

PROTOCOLO TÉCNICO DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITO RELACIONADO AO TRABALHO NO RIO GRANDE DO SUL

A expressão de maior gravidade do agravo do trabalho é a morte do trabalhador. Existe impacto social na família e na comunidade, e impacto financeiro em toda a sociedade. Atualmente o número de óbitos de trabalhadores em sua atividade ou em deslocamento no Estado é de aproximadamente 200 casos por ano, segundo SIM. Todos esses óbitos são passíveis de prevenção, e são indicadores de condições de risco no trabalho que precisam ser eliminadas. A investigação de cada um deles impõe-se a fim de que se corrijam as condições que os ocasionaram e se evite sua repetição.

OBJETIVO:

Investigação de todos os óbitos relacionados ao trabalho detectados pelo monitoramento mensal do Sistema de Informações em Saúde do Trabalhador (SIST), do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), determinando intervenção nos fatores que causaram o evento.

METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO

- Secretaria Municipal de Saúde:

- Realiza o monitoramento sistemático e constante dos óbitos relacionados ao trabalho, através da consulta aos sistemas de informação: Sistema de Informações em Saúde do Trabalhador (SIST), do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). Caso seja identificado óbito relacionado ao trabalho que o IML não tenha notificado no SINAN, o município onde ocorreu o óbito deverá notificar. A investigação de todos os óbitos deverá ocorrer no prazo de 90 dias do óbito.
- Detectado o evento, desencadeia o processo de investigação baseada em check-list deste protocolo, disponível na página da Secretaria Estadual da Saúde. Para apoio técnico a esta investigação a Secretaria Municipal de Saúde acionará o CEREST Regional. Se o município situar-se em região ainda não coberta por CEREST Regional, acionará pela ordem: Unidade Municipal de Referência em Saúde do Trabalhador; CEREST Estadual.
- Concluída a investigação do óbito, a Secretaria Municipal de Saúde emitirá um relatório em conjunto com o serviço de apoio. Este relatório deverá ficar arquivado no serviço de apoio técnico envolvido (CEREST Regional ou Estadual), servindo de subsídio para encaminhamentos e processo de vigilância em ambiente de trabalho, se necessário. Se for necessário deverá ser solicitado documentação de acompanhamento do processo de trabalho à empresa conforme exemplo no anexo A. Quando for evidenciada qualquer inconformidade no ambiente ou processo de trabalho da empresa, deverá ser solicitado sua correção por meio de Termo de Notificação, conforme exemplo no anexo B ou por Auto de Infração.
- Após término da investigação deverá ser feita uma avaliação considerando as condições e processos de trabalho e a rede de saúde. Cópia da investigação deve ser enviada a SES-RS, e-mail fabio-kalil@saude.rs.gov.br.

- CEREST Regional (em sua ausência, CEREST Estadual):

- Disponibiliza apoio técnico para acompanhar a investigação do óbito;
- Aciona a CRS da área de abrangência do município de ocorrência do óbito para acompanhar a investigação (NUREVS);
- Apóia a produção do relatório da investigação juntamente com a Secretaria Municipal de Saúde;
- Encaminha processo de vigilância ao ambiente de trabalho ao detectar situação de risco que persiste, independentemente de estar relacionada ou não à causa do óbito;
- Encaminha para providências, se necessário, a outras instituições como DRTE/MTE, INSS, Ministério Público, etc;
- Avaliação da investigação.

Área de abrangência para referência do apoio técnico à investigação, será conforme região de cada serviço, disponível na página da SES.

Abaixo sugestão de Chek-list para realização da investigação. Orienta-se que primeiro deve ser preenchida a etapa do sindicato (com visita ao mesmo) e depois fará a vigilância no ambiente e processo de trabalho.

CHECK-LIST DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITO POR ACIDENTE DE TRABALHO

Município: _____

CRS: _____

Data: ____/____/____ (da investigação)

I. DADOS DO TRABALHADOR ACIDENTADO

1. Nome
2. RG nº..... expedido por:.....data:.....
3. Data de nascimento
4. Sexo
5. Cor
6. Estado Civil
7. Escolaridade
8. Endereço (rua, complemento, município, CEP,UF, telefone)
9. Ocupação e tempo de trabalho na ocupação
10. Vínculo, data admissão e tempo de trabalho na empresa

II. DADOS DA EMPRESA QUE ASSINA A CARTEIRA OU PAGA O SALÁRIO

1. CGC
2. Razão social
3. Código da atividade
4. Endereço (rua, complemento, município, CEP,UF, telefone)
5. Foi o local de ocorrência do acidente?
6. É empresa terceirizada? Qual é a empresa contratante?

III. DADOS DO ACIDENTE

1. Nome da empresa/setor ou local de ocorrência do acidente
2. Data do acidente
3. Hora do acidente/após.....horas eminutos de trabalho
4. Função exercida no momento do acidente /CBO / tempo nesta função/treinamento comprovado nesta função
5. Causa– CID-10 – condições e/ou agentes que concorreram direta ou indiretamente, para a ocorrência do acidente
6. Equipamento causador do acidente
7. Ocorrência de outros óbitos no mesmo acidente
8. Ocorrência anterior de acidentes semelhantes na empresa (mesmo equipamento, mesmo processo de trabalho)
9. Fonte das informações sobre o acidente
10. Preenchimento de CAT, notificações obrigatórias

IV. DADOS DO ATENDIMENTO MÉDICO

1. Serviço de saúde que realizou o primeiro atendimento: nome, município, UF
2. Serviços de saúde envolvidos em atendimentos subseqüentes
3. Data do óbito
4. Descrição das lesões e partes do corpo atingidas
5. Causa básica do óbito (CID-10)
6. Diagnósticos (CID-10) de lesões associadas

7. Nome do(s) médico(s) e CRM que atenderam o trabalhador
8. DO: número, nome e CRM do médico que preencheu a DO, é declarado como acidente de trabalho? Foi notificado no SINAN?
9. Se necessário, cópia do prontuário médico e resultados de exames junto ao serviço onde o trabalhador foi atendido

V. DADOS DO SINDICATO DA CATEGORIA

(informações colhidas diretamente em entrevista no sindicato)

1. Nome do Sindicato
2. Endereço e contato do Sindicato
3. Nome do presidente do sindicato
4. Nome do diretor de saúde
5. Central sindical a que pertence
6. Relato sobre a relação da empresa com o sindicato.
7. Relato do acidente e suas causas.

VI. AMBIENTE DE TRABALHO

(informações colhidas diretamente no local do acidente)

1. Descrição do acidente
2. Condições de máquinas, equipamentos, processos de trabalho envolvidos no acidente
3. Equipamentos de proteção coletiva e individual, comprovadamente disponíveis para a atividade
4. Capacitações de integração, de segurança, relativos à função, comprovados
5. Existência de revisões médicas periódicas para o trabalhador
6. Medidas adotadas pela empresa para prevenir eventos semelhantes

ANEXO A

Exemplo de termo de notificação para solicitação da documentação necessário a análise do ambiente e processo de trabalho.

TERMO DE NOTIFICAÇÃO

Dando seguimento a ação de vigilância ao ambiente de trabalho realizada nesta empresa em XX de xxxx de 201X, vimos solicitar cópia dos seguintes documentos:

- Programação e lista de presença das capacitações de Saúde e Segurança aos trabalhadores da empresa;
- Recibo de entrega de EPI aos trabalhadores da empresa envolvida;
- Cópia das ordens de serviço e demais medidas de Saúde e Segurança, aos trabalhadores;
- Cópia das CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho) emitidas pela empresa, nos últimos doze meses;
- Laudo do acompanhamento clínico periódico dos trabalhadores e Laudo dos riscos ambientais e respectivas ações de prevenção da empresa envolvida;
- Cópia das atas da CIPA (Comissão Interna de Prevenção de Acidentes) dos últimos doze meses.

O prazo para o envio dos documentos acima é de 15 (quinze) dias, a contar da data do recebimento desta.

Porto Alegre, xx de xxxx de 201X.

ANEXO B

Exemplo de termo de notificação para solicitar correções no ambiente e processo de trabalho.

TERMO DE NOTIFICAÇÃO

Considerando a inspeção realizada em áreas operacionais desta empresa no dia XX de xxxxx de 201X;

Considerando o acidente de trabalho fatal de Fulano de Tal, ocorrido em XX de xxxx de 201X;

Considerando o inciso II do artigo 200 da Constituição Federal e o inciso III do artigo 243 da Constituição Estadual do RS, assim como a Portaria SES-RS nº 211 de 20 de março de 2014;

Considerando questões relativas a segurança e saúde no trabalho observadas durante a mencionada inspeção e posterior análise de documentação, pelo presente Termo de Notificação a empresa Xxxxx Ltda, localizada na Rodovia Xxxxx, CNPJ XXXXXXXXX, CNAE XXXXX, município de Xxxxxx, fica obrigada a cumprir as seguintes exigências, com objetivo de prevenir acidentes de trabalho:

PRAZO IMEDIANTO: Realizar estudo e análise de riscos do processo Xxxxxx, utilizando metodologia apropriada, das características e complexidade da instalação, por profissional habilitado com conhecimento e experiência no tema;

PRAZO IMEDIATO: Tornar obrigatório o uso permanente de equipamento de proteção xxxxxx, até que medidas de saúde e segurança do processo sejam implementadas;

PRAZO DE 60 (sessenta) dias: elaborar análise ergonômica do processo de trabalho conforme regulamentação;

Porto Alegre, xx de xxxx de 201X.