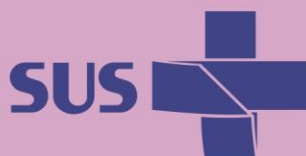




# GUIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DE CASOS DE COVID-19 RELACIONADOS AO TRABALHO



**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
GERÊNCIA EXECUTIVA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE  
CENTRO DE REFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR**

**Governador do Estado**

João Azevedo Lins Filho

**Secretário de Estado da Saúde**

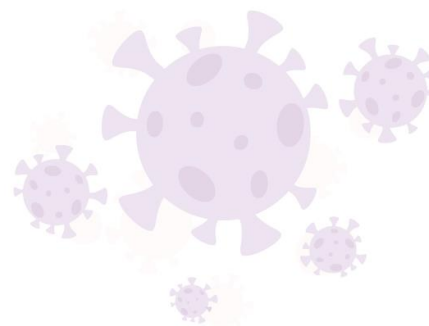
Geraldo Antônio de Medeiros

**Gerência Executiva de Vigilância em Saúde**

Talita Tavares Alves de Almeida

**Centro de Referência Estadual de Saúde do Trabalhador**

Celeida Maria Barros de França Soares



**Equipe Técnica de Elaboração**

**Raimunda Alves de Almeida**

Especialista em Epidemiológica em Saúde do Trabalhador-UFBA

Especialista em Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis -UFRN

**Cristina da Silva Medeiros**

Residência em Atenção Primária à Saúde-UFPB

Especialista em Saúde Pública- UFPB

**Celeida Maria Barros de França Soares**

Multiplicadora do Curso Básico de Vigilância em Saúde do Trabalhador - ENSP/Fiocruz

Ficha catalográfica

G943 Paraíba. Secretaria da Saúde do Estado. Gerência Executiva de Vigilância. Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador.

Guia de vigilância epidemiológica de casos de COVID-19 relacionadas ao Trabalho. SUS/PB. Organizado por Raimunda Alves de Almeida, Cristina da Silva de Medeiros e Celeida Maria Barros de França Soares. SES/PB/ Gevs/ Cerest. João Pessoa: Cerest/Gevs, 2020

25f.: il.

1. Covid-19. 2. Saúde do trabalhador. 3. Vigilância epidemiológica em saúde do trabalhador. I. Título.

CDU: 614.39

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)



*Somos todos*  
**PARAÍBA**  
Governo do Estado

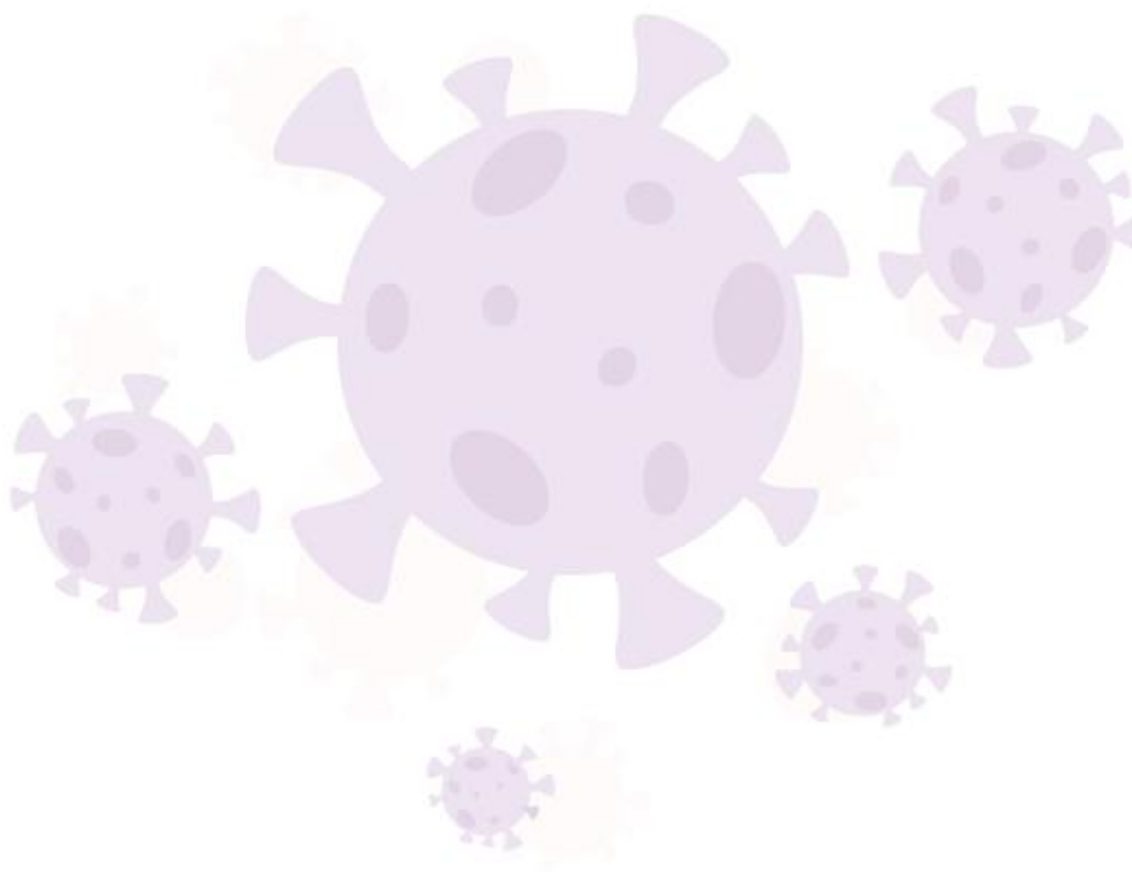
## LISTA DE SIGLAS

|             |   |
|-------------|---|
| ART         | Artigo  |
| CAT         | Comunicação de Acidente de Trabalho   |
| CBO         | Classificação Brasileira de Ocupações   |
| CEREST      | Centro de Referência em Saúde do Trabalhador  |
| CGSAT       | Coordenação-Geral de Saúde do Trabalhador   |
| CID         | Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde |
| CNAE        | Classificação Nacional de Atividades Econômicas                                     |
| COVID-19    | Doença Coronavírus 2019   |
| DO          | Declarações de Óbito  |
| DSAST       | Departamento de Saúde Ambiental, do Trabalhador                                     |
| E-SUS VE    | E-SUS Vigilância Epidemiológica   |
| GAL         | Gerenciador de Ambiente Laboratorial  |
| INSS        | Instituto Nacional do Seguro Social   |
| MS          | Ministério da Saúde   |
| OSHA        | Occupational Safety and Health Administration                                       |
| RENAST      | Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador                            |
| SARS-COV-2  | Novo Coronavírus  |
| SIM         | Sistema de Informações sobre Mortalidade  |
| SINAN       | Sistema de Informação de Agravos de Notificação                                     |
| SIS         | Sistemas de Informação em Saúde   |
| SIVEP GRIPE | Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica da Gripe                         |
| SMS         | Secretarias Municipais de Saúde   |
| SUS         | Sistema Único de Saúde  |
| SVS         | Secretaria de Vigilância em Saúde   |
| VISAT       | Vigilância da Saúde do Trabalhador  |
| §           | Incisos de Artigos  |



## LISTA DE QUADROS E FIGURAS

|  |    |
|--|----|
| <b>Figura 1</b> - Campo V da declaração de óbito (OD) para caso confirmado de covid-19.....              | 14 |
| <b>Figura 2</b> - Campo V da declaração de óbito (OD) para caso suspeito de covid-19.....                | 14 |
| <b>Figura 3</b> - Notícias da mídia sobre casos de covid-19 potencialmente relacionados ao trabalho..... | 16 |
| <b>Quadro 1</b> Classificação de risco das ocupações quanto à exposição ao vírus SARS-CoV-2 .....        | 9  |
| <b>Quadro 2</b> - Instrutivo de preenchimento da ficha de notificação de acidente de trabalho .....      | 18 |



## SUMÁRIO

|      |  |    |
|------|--|----|
| 1    | <b>Apresentação</b> .....  | 5  |
| 2    | <b>Introdução</b> .....  | 6  |
| 3    | <b>Perguntas e Respostas</b> .....   | 7  |
| 3.1  | Por que notificar os casos de covid-19 relacionados ao trabalho na ficha de acidente de trabalho do Sinan versão 2019, mesmo sabendo que não se trata tipicamente de um “acidente de trabalho”?.....   | 7  |
| 3.2  | Os casos de óbitos por covid-19 que tiverem sua relação com o trabalho, identificados, também devem ser registrados na ficha de Acidente de Trabalho do Sinan versão 2019?.....  | 8  |
| 3.3  | Como a covid-19 poderá ocorrer em trabalhadores em consequência do trabalho?.....  | 8  |
| 3.4  | Como estabelecer a relação causal entre a covid-19 e o trabalho?.....  | 10 |
| 3.5  | Quem pode fazer a investigação/confirmação da relação da covid-19 com o trabalho?.....   | 10 |
| 3.6  | Quem deve conduzir o processo de investigação epidemiológica e qual o seu papel de destaque nesse processo?.....   | 11 |
| 3.7  | Quais os principais objetivos da investigação epidemiológica da relação da covid-19 com o trabalho?.....   | 11 |
| 3.8  | Como definir os casos da covid-19 para realizar investigação epidemiológica a fim de estabelecer se houve ou não relação da doença com o trabalho?.....  | 12 |
| 3.9  | Como obter acesso aos bancos de dados dos casos de covid-19?.....  | 12 |
| 3.10 | Como obter acesso ao banco de dados de óbitos suspeitos e confirmados de covid-19?.....  | 13 |
| 3.11 | Os casos de óbito por covid-19 em trabalhadores também devem ser investigados ?.....   | 13 |
| 3.12 | Além das fontes oficiais, existem outras fontes de informação que possam complementar a investigação de casos de covid-19 relacionados ao trabalho?.....   | 15 |
| 3.13 | Quais os procedimentos após investigação epidemiológica da relação da covid-19 com o trabalho?.....  | 17 |
| 3.14 | Quais as instruções para o preenchimento de <b>fichas de notificação de acidente de trabalho (2019)</b> para casos confirmados de covid-19 relacionados ao trabalho?.....  | 18 |
| 3.15 | Quais os procedimentos para os casos de covid-19 relacionados ao trabalho confirmados em trabalhadores segurados da Previdência Social, acobertados pelo seguro de acidentes do trabalho (SAT) do Instituto Nacional do Seguro Social ( <b>INSS</b> ), além de notificar na Ficha de Acidente de Trabalho do Sinan?..... | 20 |
| 3.16 | Quem são os trabalhadores(as) segurados da Previdência Social, cobertos pelo SAT do INSS?.....   | 20 |
| 4    | <b>Considerações Finais</b> .....  | 21 |
| 5    | <b>Referências</b> .....   | 22 |
| 6    | <b>Anexos</b> .....  | 23 |
|      | 1. Ficha de Notificação de Acidente de Trabalho – Sinan .....  | 24 |
|      | 2.Ficha de Notificação de Covid-19 – e-SUS VE.....   | 26 |
|      | 3. Ficha do Sivep Gripe .....  | 27 |
|      | 4. Comunicação de Acidente de Trabalho – CAT.....  | 29 |



# 1. APRESENTAÇÃO

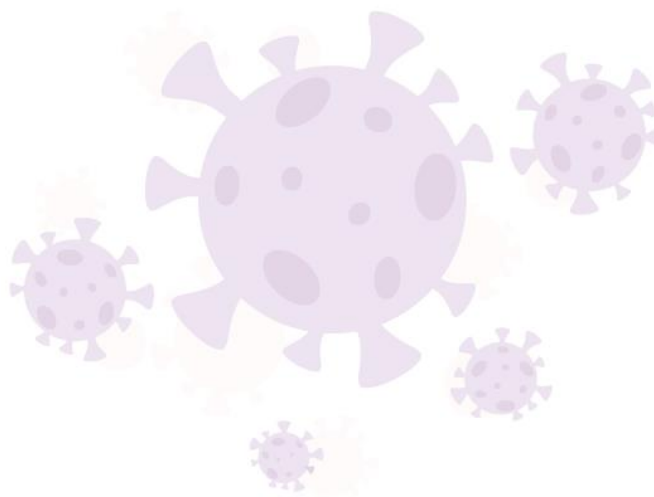
## OBJETIVO GERAL

O objetivo deste guia é oferecer suporte técnico aos profissionais da Rede de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador -Renast da Paraíba, principalmente às equipes de vigilância em saúde dos municípios, demais redes de atenção e vigilância em saúde do SUS, para a investigação e notificação dos casos de covid-19 relacionados ao trabalho no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan.

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Fomentar o desenvolvimento de ações de vigilância epidemiológica em saúde do trabalhador relacionadas à Covid-19, na construção da análise de situação de saúde dos trabalhadores e das trabalhadoras no contexto da pandemia da covid-19, recomendações de medidas de proteção e promoção da saúde dos trabalhadores contra a covid-19, principalmente na execução de atividades com maior risco de exposição.

Contribuir com os trabalhadores e as trabalhadoras ao acesso aos direitos previdenciários e trabalhistas decorrentes da identificação da relação da covid-19 com o trabalho.



## 2. INTRODUÇÃO

A Saúde do Trabalhador é definida pela Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90 Art. 6º § 3 como “um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho”.

**A Vigilância em Saúde do Trabalhador (Visat)** “é um dos componentes do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e organiza-se em torno de dois pilares: Vigilância epidemiológica dos agravos relacionados ao trabalho e a Vigilância de ambientes e processos de trabalho” (BRASIL, 2019a).

**A Vigilância epidemiológica dos agravos relacionados ao trabalho** tem como “finalidade recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças e agravos nos ambientes e processos de trabalho” (BRASIL, 2018).

**A vigilância epidemiológica de casos de covid-19 relacionados ao trabalho** tem como objetivos segundo Brasil (2020a):

- Orientar as equipes de vigilância em saúde da Renast e demais instâncias da rede de atenção à saúde do SUS quanto à investigação epidemiológica e aos critérios para estabelecimento da relação entre a covid-19 e o trabalho.
- Indicar medidas de proteção e promoção da saúde dos trabalhadores contra a covid-19, principalmente na execução de atividades com maior risco de exposição.
- Contribuir para análise de situação de saúde dos trabalhadores no contexto da covid-19.
- Orientar quanto à notificação dos casos de covid-19 registrados no E-SUS/VE e Sivep gripe e que tiveram a relação com o trabalho **investigada e confirmada, notificar na Ficha de Acidente de Trabalho do Sinan versão 2019.**



### VOCÊ SABIA?

Os casos de covid-19 que tiveram sua relação com o trabalho identificada devem ser notificados na ficha de **acidente de trabalho Sinan versão 2019.**

Fonte: BRASIL, 2020a; PERNAMBUCO, 2020



Nesta perspectiva, a Coordenação-Geral de Saúde do Trabalhador (CGSAT), do Departamento de Saúde Ambiental, do Trabalhador e Vigilância das Emergências em Saúde Pública (DSASTE), da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), do Ministério da Saúde (MS) recomenda:

Que as ações **de vigilância epidemiológica de casos de covid-19 relacionados ao trabalho** sejam realizadas mediante articulação da vigilância em saúde com os comitês de crise ou de emergência em saúde **nos municípios e regiões de saúde**, sempre que necessário, acionando a rede de apoio técnico e institucional da Renast, as representações dos trabalhadores, as instâncias do controle social do SUS e as instituições parceiras (BRASIL,2020a, p.5).

## 3. PERGUNTAS E RESPOSTAS

### 3.1 Por que notificar os casos de covid-19 relacionados ao trabalho na ficha de acidente de trabalho do Sinan versão 2019, mesmo sabendo que não se trata tipicamente de um “acidente de trabalho”?

Diante da necessidade de obter informações para realizar investigação epidemiológica da relação da covid-19 com o trabalho, observou-se que a “**ficha de notificação de acidente de trabalho** do Sinan versão 2019” é a que contém a maioria das informações necessárias para se fazer a investigação epidemiológica da covid-19 com o trabalho, como campo 31 da ocupação (CBO), campo 32 da Situação no Mercado de Trabalho, campo 37 da atividade econômica (CNAE), o campo 64 do Diagnóstico da Lesão ou seja CID da lesão em que é possível registrar CID B34.2 referente à covid-19 e o campo 66 da evolução do caso, se o caso evoluiu para cura ou para óbito (BRASIL, 2019b ; BRASIL, 2020a; BAHIA, 2020). Desta forma, é possível obter informações necessárias para analisar a situação de saúde do trabalhador e da trabalhadora durante a pandemia.

É importante ressaltar, no entanto, que se deve notificar na **Ficha de Acidente de Trabalho do Sinan versão 2019** apenas para os casos confirmados de covid-19 que, após investigação epidemiológica, foi possível concluir como **caso relacionado ao trabalho** (BAHIA, 2020; BRASIL, 2020a). A investigação epidemiológica é um trabalho de campo, realizado a partir de casos da covid-19 notificados por meio do sistema e-SUS e por meio do Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe (Sivep-Gripe) (BRASIL, 2020b).



### 3.2 Os casos de óbitos por covid-19 que tiverem sua relação com o trabalho identificados também devem ser registrados na ficha de Acidente de Trabalho do Sinan versão 2019?

Os casos de óbitos por covid-19 que tiverem sua relação com o trabalho, identificados por meio da investigação epidemiológica, devem ser registrados na ficha de Acidente de Trabalho do Sinan, complementada pelas informações contidas na Declaração de Óbito (DO). Ambos os instrumentos de notificação (ficha de acidente de trabalho do Sinan e a DO) devem conter informações similares (BAHIA, 2020; BRASI, 2020a).

### 3.3 Como a covid-19 poderá ocorrer em trabalhadores em consequência do trabalho?

A covid-19 poderá ocorrer em **trabalhadores** como consequência da sua **ocupação** ou pelas condições adversas em que seu trabalho é realizado, assim como qualquer outra doença relacionada ao trabalho, a exemplo das doenças do aparelho locomotor (BAHIA, 2020; BRASI, 2019a).

A relação entre o trabalho e o processo de adoecimento dos (as) trabalhadores(as) pode ser compreendida, mais detalhadamente, pela classificação proposta por **Schilling**, adotada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2001; (BRASIL, 2019a). A classificação proposta por “Schilling” é composta por três grupos de causas. A covid-19 pode ser inserida no grupo II: “**doenças em que o trabalho pode ser um fator de risco, contributivo, mas não necessário**”. Neste caso, é necessário fazer a **relação causal** entre a doença e trabalho, ou seja, realizar a investigação epidemiológica da relação da covid-19 com o trabalho (BRASIL, 2019a; BAHIA, 2020).

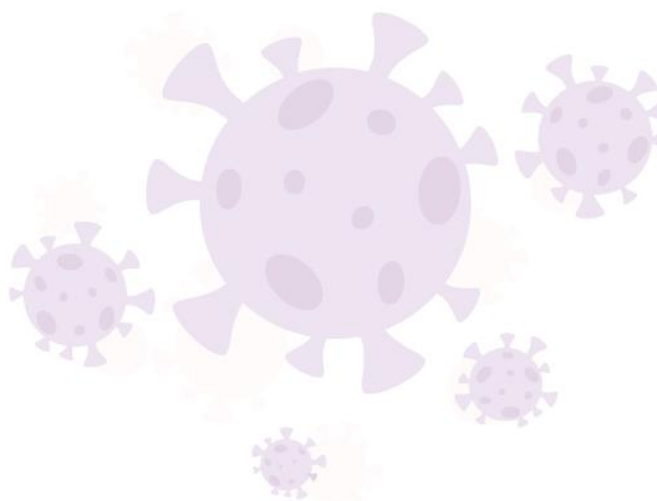
No caso dos “trabalhadores da saúde”, a relação com o trabalho é mais clara; porém, o mesmo não acontece com os demais grupos de trabalhadores. Mesmo assim, a investigação epidemiológica, em muitos casos, permitirá identificar a transmissibilidade da covid-19 com a cadeia produtiva e sua ocorrência em ambientes de trabalho (BAHIA, 2020). Nesta perspectiva, o Guia de Vigilância Epidemiológica / Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional pela Doença pelo Coronavírus mostra na página 32 “algumas situações e atividades em que se presume haver contato direto ou próximo de trabalhadores de serviços de saúde e segurança com outras pessoas com covid-19” (BAHIA, 2020; BRASIL, 2019b).

Segundo a OSHA (2020), algumas ocupações apresentam risco muito alto e risco alto de exposição para a COVID-19. Dessa forma, várias situações, atividades e local de trabalho podem implicar aumento da exposição e risco à covid-19 (Quadro1)

**Quadro 1.** Classificação de risco das ocupações quanto à exposição ao vírus SARS-CoV-2

| CLASSIFICAÇÃO DE RISCO | OCUPAÇÕES   |
|------------------------|---|
| <b>MUITO ALTO</b>      | Profissionais de saúde que têm contato direto com pacientes (intensivistas, dentistas, médicos, enfermeiros, fisioterapeutas etc.) e que realizam procedimentos “invasivos” e/ou que produzem geração de aerossóis (intubação traqueal, ventilação não invasiva, traqueostomia, ressuscitação cardiopulmonar, ventilação manual antes da intubação e broncoscopia) ou ainda que realizam coleta de amostras para cultura ou autopsias.  |
| <b>ALTO</b>            | Profissionais de saúde e outras categorias que não realizam procedimentos invasivos e que não geram aerossóis, mas que têm contato próximo com casos confirmados ou suspeitos, como: médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas e outros trabalhadores da equipe de apoio (técnicos de enfermagem, radiologia, laboratórios, lavanderia hospitalar, maqueiros, trabalhadores de transporte de saúde (por exemplo, operadores de veículos de ambulância). Outras categorias de trabalhadores: cuidadores, trabalhadores de necrotérios, funerárias e cemitérios envolvidos na preparação dos corpos para enterro ou cremação.   |
| <b>MÉDIO</b>           | Trabalhadores(as) em contato próximo com pessoas potencialmente contaminadas e/ou com o público em geral: agentes de saúde (ACS, ACE), vigilância em saúde, sanitaristas, cuidadores, seguranças e recepcionistas de serviços de atendimento ao público, bancários, trabalhadores(as) de portos e aeroportos, rodoviárias e rodovias, trabalhadores(as) de escolas, segurança pública, de telemarketing, do comércio (farmácias, mercados, padarias, feiras, vendedores), de aplicativos (transporte de pessoas e entrega de produtos), empregados domésticos, porteiros, motoristas de transportes coletivos, ambulantes, manicures, cabeleireiras, trabalhadores de serviço de alimentação, da limpeza urbana, trabalhadores da construção civil, trabalhadores na agricultura, motoboy, mototaxista etc. |
| <b>BAIXO</b>           | Trabalhadores(as) que não têm contato com pessoas contaminadas ou suspeitas ou não têm contato com o público em geral e mesmo com outros colegas de trabalho, como nas atividades de trabalho remoto ( <i>Home office</i> ), tradutores, professores, <i>youtubers</i> ; serviços de teleatendimento e consultoria, vigilante noturno.  |

Fonte: BAHIA, 2020, Quadro adaptado de OSHA (2020).



### 3.4 Como estabelecer a relação causal entre a covid-19 e o trabalho?

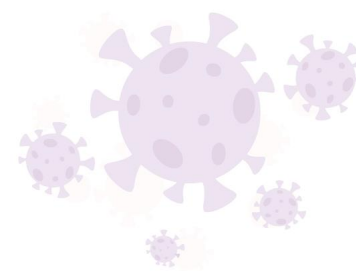
Devem ser considerados: **o diagnóstico clínico / laboratorial** (exemplo do teste molecular RT-PCR) e a história **ocupacional do trabalhador**: Qual a sua atividade de trabalho atual? O que faz? Como faz? Em que condições o seu trabalho é realizado? Quais instrumentos e equipamentos são utilizados? Quais fatores e situações de risco no ambiente de trabalho estão favorecendo a sua exposição e contaminação? Também é importante obter informações sobre a organização do trabalho (jornada, ritmo, distribuição de tarefas etc.). (BRASIL, 2019a; BAHIA, 2020; BRASIL,2020a).

A escuta do trabalhador “é fundamental no estabelecimento da relação entre a covid-19 e o trabalho. Sua fala pode trazer elementos para conhecer as condições de trabalho, as repercussões na saúde e sua percepção em relação ao trabalho diante da pandemia” (BAHIA, 2020; BRASIL,2020a). A sistematização das informações obtidas dos trabalhadores, dos familiares, da investigação clínica epidemiológica da doença, da inspeção nos locais de trabalho, quando necessária, da literatura científica e mídia, devem ser suficientes para se **estabelecer ou não o diagnóstico** da relação entre a **covid-19 e o trabalho** na maior parte dos casos (BAHIA,2020).

### 3.5 Quem pode fazer a investigação/confirmação da relação da covid-19 com o trabalho?

Segundo Brasil (2020a), a “investigação/confirmação da relação da covid-19 com o trabalho pode ser feita por todos os profissionais de saúde ou responsáveis pelos serviços públicos e privados de saúde, que prestam assistência ao paciente, “**não sendo exclusividade médica**” (BRASIL, 2020a, p.14). Nesse contexto, faz-se necessária a **investigação** epidemiológica, que é uma atividade de campo, realizada a partir de casos de covid-19 registrados por meio dos Sistemas de Informação em Saúde (e-SUS e Sivep Gripe).

É importante destacar que a “investigação epidemiológica é uma ação multidisciplinar, cada técnico que compõe a equipe de investigação, contribui com informações para estabelecer a relação da covid-19 com o trabalho” (BAHIA; 2020; BRASIL, 2020a).



### 3.6 Quem deve conduzir o processo de investigação epidemiológica e qual o seu papel de destaque nesse processo?

De acordo com Brasil, (2020a), “O processo de investigação epidemiológica deve ser conduzido por **técnico de vigilância em saúde**, qualificado, que obtenha as informações necessárias com responsabilidade, ética, confidencialidade, imparcialidade, isenção de julgamento, para identificar a relação de causalidade entre a covid-19 e o trabalho”. É essencial que esse profissional se identifique nos locais de investigação com apresentação de seu documento profissional contendo nome e **órgão público** ao qual está vinculado (BRASIL, 2020a).

Como a investigação epidemiológica é uma atividade de campo, o condutor (técnico de vigilância em saúde) da equipe deve adequar o “plano investigativo, definindo os locais e respectivos fluxos a serem percorridos, visando à elucidação da relação da covid-19 com o trabalho e conclusão do caso” (BRASIL, 2020a).

### 3.7 Quais os principais objetivos da investigação epidemiológica da relação da covid-19 com o trabalho?

Nessa perspectiva, a investigação epidemiológica tem como propósito subsidiar a vigilância epidemiológica para elucidar a relação da covid-19 com o trabalho. Segundo Brasil (2020a), os principais objetivos da investigação epidemiológica da relação da covid-19 com o trabalho são:

- identificar a fonte de infecção e o modo de transmissão da covid-19 nos ambientes e processos de trabalho;
- identificar os grupos de trabalhadores expostos a maior risco;
- identificar fatores de risco decorrentes das condições de trabalho ou da não implementação de medidas protetivas;
- confirmar ou não a relação da covid-19 com o trabalho;
- determinar as principais características de interesse à saúde do trabalhador dos casos confirmados.



### 3.8 Como definir os casos de covid-19 para realizar investigação epidemiológica a fim de estabelecer se houve ou não relação da doença com o trabalho?

A partir da obtenção das bases de dados da covid-19 dos sistemas de informação em Saúde (e-SUS e Sivep Gripe), faz-se a separação dos casos confirmados de covid-19 na população acima de 16 anos (BRASIL,2020a) e, em seguida, procede-se a uma análise das bases de dados com relação ao trabalho (campo de ocupação e /ou emprego) mesmo nos casos de não preenchimento ou indisponibilidade de ocupação nas fichas de notificação do e-SUS e Sivep-Gripe. Durante a análise das bases de dados, podem-se excluir as ocupações que não têm relação com situação ocupacional, a exemplo de: dona de casa, aposentados, desempregados etc.

Dessa forma, o banco de dados está pronto para a equipe que deverá ir ao campo complementar a investigação epidemiológica dos casos de covid-19 com a finalidade de estabelecer se houve ou não relação da doença com o trabalho. A Coordenação-Geral de Saúde do Trabalhador, do DSASTE, da SVS do MS, “recomenda que seja feito um primeiro contato **telefônico** com os respectivos **trabalhadores ou familiares**, de preferência com o auxílio da planilha Excel ou similar” observando os campos da ficha de acidente de trabalho versão 2019 (BRASIL,2020a), sendo que “a primeira pergunta a ser feita é sobre a identificação da situação de trabalho, ou seja, se a pessoa com covid-19 **é ou não trabalhador(a); se sim, continua-se a investigação; se não, finaliza-se a investigação**” (BAHIA, 2020; BRASIL,2020a).

É importante destacar que na ficha de notificação de caso de covid-19 no e-SUS VE, o campo ocupação ressalta bem os trabalhadores da saúde e da segurança pública (Anexo 1).

### 3.9 Como obter acesso aos bancos de dados dos casos de covid-19?

O acesso aos bancos de dados da covid-19 é realizado junto à vigilância epidemiológica das Secretarias Municipais de Saúde (SMS), semanalmente, por meio do arquivo eletrônico (planilha em Excel) contendo todos os casos confirmados de covid-19 (BRASIL, 2020a). Caso seja necessário, recomenda-se buscar apoio na Secretaria Estadual de Saúde e no **CEREST Estadual** para o acesso aos dados (BAHIA, 2020; BRASIL, 2020a).

Coordenação-Geral de Saúde do Trabalhador do DSASTE, da SVS do MS, “sugere que as **equipes regionais de Vigilância em Saúde do Trabalhador** tenham acesso ao Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL) para o acompanhamento dos laudos de **testes moleculares RT-PCR**, para garantir maior celeridade no processo de identificação dos casos confirmados” (BRASIL, 2020a).

### 3.10 Como obter acesso ao banco de dados de óbitos suspeitos e confirmados de covid-19?

O acesso ao banco de dados de óbitos suspeitos e confirmados de covid-19 é realizado junto as Secretarias Municipais de Saúde (SMS), ou seja, no setor de mortalidade dos municípios. Deve-se buscar o acesso às Declarações de Óbito (DOs) e selecionar as “Dos” com diagnóstico suspeito e confirmado de covid-19, para realizar o monitoramento do banco de dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). De acordo com (BAHIA, 2020; BRASIL, 2020a), “as equipes de Saúde do Trabalhador devem trabalhar sempre articuladas com as equipes de Vigilância Epidemiológica, dos Comitês ou Câmeras Técnicas de Investigação de Óbitos e Serviço de Verificação de Óbito”.

### 3.11 Os casos de óbitos por covid-19 em trabalhadores também devem ser investigados?

Os casos de óbito por covid-19 em trabalhadores também devem ser investigados para identificar a possível relação com o trabalho, ou seja, se houve ou não exposição ao **vírus SARS-CoV-2** no ambiente de trabalho (BAHIA, 2020; BRASIL, 2020a). “Para isso, deve-se buscar o acesso às Declarações de Óbito (DOs) para que a **equipe de Vigilância em Saúde** deva proceder à análise preliminar do conteúdo dos seus campos, observar a **causa básica** na última linha do atestado, como os marcadores (U07.1 e U07.2) e o código B34.2. Então, para exame laboratorial positivo, código B34.2 e mantendo U07.1 (figura 1) e para os óbitos com investigação inconclusiva, código B34.2 e mantendo U07.2 (figura 2) (BAHIA, 2020; BRASIL, 2020a; BRASIL, 2020b; BRASIL, 2020c).

Nessa sequência, a equipe de Vigilância em Saúde deve proceder a uma análise de modo a descartar os óbitos que provavelmente não são suspeitos de serem relacionados ao trabalho. Durante a investigação, a equipe deve conferir a **ocupação** com a família ou em seu local de trabalho, registrando essas situações para decidir posteriormente qual ocupação deverá constar na DO (campo 14) bem como na ficha de acidente de trabalho do Sinan versão 2020 (campo 31).

A equipe deve conferir os campos da DO dos óbitos por covid-19 que tiverem sua relação com o trabalho, como o campo 49, do BLOCO VII – Causas externas, correspondente ao evento que desencadeou o óbito relacionado ao processo de trabalho e, se necessário, solicitar ao gestor do SIM para retificar o campo 49 (digitar 1, para acidente de trabalho), para que as informações do Sinan e do SIM se complementem entre si.



Figura 1. Campo V da declaração de óbito (OD) para caso confirmado de covid-19

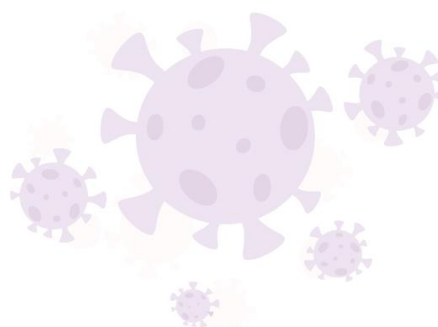
| ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL   |  | ASSISTÊNCIA MÉDICA  |  | DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:   |   |
|---|--|---|--|---|---|
| 37 A morte ocorreu<br>1 <input type="checkbox"/> Na gravidez 3 <input type="checkbox"/> No abortamento 5 <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o término da gestação Ignorado <input type="checkbox"/> 9<br>2 <input type="checkbox"/> No parto 4 <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o término da gestação 8 <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos |  | 38 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte?<br>1 <input checked="" type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado |  | 39 Necrópsia?<br>1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input checked="" type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado |   |
| V<br>Condições e causas do óbito  | 40 CAUSAS DA MORTE<br>PARTE I<br>Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.<br>CAUSAS ANTECEDENTES<br>Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.<br><br>CB:RS1(B34.2) |   | ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA |   | Tempo aproximado entre o início da doença e a morte CID |
|   | a  | Insuficiência respiratória aguda  | 2 dias                                 |   |   |
|   | b  | Pneumonia   | 3 dias                                 |   |   |
|   | c  | Infecção respiratória aguda   | 10 dias                                |   | B34.2 U07.1   |
|   | d  | COVID-19  | 15 anos                                |   |   |
| PARTE II<br>Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.  |  | Hipertensão   | 15 anos                                |   |   |
|   |  | Obesidade   | 15 anos                                |   |   |

Fonte: BRASIL, 2020c.

Figura 2. Campo V da declaração de óbito (OD) para caso suspeito de covid-19

| ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL  |  | ASSISTÊNCIA MÉDICA  |  | DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:   |   |
|--|--|---|--|---|---|
| 37 A morte ocorreu<br>1 <input type="checkbox"/> Na gravidez 3 <input type="checkbox"/> No abortamento 5 <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o término da gestação Ignorado <input type="checkbox"/> 9<br>2 <input type="checkbox"/> No parto 4 <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o término da gestação 8 <input checked="" type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos |  | 38 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte?<br>1 <input checked="" type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado |  | 39 Necrópsia?<br>1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input checked="" type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado |   |
| V<br>Condições e causas do óbito   | 40 CAUSAS DA MORTE<br>PARTE I<br>Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.<br>CAUSAS ANTECEDENTES<br>Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.<br><br>CB:RS1(B34.2) |   | ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA |   | Tempo aproximado entre o início da doença e a morte CID |
|  | a  | Síndrome respiratória aguda grave   | 2 dias                                 |   |   |
|  | b  | Insuficiência respiratória aguda  | 9 dias                                 |   |   |
|  | c  | Suspeito para COVID-19  | 15 dias                                |   | B34.2 U07.2   |
| PARTE II<br>Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.   |  | Diabetes tipo II  | 15 anos                                |   |   |

Fonte: BRASIL, 2020c.





### 3.12 Além das fontes oficiais, existem outras fontes de informação que possam complementar a investigação de casos de covid-19 relacionados ao trabalho?

Além das fontes oficiais da covid-19 já preestabelecidas (e-SUS VE, Sivep Gripe), há outras fontes de informação importantes que são utilizadas, de forma complementar, na investigação epidemiológica de casos de covid-19 relacionados ao trabalho como a “**busca ativa na mídia e acolhimento de denúncias**” (BAHIA, 2020; BRASIL, 2020a).

- **Busca ativa na mídia**, como exemplo, matérias jornalísticas sobre casos de covid-19 em ambientes de trabalho, em empresas, em grupos específicos de trabalhadores ou referentes a diversas atividades econômicas (figura 3).
- **Acolhimento de denúncias dos órgãos** como Superintendências Regionais do Trabalho, Ministério Público do Trabalho, Sindicatos, Associações de Trabalhadores, Ouvidorias e de outros Setores sobre a ocorrência de casos suspeitos e confirmados de covid-19 em ambientes de trabalho” (BAHIA, 2020; BRASIL, 2020a).

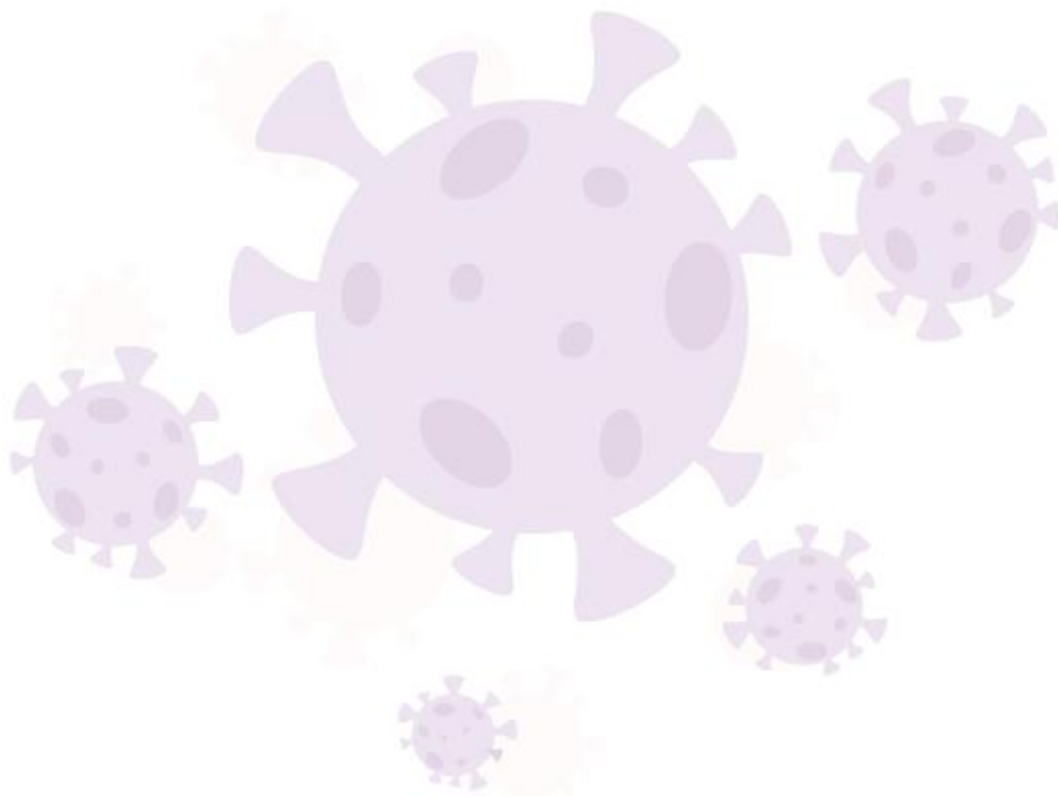


Figura 3. Notícias da mídia sobre casos de covid-19 potencialmente relacionados ao trabalho

**VIDA URBANA**  
06/05/2020 17:05 - ATUALIZADO HÁ 5 MESES

### Trabalhadores de uma única empresa representam 60% dos casos de Covid-19 em Guarabira

O Ministério Público recomendou que a empresa faça testagem em massa em todo o quadro de funcionários.

Funcionário da Caixa na Paraíba morre por covid-19

**CAIXA**

### Gerente de compras da rede de supermercados "BemMais" é a 3ª vítima de coronavírus na Paraíba

Por Edmilson Pereira - em 04 abr 20 - 6 meses atrás - 642

Atualização COVID-19 04/04 | 17h

Casos Confirmados: 34  
Casos Descartados: 523  
Óbitos confirmados: 3

Um gerente da rede de supermercados BemM

**PORTALCORREIO** EDITORIAS - SERVIÇOS - TV CORREIO - ENVIE SEU PROJETO

Paraíba tem 671 denúncias trabalhistas ligadas à Covid-19

MPT-PB instaurou 177 inquéritos civis ou investigações para apurar violações trabalhistas

**MPPB** 09 JUL 2020

79 policiais civis foram diagnosticados com covid-19; MPPB acompanha as medidas adotadas pela Secretaria de Segurança

**CAMPINA GRANDE**

### Funcionários denunciam casos de Covid-19 em fábrica

19/05/2020 às 14h55 - atualizado em 20/05/2020 às 08h01

O Ministério Público do Trabalho na Paraíba abriu investigação contra a fábrica

**DIRETA URBANA**

### Diretora da Maternidade Frei Damião está curada de covid-19 e tem alta de hospital

Rosângela Guimarães manifestou a doença mais ou menos na mesma época que sua então secretária, Quirica Leite, que acabou falecendo no dia 24 de março.

**TECNI**

### Técnico de enfermagem de 56 anos morre por coronavírus, em João Pessoa

Paciente trabalhava em um hospital particular na capital, diz Coren. Em nota, a Unimed João Pessoa informou que o colaborador não atuava em um setor de enfrentamento ao coronavírus.

Por 61 PB

Fonte: [https://www.jornaldaparaiba.com.br/vida\\_urbana/trabalhadores-de-uma-unica-empresa-representam-60-dos-casos-de-covid-19-em-guarabira.html](https://www.jornaldaparaiba.com.br/vida_urbana/trabalhadores-de-uma-unica-empresa-representam-60-dos-casos-de-covid-19-em-guarabira.html)  
<https://economia.uol.com.br/noticias/reuters/2020/05/19/funcionario-da-caixa-na-paraiba-morre-por-covid-19.htm>  
<http://www.paraibanoticia.net.br/gerente-de-compras-da-rede-de-supermercados-bemmais-e-a-3a-vitima-de-coronavirus-na-paraiba/>  
<https://www.tanaarea.com.br/paraiba/diretora-da-maternidade-frei-damiao-esta-curada-de-covid-19-e-tem-alta-de-hospital/>  
<https://g1.globo.com/pb/paraiba/noticia/2020/04/21/tecnico-de-enfermagem-de-56-anos-morre-por-coronavirus-em-joao-pessoa.ghtml>  
<https://portalcorreio.com.br/pb-denuncias-irregularidades-trabalhistas-covid-19/>  
<http://www.mppb.mp.br/index.php/27-noticias/ceaf2>  
<https://www.maispb.com.br/464813/funcionarios-denunciam-casos-de-covid-19-em-fabrica-na-paraiba.html>



### 3.13 Quais os procedimentos após investigação epidemiológica da relação da covid-19 com o trabalho?

Primeiramente, deve-se fazer uma avaliação sobre a definição dos casos: **Confirmados, Descartados e Suspeitos / Inconclusivos**.

- **Casos confirmados** de covid-19 relacionados ao trabalho: são casos registrados nos Sistemas de Informação em Saúde – SIS (e-SUS VE, Sivep Gripe) “em que a investigação epidemiológica evidenciou exposição/contato com pessoas (usuários, clientela dos serviços) ou outro(s) trabalhador(es) com covid-19 positivo(s) no ambiente de trabalho e / ou condições de trabalho propícias para essa exposição/contaminação ou provável(is) contato(s) no trajeto de casa para o trabalho e vice-versa, porém **“sem histórico de caso confirmado no domicílio e/ou em contato comunitário, cronologicamente compatíveis”** ( BAHIA, 2020; BRASIL, 2020a) .
- **Casos descartados** de covid-19 relacionados ao trabalho: são casos de covid-19 confirmados e registrados no SIS que “após investigação epidemiológica, foi verificado que a doença **não mantém** relação com o trabalho ou **não** foi provavelmente adquirida durante as atividades laborais ou no trajeto de casa para o trabalho e vice-versa”( BAHIA, 2020; BRASIL, 2020a).
- **Casos suspeitos/inconclusivos** de covid-19 com relação com o trabalho: são casos de covid-19 confirmados e registrados no SIS em que o paciente tenha contraído a doença, possivelmente, durante as atividades laborais ou no trajeto de casa para o trabalho e vice-versa, **mas não foi possível a confirmação da relação** ( BAHIA, 2020; BRASIL, 2020a).

Segundo procedimento, ao concluir a investigação **epidemiológica da relação da covid-19** com o trabalho, os dados deverão ser apresentados em relatório, de forma sumarizada, e incluindo todas as etapas da investigação. Os casos **confirmados** devem ser registrados na ficha de notificação de acidente de trabalho versão 2019 do Sinan, para todos **os trabalhadores, independentemente da sua inserção no mercado de trabalho formal e informal** (BRASIL, 2020a).

#### OBS:

Se, por acaso, durante a investigação epidemiológica, forem identificados alguns casos de covid-19 que não constem na base do e-SUS VE, esses devem ser notificados na ficha do e-SUS VE e enviados à Coordenação de Vigilância em Saúde do município para as devidas providências quanto à digitação e monitoramento (BRASIL, 2020a).

### 3.14 Quais as instruções para o preenchimento da ficha de notificação de acidente de trabalho (versão 2019) para casos confirmados de covid-19 relacionados ao trabalho?

As orientações para o preenchimento de todos os campos da ficha de notificação de acidente de trabalho do Sinan (versão 2019) sobre casos da covid-19 relacionados ao trabalho, estão especificados no quadro 2. Ao final do preenchimento da ficha, recomenda-se que se faça uma revisão de todos os campos, isto é, se os mesmos estão de acordo com as instruções do quadro 2 (BRASIL, 2020a).

**Quadro 2.** Instrutivo de preenchimento da ficha de notificação de acidente de trabalho (2019)

| República Federativa do Brasil<br>Ministério da Saúde   |   | <b>SINAN</b><br>SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO<br>FICHA DE INVESTIGAÇÃO ACIDENTE DE TRABALHO |  | Nº |
|---|---|---|--|----|
| <p><b>Definição de caso:</b> Todo caso de acidente de trabalho por causas não naturais compreendidas por acidentes e violências (Capítulo XX da CID-10 V01 a Y98), que ocorrem no ambiente de trabalho ou durante o exercício do trabalho quando o trabalhador estiver realizando atividades relacionadas à sua função, ou a serviço do empregador ou representando os interesses do mesmo (Típico) ou no percurso entre a residência e o trabalho (Trajeto) que provoca lesão corporal ou perturbação funcional, podendo causar a perda ou redução temporária ou permanente da capacidade para o trabalho e morte.</p> |   |   |  |    |
| <b>Campo 3</b>  | Registrar a data que você finalizou a investigação  |   |  |    |
| <b>Campos 6, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 26, 27, 28, 29 e 30</b>  | Dados de identificação/ qualificação pessoal do sujeito do caso.<br>Seguir orientações no instrutivo de preenchimento do Acidente de Trabalho do Sinan.   |   |  |    |
| <b>Campo 7</b>  | Registrar a data de início dos sintomas para o caso de pessoa sintomática. Caso sejam assintomáticos, colocar a data do resultado do exame positivado.  |   |  |    |
| <b>Campo 31</b><br>"OCUPAÇÃO"   | Deve ser preenchido com o nome da ocupação principal do caso (consultar a CBO sempre que necessário).<br><br>Escrever por extenso, com o maior detalhamento possível, a ocupação principal (mais provavelmente ligada à exposição) e as demais ocupações se exercer mais de uma; se necessário, utilize o campo <i>outras informações</i> ao final da ficha para completar essa informação. |   |  |    |
| <b>Campo 32</b>   | Se trabalhar em mais de um local/emprego ou tiver mais de uma ocupação, deve ser preenchido com o tipo de vínculo no trabalho/ emprego/estabelecimento com maior probabilidade de estar associado à exposição à covid-19. Se necessário, utilize o campo "informações complementares e observações" ao final da ficha.  |   |  |    |
| <b>Campo 33</b>   | Deve-se registrar o tempo de trabalho na ocupação principal com maior probabilidade de estar associada à exposição ao SARS-CoV-2.   |   |  |    |

|  |  |
|--|--|
| <b>Campo 34</b>  | Deve-se registrar o código referente ao local onde ocorreu a contaminação pelo SARS CoV-2.   |
| <b>Campos 35, 36, 37, 38,39, 40, 41, 42, 43, 44 e 45</b> | Devem-se registrar os dados da empresa relacionada à contaminação pela covid-19. Investigar a exposição e riscos, registrando o vínculo mais provável de exposição. Quanto aos demais vínculos concomitantes, registrar em “informações complementares e observações”.   |
| <b>Campos 46,47, 48 e 49</b>                             | Devem-se registrar todas as informações relacionadas à empresa terceirizada.   |
| <b>Campos 50 e 51</b>                                    | Como este campo se aplica somente para acidente de trabalho, registrar no campo 50 a hora do início da jornada e no 51 o tempo em horas da jornada de trabalho.  |
| <b>Campos 52 e 53</b>                                    | Registrar os dados relativos ao local de trabalho em que ocorreu a exposição ou a mais provável, no caso de haver mais de um.  |
| <b>Campo 54</b>  | Registrar o CID 10: <b>Y.96 – circunstâncias relacionadas à condição de trabalho.</b>  |
| <b>Campo 55</b>  | Registrar tipo de acidente:1 – Típico: contaminação ocorrida no local de trabalho. 2 – Trajeto: aqueles em que a ida e/ou volta para o trabalho pode ter sido a fonte mais provável de exposição.  |
| <b>Campo 56</b>  | Registrar se existem outros trabalhadores com covid-19 no local de trabalho.   |
| <b>Campo 57</b>  | Registrar número de trabalhadores com covid-19 positivos no local de trabalho.   |
| <b>Campos 58, 59, 60, 61 e 62</b>                        | Registrar informações referentes ao local de atendimento médico de maior complexidade.   |
| <b>Campo 63</b>  | Utilizar o código 10 - todo o corpo.   |
| <b>Campo 64</b>  | <b>Registrar obrigatoriamente o código da CID-10, B34.2 - infecção por coronavírus em área não especificada.</b><br>Utilizar este código para os casos de covid-19 com a finalidade de identificação a posteriori no banco do Sinan AT.  |
| <b>Campo 65</b>  | Registrar qual tipo de tratamento foi aplicado, atentando para o item 3 (ambos) em caso Hospitalar e Ambulatorial.   |
| <b>Campo 66</b>  | Registrar a evolução, utilizando a informação mais atualizada obtida pela presente investigação do caso. Em caso de óbito, complementar e/ou encaminhar retificação das informações da Declaração de Óbito.  |
| <b>Campo 67</b>  | Registrar a data do óbito (dia, mês e ano).  |
| <b>Campo 68</b>  | Este campo se aplica para os trabalhadores CLT. Verificar se a CAT foi emitida e marcar a opção correspondente. A opção 3 (Não se aplica) deve ser marcada para os trabalhadores com outros tipos de vínculo que não o da CLT.   |
| <b>Campo</b> Informações complementares e observações    | Registrar informações que são pertinentes para complementação da investigação epidemiológica do caso. Registrar detalhadamente informações que permitam elucidar a relação da covid-19 com o trabalho; por exemplo, sobre atividades econômicas se houver mais de uma, esclarecimentos, assim como outras obtidas na inspeção sanitária de ambiente de trabalho. |
| <b>Campo</b> Investigador                                | Preencher todos os campos de forma completa, sem abreviatura e legível.  |

Fonte: Sinan/SVS/MS. Acessível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1116664>, Brasil, 2020a



### 3.15 Quais os procedimentos para os casos de covid-19 relacionados ao trabalho confirmados em trabalhadores segurados da Previdência Social, acobertados pelo seguro de acidentes do trabalho (SAT) do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), além de notificar na Ficha de Acidente de Trabalho do Sinan?

Os trabalhadores segurados da Previdência Social, acobertados pelo SAT do INSS com diagnóstico confirmado de covid-19 relacionado ao trabalho, além da notificação na **Ficha de Acidente de Trabalho do Sinan**, devem solicitar à empresa a emissão da **Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT)**. Caso a empresa se recuse a emitir a CAT, o serviço de saúde e o (a) médico (a) que assistiram o trabalhador, incluindo (Saúde da Família, CEREST, entidade sindical ou outro), devem emitir a CAT e entregar ao(à) trabalhador(a) ou ao **seu familiar (em caso de óbito)** para registro nas Agências da Previdência Social. Dessa forma, essa ação garantirá ao(à) trabalhador(a) o acesso aos benefícios de natureza acidentária e assegurado o direito à estabilidade no emprego (BRASIL, 2017; BRASIL, 2020a).

Nesse contexto, é relevante sinalizar que no **relatório da investigação clínica epidemiológica** devem ser anexados: a descrição da atividade e o posto de trabalho, outros documentos obtidos, a exemplo de laudos de **testes moleculares RT-PCR**, cópias de notícias de jornais, relatório de inspeção e investigação no ambiente de trabalho, quando necessário, dentre outros documentos a fim de fundamentar o **nexo causal** junto ao INSS (BRASIL, 2020a).

### 3.16 Quem são os trabalhadores(as) segurados da Previdência Social, cobertos pelo SAT do INSS?

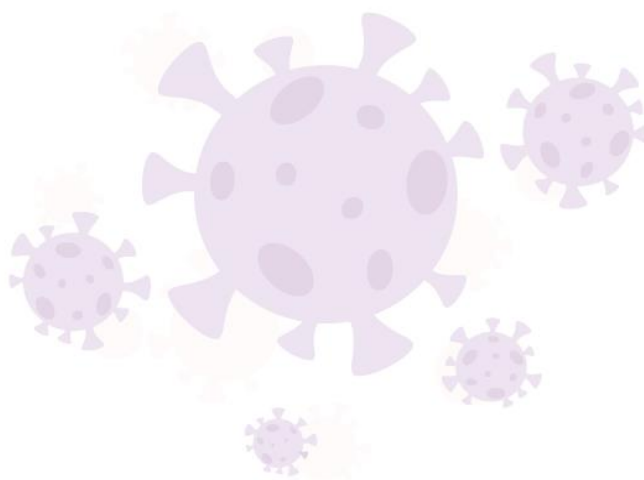
São os trabalhadores(as) que possuem vínculo de trabalho formal regido pela CLT (ou seja, com “carteira de trabalho assinada”) incluindo os domésticos (a exemplo de empregada doméstica, cuidador(a) de idoso, motorista e outras ocupações afins) e os **segurados especiais** que são pessoas físicas geralmente residentes no imóvel rural ou em aglomerado urbano ou rural próximo a ele que exercem suas atividades em regime de economia familiar, isto é, com seu companheiro(a) e filhos(as) maior de 16 anos de idade (produtores, parceiros, meeiros, arrendatários rurais, pescadores artesanais e assemelhados, assim inscritos no INSS (BRASIL, 1991; BRASIL, 2015).

## 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O enfrentamento da pandemia da covid-19 tem gerado um grande envolvimento de todo o Sistema Único de Saúde (SUS), que tem como base a integralidade, a universalidade e a equidade de todos os pacientes e trabalhadores. Exerce, pois, um papel preponderante na vigilância, na assistência à saúde e no ordenamento e articulação das ações de enfrentamento da pandemia, nos três níveis de gestão: federal, estadual e municipal.

Nessa perspectiva, conclui-se que compete ao SUS, nos três níveis de gestão, executar as ações de vigilância bem como as de “**saúde do trabalhador**”. Os ambientes e processos de trabalho podem ter um papel determinante na disseminação rápida do vírus (**vírus SARS-CoV-2**) entre os trabalhadores, em diversas atividades consideradas essenciais, com maior risco de contaminação (como serviços de saúde, segurança pública, cadeia de produção, distribuição e comercialização de alimentos, transporte de pessoas e mercadorias, geração de energia) ou em atividades não essenciais (como indústrias diversas, mineração, comércio em geral, construção civil, entre outras).

Nesse viés, as ações de Visat, especialmente as ações da vigilância **epidemiológica**, devem ser consideradas uma estratégia importante de enfrentamento da covid-19. Ressalta-se, neste guia, a importância de notificar os casos da covid-19 que tiverem sua relação com o trabalho, para que dessa forma possamos obter dados epidemiológicos com informações fidedignas sobre ocupação e atividade econômica, além de permitir conhecer o perfil produtivo da população economicamente ativa afetada pela **doença** e as possíveis relações com o trabalho. Por conseguinte, subsidiar os gestores para o planejamento das ações, visando à promoção e à proteção da saúde dos trabalhadores e das trabalhadoras no enfrentamento da covid-19.





# REFERÊNCIAS

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde. Diretoria de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador. Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador. **Orientações técnicas para a investigação e notificação de casos de COVID-19 relacionados ao trabalho.** Salvador: Cesat/Divast, 2020. Disponível em: <[http://www.saude.ba.gov.br/wpcontent/uploads/2020/09/OrientacoesTecnicasCasosCovid-19\\_atualizado.pdf](http://www.saude.ba.gov.br/wpcontent/uploads/2020/09/OrientacoesTecnicasCasosCovid-19_atualizado.pdf)> Acesso em: 12 ago. 2020.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Art. 6º, § 3º.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20, set. 1990.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.213 de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá Outras Providências. Art. 11**(Redação dada pela Lei nº 8.647, de 1993) **VII** (Redação dada pela Lei nº 11.718, de 2008) **Alínea "c"** (Incluído pela Lei nº 11.718, de 2008).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Doenças relacionadas ao trabalho:** manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília, 2001. Disponível em: <[http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/02\\_0388\\_M1.pdf](http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/02_0388_M1.pdf)> Acesso em: 28 ago. 2020

\_\_\_\_\_. **Lei complementar nº 150 de 01 de junho de 2015.** Dispõe sobre o contrato de trabalho doméstico; altera as Leis nº 8.212, de 24 de julho de 1991, nº 8.213, de 24 de julho de 1991, e nº 11.196, de 21 de novembro de 2005; revoga o inciso I do art. 3º da lei nº 8.009, de 29 de março de 1990, o art. 36 da lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, a lei nº 5.859, de 11 de dezembro de 1972, e o inciso VII do art. 12 da lei nº 9.250, de 26 de dezembro 1995; e dá outras providências

\_\_\_\_\_. Ministério da Economia Secretaria Especial de Previdência e Trabalho. **Anuário Estatístico de Acidentes do Trabalho (AEAT), 2017.** Brasília: MF, 2017. 996 p. Disponível em<<http://sa.previdencia.gov.br/site/2018/09/AEAT-2017.pdf>> Acesso em: 22 set. 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução MS/CNS nº 588, de 12 de julho de 2018.** Fica instituída a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), aprovada. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, ago. 13; Seção 1:87. Brasília (DF), 2018. Disponível em:<<https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2019/02/Reso588.pdf>> Acesso em: 20 ago. 2020

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde do trabalhador e da trabalhadora. **Cadernos de Atenção Básica, n. 41.** Brasília: Ministério da Saúde, 2019a. Disponível em:<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_trabalhador\\_trabalhadora.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_trabalhador_trabalhadora.pdf)>Acesso em: 20 jul. 2020

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Sistema de informação de agravos de notificação. **Ficha de Investigação de Acidente de Trabalho, versão 2019.** Brasília: Ministério da Saúde, 2019b. Disponível em:<[http://portalsinan.saude.gov.br/images/DRT/DRT\\_Acidente\\_Trabalho\\_Grave.pdf](http://portalsinan.saude.gov.br/images/DRT/DRT_Acidente_Trabalho_Grave.pdf)>Acesso em: 20 ago. 2020

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde do trabalhador e da trabalhadora. **Orientações de Vigilância Epidemiológica da COVID-19 Relacionada ao Trabalho**. Brasília (DF), 2020a. Disponível em:< <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/08/1116664/covid-orienta-es-trabalho.pdf> >Acesso em: 20 ago. 2020.

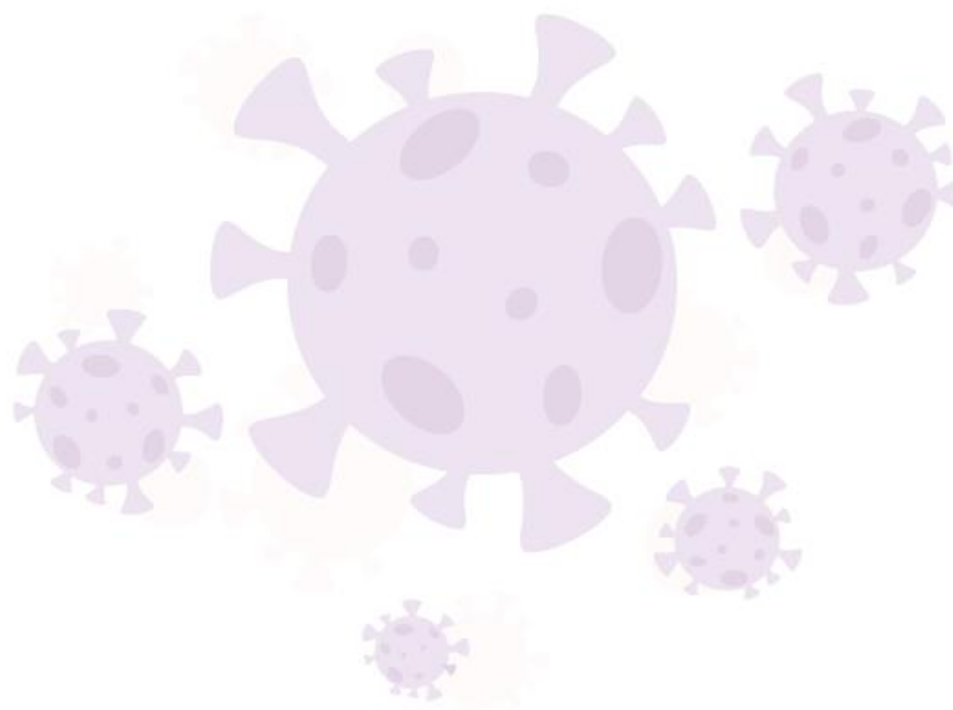
\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional pela Doença pelo Coronavírus 2019**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020b Disponível em:< [https://portalarquivos.saude.gov.br/images/af\\_gvs\\_coronavirus\\_6ago20\\_ajustes-finais-2.pdf](https://portalarquivos.saude.gov.br/images/af_gvs_coronavirus_6ago20_ajustes-finais-2.pdf) >Acesso em: 08 out. 2020

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. **Orientações para codificação das causas de morte no contexto da COVID-19**. 1ª edição – 2020 – versão 1. Publicada, 11 de maio de 2020. Brasília, DF. 2020c. Disponível em:< <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/05/1096250/orienta-es-para-a-codifica-o.pdf> > Acesso em: 08 out. 2020

Occupational Safety and Health Administration – OSHA. **Guidance on Preparing Workplaces for COVID-19**, 2020. Disponível em:< <https://www.osha.gov/Publications/OSHA3990.pdf>>Acesso em: 08 ago. 2020

PERNAMBUCO, Secretaria de Saúde do Estado.vigilanciatalhadorpe.blogspot.com. Disponível em: <http://vigilanciatalhadorpe.blogspot.com/2020/08/08-voce-sabia-notificacao-da-covid-19.html>

SCHILLING, R. S. F. More effective prevention in occupational health practice. **Journal of the Society of Occupational Medicine**, v. 39, p. 71-79, 1984.



## Anexos -1. Ficha de Notificação de Acidente de Trabalho

República Federativa do Brasil  
Ministério da Saúde

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

Nº

**Definição de caso:** Todo caso de acidente de trabalho por causas não naturais compreendidas por acidentes e violências (Capítulo XX da CID-10 V01 a Y98), que ocorrem no ambiente de trabalho ou durante o exercício do trabalho quando o trabalhador estiver realizando atividades relacionadas à sua função, ou a serviço do empregador ou representando os interesses do mesmo (Típico) ou no percurso entre a residência e o trabalho (Trajeto) que provoca lesão corporal ou perturbação funcional, podendo causar a perda ou redução temporária ou permanente da capacidade para o trabalho e morte.

|   |                                     |  |   |                                  |  |                  |  |
|---|-------------------------------------|--|---|----------------------------------|--|------------------|--|
| Dados Gerais                                    | 1                                   | Tipo de Notificação  |   | 2 - Individual                   |  |                  |  |
|   | 2                                   | Agravado/enferma   |   | Código (CID10)                   | 3 Data da Notificação  |                  |  |
|   | ACIDENTE DE TRABALHO                |  | Y 96  |                                  |  |                  |  |
|   | 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<br>2 - Dia<br>3 - Mês<br>4 - Ano  | 11 Sexo M - Masculino<br>F - Feminino<br>I - Ignorado | 12 Gestante                      | 1 - 1º Trimestre<br>2 - 2º Trimestre<br>3 - 3º Trimestre<br>4 - Idade gestacional ignorada<br>5 - Não<br>6 - Não se aplica<br>8 - Ignorado | 13 Raça/Cor      |  |
| 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                   |  |                  |  |
| 17 UF   |                                     | 18   | Município de Residência                               | Código (IBGE)                    | 19   | Distrito         |  |
| 20  |                                     | Bairro   |   | 21                               | Logradouro (rua, avenida, ...)   |                  |  |
| Dados de Residência                             | 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 - Perurbana 9 - Ignorado   |                  |  |
|   | 30                                  | País (se residente fora do Brasil)   |   |                                  |  |                  |  |
|   | <b>Dados Complementares do Caso</b> |  |   |                                  |  |                  |  |
|   | Antecedentes Epidemiológicos        | 31   | Ocupação  |                                  |  |                  |  |
|   |                                     | 32   | Situação no Mercado de Trabalho                       |                                  |  |                  |  |
| 01 - Empregado registrado com carteira assinada |                                     | 05 - Servidor público celetista  |   | 09 - Cooperativado 99 - Ignorado |  |                  |  |
| 02 - Empregado não registrado                   |                                     | 06 - Aposentado  |   | 10 - Trabalhador avulso          |  |                  |  |
| 03 - Autônomo/ conta própria                    |                                     | 07 - Desempregado  |   | 11 - Empregador                  |  |                  |  |
| 04 - Servidor público estatutário               |                                     | 08 - Trabalho temporário   |   | 12 - Outros                      |  |                  |  |
| 33  |                                     | Tempo de Trabalho na Ocupação  |   | 34 Local Onde Ocorreu o Acidente |  |                  |  |
| 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano                |                                     | 1 - Instalações do contratante 3 - Instalações de terceiros 9 - Ignorado   |   |                                  |  |                  |  |
| 2 - Via pública 4 - Domicílio próprio           |                                     |  |   |                                  |  |                  |  |
| <b>Dados da Empresa Contratante</b>             |                                     |  |   |                                  |  |                  |  |
| 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

21/06/2019

|   |  |   |   |                        |   |
|---|--|---|---|------------------------|---|
| <b>Antecedentes Epidemiológicos</b>   | 46 O Empregador é Empresa Terceirizada <input type="checkbox"/><br>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)  |   |   |                        |   |
| <b>Dados do Acidente</b>  | 50 Hora do Acidente<br>H (hora)    M (minutos)   |   | 51 Horas Após o Início da Jornada<br>H (hora)    M (minutos)  |                        |   |
|   | 52 UF  | 53 Município de Ocorrência do Acidente<br>Código (IBGE) | 54 Código da Causa do Acidente CID 10 (de V01 a Y98)<br><b>CID 10</b>   |                        |   |
|   | 55 Tipo de Acidente<br>1- Típico    2- Trajeto    9- Ignorado  |   | 56 Houve Outros Trabalhadores Atingidos<br>1 - Sim    2 - Não    9 - Ignorado   |                        |   |
|   |  |   | 57 Se Sim, Quantos  |                        |   |
| <b>Dados do Atendimento Médico</b>  | 58 Ocorreu Atendimento Médico? <input type="checkbox"/><br>1 - Sim    2 - Não    9 - Ignorado  |   |   | 59 Data do Atendimento |   |
|   | 60 UF  |   |   |                        |   |
|   | 61 Município do Atendimento<br>Código (IBGE)   |   | 62 Nome da U. S de Atendimento<br>Código  |                        |   |
|   | 63 Partes do Corpo Atingidas<br>01- Olho    04- Tórax    07- Membro superior    10- Todo o corpo<br>02- Cabeça    05- Abdome    08-Membro inferior    11- Outro<br>03- Pescoço    06- Mão    09- Pé    99- Ignorado                          |   | 64 Diagnóstico da Lesão<br><b>CID 10</b>  |                        | 65 Regime de Tratamento<br>1- Hospitalar <input type="checkbox"/><br>2- Ambulatorial<br>3- Ambos<br>9- Ignorado |
| <b>Conclusão</b>  | 66 Evolução do Caso<br>1 - Cura    4- Incapacidade total permanente    7- Outro<br>2 - Incapacidade temporária    5- Óbito por acidente de trabalho grave    9 - Ignorado<br>3- Incapacidade parcial permanente    6-Óbito por outras causas |   |   |                        |   |
|   | 67 Se Óbito, Data do Óbito   |   | 68 Foi Emitida a Comunicação de Acidente no Trabalho - CAT<br>1 - Sim    2 - Não    3 - Não se aplica    9 - Ignorado |                        |   |
| <b>Informações complementares e observações</b>   |  |   |   |                        |   |
| Descrição sumária de como ocorreu o acidente/ atividade/ causas/ condições/ objeto/ agentes que concorreram direta ou indiretamente para a ocorrência do acidente |  |   |   |                        |   |
|   |  |   |   |                        |   |
|   |  |   |   |                        |   |
|   |  |   |   |                        |   |
|   |  |   |   |                        |   |
| Outras informações:   |  |   |   |                        |   |
|   |  |   |   |                        |   |
|   |  |   |   |                        |   |
|   |  |   |   |                        |   |
|   |  |   |   |                        |   |
| <b>Investigador</b>   | Município/Unidade de Saúde   |   |   | Cód. da Unid. de Saúde |   |
|   | Nome   |   | Função  |                        | Assinatura  |



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Nº

e-SUS Notifica – 28/09/2020

FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE SG SUSPEITO DE DOENÇA PELO CORONAVÍRUS 2019 – COVID-19 (B34.2)

**Definição de caso:** Indivíduo com quadro respiratório agudo, caracterizado por pelo menos dois (2) dos seguintes sinais e sintomas: febre (mesmo que referida), calafrios, dor de garganta, dor de cabeça, tosse, coriza, distúrbios olfativos ou distúrbios gustativos.

Em crianças: além dos itens anteriores considera-se também obstrução nasal, na ausência de outro diagnóstico específico.

Em idosos: deve-se considerar também critérios específicos de agravamento como síncope, confusão mental, sonolência excessiva, irritabilidade e inapetência.

**Observação:** Na suspeita de COVID-19, a febre pode estar ausente e sintomas gastrointestinais (diarreia) podem estar presentes.

UF de notificação:    Município de Notificação:

|  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| Tem CPF? (Marcar X)<br><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Estrangeiro: (Marcar X)<br><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Profissional de saúde (Marcar X)<br><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Profissional de segurança (Marcar X)<br><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
|--|--|---|---|

CBO:  CPF:

CNS:

Nome Completo:

Nome Completo da Mãe:

Data de nascimento:  País de origem:

|   |   |                                     |
|---|---|-------------------------------------|
| Sexo: (Marcar X)<br><input type="checkbox"/> Masculino<br><input type="checkbox"/> Feminino | Raça/COR: (Marcar X)<br><input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Parda<br><input type="checkbox"/> Indígena - Etnia: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Ignorado | Passaporte:<br><input type="text"/> |
|---|---|-------------------------------------|

CEP:

Estado de residência:  Município de Residência:

Logradouro:  Número:  Bairro:

Complemento:

Telefone Celular:  Telefone de contato:

Data da notificação:  Data do início dos sintomas:

Sintomas: (Marcar X)  
 Assintomático  Febre  Dor de Garganta  Dispneia  Tosse  Coriza  
 Dor de Cabeça  Distúrbios gustatórios  Distúrbios olfativos  Outros

Condições: (Marcar X)  
 Doenças respiratórias crônicas descompensadas  Diabetes  Obesidade  
 Doenças renais crônicas em estágio avançado (graus 3, 4 e 5)  Imunossupressão  
 Portador de doenças cromossômicas ou estado de fragilidade imunológica  Gestante  
 Doenças cardíacas crônicas  Puérpera (até 45 dias do parto)

|  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| Estado do Teste: (Marcar X)<br><input type="checkbox"/> Solicitado<br><input type="checkbox"/> Coletado<br><input type="checkbox"/> Concluído<br><input type="checkbox"/> Exame Não Solicitado | Tipo de Teste: (Marcar X)<br><input type="checkbox"/> RT – PCR<br><input type="checkbox"/> Teste rápido – anticorpo<br><input type="checkbox"/> Teste rápido – antígeno<br><input type="checkbox"/> Testes sorológico | Data do Teste (PCR/Rápidos): <input type="text"/> | Data do Teste (Sorológico): <input type="text"/> |
|--|---|---|--|

|   |  |   |
|---|--|---|
| Resultado (PCR/Rápidos): (Marcar X)<br><input type="checkbox"/> Reagente<br><input type="checkbox"/> Não Reagente<br><input type="checkbox"/> Inconclusivo ou Indeterminado | Teste Sorológico: (Marcar X)<br><input type="checkbox"/> IgA<br><input type="checkbox"/> IgG<br><input type="checkbox"/> IgM<br><input type="checkbox"/> Anticorpos Totais | Resultado (IgA): (Marcar X)<br><input type="checkbox"/> Reagente<br><input type="checkbox"/> Não Reagente<br><input type="checkbox"/> Inconclusivo ou Indeterminado |
|---|--|---|


|   |   |   |
|---|---|---|
| Resultado (IgG): (Marcar X)<br><input type="checkbox"/> Reagente<br><input type="checkbox"/> Não Reagente<br><input type="checkbox"/> Inconclusivo ou Indeterminado | Resultado (IgM): (Marcar X)<br><input type="checkbox"/> Reagente<br><input type="checkbox"/> Não Reagente<br><input type="checkbox"/> Inconclusivo ou Indeterminado | Resultado (Anticorpos Totais): (Marcar X)<br><input type="checkbox"/> Reagente<br><input type="checkbox"/> Não Reagente<br><input type="checkbox"/> Inconclusivo ou Indeterminado |
|---|---|---|

|  |   |  |
|--|---|--|
| <b>ENCERRAMENTO</b><br>Evolução do caso: (Marcar X)<br><input type="checkbox"/> Cancelado <input type="checkbox"/> Internado<br><input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Óbito<br><input type="checkbox"/> Em tratamento domiciliar <input type="checkbox"/> Cura<br><input type="checkbox"/> Internado em UTI | Classificação final: (Marcar X)<br><input type="checkbox"/> Descartado<br><input type="checkbox"/> Confirmado Clínico Imagem<br><input type="checkbox"/> Confirmado Clínico-Epidemiológico<br><input type="checkbox"/> Confirmado Por Critério Clínico<br><input type="checkbox"/> Confirmado Laboratorial<br><input type="checkbox"/> Síndrome Gripal Não Especificada | Data de encerramento: <input type="text"/> |
|--|---|--|

Informações complementares e observações




### Anexos 3. Ficha do Sivep Gripe

|  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| <br>MINISTÉRIO DA SAÚDE<br>SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE  |  | Nº _____<br>SIVEP Gripe<br>SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA GRIPE<br>12/03/2020  |   |
| <b>FICHA DE REGISTRO INDIVIDUAL - CASOS DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE HOSPITALIZADO</b>   |  |   |   |
| <b>CASO DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG-HOSPITALIZADO):</b><br>Indivíduo hospitalizado com febre, mesmo que referida, acompanhada de tosse ou dor de garganta e que apresente dispneia ou saturação de O <sub>2</sub> < 95% ou desconforto respiratório ou que evoluiu para óbito por SRAG independente de internação.  |  |   |   |
| 1  | Data do preenchimento da ficha de notificação: | 2   | Data de 1 <sup>as</sup> sintomas da SRAG: |
| 3  | UF:  | 4   | Município: Código (IBGE):                 |
| 5  | Unidade de Saúde:                              | Código (CNES):  |   |
| 6 CPF do cidadão: _____  |  |   |   |
| 7 Nome: _____  |  | 8 Sexo: <input type="checkbox"/> 1- Masc. 2- Fem. 9- Ign  |   |
| 9 Data de nascimento: _____  |  | 10 (ou) Idade: _____<br>1-Dia 2-Mês 3-Ano _____   |   |
| 12 Raça/Cor: <input type="checkbox"/> 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado   |  | 11 Gestante: <input type="checkbox"/><br>1-1 <sup>o</sup> Trimestre 2-2 <sup>o</sup> Trimestre 3-3 <sup>o</sup> Trimestre<br>4-Idade Gestacional Ignorada 5-Não<br>6-Não se aplica 9-Ignorado |   |
| 13 Se indígena, qual etnia? _____  |  |   |   |
| 14 Escolaridade: <input type="checkbox"/> 0-Sem escolaridade/Analfabeto 1-Fundamental 1 <sup>o</sup> ciclo (1 <sup>a</sup> a 3 <sup>a</sup> série) 2-Fundamental 2 <sup>o</sup> ciclo (6 <sup>a</sup> a 9 <sup>a</sup> série)<br>3-Médio (1 <sup>o</sup> ao 3 <sup>o</sup> ano) 4-Superior 5-Não se aplica 9-Ignorado  |  |   |   |
| 15 Nome da mãe: _____  |  |   |   |
| 16 CEP: _____  |  |   |   |
| 17 UF: _____   |  | 18 Município: Código (IBGE): _____  |   |
| 19 Bairro: _____   |  | 20 Logradouro (Rua, Avenida, etc.): _____   |   |
|  |  | 21 Nº: _____  |   |
| 22 Complemento (apto, casa, etc...): _____   |  | 23 (DDD) Telefone: _____  |   |
| 24 Zona: <input type="checkbox"/> 1-Urbana 2-Rural 3-Periférica 9-Ignorado   |  | 25 País: (se residente fora do Brasil) _____  |   |
| 26 Paciente tem histórico de viagem internacional até 14 dias antes do início dos sintomas? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ign   |  |   |   |
| 27 Se sim: Qual país? _____  |  | 28 Em qual local? _____   |   |
| 29 Data da viagem: _____   |  | 30 Data do retorno: _____   |   |
| 31 É caso proveniente de surto de SG que evoluiu para SRAG? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado  |  |   |   |
| 32 Trata-se de caso nosocomial (infecção adquirida no hospital)? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado   |  |   |   |
| 33 Paciente trabalha ou tem contato direto com aves ou suínos? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado   |  |   |   |
| 34 Sinais e Sintomas: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado<br><input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Dor de Garganta <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Desconforto Respiratório<br><input type="checkbox"/> Saturação O <sub>2</sub> < 95% <input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Outros _____  |  |   |   |
| 35 Possui fatores de risco/comorbidades? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado<br>Se sim, qual(is)? (Marcar X)<br><input type="checkbox"/> Puérpera (até 45 dias do parto) <input type="checkbox"/> Doença Cardiovascular Crônica <input type="checkbox"/> Doença Hematológica Crônica<br><input type="checkbox"/> Síndrome de Down <input type="checkbox"/> Doença Hepática Crônica <input type="checkbox"/> Asma<br><input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Doença Neurológica Crônica <input type="checkbox"/> Outra Pneumopatia Crônica<br><input type="checkbox"/> Imunodeficiência/Imunodepressão <input type="checkbox"/> Doença Renal Crônica <input type="checkbox"/> Obesidade, IMC _____<br><input type="checkbox"/> Outros _____ |  |   |   |
| 36 Recebeu vacina contra Gripe na última campanha? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado   |  | 37 Data da vacinação: _____   |   |
| Se < 6 meses: a mãe recebeu a vacina? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se sim, data: _____<br>a mãe amamenta a criança? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado   |  |   |   |
| Se >= 6 meses e <= 8 anos:<br>Data da dose única 1/1: _____ (dose única para crianças vacinadas em campanhas de anos anteriores)<br>Data da 1 <sup>a</sup> dose: _____ (1 <sup>a</sup> dose para crianças vacinadas pela primeira vez)<br>Data da 2 <sup>a</sup> dose: _____ (2 <sup>a</sup> dose para crianças vacinadas pela primeira vez)   |  |   |   |

|                      |  |   |   |  |   |   |
|----------------------|--|---|---|--|---|---|
| Dados de Atendimento | 38   | Usou antiviral para gripe? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br>1-Sim 2-Não 9-Ignorado   | 39  | Qual antiviral? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br>1-Osetamivir 2-Zanamivir<br>3-Outro, especifique: _____  | 40  | Data início do tratamento<br>____ ____ ____   |
|                      | 41   | Houve internação? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br>1-Sim 2-Não 9-Ignorado  | 42  | Data da internação por SRAG:<br>____ ____ ____   | 43  | UF de internação:<br>____   |
|                      | 44   | Município de internação:<br>_____   | Código (IBGE):<br>____ ____ ____ ____ ____ ____ |  |   |   |
|                      | 45   | Unidade de Saúde de internação:<br>_____  | Código (CNES):<br>____ ____ ____ ____ ____ ____ |  |   |   |
|                      | 46   | Internado em UTI? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br>1-Sim 2-Não 9-Ignorado  | 47  | Data da entrada na UTI:<br>____ ____ ____  | 48  | Data da saída da UTI:<br>____ ____ ____   |
|                      | 49   | Uso de suporte ventilatório: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br>1-Sim, invasivo 2-Sim, não invasivo<br>3-Não 9-Ignorado   | 50  | Raio X de Tórax: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br>1-Normal 2-Infiltrado intersticial 3-Consolidação<br>4-Misto 5-Outro: _____<br>6-Não realizado 9-Ignorado | 51  | Data do Raio X:<br>____ ____ ____   |
|                      | 52   | Coletou amostra? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br>1-Sim 2-Não 9-Ignorado   | 53  | Data da coleta:<br>____ ____ ____  | 54  | Tipo de amostra: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br>1-Secreção de Naso-orofaringe 2-Lavado Bronco-alveolar<br>3-Tecido post-mortem 4-Outra, qual? _____<br>9-Ignorado |
| Dados Laboratoriais  | 55   | Nº Requisição do GAL: _____   |   |  |   |   |
|                      | 56   | Resultado da IF/outro método que não seja Biologia Molecular: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br>1-Positivo 2-Negativo 3-Inconclusivo 4-Não realizado<br>5-Aguardando resultado 9-Ignorado   | 57  | Data do resultado da IF/outro método que não seja Biologia Molecular:<br>____ ____ ____  |   |   |
|                      | 58   | Agente Etiológico – IF/outro método que não seja Biologia Molecular:<br>Positivo para Influenza? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se sim, qual influenza? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Influenza A 2-Influenza B<br>Positivo para outros vírus? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado<br>Se outros vírus respiratórios qual(is)? (marcar X)<br><input type="checkbox"/> Vírus Sincicial Respiratório <input type="checkbox"/> Parainfluenza 1 <input type="checkbox"/> Parainfluenza 2 <input type="checkbox"/> Parainfluenza 3 <input type="checkbox"/> Adenovírus<br>Outro vírus respiratório, especifique: _____   |   |  |   |   |
|                      | 59   | Laboratório que realizou IF/outro método que não seja Biologia Molecular: _____   |   |  | Código (CNES):<br>____ ____ ____ ____ ____ ____               |   |
|                      | 60   | Resultado da RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br>1-Detectável 2-Não Detectável 3-Inconclusivo 4-Não realizado<br>5-Aguardando resultado 9-Ignorado  | 61  | Data do resultado RT-PCR/outro método por Biologia Molecular:<br>____ ____ ____  |   |   |
|                      | 62   | Agente Etiológico – RT-PCR/outro método por Biologia Molecular:<br>Positivo para Influenza? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se sim, qual influenza? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Influenza A 2-Influenza B<br>Influenza A, qual subtipo? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br>1-Influenza A(H1N1)pdm09 2-Influenza A/H3N2 3-Influenza A não subtipado<br>4-Influenza A não subtipável 5-Inconclusivo 6-Outro, especifique: _____<br>Influenza B, qual linhagem? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br>1-Victoria 2-Yamagata 3-Não realizado 4-Inconclusivo 5-Outro, especifique: _____<br>Positivo para outros vírus? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado<br>Se outros vírus respiratórios, qual(is)? (marcar X)<br><input type="checkbox"/> SARS-CoV-2 <input type="checkbox"/> Vírus Sincicial Respiratório <input type="checkbox"/> Parainfluenza 1 <input type="checkbox"/> Parainfluenza 2 <input type="checkbox"/> Parainfluenza 3<br><input type="checkbox"/> Parainfluenza 4 <input type="checkbox"/> Adenovírus <input type="checkbox"/> Metapneumovírus <input type="checkbox"/> Bocavírus <input type="checkbox"/> Rinovírus<br>Outro vírus respiratório, especifique: _____ |   |  |   |   |
| 63                   | Laboratório que realizou RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: _____ |   |   | Código (CNES):<br>____ ____ ____ ____ ____ ____  |   |   |
| Conclusão            | 64   | Classificação final do caso: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br>1-SRAG por influenza<br>2-SRAG por outro vírus respiratório<br>3-SRAG por outro agente etiológico, qual _____<br>4-SRAG não especificado  |   |  | 65  | Critério de Encerramento: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br>1-Laboratorial<br>2-Vínculo-Epidemiológico<br>3-Clinico   |
|                      | 66   | Evolução do Caso: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br>1-Cura 2-Óbito 9-Ignorado   | 67  | Data da alta ou óbito:<br>____ ____ ____   | 68  | Data do Encerramento:<br>____ ____ ____   |
|                      | 69   | OBSERVAÇÕES:<br>_____<br>_____  |   |  |   |   |
| 70                   | Profissional de Saúde Responsável: _____                                   |   |   | 71   | Registro Conselho/Matrícula:<br>____ ____ ____ ____ ____ ____ |   |



### Anexos 4 Comunicação de Acidente de Trabalho

|  |  |  |   |  |                       |
|--|--|--|---|--|-----------------------|
|  <p><b>PREVIDÊNCIA SOCIAL</b><br/>Contribuição dos Trabalhadores Empregados</p> |  | 1- Emitente<br>1 - Empregador      2 - Sindicato      3 - Médico<br>4 - Segurado ou dependente      5 - Autoridade Pública |   |  |                       |
| 2. Tipo de CAT<br><br>COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DO TRABALHO - CAT<br>(LER ATENTAMENTE AS ORIENTAÇÕES ANTES DO PREENCHIMENTO)                                       |  | 2 - Tipo de CAT<br>1 - Início      2 - Reabertura<br>3 - Comunicação de óbito em      /      /                             |   |  |                       |
| Empregado  | 3 - Razão Social/Nome  |  | 4 - Tipo    1-CGC 2-CEI 3-CPF 4-NIT   | 5 - CNAE   |                       |
|  | 6 - Endereço    Rua/Av/Nº/comp.  | Bairro   | CEP   | 7-Município    8 - UF    9 - Telefone  |                       |
| Acidentado   | 10 - Nome  |  | 11 - Nome da mãe  |  |                       |
|  | 12-Data de Nasc. 13 - Sexo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br>1 - Masc 2 - Fem |  | 14 - Estado civil <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br>1-Solt. 2-Casado 3-Viúvo 4-Sep. Jud. 5. Outro 6 -IGN |  |                       |
|  | 15-CTPS/Serie/Data de emissão  |  | 16-UF   |  |                       |
|  | 17 - Carteira de identidade    Data da emissão    Orgão Exp.                                     |  | 18-UF   | 19-PIS/PASEP   | 20-Remuneração Mensal |
|  | 21-Endereço    Rua/Av/Nº/comp.   | Bairro   | CEP   | 22-Município    23 - UF    24 - Telefone   |                       |
| 25-Nome da ocupação  | 26 - CBO   | 27-Filiação a previdência Social <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>   |   | 28-Aposentado?    29-Área <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br>1-Sim 2-Não    1-Urbana 2-Rural |                       |
| Acidente ou Doença   | 30-Data do acidente  | 31-Hora do acidente  | 32- Apos quantas horas de Trabalho?    Houve afastamento? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br>1-Sim 2- Não |  |                       |
|  | 35-Local do Acidente   | 36-CGC   | 37-Município do local do Acidente   | 38-UF    39-Especif. do local do acidente  |                       |
|  | 40-Parte(s) do corpo atingida(s)   |  | 41-Agente causador  |  |                       |
|  | 42-Descrição da situação do acidente ou doença   |  |   | 43-Houve registro policial? <input type="checkbox"/><br>1-Sim 2-Não  |                       |
|  |  |  |   | 44 -Houve morte? <input type="checkbox"/><br>1-Sim 2-Não   |                       |
| Testemunha   | 47 -Nome:    Não houve testemunhas do ocorrido.  |  |   |  |                       |
|  | 46 - Endereço    Rua/Av/Nº/comp.   | Bairro   | CEP   | 47-Município    48 - UF    49-Telefone   |                       |
|  | 49-Nome  |  |   |  |                       |
|  | 50- Endereço    Rua/Av/Nº/comp.  | Bairro   | CEP   | 51-Município    52 - UF    53-Telefone   |                       |
| Atendimento  | 53 -Unidade de atendimento médico  |  | 54 - Data   |  | 55 - Hora             |
|  | 56-Houve internação? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                           | 57 - Duração provável do tratamento    15 dias   | 58 - Deverá o acidentado afastar-se do trabalho durante o tratamento ? <input type="checkbox"/> 1- SIM 2- NÃO               |  |                       |
|  | 59 - Descrição e natureza da lesão   |  |   |  |                       |
| Diagnóstico com Lesão  | 60 - Diagnóstico provável  |  |   | 61 - CID - 10<br><br>S.40.0  |                       |
|  | 62 - Observações   |  |   |  |                       |
|  |  |  |   |  |                       |
| Local e data   |  |  | Assinatura do emitente  |  |                       |
| 63 - Recebida    Em    /    /  | 64 - Código de unidade   | 65 - Número de acidente  | Notas:  |  |                       |
| 66 - E reconhecido o direito do segurado à habilitação de benefício acidentário? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br>1 - Sim 2 - Não            |  | 67 - Tipo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br>1-Típico 2-Doença 3 - Tajueto      | 1 - A inexistência das declarações desta comunicação implicará nas sanções previstas nos Art. 171 e 299 do código penal.    |  |                       |
| 68 - Matrícula do servidor   |  | Matrícula  |   | Assinatura do servidor   |                       |
| A COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE É OBRIGATORIA, MESMO NO CASO EM QUE NÃO HAJA AFASTAMENTO DO TRABALHO.  |  |  |   |  |                       |