

# Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora no Município de São Paulo



## Notificação de Doenças Relacionadas ao Trabalho DRT

Área Técnica de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora

Secretaria Municipal da Saúde - SMS



# A Política de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora Município de São Paulo. Plano Municipal 2014/2017



**Notificação Universal de Agravos Relacionados ao Trabalho** - estratégia para valorização da saúde do trabalhador e da trabalhadora e implementação do Código Sanitário Municipal Lei 13.725, de 9/01/2004

Campanha: **Profissional de Saúde Notifique!**

- a) Intensificar a notificação de Acidente de Trabalho- AT, AT com exposição a material biológico e intoxicação exógena relacionada ao trabalho.
- b) Notificar todas as Doenças Relacionadas ao Trabalho – DRT, suspeitas e casos confirmados.

# Profissional de Saúde Notifique!

## Notificação Universal

(todos agravos em todos os serviços)

### Acidentes de Trabalho - AT

AT com Exposição Material Biológico - AT EMB

### Intoxicação Exógena

### Doenças Relacionadas ao Trabalho - DRT

Suspeitas de Doenças Relacionadas ao Trabalho -  
Suspeita DRT

Página de Saúde do Trabalhador no Portal da PMSP

[www.prefeitura.sp.gov.br/saude/strabalhador](http://www.prefeitura.sp.gov.br/saude/strabalhador)



# Notificações consolidadas

**Acidente de Trabalho - Notificação Universal** = Notificar em todos serviços de saúde, todos os AT, incluindo: AT <18 anos, fatais, com mutilações (graves) e não graves na Ficha de investigação epidemiológica na **FIE AT Municipal/SINAN**.

**Acidente com Exposição a Material Biológico** – Notificar na **FIE AT EMB/SINAN**. Assistência imediata PS/Hospital Regional

**Intoxicação Exógena Relacionada ao Trabalho** - Notificar suspeitas e casos confirmados, agudos e crônicos na ficha de investigação de intoxicação exógena - **FIIE do SINAN** e preencher campo que identifica a relação com o trabalho.

No Município de São Paulo os acidentes, doenças e intoxicações relacionadas ao trabalho devem ser notificados.

**Definição de caso:** Acidentes que ocorrem no exercício da atividade laboral ou no percurso de casa para o trabalho e vice-versa, podendo o trabalhador estar inserido tanto no mercado formal quanto no informal de trabalho. São eventos agudos, podendo ocasionar morte ou lesão, a qual poderá levar à redução temporária ou permanente da capacidade para o trabalho.

**São considerados acidentes graves:** Os acidentes de trabalho que resultem em morte, politraumatismos, amputações, esmagamentos, traumatismos crânioencefálico, fratura de coluna, lesão de medula espinal, trauma com lesões viscerais, eletrocução, asfixia, queimaduras que resultem na internação do trabalhador e todo tipo de acidente que tenha acontecido com trabalhadores com menos de dezoito anos. **Os acidentes graves deverão ser comunicados à COVISA por meio de fluxo rápido.**

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação		2 - Individual	
	2 Agravado/Doença		ACIDENTE DE TRABALHO	
Dados de Notificação	4 UF		5 Município de Notificação	
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		7 Data do Acidente	
Notificação Individual	8 Nome do Paciente		9 Data de Nascimento	
	10 Idade em anos		11 Sexo	
Dados de Residência	17 UF		18 Município de Residência	
	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida, ...)	
Dados Complementares do Caso	31 Ocupação		32 Situação no Mercado de Trabalho	
	33 Tempo de Trabalho na Ocupação		34 Local Onde Ocorreu o Acidente	
Dados da Empresa Contratante	35 Registro/ CNPJ ou CPF		36 Nome da Empresa ou Empregador	
	37 O que a empresa faz (CNAE)		38 UF	
Dados do Acidente	40 Distrito/Bairro		41 CEP	
	43 Número		44 Complemento e Ponto de Referência	

Antecedentes Epidemiológicos	46 O Empregador é Empresa Terceirizada		47 Se emp. terceirizada, o que a empresa principal (onde prestava serviços), faz (CNAE)		48 CNPJ da Empresa Principal	
	49 Razão Social (Nome da Empresa)					
Dados do Acidente	50 Hora do Acidente		51 Horas Após o Início da Jornada		52 UF	
	53 Município de Ocorrência do Acidente		54 Código da Causa do Acidente		CID 10	
Dados do Atendimento Médico	55 Tipo de Acidente		56 Houve Outros Trabalhadores Atingidos		57 Se Sim, Quantos	
	58 Ocorreu Atendimento Médico?		59 Data do Atendimento		60 UF	
Dados do Atendimento Médico	61 Município do Atendimento		62 Nome da U, S de Atendimento		63 Partes do Corpo Atingidas	
	64 Diagnóstico da Lesão		65 Regime de Tratamento		66 Evolução do Caso	
Conclusão	67 Se Óbito, Data do Óbito		68 Foi Emitida a CAT		69 Máquina/Ferramenta causadora do acidente	
	INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES E OBSERVAÇÕES					
Descrição sumária de como ocorreu o acidente/ atividade/ causas/ condições/ objeto/ agentes que concorrem direta ou indiretamente para a ocorrência do acidente						
Outras informações:						
Investigador	Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde			
	Nome		Função		Assinatura	

Definição de caso: Acidentes envolvendo sangue e outros fluidos orgânicos ocorridos com os profissionais da área de saúde durante o desenvolvimento do seu trabalho, aonde os mesmos estão expostos a materiais biológicos potencialmente contaminados. Os ferimentos com agulhas e material perfuro cortante em geral são considerados extremamente perigosos por serem potencialmente capazes de transmitir mais de 20 tipos de patógenos diferentes, sendo o vírus da imunodeficiência humana (HIV), o da hepatite B (HBV) e o da hepatite C (HCV) os agentes infecciosos mais comumente envolvidos.

**Dados Gerais**

1 Tipo de Notificação: 2 - Individual

2 Agravado(a) **ACIDENTE DE TRABALHO COM EXPOSIÇÃO À MATERIAL BIOLÓGICO** Código (CID10) **Z20.9** 3 Data de Notificação

4 UF 5 Município de Notificação Código (IBGE)

6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) Código 7 Data do Acidente

**Dados de Residência**

8 Nome do Paciente 9 Data de Nascimento

10 (ou) Idade 11 Sexo M - Masculino F - Feminino 12 Gestante 13 Raça/Cor

14 Escolaridade 15 Analfabeto 16 Nome da mãe

17 UF 18 Município de Residência Código (IBGE) 19 Distrito

20 Bairro 21 Logradouro (rua, avenida,...) Código

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 30 País (se residente fora do Brasil)

Dados Complementares do Caso

**Antecedente epidemiológicos**

31 Ocupação

32 Situação no Mercado de Trabalho 33 Tempo de Trabalho na Ocupação

Dados da Empresa Contratante

34 Registro/ CNPJ ou CPF 35 Nome da Empresa ou Empregador

36 Atividade Econômica (CNAE) 37 UF 38 Município Código (IBGE)

39 Distrito 40 Bairro 41 Endereço

42 Número 43 Ponto de Referência 44 (DDD) Telefone

45 O Empregador é Empresa Terceirizada

**46 Tipo de Exposição**

1-Sim 2-Não 9-Ignorado

Percutânea  Pele Inteira  Outros \_\_\_\_\_

Mucosa (oral/ ocular)  Pele não Inteira

**47 Material orgânico**

1-Sangue 2-Líquor 3-Líquido pleural 4-Líquido ascítico 9-Ignorado

5-Líquido amniótico 6-Fluido com sangue 7-Soro/plasma 8-Outros: \_\_\_\_\_

**48 Circunstância do Acidente**

01 - Administ. de medicação endovenosa 09 - Lavanderia  
02 - Administ. de medicação intramuscular 10 - Lavagem de material  
03 - Administ. de medicação subcutânea 11 - Manipulação de caixa com material perfurocortante  
04 - Administ. de medicação intradérmica 12 - Procedimento cirúrgico  
05 - Punção venosoarterial para coleta de sangue 13 - Procedimento odontológico  
06 - Punção venosoarterial não especificada 14 - Procedimento laboratorial  
07 - Descarte inadequado de material perfurocortante em saco de lixo 15 - Dextro  
08 - Descarte inadequado de material perfurocortante em bancada, cama, chão, etc... 16 - Reencape  
99 - Ignorado

**49 Agente**

1-Agulha com lúmen (luz) 2 - Agulha sem lúmen/macois 3 - Intracath 4 - Vidros

5 - Lâmina/lanceta (qualquer tipo) 6 - Outros 9 - Ignorado

**50 Uso de EPI (aceita mais de uma opção)** 1- Sim 2 - Não 9 - Ignorado

LUVA  Avental  Óculos  Máscara  Proteção facial  Bota

**51 Situação vacinal do acidentado em relação à hepatite B (3 doses)**

1-Vacinado 2-Não vacinado 9-Ignorado

**52 Resultados de exames do acidentado (no momento do acidente - data ZERO)**

1-Positivo 2-Negativo 3-Inconclusivo 4-Não realizado 9-Ignorado

Anti-HIV  HbsAg  Anti-HBs  Anti-HCV

**Dados do Paciente Fonte ( no momento do acidente)**

**53 Paciente Fonte Conhecida?**  **54 Se sim, qual o resultado das testes sorológicos?**

1-Sim 2 - Não 9- Ignorado

1-Positivo 2-Negativo 3-Inconclusivo 4 - Não Realizado 9-Ignorado

Hbs Ag  Anti-HBc  Anti-HIV  Anti-HCV

**55 Conduta no momento do acidente** 1- Sim 2- Não 9- Ignorado

Sem indicação de quimioprofilaxia  AZT+3TC+Indinavir  Vacina contra hepatite B

Recusou quimioprofilaxia indicada  AZT+3TC+Nefinavir  Outro Esquema de ARV Especifique \_\_\_\_\_

AZT+3TC  Imunoglobulina humana contra hepatite B (HBIG)

**56 Evolução do Caso**

1-Alta com conversão sorológica (Especificar vírus: \_\_\_\_\_) 2-Alta sem conversão sorológica 3-Alta paciente fonte negativo

4-Abandono 5- Óbito por acidente com exposição à material biológico 6- Óbito por Outra Causa 9- Ignorado

**57 Se Óbito, Data** **58 Foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho**

1-Sim 2 - Não 3- Não se aplica 9- Ignorado

**Informações complementares e observações**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Investigador**

Município/Unidade de Saúde \_\_\_\_\_ Cód. da Unid. de Saúde \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ Função \_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_

**Caso suspeito: todo aquele indivíduo que, tendo sido exposto a substâncias químicas (agrotóxicos, medicamentos, produtos de uso doméstico, cosméticos e higiene pessoal, produtos químicos de uso industrial, drogas, plantas, alimentos e bebidas), apresente sinais e sintomas clínicos de intoxicação e/ou alterações laboratoriais provavelmente ou possivelmente compatíveis.**

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual	
	2 Agravado(a)	3 Data da Notificação	
Dados individuais	4 UF	5 Município de Notificação	6 Código (IBGE)
	8 Nome do Paciente	9 Data de Nascimento	10 (ou) idade
Dados de Residência	11 Sexo	12 Domicílio	13 Raça/Cor
	14 Escolaridade	15 Número do Cartão SUS	16 Nome da mãe
Dados Complementares do Caso	17 UF	18 Município de Residência	19 Distrito
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)	22 Número
Antecedentes Epidemiológicos	23 Complemento (apto., casa,...)	24 Geo campo 1	25 Geo campo 2
	26 Ponto de Referência	27 CEP	28 (DDD) Telefone
Dados de Exposição	29 Zona	30 País (se residente fora do Brasil)	31 Data de Investigação
	32 Ocupação	33 Situação no Mercado de Trabalho	34 Local de ocorrência da exposição
Conclusão do Caso	35 Nome do local/estabelecimento de ocorrência	36 Atividade Econômica (CNAE)	37 UF
	38 Município do estabelecimento	39 Distrito	40 Bairro
Informações complementares e observações	41 Logradouro ( rua, avenida, etc. - endereço do estabelecimento)	42 Número	43 Complemento (apto., casa,...)
	44 Ponto de Referência do estabelecimento	45 CEP	46 (DDD) Telefone
Observações:	47 Zona de exposição	48 País (se estabelecimento fora do Brasil)	49 Data do óbito
	50 Comunicação do Acidente de Trabalho - CAT	51 Data do Encerramento	52 UF

Dados da Exposição	49 Grupo do agente tóxico/Classificação geral	50 Agente tóxico (informar até três agentes)	51 Se agrotóxico, qual a finalidade da utilização	52 Se agrotóxico, quais as atividades exercidas na exposição atual	53 Se agrotóxico de uso agrícola, qual a cultura/lavoura	54 Via de exposição/contaminação	55 Circunstância da exposição/contaminação	56 A exposição/contaminação foi decorrente do trabalho/ocupação?	57 Tipo de Exposição	58 Tempo decorrido entre a Exposição e o Atendimento	59 Tipo de atendimento	60 Hora de hospitalização?	61 Data da internação	62 UF
	01 Medicamento	02 Agrotóxico/uso agrícola	03 Agrotóxico/uso doméstico	04 Agrotóxico/uso saúde pública	01 - Diluição	01 - Uso Habitual	01 - Hospitalar	01 - Sim	01 - Aguda - única	1 - Hora	1 - Ambulatorial	1 - Sim		
Dados de Exposição	05 Raticida	06 Produto veterinário	07 Produto de uso Doméstico	08 Cosmético/higiene pessoal	02 - Pulverização	02 - Acidental	2 - Ambulatorial	2 - Não	2 - Aguda - repetida	2 - Dia	2 - Ambulatorial	2 - Não		
	09 Produto químico de uso Industrial	10 Metal	11 Drogas de abuso	12 Planta tóxica	03 - Tratamento de sementes	03 - Ambiental	3 - Domiciliar	3 - Ignorado	3 - Crônica	3 - Mês	3 - Domiciliar	3 - Ignorado		
Dados de Exposição	13 Alimento e bebida	14 Outro	99 Ignorado		04 - Armazenagem	04 - Abuso	4 - Nenhum	4 - Ignorado	4 - Aguda sobre Crônica	4 - Ano	4 - Nenhum	4 - Ignorado		
	51 1. Inseticida	2. Herbicida	3. Carrapaticida	4. Raticida	5. Fungicida	05 - Prescrição médica inadequada	5 - Sim	5 - Ignorado	5 - Ignorado	5 - Mês	5 - Hospitalar	5 - Ignorado		
Dados de Exposição	52 6. Preservante para madeira	7. Outro	8. Não se aplica	9. Ignorado	06 - Transporte	06 - Erro de administração	6 - Nenhum	6 - Ignorado	6 - Ignorado	6 - Ano	6 - Hospitalar	6 - Ignorado		
	53 01 - Diluição	05 - Colheita	09 - Outros	10 - Não se aplica	99 - Ignorado	07 - Automedicação	7 - Nenhum	7 - Ignorado	7 - Ignorado	7 - Ano	7 - Hospitalar	7 - Ignorado		
Dados de Exposição	54 03 - Tratamento de sementes	07 - Desmetização	06 - Produção/formulação			08 - Abuso	8 - Nenhum	8 - Ignorado	8 - Ignorado	8 - Ano	8 - Hospitalar	8 - Ignorado		
	55 01 - Uso Habitual	02 - Acidental	03 - Ambiental	04 - Uso terapêutico	05 - Prescrição médica inadequada	09 - Ingestão de alimento ou bebida	9 - Nenhum	9 - Ignorado	9 - Ignorado	9 - Ano	9 - Hospitalar	9 - Ignorado		
Dados de Exposição	56 1 - Sim	2 - Não	3 - Ignorado			10 - Tentativa de suicídio	10 - Nenhum	10 - Ignorado	10 - Ignorado	10 - Ano	10 - Hospitalar	10 - Ignorado		
	57 1 - Aguda - única	2 - Aguda - repetida	3 - Crônica			11 - Tentativa de aborto	11 - Nenhum	11 - Ignorado	11 - Ignorado	11 - Ano	11 - Hospitalar	11 - Ignorado		
Dados de Exposição	58 1 - Hora	2 - Dia	3 - Mês	4 - Ano	9 - Ignorado									
	59 1 - Hospitalar	2 - Ambulatorial	3 - Domiciliar	4 - Nenhum	9 - Ignorado									
Dados de Exposição	60 1 - Sim	2 - Não	3 - Ignorado											
	61 1 - Sim	2 - Não	3 - Não se aplica	9 - Ignorado										
Dados de Exposição	62 UF	63 Município de hospitalização	64 Unidade de assistência	65 Código (IBGE)	66 Classificação final	67 Critério de confirmação	68 Evolução do Caso	69 Data do óbito	70 Comunicação do Acidente de Trabalho - CAT	71 Data do Encerramento	72 UF	73 Município/Unidade de Saúde	74 Cód. da Unid. de Saúde	
	1 - Intoxicação confirmada	2 - Só Exposição	3 - Reação Adversa	9 - Ignorado	1 - Laboratorial	1 - Cura sem sequelas	1 - Cura	1 - Sim	1 - Sim	1 - Sim				
Dados de Exposição	4 - Outro Diagnóstico	5 - Síndrome de abstinência	9 - Ignorado		2 - Clínico-epidemiológico	2 - Cura com sequelas	2 - Cura	2 - Não	2 - Não	2 - Não				
	66 1 - Intoxicação confirmada	2 - Só Exposição	3 - Reação Adversa	9 - Ignorado	3 - Clínico	3 - Cura com sequelas	3 - Cura	3 - Não	3 - Não	3 - Não				
Dados de Exposição	67 1 - Laboratorial	2 - Clínico-epidemiológico	3 - Clínico		4 - Nenhum	4 - Óbito por outra causa	4 - Óbito por intoxicação exógena	4 - Sim	4 - Sim	4 - Sim				
	68 1 - Cura sem sequelas	2 - Cura com sequelas	3 - Óbito por intoxicação exógena	9 - Ignorado	9 - Nenhum	5 - Perda de seguimento	5 - Perda de seguimento	5 - Sim	5 - Sim	5 - Sim				
Dados de Exposição	69 1 - Sim	2 - Não	3 - Não se aplica	9 - Ignorado				6 - Sim	6 - Sim	6 - Sim				
	70 1 - Sim	2 - Não	3 - Não se aplica	9 - Ignorado				7 - Sim	7 - Sim	7 - Sim				
Dados de Exposição	71 1 - Sim	2 - Não	3 - Não se aplica	9 - Ignorado				8 - Sim	8 - Sim	8 - Sim				
	72 UF	73 Município de hospitalização	74 Unidade de assistência	75 Código (IBGE)				9 - Sim	9 - Sim	9 - Sim				
Dados de Exposição	73 Município/Unidade de Saúde	74 Cód. da Unid. de Saúde	75 Nome	76 Função	77 Assinatura									
	76 Nome	77 Função	78 Assinatura											

# Doenças Relacionadas ao Trabalho - DRT Implantação 2016

## **Brasil = Subnotificação imensa**

Notificação nacional preconizada só para algumas unidades e algumas doenças - Portaria Nacional 1974/2014 e 1271/2014.

**Estado de São Paulo = captação de dados mínima**  
DRT com implantação não sistematizada

## **MUNICÍPIO DE SÃO PAULO**

**Notificação Universal - Todas as DRT em todos os  
Serviços de Saúde**





# Suspeita e Doenças Relacionadas ao Trabalho DRT

**Suspeitas de DRT** - notificar na ficha municipal de Notificação de Suspeita e Doença Relacionada ao Trabalho, Municipal - **FIE Suspeita e DRT**

**Outros agravos confirmados** sem ficha específica - notificar na **FIE Suspeita e DRT Municipal**

**6 agravos** com prioridade nacional - notificar nas **FIE – SINAN específicas** dos agravos, após confirmação diagnóstica.

Página de Saúde do Trabalhador - Portal PMSP  
[www.prefeitura.sp.gov.br/saude/strabalhador](http://www.prefeitura.sp.gov.br/saude/strabalhador)



### Notificação de Suspeita e Doença Relacionada ao Trabalho.

**Definição de caso:** Considera-se caso quando houver suspeita de que o trabalho ou as condições em que é realizado sejam fatores de risco à saúde, constituindo-se como causas necessárias ou contributivas ou ainda agravantes de doenças decorrentes de exposição dos trabalhadores a múltiplos fatores de risco em que as condições de trabalho possam aumentar a probabilidade de sua ocorrência, provoquem distúrbio latente ou agravem doença já estabelecida. Podem ser diagnosticadas pela clínica, por exames complementares ou por necropsiológicos.

**1** Tipo de Notificação **2** - Individual

**3** Código (CID-10) **4** Data dos Primeiros Sintomas

**5** Agravamento (Síntomas Clínicos)

**6** Data de Notificação **UF** **7** Município de Notificação **Código (IBGE)**  
SIP **São Paulo**

**8** Unidade de Saúde (ou outra localidade notificadora) **Código**

**9** Nome do Paciente **10** Data de Nascimento

**11** (Sex) Sexo **12** Cálculo M - Menorista **13** Menstrual **14** Raça/Cor  
1 - M 2 - F 3 - Não sabe 4 - Não gestante/gestante 5 - Não 6 - Não se aplica 7 - Gestante  
1 - Branco 2 - Preto 3 - Amarelo 4 - Pardo 5 - Indígena 6 - Ignorado

**15** Inicialização **16** Número do Cartão SUS **17** Nome de mãe

0 - Não iniciado 1 - 1ª e 4ª série incompletas do EF (grupos parciais ou 1º grau) 2 - 4ª série completa do EF (grupos parciais ou 1º grau)  
3 - 4ª e 6ª série incompletas do EF (grupos parciais ou 1º grau) 4 - 6º ano letivo/ensino completo (grupos parciais ou 1º grau) 5 - 6º ano letivo incompleto (grupos parciais ou 2º grau)  
6 - 6ª série completa (grupos parciais ou 2º grau) 7 - 7ª série letivo incompleto 8 - 7ª série letivo completo 9 - 8ª série letivo incompleto 10 - 8ª série letivo completo

**18** UF **19** Município de Referência **Código (IBGE)** **20** SIM/IS

**21** Distrito Administrativo **22** Logradouro (rua, avenida, ...)

**23** Número **24** Complemento (apla., casa, ...)

**25** Ponto de Referência **26** CEP

**27** (DDD) Telefone **28** Zonas 1 - Urbana 2 - Rural **29** País (de residente fora do Brasil)  
3 - Periurbana 0 - Ignorado

**30** Ocupação **31** Código - CBO

**32** Situação no Mercado de Trabalho **33** Tempo de Trabalho na Ocupação

01 - Emprego registrado com carteira assinada 02 - Emprego não registrado 03 - Autônomo/avulso por conta própria 04 - Servidor público estatutário  
05 - Servidor público estatutário 06 - Servidor público estatutário 07 - Desempregado 08 - Trabalho temporário 09 - Ignorado

10 - Compenso 11 - Trabalhador avulso 12 - Empregador 13 - Outros 14 - Anos

1 - 1 ano 2 - 2 a 5 anos 3 - 6 a 10 anos 4 - Mais de 10 anos

**34** Nome do Empregador / Empresa Contratante **35** Registro/ CNPJ ou CPT

**36** O que o Empregador / Empresa Contratante faz **37** Código CNAE **38** UF **39** Município **Código (IBGE)**

**40** SIM/IS **41** Distrito Administrativo **42** Endereço do empregador (Logradouro) **CEP**

**43** Número **44** Complemento e Ponto de Referência **45** (DDD) Telefone

**46** Sem carga 1 **47** Sem carga 2

**48** O Empregador é Empresa Intermediária (Terceirizada, Quilombada, etc)  Sim: Se 1, sim, preencher os campos 49 a 52.

**49** O que o empresa responsável principal pela atividade faz? **50** Código CNAE **51** UF **52** Município **Código (IBGE)**

**53** Nome Social / Nome da empresa responsável principal **54** Registro/ CNPJ ou CPT

**55** SIM/IS **56** Distrito Administrativo **57** Endereço do empregador **CEP**

**58** Número **59** Complemento e Ponto de Referência **60** (DDD) Telefone

**61** Data de Investigação **62** Classificação Diagnóstica Real **Código CID 10** **63** Centro de Classificação de Diagnósticos  
1 - Laboratório 2 - Clínica Hospitalar/ambulatório 3 - Laboratório 4 - Clínica Epidemiológica

**64** Doença Relacionada ao Trabalho **65** Evolução da Caso   
1 - Sim 2 - Não 1 - Cur 2 - Caso pelo agente notificado 3 - Caso por outro agente 4 - Suspeito 5 - Em avaliação

**66** Investigação no Local de Trabalho  **67** Envio de CMI  **68** Data de CMI **69** Data de Encerramento  
1 - Sim 2 - Não 1 - Sim 2 - Não

**Informações complementares e observações**

**I** Nº de RH específico:  Caso confirmado com ficha padrão

**II** Haveria outra empresa intermediária responsável pelo trabalho, registro e nome (Social) e endereço:

**III** O local de trabalho possui dois primeiros sistemas de: Igual ou de empregador  Igual ou de empresa principal   
Igual ou de empresa intermediária  Outro   
Se outras, explicar endereço e nome (se houver):

**IV** Registrar se houveram casos similares no local de trabalho ou atividade:  
Depende das prioridades e recursos no momento da primeira investigação

**V** Registrar se o trabalhador já teve outras doenças ou sintomas relacionados ao trabalho:

**VI** Registrar se o trabalhador foi transferido ou deslocado após apresentar sintomas da doença:

Outras informações pertinentes:

**Integrador:** Município/Estado de Saúde **Cód. do LRAE de Saúde**  
Nome **Fone** **Assinatura**

# Doenças Relacionadas ao Trabalho - DRT: Casos Confirmados

**6 agravos com prioridade nacional - FIE específica do SINAN:**

- 1 - Câncer Relacionado ao Trabalho;
- 2 - Dermatoses Ocupacionais;
- 3 - Lesões por Esforços Repetitivos /Distúrbios Osteo-musculares - LER/DORT;
- 4 - Perda Auditiva Induzida por Ruído - PAIR;
- 5 - Pneumoconioses Relacionadas ao Trabalho;
- 6 - Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho.

[www.prefeitura.sp.gov.br/saude/strabalhador](http://www.prefeitura.sp.gov.br/saude/strabalhador)



# Suspeita e Doenças Relacionadas ao Trabalho DRT

Considera-se caso:

Quando houver suspeita de que o trabalho ou as condições em que é realizado sejam fatores de risco à saúde, constituindo-se como **causa necessária** ou **contributiva** ou ainda **agravante** de doenças decorrentes de exposição dos trabalhadores a múltiplos fatores de risco em que as condições de trabalho possam aumentar a probabilidade de sua ocorrência, provoquem distúrbio latente ou agravem doença já estabelecida. Podem ser demonstradas pela clínica, exames complementares ou por nexos epidemiológicos.

Doenças ainda não confirmadas e as confirmadas que não têm FIE específica serão notificadas na Ficha de Suspeita e DRT .

**Notificação de Suspeita e Doença Relacionada ao Trabalho.**

**Definição de caso:** Considera-se caso quando houver suspeita de que o trabalho ou as condições em que é realizado sejam fatores de risco à saúde, constituindo-se como causa necessária ou contributiva ou ainda agravante de doenças decorrentes de exposição dos trabalhadores a múltiplos fatores de risco em que as condições de trabalho possam aumentar a probabilidade de sua ocorrência, provoquem distúrbio latente ou agravem doença já estabelecida. Podem ser demonstradas pela clínica, por exames complementares ou por nexos epidemiológico.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação		2 - Individual	
	2 Agravado/doença (Hipótese Diagnóstica)		3 Código (CID10)	4 Data dos Primeiros Sintomas
	5 Data da Notificação	6 UF	7 Município de Notificação	Código (IBGE)
	8 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	
Notificação Individual	9 Nome do Paciente		10 Data de Nascimento	
	11 (ou) Idade	12 Gênero	13 Gestante	14 Raça/Cor
	15 Escolaridade			
	16 Número do Cartão SUS	17 Nome da mãe		
Dados de Residência	18 UF	19 Município de Residência	Código (IBGE)	20 SUVIS
	21 Distrito Administrativo	22 Logradouro (rua, avenida,...)		Código
	23 Número	24 Complemento (apto., casa, ...)		25 CEP
	26 Ponto de Referência			
Antecedentes Epidemiológicos / Dados do Trabalho e Empresa	27 (DDD) Telefone	28 Zona	29 País (se residente fora do Brasil)	
	30 Ocupação			
	32 Situação no Mercado de Trabalho		33 Tempo de Trabalho na Ocupação	
	34 Nome do Empregador / Empresa Contratante			
36 O que o Empregador / Empresa Contratante faz?		37 Código CNAE	38 UF	39 Município
40 SUVIS	41 Distrito Administrativo	42 Endereço do empregador (Logradouro)		CEP
43 Número	44 Complemento e Ponto de Referência		45 (DDD) Telefone	
46 Geo campo 1	47 Geo campo 2			
48 O Empregador é Empresa Intermediária (Terceirizada, Quarteirizada, etc)?				

Os campos **obrigatórios** e **essenciais** são básicos para identificação e investigação do caso.

Os campos **“obrigatórios”**, não preenchidos, levarão ao não registro da ficha, obrigando o reinício de sua digitação.

Pesquisar e preencher:

- **Identificação do trabalhador e empregador /empresa contratante.**
- **Descrição da ocupação e aquilo que a empresa /empregador faz, além do CNAE, se possível.**
- **Se o empregador é empresa intermediária (terceira ou quarta).**



## Outras Notificações em Saúde do Trabalhador

Importante para rastreamento, acompanhamento e investigação

**Assédio Moral** = notificação na FIE de Suspeita de DRT, pode se tornar “Transtorno Mental Relacionado ao Trabalho

Suspeitas e casos de “**asma ocupacional**” = notificação na FIE de Suspeita de DRT, (possível futura FIE própria municipal)

**Violências interpessoais** ao trabalhador = Notificação FIE de Violência do SINAN (no trabalho ou trajeto). Atentar **Item 66** para caracterização e investigação. 1 = Sim = “violência relacionada ao trabalho”. O item **52 local**, assinalando como comércio, indústria/construção ou outro, não basta para caracterizar a relação com o trabalho.

Anotar o **empregador**, seu **endereço** e local de trabalho no campo aberto.



Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoas com deficiência, indígenas e população LGBT.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual
	2 Agravos/denúncia	VIOLENCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA
	4 UF	5 Município de notificação
Dados da Unidade Notificadora	6 Unidade Notificadora	1- Unidade de Saúde 2- Unidade de Assistência Social 3- Estabelecimento de Ensino 4- Conselho Tutelar 5- Unidade de Saúde Indígena 6- Centro Especializado de Atendimento à Mulher 7- Outros
	7 Nome da Unidade Notificadora	Código Unidade
	8 Unidade de Saúde	Código (CNES)
Notificação Individual	10 Nome do paciente	11 Data de nascimento
	12 (ou) Idade	13 Sexo M - Masculino F - Feminino 1- Ignorado
	14 Gestante	1- 1º trimestre 2- 2º trimestre 3- 3º trimestre 4- Idade gestacional ignorada 5- Não se aplica 6- Ignorado
Dados de Residência	19 UF	20 Município de Residência
	22 Bairro	23 Logradouro (rua, avenida,...)
	24 Número	25 Complemento (apto., casa, ...)
Dados Complementares	33 Nome Social	34 Ocupação
	35 Situação conjugal / Estado civil	1- Solteiro 2- Casado/união consensual 3- Viúvo 4- Separado 8- Não se aplica 9- Ignorado
	36 Orientação Sexual	1- Heterossexual 2- Homossexual (gay/lésbica) 3- Bissexual 8- Não se aplica 9- Ignorado
Dados da Pessoa Atendida	38 Possui algum tipo de deficiência/transgênero?	39 Se sim, qual tipo de deficiência/transgênero?
	40 UF	41 Município de ocorrência
	43 Bairro	44 Logradouro (rua, avenida,...)
Dados da Ocorrência	45 Número	46 Complemento (apto., casa, ...)
	49 Ponto de Referência	50 Zona
	52 Local de ocorrência	01- Residência 02- Habitação coletiva 03- Escola 04- Local de prática esportiva 05- Bar ou similar 06- Via pública 07- Comércio/serviços 08- Indústrias/construção 09- Outro 99- Ignorado

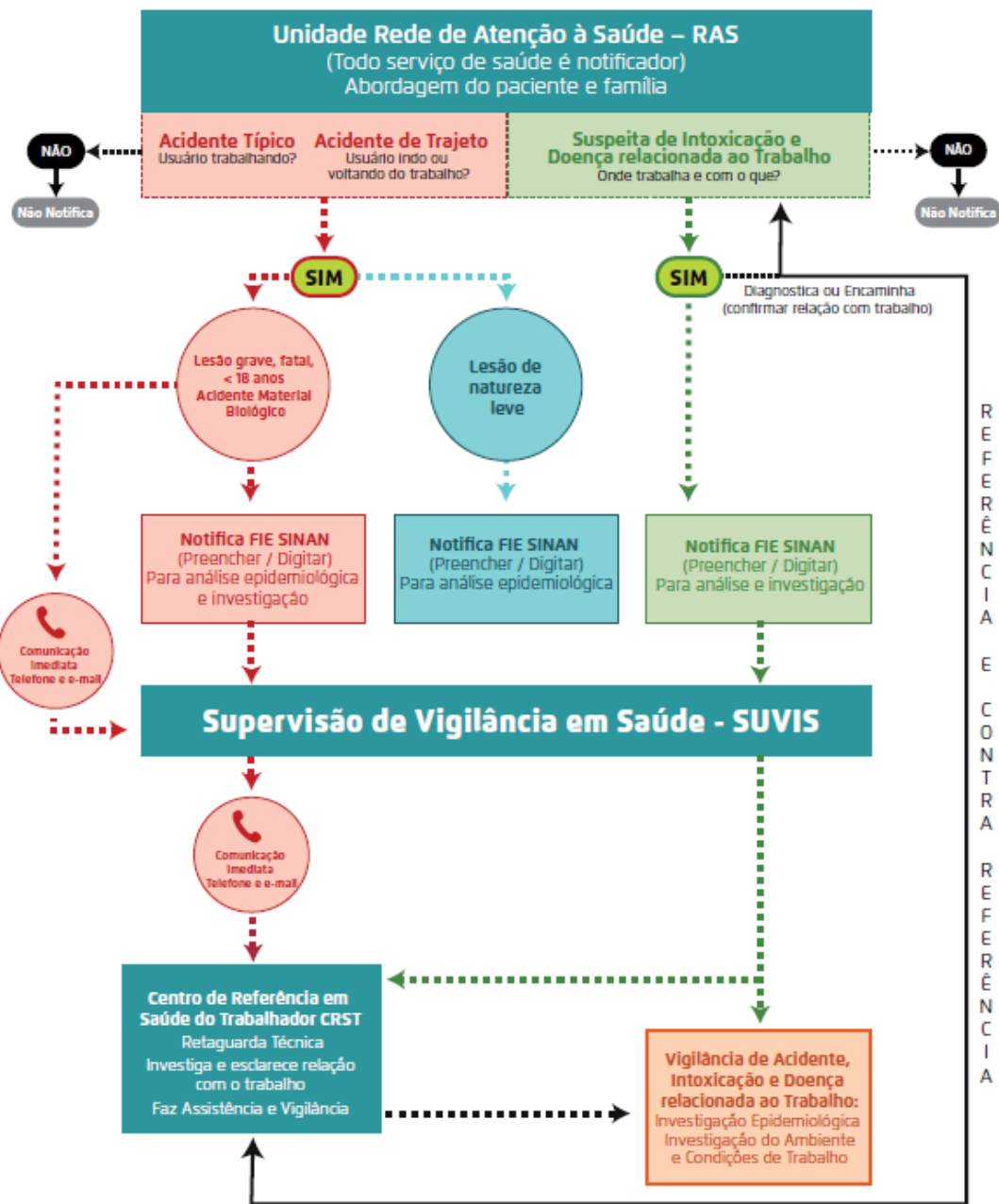
Violência	55 Essa violência foi motivada por:	01- Sexo 02- Homofobia/Lesbofobia/Bifobia/Transfobia 03- Racismo 04- Intolerância religiosa 05- Xenofobia 06- Conflito geracional 07- Situação de rua 08- Deficiência 09- Outros 88- Não se aplica 99- Ignorado
	56 Tipo de violência	1- Sim 2- Não 9- Ignorado
	57 Meio de agressão	1- Sim 2- Não 9- Ignorado
Violência Sexual	58 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo?	1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado
	59 Procedimento realizado	1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado
	60 Número de envolvidos	1- Um 2- Dois ou mais 9- Ignorado
Dados da violência sobre a vítima	61 Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida	1- Sim 2- Não 9- Ignorado
	62 Sexo do provável autor da violência	1- Masculino 2- Feminino 3- Ambos os sexos 9- Ignorado
	64 Ciclo de vida do provável autor da violência:	1- Criança (0 a 9 anos) 2- Adolescente (10 a 19 anos) 3- Jovem (20 a 24 anos) 4- Pessoa adulta (25 a 59 anos) 5- Pessoa idosa (60 anos ou mais) 9- Ignorado
Encaminhamento	65 Encaminhamento:	1- Sim 2- Não 9- Ignorado
	66 Violência Relacionada ao Trabalho	1- Sim 2- Não 9- Ignorado
	67 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT)	1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado
Dados finais	68 Circunstância da lesão	CID 10 - Cap XX
	69 Data de encerramento	
	Informações complementares e observações	
Nome do acompanhante		
Observações Adicionais:		
Disque Saúde - Ouvidoria Geral do SUS		
TELEFONES ÚTEIS		
Disque Direitos Humanos		
Município/Unidade de Saúde		
Nome		
Função		
Assinatura		





## Fluxo de Notificação

Acidentes, Intoxicações e Doenças Relacionadas ao Trabalho no Município de São Paulo



# Agravos à Saúde do Trabalhador no Município de São Paulo

## Notificação universal

Todos os agravos relacionados ao trabalho por Todos os serviços e profissionais de saúde



## **SUVIS - Comunicação Rápida para investigação:**

Memorando para o CRST com cópia para COVISA e comunicação telefônica:

- **Acidentes graves, fatais e < 18ª**
- **Intoxicação Aguda Relacionada ao Trabalho**
- **Acidentes com exposição a material biológico**  
priorizar locais c/ > incidência, inspeção conjunta SUVIS Regional/SUVIS/Local/CRST/COVISA (Vigilância em Saúde do Trabalhador junto com Serviços de Saúde).

Usar bom senso: priorizar locais com maior incidência, casos graves.

- **Intoxicação Crônica Relacionada ao Trabalho**
- **Doenças Relacionadas ao Trabalho relevantes**

# Notificação de Suspeita e DRT

*Relevância: fazer com que o profissional de saúde pense em DRT, propiciar o seguimento de pacientes suspeitos até a confirmação e visualizar a distribuição das DRT no município e os setores com maior incidência.*

- **Implantação:** priorização e planejamento locorregional.
- **Capacitação inicial:** encontros centrais das 26 SUVIS
- **SUVIS:** responsabilidade = capacitação dos serviços de Saúde do SUS e fora do SUS, abordagem de serviços com definição de cronograma. Digitação em futuro próximo.
- **CRST:** Revisão de FIE, participar da implantação na RAS, instituições de ensino da saúde, de privados prioritários; matriciamento da ST na RAS, digitação durante implantação.
- **Conteúdo:** Qualificação da notificação de AT e Intoxicações; Suspeita e Doença Relacionada ao Trabalho; 6 prioridades nacionais.

# Área Técnica em Saúde do Trabalhador

Tel.: 33972262 - 34346916

E-mail: [saudedotrabalhador@prefeitura.sp.gov.br](mailto:saudedotrabalhador@prefeitura.sp.gov.br)

Site: [www.prefeitura.sp.gov.br/saude/strabalhador](http://www.prefeitura.sp.gov.br/saude/strabalhador)

Sheila Duarte Pereira



## **Importante na FIE de Suspeita e DRT:**

Identificação do: **trabalhador, empregador, empresa principal, se terceiro e local** de trabalho se diverso.

Descrever **ocupação**, além do CBO e

**O que a empresa/empregador faz** e CNAE, quando possível

## **Informações Complementares e Observações**

**Nº da FIE específica** - casos confirmados com ficha própria.

**Local/endereço de trabalho** se diferente da empresa contratante e principal.

Registrar se:

- Houveram outros casos similares no local de trabalho e atividade
- O trabalhador já teve outras doenças ou acidentes relacionados ao trabalho
- O trabalhador foi transferido ou demitido após apresentar sintomas da doença



**Definição de caso:** Conjunto de doenças pulmonares causadas pelo acúmulo de poeira nos pulmões e reação tissular à presença dessas poeiras, presentes no ambiente de trabalho. Podem abranger os seguintes grupos:  
 a) Pneumoconiose: causada pela inalação de poeiras contendo sílica livre cristalina.  
 b) Pneumoconiose dos trabalhadores do carvão: causada pela inalação de poeiras de carvão mineral.  
 c) Asbestose: causada pela inalação de fibras de asbesto ou amianto  
 d) Pneumoconiose devido a outras poeiras inorgânicas: berilose (exposição ao berílio); siderose (exposição a fumos de óxido de ferro) e estanhose (exposição a estanho).  
 e) Pneumoconiose por poeiras mistas: englobam pneumoconioses com padrão radiológicos diferentes, de opacidades regulares e irregulares, devidas à inalação de poeiras de diversos tipos de minerais, com significativo grau de contaminação por sílica livre, porém sem apresentar o substrato anátomopatológico típico de silicose.

**Dados Gerais**

1 Tipo de Notificação 2 - Individual

2 Agravado/doença **DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO/ Pneumoconioses** Código (CID 10) **J64** 3 Data de Notificação

4 UF 5 Município de Notificação Código (IBGE)

6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) Código 7 Data do Diagnóstico

**Notificação Individual**

8 Nome do Paciente 9 Data de Nascimento

10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano 11 Sexo M - Masculino F - Feminino 1 - Ignorado 12 Gestante 1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 13 Raça/Cor 1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado

14 Escolaridade 1 - Analfabeto 2 - Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 3 - 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 4 - 5ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 5 - Ensino médio fundamental completo (antigo ginásio ou 1º 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

**Dados de Residência**

17 UF 18 Município de Residência Código (IBGE) 19 Distrito

20 Bairro 21 Logradouro (rua, avenida, ...) Código

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 - Periurbana 9 - Ignorado 30 País (se residente fora do Brasil)

**Dados Complementares do Caso**

31 Ocupação

32 Situação no Mercado de Trabalho 01 - Empregado registrado com carteira assinada 05 - Servidor público estatista 09 - Cooperativado 33 Tempo de Trabalho na Ocupação 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano  
 02 - Empregado não registrado 06 - Aposentado 10 - Trabalhador avulso  
 03 - Autônomo com carteira própria 07 - Desempregado 11 - Empregado  
 04 - Servidor público estatutário 08 - Trabalho temporário 99 - Ignorado 12 - Outros

**Dados da Empresa Contratante**

34 Registro/ CNPJ ou CPF 35 Nome da Empresa ou Empregador

36 Atividade Econômica (CNAE) 37 UF 38 Município Código (IBGE)

39 Distrito 40 Bairro 41 Endereço

42 Número 43 Ponto de Referência 44 (DDD) Telefone

45 O Empregador é Empresa Terceirizada 1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9 - Ignorado

**Ant. Epit.**

46 Agravos Associados  Limitação crônica ao fluxo aéreo  Câncer  Tiroide  
 Tuberculose  Artrite reumatóide  Outras: \_\_\_\_\_

47 Tempo de Exposição ao Agente de Risco 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano 48 Regime de Tratamento 1 - Hospitalar 2 - Ambulatorial

**Pneumoconioses**

49 A exposição a poeiras e minerais ocorreu em um ou mais vínculos distintos da empresa  50 Especificar

51 Agentes de Exposição 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado   Silica  Poeiras de carvão mineral  Metais duros (cobalto, stânio, tungstênio)  Berílio  
 Asbesto  Poeiras mistas (silicatos, talco)  Poeiras de abrasivos  Poeiras orgânicas

52 Hábito de Fumar 1 - Sim 2 - Não 3 - Ex-fumante 9 - Ignorado 53 Tempo de Exposição ao tabaco 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano

54 Confirmação Diagnóstica 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado 55 Diagnóstico Específico  
 Radiografia de tórax  Biópsia pulmonar  Tomografia de tórax de alta resolução CID 10 \_\_\_\_\_

56 Há ou Houve Outros Trabalhadores com a mesma Doença no Local de Trabalho 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado 57 Avaliação funcional (prova de função pulmonar) 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado 58 Resultado da avaliação funcional 1 - Normal 2 - Alterada

**Conclusão**

59 Conduta Geral  Afastamento do agente do risco com mudança de função/ou posto de trabalho  Adoção de mudança na organização do trabalho  Adoção de proteção coletiva  Afastamento do local de trabalho  Adoção de proteção individual  Nenhum  Outros: \_\_\_\_\_

60 Evolução do Caso 1 - Cura 2 - Cura não confirmada 3 - Incapacidade Temporária 4 - Incapacidade Permanente Parcial 5 - Incapacidade Permanente Total 6 - Óbito por doença relacionada ao trabalho 7 - Óbito por Outra Causa 8 - Outro 9 - Ignorado

61 Se Óbito, Data 62 Foi emitida a Comunicação de Acidente de Trabalho 1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9 - Ignorado

**Informações complementares e observações**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Investigador**

Município/Unidade de Saúde \_\_\_\_\_ Cód. da Unid. de Saúde \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ Função \_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_

Definição de caso: É a diminuição gradual da acuidade auditiva, decorrente da exposição continuada a níveis elevados de ruído no ambiente de trabalho. É sempre neurossensorial, irreversível e passível de não progressão uma vez cessada a exposição ao ruído.

**Dados Gerais**

1 Tipo de Notificação 2 - Individual

2 Agravado(a) **DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO/ PAIR** 3 Código (CID10) **H83.3** 3 Data da Notificação

4 UF 5 Município de Notificação 6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) 7 Código (IBGE) 7 Data do Diagnóstico

8 Nome do Paciente 9 Data de Nascimento

**Notificação Individual**

10 (ou) Idade 11 Sexo 12 Constante 13 Raça/Cor 14 Escolaridade 15 Número do Cartão SUS 16 Nome da mãe

**Dados de Residência**

17 UF 18 Município de Residência 19 Código (IBGE) 19 Distrito 20 Bairro 21 Logradouro (rua, avenida, ...) 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 30 País (se residente fora do Brasil)

**Dados Complementares do Caso**

31 Ocupação

32 Situação no Mercado de Trabalho 33 Tempo de Trabalho na Ocupação

**Dados da Empresa Contratante**

34 Registro/ CNPJ ou CPF 35 Nome da Empresa ou Empregador 36 Município 37 UF 38 Atividade Econômica (CNAE) 39 Distrito 40 Bairro 41 Endereço 42 Número 43 Ponto de Referência 44 (DDD) Telefone 45 O Empregador é Empresa Terceirizada 46 Agravos Associados 47 Tempo de Exposição ao Agente de Risco 48 Regime de Tratamento

**Perda Auditiva Induzida Pelo Ruído - PAIR**

49 Tipo de Ruído Predominante 1-Ruído Contínuo 2-Ruído Intermitente 3-Ambos 9-Ignorado

50 Exposição Concomitante a Ruído e: Solvente a Base de Tolueno Metais Pesados Medicamentos Ototóxicos

51 Sintomas 52 Diagnóstico Específico

53 Houve afastamento do trabalho para tratamento? 54 Tempo de Afastamento do Trabalho para Tratamento

55 Com Afastamento do Trabalho 56 Há ou Houve Outros Trabalhadores com a mesma Doença no Local de Trabalho

57 Conduta Gest. 58 Evolução do Caso

59 Data do óbito 60 Foi emitida a Comunicação de Acidente de Trabalho

**Informações complementares e observações**

61

62

63

64

65

66

67

68

69

70

71

72

73

74

75

76

77

78

79

80

**Investigador**

Município/Unidade de Saúde Cód. da Unid. de Saúde

Nome Função Assinatura

DRT\_PAR\_NET 15/12/2006 MR COREL Doença Relacionada ao Trabalho/ PAIR Sinan NET SVS 27/09/2005







