



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde

Manual para uso do SINAN NET

SAÚDE DO TRABALHADOR

Análise da qualidade da base de dados e cálculos operacionais
dos agravos e doenças relacionados ao trabalho

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ

MANUAL PARA USO DO SINAN NET, ANÁLISE DA
QUALIDADE DA BASE DE DADOS E CÁLCULOS
OPERACIONAIS DOS AGRAVOS E DOENÇAS
RELACIONADOS AO TRABALHO

Fortaleza - Ceará

Governador do Ceará
Camilo Sobreira de Santana

Vice-governadora
Maria Izolda Cella Arruda Coelho

Secretário da Saúde do Estado do Ceará
Henrique Jorge Javi de Sousa

Secretário Adjunto da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará
Marcos Antônio Gadelha Maia

Secretária Executiva da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará
Lilian Alves Amorim Beltrão

Coordenadoria de Promoção e Proteção à Saúde
Márcio Henrique de Oliveira Garcia

Supervisão do Núcleo de Informação e Análise em Saúde
Thais Nogueira Facó de Paula Pessoa

Supervisão do Núcleo de Vigilância Ambiental
Edenilo Baltazar Barreira Filho

Catologação na fonte
Maria Claudete Silva Barros CRB 3/1017

C387m

Ceará. Secretaria da Saúde do Estado.

Manual para uso do SINAN NET, análise da qualidade da base de dados e cálculos operacionais dos agravos e doenças relacionados ao trabalho [recurso eletrônico] / Secretaria da Saúde do Estado do Ceará; Clara Maria Nantua Evangelista de Farias e Gisela Maria Matos Serejo (Org.). –Fortaleza: Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, 2017.

85 p.

ISBN: 978-85-98693-70-5

1. Saúde pública. 2. Saúde do trabalhador. 3. Vigilância em saúde. 4. Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN. I. Farias, Clara Maria Nantua Evangelista de. II. Serejo, Gisela Maria Matos. III. Título.

CDD: 362.1

EQUIPE DE ELABORAÇÃO

Coordenadoria de Promoção e Proteção à Saúde – COPROM

Márcio Henrique de Oliveira Garcia

Núcleo de Vigilância Ambiental – NUVAM

Edenilo Baltazar Barreira Filho

Telefone: (85) 3101.5229

E-mail: edenilo.barreira@saude.ce.gov.br

Núcleo de Análise e Informação em Saúde – NUIAS

Thais Nogueira Facó de Paula Pessoa

Telefone: (85) 3101.5213 / 3101.5233

E-mail: thais.pessoa@saude.ce.gov.br

Av. Almirante Barroso, 600, bloco D, Praia de Iracema, Fortaleza, Ceará
CEP 60060-440

Elaboração

Clara Maria Nantua Evangelista de Farias - NUIAS

Gisela Maria Matos Serejo - NUVAM / VISAT

Colaboração

Ana Rita Paulo Cardoso – NUIAS

Fernanda Cândido Santos Euzebio- - CRST Juazeiro do Norte

Georgiana Álvares de Andrade Viana – NUIAS

Jane Mary de Miranda Lima Martins - SESMT - Hospital e Maternidade José

Martiniano de Alencar

Regiane de Moraes Araújo – NUIAS

Vânia Maria Araújo Loureiro- CEREST Fortaleza

Verena Emmanuelle Soares Ferreira – CEREST Sobral

SUMÁRIO

Apresentação

1. Introdução

2. Definições Gerais

3. Vigilância em saúde (Portaria nº 1.378, de 9 de julho de 2013)

3.1. Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT)/Vigilância de doenças e agravos relacionadas ao trabalho

4. Sistema de Informação de Agravos de Notificação- Sinan

4.1. Inclusão de notificações dos ADRTs

4.2. Orientações sobre o preenchimento dos campos das fichas de investigação dos ADRTs.

4.3. Orientações sobre duplicidade

4.3.1. Procedimentos com relação a duplicidade de registros

5. Análise de qualidade da base de dados do Sinan.

5.1. Uso do Sinan para análise dos dados

5.1.1. Passo a passo de como exportar a base de dados para o formato DBF.

5.1.2. Ferramenta – TABWIN

5.2. Análise de completitude da base de dados do Sinan.

5.3. Análise de consistência da base de dados do Sinan

6. Indicadores de monitoramento dos ADRTs

6.1. Proporção de municípios com casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho notificados

6.2. Proporção de preenchimento do campo "ocupação" nas notificações de agravos relacionados ao trabalho

Referências bibliográficas

Anexos

APRESENTAÇÃO

A Constituição Federal de 1988 reconheceu a saúde como um direito de todos e dever do Estado e estabeleceu como objetivo do Sistema Único de Saúde “colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho”.

Com a edição da lei 8.080 de 1990, Saúde do Trabalhador é definida como “um conjunto de atividades que, através das ações de Vigilância Sanitária e Epidemiológica, se destina à promoção e proteção, à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos provenientes das condições de trabalho”.

Segundo dados do Dataprev e Datasus, no ano de 2011 foram 38.472.287 segurados da Previdência Social com cobertura para acidentes do Trabalho no Brasil e em 2013 foram 2.797 óbitos por acidente de trabalho.

Mesmo diante destes números percebemos a existência de uma subnotificação no SINAN NET, para lidar com esta realidade faz-se necessário uma maior integração entre as Ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador e a Atenção Básica, pois esta é a responsável pelas notificações dos agravos decorrentes do Trabalho, justificando assim a importância deste manual orientador.

Portanto, é esperado que com a publicação deste manual ocorra uma melhor qualificação da análise da base de dados e cálculos operacionais dos agravos e doenças relacionados ao trabalho.

1. INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), instituída pela Portaria 1.823/GM/MS, de 23/08/2012, é uma política que apresenta interfaces com as políticas econômicas, de indústria e comércio, agricultura, ciência e tecnologia, educação e justiça, além de estar diretamente relacionada às políticas do trabalho, previdência social e meio ambiente. A mesma deve estar articulada com as organizações de trabalhadores e as estruturas organizadas da sociedade civil, de modo a garantir a participação e dar subsídios para a promoção de condições de trabalho dignas, seguras e saudáveis para todos os trabalhadores.

A PNSTT é um instrumento orientador da atuação do setor saúde no campo da saúde dos trabalhadores, com o objetivo de promover e proteger a saúde dos mesmos, por meio de ações de promoção, vigilância e assistência; explicitar as atribuições do setor saúde no que se refere às questões de Saúde do Trabalhador (ST) de modo a dar visibilidade à questão e viabilizar a pactuação intra e intersetorial, fomentar a participação e o controle social e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos¹.

A vigilância em saúde do trabalhador representa um segmento estratégico para a sustentabilidade do sistema de vigilância em saúde uma vez que a integração com as vigilâncias epidemiológica, ambiental e sanitária necessita do olhar cuidadoso sobre o trabalhador usuário do Sistema Único de Saúde (SUS). Faz-se importante compreender que os processos produtivos colocam em foco variáveis que influenciam, direta ou indiretamente, a ocorrência de acidentes e respondem por determinantes ou condicionantes dos agravos que guardam relação com o trabalho.

Portanto, a informação em Saúde do Trabalhador deve ser construída como parte do Sistema Nacional de Informação em Saúde, em sintonia com os novos paradigmas e as principais diretrizes do SUS³.

2. DEFINIÇÕES GERAIS:

Trabalho - qualquer atividade humana, física ou intelectual, com o objetivo de fazer, transformar ou obter algo, por meio de sua força de trabalho, para sua subsistência². Vale ressaltar que há diferença entre trabalho e emprego. Enquanto o primeiro envolve a atividade executada em si, o segundo refere-se ao cargo ou ocupação de um indivíduo numa empresa ou órgão público.

Trabalhadores- todos os homens e mulheres que exercem atividades para sustento próprio e/ou de seus dependentes, qualquer que seja sua forma de inserção no mercado de trabalho, nos setores formais ou informais da economia. Estão incluídos nesse grupo os indivíduos que trabalharam ou trabalham como empregados assalariados, trabalhadores domésticos, trabalhadores avulsos, trabalhadores agrícolas, autônomos, servidores públicos, trabalhadores cooperativados e empregadores (particularmente, os proprietários de micro e pequenas unidades de produção). São também considerados trabalhadores aqueles que exercem atividades não remuneradas habitualmente, em ajuda a membro da unidade domiciliar que tem uma atividade econômica, os aprendizes e estagiários e aqueles temporária ou definitivamente afastados do mercado de trabalho por doença, aposentadoria ou desemprego¹.

Trabalho Infantil - são as atividades econômicas e/ou atividades de sobrevivência, com ou sem finalidade de lucro, remuneradas ou não, realizadas por crianças ou adolescentes em idade inferior a 16 (dezesesseis) anos, ressalvada a condição de aprendiz a partir dos 14 (quatorze) anos, independentemente da sua condição ocupacional. Para efeitos de proteção ao adolescente trabalhador será considerado todo trabalho desempenhado por pessoa com idade entre 16 e 18 (dezoito) anos e, na condição de aprendiz, de 14 a 18 anos, conforme definido pela Emenda Constitucional nº 20, de 15 de dezembro de 1998¹².

Ocupação - A Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), instituída por portaria ministerial nº. 397, de 9 de outubro de 2002, tem por finalidade a

identificação das ocupações no mercado de trabalho, para fins classificatórios junto aos registros administrativos e domiciliares. Os efeitos de uniformização pretendida pela Classificação Brasileira de Ocupações são de ordem administrativa e não se estendem as relações de trabalho⁶.

Importante lembrar quando do registro da Ocupação:

a) O “nome” da Ocupação não é necessariamente aquele relatado pelo trabalhador, há situações em que o investigador, baseando-se nas informações colhidas na história ocupacional, ajustadas à definição existente na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) versão 2002, afere o nome da ocupação a ser registrada.

b) Quando o trabalhador referir que está desempregado:

- sem atividade no momento, anotar a última ocupação;
- exercendo atividade como autônomo ou no mercado informal, anotar ocupação referente à atividade exercida no momento.

c) Para aposentado:

- sem exercer nenhuma atividade no momento, anotar a última ocupação;
- se estiver exercendo atividade como autônomo ou no mercado informal, ou ainda como empregado, anotar ocupação referente à atividade exercida no momento;

d) Quando o indivíduo está em desvio de ocupação: registrar a ocupação que o trabalhador efetivamente exerce.

Empregado – Pessoa que trabalha para um empregador (pessoa física ou jurídica), geralmente obrigando-se ao cumprimento de uma jornada de trabalho e recebendo, em contrapartida, uma remuneração em dinheiro, mercadorias, produtos e benefícios (moradia, comida, roupas, etc.). Nesta categoria inclui-se a pessoa que presta o serviço militar obrigatório, e também o sacerdote, ministro de igreja, pastor, rabino, frade, freira e outros clérigos⁴.

Empregado registrado com carteira assinada – trabalhadores regidos pelo

regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT)⁴.

Empregado não registrado - trabalhadores não regidos pela CLT, e aqueles que durante pelo menos uma hora na semana, ajudam a membro da unidade domiciliar, na produção de bens primários ou mineral, caça, pesca e piscicultura; como aprendiz ou estagiário ou em ajuda a instituição religiosa, beneficente ou de cooperativismo⁴.

Autônomo / conta própria – É o indivíduo que trabalha por conta própria, prestando serviços a uma ou mais empresas ou indivíduos, e que contribui como autônomo para a Previdência Social⁴. Inclui:

- a) O profissional liberal que contribui para o INSS.
- b) Biscateiro, camelô, diarista, sacoleira, lavador de carro, etc., enfim, todos os trabalhadores informais, que contribuem para o INSS.

Servidor público estatutário - pessoa que trabalha em instituição, fundação, autarquia, etc., do Poder Público (Executivo, Legislativo ou Judiciário), militares das Forças Armadas (Exército, Marinha e Aeronáutica) ou das Forças Auxiliares (Polícia Militar, Corpo de Bombeiros) regidos pelo Regime Jurídico dos Funcionários Públicos de qualquer instância (federal, estadual e municipal).

Servidor público celetista - pessoa que trabalha em instituição, fundação, autarquia, etc, do Poder Público (Executivo, Legislativo ou Judiciário) regida pela CLT.

Aposentado – É o indivíduo que recebe aposentadoria de qualquer espécie, e que não exerce mais atividades profissionais.

Desempregado – Indivíduo que não possui emprego, mas que está em busca.

Trabalhador temporário - é aquele prestado por pessoa física a uma empresa/empregador, para atender a necessidade transitória de substituição de seu pessoal regular e permanente ou a acréscimo extraordinário de serviços

e, está regulamentado pela Lei nº 6.019, de 03 de janeiro de 1974 e pelo Decreto 73.841, de 13 de março de 1974.

Cooperativado - regulamentado pela Lei nº 12.690/2012, que classifica as cooperativas de trabalho em *cooperativas de produção*: subtende-se de objetos tangíveis o alimento, vestimentas, aparelho telefônico, uma moradia, entre outros objetos que satisfazem necessidades; e *cooperativas de serviços* como o trabalho feito pelo vendedor que atende algum desejo ou necessidade de quem o compra (uma aula, limpeza de cômodos, um tratamento de saúde, etc.), o efeito do serviço é visível, mas a atividade que o produziu não é tangível, na verdade se trata de um bem imaterial, que só pode ser usufruído enquanto é produzido.

Trabalhador Avulso - O decreto nº 3.048/99 diz que é “aquele que, sindicalizado ou não, presta serviços de natureza urbana ou rural, sem vínculo empregatício, a diversas empresas, *com intermediação obrigatória do sindicato de sua categoria profissional (fora da faixa portuária) ou do órgão gestor de mão de obra (na área portuária)*”. O trabalhador avulso pode ser portuário e não portuário. O avulso tem os direitos previstos na *Constituição Federal de 1988 (inciso XXXIV, art. 7º)*, os portuários são regidos pela *Lei 8.630/93* e os não portuários pela *Lei 12.023*, de 27 de agosto de 2009. Avulsos não portuários são aqueles que trabalham na movimentação de mercadorias em geral, tais como: serviços de cargas e descargas de mercadorias a granel e ensacados, costura, pesagem, embalagem, enlonamento, ensaque, arrasto, posicionamento, acomodação, reordenamento, reparação de carga, amostragem, arrumação, remoção, classificação, empilhamento, transporte com empilhadeiras, paletização; operações de equipamentos de carga e descarga; pré- limpeza e limpeza em locais necessários à viabilidade das operações ou à sua continuidade.

Empregador – Pessoa que trabalha explorando o seu próprio empreendimento com pelo menos um empregado (IBGE, 2016).

Outros - Refere-se aos trabalhadores no mercado informal que não contribuem para o INSS; funcionários públicos estatutários, militares nos três

níveis de governo, empregadores que exercem atividades ligadas à produção de bens e serviços, presidiários com atividade remunerada; o sacerdote, ministro de igreja, pastor, rabino, frade, freira e outros clérigos e quaisquer outras formas de trabalho em situações de ocupação não anteriormente descritas.

Importante lembrar quando do registro de dados da Empresa Contratante:

Quando o indivíduo exerce uma mesma ocupação tendo mais de um emprego, deve-se interrogá-lo sobre a empresa/empregador que ele considera como principal. **O responsável pelo atendimento/investigação deve orientar o trabalhador na escolha da empresa/empregador principal, baseando-se no critério de maior risco ocupacional.**

Empresa Terceirizada - Terceirização é uma das formas de relação entre empresas no processo de organização da produção. É o processo pelo qual uma empresa deixa de executar uma ou mais atividades realizadas por trabalhadores diretamente contratados e as transfere para outra empresa. Nesse processo, a empresa que terceiriza é chamada “empresa-mãe ou contratante” e a empresa que executa a atividade terceirizada é chamada de “empresa terceira ou contratada”. A terceirização se realiza de duas formas não excludentes. Na primeira, a empresa deixa de produzir bens ou serviços utilizados em sua produção e passa a comprá-los de outra(s) empresa(s), o que provoca a desativação, parcial ou total, de setores que anteriormente funcionavam no interior da empresa. A outra forma é a contratação de uma ou mais empresas para executar, dentro da “empresa-mãe”, tarefas anteriormente realizadas por trabalhadores contratados diretamente. Essa segunda forma de terceirização pode referir-se tanto a atividades-fim como a atividades-meio. Entre as últimas podem estar, por exemplo, limpeza, vigilância e alimentação.

Cadastro Nacional de Atividades Econômicas (CNAE) - Classificação usada no Sistema Estatístico Nacional e na Administração Pública é amplamente usada na produção e disseminação de informações por tipo de atividade econômica nas áreas das estatísticas econômicas e socioeconômicas. A tabela de códigos e denominações da CNAE foi oficializada mediante publicação no DOU, Resoluções IBGE/CONCLA nº 01 de 04 de setembro de 2006 e nº 02, de

15 de dezembro de 2006, CNAE 2.0 (disponível na internet).

Seção	Divisões	Descrição CNAE
A	01 .. 03	AGRICULTURA, PECUÁRIA, PRODUÇÃO FLORESTAL, PESCA E AQUICULTURA
B	05 .. 09	INDÚSTRIAS EXTRATIVAS
C	10 .. 33	INDÚSTRIAS DE TRANSFORMAÇÃO
D	35 .. 35	ELETRICIDADE E GÁS
E	36 .. 39	ÁGUA, ESGOTO, ATIVIDADES DE GESTÃO DE RESÍDUOS E DESCONTAMINAÇÃO
F	41 .. 43	CONSTRUÇÃO
G	45 .. 47	COMÉRCIO; REPARAÇÃO DE VEÍCULOS AUTOMOTORES E MOTOCICLETAS
H	49 .. 53	TRANSPORTE, ARMAZENAGEM E CORREIO
I	55 .. 56	ALOJAMENTO E ALIMENTAÇÃO
J	58 .. 63	INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO
K	64 .. 66	ATIVIDADES FINANCEIRAS, DE SEGUROS E SERVIÇOS RELACIONADOS
L	68 .. 68	ATIVIDADES IMOBILIÁRIAS
M	69 .. 75	ATIVIDADES PROFISSIONAIS, CIENTÍFICAS E TÉCNICAS
N	77 .. 82	ATIVIDADES ADMINISTRATIVAS E SERVIÇOS COMPLEMENTARES
O	84 .. 84	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA, DEFESA E SEGURIDADE SOCIAL
P	85 .. 85	EDUCAÇÃO
Q	86 .. 88	SAÚDE HUMANA E SERVIÇOS SOCIAIS
R	90 .. 93	ARTES, CULTURA, ESPORTE E RECREAÇÃO
S	94 .. 96	OUTRAS ATIVIDADES DE SERVIÇOS
T	97 .. 97	SERVIÇOS DOMÉSTICOS
U	99 .. 99	ORGANISMOS INTERNACIONAIS E OUTRAS INSTITUIÇÕES EXTRATERRITORIAIS

Emissão de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) - Regulamentada no Brasil pelo Decreto nº 2.173/97; a empresa deverá comunicar o acidente do trabalho, ocorrido com seu empregado *havendo ou não afastamento do trabalho*, até o primeiro dia útil seguinte ao da ocorrência e, em caso de morte, de imediato à autoridade competente, sob pena de multa variável entre o limite mínimo e o teto máximo do salário de contribuição, sucessivamente aumentada nas reincidências⁴.

As ocorrências que deverão ser comunicadas ao INSS:

Ocorrências	Tipos de CAT
a) acidente de trabalho, típico, trajeto, doença profissional, do trabalho ou óbito imediato.	CAT inicial
b) casos de afastamento por agravamento de lesão de acidente do trabalho, doença profissional ou do trabalho, já comunicado anteriormente ao INSS (CAT inicial).	CAT reabertura
c) exclusivamente para falecimento decorrente de acidente ou doença profissional ou do trabalho, ocorrido após a emissão da CAT inicial.	CAT comunicação de óbito

A comunicação será feita ao INSS por intermédio de formulário CAT, disponível na Internet, preenchido em 04 (quatro) vias destinadas para os seguintes órgãos:

- ✓ 1ª via ao INSS;
- ✓ 2ª via ao segurado ou dependente;
- ✓ 3ª via ao sindicato de classe do trabalhador;
- ✓ 4ª via à empresa.

Se a empresa não fizer o registro da CAT, o próprio trabalhador, o dependente, a entidade sindical, o médico ou a autoridade pública (magistrados, membros do Ministério Público e dos serviços jurídicos da União e dos estados ou do Distrito Federal e comandantes de unidades do Exército, da Marinha, da Aeronáutica, do Corpo de Bombeiros e da Polícia Militar) poderão efetivar a qualquer tempo o registro deste instrumento junto à Previdência Social, o que não exclui a possibilidade da aplicação da multa à empresa.

3. VIGILÂNCIA EM SAÚDE

A portaria nº 1.378, de 9 de julho de 2013, regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e inclui a VISAT como uma das ações da Vigilância em Saúde (Art. 4º item VI)⁷. A portaria nº 328, de 7 de março de 2016, que revisa a relação de metas e seus respectivos indicadores do Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS), também estabelece diretrizes para monitoramento de indicadores que trata do preenchimento do campo “ocupação” nas notificações de agravos relacionados ao trabalho.

3.1. Vigilância em saúde do trabalhador (VISAT) / Vigilância de agravos e doenças relacionadas ao trabalho (ADRT)

A vigilância de agravos e doenças relacionadas ao trabalho consiste principalmente na identificação precoce de casos, sua investigação e registro. Além disso, inclui a investigação de determinantes do adoecimento, assim como do estabelecimento donexo. A participação dos trabalhadores é fundamental em todos os momentos do processo, desde a identificação de casos, à compreensão dos mecanismos patológicos e de resistência a eles, à investigação das condições de trabalho, à produção de medidas de promoção da saúde e o próprio tratamento do agravo¹.

Atualmente as doenças e agravos para notificação compulsória no Brasil estão regulamentados por duas portarias abaixo especificadas, a primeira quanto aos agravos universais e a segunda define as doenças a serem monitoradas em rede sentinela.

A portaria GM/MS nº 204 de 17/02/2016, que define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, revoga a portaria nº 1.271 de 06/06/2014⁸.

Quadro 1: Lista Nacional de Notificação Compulsória universal de doenças e agravos relacionadas ao trabalho

DOENÇA OU AGRAVO	Periodicidade de notificação	
	Imediata (\leq 24 h) para SMS	Semanal
Acidente de trabalho com exposição a material biológico		X
Acidente de trabalho: grave, fatal e em crianças e adolescentes.	X	
Intoxicação Exógena (por substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados) Intoxicação Exógena Relacionada ao Trabalho, após investigação e confirmação.		X
Violência Interpessoal /Autoprovocada: Violência relacionada ao trabalho e Violência Trabalho Infantil, após investigação e confirmação.		X

A Portaria GM/MS nº 205 de 17/02/2016, define a lista nacional de doenças e agravos, a serem monitorados por meio da estratégia de vigilância em unidades sentinelas e suas diretrizes, revogando a portaria 1.984, de 12 de setembro de 2014.

Considera-se vigilância sentinela o modelo de vigilância realizada a partir de estabelecimento de saúde estratégico para a vigilância de morbidade, mortalidade ou agentes etiológicos de interesse para a saúde pública, com participação facultativa, segundo norma técnica específica estabelecida pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS)⁹.

Quadro 2: Lista Nacional de Notificação Compulsória em unidade sentinela de doenças e agravos relacionadas ao trabalho

DOENÇA OU AGRAVO	Periodicidade de notificação
	Semanal
Câncer relacionado ao trabalho	X
Dermatoses ocupacionais	X
Lesões por Esforços Repetitivos/Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (LER / DORT)	X
Perda Auditiva Induzida por Ruído - PAIR relacionada ao trabalho	X
Pneumoconioses relacionadas ao trabalho	X
Transtornos mentais relacionados ao trabalho	X

No Estado do Ceará, a Resolução CIB/CE nº 149, de 18/05/2010, instituiu a rede de serviços sentinela em Saúde do Trabalhador. Ao todo, fazem parte desta rede 80 Unidades Sentinelas, tendo como responsabilidade identificar, investigar e notificar os casos de ADRTs, subsidiando ações de promoção, prevenção, vigilância e intervenção em Saúde do Trabalhador. Com a Portaria 1.271, de 06/06/2014, que incluiu Acidente de Trabalho Grave, Acidente com Material Biológico, Intoxicação Exógena e Violências como de notificação universal, esta Resolução Estadual será readequada, no decorrer do quadriênio 2016-2019 (Anexo II). Apesar da orientação do Ministério da Saúde e, da implantação no Estado da Rede Sentinela, sugerimos as Unidades de Saúde, que notifiquem quando certos do nexos com o trabalho, independente de ser ou não sentinela.

4. SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO (SINAN)

O **Sinan Net** tem como objetivo coletar, transmitir e disseminar dados gerados rotineiramente pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das três esferas de governo, através de uma rede informatizada, para apoiar o processo de investigação e dar subsídios à análise das informações de vigilância epidemiológica das doenças de notificação compulsória.

O sistema foi desenvolvido para ser operacionalizado desde a Unidade de Saúde até a Secretaria Estadual de Saúde, porém caso o município não disponha de microcomputadores nas suas unidades, o mesmo pode ser operacionalizado pelas Secretarias Municipais de Saúde (SMS).

O Sinan é composto por pequenos módulos, todos acessados a partir de um módulo principal e subdivide-se nas seguintes rotinas:

- Notificação (individual, negativa, surto, inquérito tracoma e epizootia) e Acompanhamento (Hanseníase e Tuberculose);
- Consulta (notificações individuais, negativas, surto, inquérito tracoma e epizootia);
- Rotinas para duplicidades/vinculação;
- Tabelas (país, UF, regional, município, distrito, localidade, unidade de saúde, ocupação, população e agravo);
- Ferramentas (movimento, backup, exportação de DBF, tabwin, usuários Sinan net, usuários Sisnet, configuração, conferência arquivo de fluxo de retorno, descentralização de tabelas, manutenção do sistema e construtor de SQL);
- Relatórios (incidência, exportador, acompanhamento de alimentação do Sinan, notificações excluídas, calendário epidemiológico, regularidade de envio, específicos para hanseníase e tuberculose e inconsistências)⁹.

O sistema tem como instrumentos para coleta de dados a ficha de notificação e a ficha de investigação, sendo esses instrumentos padronizados pela SVS/MS. No que se refere aos ADRT, deverá ser utilizada apenas a ficha de investigação, pois semelhante a outros agravos crônicos, eles somente devem ser notificados após a investigação e confirmação. Preconiza-se para estes casos, a utilização de ficha de investigação específica para cada agravo/doença. Essas fichas estão disponíveis no site: www.portalsinan.saude.gov.br e podem ser reproduzidas pelas Secretarias Municipais de Saúde.

4.1. Inclusão de notificações dos ADRT

- a. As fichas devem ser preenchidas pela Unidade de Saúde ou outra fonte notificadora do município na ocorrência de casos confirmados;
- b. O formulário utilizado deve ser a ficha de notificação padronizada (duas vias) e pré numerada. Somente haverá sobreposição de registros, se os casos forem referentes ao mesmo agravo, notificados pelo mesmo município no mesmo dia e com a mesma numeração;
- c. As instruções de preenchimento devem ser rigorosamente obedecidas, não devendo ficar os campos em branco;
- d. O não preenchimento dos campos obrigatórios inviabilizará a inclusão do caso no sistema;
- e. As fichas devem ser submetidas à análise pelo Núcleo de Vigilância Epidemiológica da Unidade ou do nível Municipal antes do encaminhamento para inclusão no Sistema;
- f. A Unidade de Saúde notificante deve encaminhar ou digitar a 1ª via, para o Núcleo de Vigilância Epidemiológica Municipal de acordo com rotina estabelecida pela SMS;
- g. A 2ª via deve ser arquivada na Unidade de Saúde;
- h. A digitação deve ser realizada pelo 1º nível informatizado, onde a 1ª via deve ser arquivada;
- i. Uma vez incluída uma notificação, os campos chaves (número, data de notificação, município de notificação e agravo) não poderão ser alterados. Caso haja erro de digitação, a ficha deverá ser excluída e digitada novamente com

outro número;

j. O sistema está organizado em módulos, assim a digitação das fichas é feita por agravo⁹.

4.2. Orientações sobre o preenchimento dos campos das fichas de investigação dos ADRT

Ao realizar o preenchimento o profissional deve observar que na ficha de notificação e investigação existem os campos que são:

- **De preenchimento obrigatório** é aquele cuja ausência de dado impossibilita a inclusão da notificação ou da investigação no Sinan;
- **Campo essencial** é aquele que, apesar de não ser obrigatório, registra dado necessário à investigação do caso ou ao cálculo de indicador epidemiológico ou operacional.

Os campos de 1 a 30 que se referem aos dados gerais, notificação individual e dados de residência são comuns a todas as fichas de investigação e estão descritos a seguir:

N.º - Anotar o número da notificação atribuído pela unidade de saúde para identificação do caso. CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.

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

2. Nome do agravo/doença ou código correspondente estabelecido pelo SINAN (CID 10) que está sendo notificado. CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.

3. Anotar a data da notificação: data de preenchimento da ficha de notificação. CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.

4. Preencher com a sigla da Unidade Federada (UF) que realizou a notificação. CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.

5. Preencher com o nome completo do município (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE) onde está localizada a unidade de saúde (ou outra fonte notificadora) que realizou a notificação. CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.

6. 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. CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.

7. Anotar a data do diagnóstico ou da evidência laboratorial e/ou clínica da doença de acordo com a definição de caso vigente no momento da notificação.

CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.

8. Preencher com o nome completo do paciente (sem abreviações). CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.

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

10. Anotar a idade do paciente somente se a data de nascimento for desconhecida (Ex. 20 dias = 20 D; 3 meses = 3 M; 26 anos = 26 A). 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.

11. Informar o sexo do paciente (M= masculino, F= feminino e I= ignorado). CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.

12. Preencher com a idade gestacional da paciente, quando gestante. CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO quando sexo F = feminino (1= 1º Trimestre, 2= 2º Trimestre, 3= 3º Trimestre, 4= Idade gestacional ignorada, 5= Não, 6= Não se aplica, 9= Ignorado).

13. 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 ou índia).

14. 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: 0=Analfabeto; 1= 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau); 2= 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau); 3= 5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau); 4= Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau); 5= Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau); 6= Ensino médio

completo (antigo colegial ou 2º grau); 7= Educação superior incompleta; 8= Educação superior completa; 9=Ignorado ou 10= Não se aplica.

15. Preencher com o número do CARTÃO ÚNICO do SUS.

16. Preencher com o nome completo da mãe do paciente (sem abreviações).

17. Preencher com a sigla da Unidade Federada (UF) de residência do paciente. CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.

18. Anotar o nome do município (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE) da residência do paciente ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto. CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.

19. Anotar o nome do distrito de residência do paciente.

20. Anotar o nome do bairro (ou código correspondente segundo cadastro do SINAN) de residência do paciente ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto.

21. Anotar o tipo (avenida, rua, travessa, etc.) e nome completo ou código correspondente do logradouro da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto. Se o paciente for indígena anotar o nome da aldeia.

22. Anotar o número do logradouro da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto.

23. Anotar o complemento do logradouro (ex. Bloco B, apto 402, lote 25, casa 14, etc.).

24. 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).

25. Caso esteja usando georreferenciamento, informar o local que foi adotado para o campo Geocampo2.

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 o código de endereçamento postal do logradouro (avenida, rua, travessa, etc.) da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto.

28. Anotar DDD e telefone do paciente, se notificação individual ou do local de

ocorrência do surto, se notificação de surto.

29. 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 urbanas, 2= área com características estritamente rurais, 3= área rural com aglomeração populacional que se assemelha à uma área urbana).

30. Anotar o nome do país de residência quando o paciente notificado residir em outro país.

Com relação ao preenchimento dos demais campos da ficha de investigação de cada doença e agravo, serão descritas especificamente após cada ficha¹⁰.

Na Ficha de Investigação de Acidente de Trabalho, colher de forma clara e precisa como ocorreu o acidente, escrevendo com letra legível nas informações complementares e observações. Esta descrição é extremamente necessária para identificar o CID da Causa do Acidente – solicitado no item 54. Ex: queda de escada de alvenaria ou queda em piso molhado; lesão com arma branca por assalto ou lesão com arma branca por briga com companheiro de trabalho; entre outras. O diagnóstico da lesão, item 64 - é dado pelo médico que realizou o atendimento.

NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA UNIVERSAL

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE INVESTIGAÇÃO ACIDENTE DE TRABALHO GRAVE

Nº

Definição de caso:

- São considerados acidentes de trabalho aqueles que ocorram no exercício da atividade laboral, ou no percurso de casa para o trabalho. São considerados acidentes de trabalho graves aqueles que resultam em morte, aqueles que resultam em mutilações e aqueles que acontecem com menores de dezoito anos.
- Acidente de trabalho fatal é aquele que leva a óbito imediatamente após sua ocorrência ou que venha a ocorrer posteriormente, a qualquer momento, em ambiente hospitalar ou não, desde que a causa básica, intermediária ou imediata da morte seja decorrente do acidente.
- Acidentes de trabalho com mutilações: é quando o acidente ocasiona lesão (poli traumatismos, amputações, esmagamentos, traumatismos crânio-encefálico, fratura de coluna, lesão de medula espinhal, trauma com lesões viscerais, eletrocussão, asfixia, queimaduras, perda de consciência e aborto) que resulte em internação hospitalar, a qual poderá levar à redução temporária ou permanente da capacidade para o trabalho.
- Acidentes do trabalho em crianças e adolescentes: é quando o acidente de trabalho acontece com pessoas menores de dezoito anos.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual			
	2 Agravado/doença	Código (CID10)	3 Data da Notificação		
	ACIDENTE DE TRABALHO GRAVE		Y 96		
Notificação Individual	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)		
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7 Data do Acidente	
	8 Nome do Paciente		9 Data de Nascimento		
Dados de Residência	10 (ou) Idade	11 Sexo M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> I - Ignorado	12 Gestante	13 Raça/Cor	
	14 Escolaridade		15 Número do Cartão SUS		
	16 Nome da mãe		17 UF		
Antecedentes Epidemiológicos	18 Município de Residência		Código (IBGE)	19 Distrito	
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)		Código	
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)		24 Geo campo 1	
	25 Geo campo 2	26 Ponto de Referência		27 CEP	
	28 (DDD) Telefone	29 Zona	30 País (se residente fora do Brasil)		
	31 Ocupação				
	32 Situação no Mercado de Trabalho				
33 Tempo de Trabalho na Ocupação					
34 Local Onde Ocorreu o Acidente					
Dados da Empresa Contratante					
35 Registro/ CNPJ ou CPF		36 Nome da Empresa ou Empregador			
37 Atividade Econômica (CNAE)	38 UF	39 Município		Código (IBGE)	
40 Distrito	41 Bairro		42 Endereço		
43 Número	44 Ponto de Referência		45 (DDD) Telefone		

Acidente de Trabalho Grave

Sinan Net

SVS

08/10/2009

Antecedentes Epidemiológicos	46) O Empregador é Empresa Terceirizada <input type="checkbox"/>			
	1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9 - Ignorado			
	47) Se Empresa Terceirizada, Qual o CNAE da Empresa Principal		48) CNPJ da Empresa Principal	
49) Razão Social (Nome da Empresa)				
Dados do Acidente	50) Hora do Acidente		51) Horas Após o Início da Jornada	
	H (hora) M (minutos)		H (hora) M (minutos)	
	52) UF	53) Município de Ocorrência do Acidente	Código (IBGE)	54) Código da Causa do Acidente CID 10 (de V01 a Y98)
	CID 10			
55) Tipo de Acidente		56) Houve Outros Trabalhadores Atingidos		57) Se Sim, Quantos
1 - Típico 2 - Trajeto 9 - Ignorado		1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
Dados do Atendimento Médico	58) Ocorreu Atendimento Médico? <input type="checkbox"/>			59) Data do Atendimento
	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			60) UF
	61) Município do Atendimento	Código (IBGE)	62) Nome da U. S de Atendimento	Código
	63) Partes do Corpo Atingidas		64) Diagnóstico da Lesão	65) Regime de Tratamento
	01- Olho 04- Tórax 07- Membro superior 10- Todo o corpo	02- Cabeça 05- Abdome 08- Membro inferior 11- Outro	CID 10	1- Hospitalar 2- Ambulatorial 3- Ambos 9- Ignorado
03- Pescoço 06- Mão 09- Pé 99- Ignorado				
Conclusão	66) Evolução do Caso			<input type="checkbox"/>
	1 - Cura 4- Incapacidade total permanente 7- Outro			9 - Ignorado
2 - Incapacidade temporária 5- Óbito por acidente de trabalho grave			6- Óbito por outras causas	
67) Se Óbito, Data do Óbito		68) Foi Emitida a Comunicação de Acidente no Trabalho - CAT		
		1 - Sim 2 - Não 3- Não se aplica 9 - Ignorado		

Informações complementares e observações

Descrição sumária de como ocorreu o acidente/ atividade/ causas/ condições/ objeto/ agentes que concorreram direta ou indiretamente para a ocorrência do acidente

Outras informações:

Investigador	Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde
	Nome	Função	Assinatura

FICHA DE INVESTIGAÇÃO

31. Identificar a ocupação, função desenvolvida pelo trabalhador na data do acidente. CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.
32. Identificar a situação no mercado de trabalho, conforme as alternativas apresentadas. CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.
33. Anotar o tempo de trabalho na ocupação
34. Identificar o local onde ocorreu o acidente. CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.
35. Anotar o numero de registro da empresa contratante - Código Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ) ou Cadastro de Pessoa Física (CPF).
36. Anotar a razão social (nome) da empresa contratante. CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.
37. Anotar o ramo de atividade econômica conforme CNAE da empresa.
38. Anotar a unidade federada, o estado onde esta localizada a empresa.
39. Anotar o município onde esta localizada a empresa contratante. CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.
40. Anotar o distrito do município onde esta localizada a empresa contratante.
41. Anotar o bairro do município onde esta localizada a empresa contratante.
42. Anotar o endereço da empresa, rua, avenida...
43. Anotar o numero das instalações da empresa.
44. Anotar um ponto de referência para localização da empresa.
45. Anotar o telefone da empresa.
46. Identificar se a empresa contratante e empresa terceirizada. CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.
47. Anotar, se empresa terceirizada, qual a atividade econômica, ou CNAE, da empresa principal.
48. Anotar o numero de registro da empresa principal-Código nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ).
49. Anotar a razão social (nome) da empresa principal.
50. Anotar o horário em que ocorreu o acidente.
51. Anotar o tempo após o início da jornada, em que ocorreu o acidente.
52. Anotar a unidade federada, aonde ocorreu o acidente.
53. Anotar o município aonde ocorreu o acidente.
54. Anotar o código da causa do acidente, conforme CID 10, de V01 a Y98. CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.
55. Identificar o tipo de acidente.
56. Identificar se houve outros trabalhadores com atingidos no mesmo local de trabalho (1= sim, 2= não ou 9= ignorado).
57. Notar, se houve outros trabalhadores atingidos, quantos foram.
58. Identificar se houve atendimento médico ao trabalhador após o acidente (1= sim, 2= não ou 9= ignorado).
59. Em caso positivo de atendimento médico, anotar a data em que isso ocorreu.
60. Anotar a unidade federada aonde foi realizado o atendimento médico.
61. Anotar o município aonde foi realizado o atendimento médico.
62. Anotar o nome da Unidade de Saúde aonde foi realizado o atendimento médico.
63. Identificar as partes do corpo atingidas no acidente, conforme as alternativas apresentadas. CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.
64. Anotar o diagnóstico específico da lesão, conforme o CID 10. CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.
65. Identificar o regime de tratamento realizado.
66. Identificar qual foi a evolução do caso, conforme as alternativas apresentadas.
67. Identifique, se houve óbito, a data em que ocorreu.
68. Identifique se foi emitida a Comunicação de acidente do Trabalho para o INSS (1= sim, 2= não ou 9= ignorado). CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.

Utilize o espaço de observações para acrescentar quaisquer informações que julgar importante. Identifique o município e a Unidade de Saúde (US) que realizou esta investigação. Identifique o nome de quem realizou esta investigação. Identifique a função de quem realizou esta investigação. O investigador deve assinar esta investigação.

Definição de caso: Acidentes envolvendo sangue e outros fluidos orgânicos ocorridos com os profissionais da área da saúde durante o desenvolvimento do seu trabalho, aonde os mesmos estão expostos a materiais biológicos potencialmente contaminados.

Os ferimentos com agulhas e material perfuro cortante em geral são considerados extremamente perigosos por serem potencialmente capazes de transmitir mais de 20 tipos de patógenos diferentes, sendo o vírus da imunodeficiência humana (HIV), o da hepatite B (HBV) e o da hepatite C (HCV) os agentes infecciosos mais comumente envolvidos.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual		2 Agravo/doença ACIDENTE DE TRABALHO COM EXPOSIÇÃO À MATERIAL BIOLÓGICO		Código (CID10) Z20.9	3 Data do Notificação		
	4 UF	5 Município de Notificação			Código (IBGE)			
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)				Código	7 Data do Acidente		
Notificação Individual	8 Nome do Paciente					9 Data de Nascimento		
	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano		11 Sexo M - Masculino F - Feminino 1 - Ignorado		12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 0- Ignorado		13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 0- Ignorado	
	14 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série Incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série Incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio Incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior Incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica							
	15 Número do Cartão SUS				16 Nome da mãe			
Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência		Código (IBGE)		19 Distrito		
	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)			Código		
	22 Número		23 Complemento (apto., casa, ...)			24 Geo campo 1		
	25 Geo campo 2		26 Ponto de Referência			27 CEP		
	28 (DDD) Telefone		29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		30 País (se residente fora do Brasil)			
	Dados Complementares do Caso							
	Antecedentes Epidemiológicos	31 Ocupação						
32 Situação no Mercado de Trabalho 01- Empregado registrado com carteira assinada 05 - Servidor público celetista 09 - Cooperativado 02 - Empregado não registrado 06- Aposentado 10- Trabalhador avulso 03- Autônomo/ conta própria 07- Desempregado 11- Empregador 04- Servidor público estatutário 08 - Trabalho temporário 99 - Ignorado					33 Tempo de Trabalho na Ocupação 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano			
Dados da Empresa Contratante								
34 Registro/ CNPJ ou CPF				35 Nome da Empresa ou Empregador				
36 Atividade Econômica (CNAE)				37 UF	38 Município		Código (IBGE)	
39 Distrito		40 Bairro		41 Endereço				
42 Número		43 Ponto de Referência			44 (DDD) Telefone			
45 O Empregador é Empresa Terceirizada 1- Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9- Ignorado								

Acidente com material biológico	46 Tipo de Exposição				<input type="checkbox"/> Percutânea	<input type="checkbox"/> Pele íntegra	<input type="checkbox"/> Outros _____
	1- Sim 2- Não 9- Ignorado				<input type="checkbox"/> Mucosa (oral/ ocular)	<input type="checkbox"/> Pele não íntegra	
	47 Material orgânico						
	1-Sangue		2-Líquor	3-Líquido pleural	4-Líquido ascítico	9-Ignorado <input type="checkbox"/>	
	5-Líquido amniótico		6-Fluido com sangue	7-Soro/plasma	8-Outros: _____		
	48 Circunstância do Acidente <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						
	01 - Administ. de medicação endovenosa			09 - Lavanderia			
	02 - Administ. de medicação intramuscular			10 - Lavagem de material			
	03 - Administ. de medicação subcutânea			11 - Manipulação de caixa com material perfurocortante			
	04 - Administ. de medicação intradérmica			12 - Procedimento cirúrgico			
05 - Punção venosa/arterial para coleta de sangue			13 - Procedimento odontológico				
06 - Punção venosa/arterial não especificada			14 - Procedimento laboratorial				
07 - Descarte inadequado de material perfurocortante em saco de lixo			15 - Dextro				
08 - Descarte inadequado de material perfurocortante em bancada, cama, chão, etc...			16 - Reescape				
			98 - Outros				
			99 - Ignorado				
49 Agente							
1-Agulha com lúmen (luz)		2 - Agulha sem lúmen/maciça		3 - Intracath	4 - Vidros <input type="checkbox"/>		
5 - Lâmina/lanceta (qualquer tipo)		6 - Outros		9 - Ignorado			
50 Uso de EPI (aceita mais de uma opção) 1- Sim 2- Não 9- Ignorado							
<input type="checkbox"/> LUVA <input type="checkbox"/> Avental <input type="checkbox"/> Óculos <input type="checkbox"/> Máscara <input type="checkbox"/> Proteção facial <input type="checkbox"/> Bota							
51 Situação vacinal do acidentado em relação à hepatite B (3 doses)				52 Resultados de exames do acidentado (no momento do acidente - data ZERO)			
1-Vacinado 2-Não vacinado 9-Ignorado <input type="checkbox"/>				1-Positivo 2-Negativo 3-Inconclusivo 4-Não realizado 9-Ignorado			
				<input type="checkbox"/> Anti-HIV <input type="checkbox"/> HbsAg <input type="checkbox"/> Anti-HBs <input type="checkbox"/> Anti-HCV			
Dados do Paciente Fonte (no momento do acidente)							
53 Paciente Fonte Conhecida? <input type="checkbox"/>				54 Se sim, qual o resultado dos testes sorológicos?			
1-Sim 2- Não 9- Ignorado				1-Positivo 2-Negativo 3-Inconclusivo 4 - Não Realizado 9-Ignorado			
				<input type="checkbox"/> Hbs Ag <input type="checkbox"/> Anti-HBc			
				<input type="checkbox"/> Anti-HIV <input type="checkbox"/> Anti-HCV			
55 Conduta no momento do acidente 1- Sim 2- Não 9- Ignorado							
<input type="checkbox"/> Sem indicação de quimioprofilaxia		<input type="checkbox"/> AZT+3TC+Indinavir		<input type="checkbox"/> Vacina contra hepatite B			
<input type="checkbox"/> Recusou quimioprofilaxia indicada		<input type="checkbox"/> AZT+3TC+Nelfinavir		<input type="checkbox"/> Outro Esquema de ARV Especifique _____			
<input type="checkbox"/> AZT+3TC		<input type="checkbox"/> Imunoglobulina humana contra hepatite B (HBIG)					
56 Evolução do Caso <input type="checkbox"/>							
1-Alta com conversão sorológica (Especificar vírus: _____)			2-Alta sem conversão sorológica		3-Alta paciente fonte negativo		
4- Abandono		5- Óbito por acidente com exposição à material biológico		6- Óbito por Outra Causa		9- Ignorado	
57 Se Óbito, Data <input type="checkbox"/>							
58 Foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho <input type="checkbox"/>							
1-Sim 2- Não 3- Não se aplica 9- Ignorado							
Informações complementares e observações							
Investigador	Município/Unidade de Saúde				Cód. da Unid. de Saúde		
	Nome			Função		Assinatura	

Acidente de trabalho com exposição à material biológico

Sinan Net

SVS 27/09/2005

ACIDENTE DE TRABALHO – COM EXPOSIÇÃO À MATERIAL BIOLÓGICO
INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO

31. Identificar a ocupação, função desenvolvida pelo trabalhador na data do acidente. CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.
32. Identifique a situação no mercado de trabalho, conforme as alternativas apresentadas. CAMPO ESSENCIAL.
33. Anotar o tempo de trabalho na ocupação. CAMPO ESSENCIAL.
34. Anotar o número de registro da empresa contratante - Código nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ) ou Cadastro de Pessoa Física (CPF). CAMPO ESSENCIAL.
35. Anotar a razão social (nome) da empresa contratante. CAMPO ESSENCIAL.
36. Anotar o ramo de atividade econômica conforme CNAE da empresa. CAMPO ESSENCIAL.
37. Anotar a unidade federada, o estado onde esta localizada a empresa. CAMPO ESSENCIAL.
38. Anotar o município onde esta localizada a empresa contratante. CAMPO ESSENCIAL.
39. Anotar o distrito do município onde esta localizada a empresa contratante. CAMPO ESSENCIAL.
40. Anotar o bairro do município onde esta localizada a empresa contratante. CAMPO DE ESSENCIAL.
41. Anotar o endereço da empresa, rua, avenida... CAMPO ESSENCIAL.
42. Anotar o número das instalações da empresa. CAMPO ESSENCIAL.
43. Anotar um ponto de referência para localização da empresa.
44. Anotar o telefone da empresa.
45. Identificar se a empresa contratante e empresa terceirizada (1= sim, 2= não, 3= não se aplica ou 9= ignorado). CAMPO ESSENCIAL.
46. Anotar o tipo de exposição ao agente de risco, conforme as alternativas apresentadas. CAMPO ESSENCIAL.
47. Identificar o tipo de material orgânico que o paciente teve contato no momento do acidente. CAMPO ESSENCIAL.
48. Identificar a circunstância em que ocorreu o acidente. CAMPO ESSENCIAL.
49. Identificar o agente como qual o trabalhador teve contato no acidente. CAMPO ESSENCIAL.
50. Identificar o uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), de acordo com as alternativas apresentadas. CAMPO ESSENCIAL.
51. Identificar a situação vacinal do acidentado em relação às três doses de vacina contra hepatite B. CAMPO ESSENCIAL.
52. Identificar os resultados de exames do acidentado no momento do acidente-data zero. CAMPO ESSENCIAL.
53. Identificar se paciente fonte era conhecido (1= sim, 2= não ou 9= ignorado) CAMPO ESSENCIAL.
54. Em caso de paciente fonte conhecido, identificar o resultado de seus testes sorológicos. CAMPO ESSENCIAL.
55. Identificar qual foi a conduta no momento do acidente, conforme as alternativas apresentadas. CAMPO ESSENCIAL.
56. Identificar qual foi a evolução do caso, conforme as alternativas apresentadas. CAMPO ESSENCIAL.
57. Identifique, se houve óbito, a data em que ocorreu. CAMPO ESSENCIAL.
58. Identifique se foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho para o INSS (1= sim, 2= não, 3= não se aplica ou 9= ignorado). CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.

Utilize o espaço de observações para acrescentar quaisquer informações que julgar importante. Identifique o município e a Unidade de Saúde (US) que realizou esta investigação. Identifique o nome de quem realizou esta investigação. Identifique a função de quem realizou esta investigação. O investigador deve assinar esta investigação.

Caso suspeito: todo aquele indivíduo que, tendo sido exposto a substâncias químicas (agrotóxicos, medicamentos, produtos de uso doméstico, cosméticos e higiene pessoal, produtos químicos de uso industrial, drogas, plantas e alimentos e bebidas), apresente sinais e sintomas clínicos de intoxicação e/ou alterações laboratoriais provavelmente ou possivelmente compatíveis.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual		2 Agravo/doença INTOXICAÇÃO EXÓGENA		Código (CID10) T 65.9	3 Data da Notificação
	4 UF	5 Município de Notificação			Código (IBGE)	
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)			Código	7 Data dos Primeiros Sintomas	
Notificação Individual	8 Nome do Paciente				9 Data de Nascimento	
	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano		11 Sexo M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino 1 - Ignorado	12 Gestante 1-1º trimestre 2-2º trimestre 3-3º trimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9- Ignorado		13 Raça/Cor 1- Branca 2- Preta 3- Amarela 4- Parda 5- Indígena 9- Ignorado
	14 Escolaridade 0- Analfabeto 1- 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2- 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3- 5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4- Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5- Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6- Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7- Educação superior incompleta 8- Educação superior completa 9- Ignorado 10- Não se aplica					
	15 Número do Cartão SUS			16 Nome da mãe		
Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência		Código (IBGE)	19 Distrito	
	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)		Código	
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)			24 Geo campo 1	
	25 Geo campo 2		26 Ponto de Referência		27 CEP	
	28 (DDD) Telefone		29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana 9 - Ignorado		30 País (se residente fora do Brasil)	
	Dados Complementares do Caso					
Antecedentes Epidemiológicos	31 Data da Investigação		32 Ocupação			
	33 Situação no Mercado de Trabalho 01- Empregado registrado com carteira assinada 05 - Servidor público celetista 09 - Cooperativado <input type="checkbox"/> 02 - Empregado não registrado 06- Aposentado 10- Trabalhador avulso <input type="checkbox"/> 03- Autônomo/ conta própria 07- Desempregado 11- Empregador 04- Servidor público estatutário 08 - Trabalho temporário 12- Outros _____ 99 - Ignorado					
	34 Local de ocorrência da exposição 1. Residência 2. Ambiente de trabalho 3. Trajeto do trabalho 4. Serviços de saúde <input type="checkbox"/> 5. Escola/creche 6. Ambiente externo 7. Outro _____ 9. Ignorado					
Dados da Exposição	35 Nome do local/estabelecimento de ocorrência				36 Atividade Econômica (CNAE)	
	37 UF	38 Município do estabelecimento		Código (IBGE)	39 Distrito	
	40 Bairro		41 Logradouro (rua, avenida, etc. - endereço do estabelecimento)			
	42 Número	43 Complemento (apto., casa, ...)		44 Ponto de Referência do estabelecimento		45 CEP
	46 (DDD) Telefone		47 Zona de exposição 1 - Urbana 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana 9 - Ignorado		48 País (se estabelecimento fora do Brasil)	
	Intoxicação Exógena Sinan NET SVS 09/06/2005					

Dados da Exposição	49 Grupo do agente tóxico/Classificação geral <input type="checkbox"/> 01.Medicamento 02.Agrotóxico;uso agrícola 03.Agrotóxico/uso doméstico 04.Agrotóxico/uso saúde pública 05.Raticida 06.Produto veterinário 07.Produto de uso Domiciliar 08.Cosmético/higiene pessoal 09.Produto químico de uso industrial 10.metal 11.Drogas de abuso 12.Planta tóxica 13.Alimento e bebida 14.Outro 99.Ignorado			
	50 Agente tóxico (informar até três agentes) Nome Comercial/popular		Princípio Ativo	
	1 - _____		1 - _____	
	2 - _____		2 - _____	
	3 - _____		3 - _____	
	51 Se agrotóxico, qual a finalidade da utilização <input type="checkbox"/> 1.Inseticida 2.Herbicida 3.Carrapaticida 4.Raticida 5.Fungicida 6.Preservante para madeira 7.Outro _____ 8.Não se aplica 9.Ignorado			
	52 Se agrotóxico, quais as atividades exercidas na exposição atual 1ªOpção: <input type="checkbox"/> 01- Diluição 05-Colheita 09-Outros 2ªOpção: <input type="checkbox"/> 02-Pulverização 06- Transporte 10-Não se aplica 3ªOpção: <input type="checkbox"/> 03- Tratamento de sementes 07-Desinsetização 99-Ignorado 04- Armazenagem 08-Produção/formulação			
	53 Se agrotóxico de uso agrícola, qual a cultura/lavoura _____			
	54 Via de exposição/contaminação 1ªOpção: <input type="checkbox"/> 1- Digestiva 4-Ocular 7-Transplacentária 2ªOpção: <input type="checkbox"/> 2-Cutânea 5-Parenteral 8-Outra 3ªOpção: <input type="checkbox"/> 3-Respiratória 6-Vaginal 9-Ignorada			
	55 Circunstância da exposição/contaminação <input type="checkbox"/> 01-Usos Habitual 02-Acidental 03-Ambiental 04-Usos terapêuticos 05-Prescrição médica inadequada 06-Erro de administração 07-Automedicação 08-Abuso 09-Ingestão de alimento ou bebida 10-Tentativa de suicídio 11-Tentativa de aborto 12-Violência/homicídio 13-Outra: _____ 99-Ignorado			
56 A exposição/contaminação foi decorrente do trabalho/ ocupação? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9- Ignorado		57 Tipo de Exposição <input type="checkbox"/> 1-Aguda - única 2-Aguda - repetida 3- Crônica 4 - Aguda sobre Crônica 9- Ignorado		
58 Tempo Decorrido entre a Exposição e o Atendimento <input type="checkbox"/> 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano 9- Ignorado				
Dados do Atendimento	59 Tipo de atendimento <input type="checkbox"/> 1-Hospitalar 2-Ambulatorial 3- Domiciliar 4-Nenhum 9- Ignorado		60 Houve hospitalização? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9- Ignorado	
	61 Data da internação _____		62 UF _____	
	63 Município de hospitalização _____ Código (IBGE) _____		64 Unidade de saúde _____ Código _____	
Conclusão do Caso	65 Classificação final <input type="checkbox"/> 1 - Intoxicação confirmada 2 - Só Exposição 3 -Reação Adversa 4 -Outro Diagnóstico 5-Síndrome de abstinência 9-Ignorado			
	66 Se intoxicação confirmada, qual o diagnóstico _____ CID - 10 _____			
	67 Critério de confirmação <input type="checkbox"/> 1 - Laboratorial 2 - Clínico-epidemiológico 3 - Clínico		68 Evolução do Caso <input type="checkbox"/> 1 - Cura sem sequelas 2 - Cura com sequelas 3 - Óbito por intoxicação exógena 4 - Óbito por outra causa 5-Perda de seguimento 9-Ignorado	
	69 Data do óbito _____		70 Comunicação de Acidente de Trabalho - CAT. <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9 - Ignorado	
	71 Data do Encerramento _____			
Informações complementares e observações				
Observações: _____ _____ _____				
Investigador	Município/Unidade de Saúde _____		Cód. da Unid. de Saúde _____	
	Nome _____		Assinatura _____	
Intoxicação Exógena		Sinan NET		SVS 09/06/2005

INTOXICAÇÃO EXÓGENA – INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO

31. Informar a data do início da investigação do caso. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
32. Informar a atividade exercida pelo paciente no setor formal, informal ou autônomo ou sua última atividade exercida quando paciente for desempregado. O ramo de atividade econômica do paciente refere-se às atividades econômicas desenvolvidas nos processos de produção do setor primário (agricultura e extrativismo); secundário (indústria) ou terciário (serviços e comércio). **CAMPO ESSENCIAL.**
33. Informe a Relação de Trabalho do paciente, usando o código correspondente. Ex: 06 (Aposentado). **CAMPO ESSENCIAL.**
34. Informe o Local de ocorrência da exposição. Ex. 1 (Residência). **CAMPO ESSENCIAL.**
35. Informe o nome completo do Local de Exposição do paciente (empresa, sítio, fazenda, etc.). **CAMPO ESSENCIAL.**
36. Informe o código da atividade econômica (CNAE) exercida no momento da exposição. **CAMPO ESSENCIAL.**
37. Informar a sigla da Unidade Federada da residência do paciente (Ex. BA). **CAMPO ESSENCIAL.**
38. Informe o Nome (completo) do Município onde ocorreu a exposição e o código correspondente ao município, segundo cadastro do IBGE. **CAMPO ESSENCIAL.**
39. Informe o Nome (completo) do Distrito onde ocorreu a exposição. **CAMPO ESSENCIAL.**
40. Informe o nome completo do Bairro ou Localidade (sítio, fazenda, etc.) onde ocorreu a exposição. **CAMPO ESSENCIAL.**
41. Informe o Endereço (completo) do local onde ocorreu a exposição. **CAMPO ESSENCIAL.**
42. Informe o número do endereço do estabelecimento. **CAMPO ESSENCIAL.**
43. Informar o tipo (avenida, rua, travessa, etc.), nome completo ou código correspondente do logradouro do local de ocorrência. **CAMPO ESSENCIAL.**
44. Informe um Ponto de Referência que facilite a localização do endereço do local de ocorrência da exposição. Ex: Próximo à entrada para o sítio Bom Conselho
45. Anotar o código de endereçamento postal do logradouro (avenida, rua, travessa, etc.) do local de ocorrência da exposição (Ex. CEP: 70.036-030). **CAMPO ESSENCIAL.**
46. Informe o Telefone para contato do local de ocorrência da exposição.
47. Informe se o referido distrito pertence à Zona, usando o código correspondente. Ex: 2 (Rural). **CAMPO ESSENCIAL.**
48. Informe o país de exposição se a ocorrência for fora do Brasil. **CAMPO ESSENCIAL.**
49. Informe o grupo do agente tóxico/classificação geral – registrar um ou mais grupos de agente tóxico de acordo com a correspondência das substâncias envolvidas na exposição. **CAMPO ESSENCIAL.**
50. Informe o agente tóxico relacionando os campos o nome comercial/popular e princípio ativo (em caso de agrotóxicos existe a tabela para seleção automática). **CAMPO ESSENCIAL.**
51. Informe se agrotóxico, qual a finalidade da utilização. Ex. 1. Inseticida (controle de insetos, larvas, formigas, etc.).

52. Informe se agrotóxico, quais as atividades exercidas na exposição atual (escolher até 3 opções segundo a importância).

53. Informe se agrotóxico/uso agrícola, qual a cultura/lavoura, escrever o nome da cultura ou lavoura na qual o agrotóxico foi ou estava sendo aplicado (**tabela de culturas**).

54. Informe a via de exposição/contaminação (escolher até 3 opções segundo a importância).

CAMPO ES-SENCIAL.

55. Informe a circunstância da exposição/contaminação, Ex. 01 (Uso habitual). **CAMPO ESSENCIAL.**

56. Informe se a exposição foi durante a atividade laboral (1= sim, 2= não ou 9= ignorado). **CAMPO ES-SENCIAL.**

57. Informe o tipo de exposição. Assinalar segundo corresponda ao caso, Ex. 1- Aguda única (como exposição única). **CAMPO ESSENCIAL.**

58. Informe o tempo decorrido entre a exposição e o atendimento – assinalar o Intervalo de tempo em horas (H), dias (D), meses (M) ou ano (A) e ignorado entre a exposição ao produto. **CAMPO ESSENCIAL.**

59. Informe o tipo do atendimento – assinalar a categoria que corresponda ao local onde foi realizado o atendimento. Ex. 1-Hospitalar. **CAMPO ESSENCIAL.**

60. Informe se houve Internação hospitalar. (1= sim, 2= não ou 9= ignorado).

61. Informe a data da internação.

62. Informe o código da unidade federada.

63. Informe o nome do município onde se localiza a Unidade de Saúde que realizou o atendimento.

64. Informe o nome completo da Unidade de Saúde que realizou o atendimento do caso suspeito de intoxicação.

65. Informe a classificação final do caso. Ex. 1- Intoxicação confirmada. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**, quando o campo 71 estiver preenchido.

66. Informe o diagnóstico final e o código respectivo segundo a CID 10. **CAMPO ESSENCIAL**, quando campo 65= 1

67. Informe o critério de confirmação, Ex. 1- Clínico Laboratorial. **CAMPO ESSENCIAL.**

68. Informar a evolução do caso, Ex. 1- Cura. **CAMPO ESSENCIAL.**

69. Informar a data do óbito, Ex. dd/mm/aaaa. **CAMPO ESSENCIAL**, quando campo 68= 3.

70. Informar se houve emissão da comunicação de acidente de trabalho - CAT (1= sim, 2= não ou 9= ignorado). **CAMPO ESSENCIAL.**

71. Data do encerramento do caso. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**, quando campo 65 estiver preenchido.

Informações complementares e observações adicionais.

Informar o nome do município/unidade de saúde responsável por esta investigação

Informar o código da unidade de saúde responsável por esta investigação.

Informar o nome completo do responsável por esta investigação.

Informar a função do responsável por esta investigação.

Registrar a assinatura do responsável por esta investigação.

Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual		2 Agravo/doença VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA		Código (CID10) Y09		3 Data da notificação		
	4 UF	5 Município de notificação			Código (IBGE)				
	6 Unidade Notificadora <input type="checkbox"/> 1- Unidade de Saúde 2- Unidade de Assistência Social 3- Estabelecimento de Ensino 4- Conselho Tutelar 5- Unidade de Saúde Indígena 6- Centro Especializado de Atendimento à Mulher 7- Outros								
	7 Nome da Unidade Notificadora				Código Unidade		9 Data da ocorrência da violência		
	8 Unidade de Saúde				Código (CNES)				
Notificação Individual	10 Nome do paciente							11 Data de nascimento	
	12 (ou) Idade <input type="checkbox"/> 1- Hora 2- Dia 3- Mês 4- Ano		13 Sexo M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino I - Ignorado		14 Gestante <input type="checkbox"/> 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9- Ignorado		15 Raça/Cor <input type="checkbox"/> 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado		
	16 Escolaridade <input type="checkbox"/> 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9- Ignorado 10- Não se aplica								
	17 Número do Cartão SUS				18 Nome da mãe				
	19 UF		20 Município de Residência		Código (IBGE)		21 Distrito		
Dados de Residência	22 Bairro		23 Logradouro (rua, avenida,...)			Código			
	24 Número		25 Complemento (apto., casa, ...)			26 Geo campo 1			
	27 Geo campo 2		28 Ponto de Referência			29 CEP			
	30 (DDD) Telefone			31 Zona <input type="checkbox"/> 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		32 País (se residente fora do Brasil)			
	Dados Complementares								
Dados da Pessoa Atendida	33 Nome Social				34 Ocupação				
	35 Situação conjugal / Estado civil <input type="checkbox"/> 1 - Solteiro 2 - Casado/união consensual 3 - Viúvo 4 - Separado 8 - Não se aplica 9 - Ignorado								
	36 Orientação Sexual <input type="checkbox"/> 1-Heterossexual 2-Homossexual (gay/lésbica)		3-Bissexual 8-Não se aplica 9-Ignorado		37 Identidade de gênero: <input type="checkbox"/> 1-Travesti 2-Mulher Transexual		3-Homem Transexual 8-Não se aplica 9-Ignorado		
	38 Possui algum tipo de deficiência/ transtorno? <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		39 Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno? <input type="checkbox"/> Deficiência Física <input type="checkbox"/> Deficiência visual <input type="checkbox"/> Deficiência Intelectual <input type="checkbox"/> Deficiência auditiva		1- Sim 2- Não 8-Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Transtorno mental <input type="checkbox"/> Outras <input type="checkbox"/> Transtorno de comportamento				
Dados da Ocorrência	40 UF		41 Município de ocorrência		Código (IBGE)		42 Distrito		
	43 Bairro		44 Logradouro (rua, avenida,...)			Código			
	45 Número		46 Complemento (apto., casa, ...)			47 Geo campo 3		48 Geo campo 4	
	49 Ponto de Referência			50 Zona <input type="checkbox"/> 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		51 Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)			
	52 Local de ocorrência <input type="checkbox"/> 01 - Residência 02 - Habitação coletiva 03 - Escola 04 - Local de prática esportiva 05 - Bar ou similar 06 - Via pública		07 - Comércio/serviços 08 - Indústrias/construção 09 - Outro 99 - Ignorado		53 Ocorreu outras vezes? <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		54 A lesão foi autoprovocada? <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		

Violência	55 Essa violência foi motivada por: 01-Sexismo 02-Homofobia/Lesbofobia/Bifobia/Transfobia 03-Racismo 04-Intolerância religiosa 05-Xenofobia 06-Conflito geracional 07-Situação de rua 08-Deficiência 09-Outros _____ 88-Não se aplica 99-Ignorado		
	56 Tipo de violência 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <input type="checkbox"/> Psicológica/Moral <input type="checkbox"/> Financeira/Econômica <input type="checkbox"/> Intervenção legal <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Negligência/Abandono <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Trabalho infantil		
Violência Sexual	57 Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Força corporal/espáncamento <input type="checkbox"/> Obj. perfuro-cortante <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Substância/Obj. quente <input type="checkbox"/> Ameaça <input type="checkbox"/> Obj. contundente <input type="checkbox"/> Envenenamento, Intoxicação <input type="checkbox"/> Outro _____		
	58 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Pornografia infantil <input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> Outros _____		
Dados do provável autor da violência	59 Procedimento realizado 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Profilaxia DST <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B <input type="checkbox"/> Coleta de sêmen <input type="checkbox"/> Contracepção de emergência <input type="checkbox"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Coleta de sangue <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei		
	60 Número de envolvidos 1 - Um <input type="checkbox"/> 2 - Dois ou mais <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>	61 Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Policial/agente da lei <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Desconhecido(a) <input type="checkbox"/> Própria pessoa <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Cuidador(a) <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Irmão(ã)	62 Sexo do provável autor da violência 1 - Masculino <input type="checkbox"/> 2 - Feminino <input type="checkbox"/> 3 - Ambos os sexos <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>
Encaminhamento	63 Suspeita de uso de álcool 1- Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/>		
	64 Ciclo de vida do provável autor da violência: <input type="checkbox"/> 1-Criança (0 a 9 anos) 3-Jovem (20 a 24 anos) 5-Pessoa idosa (60 anos ou mais) 2-Adolescente (10 a 19 anos) 4-Pessoa adulta (25 a 59 anos) 9-Ignorado		
Dados finais	65 Encaminhamento: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde, hospital, outras) <input type="checkbox"/> Conselho do Idoso <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher <input type="checkbox"/> Rede da Assistência Social (CRAS, CREAS, outras) <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento ao Idoso <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> Rede da Educação (Creche, escola, outras) <input type="checkbox"/> Centro de Referência dos Direitos Humanos <input type="checkbox"/> Justiça da Infância e da Juventude <input type="checkbox"/> Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras) <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Detenção Pública <input type="checkbox"/> Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente		
	66 Violência Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 9- Ignorado	67 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado	68 Circunstância da lesão CID 10 - Cap XX _____
69 Data de encerramento _____			
Informações complementares e observações			
Nome do acompanhante _____ Vínculo/grau de parentesco _____ (DDD) Telefone _____			
Observações Adicionais: _____ _____ _____			
TELEFONES ÚTEIS			
Disque Saúde - Ouvidoria Geral do SUS 136	Central de Atendimento à Mulher 180	Disque Direitos Humanos 100	
Notificador Município/Unidade de Saúde _____ Cód. da Unid. de Saúde/CNES _____		Nome _____ Função _____ Assinatura _____	
Violência interpessoal/autoprovocada		SVS 15.06.2015	

NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA EM REDE SENTINELA

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE INVESTIGAÇÃO DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO
CÂNCER RELACIONADO AO TRABALHO

Nº

Definição de caso: É todo câncer que surgiu como consequência da exposição a agentes carcinogênicos presentes no ambiente de trabalho, mesmo após a cessação da exposição. Para uso deste instrumento, serão considerados casos confirmados, como eventos sentinelas, entre outros, aqueles que resultarem em Leucemia por exposição ao benzeno - CID C91 e C95, mesotelioma por amianto CID C45 e angiossarcoma hepático por exposição a cloreto de vinila CID 22.3.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual		
	2 Agravado/doença	CÂNCER RELACIONADO AO TRABALHO		3 Data da Notificação
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)
Notificação Individual	8 Nome do Paciente	9 Data de Nascimento		10 (ou) Idade
	11 Sexo	M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante	13 Raça/Cor
	14 Escolaridade	15 Número do Cartão SUS		
	16 Nome da mãe	17 UF		
Dados de Residência	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito	20 Bairro
	21 Logradouro (rua, avenida,...)	Código	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)
	24 Geo campo 1	25 Geo campo 2	26 Ponto de Referência	27 CEP
	28 (DDD) Telefone	29 Zona	1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	30 País (se residente fora do Brasil)

Dados Complementares do Caso

Antecedentes Epidemiológicos	31 Ocupação	32 Situação no Mercado de Trabalho		
	01 - Empregado registrado com carteira assinada 02 - Empregado não registrado 03 - Autônomo/ conta própria 04 - Servidor público estatutário		05 - Servidor público celetista 06 - Aposentado 07 - Desempregado 08 - Trabalho temporário	
	09 - Cooperativado 10 - Trabalhador avulso 11 - Empregador 12 - Outros 99 - Ignorado		33 Tempo de Trabalho na Ocupação	
	34 Registro/ CNPJ ou CPF		35 Nome da Empresa ou Empregador	
	36 Atividade Econômica (CNAE)	37 UF	38 Município	Código (IBGE)
	39 Distrito	40 Bairro	41 Endereço	
	42 Número	43 Ponto de Referência	44 (DDD) Telefone	
45 O Empregador é Empresa Terceirizada				
1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9 - Ignorado				

Doença Relacionada ao Trabalho/ Câncer relacionado ao trabalho

Sinan NET

SVS

27/09/2005

DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO – CÂNCER RELACIONADO AO TRABALHO
INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO

31. Identificar a ocupação, função desenvolvida pelo trabalhador na data do acidente. CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO
32. Identifique a situação no mercado de trabalho, conforme as alternativas apresentadas. CAMPO ESSENCIAL.
33. Anotar o tempo de trabalho na ocupação. CAMPO ESSENCIAL.
34. Anotar o numero de registro da empresa contratante - Código nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ) ou Cadastro de Pessoa Física (CPF). CAMPO ESSENCIAL.
35. Anotar a razão social (nome) da empresa contratante. CAMPO ESSENCIAL.
36. Anotar o ramo de atividade econômica conforme CNAE da empresa. CAMPO ESSENCIAL.
37. Anotar a unidade federada, o estado onde esta localizada a empresa. CAMPO ESSENCIAL.
38. Anotar o município onde esta localizada a empresa contratante. CAMPO ESSENCIAL.
39. Anotar o distrito do município onde esta localizada a empresa contratante. CAMPO ESSENCIAL.
40. Anotar o bairro do município onde esta localizada a empresa contratante. CAMPO ESSENCIAL.
41. Anotar o endereço da empresa, rua, avenida... CAMPO ESSENCIAL.
42. Anotar o numero das instalações da empresa. CAMPO ESSENCIAL.
43. Anotar um ponto de referência para localização da empresa.
44. Anotar o telefone da empresa.
45. Identificar se a empresa contratante é empresa terceirizada. CAMPO ESSENCIAL.
46. Anotar o tempo de exposição ao agente de risco causador do câncer. CAMPO ESSENCIAL.
47. Identificar o regime de tratamento, conforme as alternativas apresentadas. CAMPO ESSENCIAL.
48. Identifique o diagnostico específico de acordo com o CID 10 correspondente. CAMPO ESSENCIAL.
49. Anotar se houve exposição aos agentes relacionados, durante toda a vida profissional. CAMPO ESSENCIAL.
50. Identificar o hábito de fumar ou não. CAMPO ESSENCIAL.
51. Anotar o tempo de exposição ao tabaco. CAMPO ESSENCIAL.
52. Identificar se há ou houve outros trabalhadores com a mesma doença no local de trabalho. CAMPO ESSENCIAL.
53. Identificar qual foi a evolução do caso, conforme as alternativas apresentadas. CAMPO ESSENCIAL.
54. Identifique se houve óbito e a data em que ocorreu. CAMPO ESSENCIAL.
55. Identifique se foi emitida a Comunicação de acidente do Trabalho para o INSS. CAMPO ESSENCIAL.

Utilize o espaço de observações para acrescentar quaisquer informações que julgar importante. Identifique o município e a Unidade de Saúde (US) que realizou esta investigação. Identifique o nome de quem realizou esta investigação. Identifique a função de quem realizou esta investigação. O investigador deve assinar esta investigação.

Definição de caso: Compreendem as alterações da pele, mucosas e anexos, direta ou indiretamente causadas, mantidas ou agravadas pelo trabalho. Podem estar relacionadas com substâncias químicas, o que ocorre em 80% dos casos, ou com agentes biológicos ou físicos, e ocasionam quadros do tipo irritativo (a maioria) ou do tipo sensibilizante.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual			
	2 Agravado/enferma	DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO/ Dermatoses Ocupacionais	Código (CID10) L98.9	3 Data da Notificação	
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)		
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data do Diagnóstico		
	8 Nome do Paciente	9 Data de Nascimento			
	10 (ou) Idade	11 Sexo M - Masculino F - Feminino 1 - Ignorado	12 Gestante 1-1º trimestre 2-2º trimestre 3-3º trimestre 4- Idade gestacional/ ignorado 5-Não 6- Não se aplica 9- Ignorado	13 Raça/Cor	
	14 Escolaridade	15 Número do Cartão SUS			16 Nome da mãe
Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito	
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)		Código	
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)		24 Geo campo 1	
	25 Geo campo 2	26 Ponto de Referência		27 CEP	
	28 (DDD) Telefone	29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	30 País (se residente fora do Brasil)		
	Dados Complementares do Caso				
	Antecedentes Epidemiológicos	31 Ocupação			
32 Situação no Mercado de Trabalho			33 Tempo de Trabalho na Ocupação		
01- Empregado registrado com carteira assinada 02 - Empregado não registrado 03- Autônomo/ conta própria 04- Servidor público estatutário			09 - Cooperativado 10- Trabalhador avulso 11- Empregador 12- Outros 99 - Ignorado		
05 - Servidor público celetista 06- Aposentado 07- Desempregado 08 - Trabalho temporário			1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano		
Dados da Empresa Contratante					
34 Registro/ CNPJ ou CPF		35 Nome da Empresa ou Empregador			
36 Atividade Econômica (CNAE)		37 UF	38 Município	Código (IBGE)	
39 Distrito		40 Bairro		41 Endereço	
42 Número		43 Ponto de Referência		44 (DDD) Telefone	
45 O Empregador é Empresa Terceirizada 1- Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9- Ignorado					
46 Agravos Associados					
1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus <input type="checkbox"/> Hanseníase <input type="checkbox"/> Transtorno Mental <input type="checkbox"/> Tuberculose <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Outras: _____					
47 Tempo de Exposição ao Agente de Risco		48 Regime de Tratamento			
1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano		1- Hospitalar 2 - Ambulatorial			

DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO - DERMATOSES OCUPACIONAIS
INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO

31. Identificar a ocupação, função desenvolvida pelo trabalhador na data do acidente.
CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.
32. Identifique a situação no mercado de trabalho, conforme as alternativas apresentadas.
(1= Emprego registrado com carteira assinada, 2= Emprego não registrado, 3= Autônomo/conta própria, 4= Servidor público estatutário, 5= Servidor público celetista, 6= Aposentado, 7= Desempregado, 8= Trabalho temporário, 9= Cooperativado, 10=Trabalhador avulso, 11= Empregador, 12= Outros ou 9= ignorado). CAMPO ESSENCIAL.
33. Anotar o tempo de trabalho na ocupação. CAMPO ESSENCIAL.
34. Anotar o numero de registro da empresa contratante - Código nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ) ou Cadastro de Pessoa Física (CPF). CAMPO ESSENCIAL.
35. Anotar a razão social (nome) da empresa contratante. CAMPO ESSENCIAL.
36. Anotar o ramo de atividade econômica conforme CNAE da empresa. CAMPO ESSENCIAL.
37. Anotar a unidade federada, o estado onde esta localizada a empresa. CAMPO ESSENCIAL.
38. Anotar o município onde esta localizada a empresa contratante. CAMPO ESSENCIAL.
39. Anotar o distrito do município onde esta localizada a empresa contratante. CAMPO ESSENCIAL.
40. Anotar o bairro do município onde esta localizada a empresa contratante. CAMPO ESSENCIAL.
41. Anotar o endereço da empresa, rua, avenida. CAMPO ESSENCIAL.
42. Anotar o numero das instalações da empresa. CAMPO ESSENCIAL.
43. Anotar um ponto de referência para localização da empresa.
44. Anotar o telefone da empresa.
45. Identificar se a empresa contratante e empresa terceirizada. (1= Sim, 2= Não, 3= Não se aplica ou 9= Ignorado). CAMPO ESSENCIAL.
46. Identificar se houve os agravos associados ao principal. Se sim, identifique qual das opções conforme as alternativas apresentadas. (1= Sim, 2= Não ou 9= Ignorado). CAMPO ESSENCIAL.
47. Anote o tempo de exposição ao agente de risco causador da dermatose.
48. Anote o regime de tratamento utilizado (1= Hospitalar ou 2= Ambulatorial). CAMPO ESSENCIAL.
49. Identifique o principal agente causador da dermatose ocupacional. (1= Cimento, 2= Borracha, 3= Plástico, 4= Solventes Orgânicos, 5= Graxas, 6= Óleo de Corte, 7= Resinas, 8= Níquel, 9= Cosméticos, 10= Madeiras, 11= Cromo, 12= Outros ou 99= Ignorado).
CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.
50. Identifique a localização da lesão (parte do corpo atingida). (1= Mão, 2= Membro superior, 3= Cabeça, 4= Pescoço, 5= Tórax, 6= Abdome, 7= Membro inferior, 8= Pé, 9= Todo o corpo, 10= Outro ou 99= Ignorado). CAMPO ESSENCIAL.
51. Anote se o resultado do teste epicutaneo foi positivo. (1= Sim, 2= Não ou 9= Ignorado). CAMPO ESSENCIAL.
52. Anote o diagnóstico específico. CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.
53. Anotar se houve afastamento do trabalho para tratamento. (1= Sim, 2= Não ou 9= Ignorado).
CAMPO ESSENCIAL.
54. Anotar o tempo de afastamento do trabalho para tratamento. CAMPO ESSENCIAL.

55. Anotar como evolui o caso com o afastamento do trabalho. (1= Melhora, 2= Piora ou 9= Ignorado). CAMPO ESSENCIAL

.

56. Identificar se há ou houve outros trabalhadores com a mesma doença no local de trabalho. (1= Sim, 2= Não ou 9= Ignorado). CAMPO ESSENCIAL.

57. Identificar qual foi a conduta geral, conforme as alternativas apresentadas. (1= sim ou 2= não). CAMPO ESSENCIAL.

58. Identificar qual foi a evolução do caso, conforme as alternativas apresentadas. (1= Cura, 2= Cura não confirmada, 3= Incapacidade Temporária, 4= Incapacidade Permanente Parcial, 5= Incapacidade Permanente Total, 6= Óbito por doença relacionada ao trabalho, 7= Óbito por outra causa, 8= Outro ou 9= Ignorado). CAMPO ESSENCIAL.

59. Identifique, se houve óbito, a data em que ocorreu. CAMPO ESSENCIAL.

60. Identifique se foi emitida a Comunicação de acidente do Trabalho para o INSS. (1= Sim, 2= Não, 3= Não se aplica ou 9= Ignorado) CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.

Utilize o espaço de observações para acrescentar quaisquer informações que julgar importante.

Identifique o município e a Unidade de Saúde (US) que realizou esta investigação.

Identifique o nome de quem realizou esta investigação. Identifique a função de quem realizou esta investigação. O investigador deve assinar esta investigação.

FICHA DE INVESTIGAÇÃO DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO LER/DORT

Definição de caso: É uma síndrome clínica que afeta o sistema músculo-esquelético em geral, caracterizada pela ocorrência de vários sintomas concomitantes ou não, de aparecimento insidioso, tais como dor crônica, parestesia, fadiga muscular, manifestando-se principalmente no pescoço, cintura escapular e/ou membros superiores. Acontece em decorrência das relações e da organização do trabalho, onde as atividades são realizadas com movimentos repetitivos, com posturas inadequadas, trabalho muscular estático e outras condições inadequadas.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual		2 Agravo/doença DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO/ LER/ DORT		Código (CID10) Z57.9	3 Data da Notificação		
	4 UF	5 Município de Notificação			Código (IBGE)			
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)				Código	7 Data do Diagnóstico		
Notificação Individual	8 Nome do Paciente				9 Data de Nascimento			
	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano		11 Sexo M - Masculino F - Feminino 1 - Ignorado		12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9- Ignorado		13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado	
	14 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica							
15 Número do Cartão SUS				16 Nome da mãe				
Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência		Código (IBGE)		19 Distrito		
	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)			Código		
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)			24 Geo campo 1			
	25 Geo campo 2		26 Ponto de Referência			27 CEP		
	28 (DDD) Telefone			29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		30 País (se residente fora do Brasil)		
	Dados Complementares do Caso							
Antecedentes Epide miológicos	31 Ocupação							
	32 Situação no Mercado de Trabalho 01 - Empregado registrado com carteira assinada 05 - Servidor público celetista 09 - Cooperativado 02 - Empregado não registrado 06 - Aposentado 10 - Trabalhador avulso 03 - Autônomo/ conta própria 07 - Desempregado 11 - Empregador 04 - Servidor público estatutário 08 - Trabalho temporário 99 - Ignorado				33 Tempo de Trabalho na Ocupação 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano			
	34 Registro/ CNPJ ou CPF				35 Nome da Empresa ou Empregador			
	36 Atividade Econômica (CNAE)		37 UF	38 Município		Código (IBGE)		
	39 Distrito		40 Bairro		41 Endereço			
	42 Número	43 Ponto de Referência			44 (DDD) Telefone			
	45 O Empregador é Empresa Terceirizada 1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9- Ignorado							
	46 Agravos Associados 1 - Sim 2 - Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus <input type="checkbox"/> Hanseníase <input type="checkbox"/> Transtorno Mental <input type="checkbox"/> Tuberculose <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Outras: _____							
	47 Tempo de Exposição ao Agente de Risco 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano				48 Regime de Tratamento 1 - Hospitalar 2 - Ambulatorial			
	Doença Relacionada ao Trabalho/ LER/ DORT				Sinan NET		SVS 27/09/2005	

DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO - LER/ DORT
INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO

31. Identificar a ocupação, função desenvolvida pelo trabalhador na data do acidente. CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.
32. Identifique a situação no mercado de trabalho, conforme as alternativas apresentadas. CAMPO ESSENCIAL.
33. Anotar o tempo de trabalho na ocupação. CAMPO ESSENCIAL.
34. Anotar o numero de registro da empresa contratante - Código Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ) ou Cadastro de Pessoa Física (CPF). CAMPO ESSENCIAL.
35. Anotar a razão social (nome) da empresa contratante. CAMPO ESSENCIAL.
36. Anotar o ramo de atividade econômica conforme CNAE da empresa. CAMPO ESSENCIAL.
37. Anotar a unidade federada, o estado onde esta localizada a empresa. CAMPO ESSENCIAL.
38. Anotar o município onde esta localizada a empresa contratante. CAMPO ESSENCIAL.
39. Anotar o distrito do município onde esta localizada a empresa contratante. CAMPO ESSENCIAL.
40. Anotar o bairro do município onde esta localizada a empresa contratante. CAMPO ESSENCIAL.
41. Anotar o endereço da empresa, rua, avenida... CAMPO ESSENCIAL.
42. Anotar o numero das instalações da empresa. CAMPO ESSENCIAL.
43. Anotar um ponto de referência para localização da empresa.
44. Anotar o telefone da empresa.
45. Identificar se a empresa contratante é empresa terceirizada (1= sim, 2= não ou 9= ignorado). CAMPO ESSENCIAL.
46. Identificar se houve os agravos associados ao principal. Se sim, identifique qual das opções conforme as alternativas apresentadas. CAMPO ESSENCIAL.
47. Anote o tempo de exposição ao agente de risco causador da LER/ DORT. CAMPO ESSENCIAL.
48. Anote o regime de tratamento utilizado, se hospitalar ou ambulatorial. CAMPO ESSENCIAL
49. Identifique se a dor é acompanhada de quais outros sintomas, conforme opções. **CAMPO ESSENCIAL.**
50. Anote se existe incapacidade para o exercício de tarefas (1= sim, 2= não ou 9= ignorado). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
51. Identifique os fatores de risco aos quais o trabalhador está exposto no seu local de trabalho.
52. Identifique o diagnostico especifico com o respectivo CID 10. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
53. Anotar se houve afastamento do trabalho para tratamento, conforme as alternativas (1= sim, 2= não ou 9= ignorado). **CAMPO ESSENCIAL.**
54. Anotar o tempo de afastamento do trabalho para tratamento. **CAMPO ESSENCIAL.**
55. Anotar como evolui o caso com o afastamento do trabalho, conforme as opções.
56. Identificar se há ou houve outros trabalhadores com a mesma doença no local de trabalho (1= sim, 2= não ou 9= ignorado). **CAMPO ESSENCIAL.**
57. Identificar qual foi a conduta geral, conforme as alternativas apresentadas. **CAMPO ESSENCIAL.**
58. Identificar qual foi a evolução do caso, conforme as alternativas apresentadas. **CAMPO ESSENCIAL.**
59. Identifique, se houve óbito, a data em que ocorreu. **CAMPO ESSENCIAL.**
60. Identifique se foi emitida a Comunicação de acidente do Trabalho para o INSS (1= sim, 2= não ou 9= ignorado). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

Utilize o espaço de observações para acrescentar quaisquer informações que julgar importante. Identifique o município e a Unidade de Saúde (US) que realizou esta investigação. Identifique o nome de quem realizou esta investigação. Identifique a função de quem realizou esta investigação. O investigador deve assinar esta investigação.

Definição de caso: É a diminuição gradual da acuidade auditiva, decorrente da exposição continuada a níveis elevados de ruído no ambiente de trabalho.
É sempre neurossensorial, irreversível e passível de não progressão uma vez cessada a exposição ao ruído.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual	3 Data da Notificação	
	2 Agravado/doença DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO/ PAIR	Código (CID10) H83.3	
	4 UF 5 Município de Notificação	Código (IBGE)	
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	
	7 Data do Diagnóstico		
	8 Nome do Paciente	9 Data de Nascimento	
	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante 1-1º trimestre 2-2º trimestre 3-3º trimestre 4- Idade gestacional/ Ignorada 5-Não 6- Não se aplica
13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado	14 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica		
15 Número do Cartão SUS	16 Nome da mãe		
Dados de Residência	17 UF 18 Município de Residência	Código (IBGE)	
	19 Distrito		
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)	Código
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)	24 Geo campo 1
	25 Geo campo 2	26 Ponto de Referência	27 CEP
	28 (DDD) Telefone	29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	30 País (se residente fora do Brasil)

Dados Complementares do Caso

Antecedentes Epidemiológicos	31 Ocupação	
	32 Situação no Mercado de Trabalho 01- Empregado registrado com carteira assinada 05 - Servidor público celetista 09 - Cooperativado 02 - Empregado não registrado 06 - Aposentado 10- Trabalhador avulso 03- Autônomo/ conta própria 07- Desempregado 11- Empregador 04- Servidor público estatutário 08 - Trabalho temporário 99 - Ignorado	33 Tempo de Trabalho na Ocupação 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano
	Dados da Empresa Contratante	
	34 Registro/ CNPJ ou CPF	35 Nome da Empresa ou Empregador
	36 Atividade Econômica (CNAE)	37 UF 38 Município
	39 Distrito	40 Bairro
	41 Endereço	
	42 Número	43 Ponto de Referência
	44 (DDD) Telefone	
	45 O Empregador é Empresa Terceirizada 1- Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9- Ignorado	
46 Agravos Associados 1- Sim 2- Não 9- Ignorado	Hipertensão Arterial Diabetes Mellitus Hanseníase Transtorno Mental Tuberculose Asma Outras:	
47 Tempo de Exposição ao Agente de Risco 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	48 Regime de Tratamento 1- Hospitalar 2 - Ambulatorial	

Perda Auditiva Induzida Pelo Ruído - PAIR

PAIR

49) Tipo de Ruído Predominante
1-Ruído Contínuo 2-Ruído Intermitente 3-Ambos 9-Ignorado

50) Exposição Concomitante a Ruído e: Solvente a Base de Tolueno Metais Pesados Medicamentos Ototóxicos
1-Sim 2- Não 9-Ignorado Gases Tóxicos Outros: _____

51) Sintomas Zumbido Tontura Dificuldade p/ compreensão da fala 52) Diagnóstico Específico
1-Sim Cefaléia Outros CID 10 _____
2- Não 9-Ignorado

Conclusão

53) Houve afastamento do trabalho para tratamento?
1-Sim 2- Não 9- Ignorado 54) Tempo de Afastamento do Trabalho para Tratamento
_____ 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano

55) Com Afastamento do Trabalho
1- Melhora 2- Piora 9- Ignorado 56) Há ou Houve Outros Trabalhadores com a mesma Doença no Local de Trabalho
1-Sim 2 - Não 9- Ignorado

57) Conduta Geral 1-Sim 2- Não
 Afastamento do agente do risco com mudança de função e/ou posto de trabalho Adoção de mudança na organização do trabalho Adoção de proteção coletiva Afastamento do local de trabalho
 Adoção de proteção individual Nenhum Outros _____

58) Evolução do Caso
1- Cura 2- Cura não confirmada 3- Incapacidade Temporária 4- Incapacidade Permanente Parcial 5- Incapacidade Permanente Total
6- Óbito por doença relacionada ao trabalho 7- Óbito por Outra Causa 8- Outro 9- Ignorado

59) Data do óbito _____ 60) Foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho
1-Sim 2 - Não 3- Não se aplica 9- Ignorado

Informações complementares e observações

Investigador Município/Unidade de Saúde Cód. da Unid. de Saúde

Nome Função Assinatura

DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO – Perda Auditiva Induzida pelo Ruído (PAIR)
INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO

31. Identificar a ocupação, função desenvolvida pelo trabalhador na data do acidente. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**
32. Identifique a situação no mercado de trabalho, conforme as alternativas apresentadas. **CAMPO ESSENCIAL.**
33. Anotar o tempo de trabalho na ocupação. **CAMPO ESSENCIAL.**
34. Anotar o número de registro da empresa contratante- Código nacional de Pessoa Jurídica- CNPJ ou Cadastro de Pessoa Física- CPF. **CAMPO ESSENCIAL.**
35. Anotar a razão social (nome) da empresa contratante. **CAMPO ESSENCIAL.**
36. Anotar o ramo de atividade econômica conforme CNAE da empresa. **CAMPO ESSENCIAL.**
37. Anotar a unidade federada, o estado onde esta localizada a empresa. **CAMPO ESSENCIAL.**
38. Anotar o município onde esta localizada a empresa contratante. **CAMPO ESSENCIAL.**
39. Anotar o distrito do município onde esta localizada a empresa contratante. **CAMPO ESSENCIAL.**
40. Anotar o bairro do município onde esta localizada a empresa contratante. **CAMPO ESSENCIAL.**
41. Anotar o endereço da empresa, rua, avenida... **CAMPO ESSENCIAL.**
42. Anotar o número das instalações da empresa. **CAMPO ESSENCIAL.**
43. Anotar um ponto de referência para localização da empresa.
44. Anotar o telefone da empresa.
45. Identificar se a empresa contratante é empresa terceirizada. **CAMPO ESSENCIAL.**
46. Identificar se houve os agravos associados ao principal. Se sim, identifique qual das opções conforme as alternativas apresentadas. **CAMPO ESSENCIAL.**
47. Anote o tempo de exposição ao agente de risco causador da PAIR. **CAMPO ESSENCIAL.**
48. Anote o regime de tratamento utilizado, se hospitalar ou ambulatorial. **CAMPO ESSENCIAL.**
49. Anote o tipo de ruído predominante a que foi exposto o trabalhador, conforme as alternativas apresentadas. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
50. Identifique se houve exposição concomitante a ruído. Se sim, identifique quais. **CAMPO ESSENCIAL.**
51. Identifique os sintomas presentes, conforme as alternativas apresentadas. **CAMPO ESSENCIAL.**
52. Anote o CID específico. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
53. Anotar se houve afastamento do trabalho para tratamento, conforme as alternativas (1= sim, 2= não ou 9= ignorado). **CAMPO ESSENCIAL.**
54. Anotar o tempo de afastamento do trabalho para tratamento. **CAMPO ESSENCIAL.**
55. Anotar como evoluiu o caso com o afastamento do trabalho, conforme as opções. **CAMPO ESSENCIAL.**
56. Identificar se há ou houve outros trabalhadores com a mesma doença no local de trabalho (1= sim, 2= não ou 9= ignorado). **CAMPO ESSENCIAL.**
57. Identificar qual foi a conduta geral, conforme as alternativas apresentadas. **CAMPO ESSENCIAL.**
58. Identificar qual foi a evolução do caso, conforme as alternativas apresentadas. **CAMPO ESSENCIAL.**
59. Identifique, se houve óbito, a data em que ocorreu. **CAMPO ESSENCIAL.**
60. Identifique se foi emitida a Comunicação de acidente do Trabalho para o INSS (1= sim, 2= não, 3= não se aplica ou 9= ignorado). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

Utilize o espaço de observações para acrescentar quaisquer informações que julgar importante. Identifique o município e a Unidade de Saúde (US) que realizou esta investigação. Identifique o nome de quem realizou esta investigação. Identifique a função de quem realizou esta investigação. O investigador deve assinar esta investigação.

Definição de caso: Conjunto de doenças pulmonares causadas pelo acúmulo de poeira nos pulmões e reação tissular à presença dessas poeiras, presentes no ambiente de trabalho. Podem abranger os seguintes grupos:

a) Pneumoconiose: causada pela inalação de poeiras contendo sílica livre cristalina.
b) Pneumoconiose dos trabalhadores do carvão: causada pela inalação de poeiras de carvão mineral.
c) Asbestose: causada pela inalação de fibras de asbesto ou amianto
d) Pneumoconiose devido a outras poeiras inorgânicas: berilose (exposição ao berílio); siderose (exposição a fumos de óxido de ferro) e estanhose (exposição a estanho).
e) Pneumoconiose por poeiras mistas: englobam pneumocinioses com padrão radiológicos diferentes, de opacidades regulares e irregulares, devidas à inalação de poeiras de diversos tipos de minerais, com significativo grau de contaminação por sílica livre, porém sem apresentar o substrato anátomopatológico típico de silicose.

Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual			
	2	Agravado/doença		Código (CID10)	3 Data da Notificação		
	DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO/ Pneumoconioses		J64				
Notificação Individual	4	UF	5	Município de Notificação		Código (IBGE)	
	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7	Data do Diagnóstico	
	8	Nome do Paciente		9		Data de Nascimento	
Dados de Residência	10	(ou) Idade	11	SEXO M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> 1 - Ignorado	12	Gestante	
	14		Escolaridade		13		Raça/Cor
	15		Número do Cartão SUS		16		Nome da mãe
Dados de Residência	17	UF	18	Município de Residência		Código (IBGE)	
	19	Distrito		20		Bairro	
	21	Logradouro (rua, avenida,...)		22		Número	
	23	Complemento (apto., casa, ...)		24		Geo campo 1	
	25	Geo campo 2		26		Ponto de Referência	
	27	CEP		28		(DDD) Telefone	
29		Zona		30		País (se residente fora do Brasil)	
1 - Urbana		2 - Rural		3 - Periurbana		9 - Ignorado	

Dados Complementares do Caso

Antecedentes Epidemiológicos	31	Ocupação		
	32	Situação no Mercado de Trabalho		
	01 - Empregado registrado com carteira assinada		05 - Servidor público celetista	
	02 - Empregado não registrado		06 - Aposentado	
	03 - Autônomo/ conta própria		07 - Desempregado	
	04 - Servidor público estatutário		08 - Trabalho temporário	
09 - Cooperativado		10 - Trabalhador avulso		
11 - Empregador		12 - Outros		
99 - Ignorado		33		Tempo de Trabalho na Ocupação
		1 - Hora		2 - Dia
		3 - Mês		4 - Ano
Dados da Empresa Contratante				
34	Registro/ CNPJ ou CPF		35	Nome da Empresa ou Empregador
36	Atividade Econômica (CNAE)		37	UF
38	Município		Código (IBGE)	
39	Distrito		40	Bairro
41	Endereço		42	Número
43	Ponto de Referência		44	(DDD) Telefone
45	O Empregador é Empresa Terceirizada		<input type="checkbox"/>	
1 - Sim		2 - Não		3 - Não se aplica
9 - Ignorado				

**DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO - PNEUMOCONIOSES
INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO**

31. Identificar a ocupação, função desenvolvida pelo trabalhador na data do acidente. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
32. Identifique a situação no mercado de trabalho, conforme as alternativas apresentadas. **CAMPO ESSENCIAL.**
33. Anotar o tempo de trabalho na ocupação. **CAMPO ESSENCIAL.**
34. Anotar o numero de registro da empresa contratante - Código nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ) ou Cadastro de Pessoa Física (CPF). **CAMPO ESSENCIAL.**
35. Anotar a razão social (nome) da empresa contratante.
36. Anotar o ramo de atividade econômica conforme CNAE da empresa. **CAMPO ESSENCIAL.**
37. Anotar a unidade federada, o estado onde esta localizada a empresa. **CAMPO ESSENCIAL.**
38. Anotar o município onde esta localizada a empresa contratante. **CAMPO ESSENCIAL.**
39. Anotar o distrito do município onde esta localizada a empresa contratante. **CAMPO ESSENCIAL.**
40. Anotar o bairro do município onde esta localizada a empresa contratante. **CAMPO ESSENCIAL.**
41. Anotar o endereço da empresa, rua, avenida... **CAMPO ESSENCIAL.**
42. Anotar o numero das instalações da empresa. **CAMPO ESSENCIAL.**
43. Anotar um ponto de referência para localização da empresa.
44. Anotar o telefone da empresa.
45. Identificar se a empresa contratante e empresa terceirizada (1= sim, 2= não 3= não se aplica ou 9= ignorado). **CAMPO ESSENCIAL.**
46. Identificar se houve os agravos associados ao principal (1= sim, 2= não ou 9= ignorado). **CAMPO ESSENCIAL.**
47. Anote o tempo de exposição ao agente de risco causador da pneumoconiose. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
48. Anote o regime de tratamento utilizado, se hospitalar ou ambulatorial.
49. Identificar se a exposição a poeiras mistas e minerais ocorreu em um ou mais vínculos distintos da empresa (1= sim, 2= não ou 9= ignorado).
50. Anotar, caso tenha ocorrido exposição em um ou mais vínculos da empresa, quais foram
51. Identifique os agentes de exposição no local de trabalho, conforme as opções. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
52. Identifique se o paciente tem habito de fumar. **CAMPO ESSENCIAL.**
53. Se fumante, há quantos anos fuma ou fumou. **CAMPO ESSENCIAL.**
54. Identifique os exames complementares realizados para confirmação diagnóstica. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
55. Anote o diagnóstico específico, conforme o CID. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
56. Identificar se há ou houve outros trabalhadores com a mesma doença no local de trabalho (1= sim, 2= não ou 9= ignorado). **CAMPO ESSENCIAL.**
57. Identificar se foi realizada a avaliação funcional (prova de função pulmonar) (1= sim, 2= não ou 9= ignorado). **CAMPO ESSENCIAL.**
58. Identificar o resultado da avaliação funcional, se normal ou alterada. **CAMPO ESSENCIAL.**
59. Identificar qual foi a conduta geral, conforme as alternativas apresentadas. **CAMPO ESSENCIAL.**
60. Identificar qual foi a evolução do caso, conforme as alternativas apresentadas. **CAMPO ESSENCIAL.**
61. Identifique, se houve óbito, a data em que ocorreu. **CAMPO ESSENCIAL.**
62. Identifique se foi emitida a Comunicação de acidente do Trabalho para o INSS (1= sim, 2= não 3= não se aplica ou 9= ignorado). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

Utilize o espaço de observações para acrescentar quaisquer informações que julgar importante. Identifique o município e a Unidade de Saúde (US) que realizou esta investigação. Identifique o nome e a função de quem realizou esta investigação. O investigador deve assinar.

Definição de caso: Transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho são aqueles resultantes de situações do processo de trabalho, provenientes de fatores pontuais como exposição a determinados agentes tóxicos, até a completa articulação de fatores relativos à organização do trabalho, como a divisão e parcelamento das tarefas, as políticas de gerenciamento das pessoas, assédio moral no trabalho e a estrutura hierárquica organizacional. Transtornos mentais e do comportamento, para uso deste instrumento, serão considerados os estados de estresses pós-traumáticos decorrentes do trabalho (CID F 43.1).

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação <div style="text-align: center;">2 - Individual</div>		2 Agravo/doença TRANSTORNOS MENTAIS		Código (CID10) F99	3 Data da Notificação	
	4 UF		5 Município de Notificação		Código (IBGE)		
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)				Código	7 Data do Diagnóstico	
Notificação Individual	8 Nome do Paciente					9 Data de Nascimento	
	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano		11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado		12 Gestante 1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica		13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado
	14 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 3ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-E ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica						
	15 Número do Cartão SUS			16 Nome da mãe			
Dados de Residência	17 UF		18 Município de Residência		Código (IBGE)	19 Distrito	
	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)			Código	
	22 Número		23 Complemento (apto., casa, ...)			24 Geo campo 1	
	25 Geo campo 2		26 Ponto de Referência			27 CEP	
	28 (DDD) Telefone		29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		30 País (se residente fora do Brasil)		
	Dados Complementares do Caso						
	Antecedentes Epidemiológicos	31 Ocupação					
32 Situação no Mercado de Trabalho 01- Empregado registrado com carteira assinada 05 - Servidor público celetista 09 - Cooperativado 02 - Empregado não registrado 06- Aposentado 10- Trabalhador avulso 03- Autônomo/ conta própria 07- Desempregado 11- Empregador 04- Servidor público estatutário 08 - Trabalho temporário 99 - Ignorado			33 Tempo de Trabalho na Ocupação 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano				
Dados da Empresa Contratante							
34 Registro/ CNPJ ou CPF			35 Nome da Empresa ou Empregador				
36 Atividade Econômica (CNAE)		37 UF		38 Município		Código (IBGE)	
39 Distrito		40 Bairro		41 Endereço			
42 Número		43 Ponto de Referência			44 (DDD) Telefone		
45 O Empregador é Empresa Terceirizada 1- Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9- Ignorado							

Doença Relacionada ao Trabalho/ transtornos mentais relacionados ao trabalho

Sinan NET

SVS

27/09/2005

**DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO – TRANSTORNO MENTAL RELACIONADO AO
TRABALHO
INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO**

31. Identificar a ocupação, função desenvolvida pelo trabalhador na data do acidente. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
32. Identifique a situação no mercado de trabalho, conforme as alternativas apresentadas. **CAMPO ESSENCIAL.**
33. Anotar o tempo de trabalho na ocupação. **CAMPO ESSENCIAL.**
34. Anotar o número de registro da empresa contratante - Código nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ) ou Cadastro de Pessoa Física (CPF). **CAMPO ESSENCIAL.**
35. Anotar a razão social (nome) da empresa contratante. **CAMPO ESSENCIAL.**
36. Anotar o ramo de atividade econômica conforme CNAE da empresa. **CAMPO ESSENCIAL.**
37. Anotar a unidade federada, o estado onde esta localizada a empresa. **CAMPO ESSENCIAL.**
38. Anotar o município onde esta localizada a empresa contratante. **CAMPO ESSENCIAL.**
39. Anotar o distrito do município onde esta localizada a empresa contratante. **CAMPO ESSENCIAL.**
40. Anotar o bairro do município onde esta localizada a empresa contratante. **CAMPO ESSENCIAL.**
41. Anotar o endereço da empresa, rua, avenida... **CAMPO ESSENCIAL.**
42. Anotar o número das instalações da empresa. **CAMPO ESSENCIAL.**
43. Anotar um ponto de referência para localização da empresa.
44. Anotar o telefone da empresa.
45. Identificar se a empresa contratante é empresa terceirizada (1= Sim, 2= Não ou 9= Ignorado). **CAMPO ESSENCIAL.**
46. Anote o tempo de exposição ao agente de risco causador do transtorno mental. **CAMPO ESSENCIAL.**
47. Identifique se o regime de tratamento foi hospitalar ou ambulatorial. **CAMPO ESSENCIAL.**
48. Anote o diagnóstico específico, conforme a CID 10. **CAMPO ESSENCIAL.**
49. Identifique quais os hábitos que o paciente tem, conforme as opções. **CAMPO ESSENCIAL.**
50. Identifique se o paciente tem hábito de fumar. **CAMPO ESSENCIAL.**
51. Se fumante, há quantos anos fuma ou fumou. **CAMPO ESSENCIAL.**
52. Identificar qual foi a conduta geral, conforme as alternativas apresentadas. **CAMPO ESSENCIAL.**
53. Identificar se há ou houve outros trabalhadores com a mesma doença no local de trabalho (1= Sim, 2= Não ou 9= Ignorado). **CAMPO ESSENCIAL.**
54. Identificar se o trabalhador foi encaminhado a um Centro de Atenção Psicossocial (CAPES) ou outro serviço especializado em tratamento de transtornos mentais (1= Sim, 2= Não ou 9= Ignorado). **CAMPO ESSENCIAL.**
55. Identificar qual foi a evolução do caso, conforme as alternativas apresentadas. **CAMPO ESSENCIAL.**
56. Identifique, se houve óbito, a data em que ocorreu. **CAMPO ESSENCIAL.**
57. Identifique se foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho para o INSS (1= Sim, 2= Não 3= Não se aplica ou 9= Ignorado). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

Utilize o espaço de observações para acrescentar quaisquer informações que julgar importante.

Identifique o município e a Unidade de Saúde (US) que realizou esta investigação.

Identifique o nome de quem realizou esta investigação. Identifique a função de quem realizou esta investigação. O investigador deve assinar esta investigação.

4.3. Orientações sobre duplicidade

Um número significativo de registros indevidamente duplicados pode distorcer os resultados de indicadores calculados a partir da base de dados do Sinan. Esses registros duplicados devem ser identificados, investigados e, de acordo com o tipo de duplicidade (duplicidade propriamente dita, transferência de local de tratamento, novo acidente ou homônimos), devem ser efetuados os procedimentos correspondentes.

O sistema seleciona registros possivelmente duplicados e relaciona-os no relatório, utilizando como critério padrão os seguintes campos idênticos:

- Nome / Sobrenome do paciente;
- Data de nascimento;
- Sexo.

Além dessas variáveis, o sistema utiliza para a identificação do paciente, outras opções para seleção duplicidade. É possível compor um filtro utilizando um ou mais das seguintes variáveis:

- Nome do paciente (nome completo do paciente);
- Idade;
- Nome da mãe;
- Pesquisa fonética (que tem a sensibilidade variando de 1 (mais sensível e menos específico) a 15 (menos sensível e mais específico)).

A seleção do período de notificação deve ser no mínimo de **um ano** para doenças e agravos relacionados à Saúde do Trabalhador. Se o período não for indicado, toda base de dados será analisada.

De acordo com a duplicidade identificada é possível adotar um dos seguintes procedimentos:

- **Excluir** (exclui da base de dados o registro selecionado);
- **Não Listar** (o registro selecionado permanece na base de dados, apenas não é exibido no relatório de duplicidades. Só voltará a ser listado se for notificado um novo registro com as mesmas variáveis de identificação).

A partir do relatório de duplicidade é possível acessar a ficha de notificação / investigação sendo permitido realizar alteração de dados ou exclusão das mesmas.

4.3.1. Procedimentos com relação à duplicidade de registros

Duplicidade: considera-se duplicidade de registros de agravos notificados como casos suspeitos e/ou confirmados, quando o mesmo paciente foi notificado mais de uma vez pela mesma ou outra unidade de saúde, para o mesmo agravo, durante o período prodrômico de um mesmo evento.

- **Procedimento-padrão:** O 1º nível informatizado (quem digitou a ficha) deve complementar os dados da 1ª notificação a partir da 2ª ficha e **excluir** a 2ª ficha de notificação. Se a duplicidade for identificada acima do 1º nível informatizado, deverá ser comunicado o procedimento acima para o 1º nível que digitou.

Duplo registro: o mesmo paciente foi vítima de mais de uma situação num período específico, tendo mais de uma notificação pela mesma ou outra unidade de saúde.

- **Procedimento:** utilizar a opção *não listar* para que estes registros não sejam listados no relatório de duplicidade.

Homônimos: são registros que apresentam os mesmos primeiro e últimos nomes dos pacientes, mesmas datas de nascimento e mesmo sexo e, no entanto são pessoas diferentes (ex: nomes de mãe diferentes, endereços diferentes, etc.)

- **Procedimento:** utilizar a opção *não listar* para que estes registros não sejam listados no relatório de duplicidade.

OBS: Muitas vezes é necessária a obtenção de informações adicionais para que seja esclarecido o tipo de duplicidade ou duplo registro, ou para a complementação e correção de dados. Sendo assim, é imprescindível a participação dos técnicos da vigilância na busca ativa e resgate dos dados⁹.

5. ANÁLISE DE QUALIDADE DA BASE DE DADOS DO

SINAN

Uma base de dados de boa qualidade deve ser completa (conter todos os casos diagnosticados), fidedigna aos dados originais registrados nas unidades de saúde (confiabilidade), sem duplicidades e seus campos devem estar preenchidos e consistentes. Para avaliar a subnotificação e a confiabilidade é necessário o desenvolvimento de estudos/pesquisas especiais. Este documento propõe-se a orientar como avaliar a completitude de cada notificação/investigação, a consistência entre os dados e a duplicidade de notificações.

Entende-se por completitude dos registros o grau de preenchimento do campo (Ex.: Proporção de casos notificados sem preenchimento do campo ocupação). Devem ser avaliados, prioritariamente, os campos que identificam a notificação, caracterizam o indivíduo e aqueles necessários aos cálculos dos indicadores.

Entende-se por consistência a coerência entre as categorias assinaladas em dois campos relacionados. Deve ser avaliada, prioritariamente, a coerência entre dados de campos relacionados em que pelo menos um deles é necessário ao cálculo dos indicadores básicos.

5.1. Uso do Sinan para análise dos dados

Para a análise dos dados no Sinan é necessário exportar a base de dados para DBF:

- a. Essa rotina disponibiliza a base de dados em arquivo formato .DBF para ser utilizado por softwares de análise;
- b. Sempre que houver uma atualização de dados e notificações na base do Sinan, deve ser realizada nova exportação para que os dados sejam atualizado na base DBF;
- c. Os registros a serem exportados podem ser selecionados segundo período de notificação. Para exportar a base toda basta não preencher o campo

Período;

d. O(s) agravo(s) que terão seus registros exportados devem ser indicados na tela;

e. A exportação poderá ser realizada com os dados de identificação do paciente (caso esta opção esteja marcada) ou sem eles;

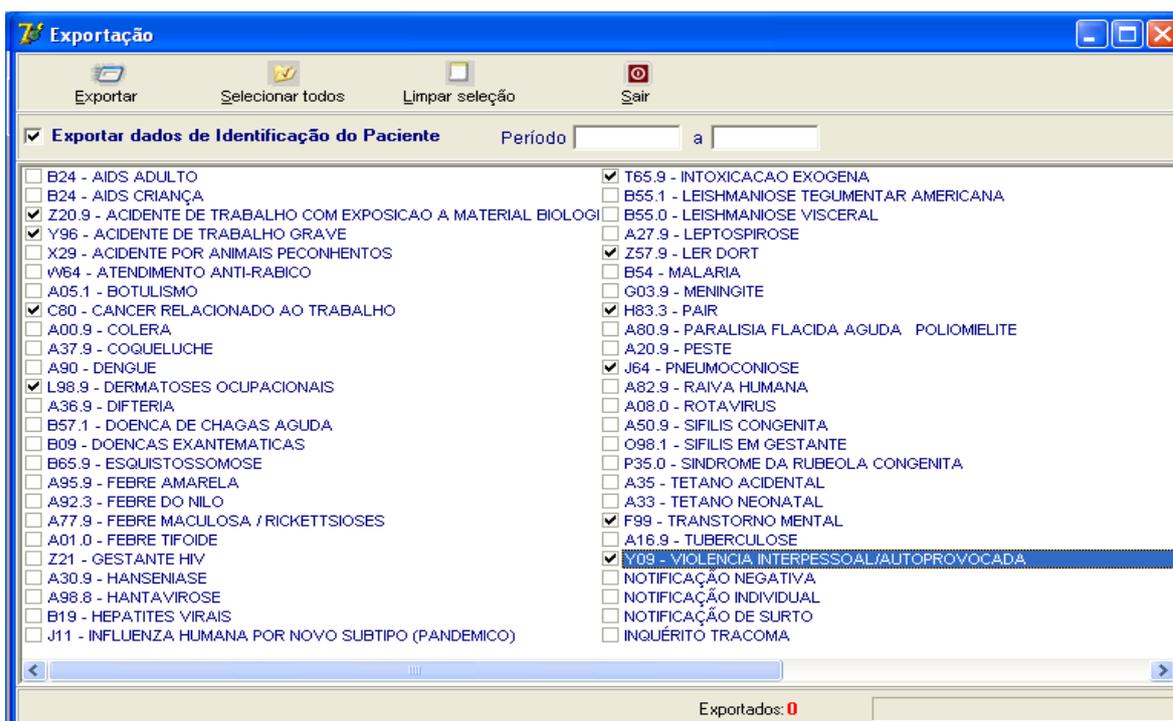
f. Os arquivos após exportados estarão disponíveis na pasta C:\SinanNet\Base DBF¹⁰.

5.1.1. Passo a passo de como exportar a base de dados para o formato DBF:

1. Selecionar no menu “Ferramentas” opção “Exportação”



2. Será exibida a seguinte tela:



Selecionar os agravos relacionados ao trabalho, marcando manualmente todos os agravos para serem exportados (atualmente não é recomendado selecionar todos para não travar o sistema). Na 1ª utilização marcar o agravo, país, UF, Município, Regional, Distrito, Bairro, Unidade de Saúde e Ocupação.

Caso deseje desmarcar todos os agravos anteriormente selecionados, clicar no botão “Limpar seleção”.

Para exportar os dados de identificação do paciente selecione o item “Exportar dados de identificação do paciente”.



3. Clicar em nos agravos relacionados ao trabalho
 4. Verificar que todos os registros foram marcados
 5. Deixar o campo “Período” em branco
 6. Clicar no botão “Exportar”
 7. Ao finalizar a exportação surgirá a mensagem: “Exportação para DBF gerada com sucesso”.
- Clicar no botão “OK”

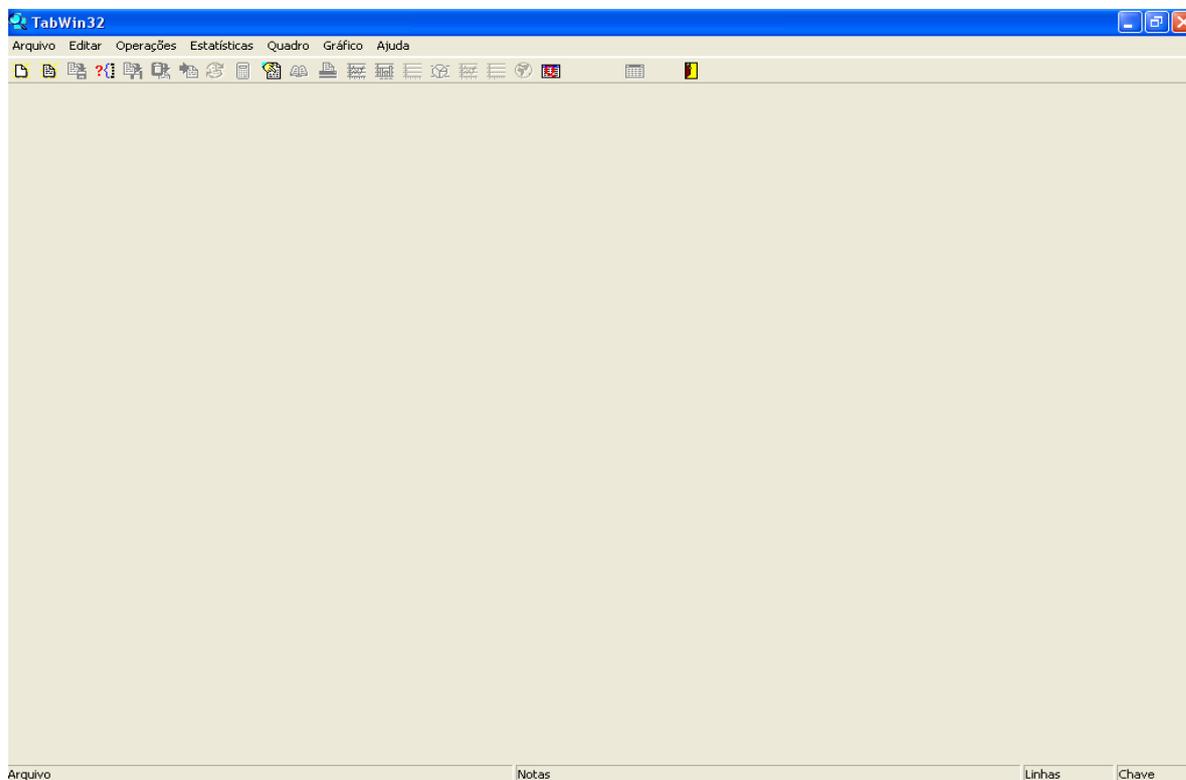
5.1.2. Ferramenta TabWin

O Sinan permite acessar o Tabwin, sem sair do programa, pela opção “Ferramentas” – “TabWin”. Este programa também pode ser executado diretamente pelo seu atalho. Em ambas as situações, antes de iniciar seu uso, é necessário que a base de dados do Sinan esteja no formato DBF, ou seja, tenha sido realizada a rotina de **Exportação para DBF**.

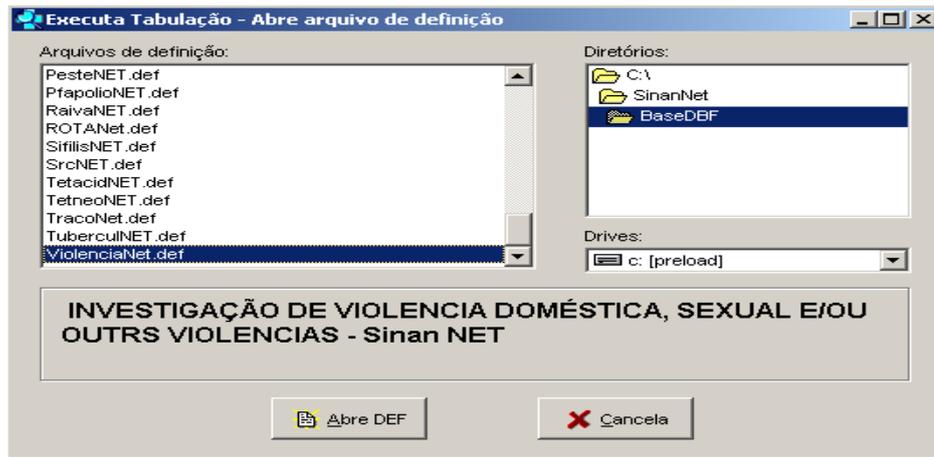
Acessando o TabWin a partir do Sinan Net



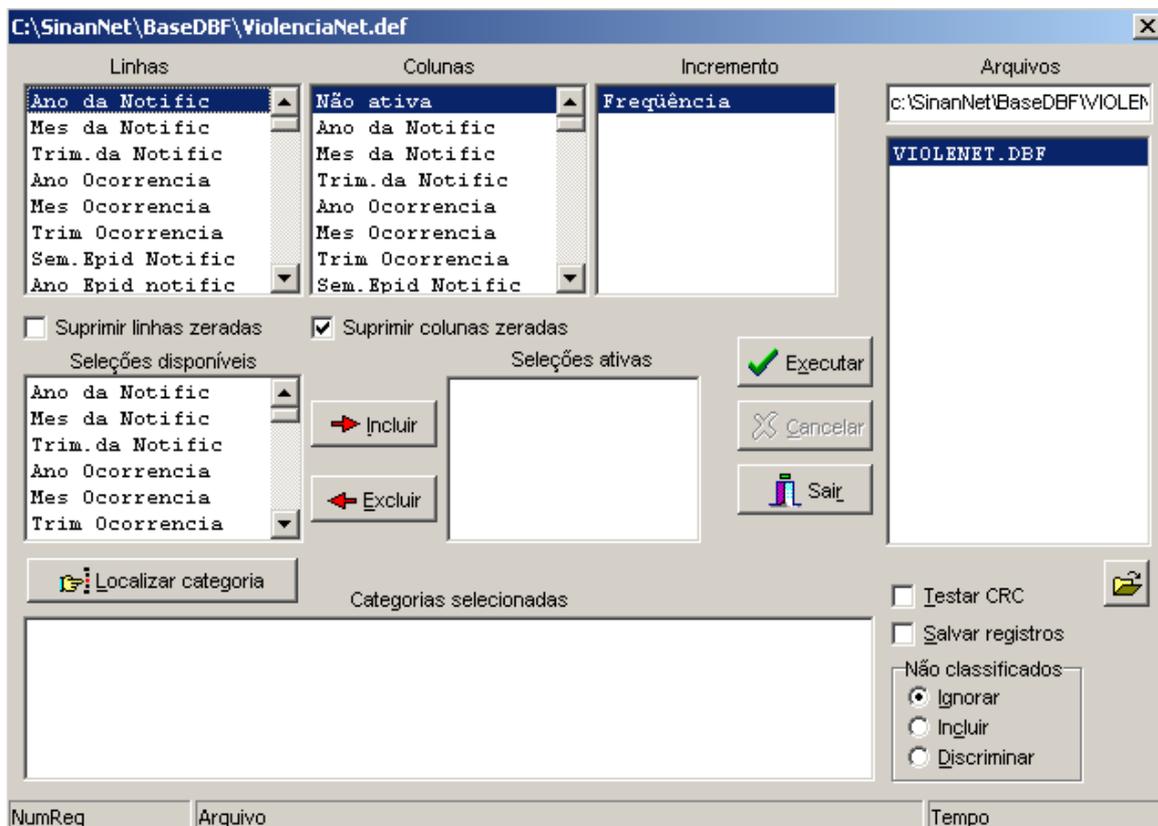
1. Selecionar no menu “Ferramentas” opção “Tabwin”
2. Surgirá uma tela solicitando o caminho onde está instalado o Tabwin
3. Informar o caminho e clicar “OK”
4. A tela do Tabwin será exibida:



5. Para efetuar tabulações com os programas TAB (TAB, TABWIN, TABNET) são necessários arquivos de definição (*.DEF) e de conversão (*.CNV) específicos para cada banco de dados. Os arquivos de definição (*.DEF) contêm informações necessárias para identificar quais variáveis estarão disponíveis no painel de controle apresentado pelo programa de modo a possibilitar a tabulação dos dados do respectivo banco. Nos arquivos de conversão (*.CNV) estão as categorias de cada variável do banco de dados e respectivos códigos de identificação. Os arquivos de definição e de conversão devem ser salvos no diretório criado (C:\SINANNET\BASEDBF).



6. Para executar as tabulações de dados como, por exemplo, os dados de violências na base do Sinan NET é necessário selecionar o arquivo de definição C:\SINANNET\BASEDBF\VIOLENCIANET.def e clicar no botão “Abre DEF”. Após a seleção do arquivo de definição adequado, surge na tela o painel de controle onde estão todas as opções básicas que o programa oferece para a realização de tabulações (linha, coluna, seleção, arquivo, etc.).

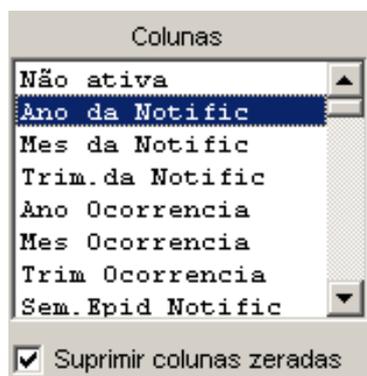


7. Verificar no campo “Arquivos” se o banco de dados a ser utilizado e respectiva localização (ex: C:\SINANNET\BASEDBF\VIOLENET.DBF) estão corretamente indicados, caso contrário, digitar diretamente no campo “Arquivos” ou solicitar modificação da indicação padrão definida na primeira linha do arquivo de definição correspondente.

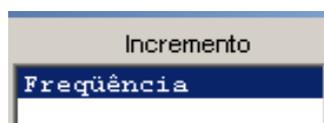
8. Selecionar na janela “Linhas” a informação que deverá constar nas linhas da tabela a ser executada (ex: Mun US Noti CE). Deixando marcada a opção “Suprimir linhas zeradas”, todos os municípios que não tenham informação (0 casos) serão automaticamente suprimidos. Desmarcando a opção, todos os municípios serão mostrados.



9. Selecionar na janela “Colunas” a informação que deverá constar nas colunas da tabela a ser executada (ex: Ano de notificação). Deixando marcada a opção “Suprimir colunas zeradas”, todos os anos que não tenham informação (0 casos) serão automaticamente suprimidos. Desmarcando a opção, todos os anos serão mostrados.



10. A janela “Incremento” somente deve ser utilizada para variáveis não categóricas (ex: nº total de ampolas) quando não se deseja agrupá-las em categorias.



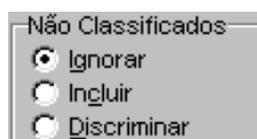
11. Para selecionar quais registros serão considerados na tabulação, assinalar na janela “Seleções disponíveis” as variáveis que os identificam, clicar no botão “Incluir” e selecionar na janela “Categorias selecionadas” as opções desejadas. Confira as seleções efetuadas percorrendo com o mouse as opções disponíveis na janela “Seleções ativas”.



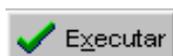
12. No campo “Não Classificados” quando assinalada a opção “Ignorar”, são considerados apenas os registros cujos campos estão preenchidos com categorias previstas nas fichas de notificação/investigação (valores válidos) e que devem estar discriminadas no arquivo de conversão correspondente.

13. A opção “Incluir” considera, inclusive, os registros cujos campos selecionados na coluna e na linha estejam preenchidos com valores não válidos, sem, contudo, discriminá-los.

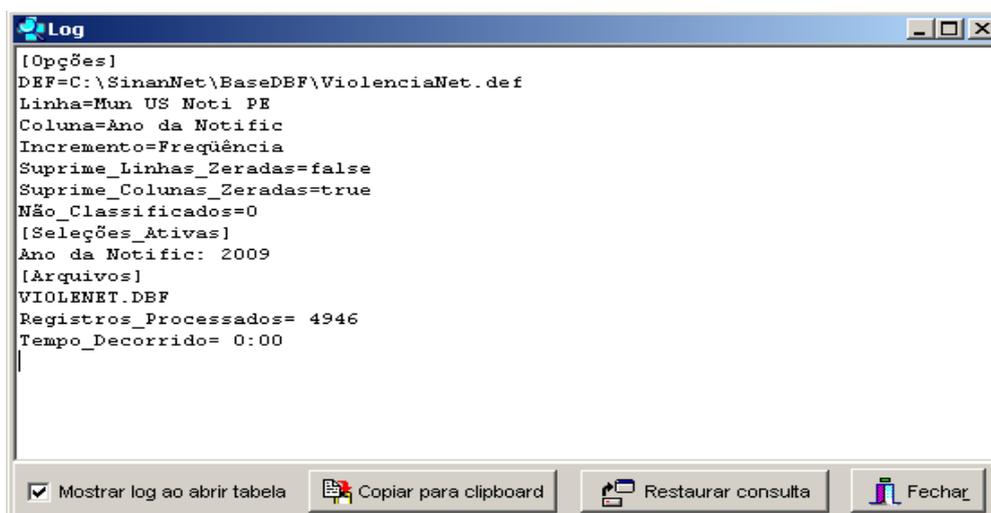
14. A opção “Discriminar” além de considerar, inclusive, os registros cujos campos selecionados na coluna e na linha estejam preenchidos com valores não válidos, discrimina cada valor inválido encontrado.



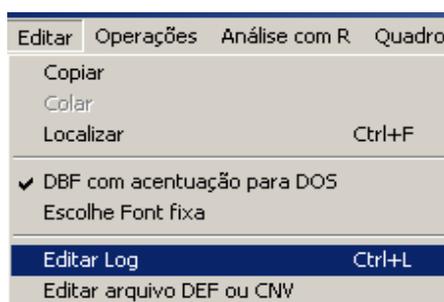
15. Clicar no botão “Executar” para que o programa inicie a tabulação.



16. Ao concluir a tabulação, surge na tela a janela LOG que apresenta todas as características da tabulação efetuada, útil para fazer uma revisão da tabulação solicitada. Esses dados são salvos junto com a tabela. Minimizar a janela.



OBS: Sempre que uma tabela salva anteriormente for aberta, surge a janela log. Caso queira que a janela de log não abra automaticamente após cada tabulação, basta desmarcar a opção “Mostrar log ao abrir a tabela”. Para verificar novamente o log, com a tabela aberta, selecione no menu “Editar”, a opção “Editar log”.



17. Para calcular indicador ou efetuar operações matemáticas: opção “Operações”

18. Para modificar nome de colunas utilizar o menu “quadro” da barra de menu principal do programa (opção “cabec das colunas”), assim como para modificar sua posição (opção mover colunas) ou excluir colunas (opção eliminar

colunas).

ATENÇÃO! Os valores da coluna total não são atualizados com a eliminação de colunas que não são de interesse.



19. Para definir o nº de casas decimais: menu “quadro”, opção “Decimais”.

20. Para atribuir título, rodapé e imprimir a tabela: menu “Arquivo”, opção “imprimir”, digitar o título e rodapé. Para imprimir a tabela “deitada” ou modificar outras configurações de impressão, clicar no botão “setup” e selecionar em “orientação” a opção paisagem, clicar em OK. Para iniciar a impressão clique no botão OK na janela Imprime. Para atribuir título e rodapé sem imprimir, clicar no botão sair.

21. Para salvar as tabelas clique na opção “Salvar como” do menu “Arquivo” e indique o nome e o local onde o arquivo deverá ser gravado e salve com o tipo Tabelas do Tabwin (a extensão atribuída é .tab).

OBS: Para salvar com formato compatível com o aplicativo Excel selecionar no menu “Arquivo” a opção “Salvar como”, digitar o nome do arquivo a ser salvo (viol09.xls) na janela “Salvar arquivo como tipo” assinala “planilha Excel”, indique em que unidade e pasta onde deverá ser salvo o arquivo e clique em OK.

22. Para associar duas tabelas, abra a primeira, selecione a opção “incluir tabela” no menu “Arquivo” e indique a tabela a ser incluída.

23. Salvar Registros: (opcional) caso queira que registros selecionados sejam

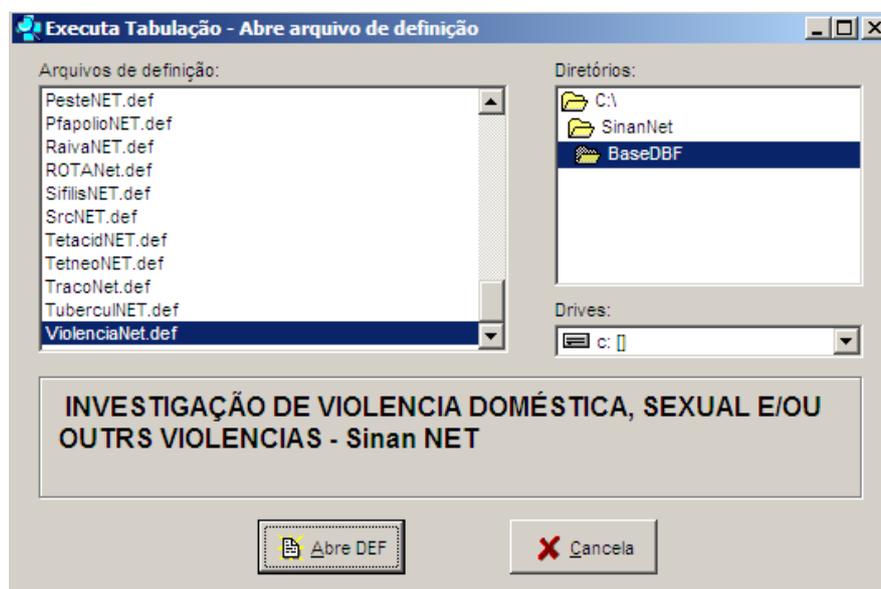
salvos em um novo arquivo DBF, marque a opção salvar registros, clique no ícone executar. O programa solicitará que seja dado um nome a esse arquivo DBF, indicação onde salvá-lo, bem como quais variáveis deverão compor esse novo arquivo.

Esta opção é útil, entre outras situações, para:

- Criar arquivos contendo somente os registros que atendam a uma determinada condição. Por exemplo, casos notificados por município específico a partir de determinado ano, de uma doença ou faixa etária, etc;
- Reunir registros de vários arquivos de dados em um único arquivo DBF;
- Consultar os registros do arquivo DBF que gerou a tabela;
- Tabular dados diretamente do arquivo DBF recém-criado.

5.2. Análise de completitude da base de dados do Sinan

Cálculo do percentual anual de casos de Violências sem informação sobre a escolaridade entre os notificados em determinado ano. Deve-se iniciar a tabulação clicando no botão com ícone ponto de interrogação (“Executar tabulação”) ou selecionar a função “Arquivo” na barra de menu, opção “Executar tabulação”. Surge na tela uma caixa de diálogo para seleção do arquivo de definição “Abre arquivo de definição”.

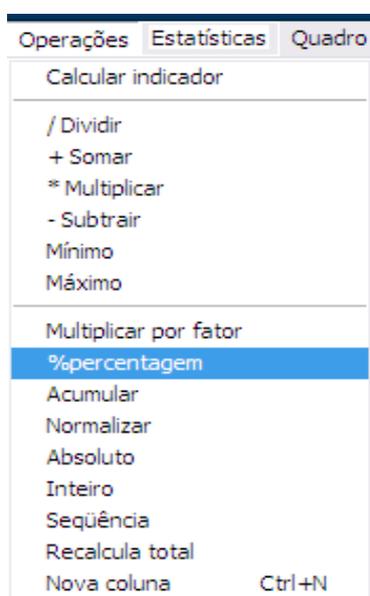


Em seguida, selecione o arquivo de definição ViolenciaNet.def, e clique em “Abre DEF”. Abrirá o painel de controle para que sejam selecionadas as opções para tabulação de dados. Para isso, utilize o quadro abaixo:

ARQUIVO DE DEFINIÇÃO	C:\SINANNET\BASEDBF\ViolenciaNET.DEF
LINHAS	Escolar Sinan NET (não suprimir linhas zeradas)
COLUNAS	Não Ativa
INCREMENTO	Frequência
ARQUIVO	C:\SINANNET\BASEDBF\VIOLENET.DBF
SELEÇÕES DISPONÍVEIS	Ano de notific (selecionar 2015)
	Não classificados (Ignorar)

Para selecionar registros segundo determinadas condições, assinale os campos, um de cada vez, na janela “Seleções disponíveis”, clique no botão “Inclui” e selecione a(s) categoria(s) que identificam esses registros em “Categorias selecionadas”. Antes de executar a tabulação, verifique se os campos e categorias listados na janela “Seleções ativas” são os desejados (ex: 2015). Logo após, siga a seguinte orientação:

1. Clique no botão “Executar” para que o programa inicie a tabulação
2. Após revisão feche a janela **LOG**
3. Calcule o percentual de casos notificados de Violências sem informação sobre a escolaridade, clicando no menu “Operações” clicar em



Escolar SinanNET	Frequência	%Frequência
Total	2.718	100,00
Ign/Branco	1.655	60,89
Analfabeto	33	1,21
1ª a 4ª série incompleta do EF	154	5,67
4ª série completa do EF	78	2,87
5ª a 8ª série incompleta do EF	242	8,90
Ensino fundamental completo	72	2,65
Ensino médio incompleto	77	2,83
Ensino médio completo	75	2,76
Educação superior incompleta	15	0,55
Educação superior completa	12	0,44
Não se aplica	305	11,22

“%percentagem”. Na tabela aparecerá uma nova coluna com a distribuição percentual das faixas de escolaridade.

4. Para salvar a tabela, selecione o menu “Arquivo” / “Salvar como”.

A tabulação realizada permite visualizar o grau de preenchimento do campo escolaridade entre os casos de violências notificados em 2015.

5.3. Análise de consistência da base de dados do Sinan

Exemplo 1 – Frequência de casos de acidente de trabalho grave, num determinado ano, por município de notificação.

ARQUIVO DE DEFINIÇÃO	C:\SINANNET\BASEDBF\AcidGraveNET.def
LINHAS	Mun US Noti CE
COLUNAS	Ano da Notific
INCREMENTO	Frequência
ARQUIVO	C:\SINANNET\BASEDBF\ACGRANET.DBF
Não classificados	Ignorar

Exemplo 2 - Frequência de casos de acidente de trabalho grave, num determinado ano, por município de notificação e mês da notificação.

ARQUIVO DE DEFINIÇÃO	C:\SINANNET\BASEDBF\AcidGraveNET.def
LINHAS	Mun US Noti CE
COLUNAS	Mes da Notific
INCREMENTO	Frequência
ARQUIVO	C:\SINANNET\BASEDBF\ACGRANET.DBF
Não classificados	Ignorar

Exemplo 3 - Frequência de casos de acidente de trabalho grave, num determinado ano, por unidade de saúde notificadora e ano de início de sintomas.

ARQUIVO DE DEFINIÇÃO	C:\SINANNET\BASEDBF\AcidGraveNET.def
LINHAS	Unid Saude Not
COLUNAS	Ano Inic.Sintomas
INCREMENTO	Frequência
ARQUIVO	C:\SINANNET\BASEDBF\ACGRANET.DBF
Não classificados	Ignorar

Exemplo 4 - Frequência de casos de acidente de trabalho grave, por faixa etária detalhada e ano de início de sintomas.

ARQUIVO DE DEFINIÇÃO	C:\SINANNET\BASEDBF\AcidGraveNET.def
LINHAS	Ano Inic.Sintomas
COLUNAS	Idade detalhada
INCREMENTO	Frequência
ARQUIVO	C:\SINANNET\BASEDBF\ACGRANET.DBF
Não classificados	Ignorar

Exemplo 5 - Frequência de casos de acidente de trabalho grave, por ano da notificação e evolução do caso.

ARQUIVO DE DEFINIÇÃO	C:\SINANNET\BASEDBF\AcidGraveNET.def
LINHAS	Ano da Notific
COLUNAS	Evolução caso
INCREMENTO	Frequência
ARQUIVO	C:\SINANNET\BASEDBF\ACGRANET.DBF
Não classificados	Ignorar

Exemplo 6 - Frequência de casos de LER/DORT, por CNAE e ano de notificação.

ARQUIVO DE DEFINIÇÃO	C:\SINANNET\BASEDBF\DRTLerDortNET.def
LINHAS	CNAE-Ativ. Econ.
COLUNAS	Ano da Notific
INCREMENTO	Frequência
ARQUIVO	C:\SINANNET\BASEDBF\LERNET.DBF
Não classificados	Ignorar

Exemplo 7 - Frequência de casos de Acidente c/ exposição a material biológico, por ocupação e ano da notificação.

ARQUIVO DE DEFINIÇÃO	C:\SINANNET\BASEDBF\AcidBioNET.def
LINHAS	Ocupação
COLUNAS	Ano da Notific
INCREMENTO	Frequência
ARQUIVO	C:\SINANNET\BASEDBF\AcbioNET.DBF
Não classificados	Ignorar

Exemplo 8 - Frequência de casos de Intoxicação Exógena relacionada ao trabalho, por ocupação e agente tóxico.

ARQUIVO DE DEFINIÇÃO	C:\SINANNET\BASEDBF\IntoxNET.def
LINHAS	Ocupação
COLUNAS	Agente Tóxico
INCREMENTO	Frequência
ARQUIVO	C:\SINANNET\BASEDBF\IExogNET.DBF
SELEÇÕES DISPONÍVEIS	Exposição trabalho (Sim)
	Não classificados (Ignorar)

Exemplo 9 Frequência de casos de Violência relacionado ao trabalho infantil, por município de ocorrência e ano da notificação.

ARQUIVO DE DEFINIÇÃO	C:\SINANNET\BASEDBF\ViolenciaNet.def
LINHAS	Mun Ocorr CE
COLUNAS	Ano da Notific
INCREMENTO	Frequência
ARQUIVO	C:\SINANNET\BASEDBF\VIOLENET.DBF
SELEÇÕES DISPONÍVEIS	Idade Detalhada (em branco menor de 01 ano 01 ano 02 anos 03 anos 04 anos 05 anos 06 anos 07 anos 08 anos 09 anos 10 anos 11 anos 12 anos 13 anos 14 anos 15 anos 16 anos 17 anos)
	Viol Trab. Infant (Sim)
	Não classificados (Ignorar)

6. INDICADORES DE MONITORAMENTO DOS ADRT

Os indicadores de monitoramento preconizados pelo SISPACTO e no Programa de Qualificação da Vigilância em Saúde PQAV-S relacionados às doenças ou agravos relacionados ao trabalho são descritos a seguir.

6.1. Proporção de municípios com casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho notificados (SISPACTO Indicador 18)¹³

A relevância desse indicador reside na possibilidade de avaliar a capacidade notificadora de casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho em um determinado local e em um período específico. A meta é ampliar a proporção de municípios com casos de agravos ou doenças relacionados ao trabalho (ADRT) notificados, passando de 83% em 2015 para 86% em 2016, no âmbito nacional.

Método de Cálculo Regional e Estadual:

$$\frac{\text{Nº de municípios com casos de doença ou agravo relacionados ao trabalho notificados}}{\text{Número total de municípios na região ou estado}} \times 100$$

Recomendações, observações e informações adicionais: Para o cálculo do indicador o numerador deve captar os casos de doenças e agravos relacionados ao trabalho notificados por município de residência. Dessa forma serão captadas as informações da proporção de municípios que, no recorte anual, tiveram pelo menos um caso de trabalhador notificado no Sinan. No âmbito municipal, deve ser trabalhada a existência de pelo menos um caso de doença ou agravo relacionado ao trabalho notificado.

Método de Cálculo Municipal: Número de casos de doença ou agravo relacionados ao trabalho notificados. Para o cálculo deste indicador utiliza-se o aplicativo do Sinan Relatórios disponível no site: www.portalsinan.saude.gov.br

Procedimentos:

Emitindo relatório a partir de bases DBF

1. Em “Bases de dados”, mantenha a opção “DBF” selecionada.

Base de dados: DBF Postgres

2. Em “Grupo de Relatórios” selecione a opção “PACTO 2010/2011”.

A screenshot of a software interface showing a dropdown menu for 'Grupo de Relatórios'. The menu is open, displaying several options. The option 'PACTO 2010/2011' is highlighted in blue. Other visible options include 'Selecione um Grupo', 'PACTO 2010/2011', 'PACTO 2008/2009', 'Regularidade na alimentação do Sinan', and 'Outros relatórios'.

3. Em “Relatório” selecione a opção “Número de notificações dos agravos à Saúde do Trabalhador”.

A screenshot of a software interface showing a dropdown menu for 'Relatório'. The menu is open, displaying several options. The option 'Número de notificações dos agravos à Saúde do trabalhador' is highlighted in blue. Other visible options include 'Selecione o Relatório', 'Encerramento Oportuno da Investigação', 'Situação da coorte de casos novos de Tuberculose', 'Incidência de Sífilis Congênita', 'Situação da coorte de casos novos de hanseníase', 'Percentual de casos de hepatites B confirmados por sorologia', and 'Taxa de letalidade das formas graves de dengue'.

Surgirá na tela:

A screenshot of the 'SINAN Relatórios' application window. The window title is 'SINAN Relatórios'. The main content area shows the following fields and options:

- Base de dados: DBF Postgres
- Grupo de Relatórios: PACTO 2010/2011
- Relatório: Número de notificações dos agravos à Saúde do trabalhador
- Número de notificações dos agravos à Saúde do trabalhador
- UF de Notificação: -- Seleção --
- Regional de Notificação: -- Seleção --
- Município de Notificação: -- Seleção --
- Discriminar por agravo Salvar resultado em DBF
- Data de Notificação: De [] até []
- Selecione os DBF (NINDINET.DBF e IEXDGN.DBF)
- Selecione arquivos: [] Limpar Seleção []
- Nenhum arquivo selecionado
- Calculador [] Limpar []

Version 4.2

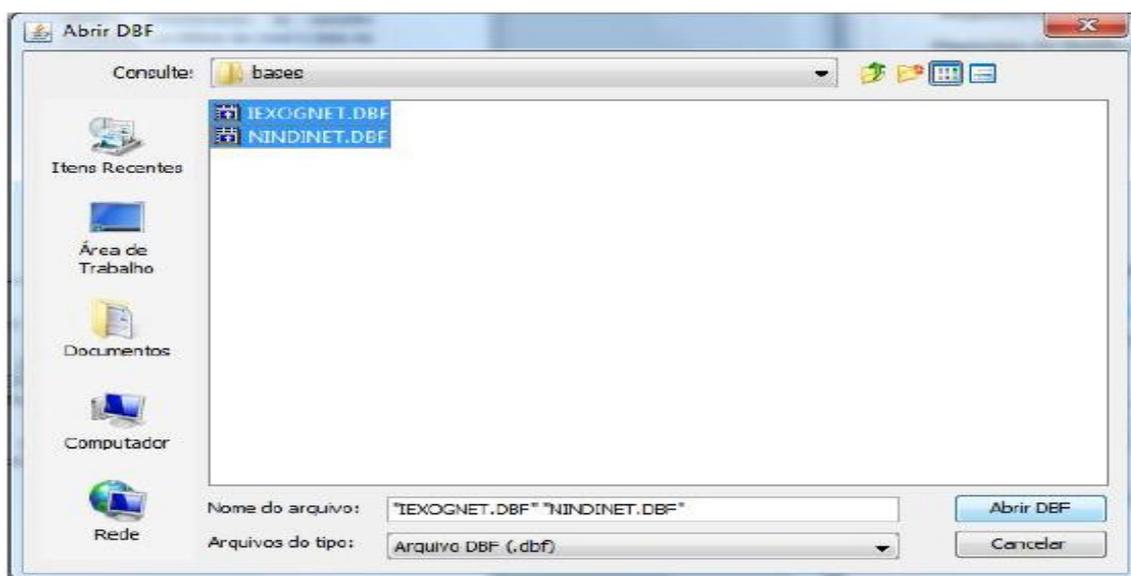
4. Preencha os campos:

CAMPO	DESCRIÇÃO
UF de Notificação	Para selecionar uma das opções, clique em ▼.
Regional de Notificação	UF de Notificação Para selecionar uma das opções, clique em ▼.
Município de Notificação	UF de Notificação Para selecionar uma das opções, clique em ▼.
Discriminar por agravo	Se essa opção for marcada o aplicativo emite o relatório por agravo, considerando as seleções efetuadas nos filtros de local e data de notificação.
Salvar resultado em DBF	Salva uma cópia do relatório em formato PDF.
Data de Notificação De:	Data inicial do período que compreende a data de Notificação para cálculo do indicador. Digitar a data no formato dd/mm/aaaa.
Data de Notificação Até:	Data final do período que compreende a data de Notificação para cálculo do indicador. Digitar a data no formato dd/mm/aaaa.

5. Clique em “Selecionar arquivos”.

NOTA 1. Lembrar de exportar as bases NINDINET.DBF e IEXOGENET.DBF do SINAN Net e salvar na pasta C:\sinan_relatorios\bases.

6. Escolha o diretório em que estão salvas as bases de dados (C:\sinan_relatorios\bases), em seguida selecione os arquivos e clique no botão “Abrir DBF”.



7. Clique em Calcular para apresentação do relatório.

6.2. Proporção de preenchimento do campo "ocupação" nas notificações de agravos relacionados ao trabalho (PQA-VS Indicador 14)

A relevância do indicador é que identifica as ocupações que apresentam maiores incidências de agravos relacionados ao trabalho, possibilitando a definição de ações de promoção, prevenção, vigilância e assistência, de forma mais adequada. A meta é 95% das notificações de agravos relacionados ao trabalho com o campo "Ocupação" preenchido.

Método de Cálculo para os Agravos:

$$\frac{\text{Nº de notificações de agravos com o campo "Ocupação" preenchido em determinado e local de ocorrência}}{\text{Nº total de casos de agravos notificados, em determinado ano e local de ocorrência}} \times 100$$

Informações adicionais:

Relação de agravos: Acidente com exposição a material biológico relacionado ao trabalho; Acidente de trabalho Grave (graves, fatais e em crianças e adolescentes); Intoxicação Exógena relacionada ao Trabalho.

O município que não possuir registro de notificação de agravos relacionados ao trabalho em seu território, no Sinan, não pontua para o PQA-V S.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM Nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.
2. Bahia. Secretaria da Saúde do Estado. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde. Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador. Manual de normas e rotinas do sistema de informação de agravos de notificação – SINAN - saúde do trabalhador / organizadores Norma Suely Souto Souza; Delsuc Evangelista Filho; Mônica Moura da Costa e Silva. Salvador: CESAT, 2009. 58 f.
3. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde; Cosat – Coordenação Técnica de Saúde dos Trabalhadores; Convênio 4133/2005 – Fundo Nacional de Saúde-Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador; Manual de Gestão e Gerenciamento; 1ª edição – 2006; Hemeroteca Sindical Brasileira São Paulo, maio de 2006.
4. Brasil. Ministério do Trabalho e da Previdência e Assistência Social. [Acesso: 06/06/2016]. Disponível em: <http://www.mtps.gov.br>
5. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. [Acesso: 03/04/2016]. Disponível em: www.ibge.gov.br
6. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Cosat – Coordenação Técnica de Saúde dos Trabalhadores. Anamnese Ocupacional; Manual de Preenchimento da Ficha Resumo de Atendimento Ambulatorial em Saúde do Trabalhador (Firaast); Série A. Normas e Manuais Técnicos, Brasília – DF, 2006.
7. Portaria nº 1.378, de 9 de julho de 2013, regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de vigilância em saúde pela união, estados, distrito federal e municípios, Brasília, 2013.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 204, de 7 de fevereiro de 2016. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional. Revoga a Portaria nº 1.271 de 06/06/2014.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 205, de 7 de fevereiro de 2016. Define a lista nacional de doenças e agravos, a serem monitorados por meio da estratégia de vigilância em unidades sentinelas e suas diretrizes. Revoga a Portaria 1.984, de 12 de setembro de 2014.

10. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis, Coordenação-Geral de Vigilância e Resposta às Emergências em Saúde pública Unidade Técnica de Gestão do Sinan. Sinan Relatórios. Manual de Operação. Edição do Documento: 1ª – Junho/2015; Brasília – DF, 2015. [Acesso em 15/06/2016], Disponível no site: <http://portalsinan.saude.gov.br/>

11. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadoria de Controle de Doenças, Centro de Vigilância Sanitária; Orientações Técnicas para a notificação no SINAN dos Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho; São Paulo, 2014. Disponível em: www.cvs.saude.sp.gov.br/

12. Brasil. Plano Nacional de Prevenção e Erradicação do Trabalho Infantil e Proteção do Adolescente Trabalhador. Plano Nacional de Prevenção e Erradicação do Trabalho Infantil e Proteção do Adolescente Trabalhador / Comissão Nacional de Erradicação do Trabalho Infantil.–2. ed.–Brasília: Ministério do Trabalho e Emprego, 2011.95 p.

13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013 – 2015 / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 156 p (Série Articulação Interfederativa, v. 1).

14. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 328, de 7 de março de 2016. Revisa a relação de metas e seus respectivos indicadores do Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS) a partir de 2016.

15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde - SAS. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas - DAPE. Área Técnica de Saúde do Trabalhador. Estratégias para Inclusão dos Agravos Relacionados ao Trabalho no Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN. 2005.

16. Brasil. Ministério da Saúde Portaria MS n.º 1.339, de 18/11/1999. Institui a Lista de Doenças relacionadas ao Trabalho, a ser adotada como referência dos agravos originados no processo de trabalho no Sistema Único de Saúde, para uso clínico e epidemiológico. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port99/GM/GM-1339.html>.

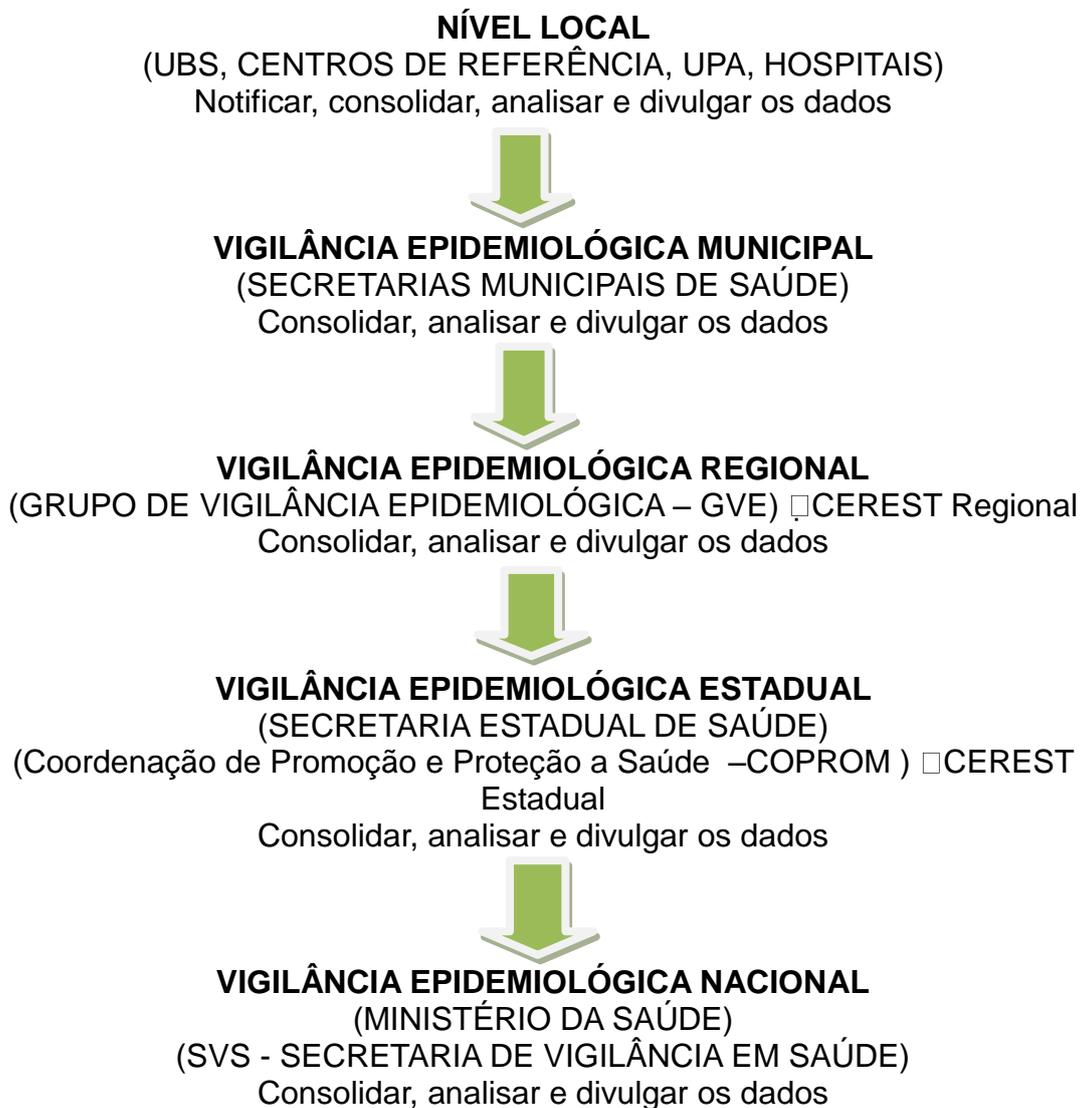
17. Portaria nº 2.807, de 20 de novembro de 2013. Institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados e ao Distrito Federal para a qualificação da gestão no Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente para implementação e fortalecimento da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do Sistema Único de Saúde (Participa SUS), com foco na implementação de

ações, com vista à formalização do Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (COAP), de acordo com o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.

18. Brasil. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil. Doenças relacionadas ao trabalho: Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde /Ministério da Saúde do Brasil, Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil; organizado por Elizabeth Costa Dias; colaboradores Idelberto Muniz Almeida et al. – Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 2001. 580 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; n.114).

ANEXO I

Fluxo da Informação da Notificação dos Agravos e Doenças Relacionados ao Trabalho no SINAN



Fonte: Adaptado de Orientações Técnicas para a notificação no SINAN dos Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho; São Paulo, 2014.– SES - São Paulo.

ANEXO II

REDE SENTINELA EM ST DO CEARÁ

RESOLUÇÃO Nº. 149/2010 – CIB/CE

A Comissão Intergestores Bipartite do Ceará - CIB/CE, no uso de suas atribuições legais e, considerando:

1. O art. 196, da Constituição Federal, que estabelece que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações para sua promoção, proteção e recuperação;
2. O art. 200, da Constituição Federal, que dispõe sobre as competências do Sistema Único de Saúde, inciso II – executar as ações de vigilâncias sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador; e inciso VII, colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho;
3. A Lei 8.080, art. 6, que inclui no campo de atuação do Sistema Único de Saúde – SUS a execução de ações de saúde do trabalhador, e a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho;
4. A Portaria GM/MS nº 777, de 28 de abril de 2004, que estabelece os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à Saúde do Trabalhador em rede de serviços sentinela específica, no Sistema Único de Saúde – SUS;
5. A Resolução da CIB/CE nº 25, de 10 de fevereiro de 2006, que aprovou a estratégia de Regionalização dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST, no Estado do Ceará, e redefiniu a área de atuação dos CEREST dos municípios de Horizonte, Sobral e Juazeiro do Norte;
6. A Portaria GM/MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, que divulga e aprova a doação da estratégia de Regionalização dos CEREST no Estado do Ceará, e define a área de atuação dos CEREST implantados e a serem habilitados;
7. A Portaria GM/MS nº 2.728, de 11 de novembro de 2009, que dispõe sobre o funcionamento e implementação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e estabelece orientação para o desenvolvimento da Rede de Serviços Sentinela em Saúde do Trabalhador no âmbito do SUS.

RESOLVE:

Art.1º. Aprovar a composição da Rede de Serviços Sentinela em Saúde do Trabalhador no Estado do Ceará, formada pelas Unidades Assistenciais, conforme disposto nos quadros anexos a esta Resolução.

§ 1º - As Unidade Sentinela será responsável por identificar, investigar e notificar, quando confirmados, os casos de doenças/agravos e/ou acidentes relacionados ao trabalho, subsidiando ações de promoção, prevenção, vigilância e intervenção em Saúde do Trabalhador.

§ 2º - A formalização da unidade de atendimento assistencial na Rede de Unidades Sentinela se efetivará com a assinatura do Termo de Adesão por parte dos gestores.

§ 3º - As Unidades Sentinelas farão a notificação compulsória dos agravos citados na Portaria GM/MS nº 77, de 28 de abril de 2004:

- a) Acidente de trabalho fatal;
- b) Acidente de trabalho com mutilações;
- c) Acidentes com exposição a material biológico;
- d) Acidente do trabalho com crianças e adolescentes;
- e) Dermatoses ocupacionais;
- f) Intoxicações exógenas, por substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados;
- g) Lesões por Esforços Repetitivos (LER), Distúrbios Osteomusculares relacionados ao Trabalho (DORT);
- h) Pneumoconioses;
- i) Perda Auditiva Induzida por Ruído (PAIR);
- j) Transtornos Mentais relacionados ao Trabalho; e
- k) Câncer relacionado ao Trabalho.

§ 4º - As Unidades Sentinelas são definidas por tipo de agravo que notificam, seguindo o critério da especialidade do serviço, nível de complexidade e resolutividade dentro dos sistemas.

Art.2º. Esta Resolução entra em vigor na data de sua assinatura.

Fortaleza, 18 de maio de 2010.

**Raimundo José Arruda Bastos
Barbosa**
Presidente da CIB/CE
Secretário da Saúde

José Policarpo de Araújo
Vice - Presidente da CIB/CE
Presidente do COSSEMS

RESOLUÇÃO Nº. 149/2010 – CIB/CE- ANEXO

REDE SENTINELA CEARÁ

Micro	Município	Unidade Sentinela	CEREST Responsável pela Unidade Sentinela	AGRAVOS										
				Graves Acidentes Fatais	Acidentes com Crianças e Adol.	Acidentes com Exp. Mat. Biol.	Dermatoses Ocupacionais	Intoxicações Exógenas	LER/DORT	Pneumoconioses	PAIR	Transtornos Mentais Rel. Trab.	Câncer Relac. ao Trabalho	
3ª	Maranguape	Hosp. Municipal de Maranguape - Dr. Argeu Herbster	Fortaleza	X				X						
4ª	Aracoiaba	Hospital Maternidade Santa Isabel		X	X			X						
6ª	Itapipoca	Hosp. e Maternidade São Vicente de Paulo		X	X	X		X						
2ª	Caucaia	Policlínica Caucaia				X				X				
		Hospital e Maternidade Paulo Sarasate			X									
	Itapagé	Hospital Abelardo Gadelha		X	X	X	X	X						
		Hospital Maternidade João Ferreira Gomes	X	X										
	Paracuru	Santa Casa de Paracuru	X	X										
São Gonçalo do Amarante	Hospital Municipal Luiza Alcântara Silva	X	X	X	X									
22ª	Cascavel	H. M. Nossa Senhora das Graças	Horizonte	X	X	X		X						
		Policlínica M. Cascavel				X				X				
		CAPS II de Cascavel									X			
	Horizonte	Hospital Maternidade Venâncio R. de Sousa		X	X	X								
		CEREST Horizonte		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
		Policlínica de Horizonte					X				X			
CAPS de Horizonte									X					
11ª	Ipu	Maternidade e Hospital Dr. Francisco Araújo	Sobral	X	X			X	X					
		Santa Casa de Misericórdia de Sobral		X	X	X		X		X		X		
	CAPS II de Sobral										X			
	CAPS AD de Sobral										X			
	Sobral	CEREST Sobral		X	X		X		X		X	X		
		Centro de Teste e Aconselhamento Sorológico				X								
Centro de Especialidade Médicas Dr. Aristides Andrade						X		X	X	X				

RESOLUÇÃO Nº. 149/2010 – CIB/CE- ANEXO

REDE SENTINELA CEARÁ

Micro	Município	Unidade Sentinela	CEREST Responsável pela Unidade Sentinela	AGRAVOS									
				Graves Acidentes Fatais	Acidentes com Crianças e Adol.	Acidentes com Exp. Mat. Biol.	Dermatoses Ocupacionais	Intoxicações Exógenas	LER/DORT	Pneumoconioses	PAIR	Transtornos Mentais Rel. Trab.	Câncer Relac. ao Trabalho
12ª	Acarauá	Hospital Dr. Moura Ferreira	Sobral	X	X			X					
		CAPS II de Acaraú									X		
15ª	Crateús	Hospital de Referência São Lucas		X	X	X		X	X				
16ª	Camocim	Hospital deputado Murilo Aguiar		X	X	X		X	X				
		CAPS II de Camocim										X	
13ª	Tianguá	Hospital Maternidade Madalena Nunes		Tianguá	X	X	X		X	X			
		CEREST Tianguá	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X
		CAPS II de Tianguá										X	
7ª	Aracati	CAPS II de Aracati	Aracati									X	
		Hospital Municipal Dr. Eduardo Dias		X		X		X					
		Hospital Santa Luiza de Marilac			X								
9ª	Russas	CAPS II de Russas										X	
		Hospital e Casa de Saúde		X				X					
10ª	Limoeiro do Norte	Hospital Regional Dr. Dioclécio Lima Verde		X				X					
		Hospital São Raimundo Nonato		X									
		CAPS II de Limoeiro do Norte									X		
5ª	Canindé	Hospital e Maternidade Regional São Francisco de Canindé	Quixera-mobim	X	X	X		X	X				
		CAPS II de Canindé										X	
8ª	Quixadá	Hospita Dr. Eudásio barroso		X	X	X		X					
		Hospital e Maternidade Jesus Maria José			X	X							

