidamente preenchidas pela equipe a cada atendimento e eram arquivadas para posterior digitação, quando o cadastro estivesse atualizado, evitando assim a perda de informações acerca da produtividade dos profissionais. Ao final do mês de agosto com o cadastro atualizado, foi possível ter acesso ao sistema e digitar todas as fichas, registrando as produtividades do mês, assegurando os dados acerca da produtividade da Unidade de Saúde da Família.

Ao mesmo tempo os ACS que já haviam iniciado seu processo de utilização das fichas do e-SUS AB, passavam por inúmeros desafios ao preencher as fichas de cadastro domiciliares e individuais, pois em cada domicilio deveria haver uma ficha de cadastro domiciliar e para cada individuo que residisse na casa haveria uma ficha de cadastro individual, consumando assim uma grande quantidade de dados a serem coletados. Associado a isto ainda tinha a necessidade de manter atualizadas, suas visitas domiciliares bem como a nova ficha de visita domiciliar que eles deveriam preencher e digitar no computador.

A ficha de cadastro domiciliar (Anexo 1) como o próprio nome traz, contém as informações do domicílio, permitindo desta forma traçar as condições sanitárias e socioeconômicas em que vive a população adscrita da área da ESF e ainda traz a possibilidade de cadastrar as pessoas que vivem em situação de rua e os diferentes núcleos familiares que residem na mesma casa. (BRASIL,2014)

A ficha de cadastro individual (Anexo 2) deve ser preenchida para cada morador do domicílio e traz informações sócio demográficas, bem como das condições de saúde referidas

pelo indivíduo, permitindo desta forma agregar um conjunto de informações que permitirão aos profissionais da atenção básica traçar o perfil da população bem como planejar suas ações em saúde baseado em dados concretos atendendo de forma eficaz a necessidade dos usuários, alcançando uma das ações da territorialização, descrita na Política Nacional da Atenção Básica, que traz a necessidade de identificar indivíduos, grupos e famílias em situação de risco e vulnerabilidade para propor ações de redução de danos e promoção/prevenção à saúde (BRASIL,2014 ; 2012)

Esta característica da territorialização também é citada por Monken e Barcellos (2005) que trazem este processo como um passo básico para caracterizar a população e seus problemas de saúde de maneira que seja possível avaliar os impactos das ações dos serviços de saúde sobre esta população, fortalecendo desta forma o vínculo entre ambos e tentando amenizar as desigualdades sociais produzidas pela segregação do espaço geográfico. Relata ainda que o território, vai muito além de um mero espaço geográfico delimitado por áreas e suas respectivas micro-áreas, caracterizando-o como um espaço que apresenta diversas propriedades, tais como perfil demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural, e que sempre está em permanente transformação. (MONKEN, 2005)

A ficha de visita domiciliar (Anexo 3) poderá ser utilizada pelos agentes comunitários de saúde e pelos agentes de endemias, tendo em vista serem estes profissionais que realizam visita domiciliar e os demais realizam atendimento domiciliar que deverá ser registrado na ficha de atendimento individual. Diferente do sistema anterior agora terá a informação das pessoas visitadas e o motivo da visita e não apenas números. (BRASIL,2014)

A visita domiciliar tem como objetivo principal registrar a atividade de visita do ACS ao usuário que se encontra adscrito no território de atenção da equipe da USF. Vale contextualizar que o conceito de visita domiciliar foi redefinido considerando agora apenas de competência do ACS, para todos os outros profissionais de saúde, nível médio e nível superior, a visita domiciliar é redefinida como atendimento no domicílio.

Mesmo com tantas informações a serem coletadas, os ACS mostraram comprometimento com o processo, esforçando-se ao preencher todas as fichas com o máximo de informações possíveis e aproveitando o momento do cadastro para preencher a ficha de visita domiciliar e manter atualizada sua produtividade mensal.

Vale ressaltar que muitos destes ACS não tinham habilidades com equipamentos de informática, o que acabou causando grande desconforto entre eles, pois dependiam do apoio e disponibilidade de alguém da equipe para auxiliá-los neste processo, pois durante a capacitação o treinamento deles foi orientado o preenchimento da ficha e não foi feito nenhum treinamento com relação a digitação das fichas.

Perante esta situação, as sanitárias, na função de apoiadoras institucionais, atuaram principalmente na capacitação dos ACS para a digitação, que incluía desde ensinar o preenchimento das fichas como o manuseio nos computadores. Na época, isso foi fundamental para o andamento do processo.

Apesar de tantas dificuldades, os números mostraram um grande avanço dos ACS, onde de 979 domicílios, 723 (73,8%) já haviam sido cadastrados e faltavam apenas 256 (26,1%) a serem cadastrados, tendo em vista a necessidade de recadastramento dos domicílios e indivíduos para atualização do novo sistema e mesmo com a grande quantidade de informações solicitadas pelas fichas, foi um notável avanço esse trabalho dos ACS, porém nenhum destes cadastros haviam sido lançados no sistema ainda, pois deveriam ser lançados por profissionais da secretaria municipal de saúde e a mesma não contava com número suficiente de recursos humanos para realizar tal atividade, o que gerou um acúmulo de fichas e tornou obsoleta algumas informações coletadas.

Este mesmo fato foi vivenciado na experiência de Oliveira (2016), onde conseguiram solucionar o problema ao consolidarem uma parceria com a Universidade Federal da Paraíba para agilizar o processo de digitação das fichas.

A equipe de saúde da família trabalha com território adscrito e deve ter sob sua responsabilidade no máximo 4000 pessoas, sendo o ideal em torno de 3000. Este trabalho de cadastramento e atualização destas famílias é uma das funções dos ACS, que os mantêm atualizados a partir da sua visita domiciliar, por isso é de suma importância que estas informações coletadas sejam fidedignas, pois a partir delas, a equipe de saúde da família faz o planejamento de suas ações em saúde bem como organiza os processos de trabalho.

Todas estas informações coletadas são lançadas no e-SUS AB e a partir daí são geradas informações acerca da população daquele determinado território, possibilitando assim aos gestores locais, a alocação adequada dos recursos, baseada na realidade vivida por estes indivíduos. Desta forma as informações devem ser coletadas, digitadas e atualizadas mensalmente para tornar mais eficaz o planejamento do trabalho das equipes de saúde,

evitando discrepâncias no que é ofertado a população e o que ela realmente necessita. (BRASIL,2012)

Então surge o segundo desafio, a falta de capacitação relacionada a digitação das fichas, pois a capacitação que foi feita para os profissionais foi com relação ao preenchimento das fichas, não havendo capacitação com relação a digitação das fichas no sistema. Porém a pró-atividade dos profissionais da equipe fez com que os mesmos acessassem os manuais elaborados pelo Ministério da Saúde e fossem autodidatas neste processo de digitação das informações, que no final deu certo.

Neste mesmo período foi suspenso o SIAB e junto a ele a consolidação dos dados mensais como estava sendo feito, onde era possível obter algumas informações numéricas acerca do território e traçar o perfil daquela população.

Surge o terceiro desafio, como obter as informações do perfil sócio demográfico do território adscrito sem a consolidação das informações? A dificuldade maior foi percebida pela extinção do SIAB sem a finalização dos cadastros domiciliares e individuais do e-SUS AB que até o mês de março de 2016 não foi concluída, tanto pela dificuldade dos ACS em realizar este cadastro seja por não encontrar as pessoas no domicílio, seja pelo excesso de dados para coleta, quanto pela dificuldade do município acerca de recursos humanos para digitar estas fichas.

Com relação ao excesso de dados coletados pelos ACS, o estudo de Kreutz (2012) também traz esta informação, porém ressalta que o trabalho destes profissionais não restringe-se apenas pelo registro dos dados, tendo seu trabalho guiado pelo que mostram os números e através destes, conseguem demonstrar as necessidades de saúde daquela população, declarando desta forma a importância dos dados coletados e análise dos mesmos. (KREUTZ, 2012)

Existiam apenas os registros das atividades e de atendimentos de cuidados longitudinais dos livros de acompanhamento, (livros utilizados pelas equipes mínimas para registrar atendimentos de criança, gestante, hipertensos, diabéticos e de tuberculose) porém a realidade do território era maior do que estes registros tendo em vista que nem toda a comunidade acessa a Unidade de Saúde da Família, por possuírem convênio de saúde por exemplo que dificultava elaborar estratégias para agir no território bem como estimar valores para estabelecer o atendimento coletivo de hipertensão e diabetes que estava sendo implantado.

Para a implantação do e-SUS AB é de extrema importância avaliar a transição entre os sistemas (Siab para e-SUS/Sisab), uma vez que impacta diretamente no trabalho das equipes e da gestão e acaba ocasionado a perda de informações necessárias ao planejamento das ações em saúde bem como acerca da alocação dos recursos nos serviços de saúde. (BRASIL,1998)

Por outro lado, contávamos com ACS que tinham comprometimento com seu trabalho e com a comunidade que atuavam e que apesar das dificuldades citadas em terminar os cadastros do e-SUS AB, mantinham registros atualizados das informações das suas micro áreas, o que facilitou nosso trabalho e inclusive no processo de territorialização proposto pela gestão municipal.

Eis que surge o quarto desafio, não existia na unidade, um local adequado para instalação do computador para digitação da produtividade. Inicialmente ele foi instalado na recepção, porém era impossível digitar algo lá, pois o trânsito de pessoas era constante e, a todo o momento chegavam usuários pedindo informações ou até mesmo querendo esclarecer dúvidas o que tirava a concentração e dificultava o processo de digitação que exige muita atenção para evitar erros.

Numa segunda tentativa, em reunião de unidade, por volta do mês de outubro, todos os profissionais, decidiram em comum acordo, colocar o computador na sala de coleta de material para exame laboratorial, pois era um espaço que era utilizado apenas nas terças-feiras pela manhã, e foi onde o mesmo permaneceu para digitação. Vale ressaltar que existia apenas um computador para que vinte e seis profissionais lançassem suas produtividades durante o mês, até que em fevereiro de 2016 após uma forte chuva ele molhou e ficou quebrado até abril de 2016, ficando, portanto, a unidade sem lançar produtividade durante dois meses, pois não havia outro equipamento para substituí-lo.

Porém a equipe permaneceu preenchendo as fichas e arquivando para lançar no sistema quando o problema fosse sanado para evitar a perda da produtividade, gerando assim um acúmulo de fichas e informações a serem digitadas posteriormente.

Esta dificuldade de equipamentos permeia várias unidades de saúde do país, isto fica claro no estudo de Andrade (2014), que traz a situação de informatização de 38.812 unidades de saúde do país, onde 51% possuem computadores e apenas 35,4% possuem acesso a internet.

O quinto desafio foi visto pela limitação de dados trazida pelos relatórios do sistema, onde é possível extrair apenas algumas informações acerca do total de consultas e de procedimentos realizados, não estando caracterizados por morbidade o que ainda inviabiliza planejamento de ações baseadas no perfil da população.

Ainda percebi que alguns profissionais não entendem a importância da coleta e do registro correto dos dados para digitação. Por isso faz-se necessário uma capacitação não voltada apenas para aprender a preencher as fichas, mas principalmente para entender a importância dos dados para a informação em saúde, assegurando assim ações de saúde direcionadas a necessidade real da população.

Outrora, não obstante esta situação, faz-se necessário fortalecer os processos de trabalho bem como valorizar as ações realizadas pelos trabalhadores de saúde, estimulando os processos de criação e dando subsídios para tal. Estabelecendo e estimulando os processos de educação permanente de forma que os profissionais sejam capacitados permanentemente, aumentando suas potencialidades e diminuindo suas fragilidades de maneira compartilhada com os demais profissionais e desta forma consigam prestar um atendimento efetivo e de qualidade à população a partir da atualização dos conhecimentos adquiridos.

A política Nacional de Humanização, traz a importância da valorização do trabalhador, inclusive das suas capacidades e experiências, ressaltando o valor da participação dos trabalhadores nos processos de tomada de decisão nos espaços de gestão, acerca dos processos de trabalho, para que os mesmos sintam-se parte integrante do processo e não apenas àquele que cumpre metas. (BRASIL,2013)

Vale ressaltar também outros pontos positivos percebidos durante este processo como a redução do número de fichas a serem preenchidas, devido a consolidação de alguns sistemas e além disso outro fato de grande relevância é que o profissional que produz a informação é o mesmo que digita, evitando possíveis perdas e erros. Medeiros (2015), também traz esta informação como um dos pontos positivos deste novo sistema, onde as informações são consolidadas em um único sistema, evitando a repetição da informação em diversas fichas, otimizando o trabalho da equipe.

O sistema ainda traz o registro individual dos atendimentos prestados, onde constam informações desde a forma de acesso ao serviço de saúde até o final do atendimento prestado, contendo dados do que foi feito na consulta e direcionamento dado ao paciente ao final da

mesma, diferente do SIAB onde os dados eram a quantidade de pessoas atendidas de acordo com a idade.

Por tratar-se de um tema tão relevante para os serviços de saúde, os estudos acerca deste tema ainda estão muito escassos, perante isto, faz-se necessário um maior incentivo à pesquisas acerca do mesmo.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Indubitavelmente a estratégia de saúde da família foi um grande passo para o progresso da Atenção Básica no país, porém ainda existem muitos desafios que envolvem o processo de trabalho dos profissionais que atuam nestes locais por isso faz-se necessário mais investimentos por parte dos gestores acerca da informatização destes serviços, tendo em vista a quantidade de informações que circulam, nos mesmos e que devem servir como base para direcionar a aplicação dos recursos financeiros da saúde de maneira que influenciem de forma positiva na saúde da população.

Faz-se necessário também uma maior mobilização e participação dos profissionais de saúde nos espaços de controle social, para que exponham suas dificuldades bem como opinem e proponham sugestões para solucionar ou amenizar os problemas e as dificuldades vividas nos processos de trabalho.

Diante do exposto fica claro que o novo sistema tem muito a acrescentar neste processo de coleta de dados, pois suas fichas possuem vários dados desde sociais, demográficos a culturais e de morbidade e permitir a criação de um banco de dados de qualidade acerca da situação de vida da população brasileira, é necessário que as unidades estejam melhor estruturadas para recebe-los e os profissionais sensibilizados e capacitados para sua utilização desde a coleta perpassando a digitação até interpretação dos dados gerados.

Perante isto fica clara a importância da sensibilização dos profissionais e gestores acerca da coleta e registro adequado da população e análise dos dados produzidos respectivamente, que servirão como base para traçar o perfil sócio demográfico, bem como de morbimortalidade e desta forma alocar de maneira eficiente e eficaz os recursos, oferecer serviços e proporcionar agenda de funcionamento de acordo com a realidade local

assegurando os princípios do SUS bem como o direito da população à saúde que lhes é assegurado por lei.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ANDRADE, R.C.C Equipamentos de informatização nas unidades de atenção básica do Brasil: **Análise baseada no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade – PMAQ**. Monografia do curso de Especialização em Saúde coletiva e educação na saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Brasília, julho 2014
2. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O trabalho do agente Comunitário de Saúde**. Diretora: Claunara Mendonça. Et all – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
3. BRASIL, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação do SUS/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS. 2003.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde, Coordenação de Saúde da Comunidade. **SIAB: manual do sistema de informação da atenção básica**. Brasília, 1998.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **e-SUS Atenção Básica : manual de implantação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
6. BRASIL, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Perfil de competências profissionais do Agente Comunitário de Saúde (ACS)**. Brasília: 2003
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **e-SUS Atenção Básica : manual do Sistema com Coleta de Dados Simplificada : CDS** – Brasília., 2014.
8. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília. 2012
9. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Humanização**. 1ª reimpressão. Brasília. 2013

10. Dados gerais da cidade de Camaçari. Disponível em: <http://www.camacari.ba.gov.br/portal/dados.php>. Acessado em 21/11/2016 às 20:21h
11. Dados de informação em saúde de Camaçari. Disponível em: <http://geolivres.saude.ba.gov.br/geoportal/map.phtml?language=br>. Acessado em 21/11/2016 às 21/11/16
12. GOMES, K. O.; COTTA, R. M. M.; CHERCHIGLIA, M. L.; MITRE, S. M.; BATISTA, R. S. **A práxis do agente comunitário de saúde no contexto do programa saúde da família: reflexões estratégicas.** Saúde e Sociedade. Vol. 18, nº 4. São Paulo: out/dez 2009.
13. KREUTZ, J.A; **Quem conta um ponto, inventa um conto: sobre a fabricação de agentes, de saúde e de comunidades.** Tese de mestrado da UFRGS Faculdade de Educação. Programa de Pós Graduação em Educação. 2012. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/99257>. Acessado em 09/02/2017
14. Histórico de cobertura de Saúde da Família. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php Acessado em 06/08/2016 às 14:56h
15. MARTINES, V. R. V.; CHAVES, E. C. **Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do agente comunitário de saúde no Programa de Saúde da Família.** Rev. esc. Enf. USP vol. 41 nº3. São Paulo Set. 2009.
16. MEDEIROS, J.B.; HOLMES, E.S.; SANTOS, S.R.; SANTOS, I. K.M.; NETO, E.A.L **Implementação do E-SUS Atenção Básica na estratégia Saúde da Família: Um relato de Experiência.** Disponível em: <http://apps.cofen.gov.br/cbconf/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/I64897.E13.T11702.D9AP.pdf> Acessado em: 14/10/2016 às 19:02
17. MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** Ed. Hucitec, 7ª ed. São Paulo, 1992.
18. MONKEN, M.; BARCELLOS, C. **Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas** Cad. Saúde Pública, v 21, n3 p: 898-906, Rio de Janeiro, mai-jun, 2005
19. OLIVEIRA, A. E. C.; LIMA, I. M. B.; NASCIMENTO, A.J.; COELHO, F.C ; SANTOS, S.R. **A implantação do e-SUS AB no Distrito Sanitário IV de João Pessoa (PB): relato de experiência** Rev. Saúde Debate, v. 40, n. 109, p. 212-218, Rio de Janeiro ABR-JUN 2016

APÊNDICE

Quadro 1. Dificuldades vivenciadas no processo de implementação do E-SUS Atenção Básica

Dificuldades	Descrição
Profissionais de nível superior e a desatualização do CNES;	Ao iniciar o trabalho em um estabelecimento de saúde, o profissional é cadastrado no CNES, e a partir daí é gerado um número de cadastro, através do qual ele acessa o e-SUS para lançar sua produtividade, porém houve um atraso neste cadastramento, o que demorou mais ainda o processo de digitação das fichas de atendimento.
Falta de capacitação para digitação das fichas	Não houve treinamento para digitação das fichas preenchidas, a capacitação foi feita apenas para o preenchimento das mesmas.
Falta de local adequado para digitação das fichas	Não existia na unidade um local adequado para alocação do computador para digitar as fichas.
ACS (fichas, visitas, desencontros, informatização)	Os ACS encontraram grandes dificuldades, primeiro pela quantidade de informações a serem coletadas, agora com os cadastros domiciliares e individuais, segundo pela dificuldade muitas vezes de encontrar com os moradores para fazer este cadastro e terceiro pela falta de habilidade com a informática, ao ter que digitar as suas fichas de visita domiciliar.
Relatórios com poucas informações	Os relatórios emitidos através do sistema na unidade, vem com poucas informações acerca dos atendimentos prestados durante o mês dificultando a avaliação e planejamento das ações de saúde da unidade.
Recursos humanos	A quantidade de informações geradas pelas fichas de cadastro domiciliar e individual eram grandes e a secretaria de saúde não contava com quantidade suficiente de funcionários para digitá-las e mantê-las atualizadas, acarretando no acúmulo de fichas e muitas acabavam ficando obsoletas devido ao atraso da digitação.

Tabela 1. Dados do território da Equipe de Saúde da Família

INFORMAÇÕES	QUANTIDADE
Número de famílias	929
Número de pessoas	3204
Menores de cinco anos	153
Maiores de 60 anos	174
Hipertensos	248
Diabéticos	91
Gestantes	23
Acamados	11
Hanseníase	0
Tuberculose	0

ANEXO 1

Ficha de cadastro domiciliar

e-SUS Atenção Básica	CADASTRO DOMICILIAR	DIGITADO POR:	DATA: / /
		CONFERIDO:	FOLHA:

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

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

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

CONDIÇÕES DE MORADIA	
SITUAÇÃO DE MORADIA / POSSE DA TERRA*	LOCALIZAÇÃO*
<input type="radio"/> Próprio <input type="radio"/> Financiada <input type="radio"/> Alugada <input type="radio"/> Arrendada <input type="radio"/> Cedido <input type="radio"/> Ocupação <input type="radio"/> Situação de Rua <input type="radio"/> Outra	<input type="radio"/> Urbana <input type="radio"/> Rural

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

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

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

ANIMAIS NO DOMICÍLIO?	QUAL(ES)?	Quantos: _____
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<input type="checkbox"/> Gato <input type="checkbox"/> Cachorro <input type="checkbox"/> Pássaro <input type="checkbox"/> De Criação (porco, galinha...) <input type="checkbox"/> Outros	

FAMÍLIAS						
Nº PRONTUÁRIO FAMILIAR	Nº CARTÃO SUS DO RESPONSÁVEL	DATA DE NASCIMENTO DO RESPONSÁVEL	RENDA FAMILIAR (SAL. MÍNIMO)	NÚMERO DE MEMBROS DA FAMÍLIA	RESIDE DESDE [MÊS] [ANO]	MUDOU-SE
			④③②①②③④⑤			<input type="checkbox"/>
			④③②①②③④⑤			<input type="checkbox"/>
			④③②①②③④⑤			<input type="checkbox"/>
			④③②①②③④⑤			<input type="checkbox"/>

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

Assinatura

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

CO/e-SUS AB v.1.3.0

Ficha de cadastro individual - Verso

QUESTIONÁRIO AUTO-REFERIDO DE CONDIÇÕES / SITUAÇÕES DE SAÚDE

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

CIDADÃO EM SITUAÇÃO DE RUA ESTÁ EM SITUAÇÃO DE RUA?* <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não TEMPO EM SITUAÇÃO DE RUA? <input type="radio"/> < 6 meses <input type="radio"/> 6 a 12 meses <input type="radio"/> 1 a 5 anos <input type="radio"/> > 5 anos		É ACOMPANHADO POR OUTRA INSTITUIÇÃO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, INDIQUE QUAL(IS). _____
RECEBE ALGUM BENEFÍCIO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	POSSUI REFERÊNCIA FAMILIAR? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	VISITA ALGUM FAMILIAR COM FREQUÊNCIA? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
QUANTAS VEZES SE ALIMENTA AO DIA? <input type="radio"/> 1 vez <input type="radio"/> 2 ou 3 vezes <input type="radio"/> mais de 3 vezes	QUAL A ORIGEM DA ALIMENTAÇÃO? <input type="checkbox"/> Restaurante Popular <input type="checkbox"/> Doação Restaurante <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Doação Grupo Religioso <input type="checkbox"/> Doação de Popular	SE SIM, QUAL É O GRAU DE PARENTESCO? _____
		TEM ACESSO A HIGIENE PESSOAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).** <input type="checkbox"/> Banho <input type="checkbox"/> Acesso ao Sanitário <input type="checkbox"/> Higiene Bucal <input type="checkbox"/> Outros

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

* Campo Obrigatório

** Campo obrigatório condicionado a pergunta anterior

