

Ministério da Saúde

Manual de Operação

**Registro de Eventos em Saúde Pública -
RESP**



Microcefalia

Sumário

PÚBLICO ALVO2

ACESSO À INTERNET3

ESTAÇÃO DE TRABALHO3

PROGRAMAS3

BROWSER3

Para ter acesso ao RESP, o usuário deve digitar o endereço eletrônico: www.resp.saude.gov.br4

Acesso4

Bloco 1 – Dado para Investigação da gestante ou puérpera5

Bloco 2 – Identificação do Nascido Vivo6

Bloco 3 – Gestação e Parto7

Bloco 4 – Dados epidemiológicos gestante/mãe8

Bloco 5 – Exames de Imagem10

Bloco 6 – Local de Ocorrência do parto11

Bloco 7 – Observações12

Bloco 8 – Evolução13

Bloco 9 – Notificador13

Módulo Consulta14

Classificação Final14

1. INTRODUÇÃO

Tendo em vista a alteração do padrão de ocorrência de microcefalia e/ou alterações do sistema nervoso central (SNC) possivelmente associadas a infecção congênita no Brasil, no dia 11 de novembro de 2015, o Ministério da Saúde (MS) através da Portaria 1.813, declarou situação de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN). Este é um mecanismo previsto para casos de emergências em saúde pública que demandem o emprego urgente de medidas de prevenção, controle e contenção de riscos, danos e agravos à saúde pública. O objetivo é dar maior agilidade às investigações.

Diante da necessidade de os casos suspeitos de microcefalias serem notificados imediatamente ao Ministério da Saúde, foi construído pelo DATASUS um formulário online nacional de registro, denominado Registro de Eventos em Saúde Pública (RESP), disponível no link www.resp.saude.gov.br.

Para realizar a análise dos dados gerados no preenchimento do formulário, foi desenvolvida uma ferramenta utilizando os conceitos de *Business Intelligence* (BI) ou Inteligência de Negócios. O objetivo é auxiliar na transformação de dados brutos em informações relevantes e úteis a fim de analisar a situação epidemiológica de forma rápida e eficiente, auxiliando a tomada de decisão oportuna, bem como identificar fatores associados ao surgimento de ocorrência de microcefalia e/ou alterações do SNC.

O objetivo deste manual é orientar os profissionais quanto ao preenchimento de forma correta dos dados a serem inseridos no RESP, bem como, em relação aos perfis de acesso ao RESP para alteração dos registros, de modo a dar apoio às investigações e análises dos casos.

PÚBLICO ALVO

Ministério da Saúde;

Unidades Federadas (Secretarias Estaduais de Saúde e Regionais de Saúde);

Municípios (Secretarias Municipais de Saúde, Distritos Sanitários e Unidades de Saúde).

2. REQUISITOS PARA ACESSO AO RESP – MICROCEFALIA

Para garantir o desempenho adequado é necessário possuir as configurações mínimas descritas a seguir.

ACESSO À INTERNET

Para acessar o RESP, o computador ou a rede de computadores precisa ter os seguintes requisitos mínimos:

- Velocidade mínima recomendada para um computador — Banda larga entre 300 kbps a 600 kbps.
- Velocidade mínima recomendada para mais de um computador conectado em rede — Banda larga superior a 600 kbps.

ESTAÇÃO DE TRABALHO

- Microcomputador com CPU Pentium IV 2 GHz ou superior
- Sistema Operacional Windows XP/Professional ou mais recente — 1 GB de memória.

PROGRAMAS

Os seguintes programas devem estar instalados na estação de trabalho para que seja possível visualização dos relatórios e dos arquivos:

- Adobe Reader
- Microsoft Office Excel

BROWSER

O RESP foi desenvolvido para ser utilizado no Internet Explorer, Firefox e Chrome, sendo necessárias as versões:

- Internet Explorer – Versão 8.0 ou superior
- Mozilla Firefox – 20 ou superior
- Chrome – 24 ou superior

3. ACESSO AO RESP-MICROCEFALIA

Para ter acesso ao RESP, o usuário deve digitar o endereço eletrônico:
www.resp.saude.gov.br

ACESSO

1. Para acessar a página, digite o endereço <http://resp.saude.gov.br> no navegador e tecele Enter. Surgirá a tela:

Figura 1: Tela inicial de registro do RESP Microcefalia

- Data da Notificação (campo obrigatório *_ Obs.: Permite o registro de casos a partir de 01/01/2015): Preencher a data do registro do caso no formulário eletrônico.
- Notificação de (campo obrigatório *_ preencher a opção segundo definição vigente nos protocolos disponíveis no site www.saude.gov.br). Opções:
 - 1- Criança
 - 2- Recém Nacido
 - 3- Óbito Fetal/ Natimorto
 - 4- Aborto espontâneo
 - 5- Feto

Figura 2: Campos Data da Notificação e Notificação de

BLOCO 1 – DADO PARA IDENTIFICAÇÃO DA GESTANTE OU PUÉRPERA

(Informe os dados sobre a gestante ou puérpera para que a vigilância possa realizar a investigação com o instrumento detalhado).

- Deverão ser preenchidos os campos de identificação da gestante/mãe.
 - **Nome da gestante/mãe** (campo obrigatório *): preencher o nome completo da mãe/Gestante.
 - **Número do Prontuário:** preencher o número do prontuário médico da mãe/gestante.

- **Tipo de Documento de identificação da mãe/gestante** (campo obrigatório *): preencher o tipo e número do documento de identificação da mãe/gestante.
- **Número do Cartão SUS, CPF ou RG** (campo obrigatório *_Obs: se não tiver documento coloque 0 em todo o campo): preencher o número do documento.
- **Data de nascimento da gestante/mãe** (campo obrigatório *_ Obs: se não souber coloque a data 31/12/2015): preencher a data de nascimento da mãe/gestante.
- **Idade da mãe/gestante** (campo obrigatório *_ Obs: se não tiver documento coloque 99 em todo o campo): preencher a idade da mãe/gestante.
- **Raça/cor da mãe/gestante** (campo obrigatório *): preencher o campo raça/cor da mãe/gestante.
- **DSEI**: preencher o DSEI
- **ETNIA**: Etnia em caso de indígenas.
- **Endereço completo da mãe/gestante e ponto de referência** (UF de residência, Município de residência, Logradouro, Número são campo obrigatório *): preencher o endereço completo da mãe/gestante.
- **Telefone para contato** (campo obrigatório *): preencher o telefone de contato da mãe/gestante.

www.resp.saude.gov.br/microcefalia#/painel

Dados para identificação da gestante ou puérpera
Informe os dados sobre a gestante ou puérpera para que a vigilância possa realizar a investigação com o instrumento detalhado.

Nome da Gestante/Mãe: *	Número do Prontuário (gestante/mãe):	Tipo de documento: *
<input type="text"/>	<input type="text"/>	-- Selezione --
Número do Cartão SUS, CPF ou RG: *	Data de Nascimento da gestante/mãe:	Idade da gestante/mãe: *
Obs.: se não tiver documento coloque 0 em todo o campo	Obs.: se não souber coloque a data 31/12/2015	Obs.: se não tiver documento coloque 99 em todo o campo.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Raça/cor da gestante/mãe: *	Dsei	Etnia
-- Selezione --	-- Selezione --	-- Selezione --
UF de residência da gestante/mãe: *	Município de Residência da gestante/mãe: *	Bairro:
-- Selezione --	-- Selezione --	<input type="text"/>
CEP:	Logradouro (Rua, Avenida): *	Número: *
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Figura 3. Bloco 1 – Identificação da Gestante/Puérpera

BLOCO 2 – IDENTIFICAÇÃO DO NASCIDO VIVO

(Campos exclusivos para registro de nascido vivo. Se gestante, selecione não se aplica (NA) para as questões abaixo.

- Os seguintes dados de identificação do recém-nascido devem ser preenchidos.
 - **Nome do Recém-Nascido ou lactente** (campo obrigatório *_ Obs: se não nasceu ou não tiver nome, marcar a opção ao lado – checkbox): preencher o nome completo da mãe/gestante.
 - **Sexo** (campo obrigatório *_ Obs: se não nasceu selecione IGNORADO): marcar opção do sexo do RN.
 - **Data de nascimento (campo obrigatório *)**: preencher a data de nascimento do RN.
 - **Peso (em gramas)**: preencher o valor do peso em gramas do Recém-nascido.
 - **Comprimento (em centímetros)**: preencher o valor do comprimento em centímetros.
 - **Número do registro da declaração de nascidos vivos (DNV)**: preencher o número do registro de nascido vivo/ DNV.

Identificação do nascido vivo
Campos exclusivos para registro de nascido vivo. Se gestante, selecione não se aplica (NA) para as questões abaixo.

Nome do recém-nascido ou lactente: *
Obs.: se não nasceu ou não tiver nome, marcar opção ao lado (checkbox)

Sexo: *
Obs: se não nasceu selecione "IGNORADO"

Data de Nascimento:

Peso (em gramas)

Comprimento (em centímetros)

Número da declaração de nascido vivo - DNV

Figura 4. Bloco 2 – Dado de identificação do nascido vivo

BLOCO 3 – GESTAÇÃO E PARTO

(Informações sobre a identificação da microcefalia durante a gestação ou no pós-parto)

- Neste bloco serão preenchidas informações sobre gestação e parto.
 - **Tipos de alteração congênita** (campo obrigatório *): podem ser selecionados uma ou múltiplas alterações apresentadas pelo caso suspeito. (Combo Multi são aqueles que tem várias opções de marcação).
 - **Quando foi detectada a alteração congênita** (campo obrigatório *): deve ser preenchido o momento em que foi detectada a alteração congênita, se intra-útero, pós-parto, se não detectado e ignorado.
 - **Idade gestacional na detecção da microcefalia (em semanas)** (campo obrigatório*_Obs.: pode ser ainda na gestação ou no momento do part. Caso não tenha microcefalia digite “99”): preencher com a idade gestacional (em semanas)

em que foi detectada a microcefalia, podendo ser durante a gestação ou no momento do parto. Tipo de gravidez: deve ser informado se é única, dupla, tripla ou mais ou ignorado.

- **Tipo de Gravidez** (campo obrigatório *): Marcar a opção de única, dupla, tripla ou mais e ignorado.
- **Classificação do nascido vivo ou natimorto** (campo obrigatório *): deve ser preenchido de acordo com a idade gestacional no momento do parto: Pré-termo (menor que 37 semanas de gestação); A termo (entre 37 a 41 semanas e 6 dias de gestação); Pós-termo (maior ou igual a 42 semanas de gestação). Esse dado é muito importante na relação com o perímetro cefálico, na identificação da microcefalia.
- **Perímetro cefálico (PC) (em centímetros ou com uma casa decimal)**: deve ser registrado o valor aferido do perímetro cefálico no momento do parto em centímetros, com, pelo menos, uma casa decimal.
- **Circunferência Craniana (se detectado no intraútero) em centímetros incluindo a decimal (exemplo: 28,5)**. (Obs.: Deixar em branco caso não tenha realizado exame de imagem durante a gestação): preencher a medida da circunferência craniana identificada durante exame de imagem no pré-natal.

www.resp.saude.gov.br/microcefalia#/painel

Gestação e Parto

Informações sobre a identificação da microcefalia durante a gestação ou no pós-parto.

Tipos de alteração congênita: *
-- Selecione --

Quando foi detectada a alteração congênita: *
-- Selecione --

Idade gestacional na detecção da microcefalia (em semanas): *
Obs.: pode ser ainda na gestação ou momento do parto. Caso não tenha microcefalia digite "99"
[]

Tipo de gravidez: *
-- Selecione --

Classificação do nascido vivo ou natimorto: *
-- Selecione --

Perímetro cefálico (PC) (em centímetros com uma casa decimal)
Registre o perímetro cefálico incluindo a decimal (exemplo: 31,5). Obs.: se não tiver a informação colocar 99,9.
[]

Circunferência Craniana (se detectado no intraútero) em centímetros incluindo a decimal (exemplo: 28,5)
Deixar em branco, caso não tenha realizado exame de imagem durante a gestação
[]

Figura. 5 Bloco 3 – Gestação e Parto

BLOCO 4 – DADOS CLÍNICOS E EPIDEMIOLÓGICOS DA MÃE/GESTANTE

(Informe abaixo se durante a gestação ou no pós-parto imediato a mãe cumpre as seguintes condições)

- Neste bloco serão preenchidas informações sobre a gestante/mãe

- **Data provável de início de sintomas:** deve ser preenchida a data em que iniciaram os sintomas da gestante/mãe, durante a gestação ou logo após o parto.
- **Apresentou febre durante a gestação** (campo obrigatório * _Obs.: especialmente nos primeiros meses de gestação): deve ser selecionado sim, não, não sabe.
- **Apresentou exantema durante a gestação, informe o primeiro período da ocorrência** (campo obrigatório *): deve ser selecionado Sim, no 1º trimestre; sim, no 2º trimestre; sim, no 3º trimestre; sim, mas, não lembra a data ou período gestacional; não apresentou exantema; não sabe.
- **Marque outros sinais/sintomas que apresentou durante a gestação:** Combo multi* deve ser selecionada uma ou múltiplas opções relacionadas aos sinais e sintomas da gestante/mãe.
- **Realizou exame laboratorial para pelo menos um dos STORCH, na gestação ou pós-parto** (campo obrigatório * Sífilis, Toxoplasmose, Rubéola, Citomegalovírus, Herpes vírus. Obs.: se tiver realizado, informe os resultados nas Observações Gerais): deve ser preenchido sim, não ou não sabe.
- **Resultado de exames para sífilis** (campo obrigatório *): deve ser selecionado uma das opções: Reagente/Positivo; não reagente/Negativo; indetectável/Indeterminado; não realizado; Ignorado.
- **Resultado de exame para Toxoplasmose** (campo obrigatório *): deve ser selecionado uma das opções: Reagente/Positivo; não reagente/Negativo; indetectável/Indeterminado; não realizado; Ignorado.
- **Histórico de infecção recente por outros arbovírus** (campo obrigatório *): deve ser selecionado caso tenha tido outras doenças como Dengue, Chikungunya, dentre outras causadas por arbovírus.
- **Realizou exame para vírus Zika** (campo obrigatório * _Obs.: Para vírus Zika pode ser confirmação clínico-epidemiológica realizada pelo médico assistente): preencher com Sim, Não e Não sabe.
- **Resultado de exame para vírus Zika** (campo obrigatório *): deve ser selecionado uma das opções: Reagente/Positivo; não reagente/Negativo; indetectável/Indeterminado; não realizado; Ignorado.
- **Possui histórico para malformação congênita na família** (campo obrigatório *): deve ser selecionado Sim, Não, não sabe, Ignorado.

*Combo Multi: É um campo que apresenta várias opções de marcação.

Dados Clínicos e epidemiológicos da mãe/gestante

Informe abaixo se durante a gestação ou no pós-parto imediato a mãe cumpre as seguintes condições

Data provável de Início de Sintomas:  **Apresentou Febre durante a gestação: ***
 Obs.: especialmente nos primeiros meses de gestação.

Apresentou exantema durante a gestação, informe o primeiro período da ocorrência: * **Marque outros sinais/sintomas que apresentou durante a gestação:**

Realizou exame laboratorial para, pelo menos, um dos STORCH, na gestação ou pós-parto: *
 (Sífilis, Toxoplasmose, Rubéola, Citomegalovírus, Herpes vírus). Obs.: se tiver realizado, informe os resultados nas Observações Gerais **Resultado de exames para Sífilis: ***

Resultado de exames para Toxoplasmose: * **Histórico de infecção recente por outros arbovírus: *** **Realizou exame para vírus Zika: ***
 Para vírus Zika vírus pode ser confirmação clínico-epidemiológica realizada pelo médico assistente

Resultado de exames para vírus Zika: * **Possui histórico de malformação congênita na família: ***

Figura 6. Bloco 4 – Dados clínicos e epidemiológicos da mãe/gestante

BLOCO 5 – EXAMES DE IMAGEM

- Neste bloco serão preenchidas informações sobre os exames de imagem realizados durante a gestação.
- **Dados da ultrassonografia (na gestação)** (campo obrigatório *): deve ser selecionado se a mãe realizou ou não ultrassonografia durante a gestação.
- **Data da Ultrassonografia: (campo obrigatório *)** deve ser preenchida a data da realização da ultrassonografia durante a gestação.
- **Descreva as demais informações referentes à ultrassonografia:** deve-se descrever todas as informações do laudo do exame de ultrassonografia.
- **Dados da ultrassonografia Transfontanela** (campo obrigatório *): deve ser selecionada a opção de realização do exame ou não.
- **Data da ultrassonografia Transfontanela:** deve ser preenchida a data da realização do exame.
- **Descreva as demais informações referentes à ultrassonografia Transfontanela** deve-se descrever todas as informações do laudo do exame.
- **Dados da Tomografia Computadorizada** (campo obrigatório *): devem ser selecionados a opção de realização de Tomografia computadorizada ou não.
- **Data da Tomografia Computadorizada** deve ser preenchida a data da realização do exame.

- **Descreva as demais informações referentes à Tomografia Computadorizada:** deve-se descrever todas as informações do laudo do exame de Tomografia Computadorizada.
- **Dados da Ressonância Magnética (campo obrigatório *):** devem ser selecionados a opção de realização de Tomografia computadorizada ou não.
- **Data da Ressonância Magnética:** deve ser preenchida a data da realização do exame de imagem.
- **Descreva as demais informações referentes à Ressonância Magnética:** deve-se descrever todas as informações do laudo do exame de Ressonância Magnética.

Exames de Imagem

Dados da Ultrassonografia (na gestação): * Data da Ultrassonografia

-- Seleccione -- / /

Descreva as demais informações relativas à Ultrassonografia

Total de caracteres restantes: 6000

Dados da Ultrassonografia Transfontanela: * Data da Ultrassonografia Transfontanela

-- Seleccione -- / /

Descreva as demais informações relativas à Ultrassonografia Transfontanela

Total de caracteres restantes: 6000

Dados da Tomografia Computadorizada: * Data da Tomografia Computadorizada

-- Seleccione -- / /

Descreva as demais informações relativas à Tomografia

Total de caracteres restantes: 6000

Dados da Ressonância Magnética: * Data da Ressonância Magnética

-- Seleccione -- / /

Descreva as demais informações relativas à Ressonância

Figura 7 Bloco 5 – Exames de Imagem

BLOCO 6 – LOCAL DE OCORRÊNCIA DO PARTO (Dados do Estabelecimento de Saúde)

- Neste bloco serão preenchidas informações sobre o Local de Ocorrência do Parto.
- **Código do Estabelecimento de Saúde (CNES):** deve ser preenchido o número do código do estabelecimento de saúde onde ocorreu o parto ou no local de assistência ao Recém-nascido ou criança. Caso não saiba deixar em branco.
- **UF do Estabelecimento de Saúde** (campo obrigatório *): deve ser preenchida a UF do local do parto. O local do parto pode ser serviço de saúde ou outros locais.
- **Município** (campo obrigatório *): deve ser preenchido o município onde ocorreu o parto.
- **Estabelecimento de Saúde** (campo obrigatório *): deve ser preenchido o nome do local onde ocorreu o parto. O local do parto pode ser serviço de saúde ou outros locais.
- **Endereço do Estabelecimento de Saúde** (logradouro e número) (campo obrigatório *): deve ser preenchido o endereço completo do local onde ocorreu o parto (logradouro e número).
- **DDD:** deve ser preenchido o número do DDD de contato telefônico da região onde ocorreu o parto.
- **Número de contato (fixo ou celular):** deve ser preenchido o número do telefone onde ocorreu o parto.

Local de ocorrência
Dados do estabelecimento de saúde.

Código do estabelecimento de saúde (CNES)
Obs.: se não souber, deixe em branco.

UF: * **Município: ***

-- Seleção -- -- Seleção --

Estabelecimento de saúde: *
Obs.: local de ocorrência do parto ou maternidade

Endereço do estabelecimento (logradouro e número): * **DDD:** **Número de contato (fixo ou celular):**

Figura 8. Bloco 6 – Local de Ocorrência do Parto

BLOCO 7 – OBSERVAÇÕES

- Nesse bloco devem ser preenchidas todas as informações referentes ao caso suspeito, outros exames realizados, sintomatologia inespecífica, relatos de familiares e da gestante/mãe, prontuário médico, relato de profissionais da assistência, dentre outros.

Observações

Observações

INSTRUÇÃO: informe o resultado dos exames laboratoriais realizados para STORCH (sífilis, toxoplasmose, outras doenças infecciosas, rubéola, citomegalovírus ou herpes vírus); informe se foi testado para dengue, chikungunya ou zika vírus; se o médico suspeitou clinicamente de zika vírus ou outras infecções durante a gestação; se usou medicamentos durante a gestação - quais; se é usuária de drogas - quais e frequência; conclusão do laudo de exames de imagem (ultrassom, ressonância, tomografia) e informe se há presença de calcificações na imagem ou outra informação relevante.

Total de caracteres restantes: 6000

Figura 9. Bloco 7 – Observações

BLOCO 8 – EVOLUÇÃO

- Nesse bloco deve-se informar se o Recém-Nascido ou feto evoluiu para óbito e, se sim, o número da Declaração de óbito (DO) e a data do óbito.

Evolução

Óbito: Número da Declaração de Óbito - DO

Deixar em branco, caso ainda esteja na gestação

Data de Óbito

Figura 10. Bloco 8 – Evolução do caso suspeito de microcefalia. Preencher se houve óbito ou não.

BLOCO 9 – NOTIFICADOR

- Nesse bloco serão preenchidas as informações do notificador.
- **Nome do Notificador** (campo obrigatório *): deve ser preenchido o nome completo do notificador.
- **E-mail do Notificador** (campo obrigatório *): deve ser preenchido o e-mail de contato do notificador, caso tenha.
- **Telefone de contato do Notificador (fixo ou celular)** (campo obrigatório *): deve ser preenchido o número do telefone de contato do notificador.
- **Captcha**: é obrigatório a digitação do Captcha antes de clicar no botão SALVAR.
- **Botão Salvar**: antes de clicar no botão salvar, verifique todo o preenchimento do registro e principalmente, se preencheu todos os campos obrigatórios.

Notificador
Informe seus dados para que a equipe da vigilância em saúde possa entrar em contato com você.

Nome do notificador: *

E-mail do notificador: *

Telefone de contato do notificador (fixo ou celular): *

C

Salvar

Figura 11. Bloco 9 – Notificador

Módulo Consulta

- Para realizar a consulta dos registros, é necessário clicar em login no canto superior direito da tela ()

RESP | Registro de Eventos em Saúde Pública

V. 1.8.1 Login

Registro de casos de Microcefalia e/ou alteração do sistema nervoso central (SNC)

Data da notificação: *

Notificação de: *

-- Selecione --

Segundo definição vigente nos protocolos disponíveis no site www.saude.gov.br

Dados para identificação da gestante ou puérpera

Informe os dados sobre a gestante ou puérpera para que a vigilância possa realizar a investigação com o instrumento detalhado.

Figura 12. Tela inicial do “Sistema” Login

- Ao clicar em login, surgirá a tela abaixo. Deverá ser digitado e-mail de usuário e senha para acesso em área restrita do “Sistema”.

RESP | Registro de Eventos em Saúde Pública

V. 1.8.1 Login

Digite seu e-mail e sua senha para acessar a área restrita

*Usuário:

*Senha:

Ainda não é cadastrado?
Esqueceu sua senha?

ENTRAR

Acesso ao sistema

É necessário que o usuário informe seu e-mail e senha.
Esqueceu a senha: Clique em “Esqueceu sua senha” e informe seu e-mail para receber uma nova senha de acesso ao sistema.

Usuário que não possui acesso

Realize o cadastro clicando em “Ainda não está cadastrado?”
Após o login, clique em “solicitar acesso aos sistemas”.
Aguarde o e-mail com a aprovação ou não da solicitação de acesso.

Suporte a sistemas: 136 - opção 8
e-mail: suporte.sistemas@saude.gov.br
Fale conosco: <http://dados.saude.gov.br/fale-conosco>

Figura 13. Módulo Consulta Login de acesso

Atualmente existem três tipos de perfis de acesso: Gestor Federal; Gestor e Usuário Estadual e Usuário Municipal.

O Gestor Federal é o responsável pelo cadastro e liberação de acesso aos Estados. O perfil de Gestor Estadual é responsável em cadastrar e liberar acesso aos municípios.

Após preencher os campos de usuário e senha, clicar em ENTRAR. Aparecerá a tela a seguir.

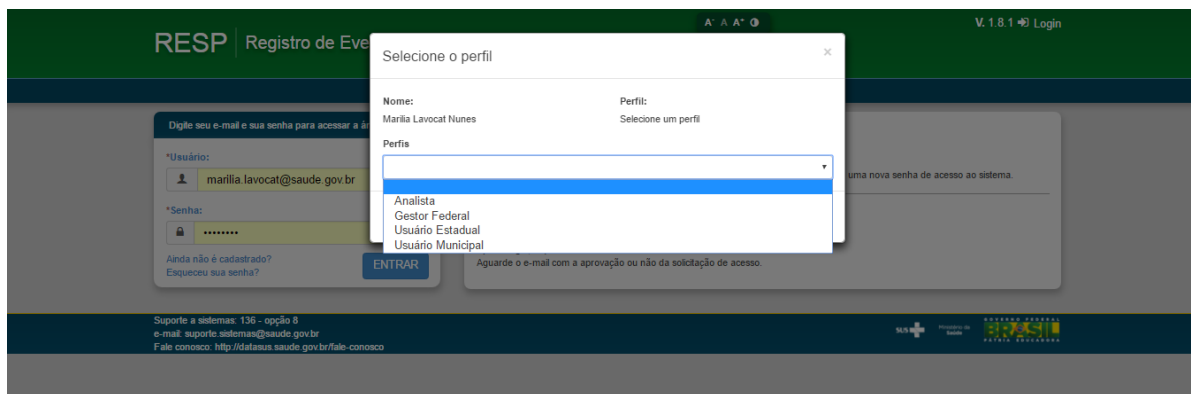


Figura 14. Módulo Consulta Login de acesso

- Nessa tela selecione o tipo de perfil de usuário para dar continuidade à consulta. Surgirá uma nova tela.

The screenshot shows the 'Manter Casos de microcefalia' page in the RESP system. The header includes the logo 'RESP | Registro de Eventos em Saúde Pública', version 'V. 1.10.1', and user information 'Paula Maria Raia Eliazar, Gestor Federal'. A 'Tempo restante: 27:52' timer is also visible. The main content area is titled 'Manter Casos de microcefalia' and contains a section 'Consultar casos de microcefalia' with the following filters:

- Estabelecimento de saúde: [Text input]
- UF: [Dropdown menu: -- Selecione --]
- Município: [Dropdown menu: -- Selecione --]
- Número da ficha: [Text input]
- Notificação de: [Dropdown menu: -- Selecione --]
- Critério de confirmação: [Dropdown menu: -- Selecione --]
- Nome da gestante/mãe: [Text input]
- Nome do recém nascido: [Text input]
- Classificação Final: [Dropdown menu: -- Selecione --]
- Status do caso: [Dropdown menu: -- Selecione --]

A 'Pesquisar' button is located at the bottom right of the filter section.

Figura 15. Filtros para consulta de registros.

- Nessa tela, para consultar um registro, é necessário que seja digitada uma ou mais informações relacionadas ao registro, tais como: estabelecimento de saúde, UF, município, Número da ficha, tipo de notificação, critério de confirmação, nome da gestante/mãe e status do caso.
- Após clicar em Pesquisar, aparece a lista de registros vinculados à palavra-chave dos filtros selecionados. Ou seja, ao digitar a palavra-chave “teste”, todos os registros que apresentarem a palavra teste no campo “nome da gestante/mãe” estarão listados logo abaixo, como apresentado a seguir.

Manter Casos de microcefalia

Consultar casos de microcefalia

Estabelecimento de saúde:

UF:

Município:

Número da ficha:

Notificação de:

Critério de confirmação:

Nome da gestante/mãe:

Nome do recém nascido:

Classificação Final:

Status do caso:

Número da ficha	UF	Município	Nome da gestante/mãe	Nome do recém nascido	Notificação	Classificação	Status	Ações
00031945	RJ	MAGE	MARIA CLARA PRETESTE SILVA	EMANUELLY VITORIA PRETESTE DE OLIVEIRA	1 - Criança	3 - Descartado	REATIVADO	  
00054022	CE	ALTO SANTO	Rosalia teste	RN de Rosalia teste	5 - Feto	5 - Sem Classificação	INATIVO	 

Figura 16. Lista de registros após o filtro.

Para editar os registros, basta clicar no ícone azul e realizar as alterações necessárias. No caso de inativar um registro, basta clicar no ícone X vermelho e inserir uma justificativa para que o status do registro seja inativado. Para reativá-lo, basta clicar no ícone verde e justificar a reativação do registro.

Somente os perfis de gestor estadual e capital podem, no momento, encerrar um registro de caso suspeito de microcefalia. Para tal, o bloco de Gestão dos Dados, está restrito aos usuários com login e senha de acesso.

BLOCO 10 – GESTÃO DE DADOS

- O campo Classificação Final apresenta as opções para o encerramento do caso suspeito.

Gestão de dados

Classificação Final: *

Critério de confirmação:

Sistema de informação que foram registrados:

Dados registrados no informe Nacional:

Figura 17. Bloco Gestão de Dados, campo Classificação Final

Ao realizar qualquer alteração no registro é necessário **SALVAR** para que seja gravado no “Sistema”. Logo em seguida aparecerá a mensagem de “Operação efetuada com sucesso”.

A imagem mostra a interface do sistema RESP. No topo, há uma barra verde com o logo 'RESP' e o texto 'Registro de Eventos de Saúde'. À direita, uma barra de notificação verde exibe a mensagem 'Operação efetuada com sucesso' com um ícone de checkmark. Abaixo, o título da seção é 'Manter Casos de microcefalia'. O formulário contém campos para 'Estabelecimento de saúde', 'UF', 'Município', 'Notificação de:', 'Critério de confirmação', 'Nome da Gestante/Mãe' (com o valor 'teste') e 'Status do caso'. Um botão 'Pesquisar' está no canto inferior direito.

Figura 18. Alteração em registro e mensagem de “Operação realizada com sucesso”.

Caso algum campo obrigatório não tenha sido preenchido, o registro não será salvo, apresentando mensagem para preenchimento desses campos.

A imagem mostra a interface do sistema RESP com uma mensagem de erro. No topo, uma barra de notificação amarela exibe a mensagem 'Atenção, verifique os campos obrigatórios' com um ícone de alerta. O formulário principal, intitulado 'registro de casos de Microcefalia e/ou alteração do sistema nervoso central (SNC)', contém campos para 'Data da notificação:' (04/03/2016), 'Notificação de:' (Recém-nascido com microcefalia (<= 28 dias)), 'Número da ficha:' (31945), 'Nome da Gestante/Mãe:' (campo vazio com mensagem de erro 'Este campo é obrigatório'), 'Número do Prontuário (gestante/mãe):' (169959), 'Tipo de documento:' (Carteira de identidade (RG)), 'Número do Cartão SUS, CPF ou RG:' (22279155), 'Data de Nascimento da gestante/mãe:' (03/01/2002), 'Idade da gestante/mãe:' (14), 'Raça/cor da gestante/mãe:', 'Dsei' e 'Etnia'.

Figura 19. Mensagem de verificação de campos obrigatórios ao salvar o registro.

Para sair da área de edição do RESP, clicar no ícone SAIR, no canto superior direito da tela inicial do Formulário eletrônico.



Figura 20. Para sair do módulo de edição do Formulário RESP, clicar em SAIR.