



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA  
COORDENAÇÃO-GERAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

## Orientações gerais quanto ao preenchimento do Formulário de investigação e de notificação dos casos de Beribéri

Disponível em: [http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id\\_aplicacao=23655](http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=23655)

- Registro de todas as informações referentes às perguntas de **1 a 63 e 75 a 76**;
- Todos os campos com asterisco (\*) são de preenchimento **OBRIGATÓRIO**;
- Após o preenchimento de todas as questões, clique em **gravar o formulário**;
- **Salvar o número de protocolo gerado** automaticamente pelo sistema, este código será necessário para retorno posterior ao formulário para preenchimento das 2ª e 3ª etapas;
- Após a conclusão da prova terapêutica (um mês de administração de tiamina, no mínimo), **retornar ao formulário para preenchimento das perguntas 64 a 70** referentes à Consulta de retorno – 2ª etapa/CONFIRMAÇÃO DO CASO;
- Após a conclusão do tratamento com a tiamina (seis meses de administração do suplemento ou outro período, conforme critérios médicos), **retornar ao formulário para preenchimento das perguntas 71 a 74** referentes à 3ª etapa – ENCERRAMENTO DO CASO.

Segue abaixo um passo a passo com orientações de preenchimento dos campos do formulário.

### Ficha de investigação e notificação de Beribéri

Este grupo de perguntas destina-se a identificação da área responsável pelo preenchimento da notificação. Serão as pessoas que iremos contatar caso sejam necessários esclarecimentos sobre a evolução do paciente e informações adicionais sobre os casos.

1. Nº CNES: registre neste campo a informação do número do Cadastro Nacional do Estabelecimento de Saúde que preencheu a notificação.
2. Data do preenchimento da notificação (\*): registre a data (dd/mm/aaaa) do preenchimento da ficha de notificação. Orienta-se que o preenchimento ocorra no momento da suspeita do caso, quando for iniciada a prova terapêutica.

3. Responsável pelo preenchimento (\*): nome do profissional que realizou o preenchimento da ficha de notificação no formulário eletrônico.
4. Área responsável pela notificação (\*): selecione a área técnica responsável pelo registro do caso no formulário eletrônico (selecione apenas um campo).
5. Telefone (\*): informe um número para contato do local responsável pela notificação.
6. E-mail (\*): informe um endereço de e-mail para contato, preferencialmente institucional.

### **Dados cadastrais do paciente**

Informe nesses campos as informações a cerca do domicílio do paciente

7. Estado (\*): selecione o nome do estado de residência do paciente
8. Município (\*): selecione o nome do município de residência do paciente.
9. A investigação foi realizada no mesmo Estado e município de domicílio do paciente (\*)? Responda “Sim” ou “Não” se a investigação está sendo realizada no mesmo município de residência do paciente.
10. Qual o Estado e município foi realizada a investigação (\*)? Este campo somente aparecerá se a resposta anterior for Não. Deverá ser informado o nome do Estado e município que realizou a investigação do caso.
11. Domicílio indígena (\*): Responda “Sim” ou “Não” se a moradia de residência do paciente é na aldeia.
12. Etnia (\*): para os pacientes indígenas, informe o nome da etnia a qual o indivíduo pertence.
13. Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) (\*): esta pergunta só aparecerá caso seja informado “SIM” para o item domicílio indígena. Neste caso, informe o nome do DSEI de referência da residência do paciente indígena aldeado.
14. Polo base (\*): informe o nome do Polo base de referência da residência do paciente indígena aldeado.
15. Aldeia (\*): informe o nome da Aldeia de residência do paciente indígena aldeado.
16. Endereço completo (\*): este campo só aparecerá caso seja informado “NÃO” para o campo domicílio indígena. Informe detalhadamente o endereço completo do paciente.
17. Bairro (\*): informe o nome do bairro de residência do paciente.
18. Zona (\*): selecione se o local de residência do paciente é em Zona Rural ou Urbana.
19. Estabelecimento de saúde vinculado (\*): informe o nome do estabelecimento de saúde (UBS, Centro de Saúde, Policlínica, Hospital, etc) vinculado à residência do paciente.

## **Cadastro do indivíduo**

Este bloco de perguntas refere-se à identificação do indivíduo.

20. Nome completo (\*): registre aqui o nome completo do paciente. Orientamos que o campo seja preenchido com LETRAS MAIÚSCULAS e sem uso de acentuação ou abreviatura.
21. Nome completo da mãe (\*): informe o nome completo da mãe do paciente. Orientamos que o campo seja preenchido com LETRAS MAIÚSCULAS e sem uso de acentuação ou abreviatura.
22. Nome social: informe o nome pelo qual o indivíduo prefere ser chamado cotidianamente ou como é conhecido.
23. Data do nascimento (\*): registre a data de nascimento (dd/mm/aaaa) do paciente.
24. Idade: digite o número correspondente à idade (em anos) do paciente no momento do preenchimento da notificação.
25. Sexo (\*): selecione entre as opções “Masculino” ou “Feminino”.
26. Raça/Cor (\*): selecione neste campo a Raça/Cor autorreferida pelo indivíduo.
27. Atividade principal desenvolvida pelo paciente (\*): informe neste campo a atividade laboral realizada pelo indivíduo cotidianamente.
28. Gestante: selecione a situação gestacional no momento do preenchimento da notificação, esta pergunta só aparecerá caso seja registrado “Feminino” no campo sexo.
29. Amamentação: selecione “Sim” ou “Não” caso a mulher esteja amamentando no momento do preenchimento da notificação, esta pergunta só aparecerá caso seja registrado “Feminino” no campo sexo.
30. Escolaridade: selecione a opção mais adequada à escolaridade referida pelo paciente.

## **Documentação do indivíduo**

Este bloco de perguntas refere-se aos documentos pessoais de identificação do indivíduo.

31. Tipo de documento (\*): selecione o tipo de documento de identificação individual utilizado (RG, CPF, RANI, etc)
32. Dados do documento (\*): informe o número e/ou a identificação correspondente ao documento selecionado no campo 31.
33. Programas sociais (\*): selecione um ou mais programas sociais ao qual o paciente participa.
34. Outros programas sociais: em caso de seleção “Outros” na pergunta 33, informe o nome do programa social ao qual o paciente participa.
35. Número de Identificação Social (NIS) (\*): caso o paciente seja beneficiário do Programa Bolsa Família, informe os 11 números referentes ao cadastro do indivíduo no CADÚNICO.

36. Renda familiar mensal: selecione a faixa de renda familiar mensal autorreferida pelo indivíduo.

### **Casos suspeitos de Beribéri – 1ª etapa/SUSPEITA**

Este grupo de perguntas objetiva qualificar as informações sobre a investigação dos casos suspeitos, os sinais e sintomas apresentados, o histórico do caso de Beribéri e os antecedentes ao acometimento atual.

37. Quantidade de pessoas na residência: selecione o número de pessoas que habitam a mesma residência do paciente.

38. Data do início dos sintomas (\*): digite a data (mm/aaaa) do início do aparecimento dos sintomas que motivaram a suspeita atual de Beribéri.

39. Data do início da administração da tiamina para a prova terapêutica (\*): informe a data (dd/mm/aaaa) do início da administração da tiamina para a prova terapêutica, necessária para a confirmação do agravo.

40. O paciente necessitou ser hospitalizado nesse período? selecione “Sim” ou “Não”, caso o paciente tenha sido hospitalizado entre o aparecimento dos sintomas até o momento do preenchimento da notificação.

41. Assinalar qual(is) o(s) sinal(is) e sintoma(s) é(são) observado(s) no paciente no momento do preenchimento desta ficha de notificação (\*): assinale um ou mais sinais ou sintomas apresentados pelo paciente no momento da consulta.

42. Outros sinais e sintomas: caso seja selecionada a opção “Outros” na pergunta acima, digite o(s) outro(s) sinal(is) ou sintoma(s) apresentado pelo paciente relacionados à ocorrência do beribéri, no momento da consulta.

### **Histórico do Beribéri**

Preencher estes campos com base no relato do paciente, sobre períodos anteriores e a ocorrência de Beribéri no mesmo indivíduo.

43. Você já teve Beribéri anteriormente (\*)? selecione “Sim” ou “Não” para a ocorrência de quadro anterior de Beribéri no paciente.

44. Município/UF que residia quando adoeceu: digite o nome do município e Estado em que o paciente residia quando acometido pelo quadro de Beribéri anterior.

45. Recebeu tratamento com tiamina? Selecione “Sim” ou “Não” se o paciente recebeu doses de tiamina no tratamento anterior para Beribéri.

46. Qual tipo de tiamina recebeu no tratamento: selecione o tipo de medicamento utilizado no tratamento anterior de Beribéri.

47. Necessitou de hospitalização? Selecione “Sim” ou “Não” se o paciente necessitou de hospitalização no quadro anterior de Beribéri.
48. Por quanto tempo: informe o número de meses em que o paciente recebeu tiamina no tratamento anterior para Beribéri.
49. Quando foi? Informe o período (mm/aaaa) da ocorrência do quadro anterior de Beribéri.
50. Alguém da sua família já teve Beribéri? Selecione “Sim” ou “Não” se o paciente possui alguém em sua família que já tenha apresentado quadro de Beribéri anteriormente.
51. Observações: registre as informações que julgar pertinente quanto ao tratamento anterior realizado pelo paciente, bem como da suspeita de Beribéri atual.

## **Antecedentes**

Registre neste grupo de perguntas o comportamento do paciente associado aos fatores de risco para o desenvolvimento do Beribéri.

52. Possui algum tipo de comorbidade associada (\*)? Selecione “Sim” ou “Não” para a ocorrência de outras doenças associadas ao quadro atual de Beribéri.
53. Qual o tipo de comorbidade (\*): selecione entre uma ou mais opções o tipo de morbidade associada aos sinais e sintomas de suspeita para o Beribéri.
54. Outras comorbidades associadas: caso seja selecionada a opção “Outros” na pergunta acima, informe a doença associada ao quadro atual de Beribéri.
55. Fumante (\*)? Selecione “Sim” ou “Não” para o hábito de fumar referido pelo paciente.
56. Quantos cigarros por dia? Este campo somente aparecerá se a resposta anterior for Sim. Informe o número de cigarros consumidos (em unidades) diariamente pelo paciente.
57. Consome de bebida alcoólica (\*)? Selecione “Sim” ou “Não” para o hábito do consumo de bebidas alcoólicas referido pelo indivíduo.
58. Com que frequência você costuma ingerir bebidas alcoólicas (\*)? Este campo somente aparecerá se a resposta anterior for Sim. Selecione a periodicidade no consumo de bebidas alcoólicas referida pelo paciente.
59. Qual a periodicidade no consumo de bebida alcoólica: caso seja selecionada a opção “Outros” na pergunta anterior, informe qual a frequência de consumo de bebidas alcoólicas referida pelo indivíduo.
60. O paciente consome algum tipo de bebida tradicional fermentada (Caxiri, Pajuaru, Mocaroró, etc)? Este campo somente aparecerá se a resposta da pergunta 57 for Sim. Em caso de pacientes indígenas, informe “Sim” ou “Não” quanto ao consumo de bebidas tradicionais fermentadas (e alcoólicas) pelo indivíduo.

61. Qual a frequência no consumo de bebidas tradicionais fermentadas? Este campo somente aparecerá se a resposta da pergunta 57 for Sim. Informe a periodicidade no consumo de bebidas fermentadas produzida pelo grupo indígena.
62. Aproximadamente, qual a quantidade de bebidas tradicionais fermentadas consumidas pelo paciente? Este campo somente aparecerá se a resposta da pergunta 57 for Sim. Informe a quantidade (em litros) de bebida consumida em um dia pelo paciente.
63. No seu dia-a-dia você faz esforço físico (\*)? Selecione “Sim” ou “Não” para o desempenho de atividade física extenuante<sup>1</sup> na rotina diária do paciente.

### **Consulta de retorno – 2ª etapa/CONFIRMAÇÃO DO CASO**

Este bloco de perguntas deverá ser respondido após a realização da prova terapêutica de administração da tiamina pelo período mínimo de um mês. Estes dados são de extrema importância para a confirmação do agravo e a classificação do caso.

64. Data da consulta de retorno: informe a data (dd/mm/aaaa) de realização da consulta de retorno após o início da prova terapêutica com o suplemento de tiamina.
65. O paciente concluiu a prova terapêutica? Após a administração de pelo menos 1 mês do suplemento de tiamina, selecione “Sim” ou “Não” caso o paciente tenha concluído a prova terapêutica no período.
66. Caso o paciente não tenha concluído a prova terapêutica, qual foi o motivo? Selecione qual foi o motivo para o paciente não ter concluído a prova terapêutica, esta pergunta aparecerá apenas quando selecionada a resposta “Não” na questão 66.
67. Outros motivos para a não conclusão da prova terapêutica? Informe o(s) outro(s) motivo(s), diferentes do descrito na pergunta acima, pelo qual o paciente não tenha conseguido concluir a prova terapêutica.
68. Classificação final: selecione se o quadro de Beribéri foi confirmado ou não após a realização da prova terapêutica. Para esse diagnóstico, utilize as informações constantes no *Guia de consulta para Vigilância Epidemiológica, Assistência e Atenção Nutricional dos casos de Beribéri*.
69. Qual a classificação do caso: selecione o tipo de Beribéri apresentado pelo paciente. Para maiores informações sobre a classificação dos casos, consulte a página 27 do *Guia de consulta para Vigilância Epidemiológica, Assistência e Atenção Nutricional dos casos de Beribéri*.
70. Qual o motivo para a não confirmação do caso: em caso negativo na prova terapêutica, selecione o motivo pelo qual o Beribéri foi excluído da investigação do caso.

---

<sup>1</sup> Consideram-se como atividade física extenuante as atividades corporais intensas, com alto gasto energético desenvolvido pelo paciente, como longos períodos de caminhada, trabalho braçal na agricultura, caçada, remar, carregar peso, dentre outros.

### **3ª etapa – ENCERRAMENTO DO CASO:**

Este bloco de perguntas deverá ser registrado após a conclusão do tratamento com a administração de 6 meses de tiamina ou outro período, conforme critérios médicos.

71. Evolução do caso: para os casos confirmados como Beribéri, após seis meses de tratamento (ou outro período, conforme critérios médicos), selecione o desfecho final do caso.
72. Local de transferência do paciente: caso seja selecionada a opção “Transferência” na pergunta 71, registre o nome do Estado e Município ao qual o paciente foi encaminhado.
73. Data do óbito por Beribéri: caso seja selecionada a opção “óbito por Beribéri” na pergunta 71, informe a data (dd/mm/aaaa) da ocorrência do óbito.
74. Data do óbito por outras causas: caso seja selecionada a opção “óbito por outras causas” na pergunta 79, informe a data (dd/mm/aaaa) da ocorrência do óbito.
  
75. Nome do investigador (\*): informe o nome do profissional que realizou o preenchimento da ficha de notificação juntamente ao paciente.
76. Cargo ou função (\*): informe o cargo ou função desempenhada pelo profissional que realizou o preenchimento da ficha de notificação, juntamente ao paciente.