

TRANSTORNO MENTAL

INSTRUMENTO PARA PREENCHIMENTO FICHA DE INVESTIGAÇÃO – E-SUS/VS

CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO: é aquele cuja ausência de dado impossibilita a inclusão da notificação ou da investigação no E-SUS.

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.

1. N.º - o sistema gera de forma automática o número da notificação atribuído pela unidade de saúde para identificação do caso, **CAMPO CHAVE**.
2. Nome do agravo/doença ou código correspondente estabelecido pelo E-SUS/VS (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**.

*QUANDO COLOCAR O CNS/CPF, NO CAMPO “BUSCA PELO CNS/CPF”, O SISTEMA IRÁ PUXAR TODAS AS INFORMAÇÕES DO BANCO DE DADOS (NOME, DATA DE NASCIMENTO, SEXO, RAÇA, N.º CARTÃO DO SUS, CPF

DO PACIENTE E NOME DA MÃE), **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, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

10. *Ao preenchimento da data de nascimento, o sistema automaticamente, calcula a idade do paciente.

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

12. Preencher, quando sexo F = feminino, quando gestante, com a idade gestacional da paciente, (1= 1º Trimestre, 2= 2º Trimestre, 3= 3º Trimestre, 4= Idade gestacional ignorada, 5= Não, 6= Não se aplica, 9= Ignorado), Ao se preencher com a resposta sexo masculino o sistema automaticamente responde este campo com o item 6 não se aplica. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

13. Preencher com o código correspondente à cor ou raça declarada pela pessoa: (1= Branca, 2= Preta, 3= Amarela (compreende-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. O campo etnia será liberado, preencher qual tribo (1= Tupiniquim; 2= Guarani; 9= Ignorado) **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

Preencher se o paciente é PcD (Pessoa com Deficiência), 1=Sim; 2= Não, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

Preencher se o paciente é Pessoa em situação de rua, 1= Sim; 2=Não, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

14. Preencher com a série e grau que o paciente 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, Para indivíduos menores de 56 anos o sistema preenche de forma automática com a resposta 10= Não se aplica

CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.

15. Preencher com o número do CARTÃO ÚNICO do Sistema Único de Saúde – SUS. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

Preencher com o número do CPF (Cadastro de Pessoa Física), **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

16. Preencher com o nome completo da mãe do paciente (sem abreviações), **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

Preencher a nacionalidade do paciente. Quando nacionalidade estrangeira, o campo passaporte será aberto para preenchimento, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

Preencher a orientação sexual do paciente, 1= Heterossexual; 2= Homossexual; 3= Bissexual; 8= não se aplica ; 9= Ignorado, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

Preencher a orientação sexual do paciente, 1= Mulher Cisgênero; 2= Homem cisgênero; 3= Mulher transgênero; 4= Homem transgênero; 5= Travesti, 6= Não binário, 7= não se aplica, 9= Ignorado, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**

17. Preencher com a sigla da Unidade Federada (UF) de residência do paciente, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO, quando residente no Brasil.**

18. Anotar o nome do município da residência do paciente **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

19. Anotar o nome do distrito de residência do paciente, **CAMPO ESSENCIAL.**

20. Anotar o nome do bairro de residência do paciente, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

21. Anotar o tipo (avenida, rua, travessa, etc.) e nome completo da residência do paciente. Se o paciente for indígena anotar o nome da aldeia, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

22. Anotar o número da residência do paciente, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

23. Anotar o complemento do logradouro (ex. Bloco B, apto 402, lote 25, referência, etc.), **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

*Caso o endereço não for encontrado ou paciente não reside no estado, preencher “Endereço não encontrado ou não é do Espírito Santo” com TODAS as informações fornecidas pelo paciente, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

Preencher a Unidade de Saúde de referência da residência do paciente, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

24. O campo Geocampo 1 é de preenchimento automático pelo sistema.

25. O campo Geocampo 2 é de preenchimento automático pelo sistema.

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 CEP (código de endereçamento postal) do logradouro (avenida, rua, travessa, etc.) da residência do paciente, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

28. Anotar DDD e telefone do paciente, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

Preencher o e-mail do paciente.

29. Zona de residência do paciente, 1= área urbana; 2= área rural; 3= área periurbana; 9= Ignorado, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

30. Anotar o nome do país de residência, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

31. 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 as atividades econômicas desenvolvidas nos processos de produção do setor primário (agricultura e extrativismo); secundário (indústria) ou terciário (serviços e comércio). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

32. Informar 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. Informar o tempo de trabalho na ocupação. **CAMPO ESSENCIAL.**

34. Informar o número de registro da empresa contratante (CNPJ) ou (CPF). **CAMPO ESSENCIAL.**

35. Informar a razão social (nome) da empresa contratante. **CAMPO ESSENCIAL.**

36. Informar o ramo de atividade econômica conforme CNAE da empresa. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

37. Informar a unidade federada, o estado onde está localizada a empresa. **CAMPO ESSENCIAL.**

38. Informar o município onde está localizada a empresa contratante. **CAMPO ESSENCIAL.**

39. Informar o distrito do município onde está localizada a empresa contratante. **CAMPO ESSENCIAL.**

40. Informar o bairro do município onde está localizada a empresa contratante. **CAMPO ESSENCIAL.**

41. Informar o endereço da empresa, rua, avenida. **CAMPO ESSENCIAL.**

42. Informar o número das instalações da empresa. **CAMPO ESSENCIAL.**

43. Informar um ponto de referência para localização da empresa. **CAMPO ESSENCIAL.**

44. Informar o telefone da empresa. **CAMPO ESSENCIAL.**

45. Informar se a empresa contratante e empresa terceirizada. (1= Sim, 2= Não, 3= Não se aplica ou 9= Ignorado). **CAMPO ESSENCIAL.**

46 – Informar o tempo de exposição ao agente de risco causador do transtorno mental. **CAMPO ESSENCIAL.**

47 - Informar se o regime de tratamento foi: 1- hospitalar ou 2- ambulatorial. **CAMPO ESSENCIAL.**

48. Informe o diagnóstico específico, conforme a CID. **CAMPO ESSENCIAL.**

49. Informe quais os hábitos que o paciente tem: álcool, Psicofármacos, Drogas psicoativas, (1-Sim, 2- Não, 9- Ignorado). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

50. Informe se o paciente tem hábito de fumar, (1- Sim, 2- Não, 3- Ex-fumante, 9- Ignorado). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

51. Se fumante, há quantos anos fuma ou fumou. **CAMPO ESSENCIAL.**

52. Identificar qual foi a conduta geral, (Afastamento da situação de desgaste mental, Adoção de proteção individual, Adoção de mudança na organização do trabalho, Nenhum, Adoção e proteção coletiva, Afastamento do local de trabalho, outros (especificar)). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

53. Informar se Houve ou há outros trabalhadores com a mesma doença no local de trabalho (1- Sim, 2- Não, 9- Ignorado). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

54. Informar 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 DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

55. Identificar qual foi a 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)

56. Informar se houve óbito, a data em que ocorreu. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO, quando o campo 55= 6- Óbito por doença relacionada ao trabalho, ou 7- Óbito por outra causa)**

57. . Informar 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.**

Observações: informar as observações necessárias para complementar a investigação.