



GABINETE DE ESTRATÉGIA E PLANEAMENTO

ACIDENTES DE TRABALHO LEGISLAÇÃO ANTIGA E SÉRIE RETROSPECTIVA

Katia Blanco
(katia.blanco@gep.mtsss.pt)

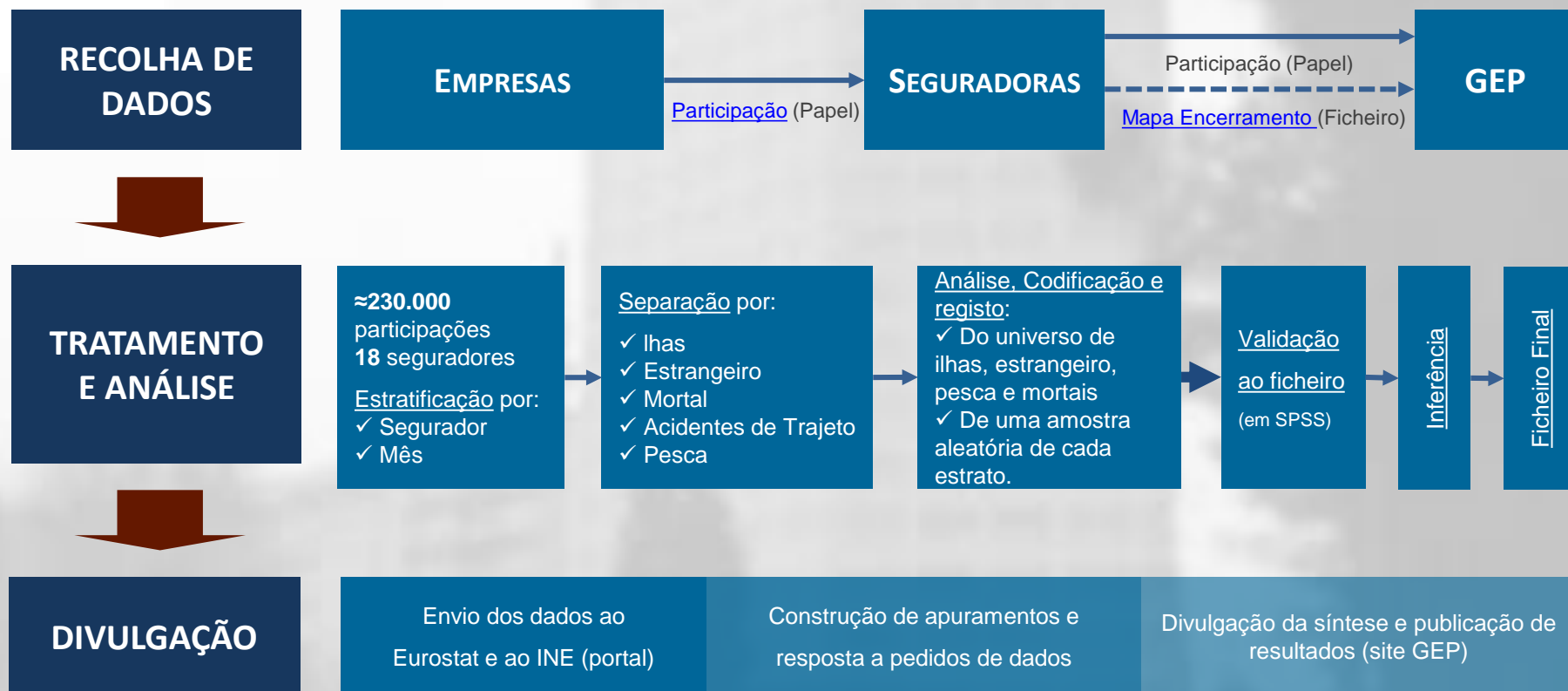


NOTA INTRODUTÓRIA

- ✓ O GEP TEM, ENTRE OUTRAS COMPETÊNCIAS, A **PRODUÇÃO DE INFORMAÇÃO ESTATÍSTICA NA ÁREA DO TRABALHO**
- ✓ A INFORMAÇÃO QUE AQUI SE APRESENTA TEM POR FONTE O PROJETO DE **ACIDENTES DE TRABALHO**
- ✓ RESPEITA A METODOLOGIA EUROPEIA – **ESTATÍSTICAS EUROPEIAS DE ACIDENTES DE TRABALHO (EEAT)**
- ✓ DECORRE DA ANÁLISE, CODIFICAÇÃO E REGISTO DAS **PARTICIPAÇÕES DE ACIDENTES DE TRABALHO** REMETIDAS PELAS **SEGURADORAS OU PELAS ENTIDADES PÚBLICAS** E DOS **MAPAS DE ENCERRAMENTO DOS PROCESSOS**



PROCESSO DE PRODUÇÃO DE INFORMAÇÃO ESTATÍSTICA





PARTICIPAÇÃO

**GABINETE DE ESTRATÉGIA E PLANEAMENTO DO
MINISTÉRIO DO TRABALHO E SOLIDARIEDADE SOCIAL**

ACIDENTES DE TRABALHO

PARTICIPAÇÃO DO ACIDENTE

ATENÇÃO
Não preencher nas
zonas sombreadas

IDENTIFICAÇÃO DA ENTIDADE SEGURADORA OU EQUIPARADA

Nome _____
Endereço a que o acidentado se encontra vinculado _____
Aptidão Nº _____ Ramo _____

1. Nº de identificação da Ent. Seguradora ou equiparada _____
2. Nº de identificação do Acidente _____
3. Data ocorrência _____
4. Hora início _____

IDENTIFICAÇÃO DO SEGURADO OU ENTIDADE EMPREGADORA

3. Nome _____
4. Nº de Pessoa Coletiva _____
5. Nº de Pessoas ao Serviço de Entidade Empregadora _____
6. Endereço do Estabelecimento a que o sinistrado se encontra vinculado _____
Código Postal _____ Concelho _____
7. Atividade Principal do Estabelecimento _____

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRADO

8. Nome _____ 9. Nacionalidade _____ 10.

10. Residência _____
COOIGO POSTAL _____

11. Nacionalidade _____ 12. SEXO M F

13. Data de Nascimento _____ 14. Bilhete de Identidade _____ 15. Data de Admissão ao Serviço _____
Ano Mês Dia Ano Mês Dia Ano Mês Dia

16. Estado Civil _____ 17. Tem Dependentes a Cargo Sim Não

18. Se é Administrador, Gerente ou Familiar do Segurado, indique qual: _____

19. Situação Profissional _____ 20. Horário praticado pelo sinistrado no momento do acíd _____
1. Trabalhador por conta de outrem _____
2. Trabalhador por conta própria _____
3. Familiar não remunerado _____
4. Estagiário _____
5. Praticante / Aprendiz _____
6. Outra situação _____

1. Em período normal _____
2. Em turno fixo _____
3. Em turno rotativo _____
4. Outro horário _____

21. Profissão _____ 21.

22. Salários, assinalar a periodicidade de pagamento e indique o montante em cada situação

Salário Base _____ € Mensal Diário Horário

Sub. Alm. / mês _____ € Outras remun. / mês _____ € Subsidio Férias _____ €
Nº meses/ano _____ Subsidio Natal _____ €
Salário Líquido _____ €

23. No caso de se verificar alguma das seguintes situações, indique o montante de salários

Se o salário não for REGULAR, indique a MÉDIA DOS ÚLTIMOS 12 MESES _____ €
Se o sinistrado for ALTERNADO ou TRICORRENTE, indique o SALÁRIO MENSAL MÍNIMO DE TRICORRENTE _____ €
Se o sinistrado for MENOR (de 18 anos) e não for aprendiz ou estudante, indique o SALÁRIO MÍNIMO DE TRABALHADOR POR CONTRATO DE EMPREGO _____ €

24. Desde quando auferir o salário citado _____
Ano _____ Mês _____ Dia _____

Empresa
(CAE, Dim. Emp.,...)

Sinistrado
(Idade, Sexo, CPP,
...)

**GABINETE DE ESTRATÉGIA E PLANEAMENTO DO
MINISTÉRIO DO TRABALHO E SOLIDARIEDADE SOCIAL**

DADOS DO ACIDENTE

25. Data e hora do acidente _____ 26. Data e hora em que deixou de trabalhar em consequência do acidente _____
Ano Mês Dia Hora (de 0 a 24) Ano Mês Dia Hora (de 0 a 24)

27. Se o acidente não ocorreu no estabelecimento onde habitualmente trabalha, indique:

1. Em serviço, no exterior do estabelecimento 2. No trajeto residência / trabalho ou vice-versa 3.

Local _____ Destino _____ Concelho _____ Freguesia _____
Local (nome propriedade - caso de sítios agrícolas) _____ Localidade _____

28. Quem prestou o 1.º socorro _____
29. Ficou hospitalizado Sim Não 30. Se, sim, Estabelecimento Hospitalar _____
31. Número total de vítimas do acidente _____ 32. O acidente foi de viação Sim Não

33. O sinistrado deslocava-se em veículo motorizado de 2 rodas Sim Não

34. Se respondeu sim à questão 32, e se o acidente foi de responsabilidade de terceiros, i)

Nome e morada do responsável: _____
Matrícula do veículo: _____ Número de Aptidão: _____ Seguradora: _____

34.1 Se houve intervenção de autoridades, especifique _____

TIPO E AMBIENTE DE TRABALHO

35. Que tipo de trabalho estava o sinistrado a fazer no momento do acidente (ex: construção de prédios, reparação de edifícios, montagem de peças, limpeza, armazenamento, etc.) _____

36. Onde estava o sinistrado no momento do acidente (oficina, escadas, estaleiros, andaimes, túneis, minas, a bordo de um navio, de um barco de pesca, exploração agrícola, etc.) _____

36.1 Trabalho em Altura
36.2 Atividade de Pesca

CIRCUNSTÂNCIAS DO ACIDENTE

37. Descreva pormenorizadamente o acidente mencionando designadamente os acontecimentos que lhe deram origem, a tarefa que o sinistrado executava no momento do acidente e também os acontecimentos que conduziram à lesão, mencionando as substâncias, os equipamentos, as ferramentas que usava (tipo de ferramenta, máquina, etc.) _____

38. Indique o objeto próximo que provocou o acidente e conduziu à lesão (ex: pregos, facas, escadotes, martelos, limaças, andaimes, etc.) _____

39. Indique o modo como a vítima foi lesionada, fisicamente ou por choque psicológico, por soterramento, pancada por objeto que cai e indique também o agente material que provocou a lesão mais grave, mencionando as substâncias, os equipamentos, as ferramentas, etc. _____

40. Assinale a situação correspondente à tarefa descrita

1. A habitualmente exercida 2. Ocasionalmente exercida 3. Outra situação

41. Indique o número de horas executadas até ao momento do acidente

1. De forma ininterrupta (sem intervalos) _____ 2. Total já executadas _____

DETALHES DA LESÃO

Indique conforme instruções: 42. Natureza da lesão _____ 43. Parte do corpo atingida _____

CONSEQUÊNCIAS DO ACIDENTE À DATA DA DECLARAÇÃO

44. Sem sintomas / sequelas Análise de 1 a 3 dias Análise de 4 a 10 dias Análise de 11 dias ou mais Incapacidade permanente Morto

Nome e assinatura do Segurado ou Legal Representante _____ Nome do responsável pelo preenchimento da informação por parte do Segurado ou de Entidade Empregadora _____

Acidente
(Data, Localização,
Hora, ...)

Causas e
Circunstâncias





MAPA DE ENCERRAMENTO

ACIDENTES DE TRABALHO

MAPA DE ENCERRAMENTO DE PROCESSO

Entidade Seguradora ou equiparada _____

Nº de identificação _____

Ano _____ Mês _____

Código de Tipo de Informação (1)	Nº de identificação do acidente (2)	Código da Entidade Empregadora (nº pessoa colectiva ou entidade equiparada) (3)	Data do Acidente (4)			Data da baixa médica (5)			Data da alta médica ou data da morte (6)			Número de dias perdidos (7)	Código da lesão produzida (8)	Código da parte do corpo atingida (9)	Código da consequência do acidente (10)	% de incapacidade definitiva ou previsível (11)
			Ano	Mês	Dia	Ano	Mês	Dia	Ano	Mês	Dia					
____	_____ Ano Nº de ordem	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
____	_____ Ano Nº de ordem	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
____	_____ Ano Nº de ordem	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Consequências
(dias perdidos,
natureza da lesão,
parte do corpo atingida)



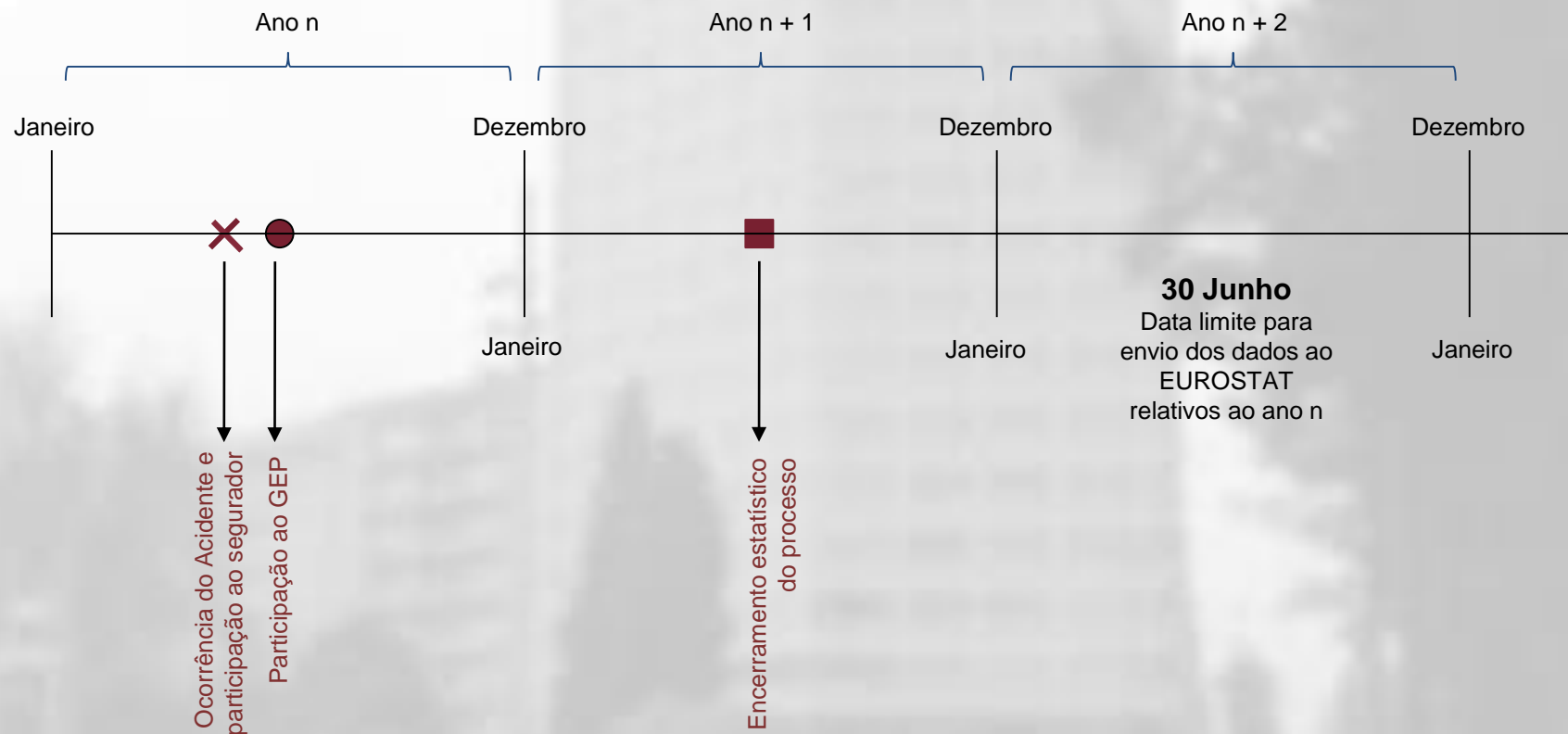


UNIÃO DOS DOIS MOMENTOS





CRONOGRAMA DO PROJETO DE ACIDENTES DE TRABALHO (ATÉ AT 2017)





ALGUMAS ESTATÍSTICAS

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Acidentes de trabalho									
Total de acidentes de trabalho	240 018	217 393	215 632	209 183	193 611	195 578	203 548	208 457	207 567
Acidentes de trabalho mortais	231	217	208	196	175	160	160	161	138
Taxa de incidência dos acid. de trab.									
Total de acidentes de trabalho	5 478,1	5 148,5	5 202,0	5 241,8	5 198,8	4 415,5	4 523,8	4 582,8	4 507,2
Acidentes de trabalho mortais	5,3	5,1	5,0	4,9	4,7	3,6	3,6	3,5	3,0
Dias de trabalho perdidos									
Total de acid. de trab. com dias perdidos	174 916	160 295	150 304	145 212	132 844	130 532	137 345	142 031	142 647
Total de dias perdidos	7 156 003	6 643 227	6 088 165	5 632 280	5 161 343	4 986 266	5 324 131	5 459 744	5 333 835
Média de dias de trabalho perdidos	40,9	41,4	40,5	38,8	38,9	38,2	38,8	38,4	37,4

2008 vs 2016

Valores Absolutos

Total de AT

 **15,6%**

AT Mortais

 **67,4%**

Taxa de Incidência

Total de AT

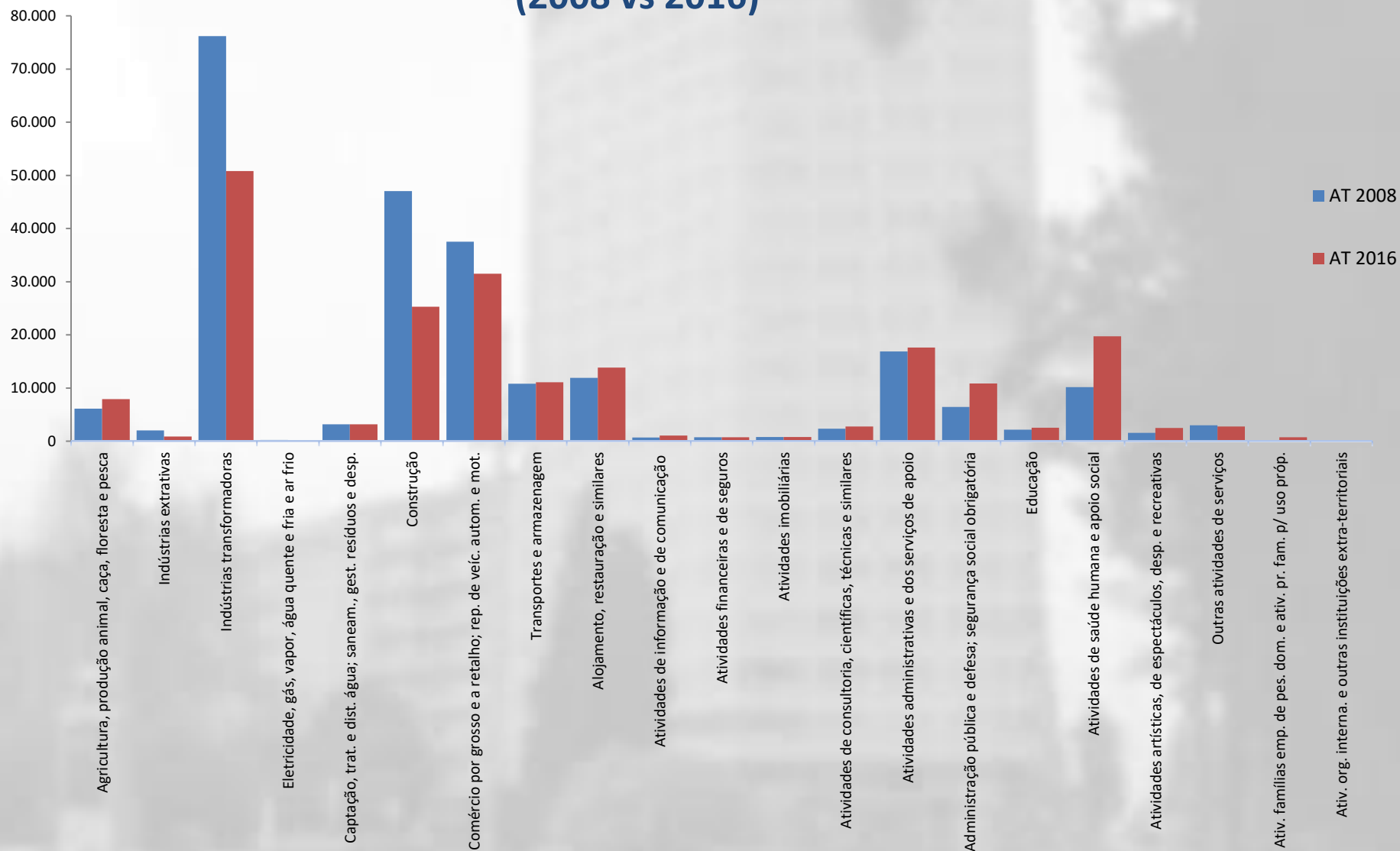
 **970,9**

AT Mortais

 **2,3**

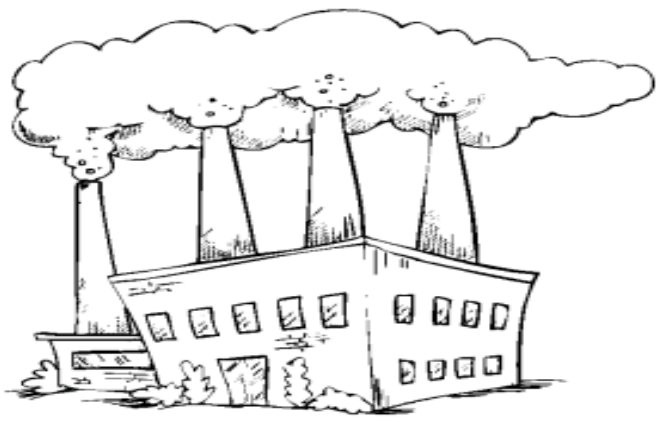


Distribuição do Total de AT por CAE (2008 vs 2016)





CAUSAS E CIRCUNSTÂNCIAS EM QUE OCORREU O AT



		Total AT		AT Mortais	
		2008	2016	2008	2016
AMBIENTE DE TRABALHO	Zona industrial	105 815	64 065	25	26
	Local de atividade terciária, escritório, entretenimento, diversos	38 994	39 746	1	1
	Estaleiro, construção, pedra, mina a céu aberto	48 551	25 210	87	36
	Área Agrícola, produção animal, piscicultura, zona florestal	5 727	6 796	15	17
	No ar, em altura, c/ exclusão dos estaleiros	5 913	6 366	14	21
	Local público	15 371	12 747	76	30
ATIVIDADE FÍSICA ESPECÍFICA	Movimento	55 645	54 328	41	24
	Transporte manual	53 194	50 207	9	8
	Trabalho com ferramentas de mão	63 627	49 108	47	32
	Manipulação de objetos	32 477	26 393	27	12
	Condução/presença a bordo meio transporte - equip. de movimentação	8 111	7 461	61	33
DESVIO	Movimento do corpo sujeito a constrangimento físico	63 430	62 530	1	0
	Perda controlo de máq., meio transp. - equip. manuseado, ferramenta manual, objeto, animal	69 102	45 723	110	33
	Escorregamento ou hesitação com queda, queda de pessoa	40 653	36 578	46	38
	Movimento do corpo não sujeito a constrangimento físico	23 040	22 008	10	29
	Rutura, arrombam., rebentam., resvalam., queda, desmoronam. agen. material	10 602	7 743	35	29
AGENTE MATERIAL DO DESVIO	Materiais, obj., prod., comp. de máq. - estilhaços, poeiras	68 396	44 975	22	23
	Disposit. transporte e armazenamento	22 463	15 337	12	10
	Ferramentas manuais - não motorizadas	15 540	12 341	2	0
	Máquinas e equipamentos - portáteis ou móveis	1 310	384	9	13
	Veículos terrestres	7 615	3 340	82	26
CONTACTO	Constrangimento físico do corpo, constrang. psíquico	64 125	63 270	1	0
	Esmagam. movim. vertical/horizontal sobre/contra obj. imóvel	57 198	52 666	67	51
	Pancada por objeto em movimento, colisão com	49 081	31 483	86	32
	Contacto com agente material cortante, afiado, áspero	37 047	28 359	2	2
	Entalão, esmagamento, etc.	16 268	11 917	26	36
AGENTE MATERIAL DO CONTACTO	Materiais, objetos, produtos, componentes de máquina - estilhaços, poeiras	59 036	56 927	33	23
	Edifícios, construções, superfícies - ao nível do solo	36 888	39 216	44	44
	Veículos terrestres	4 392	3 186	71	22



Muito obrigada

Gabinete de Estratégia e Planeamento (www.gep.mtsss.gov.pt)