

Nº 10/2020

# ARAPIRACA CONTRA O CORONAVÍRUS

## Nota Técnica

### Aos municípios das 7<sup>a</sup> e 8<sup>a</sup> regiões de Saúde de Alagoas

14 de setembro de 2020

Considerando a pandemia do novo coronavírus que se proliferou com maior intensidade no Brasil a partir de meados de março do corrente ano, trazendo várias consequências a vida da população, sobretudo ao mundo do trabalho e afetando sobremaneira a rotina da classe trabalhadora que teve sua vida laborativa fortemente alterada;

Considerando o aumento alarmante de mortes e aumento massivo do desemprego no país, profissionais de diversas áreas do governo foram desafiados a montar estratégias de enfrentamento a crise da saúde que agudizou a crise econômica e política que já vivenciávamos.

Com isso o Ministério da Saúde objetivando orientar a condução das atividades laborativas no contexto da pandemia, criou um guia de orientações de vigilância epidemiológica da COVID-19 relacionada ao trabalho. A priori as orientações mencionavam a importância da investigação epidemiológica complementar em casos de COVID-19, com o objetivo de estabelecer se houve ou não relação da doença com o trabalho, salientando assim, a necessidade de notificar como acidente de trabalho os casos de trabalhadores que foram contaminados pelo coronavírus.

No entanto, após revisão pelo Supremo Tribunal Federal de alguns artigos da Medida Provisória nº 927/2020, que trata sobre as Medidas trabalhistas para enfrentamento da emergência de saúde pública decorrente do coronavírus, retirou-se do trabalhador de setores essenciais a necessidade de comprovar a relação da contaminação com a atividade ocupacional, ou seja, a comprovação do nexo causal.

De acordo com o guia de orientação do MS, mencionado acima, as notificações ajudarão os municípios a dispor de informações fidedignas sobre ocupação e atividade econômica dos casos de COVID-19, além de permitir conhecer o perfil produtivo da população economicamente ativa afetada pela doença e as possíveis relações desta com o trabalho, [sendo] condição fundamental para o planejamento de intervenções efetivas, na proteção dos trabalhadores e da população geral.

Diante disso, o CEREST Arapiraca, órgão vinculado à Secretaria de Saúde do Município de Arapiraca que é responsável por implementar a política de saúde do trabalhador nas 7ª e 8ª regiões de saúde do estado de Alagoas vem por meio desta orientar os municípios de sua área de abrangência no processo de notificações de casos de Covid-19 nos trabalhadores acometidos pela doença como agravo relacionado ao trabalho, por meio da ficha de investigação de acidente de trabalho grave.

É importante destacar que para uma maior completude no preenchimento, todos os campos da ficha são considerados essenciais, no entanto em anexo consta o documento do próprio SINAN que orienta sobre o adequado preenchimento da ficha.

Além da ficha de investigação deverá ser preenchida também a ficha de notificação. Na primeira ficha o profissional deve preencher no campo 54 (que solicita o código da causa do acidente), o código CID 10 - **Y 96**, já no campo 64 que solicita o diagnóstico da lesão o código a ser preenchido será CID 10 - **B 34.2**, conforme pode ser visualizado abaixo:

Antecedentes Epidemiológicos	46	O Empregador é Empresa Terceirizada				<input type="checkbox"/>	
	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	
Dados do Acidente	49	Razão Social (Nome da Empresa)					
	50	Hora do Acidente		51		Horas Após o Início da Jornada	
	H (hora)		M (minutos)		H (hora)		M (minutos)
	52	UF	53	Município de Ocorrência do Acidente	54		Código da Causa do Acidente CID 10 (de V01 a Y98)
	CID 10		Y 9 6				
Dados de Atendimento Médico	55	Tipo de Acidente		56		Houve Outros Trabalhadores Atingidos	
	1- Típico    2- Trajeto    9- Ignorado		1- Sim    2- Não    9- Ignorado		57		Se Sim, Quantos
	58	Ocorreu Atendimento Médico?				59	Data do Atendimento
	1- Sim    2- Não    9- Ignorado					60	
Dados de Atendimento Médico	61	Município do Atendimento		62		Nome da U. S de Atendimento	
	Código (IBGE)		Código				
	63	Partes do Corpo Atingidas			64		Diagnóstico da Lesão
01- Olho    04- Tórax    07- Membro superior    10- Todo o corpo			CID 10		65		Regime de Tratamento
02- Cabeça    05- Abdome    08- Membro inferior    11- Outro			B 3 4 2		1- Hospitalar <input type="checkbox"/>		
03- Pescoço    06- Mão    09- Pé    99- Ignorado					2- Ambulatorial <input type="checkbox"/>		
Evolução do Caso	66		Evolução do Caso		67		Outro
	1- Cura		4- Incapacidade total permanente		7- Outro		<input type="checkbox"/>
2- Incapacidade temporária		5- Óbito por acidente de trabalho grave		9- Ignorado			
3- Incapacidade parcial permanente		6- Óbito por outras causas					

Verso da ficha de investigação/ Via SINAN

Outra orientação quanto a notificação de casos de trabalhadores acometidos pelo Covid-19, diz respeito aos profissionais de saúde. Quando a notificação se tratar de um trabalhador da saúde, além das fichas mencionadas, orienta-se ainda que seja preenchido a ficha do E-SUS (Ficha de Investigação de SG Suspeito de Doença Pelo Coronavírus 2019 – COVID -19), atentando para o preenchimento do CBO do profissional acometido pelo agravo, conforme pode ser visualizado na figura abaixo:

Nº \_\_\_\_\_

e-SUS Vigilância Epidemiológica

09/04/2020

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

**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 sensação febril ou febre, mesmo que relatada, acompanhada de tosse OU dor de garganta OU coriza.

**Em crianças:** considera-se também obstrução nasal, na ausência de outro diagnóstico específico.

**Em idosos:** a febre pode estar ausente. Deve-se considerar também critérios específicos de agravamento como síncope, confusão mental, sonolência excessiva, irritabilidade e inapetência.

UF: \_\_\_\_\_ Município de Notificação: \_\_\_\_\_

Tem CPF? (Marcar X)	Estrangeiro: (Marcar X)	É profissional de saúde ou segurança? (Marcar X)
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<b>CBO:</b> _____	CPF: _____	
CNS: _____		
Nome Completo: _____		
Nome Completo da Mãe: _____		
Data de nascimento: _____	País de origem: _____	
Sexo: (Marcar X)	Raça/COR: (Marcar X)	Passaporte: _____
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	<input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Amarela	
	<input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Indígena	
CEP: _____		
UF: _____	Município de Residência: _____	
Logradouro: _____	Número: _____	

No mais, nos colocamos a disposição para quaisquer esclarecimentos e auxílio ao que for necessário.



## ANEXO

## ACIDENTE DE TRABALHO GRAVE

### INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO FICHA DE INVESTIGAÇÃO – Sinan NET

N.º - Anotar o número da notificação atribuído pela unidade de saúde para identificação do caso.

## CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.

1. Este campo identifica o tipo de notificação, informação necessária à digitação. Não é necessário preenchê-lo.
2. Nome do agravo/doença ou código correspondente estabelecido pelo SINAN (CID 10) que está sendo notificado. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
3. Anotar a data da notificação: data de preenchimento da ficha de notificação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
4. Preencher com a sigla da Unidade Federada (UF) que realizou a notificação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
5. Preencher com o nome completo do município (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE) onde está localizada a unidade de saúde (ou outra fonte notificadora) que realizou a notificação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
6. Preencher com o nome completo (ou código correspondente ao Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES) da unidade de saúde (ou outra fonte notificadora) que realizou a notificação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
7. Anotar a data do diagnóstico ou da evidência laboratorial e/ou clínica da doença de acordo com a definição de caso vigente no momento da notificação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
8. Preencher com o nome completo do paciente (sem abreviações). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
9. Preencher com a data de nascimento do paciente (dia/mês/ano) de forma completa.
10. Anotar a idade do paciente somente se a data de nascimento for desconhecida (Ex. 20 dias = 20 D; 3 meses = 3 M; 26 anos = 26 A). Se o paciente não souber informar sua idade, anotar a idade aparente. OBS: Se a data de nascimento não for preenchida, a idade será **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
11. Informar o sexo do paciente (M= masculino, F= feminino e I= ignorado). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
12. Preencher com a idade gestacional da paciente, quando gestante. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO** quando sexo F = feminino (1= 1º Trimestre, 2= 2º Trimestre, 3= 3º Trimestre, 4= Idade gestacional ignorada, 5= Não, 6= Não se aplica, 9= Ignorado).
13. Preencher com o código correspondente à cor ou raça declarada pela pessoa: (1= Branca, 2= Preta, 3= Amarela (compreendo-se nesta categoria a pessoa que se declarou de raça amarela), 4= Parda (incluindo- se nesta categoria a pessoa que se declarou mulata, cabocla, cafuza, mameluca ou mestiça de preto com pessoa de outra cor ou raça), 5= indígena (considerando-se nesta categoria a pessoa que se declarou indígena ou índia).
14. Preencher com a série e grau que a pessoa está freqüentando ou freqüentou considerando a última série concluída com aprovação ou grau de instrução do paciente por ocasião da notificação. (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 ou 10= Não se aplica).
15. Preencher com o número do CARTÃO ÚNICO do Sistema Único de Saúde – SUS.
16. Preencher com o nome completo da mãe do paciente (sem abreviações).
17. Preencher com a sigla da Unidade Federada (UF) de residência do paciente. **CAMPO DE**

## PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.

18. Anotar o nome do município (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE) da residência do paciente ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

1. Anotar o nome do distrito de residência do paciente.
2. Anotar o nome do bairro (ou código correspondente segundo cadastro do SINAN) de residência do paciente ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto.
3. Anotar o tipo (avenida, rua, travessa, etc) e nome completo ou código correspondente do logradouro da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto. Se o paciente for indígena anotar o nome da aldeia.
4. Anotar o número do logradouro da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto.
5. Anotar o complemento do logradouro (ex. Bloco B, apto 402, lote 25, casa 14, etc).
6. Caso esteja sendo utilizado o georreferenciamento, informar o local que foi adotado para o campo Geocampo1 (ex. Se o município esteja usando o Geocampo1 para informar a **quadra ou número**, nele deve ser informado o número da **quadra ou número**).
7. Caso esteja usando georreferenciamento, informar o local que foi adotado para o campo Geocampo2.
8. Anotar o ponto de referência para localização da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto (perto da padaria do João)
9. Anotar o código de endereçamento postal do logradouro (avenida, rua, travessa, etc) da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto.
10. Anotar DDD e telefone do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto.
11. Zona de residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto por ocasião da notificação (Ex. 1= área com características estritamente urbana, 2= área com características estritamente rural, 3= área rural com aglomeração populacional que se assemelha à uma área urbana).
12. Anotar o nome do país de residência quando o paciente notificado residir em outro país.
13. Identificar a ocupação, função desenvolvida pelo trabalhador na data do acidente. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
14. Identificar a situação no mercado de trabalho, conforme as alternativas apresentadas. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
15. Anotar o tempo de trabalho na ocupação
16. Identificar o local onde ocorreu o acidente. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
17. Anotar o numero de registro da empresa contratante- Código nacional de Pessoa Jurídica- CNPJ ou cadastro de Pessoa Física- CPF.
18. Anotar a razão social (nome) da empresa contratante. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
19. Anotar o ramo de atividade econômica conforme CNAE da empresa.
20. Anotar a unidade federada, o estado onde esta localizada a empresa.
21. Anotar o município onde esta localizada a empresa contratante. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
22. Anotar o distrito do município onde esta localizada a empresa contratante.
23. Anotar o bairro do município onde esta localizada a empresa contratante.
24. Anotar o endereço da empresa, rua, avenida....
25. Anotar o numero das instalações da empresa.
26. Anotar um ponto de referência para localização da empresa.
27. Anotar o telefone da empresa.
28. Identificar se a empresa contratante e empresa terceirizada. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
29. Anotar, se empresa terceirizada, qual a atividade econômica, ou CNAE, da empresa principal.
30. Anotar o numero de registro da empresa principal- Código nacional de Pessoa Jurídica- CNPJ.
31. Anotar a razão social (nome) da empresa principal.
32. Anotar o horário em que ocorreu o acidente.
33. Anotar o tempo após o início da jornada, em que ocorreu o acidente.
34. Anotar a unidade federada, aonde ocorreu o acidente.
35. 53-Anotar o município aonde ocorreu o acidente.
36. Anotar o código da causa do acidente, conforme CID 10, de V01 a Y98. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
37. Identificar o tipo de acidente.
38. Identificar se houve outros trabalhadores com atingidos no mesmo local de trabalho (1= sim, 2= não

- ou 9= ignorado).
39. Notar, se houve outros trabalhadores atingidos, quantos foram.
  40. Identificar se houve atendimento médico ao trabalhador após o acidente (1= sim, 2= não ou 9= ignorado).
  41. Em caso positivo de atendimento médico, anotar a data em que isso ocorreu.
  42. Anotar a unidade federada aonde foi realizado o atendimento médico.
  43. Anotar o município aonde foi realizado o atendimento médico.
  44. Anotar o nome da Unidade de Saúde aonde foi realizado o atendimento médico.
  45. Identificar as partes do corpo atingidas no acidente, conforme as alternativas apresentadas. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
  46. Anotar o diagnóstico específico da lesão, conforme o CID 10. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
  47. Identificar o regime de tratamento realizado.
  48. Identificar qual foi a evolução do caso, conforme as alternativas apresentadas.
  49. Identifique, se houve óbito, a data em que ocorreu.
  50. Identifique se foi emitida a Comunicação de acidente do Trabalho para o INSS (1= sim, 2= não ou 9= ignorado). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

Utilize o espaço de observações para acrescentar quaisquer informações que julgar importante.

Identifique o município e a U.S.-Unidade de Saúde que realizou esta investigação.

Anote o código da U.S.

Identifique o nome de quem realizou esta investigação.

Identifique a função de quem realizou esta investigação. O investigador deve assinar esta investigação

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total dessa obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial. A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens dessa obra é da área técnica.

**PREFEITURA DE ARAPIRACA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
Rua Samaritana, 1185 - Santa Edwirges  
CEP 57310-245 Arapiraca – Alagoas  
Telefone: (82) 98109-8467  
www.arapiraca.al.gov.br

**PREFEITA**  
Fabiana Cavalcante Pessoa

**SECRETÁRIA DE SAÚDE**  
Camilla Cinthia Santos Veiga

**SUPERINTENDENTE DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE**  
Aglai Tojal da Silva Varjão

**COORDENADORA DE VIGILÂNCIA À SAÚDE**  
Ana Lúcia Alves Lima

**COORDENADORA DE SAÚDE DO TRABALHADOR**  
Janyne Adryanne Silva Araujo

**ASSISTENTE SOCIAL DO CEREST ARAPIRACA**  
Dayana Pimentel da Silva

**PROJETO GRÁFICO/ DIAGRAMAÇÃO**  
Coordenação de Comunicação



SECRETARIA DE  
**SAÚDE**



PREFEITURA DE  
**ARAPIRACA**