

SUS - SISTEMA MUNICIPAL DE INFORMAÇÃO COMPLEMENTAR

NOTIFICAÇÃO DE SUSPEITA E DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO

INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO DA FICHA NOTIFICAÇÃO

Definição de Caso: Considera-se caso quando houver suspeita de que o trabalho ou as condições em que é realizado sejam fatores de risco à saúde, constituindo-se como causa necessária ou contributiva ou ainda agravante de doenças decorrentes de exposição dos trabalhadores a múltiplos fatores de risco em que as condições de trabalho possam aumentar a probabilidade de sua ocorrência, provoquem distúrbio latente ou agravem doença já estabelecida. Podem ser demonstradas pela clínica, por exames complementares ou por nexo epidemiológico.

Utilizar-se-á este instrumento para os casos acima definidos, em especial para os casos ainda não confirmados e para os confirmados que não têm FIE específica no SINAN.

N.º - Anotar um número de notificação designado pela SUVIS (sequência numérica específica para a ficha municipal, fornecida pela COVISA) para identificação do caso. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**. Obs.: Os serviços (que não receberam sequência numérica) e profissionais devem encaminhar a ficha não numerada em papel, à SUVIS que providenciará a numeração e digitação.

1 - Este campo identifica o tipo de notificação, informação necessária à digitação. Não é necessário preencher.

2 - Agravamento/Doença - Nome do agravamento/doença, nome que consta do CID 10, cuja suspeita está sendo notificada. **CAMPO ESSENCIAL**.

3 - Código (CID10) - Código correspondente ao agravamento acima e cuja suspeita está sendo notificada, estabelecido no CID 10. Na digitação o item abrirá tabela para ser assinalada eletronicamente. Campo de preenchimento **OBRIGATÓRIO**

4 - Anotar a data da notificação: data de preenchimento da ficha de notificação. Campo de preenchimento **OBRIGATÓRIO**.

5- Anotar a **data dos primeiros sintomas**. Se o trabalhador não souber informar, colocar a data do atendimento (primeiro). Campo **ESSENCIAL**.

6 - Sigla da **Unidade Federada (UF)** que está realizando a notificação - **SP**.

7 - Nome completo do **município** (ou código segundo cadastro do IBGE) – **São Paulo**- onde está localizada a unidade de saúde (ou outra fonte notificadora) que está realizando a notificação.

8 - Preencher com o nome completo (ou código correspondente ao Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde –CNES) da unidade de saúde (ou outra fonte notificadora) que realizou a notificação. Nome é campo de **OBRIGATÓRIO**. Ex: se for consultório particular, escrever: Consultório do Dr. Fulano de Tal.

9- Preencher com o **nome** completo do paciente (sem abreviações). Campo de preenchimento **OBRIGATÓRIO**.

10 - Preencher com a **data de nascimento** do paciente (dia/mês/ano) de forma completa.

11 - Anotar a **idade** do paciente somente se a data de nascimento for desconhecida (Ex. 22 dias = 2_ 22; 11 meses = 3_ 11; 26 anos = 4_ 26. Se o paciente não souber informar sua idade, anotar a idade aparente.

OBS: Se a data de nascimento não for preenchida, a idade será campo de preenchimento **OBRIGATÓRIO**.

12 - Informar o **gênero** do paciente (M = masculino, F = feminino e I = ignorado). Campo de preenchimento **OBRIGATÓRIO**.

13 – Preencher com a idade gestacional, quando gestante. Campo **ESSENCIAL**, quando gênero F = feminino.

14 - Preencher com o código correspondente à cor ou raça declarada pela pessoa: 1) Branca; 2) Preta; 3) Amarela (compreendendo-se nesta categoria a pessoa que se declarou de raça amarela); 4) Parda (incluindo-se nesta categoria a pessoa que se declarou mulata, cabocla, cafuza, mameluca ou mestiça de preto com pessoa de outra cor ou raça); 5) Indígena- considerando-se nesta categoria a pessoa que se declarou indígena.

15 - Preencher com a série e grau que a pessoa está frequentando ou frequentou considerando a última série concluída com aprovação ou grau de instrução do paciente por ocasião da notificação.

16 - Preencher com o número do **CARTÃO ÚNICO** do Sistema Único de Saúde – SUS.

- 17 - Preencher com o nome completo da mãe do paciente (sem abreviações). Campo de preenchimento OBRIGATÓRIO.
- 18 - Preencher com a sigla da Unidade Federada (UF) de residência do paciente. . (No registro eletrônico, haverá tabela, anexa ao campo, para assinalar código correspondente). Campo de preenchimento OBRIGATÓRIO.
- 19 - Anotar o nome do município (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE) da residência do paciente. . (No registro eletrônico, haverá tabela, anexa ao campo, para assinalar código correspondente). Campo de preenchimento OBRIGATÓRIO.
- 20 - Anotar o nome da SUVIS de residência do paciente. No registro eletrônico, haverá tabela, anexa ao campo, para assinalar código correspondente. Se ignorada ou não se aplica por ser fora do município, assinalar 99.
- 21 - Anotar o nome do **distrito administrativo –DA.** de residência do paciente. (No registro eletrônico, haverá tabela, anexa ao campo, para assinalar código correspondente). Obs.: se informação ignorada ou não se aplicar por ser fora do município, assinalar 99.
- 22 - Anotar o nome completo com avenida, rua, travessa, etc. e ou registrar código correspondente do logradouro da residência do paciente. Se o paciente for indígena aldeado, anotar o nome da aldeia.
- 23 - Anotar o número do logradouro da residência do paciente.
- 24 - Anotar o complemento do logradouro (ex. Bloco B, apto 402, lote 25, casa 14, etc.).
- 25 - Anotar o código de endereçamento postal (CEP) do logradouro (avenida, rua, travessa, etc.) da residência do paciente.
- 26 - Anotar o ponto de referência para localização da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto (perto da padaria do João).
- 27 - Anotar DDD e telefone do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto.
- 28 - Zona de residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto por ocasião da notificação (Ex. 1= área com características estritamente urbana; 2 = área com características estritamente rural; 3= área rural com aglomeração populacional que se assemelha a uma área urbana).
- 29 - Anotar o nome do país de residência quando o paciente notificado residir em outro país.
- 30 - Identificar e descrever a ocupação e função desenvolvida pelo trabalhador na data dos primeiros ou, se não for possível, na data do atendimento. Campo de preenchimento OBRIGATÓRIO.
- 31 – CBO - Registrar código brasileiro de ocupação quando dos primeiros sintomas ou, se não souber, na data do primeiro atendimento. Campo de preenchimento OBRIGATÓRIO, na digitação. No registro eletrônico, haverá tabela, anexa ao campo, para assinalar código correspondente.
- 32 - Identificar a situação no mercado de trabalho, conforme as alternativas apresentadas. Campo de preenchimento OBRIGATÓRIO.
- 33 - Anotar o tempo de trabalho na ocupação na data dos primeiros sintomas ou, se não souber, na data do primeiro atendimento.
- 34 - Anotar o nome do empregador/empresa contratante (pessoa física ou razão social). Campo de preenchimento OBRIGATÓRIO.
- 35 - Anotar o número de registro do empregador/ empresa contratante – (Cadastro de Pessoa Física- CPF ou Código Nacional de Pessoa Jurídica- CNPJ).
- 36 - O que o empregador/empresa contratante faz? Descrever em detalhe para possibilitar codificação e quando possível, registrar o nome do ramo de atividade econômica correspondente ao código nacional de atividade econômica (CNAE) empresa contratante/empregador. Campo ESSENCIAL.
- 37 - Anotar o código CNAE do ramo de atividade econômica da empresa contratante/empregador. Será fornecida a Tabela CNAE aos digitadores para pesquisa. Campo ESSENCIAL.
- 38 - Anotar a unidade federada, o estado onde está localizado o empregador/ empresa contratante. Campo de preenchimento OBRIGATÓRIO. Haverá tabela das Unidades federadas, anexa ao campo, incluindo UF desconhecida.

- 39- Anotar o município onde está localizado o empregador/empresa contratante. Campo de preenchimento OBRIGATÓRIO. Haverá tabela dos municípios do Estado de São Paulo, anexa ao campo, incluindo município desconhecido ou fora do Estado.
- 40- Anotar o nome da SUVIS do município de SP onde está localizado o empregador / empresa contratante. Haverá tabela das SUVIS do município de São Paulo, anexa ao campo, incluindo SUVIS desconhecida ou não se aplica.
- 41- Anotar o distrito administrativo–DA do município, onde está localizado o empregador/ empresa contratante. Haverá tabela dos DA do município de São Paulo, anexa ao campo, incluindo DA desconhecida ou não se aplica.
- 42- Fundamental anotar o endereço da empresa contratante ou empregador com rua/ avenida/ praça pelo serviço ou profissional de saúde. É essencial o registro do CEP, quando possível, para facilitar a localização do empregador e ambiente de trabalho. O campo endereço é de fundamental para prosseguimento das investigações e se não for preenchido pela unidade de saúde na notificação, demandará pesquisa e contatos posteriores com o serviço, com o trabalhador e com a empresa, além da verificação da carteira de trabalho. Campo de preenchimento OBRIGATÓRIO. Haverá tabela dos endereços do Município de São Paulo, anexa ao campo, incluindo endereço desconhecido e fora do município, quando abrirá campo para digitação direta.
- 43- Anotar o número das instalações do empregador / empresa contratante.
- 44- Anotar um ponto de referência para localização do empregador / empresa contratante.
- 45- Anotar o telefone do empregador/ empresa contratante.
- 46- Caso esteja sendo utilizado o georreferenciamento, informar o local que foi adotado para o campo Geocampo1 (ex. Se o município estiver usando o Geocampo1 para informar a quadra ou número, nele deve ser informado o número da quadra ou número).
- 47- Caso esteja usando georreferenciamento, informar o local que foi adotado para o campo Geocampo2.
- 48- Identificar se o empregador/empresa contratante é empresa intermediária (terceirizada, quarterizada, etc). Se o empregador assim for, preencha campos de 49 a 60. Campo de preenchimento OBRIGATÓRIO.
- 49- O que a empresa responsável principal pela atividade final faz? Anotar/descrever qual a atividade econômica da empresa principal, se a empresa contratante for intermediária. Campo ESSENCIAL
- 50 – Registre o código CNAE da empresa responsável principal.
- 51- Anotar a unidade federada, o estado onde está localizada a empresa responsável principal. Campo ESSENCIAL. Haverá tabela das Unidades federadas, anexa ao campo, incluindo UF desconhecida.
- 52- Anotar o município onde está localizada a empresa principal. Campo ESSENCIAL. Haverá tabela dos municípios do Estado de São Paulo, anexa ao campo, incluindo município desconhecido ou fora do Estado.
- 53- Anotar a razão social (nome) da empresa principal. Campo ESSENCIAL.
- 54- Anotar o número de registro da empresa principal- Código nacional de Pessoa Jurídica- CNPJ.
- 55- Anotar a SUVIS do município onde está localizada a empresa responsável principal. Haverá tabela das SUVIS do município de São Paulo, anexa ao campo, incluindo SUVIS desconhecida ou não se aplica.
- 56- Anotar o distrito administrativo - DA do município onde está localizada a empresa principal. Haverá tabela dos DA do município de São Paulo, anexa ao campo, incluindo DA. desconhecido ou não se aplica.
- 57- Anotar o endereço da empresa com rua, avenida, praça (fundamental para localizar o ambiente de trabalho e pelo grande contingente de terceirizações no município) e o CEP da empresa principal. Campo ESSENCIAL. Haverá tabela dos endereços do Município de São Paulo, anexa ao campo, incluindo endereço desconhecido e fora do município, quando abrirá campo para digitação direta.
- 58- Anotar o número das instalações da empresa responsável principal. Campo ESSENCIAL.
- 59- Anotar um ponto de referência para localização da empresa principal.
- 60- Anotar o telefone da empresa responsável principal.

Ex: No caso de uma doença em um auxiliar de limpeza, funcionário de uma limpadora contratada por uma O.S., que é contratada pela prefeitura para administrar uma determinada UBS o empregador é a limpadora quarteirizada (campos 36 a 47), a empresa responsável principal é a Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura (SMS/PMSP com sua Razão Social, CNPJ e endereço nos campos 49 a 60), a OS é intermediária terceirizada (ex.: Fundação Faculdade de Medicina – com razão social e endereço a ser acrescentado no campo aberto); o local de trabalho, também a ser acrescentado no campo aberto, será o endereço da UBS.

Os campos não obrigatórios até este ponto poderão ser complementados durante a investigação sem prejuízo da gravação dos dados já registrados.

Os campos deste ponto em diante serão preenchidos posteriormente durante a investigação do caso.

61– Identificar a data da investigação

62 – Registrar o diagnóstico definitivo conforme o CID 10 e o próprio código CID 10.

63 – Registrar o critério de confirmação diagnóstica conforme codificação: 1 = Laboratorial, 2 = Clínico-epidemiológico, 3 = Laboratorial + clínico-Epidemiológico.

64 – Registrar a confirmação ou não da relação entre o diagnóstico definitivo com o trabalho.

65- Identificar qual foi a evolução do caso, conforme as alternativas apresentadas.

66 – Identificar se houve investigação no local de trabalho. (preencher na data do encerramento)

67- Identifique se foi emitida a “Comunicação de Acidente do Trabalho” para o INSS.

68- Identifique, se houve óbito, a data em que ocorreu.

69- Identifique a data do encerramento do caso.

Se os campos 61, 62, 63, 64 e 65 não forem preenchidos, o caso não poderá ser encerrado e o campo 69 não poderá ser preenchido.

Informações Complementares e Observações – Utilize o espaço de observações para acrescentar quaisquer informações que julgar importante, além das já destacadas nos itens de 1 a 8.

I - Nº da FIE específica: Preencher nos casos confirmados com ficha própria (SINAN ou outras Municipais).

II - Havendo outras empresas intermediárias dividindo a responsabilidade pelo trabalho, registrar os nomes e endereços das mesmas.

III- Local de Trabalho quando dos primeiros sintomas é: Igual ao do empregador ____; Igual à da Empresa Principal ____; Igual à da intermediária A ou B Outra _____. Colocar um X na alternativa correta sobre o local de trabalho, quando dos primeiros sintomas ou, se não souber, na data primeiro atendimento.

Se o local de trabalho for outro, diferente dos locais das empresas já anotadas, registrar o **endereço:** (também quando dos primeiros sintomas ou na data primeiro atendimento - campo essencial para propiciar investigação):

Destacamos algumas informações muito importantes:

IV - Registrar se houveram outros casos similares em seu local de trabalho e atividade: _____

V - Registrar se o trabalhador já teve outras doenças ou acidentes relacionados ao trabalho: _____

VI- Registrar se o trabalhador foi transferido ou demitido após apresentar sintomas da doença: _____

Outras Informações Pertinentes: _____ (Acrescentar outras informações necessárias)

Campos não numerados:

Identifique o município e a U.S. - Unidade de Saúde que realizou esta investigação.

Anote o código da U.S.

Identifique o nome de quem realizou esta investigação.

Identifique a função de quem realizou esta investigação.

O investigador deve assinar esta investigação.

Obs.: Os Campos de “**Preenchimento Obrigatório**”, quando não preenchidos no sistema informatizado, levarão ao não registro de toda a ficha, obrigando a iniciar novamente a digitação desde o início.

Os campos de **preenchimento obrigatório e os essenciais** são fundamentais para a identificação do caso e para que haja a possibilidade de investigação epidemiológica e de ambientes de trabalho.

Área Técnica de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora da SMS

Gerência de Vigilância em Saúde do Trabalhador e Núcleo Técnico de Informação em Vigilância em Saúde da Coordenação de Vigilância em Saúde – COVISA

