

# Programa Bolsa Família

**Mapa de acompanhamento e acompanhamento e  
digitação dos dados no sistema**



# Programa Bolsa familia

- ✓ Mudanças no sistema
- ✓ Ocorrências novas
- ✓ Pequenas mudanças no acompanhamento e digitação

- ***Acesso ao sistema***

Link: <https://bfa.saude.gov.br/>

- Login: [egestorab.saude.gov.br](https://egestorab.saude.gov.br)
- Senha: Será enviada por e-mail



# Cara do sistema

## Bolsa Família na Saúde

SUS SAÚDE  
136  
www.saude.gov.br

SUS+ MINISTÉRIO DA  
SAÚDE

BFA



 VANESSA PONTE

### Sistema Bolsa Família - BFA Escolha uma das opções abaixo.

#### ✓ Acesso rápido



Agrupar  
bairros



Gerenciar EAS  
do sistema



Vinculação de  
Famílias



Gerar mapas de  
acompanhamento



Acompanhar  
beneficiários



Relatórios  
gerenciais

#### ATENÇÃO!

Devido a mudança de plataforma do sistema, nesta vigência (2ª vigência de 2018), antes de imprimir os mapas de acompanhamento:

TODOS OS MUNICÍPIOS: é necessário AGRUPAR BAIRROS e SELECIONAR AS EAS VISÍVEIS.

MUNICÍPIOS QUE UTILIZAM MAPA DE ACOMPANHAMENTO POR EAS: é necessário realizar a vinculação das famílias ao EAS.

O Manual de Cadastro de Gestores do Programa e Técnicos no Bolsa Família (BFA) no e-Gestor AB e o Passo a Passo de Como Inserir os dados de acompanhamento no Sistema BFA no e-Gestor AB estão na ABA DOCUMENTOS.

# Mapa de acompanhamento

MENTO SISTEMA BOLSA FAMÍLIA - BFA - 2ª Vigência de 2018								CGAN/DAB/SA					
ORIZONTE Tipo de mapa: Mapa de Famílias por Estabelecimento de Atenção à Saúde Qtd. Pessoas: 773 Qtd. Famílias: 337								Mapa gerado em: 14/09/2018 Código do Mapa: 1:					
TODOS				CRIANÇA				MULHER					
2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
Nome	Data de nascimento	Data de acompanhamento (A)	Ocorrência identificada - Não acompanhamento	Peso em kg (B)	Estatura em cm (B)	Ocorrência identificada - Não Informação Nutricional	Vacinação em dia? (B)	Ocorrência identificada - Não Vacinação	Informação Gestacional (C)	Se gestante - Realizou o Pré-Natal? (D)	Ocorrência identificada - Não Pré-Natal	DUM (D)	
Endereço: AVENIDA NOSSA SENHORA DA PIEDADE 139 PROXIMO A RUA DOUTOR BENEDITO XAVIERE ESCOLA ANTONIO CLEMENTE E UMEI AARAO REIS BAIRRO: AARAO REIS CEP: 31814470 ZONA URBANA			EAS: 0023221 CENTRO DE SAUDE AARAO REIS				Profissional:						
2 - JAQUELINE MATIAS GOES(O)	3 - 26/02/1985	4 -	5 -	6 -	7 -	8 -	9 -	10 -	11 -	12 -	13 -	14 -	
2 - KAMILLE VITORIA GOES GUIMARAES(O)	3 - 25/04/2015	4 -	5 -	6 -	7 -	8 -	9 -	10 -	11 -	12 -	13 -	14 -	
2 - KAYANE MATIAS GOES	3 - 16/09/2007	4 -	5 -	6 -	7 -	8 -	9 -	10 -	11 -	12 -	13 -	14 -	
Endereço: AVENIDA NOSSA SENHORA DA PIEDADE 139 PROX UMEI AARAO REIS BAIRRO: AARAO REIS CEP: 31814470 ZONA URBANA			EAS: 0023221 CENTRO DE SAUDE AARAO REIS				Profissional:						

## Dados do Mapa de Acompanhamento

- ✓ NIS
- ✓ Nome
- ✓ Data de nascimento
- ✓ Data do acompanhamento



- ✓ Peso em Kg
- ✓ Altura em cm
- ✓ Ocorrência identificada não acompanhamento
- ✓ Vacinação em dia
- ✓ Ocorrência da não informação de vacinas
- ✓ Informação gestacional
- ✓ Se a gestante realizou o pre natal
- ✓ Ocorrência da não realização do pre natal
- ✓ DUM
- ✓ Ocorrência da não informação nutricional



# Ocorrências e orientações para preenchimento do mapa

## IDENTIFICAÇÃO DOS CAMPOS:

1. NIS - (Número de Identificação Social)
2. Nome
3. Data de nascimento
4. Data de acompanhamento (A)
5. Ocorrência Identificada - Não acompanhamento
6. Peso em kg (B)
7. Estatura em cm (B)
8. Ocorrência identificada - Não Informação Nutricional
9. Vacinação em dia? (B)
10. Ocorrência identificada - Não Vacinação
11. Informação Gestacional (C)
12. Se gestante - Realizou o Pré-Natal? (D)
13. Ocorrência identificada - Não Pré-Natal
14. DUM (D)
15. Código Familiar
16. Endereço
17. EAS
18. Profissional

## LEIA COM ATENÇÃO AS ORIENTAÇÕES:

### Legendas que serão vistas no cabeçalho do Mapa de Acompanhamento

- A - Preenchimento obrigatório para todos
- B - Preenchimento obrigatório para crianças
- C - Preenchimento obrigatório para mulheres
- D - Preenchimento obrigatório para gestantes

### Legendas que serão vistas ao lado do nome do indivíduo

- (O) - Acompanhamento obrigatório
- (G) - Identificada como Gestante na vigência anterior
- (F) - Identificado(a) como falecido na vigência anterior

## PREENCHA TODOS OS CAMPOS DENTRO DA ORDEM A SEGUIR:

- 1º Passo** - TODOS: Escreva o Estabelecimento de Saúde (EAS) e o Profissional que realizou o acompanhamento.
- 2º Passo** - TODOS: Anote no campo Data do Acompanhamento a data que o profissional de saúde realizou o acompanhamento do indivíduo.
- 3º Passo** - TODOS: Anote nos campos o Peso e a Estatura os dados nutricionais para todos os indivíduos acompanhados.
- 4º Passo** - CRIANÇAS: Anote em "Ocorrência identificada no acompanhamento" uma ocorrência que justifique o NÃO preenchimento do peso e/ou altura (dados nutricionais) para as crianças (**Quadro 1**).
- 5º Passo** - CRIANÇAS: Anote a informação sobre a Situação Vacinal (Sim = em dia ou Não = desatualizada). Caso a vacinação não esteja em dia, devem ser fornecidas as vacinas atrasadas.
- 6º Passo** - CRIANÇAS: Anote em "Ocorrência identificada no acompanhamento" uma ocorrência para os casos de VACINAÇÃO DESATUALIZADA (vacinação = Não) (**Quadro 2**).
- 7º Passo** - MULHERES: Anote a Situação Gestacional, SIM se está gestante e NÃO se não está gestante.
- 8º Passo** - GESTANTES: Caso esteja gestante, informe se está fazendo o Pré-Natal e a Data da Última Menstruação (DUM). Caso a gestante não tenha tido acesso ao pré-natal ainda, encaminhá-la para iniciá-lo o quanto antes.
- 9º Passo** - GESTANTES: Anote em "Ocorrência identificada no acompanhamento" uma ocorrência para a gestante que NÃO tenha iniciado o pré-natal (**Quadro 3**).
- 10º Passo** - TODOS NÃO ACOMPANHADOS: Para os indivíduos não acompanhados, anote um dos motivos do não acompanhamento (**Quadro 4**).

## Motivos de descumprimento das condicionalidades e de não acompanhamento:

### Quadro 1 - Informações Nutricionais

1. Condições de saúde que impedem a ida à UBS
2. Fatos que impedem o deslocamento/acesso à UBS (enchente, falta de transporte, violência no território, etc.)
3. Horário de atendimento na UBS inviável para o(a) beneficiário(a)
4. Responsável/Beneficiário(a) não cumpriu as condicionalidades por questões sociais, culturais, étnicas ou religiosas
5. Condições de saúde que dificultam a coleta dos dados nutricionais (edema, amputação, acamado(a), cadeirante, etc.)
6. Falta de equipamentos antropométricos (balança, antropômetro, etc.)
7. Falta de profissionais capacitados para realizar a coleta dos dados nutricionais
8. Responsável/Beneficiário(a) foi informado (a) pessoalmente de que deveria comparecer à UBS para realizar o acompanhamento das

### Quadro 2 - Vacinação

12. Condições de saúde que impedem a ida à UBS
13. Fatos que impedem o deslocamento/acesso à UBS (enchente, falta de transporte, violência no território, etc.)
14. Horário de atendimento na UBS inviável para o (a) beneficiário (a)
15. Responsável/Beneficiário(a) não cumpriu as condicionalidades por questões sociais, culturais, étnicas ou religiosas
16. Responsável/Beneficiário(a) foi informado (a) pessoalmente de que deveria comparecer à UBS para realizar o acompanhamento das condicionalidades de saúde, mas não o fez
17. Houve recusa em realizar o acompanhamento das condicionalidades dentro da rotina de Atenção Básica de Saúde.
18. Indícios de situação de risco social tal como negligência, abuso sexual, violência intrafamiliar ou outras.

### Quadro 3 - Pré-Natal

22. Condições de saúde que impedem a ida à UBS
23. Fatos que impedem o deslocamento/acesso à UBS (enchente, falta de transporte, violência no território, etc.)
24. Horário de atendimento na UBS inviável para o (a) beneficiário(a)
25. Responsável/Beneficiário(a) não cumpriu as condicionalidades por questões sociais, culturais, étnicas ou religiosas
26. Responsável/Beneficiário(a) foi informado (a) pessoalmente de que deveria comparecer à UBS para realizar o acompanhamento das condicionalidades de saúde, mas não o fez
27. Houve recusa em realizar o acompanhamento das condicionalidades dentro da rotina de Atenção Básica de Saúde.
28. Indícios de situação de risco social tal como negligência, abuso sexual, violência intrafamiliar ou outras.
29. Responsável/Beneficiário (a) afirma que a beneficiária não é mais do programa.
30. Falta de oferta de serviço de pré-natal.

# Acompanhamento

*Bolsa Família  
na Saúde*



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE

BFA



VANESSA PONTE

## Acompanhamento Preencha as informações para localizar o beneficiário

Q Localize o **beneficiário para acompanhar:**

- Pesquisar por **beneficiário**
- Pesquisar por **mapa**

← Voltar



# Pesquisar por beneficiário

**Bolsa Família  
na Saúde**



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE

BFA



VANESSA PONTE



## Acompanhamento Preencha as informações para localizar o beneficiário



Q Localize o **beneficiário** para acompanhar:

Pesquisar por **beneficiário**

Pesquisar por **mapa**

NIS:

Número Identificação Social

Nome:

Nome do indivíduo a ser localizado

Data de Nascimento:

DD/MM/YYYY

Pesquisar

# Acompanhamento por beneficiário ou por código do mapa

## Acompanhamento Preencha as informações para localizar o beneficiário

Q Localize o **beneficiário** para acompanhar:

Pesquisar por **beneficiário**

Pesquisar por **mapa**

Código do Mapa:

Pesquisar



# Registro de acompanhamento pelo Código do mapa

## Resultado da pesquisa:

Legenda:  Ajustar Colunas  Copiar Colunas  Imprimir  Exportar Excel  Acessar mapa

    Pesquisar

Código do Mapa	Data da Geração	Ação
193799	14/09/2018	

Mostrando de 1 até 1 de 1 registros

[← Voltar](#)

# Início do acompanhamento no sistema

## Acompanhamento do **beneficiário**

### Q Dados do beneficiário:

**NIS:** 20434407512

**Nome:** JAQUELINE MATIAS GOES

**Data de Nascimento:** 26/02/1985 **Idade:** 33 anos e 6 meses

**Sexo:** FEMININO

**Endereço:** DA PIEDADE AARAO REIS

### 📄 Informações do acompanhamento

#### Beneficiário acompanhado? \*

-SELECIONE-

### Q DATA DO ACOMPANHAMENTO:

Informe a data do acompanhamento: \*

DD/MM/AAAA

Setembro 2018						
Dom	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sab
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30						

📄 Salvar Acompanhamento

# Acompanhamento da mulher

## Dados do Estabelecimento e Profissional

### Estabelecimento (EAS): \*

CENTRO DE SAUDE AARAO REIS

### Profissional responsável pelo atendimento:

-SELECIONE-

## Informações Nutricionais

Não desejo informar peso e altura

### Peso: 0kg

Use as setas (teclado) para maior precisão

0 kg



### Altura: 0cm

Use as setas (teclado) para maior precisão

0 cm



## Informações da Mulher



# Acompanhamento da Gestante

Peso: 0kg

Use as setas (teclado) para maior precisão

0 kg



Altura: 0cm

Use as setas (teclado) para maior precisão

0 cm



♀ **Informações da Mulher**

É gestante? \*

-SELECIONE-



 Salvar Acompanhamento

 Voltar

# Acompanhamento da gestante

**Peso: 0kg**

Use as setas (teclado) para maior precisão

0 kg



**Altura: 0cm**

Use as setas (teclado) para maior precisão

0 cm



## ♀ Informações da Mulher

**É gestante? \***

SIM

**DUM: \***

DD/MM/AAAA

**Teve acesso ao Pré-Natal? \***

 Salvar Acompanhamento

# Acompanhamento da criança

## Dados do Estabelecimento e Profissional

### Estabelecimento (EAS): \*

CENTRO DE SAUDE AARAO REIS

### Profissional responsável pelo atendimento:

-SELECIONE-

## Informações Nutricionais

### Dado nutricional coletado? \*

SIM

### Peso: 0kg

Use as setas (teclado) para maior precisão

0 kg



### Altura: 0cm

Use as setas (teclado) para maior precisão

0 cm



# Acompanhamento da criança

Dado nutricional coletado? \*

SIM

Peso: 0kg

Use as setas (teclado) para maior precisão

0 kg



Altura: 0cm

Use as setas (teclado) para maior precisão

0 cm



 **Informações da Criança**

Vacinação em Dia? \*

-SELECIONE-

 Salvar Acompanhamento

 Voltar



# PREFEITURA BELO HORIZONTE

GOVERNANDO PARA QUEM PRECISA

