

## SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ACIDENTE DE CONSUMO – SIAC

### INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DA FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE ACIDENTE DE CONSUMO

#### Definição de caso:

**Pessoa que sofreu alguma das seguintes lesões decorrentes de produtos ou serviços: fratura, esmagamento, intoxicação, afogamento, sufocamento, lesão de órgãos internos, queimadura de média e grande gravidade, lesão de vasos, tendões e nervos.**

#### **Atenção:**

**Acidente de consumo:** ocorre quando o consumidor é afetado em sua saúde, integridade corporal, física ou psicológica em decorrência de produtos ou serviços defeituosos. Um produto ou serviço é considerado defeituoso quando não fornece a segurança que dele se espera. Verifica-se, nestes casos, a presença de um risco, que não é nem normal, nem previsível. Importante observar que qualquer tipo de produto pode causar um acidente de consumo, desde brinquedos, alimentos, até automóveis.

#### **DADOS GERAIS**

1. Anotar o **número da ficha** atribuído pela equipe de Vigilância Epidemiológica de Doenças e Agravos Não Transmissíveis / Vigilância de Violências e Acidentes no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde. Atribuir um número de até sete caracteres, único para cada registro.
2. Preencher com a **data do atendimento** (dia/mês/ano) da pessoa que sofreu o acidente de consumo no serviço de saúde.
3. Preencher com a sigla da **UF** onde está localizado o serviço de saúde na qual a pessoa que sofreu o acidente de consumo foi atendida. Ex.: BA (Bahia).
4. Anotar o nome completo do **município de notificação** onde está localizado o serviço de saúde na qual a pessoa que sofreu o acidente de consumo foi atendida.

5. Anotar o nome da **Unidade de Saúde** e preencher com o respectivo código do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) na qual a pessoa que sofreu o acidente de consumo foi atendida.

6. Preencher com a **data da notificação** (dia/mês/ano) do acidente de consumo no serviço de saúde.

#### DADOS DA PESSOA ATENDIDA

07. Anotar o **nome completo da pessoa atendida/paciente** (por extenso e sem abreviaturas).

08. Preencher com a **data de nascimento** (dia/mês/ano) da pessoa atendida/paciente. Ex.: 01/01/2000. Caso esta não seja informada, deixar o campo em branco.

09. Preencher com a **idade** do paciente, registrando no quadrículo a informação sobre a unidade de medida de tempo, de acordo com os seguintes códigos: 1-Dia, 2-Mês, 3-Ano, 9-Ignorado. Ex.: 20 dias = 20 ; 3 meses = 3 ; 26 anos = 26 . Quando a idade da pessoa atendida/paciente for de apenas horas de vida codificar como 1 (dia). Quando a idade da pessoa atendida for ignorada, **colocar idade aproximada/aparente definida pelo familiar, acompanhante ou pelo corpo clínico** sempre que possível, ou deixar o campo em branco e preencher o quadrículo com o número 9.

10. Preencher com o código correspondente ao **sexo** da pessoa atendida/paciente: 1-Masculino, 2-Feminino, 9-Ignorado.

11. Informar com o código correspondente à **raça/cor** declarada pela pessoa atendida/paciente: 1-Branca, 2-Preta, 3-Amarela (inclui-se nesta categoria a pessoa que se declarar oriental), 4-Parda (inclui-se nesta categoria a pessoa que se declarar morena, mulata, cabocla, cafuza, mameluca, mestiça ou denominação aproximada), 5-Indígena (inclui-se nesta categoria a pessoa que se declarar indígena ou índia). Esta classificação segue o padrão estabelecido pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Quando se tratar de criança, vale a informação da família, acompanhante ou corpo clínico (se for o caso). [O notificador deverá LER as opções de resposta].

12. Anotar o nome do **município de residência** da pessoa atendida/paciente.

13. Preencher com a sigla da **Unidade Federada (UF)** de residência da pessoa atendida/paciente. Ex.: BA (Bahia).

14. Preencher com o número do **telefone** da atendida/paciente, inclusive o número do prefixo (DDD). Essa informação é importante, pois possibilita outros contatos com o paciente, se houver necessidade.

### **DADOS ESPECÍFICOS DA OCORRÊNCIA**

15. Anotar o nome do **município**, onde ocorreu o acidente de consumo.

16. Preencher com a sigla da **Unidade Federada (UF) de ocorrência**. Ex.: BA (Bahia).

17. Preencher com a **data da ocorrência** (dia/mês/ano) do acidente de consumo.

**18. Preencher com um relato objetivo e resumido do que aconteceu nas linhas em branco. O profissional de saúde deverá abordar a pessoa atendida/paciente com as seguintes perguntas: O que aconteceu? O que causou o acidente? Como ocorreu? Havia algum produto ou serviço envolvido? Há indícios de que foi ele que causou o acidente? O profissional de saúde deve escrever um texto sucinto, relatando a ocorrência. Atenção: A partir deste relato o paciente preencherá as variáveis seguintes.**

19. Informar com o código correspondente ao **tipo de acidente**, considerando a circunstância que originou a lesão. Campo de preenchimento **OBRIGATÓRIO**. Neste campo poderá ser assinalado:

- 01 - **Queimadura** (W85-W99, X10-X19). Exposição a correntes elétricas, a radiação a temperaturas e pressões extremas do ambiente ou contato com uma fonte de calor ou substâncias quentes.
- 02 - **Sufocação/engasgamento**: sufocação com qualquer outro objeto que impossibilite ou dificulte a passagem de ar pelas vias aéreas.
- 03 - **Corpo estranho**: presença de corpo estranho em cavidades corpóreas ou pele, desde que não impossibilite ou dificulte a passagem de ar pelas vias aéreas.

- 04 - **Afogamento**
- 05 - **Envenenamento/Intoxicação**
- 06 - **Ferimento por objeto perfurocortante**
- 07 - **Queda de objeto sobre a pessoa atendida**
- 08 - **Choque contra objetos:** impacto acidental ativo contra objetos.
- 09 - **Entorse (torção)**
- 10 - **Compressão dentro/entre objetos:** compressão ocorrida dentro de objetos, entre objetos, por objetos em movimento ou um objeto estacionário e outro em movimento. Quando alguma parte do corpo da pessoa atendida foi tolhida, comprimida, esmagada, apertada.
- 11 - **Queda** (W00-W19): esta pode ser da própria altura (mesmo nível) ou de outros níveis, como: cama/leito, cadeira, andaime, telhados, árvores, outros.
- 12 - **Outros:** qualquer outro tipo de acidente não contemplado nas categorias anteriormente citadas. **É OBRIGATÓRIO ESPECIFICAR.**
- 99 - **Ignorado:** quando não for possível obter esta informação. Ex.: Pessoa atendida chegou inconsciente e desacompanhada.

20. Informar se havia **algum produto ou serviço envolvido no acidente:** 1-Sim, 2-Não, 9-Ignorado.

21. Informar o **tipo de produto ou serviço** envolvido no acidente de consumo notificado.

Neste campo poderá ser assinalado:

- 01 - Alimentos (inclusive bebidas)
- 02 - Automotivos (acessórios para automóveis, inclusive pneus)
- 03 - Automotores (automóveis, caminhões e ônibus)
- 04 - Brinquedos
- 05 - Esporte e lazer (equipamentos esportivos, caça e pesca, jetski)
- 06 - Peças e Componentes Mecânicos (produtos de metalurgia, etc)
- 07 - Eletroeletrônicos (TV, vídeo, DVD, lâmpadas, câmeras, etc)
- 08 - Eletrodomésticos (produtos da linha branca, batedeira, liquidificador, cafeteira, etc)
- 09 - Motociclos (bicicletas, motos e ciclomotores)
- 10 - Informática (tablets, computadores, notebooks, baterias)
- 11 - Produtos Infantis (cadeiras infantis, andadores, etc)

- 12 - Saúde (saneantes, cosméticos, medicamentos, higiene pessoal e produtos pra saúde);
- 13 - Serviços (parques de diversão, supermercados, transporte público, restaurantes,etc.)

22. Detalhar a **marca, modelo e nome do fornecedor** do produto ou serviço envolvido no acidente.

## **LESÃO**

23. Preencher se a pessoa atendida/paciente precisou de **afastamento do trabalho e/ou da escola** em virtude do acidente de consumo notificado: 1-Sim, 2-Não, 9-Ignorado.

24. Se o item 23 for “Sim”, deverá ser anotado o **tempo de afastamento** do trabalho e/ou da escola.

25. Preencher com o código correspondente à **natureza da lesão** (CID-10 - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, Décima Revisão, Capítulo XIX), considerando **somente o diagnóstico principal**:

- 01 - **Contusão**
- 02 - **Corte/laceração**: inclui perfuração, abrasão, escoriação.
- 03 - **Entorse/luxação**
- 04 - **Fratura**
- 05 - **Amputação**
- 06 - **Traumatismo dentário**: “danos traumáticos ou de outro tipo que afetam o dente, incluindo fraturas (fraturas dentárias) ou luxações (luxações dentárias)” - DeCS/BVS (Descritores em Ciências da Saúde/ Biblioteca Virtual em Saúde).
- 07 - **Traumatismo crânio-encefálico**
- 08 - **Politraumatismo**: lesões em várias partes do corpo
- 09 - **Intoxicação**: inclui envenenamento
- 10 - **Queimadura**
- 11 - **Outra**: qualquer lesão de natureza diferente das categorias acima. **É OBRIGATÓRIO ESPECIFICAR.**

▪ 99 - **Ignorado.**

**Atenção:** Considerar como diagnóstico principal aquele que represente maior risco de morte, de provocar incapacidades/sequelas, ou de originar mais tempo de afastamento do trabalho/escola. Considerar o diagnóstico clínico (médico).

26. Informar com o código correspondente à **parte do corpo atingida** e que sofreu lesão em decorrência do acidente de consumo. Deverá ser preenchido considerando-se **somente o diagnóstico principal** informado no item anterior:

- 01 - **Boca/dentes**
- 02 - **Outra região da cabeça/face** (exceto na região da boca ou dentes)
- 03 - **Pescoço**
- 04 - **Coluna/medula:** coluna vertebral ou medula espinhal.
- 05 - **Tórax/dorso:** segmento torácico em toda a sua extensão anterior, posterior e lateral, bem como seus órgãos internos.
- 06 - **Abdome/quadril:** segmento abdominal em toda a sua extensão anterior, posterior e lateral, incluindo-se a região lombar e os quadris, bem como seus órgãos internos.
- 07 - **Membros superiores:** ombro, braço, cotovelo, antebraço, punho, mão e dedos.
- 08 - **Membros inferiores:** coxa, joelho, perna, tornozelo, pé e dedos.
- 09 - **Genitais/ânus:** vulva, vagina, pênis, testículos, bolsa escrotal, região perineal, região perianal, ânus.
- 10 - **Múltiplos órgãos/regiões:** refere-se, inclusive, aos casos de intoxicação, politraumatismos ou quando a lesão atinge diversos órgãos ou regiões do corpo da pessoa atendida/paciente.
- 99 - **Ignorado.**

## NOTIFICADOR

Anotar o nome do profissional de saúde responsável pela notificação do acidente de consumo. Informar também o nº de registro de categoria profissional.