

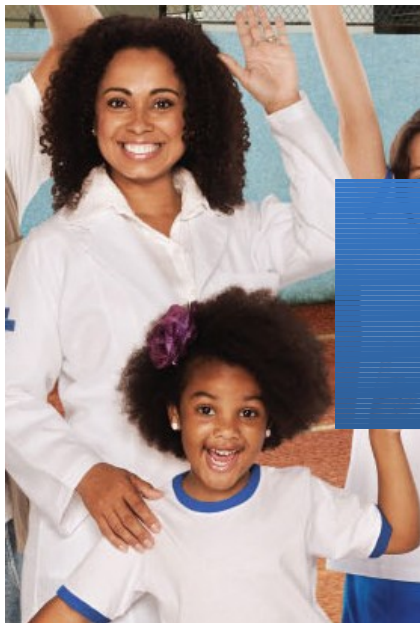


Ministério da Saúde  
Ministério da Educação

# PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA



Fevereiro  
2013



# PROGRAMAÇÃO 2013



Ministério da  
Saúde





# CRONOGRAMA 2013



## Semana Saúde na Escola

- ↪ Adesão de 20/02 a 10/03
- ↪ Ações nas escolas entre os dias 11 e 15/03

## Programa Saúde na Escola 2013

- ↪ Processo de pactuação de 11 a 31/03.
- ↪ Contratualização, por termo de compromisso, por período de 12 meses.



# Semana Saúde na Escola 2013



# SEMANA SAÚDE NA ESCOLA 2013

- Mobilização acontecerá de **11 a 15 de março**.
- Adesão: de 20/02 a 10/03 no Sistema do PSE:  
[dab.saude.gov.br/sistemas/sgdab](http://dab.saude.gov.br/sistemas/sgdab)

Temáticas foco da campanha:

Saúde Ocular

Prevenção da Obesidade

Devido à mobilização em relação ao Crack, tema também tem enfoque para adolescentes.

- Município que aderir: recebe incentivo após informação das ações realizadas no sistema do PSE

- Materiais Pedagógicos – serão distribuídos para os 2.495

municípios da adesão de 2012:

HQ SPE e Revistinhas Saber Saúde

Guia com Sugestões de Atividades para a Semana: divulgação *online*. Material produzido com apoio das áreas MS e MEC.

- Notas de divulgação Semana: rede AB e rede de Educação

<http://dab.saude.gov.br/portaldab/>

O acesso ao sistema informatizado do PSE será através da senha do Fundo Municipal de Saúde (FMS).

Essa senha é liberada pela Divisão de Convênios (Dicon) do respectivo Estado.

Para saber como contatar a Dicon do seu Estado, acessar:

<http://www.fns.saude.gov.br/unidadesestaduais.as>



# SEMANA SAÚDE NA ESCOLA 2013

## AÇÕES CRECHES

### Essenciais:

- 1 - Avaliação antropométrica COMP. I
- 2 - Sondagem da realização do teste do olhinho (teste do reflexo vermelho) COMP. I

### Optativas:

- 1 - Ações de segurança alimentar e promoção da alimentação saudável COMP. II
- 2 - Criação de grupos intersetoriais de discussão de ações de saúde mental no contexto escolar, em articulação com o GTI municipal COMP. II

## AÇÕES PRÉ-ESCOLAS

### Essenciais:

- 1 - Avaliação antropométrica COMP. I
- 2 - Sondagem da realização do teste do olhinho (teste do reflexo vermelho) COMP. I

### Optativas:

- 1 - Criação de grupos intersetoriais de discussão de ações de saúde mental no contexto escolar, em articulação com o GTI municipal COMP. II
- 2 - Promoção da cultura de paz COMP. II
- 3 - Ações de segurança alimentar e promoção da alimentação saudável COMP. II



# SEMANA SAÚDE NA ESCOLA 2013

## AÇÕES FUNDAMENTAL E MÉDIO

### Essenciais:

- 1 - Avaliação antropométrica COMP. I
- 2 - Avaliação oftalmológica COMP. I
- 3 - Saúde e prevenção nas Escolas (SPE): prevenção ao uso de álcool e tabaco e outras drogas COMP. II

### Optativas:

- 1 - Ações de segurança alimentar e promoção da alimentação saudável COMP. II
- 2 - Saúde e prevenção nas Escolas (SPE): educação para a saúde sexual, saúde reprodutiva e prevenção das COMP. II
- 3 - Promoção da cultura de paz COMP. II
- 4 - Promoção das práticas corporais e atividade física e lazer nas escolas COMP. II



# FICHAS



Ministério da  
Saúde





# SEMANA SAÚDE NA ESCOLA 2013

FICHAS DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL

FICHAS DE ATIVIDADES COLETIVAS

Devem ser preenchidas para auxiliar a inserção dos dados no Sistema de Monitoramento

Estarão disponíveis para impressão no site do PSE ( <http://dab.saude.gov.br/portaldab/pse.php> ) e no próprio Sistema de Monitoramento

Auxiliarão tanto nas ações da Semana quanto do PSE ao longo do ano

As fichas são de responsabilidade das equipes de saúde




# MAPA DE ATIVIDADE COLETIVA

DIGITADO POR:	DATA: / /
CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:

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

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

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

PÚBLICO ALVO (Opção Múltipla)		PRÁTICAS / TEMAS PARA SAÚDE (Opção Múltipla)	
01	Comunidade em geral	01	Alimentação Saudável
		18	Semana Saúde na Escola

Bookmarks  
Signatures  
Layers  
Pages  
Attachments  
Comments

Bookmarks  
Signatures  
Layers  
Pages  
Attachments  
Comments

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

Nº CARTÃO SUS DO RESPONSÁVEL	Cód. CNES UNIDADE	Cód. CNES EQUIPE	Nº DE PARTICIPANTES	Nº DE ALTERAÇÕES	RÚBRICA / CARIMBO DO PROFISSIONAL
□□□□□□□□□□□□□□	□□□□□□□□	□□□□□	□□□□	□□□□	

N°	N° CARTÃO SUS	DATA DE NASCIMENTO	AVALIAÇÃO ALTERADA	Obrigatório somente para Antropometria		ASSINATURA
				PESO	ALTURA	
1		/ /	<input type="checkbox"/>			
2		/ /	<input type="checkbox"/>			
3		/ /	<input type="checkbox"/>			
4		/ /	<input type="checkbox"/>			
5		/ /	<input type="checkbox"/>			
6		/ /	<input type="checkbox"/>			
7		/ /	<input type="checkbox"/>			
8		/ /	<input type="checkbox"/>			
9		/ /	<input type="checkbox"/>			
10		/ /	<input type="checkbox"/>			
11		/ /	<input type="checkbox"/>			
12		/ /	<input type="checkbox"/>			
13		/ /	<input type="checkbox"/>			
14		/ /	<input type="checkbox"/>			
15		/ /	<input type="checkbox"/>			
16		/ /	<input type="checkbox"/>			

Actual Size




# MAPA DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL

DIGITADO POR:	DATA: / /
CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:

Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL	CBO	Cód. CNES EQUIPE	Cód. CNES UNIDADE	TURNO	DATA: / /
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> M <input type="text"/> T <input type="text"/> N	<input type="text"/>
Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL	CBO	Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL			CBO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			<input type="text"/>

LA: 01 - UBS 02 - Unidade de Móvel 03 - Situação de Rua 04 - Domicílio 05 - Escola/Creche 06 - Outros  
 PIC: 01 - MTC/Acupuntura 02 - Antroposofia aplicada à saúde 03 - Homeopatia 04 - Fitoterapia 06 - Práticas corporais e mentais em PICs 07 - Técnicas manuais em PICs

Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nº PRONTUÁRIO	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nº CARTÃO SUS	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Data de nascimento	Dia / mês		/	/	/	/	/	/	/	/
	Ano									
Local de atendimento	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
g Consulta Agendada Programada / Cuidado Continuado	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Bookmarks Signatures Pages Attachments Comments

Data de nascimento		Dia / mês	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
		Ano											
Local de atendimento													
Tipo Atendimento	Consulta Agendada Programada / Cuidado Continuado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Consulta Agendada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Demanda Espontânea	Escola Inicial / Orientação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Consulta no Dia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Atendimento de Urgência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acompanhamento Nutricional	Peso (kg)												
	Altura (cm)												
Criança	Aleitamento Materno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	DUM ( Dia / Mês )	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
Gestante	Idade Gestacional ( Semanas )												
	Modalidade (1,2 ou 3)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problema / Condição Identificada	Pré-natal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Puerpério (até 42 dias)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Saúde Sexual e Reprodutiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Puericultura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Hipertensão Arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Obesidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Desnutrição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	DPOC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Tabagismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Usuário de álcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Usuário de outras drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Saúde Mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Reabilitação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Doenças Transmissíveis	Tuberculose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Hanseníase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Dengue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	DST	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

File Edit View Document Comments Tools Advanced Window Help

Create PDF Comment & Markup Send for Review Secure Sign Forms

120% Help

Bookmarks

Signatures

Pages

Attachments

Comments

Problema / Condição Identificada	Tratamento	Câncer do Colo do Útero		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		Câncer da Mama		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		Risco cardiovascular		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Outros		CIAP - 1		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
		CIAP - 2		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
		CID		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Exame Solicitados(S) e Avaliados (A)		Citopatológico		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A		
		Colesterol total		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
		Creatinina		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
		Eletrocardiograma		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
		Espirometria		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
		Exame de escarro		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
		HDL		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
		Hemoglobina Glicada		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
		LDL		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
		Mamografia		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
		Retinografia / Fundo de Olho com oftalmologista		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
		Sorologia para Dengue		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
		Sorologia para HIV		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
		Sorologia para Sífilis		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
		Teste da orelhinha		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
		Teste do pezinho		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
		Teste do olhinho		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
		Teste de Gravidez		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
		Ultrassonografia obstétrica		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
	Outros (SIA)		Glicemia		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S
		EAS		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
		Hemograma		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
		Urocultura		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
		<input type="text"/>		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A

Adobe Acrobat Professional - [Ficha\_Mapa\_Atendimento\_Individual (2).pdf]

File Edit View Document Comments Tools Advanced Window Help

Search Create PDF Comment & Markup Send for Review Secure Sign Forms

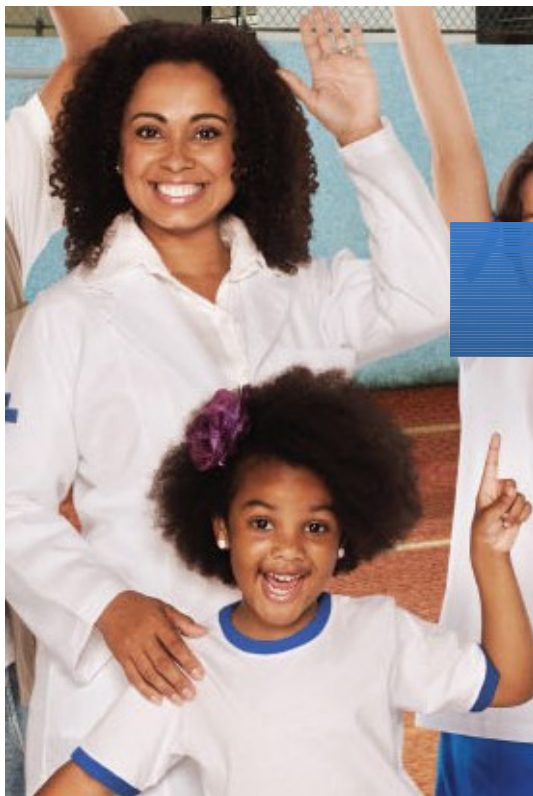
120%

Help

Exame:	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
Teste do pezinho	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
Teste do olhinho	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
Teste de Gravidez	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
Ultrassonografia obstétrica	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
Glicemia	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
EAS	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
Hemograma	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
Urocultura	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
Outros (SA)	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
Se usou alguma PIC, indicar qual	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Ficou em Observação?	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Encaminhamento Clínico / Terapêutico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prescrição Terapêutica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Retorno para consulta agendada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Retorno p/ cuidado continuado/programado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agendamento p/ NASF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Encaminhamento p/ Serviço Especializado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Encaminhamento p/ CAPS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Encaminhamento p/ Internação Hospitalar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Encaminhamento p/ Urgência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Encaminhamento p/ Serviço de Atenção Domiciliar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alta do episódio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2 of 2

Fichas - Micro... ENC: proposta ... ENC: Mapas d... Entrada - debu... Microsoft Pow... Adobe Acrobat... PT 10:55



# RESULTADOS 2012

<b>UF</b>	<b>PSE 2012</b>	<b>SEMANA SAÚDE NA ESCOLA 2012</b>	<b>BRASIL CARINHOSO</b>
<b>AC</b>	1	5	1
<b>AL</b>	47	69	
<b>AM</b>	9	17	
<b>AP</b>	0	1	
<b>BA</b>	84	126	7
<b>CE</b>	80	126	5
<b>DF</b>	0	1	
<b>ES</b>	4	9	
<b>GO</b>	47	57	
<b>MA</b>	93	98	4
<b>MG</b>	118	144	1
<b>MS</b>	15	23	
<b>MT</b>	40	51	
<b>PA</b>	15	26	
<b>PB</b>	57	91	5
<b>PE</b>	50	70	4
<b>PI</b>	55	63	
<b>PR</b>	60	55	
<b>RJ</b>	8	22	
<b>RN</b>	64	92	3
<b>RO</b>	0	2	
<b>RR</b>	2	1	
<b>RS</b>	31	34	
<b>SC</b>	47	48	
<b>SE</b>	20	27	1
<b>SP</b>	15	13	
<b>TO</b>	37	54	
<b>TOTAL</b>	<b>999</b>	<b>1325</b>	<b>31</b>

**Quantitativo de  
Municípios que  
atingiram metas e  
receberão repasse  
de recurso  
financeiro  
correspondente, por**



Ministério de  
Saúde





# Contatos

<b>UF</b>	<b>REFERÊNCIA PSE/MS</b>	<b>EMAIL</b>
ACRE	SABRINA	sabrina.horacio@saude.gov.br
ALAGOAS	EDNA	maria.edna@saude.gov.br
AMAPÁ	SABRINA	sabrina.horacio@saude.gov.br
AMAZONAS	SABRINA	sabrina.horacio@saude.gov.br
BAHIA	EDNA	maria.edna@saude.gov.br
CEARÁ	EDNA	maria.edna@saude.gov.br
DISTRITO FEDERAL	RAQUEL	raquel.pedroso@saude.gov.br
ESPÍRITO SANTO	EDNA	maria.edna@saude.gov.br
GOIÁS	MATILDE	matilde.melo@saude.gov.br
MARANHÃO	EDNA	maria.edna@saude.gov.br
MATO GROSSO	MATILDE	matilde.melo@saude.gov.br
MATO GROSSO DO SUL	MATILDE	matilde.melo@saude.gov.br
MINAS GERAIS	EDNA	maria.edna@saude.gov.br
PARÁ	JANAINA	janaina.costa@saude.gov.br
PARAÍBA	JANAINA	janaina.costa@saude.gov.br
PARANÁ	DENISE	denise.bueno@saude.gov.br
PERNAMBUCO	JANAINA	janaina.costa@saude.gov.br
PIAUI	JANAINA	janaina.costa@saude.gov.br
RIO DE JANEIRO	SABRINA	sabrina.horacio@saude.gov.br
RIO GRANDE DO NORTE	EDNA	maria.edna@saude.gov.br
RIO GRANDE DO SUL	DENISE	denise.bueno@saude.gov.br
RONDÔNIA	SABRINA	sabrina.horacio@saude.gov.br
RORAIMA	SABRINA	sabrina.horacio@saude.gov.br
SANTA CATARINA	RAQUEL	raquel.pedroso@saude.gov.br
SÃO PAULO	RAQUEL	raquel.pedroso@saude.gov.br
SERGIPE	DENISE	denise.bueno@saude.gov.br
TOCANTINS	MATILDE	matilde.melo@saude.gov.br



# Obrigada!

pse@saude.gov.br

(61) 3315 9057

(61) 3315 9091

