

Saúde

GABINETE DO SECRETÁRIO

Resolução SS - 79, de 20-8-2013

Institui nas Unidades da Secretaria da Saúde normas para Notificação e Investigação de Acidentes e Doenças relacionadas ao trabalho e dá providencias correlatas.

O Secretário da Saúde, considerando,

- 1- O desenvolvimento de ações que promovam a melhoria da qualidade de vida nos ambientes de trabalho;
- 2- A disponibilidade de informações de natureza epidemiológica e de gestão referentes aos Acidentes e Doenças Relacionadas ao Trabalho ocorridos no âmbito da Secretaria da Saúde;
- 3- A necessidade de padronizar as informações referentes a acidentes de trabalho e de doenças relacionadas ao trabalho entre os servidores não celetistas, para fins de afastamento por Acidente de Trabalho e por Doença Relacionada ao Trabalho;
- 4- A necessidade de aprimorar as ações de prevenção de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho nas Unidades da Secretaria da Saúde;

Resolve:

Artigo 1º - Fica instituída, no âmbito das Unidades da Secretaria da Saúde, a Ficha de Notificação de Acidente de Trabalho e de Doenças Relacionadas ao Trabalho (NAT), conforme anexo I desta Resolução.

Parágrafo 1º - A NAT será de preenchimento obrigatório para todas as ocorrências de Acidente de Trabalho e de Doenças Relacionadas ao Trabalho verificadas entre os servidores que desempenham funções na Unidade.

Parágrafo 2º - No caso dos servidores contratados sob o regime da Consolidação das Leis do Trabalho, fica mantido também o preenchimento da ficha de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), conforme legislação federal vigente.

Parágrafo 3º - O preenchimento da NAT será realizado por meio eletrônico, em sistema desenvolvido para esta finalidade, acessível por meio do endereço de internet: www.saude.sp.gov.br/acidentedetrabalho.

Parágrafo 4º - A responsabilidade pelo preenchimento da NAT é do Sub-Setorial de recursos humanos à qual a Unidade está subordinada.

Artigo 2º - Fica instituída, no âmbito das Unidades da Secretaria da Saúde, a Ficha de Investigação de Acidentes de Trabalho e de Doenças Relacionadas ao Trabalho (IAT), conforme anexo II desta Resolução.

Parágrafo 1º - A responsabilidade pelo preenchimento da IAT é da área de engenharia de segurança e medicina do trabalho da Unidade.

Parágrafo 2º - A Comissão de Saúde do Trabalhador (Comsat), instituída pela Resolução SS - 5/2006, deverá integrar a equipe de investigação do acidente de trabalho.

Parágrafo 3º - Uma vez concluída a investigação, o preenchimento da IAT será realizado por meio eletrônico, utilizando o mesmo sistema definido no § 3º do Artigo 1º;

Parágrafo 4º - Cabe ao dirigente da Unidade proporcionar os meios necessários para a realização da investigação;

Parágrafo 5º - O relatório da investigação deverá ser encaminhado ao dirigente da Unidade, que deverá se manifestar no prazo de 7 dias.

Artigo 3 - A investigação do Acidente de Trabalho e da Doença Relacionada ao Trabalho é de responsabilidade técnica da área de engenharia de segurança e medicina do trabalho da Unidade.

Parágrafo 1º - Nas situações em que a Unidade não disponha de área técnica para a investigação, o Sub-Setorial de recursos humanos deverá mobilizar recursos disponíveis para a condução da investigação;

Parágrafo 2º - Nas situações de ocorrência de acidente de trabalho grave ou fatal, a investigação deverá ser realizada no prazo máximo de 24 horas a partir da Notificação; para as demais situações, a investigação deverá ser concluída em 10 dias.

Artigo 4º - Nas situações de Acidente de Trabalho e de Doença Relacionada ao Trabalho ocorrida entre servidores contratados em regime diverso da Consolidação das Leis do Trabalho, caberá ao Sub-Setorial de recursos humanos à qual a Unidade está subordinada juntar cópia da NAT e da IAT, bem como dos anexos que se fizerem pertinentes, ao processo de Acidente de Trabalho a ser encaminhado ao Departamento de Perícias Médicas do Estado.

Artigo 5º - Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

ANEXO I a que se refere a Resolução à Resolução SS nº 79, de 20 de agosto de 2013

NOTIFICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO (NAT)

1-No.	2-Data	3-Tipo INICIAL REABERTURA COMUNICAÇÃO DE ÓBITO
-------	--------	---

Unidade Notificante

4-UA / UD / UO	5-CNPJ	
6-Endereço	7-Bairro	
8-CEP	9-Município	10-UF
11-Telefone	12-E-mail	

Acidentado

14-RS	15-Nome			
16-Nome da mãe	17-Data nascimento	18-Sexo M F	19-Estado civil SOLTEIRO CASADO VIÚVO DIVORCIADO	20-Deficiente N S
21-CPF	22-CTPS	23-RG	24-PIS/PASEP	
25-CEP	26-Município	27-UF		
28-Telefone da residência/celular	29-Telefone do trabalho			

Provimento 1

30-PV/EX	31-Cargo/função	32-CBO
33-Data de início	34-Categoria	
37-Poso de trabalho	38-Unidade	

Provimento 2

39-PV/EX	40-Cargo/função	41-CBO
42-Data de início	43-Categoria	
46-Poso de trabalho	47-Unidade	

Outro Vínculo

48-Tipo EX-INAMPS MÉDICO RESIDENTE ESTAGIÁRIO TERCEIRIZADO COMISSIONADO APRIMORANDO	49-Função	50-CBO	51-Data de início
52-Poso de trabalho	53-Instituição/empresa		

NOTIFICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO (NAT)

No. da NAT	Nome do acidentado
------------	--------------------

Acidente/Doença

54-Data e hora	55-Depois horas de trabalho	56-Tipo TÍPICO DOENÇA TRAJETO	57-Último dia trabalhado
50-Local NA UNIDADE FORA DA UNIDADE TRAJETO		58-Especificação do local	
60-Município			61-UF
62-Jornada de plantão extra N S	63-Partes do corpo acometidas		
64-Agente causador		65-Descrição da situação	
66-Documents anexos			

Testemunha 1

67-Nome			68-RG
69-Endereço			70-Bairro
71-CEP	72-Município	73-UF	74-Telefone

Testemunha 2

75-Nome			76-RG
77-Endereço			78-Bairro
79-CEP	80-Município	81-UF	82-Telefone

Primeiro Atendimento Médico

83-Unidade de saúde		84-Data e hora
85-Houve internação S N	86-Duração provável tratamento (dias)	87-Haverá afastamento S N
88-Descrição da lesão		
89-Diagnóstico principal		90-CID
91-Observações		
Local, data e assinatura do acidentado		Local, data, assinatura e carimbo do superior imediato
Local, data, assinatura e carimbo do notificante (RH)		Local, data, assinatura e carimbo do representante da COMSAT/CIPA

NOME DO USUÁRIO (USUARIO), Data

INVESTIGAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO (IAT)

1-No. da NAT	2-Data de início	3-Data de término
--------------	------------------	-------------------

Unidade Notificante

4-UA	5-CNPJ
------	--------

Acidentado

6-NI	7-RS	8-Nome
------	------	--------

Acidente/Doença

9-Data e hora	10-Depois horas de trabalho	11-Tipo TÍPICO DOENÇA TRAJETO	12-Último dia trabalhado
13-Local	14-Especificação do local		
16-Município			18-UF
17-Horário de trabalho (Contratual, real e prática de hora extra)			19-Em jornada de plantão extra S N
19-Partes do corpo acometidas			
20-CID 1	21-CID 2	22-CID 3	23-Afastamento S N
24-Data de afastamento		25-Dias de afastamento	

26-Agentes causadores e fatores de risco

- Mecânicos: Máquina desprotegida, Arranjo físico, Ordem, Limpeza, Sinalização, Rotulagem de produtos, ferimento por arma branca, ferimento por arma de fogo, outras causas mecânicas.

- Biológicos: Contato fluido orgânico c/ ferimento perfuro-cortante, Contato fluido orgânico c/ pele íntegra, Contato fluido orgânico c/ pele não íntegra, Contato fluido orgânico c/ mucosa, Outras causas biológicas:

- Fonte biológica: CONHECIDA | DESCONHECIDA, nome do paciente, registro hospitalar, HIV + | -, HBV + | -, HCV - | -

- Físicos: Ruído, Vibração, Radiação ionizante, Radiação não ionizante, Frio, Calor, Umidade, Pressão atmosférica, Outras causas físicas:

- Químicos: Substância química,

- Ergonômicos: Equipamentos/máquinas, Mobiliário, Iluminação, Ventilação/exaustão, Outras causa ergonômicas:

- Psicossociais: Trabalho em turnos/noturno, Monotonia/ritmo excessivo, Exigência de produtividade, Relação de trabalho autoritária, Falha de treinamento/supervisão, Outras causas psicossociais.

27-Descrição da situação geradora	28-Observações
-----------------------------------	----------------

29-CID da causa 1	30-CID da causa 2	31-CID da causa 3
-------------------	-------------------	-------------------

32-Documentos anexos

INVESTIGAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO (IAT)

Nº. da NAT	Nome do acidentado
------------	--------------------

Testemunha 1

33-Nome		34-RG	
35-Endereço		36-Bairro	
37-CEP	38-Município	39-UF	40-Telefone

Testemunha 2

41-Nome		42-RG	
43-Endereço		44-Bairro	
45-CEP	46-Município	47-UF	48-Telefone

Análise do Trabalho

50-Descrição do trabalho no dia do AT <input type="checkbox"/> Trabalho rotineiro <input type="checkbox"/> Trabalho novo, feito pela primeira vez <input type="checkbox"/> Trabalho conhecido, feito com frequência <input type="checkbox"/> Trabalho conhecido, feito com frequência mas usando recursos ou meios não habituais <input type="checkbox"/> Trabalho raro ou infrequente <input type="checkbox"/> Trabalho com supervisão direta ou cobranças mediadas por outras pessoas <input type="checkbox"/> Trabalho com meta ou exigência de produção para o indivíduo ou grupo <input type="checkbox"/> Trabalho com mudança de indivíduos (chefia, colegas) <input type="checkbox"/> Trabalho com mudança de tarefa <input type="checkbox"/> Trabalho com mudança de material <input type="checkbox"/> Trabalho com mudança física no ambiente <input type="checkbox"/> Trabalho com mudança organizacional no ambiente <input type="checkbox"/> Trabalho com mudança de fluxo Especificar outras condições de trabalho no dia do AT:

INVESTIGAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO (IAT)

No. da NAT	Nome do acidentado
------------	--------------------

Análise de Riscos

51-Medidas de controle de risco existentes

- Físicas (EPI/EPC):
- Organização do trabalho:
- Treinamento:

52-Medidas de controle de risco necessárias

- Físicas (EPI/EPC):
- Organização do trabalho:
- Treinamento:

Gestão de Segurança

53-Falhas encontradas

- Registro de AT anterior com características semelhantes: N | S
- Evidências de falha crônica e persistente na adoção de medidas preventivas: N | S
- Falha no monitoramento de medidas de segurança: N | S
- Falha na logística: N | S

Conclusão

54 Conclusão

Recomendações

55-Medidas recomendadas

Notificação SINAM

56-No.	57-Data	58-Observações
--------	---------	----------------

Responsável pela Investigação

59-Nome do responsável

Local, data e assinatura do responsável

Local, data, assinatura e carimbo do diretor do SESMT

NOME DO USUÁRIO (USUÁRIO), Data