

Comissão de Ética de Enfermagem:

- I. Promover a divulgação das finalidades e competências da CEE na instituição e de seus respectivos membros;
- II. Divulgar o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e demais leis, decretos, resoluções, decisões, normas disciplinares e éticas do exercício profissional oriundas do COFEN e COREN-SP;
- III. Promover e/ou participar de reuniões e atividades similares, que visem discutir e interpretar o Código de Ética, para melhor compreensão de questões éticas e disciplinares, encaminhando relatório da atividade realizada ao COREN-SP;
- IV. Colaborar com o COREN-SP nas atividades de divulgar, educar, discutir e orientar sobre temas relativos à ética na enfermagem;
- V. Fiscalizar o cumprimento do Código de Ética dos profissionais de enfermagem e das demais determinações do COFEN e COREN-SP;
- VI. Assessorar a Coordenação de enfermagem da instituição no que se refere às questões de ética profissional;
- VII. Realizar orientações aos clientes, familiares e comunidade, no que se refere às questões éticas, sempre que necessário;
- VIII. Promover orientações aos profissionais de enfermagem sobre o exercício profissional ético e as implicações advindas de atitudes contrárias ao Código de Ética;
- IX. Apreciar e emitir parecer sobre questões éticas referentes à Enfermagem;
- X. Analisar e emitir parecer técnico sobre desenvolvimento de projetos de pesquisas que envolvam os profissionais de enfermagem sempre que solicitado;
- XI. Zelar pelo exercício ético dos Profissionais de Enfermagem na Instituição, averiguando condições de trabalho e sua compatibilidade com desempenho

- profissional, bem como a qualidade do atendimento dispensado ao cliente e família;
- XII. Comunicar formalmente ao COREN-SP indícios de exercício ilegal da profissão, e/ou quaisquer indícios de infração da Lei do exercício profissional e de outros documentos afins;
- XIII. Comunicar formalmente ao COREN-SP ausência de condições de trabalho da equipe de enfermagem que comprometam a qualidade da assistência prestada ao cliente e familiares;
- XIV. Realizar sindicâncias para averiguar questões relacionadas a comportamento e atitudes de profissionais de enfermagem contrárias ao previsto no Código de Ética de enfermagem, instruí-la e elaborar relatório final, sem emitir juízo, encaminhando-o à Coordenação de Enfermagem para as providências administrativas, se houver, e ao COREN-SP para providencias conforme norma própria;
- XV. Encaminhar anualmente ao COREN-SP e a Coordenação de Enfermagem, o relatório das atividades desenvolvidas no ano em curso, até o dia 15 do mês de janeiro do ano seguinte;
- XVI. Solicitar assessoramento da Comissão de Ética do COREN-SP quando necessário;
- XVII. Solicitar ao Presidente do COREN-SP apoio técnico e da Superintendência Técnica da Instituição apoio de logística, para viabilizar o desempenho das funções da CEE;
- XVIII. Propor e participar à Coordenação de Enfermagem, ações educativas sobre ética junto à equipe de enfermagem da instituição;
- XIX. Organizar e realizar pleito eleitoral para Comissão de Ética sucessora;

Coordenação de Enfermagem Compete:

- I. Ser responsável técnico pelo Serviço de Enfermagem;
- II. Organizar e dirigir o Serviço de Enfermagem, incentivando o trabalho em equipe;
- III. Executar o dimensionamento do Quadro de Enfermagem, atualizando-o anualmente no planejamento estratégico;
- IV. Supervisionar a descrição e a atualização regular de normas, rotinas e procedimentos técnicos;
- V. Analisar e avaliar os cuidados de enfermagem prestados aos pacientes;
- VI. Desenvolver o planejamento estratégico anual, mensurando o seu cumprimento;
- VII. Colaborar com as Diretorias Técnicas,
- VIII. Passar visita diariamente em todas as Unidades;
- IX. Desenvolver o programa de reuniões e canal aberto com a equipe de Enfermagem;
- X. Interagir com as demais equipes multiprofissionais de apoio para facilitar e agilizar o atendimento ao paciente e ou usuário do serviço;
- XI. Prever materiais, medicamentos e equipamentos necessários ao funcionamento das diversas Unidades, junto às Chefias de Serviços;
- XII. Incentivar a elaboração e a divulgação dos indicadores de qualidade em todas as Unidades e acompanhar os resultados;
- XIII. Desenvolver programas de auditoria dos processos de Enfermagem;
- XIV. Fazer cumprir a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE;
- XV. Assegurar o pleno e autônomo funcionamento da Comissão de Ética em Enfermagem;

- XVI. Desenvolver programas de atendimento humanizado;
- XVII. Supervisionar as Equipes de Enfermagem, a fim de colaborar em suas decisões;
- XVIII. Realizar avaliação de desempenho trimestralmente da equipe de enfermagem.

Ao Enfermeiro RT (Responsável Técnico) Compete:

- I. Desenvolver ações que facilitem a integração entre os profissionais de enfermagem;
- II. Favorecer a integração entre a Unidade de Saúde e o Conselho Regional de Enfermagem;
- III. Assegurar que as ações de enfermagem ocorram de acordo com o código de ética de enfermagem;
- IV. Acompanhar a implementação de Protocolos e Rotinas Assistenciais de enfermagem elaborados pela Instituição e Secretaria Municipal de Saúde por meio da Divisão de Enfermagem;
- V. Manter atualizada junto ao COREN-SP a relação de profissionais de enfermagem que atuam nas Unidades;
- VI. Viabilizar aos profissionais de enfermagem treinamentos sistematizados, propiciando um melhor desenvolvimento de suas atividades.

O Enfermeiro Exerce Todas as Atividades de Enfermagem, Cabendo-lhe PRIVATIVAMENTE:

- I. Planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da

- assistência de enfermagem;
- II. Consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de enfermagem;
 - III. Sistematizar a Assistência de Enfermagem;
 - IV. Consulta de enfermagem;
 - V. Prescrição da assistência de enfermagem;
 - VI. Cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de morte;
 - VII. Cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas;

Especificidades Para Atendimento Em Atenção Básica:

- I. Desenvolver ações que facilitem a integração entre a equipe de saúde e a comunidade considerando as características e as finalidades do trabalho na atenção básica;
- II. Atuar no desenvolvimento das atividades de planejamento e avaliação das ações de saúde, no âmbito da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde;
- III. Desenvolver ações de promoção da saúde, conforme plano de ação da equipe, por meio de atividades educativas, com estímulo à participação comunitária e trabalho intersetorial, visando melhor qualidade de vida da população e garantir sua certificação;

- IV. Desenvolver ações de prevenção e monitoramento dirigidas às situações de risco para a população, conforme plano de ação da equipe;
- V. Desenvolver ações de recuperação e reabilitação da saúde da população, conforme o planejamento da equipe de saúde;
- VI. Desenvolver monitoramento dos indicadores de saúde, avaliando impacto das ações planejadas.

Ao Profissional Enfermeiro Supervisor Compete:

- I. Coordenar os serviços desenvolvidos pelos profissionais Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem nas Unidades afins;
- II. Passar visita nos setores sob sua supervisão diariamente;
- III. Auditar os procedimentos de enfermagem e aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE, bem como os prontuários;
- IV. Executar diariamente remanejamento dos profissionais e checagem das escalas de trabalho;
- V. Supervisionar as escalas de serviço desenvolvidas pelos profissionais enfermeiros;
- VI. Participar das reuniões científicas ou administrativas e passar as informações devidas à equipe de trabalho;
- VII. Desenvolver reuniões com técnicos, auxiliares e profissionais enfermeiros trimestralmente e ou quando se fizer necessário;
- VIII. Colaborar com a Coordenadoria de Enfermagem no desempenho de suas atividades,
- IX. Avaliar técnicas e rotinas de Serviço,

- X. Registrar ocorrências e alterações no tratamento aos pacientes;
- XI. Colaborar com o desenvolvimento do planejamento estratégico das Unidades afins;
- XII. Realizar avaliação trimestralmente do desempenho da equipe de enfermagem.
- XIII. Realizar relatório mensal pontuando as dificuldades encontradas e mensalmente definir junto a coordenação estratégias de desempenho para qualificar o serviço.

Ao Profissional Enfermeiro da CCIH Compete:

- I. Elaborar normas para prevenção e controle de infecções hospitalares.
- II. Coletar materiais suspeitos de contaminação para investigação epidemiológica.
- III. Realizar visitas às unidades de internação e aos diversos setores da Instituição para detectar inadequações, bem como fornecer recomendações, realizando o treinamento em serviço.
- IV. Avaliar e orientar medidas de isolamento e precauções junto à equipe multiprofissional.
- V. Elaborar planos de limpeza, desinfecção e esterilização para os diversos setores da Instituição.
- VI. Normalizar, junto com outros membros da CCIH/SCIH, o uso dos germicidas hospitalares.
- VII. Avaliar, treinar e orientar profissionais de saúde quanto a procedimentos de limpeza, desinfecção e esterilização.
- VIII. Elaborar e desenvolver projetos de pesquisa em controle de infecções hospitalares.
- IX. Manter-se atualizado na área de controle de infecções hospitalares.

M

- X. Executar outras tarefas da mesma natureza e mesmo nível de complexidade, conforme atribuições inerentes ao Enfermeiro previstas na Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986.

Especificidades Para Atendimento em Urgência e Emergência:

- I. Coordenar as atividades de enfermagem do seu plantão, mantendo a programação estabelecida;
- II. Passar visita em todos os pacientes da sala vermelha e ou emergência levando em conta suas necessidades;
- III. Participar diretamente da assistência aos pacientes graves prestando cuidados especiais e acompanhando sua evolução;
- IV. Realizar visita clínica conjuntamente com equipe multiprofissional aos pacientes;
- V. Auxiliar a equipe de enfermagem no desempenho de suas atividades, orientando-os e treinando-os no que se fizer necessário;
- VI. Avaliar a assistência junto à equipe de enfermagem sob sua responsabilidade;

À (Ao) Enfermeira (o) Compete:

- I. Atender às solicitações da Coordenação de Enfermagem;
- II. Visitar diariamente os pacientes da Unidade, executando a SAE;
- III. Planejar a escala de serviço da Unidade;
- IV. Supervisionar a realização dos procedimentos técnicos;

- V. Prestar assistência ao paciente respeitando os princípios técnicos, éticos e científicos;
- VI. Elaborar rotinas e técnicas, e revisá-las periodicamente, em intervalos máximos de um ano;
- VII. Participar dos programas de Educação Continuada;
- VIII. Elaborar os planos de assistência de enfermagem aos pacientes;
- IX. Acompanhar as visitas médicas sempre que possível e/ou solicitada;
- X. Assistir a passagem de plantão;
- XI. Controlar a assiduidade, pontualidade e disciplina dos funcionários sob sua responsabilidade;
- XII. Requisitar materiais e medicamentos;
- XIII. Controlar os equipamentos, materiais e medicamentos;
- XIV. Promover reuniões periódicas com os funcionários sob sua responsabilidade;
- XV. Atender ao público e às visitas aos pacientes;
- XVI. Realizar avaliação de desempenho trimestral da equipe de técnicos de enfermagem de seus respectivos setores.

Ao Técnico de Enfermagem, Auxiliar de Enfermagem Compete:

- I. Assistir a passagem de plantão;
- II. Receber os pacientes admitidos e orientá-los na Unidade;
- III. Executar os cuidados de enfermagem que foram planejados;

- IV. Executar procedimentos de Enfermagem de sua competência;
- V. Preparar os pacientes para os exames complementares de diagnóstico;
- VI. Realizar cuidados de higiene e alimentação dos pacientes;
- VII. Colaborar com a (o) Enfermeira (o) no cumprimento da escala de serviço e prescrição de enfermagem;
- VIII. Comunicar a (o) Enfermeira (o) anormalidades com o paciente;
- IX. Anotar no prontuário do paciente os cuidados prestados e as observações;
- X. Anotar no prontuário, diariamente, os materiais e medicamentos gastos na execução de técnicas;
- XI. Zelar pela manutenção e limpeza das dependências da Unidade;
- XII. Zelar pelos equipamentos de sua unidade;
- XIII. Atender o público e visitas dos pacientes;

Do Pessoal, Seus Requisitos e Deveres:

1- Os Requisitos Exigidos Para o Cargo de Coordenação de Enfermagem São:

- Certificado do COREN;
- Cursos de especialização em áreas afins as quais coordena;
- Experiência profissional de dois anos;
- Conhecimento específico e abrangente para a área de Coordenação;
- Competência técnica-científica, capacidade de liderança, relacionamento e

facilidade de trabalho em equipe;

- Habilidades humanizadas no atendimento e trato com pacientes e familiares.

2- Os Requisitos Exigidos Para o Cargo de Enfermeiro de Unidade São:

- Certificado do COREN;
- Ser especialista na área de escolha e ter visão abrangente nos cuidados ao paciente;
- Habilidades humanizadas no atendimento e trato com pacientes e familiares;
- Dinamismo, versatilidade, bom relacionamento e trabalho em equipe;
- Competência técnico-científica e qualidades para interagir e agir com rapidez;
- Ter experiência de um ano na área de atuação.

3- Os requisitos para o cargo de Técnico de Enfermagem são:

- Certificado do COREN dentro de sua categoria;
- Habilidades humanizadas no atendimento e trato com pacientes e familiares;
- Habilidades técnicas e conhecimento científico, liderança, espírito de cooperação, trabalho em equipe, disciplina, respeito à hierarquia;
- Ter experiência de seis meses na área de atuação.

4- Os Requisitos Para o Cargo de Auxiliar de Enfermagem São:

- Certificado do COREN dentro de sua categoria;
- Habilidades humanizadas no atendimento e trato com pacientes e familiares;
- Habilidades técnicas e conhecimento científico, liderança, espírito de cooperação, trabalho em equipe, disciplina, respeito à hierarquia;
- Ter experiência de seis meses na área de atuação.

Do Horário de Trabalho:

- I. O Serviço de Enfermagem manterá plantão durante as 24 (vinte e quatro) horas diárias em Serviço de Urgência e Emergência, as Unidades Básicas de Saúde, através de escalas e de acordo com a legislação trabalhista vigente no país e ou em consonância com o estabelecido em Convenção Coletiva da categoria.
- II. Todo funcionário do Serviço de Enfermagem deverá se apresentar ao trabalho devidamente uniformizado, com crachá de identificação e no horário determinado em escala.
- III. Os funcionários trabalharão de acordo com a escala elaborada mensalmente pela Enfermeira da Unidade e coordenação de enfermagem, seguindo a escala diária de trabalho específico.
- IV. Todo funcionário deverá prorrogar o seu plantão, em casos de emergência, se for determinado pela Enfermeira da Unidade e Coordenação.

Disposições Gerais:

O pessoal de enfermagem não poderá receber de clientes e familiares, pagamentos referentes aos serviços prestados durante sua jornada normal de trabalho.

O Regimento do Serviço de Enfermagem deverá ser cumprido por todos os funcionários do Serviço de Enfermagem.

Esse Regulamento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes, por implantação ou desativação de unidades ou serviços que desenvolvam atividades de enfermagem, ou ainda, por iniciativa da coordenação de enfermagem.

As alterações propostas neste artigo deverão ser submetidas à aprovação do Instituto ALPHA de Medicina para Saúde.

Os casos não previstos neste Regulamento serão resolvidos pela coordenação do Serviço de Enfermagem, em conjunto com o Instituto Alpha de Medicina para Saúde.

Este regulamento poderá ser aplicado aos funcionários dos órgãos e/ou entidades (públicas ou privadas) com os quais o Instituto venham a firmar contrato, termo ou qualquer instrumento jurídico, ficando à critério do ente público a adoção.

O presente Regulamento Interno entrará em vigor na data de sua publicação, no quadro de avisos de cada estabelecimento de saúde.

Instituto Alpha de Medicina para Saúde

8.7.2. Regimento Interno Institucional

Prezado Colaborador,

Este Regimento foi criado para te dar suporte e auxílio às suas dúvidas. Elencamos alguns itens, que julgamos serem importantes para seu entendimento e aprendizado.

Faça uma boa leitura e aproveite cada item para sua evolução pessoal e profissional.

Seja muito Bem vindo!!!

ADMINISTRAÇÃO DE PESSOAL

Admissão

Ao ingressar na empresa, todo colaborador passa por um período experimental de 45 dias, prorrogável por 45 dias, e seu desempenho é avaliado pelo superior imediato, efetivando ou não sua contratação, podendo ser admitido por Contrato de **Prazo Determinado**.

Horário de Trabalho

Cabe à todo Colaborador cumprir o horário estabelecido em seu contrato de trabalho.

Só será permitida mudança de horários, mediante autorização da chefia imediata.

As horas excedentes deverão ser solicitadas à empresa de acordo com a necessidade do trabalho e entrarão como banco de horas a ser gozado mediante autorização prévia da chefia imediata e em consonância com a Convenção Coletiva da categoria.

Registro de Ponto

O registro de ponto deverá ser marcado única e exclusivamente pelo Colaborador, devendo fazê-lo no início de seu horário de trabalho, no intervalo para almoço/janta, bem como no término da jornada, com tolerância de 10 minutos totais

diários.

Importante ressaltar que, são obrigatórias TODAS as marcações do ponto, sendo passível de sanções punitivas, as omissões diárias no sistema do ponto.

Importante ressaltar que todas as vezes que o Colaborador precisar se ausentar (consultas agendadas, visitas domiciliares, banco, etc...), deverá passar o ponto, registrando horário de sua saída. Sempre que ocorrerem tais situações, deverá ser preenchida a Justificativa de Ponto e solicitar a assinatura da Gerência da Unidade.

Banco de Horas

O saldo do banco de horas é informado no espelho de ponto, no final da página, após a validação da Empresa. Em caso de acúmulo de horas no período, o funcionário será notificado. Sempre que houver acúmulo de horas, positivas ou negativas, que não tenham sido geradas com autorização da Chefia, poderá ocorrer sanções punitivas de acordo com a Legislação (Carta de Orientação, Advertência, Suspensões)...

Ausências e Atrasos

As justificativas para faltas são obrigatórias e devem ser feitas mediante a apresentação de atestados, vistados pela chefia imediata e entregues, no prazo de 48 horas a partir da data da ocorrência.

Em caso de ausências legais (casamento, nascimento de filho, comparecimento à

Justiça, doação de sangue, morte familiares), a justificativa deverá ser fornecida por órgãos oficiais.

O abono dos dias, para os casos acima elencados seguirão de acordo com o estabelecido em Convenção Coletiva de cada categoria.

Serão aplicadas sanções Legais à Colaboradores que, eventualmente faltarem injustificadamente.

É expressamente proibida a prática de compensação de horas, para os casos de atrasos, tanto na entrada ao trabalho como no horário de repouso e alimentação.

Pagamento

Os salários serão pagos via conta corrente do Colaborador, sempre em consonância com o preconizado em Convenção Coletiva.

Benefícios

Concessão pelo empregador aos seus empregados, benefício denominado vale alimentação/ cesta básica sem caráter salarial através de cartão magnético cujo valor será creditado mensalmente dentro do cartão.

O Vale Alimentação será reajustado anualmente de acordo com a homologação da Convenção Coletiva.

O Crédito do cartão ocorrerá preferencialmente no primeiro dia útil do mês, podendo ser creditado também em data posterior, mas sempre dentro do mês vigente.

O pagamento do vale alimentação só será realizado caso o colaborador não exceda 02 faltas no mês injustificadamente.

Vale Transporte

A solicitação do Vale Transporte será feita através de Termo de Opção no ato da Contratação, especificando itinerário, número de conduções/dia, valor unitário e Empresa que opera o VT solicitado.

Os vales transporte serão fornecidos nos termos da Lei nº 7418.

O Vale Transporte será custeado pelo beneficiário, na parcela equivalente a 6% (seis por cento) de seu salário básico ou vencimento, excluídos quaisquer adicionais ou vantagens.

Férias

Após cada período de 12 meses de vigência do contrato de trabalho, o funcionário tem direito a férias sem prejuízo salarial e no melhor período para a empresa.

As férias poderão ter seus prazos negociados e devem ser programadas pelo empregador de acordo com o artigo 134 da CLT, lembrando que não poderá ser acumulado dois períodos de férias vencidas. O responsável por cada setor deverá comunicar as férias de seus subordinados à Administração de Pessoal com pelo menos 30 dias de antecedência.

Cabe a empresa estabelecer limites de colaboradores em férias nos meses de

maior preferência, de forma a não prejudicar a qualidade dos serviços prestados pela empresa.

Dos Deveres e Obrigações

Todo Colaborador, além das disposições contratuais e legais, deve atender com rigor ao abaixo disposto:

- Cumprir os compromissos assumidos no Contrato Individual de Trabalho, com zelo, espírito de Colaboração, atenção e competência profissional
- Acatar com presteza e respeito às ordens e instruções de superiores hierárquicos
- Zelar pela disciplina, organização e asseio no local de trabalho e demais dependências da Empresa, assim como a boa conservação e manuseio de equipamentos, evitar desperdícios de materiais, energia elétrica, água, etc ...
- Atentar às Normas de Segurança, utilizando equipamentos de proteção individual cedidos pela Empresa, evitando quaisquer tipos de acidentes
- Fazer uso diário do Crachá de Identificação fornecido pela Empresa e responsabilizar-se por sua conservação
- Manter o RH informado de qualquer alteração em seus dados pessoais, tais como, estado civil, nascimento de dependentes, alteração de endereço, etc ...
- Praticar o uso correto de redes sociais disponibilizadas pela Empresa, e-mails corporativos, grupos de Whatsapp, ou qualquer outro meio interno ou até mesmo externo de comunicação, fazendo abordagens respeitadas, sem cunho ofensivo, sob pena de sanções amparadas pela legislação;

- Não fazer menção desrespeitosa em redes sociais envolvendo o nome da Empresa, tampouco dos Colaboradores de Trabalho;
- Não divulgar as senhas cadastradas para uso do sistema, pois são pessoais e intransferíveis, devendo cada Colaborador zelar pela confidencialidade da mesma.
- Respeitar a honra, boa fama e integridade física de todas as pessoas com as quais tenha contato diário dentro da relação de trabalho;
- Não promover brincadeiras de mau gosto, algazaras, gritarias, fofocas, uso de palavras de baixo calão dentro do ambiente de trabalho;
- Não comercializar quaisquer produtos dentro do ambiente de trabalho, efetuar negócios, jogos ou atividades alheias ao trabalho;
- Fumar somente fora das dependências e ambientes de trabalho;
- Fazer uso diário de uniforme, apresentando-se corretamente vestido, em condições normais de higiene;
- Não dar ordens ou assumir atitudes de direção, sem ter para isso a necessária autorização;
- Não utilizar aparelho de telefonia nas dependências da Empresa, salvo se autorizado;
- Não apropriar-se de anotações, cópias de documentos, sobre qualquer assunto que se relacione a Empresa e/ou Pacientes, para fins particulares, assim como facilitar sua retirada das dependências da Empresa, caracterizando violação de segredo profissional;

Penalidades

Aos Colaboradores transgressores das Normas deste Regimento Interno, aplicam-se as seguintes penalidades:

- Carta de Orientação
- Advertência Verbal
- Advertência escrita
- Suspensão
- Demissão

Direitos

São direitos dos Colaboradores:

- Ter intervalo em sua jornada de trabalho de acordo com o estabelecido em suas bases contratuais;
- Compensar as horas excedentes em Banco de Horas dentro do prazo fixado em Convenção;
- Ter acesso às verbas referentes créditos de salários, através do recebimento de holerites;
- Férias anuais e Folgas Mensais em consonância com a legislação;
- Formular, sugerir ou pontuar situações sobre a rotina de trabalho;
- Buscar esclarecimentos junto a Gestão competente sobre valores, processos e dúvidas afins;

- Receber as horas efetivamente trabalhadas de acordo com a carga horária estabelecida;
- Conferir e assinar o registro de ponto;
- Conferir e assinar o holerite de pagamento;
- Compensar as horas-extras;
- Amparo legal ao preconizado em CLT (Consolidação das Leis do Trabalho).

Disposição Final

O presente Regimento Interno é parte integrante do Contrato de Trabalho, podendo ser substituído, a qualquer tempo, sempre que houver alterações internas ou da Legislação Trabalhista.

Os casos omissos ou aqui não previstos, poderão ser resolvidos à luz da CLT e da legislação complementar pertinente.

Dúvidas e Solicitações

- **Contato inicial com a Chefia Imediata**
- **Contato com a Supervisão/Coordenação**

Dúvidas que surgirem no decorrer do trabalho ou sobre os assuntos abordados nesta cartilha podem ser enviadas para os seguintes contatos:

E-mail corporativo / Fone direto

Salários e Benefícios

Definido como um conjunto de vantagens atribuídas aos empregados na contrapartida de serviços prestados ao empregador os salários, assim como os benefícios aqui praticados, se baseiam fundamentalmente nas convenções e/ou acordos coletivos vigentes na região (SINDHOSP), no caso que representa a saúde ou outros afins em se tratando de categorias próprias como por exemplo Enfermeiros e Técnicos de Raios-X

Por sua vez convenções coletivas de trabalho é o acordo de caráter normativo, pelo qual dois ou mais sindicatos representativos de categorias econômicas e aplicáveis, no âmbito das respectivas representações, às relações individuais de trabalho, como preconizado no artigo 611 da CLT (Consolidação das Leis do Trabalho).

Art. 611 - Convenção Coletiva de Trabalho é o acordo de caráter normativo, pelo qual dois ou mais Sindicatos representativos de categorias econômicas e profissionais estipulam condições de trabalho aplicáveis, no âmbito das respectivas representações, às relações individuais de trabalho. (Redação dada pelo Decreto-lei nº 229, de 28.2.1967).

§ 1º É facultado aos Sindicatos representativos de categorias profissionais celebrar Acordos Coletivos com uma ou mais empresas da correspondente categoria econômica, que estipulem condições de trabalho, aplicáveis no âmbito da empresa ou das

acordantes respectivas relações de trabalho. (Redação dada pelo Decreto-lei nº 229, de 28.2.1967).

§ 2º As Federações e, na falta desta, as Confederações representativas de categorias econômicas ou profissionais poderão celebrar convenções coletivas de trabalho para reger as relações das categorias a elas vinculadas, inorganizadas em Sindicatos, no âmbito de suas representações. (Redação dada pelo Decreto-lei nº 229, de 28.2.1967).

Art. 611-A. A convenção coletiva e o acordo coletivo de trabalho têm prevalência sobre a lei quando, entre outros, dispuserem sobre: (Incluído pela Lei nº 13.467, de 2017).

A convenção coletiva de trabalho através da Constituição Federal garante o reconhecimento de seus acordos coletivos de trabalho entabulados por seus convenientes, obrigando a participação dos sindicatos nas negociações coletivas de trabalho.

Para a sua efetivação e registro, a convenção coletiva de trabalho ou o acordo de trabalho, deve conter obrigatoriamente a designação dos sindicatos convenientes ou dos sindicatos de empresa acordantes, sendo que o prazo de vigência não poderá ser superior a dois anos.

Salários, bem como benefícios, serão tratados e viabilizados através das convenções/acordos coletivos, em consonância com cada categoria profissional.

8.8. Controle de Ponto

Viabilização de Controle de Ponto por meio de biometria, onde a Empresa passa a ter o controle total sobre as horas trabalhadas de maneira simples e eficiente. Além disso, o sistema gera Relatórios com informações importantes, demonstrando banco de

horas, atrasos, faltas, Atestados e outros, garantindo assertividade e lisura nas informações constantes. Esta importante ferramenta da tecnologia é totalmente benéfica, mensura absenteísmo e serve de respaldo legal em caso de reclamações trabalhistas. Outro aspecto importante é o efeito de organização e transparência junto aos Colaboradores, impactando positivamente no âmbito disciplinar.

O controle de ponto é o registro consiste em anotar todos os horários que compõem um dia de trabalho sendo entrada ao trabalho, pausa para o intervalo de descanso e refeição e a saída do trabalho, assim como eventuais saídas em caráter excepcional.

O controle de ponto segue o ART. 74 da Consolidação das Leis Do trabalho e assegurar o bom funcionamento da empresa, além de disciplinar o fluxo organizacional.

A Lei nº 13874 de 2019 – Lei da Liberdade Econômica, entre outras providências, altera o artigo 74 da Consolidação das Leis do Trabalho – CLT, que trata sobre o registro da jornada de trabalho pelos empregados.

De acordo com a nova redação do artigo 74 da CLT, o controle de ponto será obrigatório para os estabelecimentos com mais de 20 (vinte) empregados.

Para os estabelecimentos com mais de 20 trabalhadores será obrigatória a anotação da hora de entrada e de saída, em registro manual, mecânico ou eletrônico, conforme instruções expedidas pela Secretaria Especial de Previdência e Trabalho do Ministério da Economia, permitida a pré-assinalação do período de repouso.

Se o trabalho for executado fora do estabelecimento, o horário dos empregados constará do registro manual, mecânico ou eletrônico em seu poder.

Fica permitida a utilização de registro de ponto por exceção à jornada regular de trabalho, mediante acordo individual escrito, convenção coletiva ou acordo coletivo de trabalho.

Cabe, portanto à empresa, disponibilizar o equipamento em local acessível e

apropriado, assim como cabe a todos os colaboradores, registrarem diariamente seus pontos, em conformidade com a legislação e/ou Convenção Coletiva.

Segue imagem ilustrativa de relógio de ponto:



Importante ressaltar dentro do processo das marcações do ponto biométrico que, de acordo com a Política e Regimento Interno estabelecido pela Empresa, toda e qualquer intercorrência e/ou alteração na rotina das marcações de ponto, devem ser regularizadas através de documento, com aval e conhecimento da Chefia Imediata/Superior.

Neste documento (Justificativa de Ponto), será especificado e/ou anexados documentos que embasem situações de ausências, saídas antecipadas, bem como sejam justificadas as omissões de ponto, marcações em duplicidade e horas excedentes.



Segue abaixo, Modelo de Justificativa de Ponto:



JUSTIFICATIVA DE PONTO



NOME		REGISTRO:	
CARGO OU FUNÇÃO:		DATA OCORRÊNCIA:	
ADVERTÊNCIA		SAÍDA ANT. ABONADA	
ATRASO ABONADO		LICENÇA MATERNIDADE	
ATRASO JUSTIFICADO		SUSPENSÃO	
FALTA JUSTIFICADA NÃO ABONADA		ATESTADO	
LICENÇA GALA		TROCA DE FOLGA	
LICENÇA NOJO		TRANSFERÊNCIA	
ALTERAÇÃO DE HORÁRIO		TROCA DE PLANTÃO	
OMISSÃO DE PONTO		FALTA INJUSTIFICADA	
LICENÇA MÉDICA		BANCO HORAS	
EXTRA REMUNERADO			
NOME/ TROCA:		DIA: / /	PARA DIA: / /
NOME/ TROCA:		DIA: / /	PARA DIA: / /
OBSERVAÇÕES:			
NOME:		CHEFIA IMEDIATA:	RH:

8.9. Avaliação do Colaborador

Avaliação de desempenho é uma apreciação sistemática do desenvolvimento de cada colaborador, em função de suas atividades, metas, resultados e parte comportamental.

É um processo que serve para mensurar valores, excelência e qualidade do colaborador, assim como seu nível de comprometimento com a empresa e que visa

também, estabelecer um contrato com os colaboradores referente aos resultados desejados pela organização, acompanhar os desafios propostos, corrigindo os rumos, quando necessário e avaliar os resultados conseguidos. É o sopro de vida da organização e, sem sua existência, o planejamento ou as estratégias organizacionais não farão o menor sentido.

O processo de avaliação consiste na definição dos resultados esperados, tendo como palco, o planejamento estratégico ou as estratégias da organização, o acompanhamento diário do processo, a solução contínua dos problemas que ocorram e a previsão final dos resultados conquistados, para elaboração das propostas futuras a avaliação de desempenho, portanto, visa, além de estabelecer os resultados a serem perseguidos pelos indivíduos, acompanhar o processo de trabalho e fornecer feedback constante.

Partindo de diferentes perspectivas, indicadores e parâmetros, é possível obter informações sobre o capital humano da organização, que vão servir de base para um gerenciamento mais assertivo.

Conhecendo o perfil comportamental, habilidades, forças e fraquezas de cada colaborador, ficará mais simples definir os próximos passos, atribuindo responsabilidades de acordo com as competências.

Por isso, boas avaliações de desempenho estão por trás de bonificações, recompensas, realocações, promoções e até demissões em momentos estratégicos.

Uma vez tabulados, os resultados filtrados são imediatamente trabalhados e traduzidos em ações pontuais para melhorias e garantia das adequações necessárias, com acompanhamento constante junto aos Colaboradores.

A avaliação de desempenho é realizada pelo gestor imediato, nos primeiros 45 dias do período experimental, na prorrogação do contrato (outros 45 dias do período experiência) e, semestralmente após a efetivação.

As tomadas de ação da gestão, irão variar de acordo com a avaliação, sempre objetivando a melhoria dos processos e fluxos de trabalho, assim como incentivar um melhor aproveitamento de cada profissional.

Segue abaixo o modelo de avaliação de desempenho:



AValiação DE DESEMPENHO



Onde:

NOME: _____				
CARGO: _____		Período Experimental		
Unidade: _____		1 º Período: ____/____/____		
Data Avaliação: ____/____/____		2 º Período: ____/____/____		
FATORES/DESCRIÇÃO	BOM	REGULAR	INSATISF	AÇÃO PROPOSTA
CONHECIMENTO				
INICIATIVA				
COMUNICAÇÃO				
PONTUALIDADE				
ASSIDUIDADE				
RESPONSABILIDADE				
COMPROMETIMENTO				
RELACIONAMENTO				
INTERPESSOAL				
TRABALHO EM EQUIPE				
PRODUÇÃO				
UNIFORME				
RECOMENDAÇÃO PARA PERMANÊNCIA () SIM () NÃO				
OBSERVAÇÃO DA CHEFIA IMEDIATA:				
OBSERVAÇÃO DO FUNCIONÁRIO:				
DATA: __/__/__		ASSINATURA FUNCIONÁRIO:		
DATA: __/__/__		ASSINATURA CHEFIA IMEDIATA:		
ATENÇÃO: Este documento deverá retornar para o RH –ALPHA até o dia:				
ALPHA- Recebido em __/__/__		Nome:		
		Função:		
OBSERVAÇÃO:				

- Conhecimento: Integração com o trabalho entendimento técnico e/ou administrativo.
- Iniciativa: Tomada de ação espontânea nas tratativas e resoluções dos



problemas diários.

- Comunicação: Formas verbais e facilidades em expor situações através da comunicação.
- Pontualidade: Respeito aos horários pré-estabelecidos.
- Assiduidade: Frequência diária aos plantões de trabalho.
- Responsabilidade: Saber se responsabilizar por suas ações em seu dia a dia profissional.
- Comprometimento: Nível de envolvimento com os processos de trabalho a fim de otimizá-los.
- Relacionamento Interpessoal: Comportamento com a equipe de trabalho.
- Trabalho em Equipe: Espírito corporativo.
- Produção: Resultados diário de produtividade.
- Uniforme: Adequação e coerência na apresentação pessoal e uso do uniforme e dos equipamentos de proteção individual.

Importância da Utilização dos EPI's

A definição de EPI é dada pela Norma Regulamentadora nº 6, redigida especificamente para esses equipamentos. A NR os define como “qualquer equipamento de uso individual, destinado à proteção de riscos que ameacem a segurança no trabalho”.

Na área da saúde, o profissional está frequentemente exposto a diversos riscos: fluidos corporais, uso de material perfurocortante e exposição a possíveis patógenos são incluídos nessa lista. Por esse motivo, o uso de EPIs deve fazer parte do cotidiano do profissional, para assegurá-lo de realizar uma prática segura.

Segue abaixo modelo de protocolo de entrega dos EPIs:



**FICHA DE CONTROLE DE ENTREGA
DE EQUIPAMENTO DE
PROTEÇÃO INDIVIDUAL**



NOME:		Nº REGISTRO:		DATA ADMISSÃO:	
FUNÇÃO:		SEÇÃO:		DATA DEMISSÃO:	

Recebi para meu uso obrigatório os EPI's (Equipamentos de Proteção Individual) constantes nesta ficha, o qual obrigo-me a utilizá-los corretamente durante o tempo que permanecerem ao meu dispor, observando as medidas gerais de disciplina e uso que integram a NR-06 - Equipamento de Proteção Individual - EPI's - da Portaria n.º 3.214 de 08/jun/1970. Declaro saber também que terei que devolvê-los no ato de meu desligamento da empresa.

DATA	QTDE.	UNID.	DESCRIÇÃO DO EQUIPAMENTO	NÚMERO DO C.A.	ASSINATURA FUNCIONÁRIO
RETIRADA					
DEVOLUÇÃO:					
RETIRADA					
DEVOLUÇÃO:					
RETIRADA					
DEVOLUÇÃO:					
RETIRADA					
DEVOLUÇÃO:					
RETIRADA					
DEVOLUÇÃO:					
RETIRADA					
DEVOLUÇÃO:					
RETIRADA					
DEVOLUÇÃO:					
RETIRADA					
DEVOLUÇÃO:					

DATA: ____/____/____ Assinatura do Funcionário (a) _____

8.10. Clima Organizacional

O clima organizacional afeta a motivação, o desempenho e a satisfação no trabalho. Ele cria certos tipos de expectativas cujas consequências se seguem em decorrência de diferentes ações. As pessoas esperam certas recompensas, satisfações e frustrações na base de suas percepções do clima organizacional. O clima organizacional é o conjunto de fatores que interferem na satisfação ou descontentamento no trabalho. É o conjunto de variáveis que busca identificar os aspectos que precisam ser melhorados, em busca da satisfação e bem-estar dos colaboradores.

A Pesquisa de Clima gera entre os Colaboradores, a expectativa de tratativas de melhorias e, neste sentido, é feita uma tabulação e filtro das estatísticas de resultados para fundamentar ações em cima dos fatores em evidência, possibilitando assim, criar



meios de processos que permitam corrigir e/ou melhorar os fatores nela pontuados, alterando fluxos ou criando novas formas de diretrizes para aprimorar o trabalho diário e até mesmo atuar na política de inter-relacionamento pessoal.

O modelo e o conteúdo da Pesquisa de Clima pode ser inovado de tempos em tempos, sempre com o foco de extrair opiniões acerca das competências corporativas e relacionamentos entre as equipes de trabalho e suas gestões.

Resta claro que, os resultados obtidos na mensuração da Pesquisa, pode e deve impactar positivamente em um novo modelo de gestão, dando uniformidade às rotinas e fazendo com que os Colaboradores trabalhem harmonicamente.

O RH tabula as respostas, faz análise dos resultados e os apresenta aos gestores. O RH junto aos gestores traçam um Plano de Ação para implantar melhorias nos quesitos de relevância que são pontuados no filtro que os resultados da pesquisa demonstram.

Segue o modelo de Pesquisa de Clima:



Pesquisa de Clima - INSTITUTO ALPHA

Função: _____

Projeto: _____ Data: ____/____/____

1. Considera que os objetivos e a missão da Empresa foram devidamente explicados ?

Sim Não Não tenho opinião

2. Costuma participar de reuniões periódicas para alinhamento dos fluxos ?

Sim Não Muito raramente

3. Considera o ambiente de trabalho propício para desenvolver suas atividades ?

Sim Não Mais ou menos

4. Sente que a Empresa lhe dá abertura para expor suas idéias e opiniões ?

Sempre Quase sempre Raramente Nunca

5. Sabe contornar situações de conflitos junto aos pacientes/usuários ?

Sempre Quase sempre Raramente Nunca

6. Existe uma relação de cooperação entre os diversos setores da Empresa ?

Sempre Quase sempre Raramente Nunca

7. Costuma ter feedback de seu Superior acerca de seu trabalho ?

Sempre Quase sempre Raramente Nunca

8. Em sua equipe, pontos de vistas divergentes são debatidos antes de se tomarem as decisões ?

Sempre Quase sempre Raramente Nunca

9. Seu trabalho lhe dá um sentimento de realização profissional ?

Sempre Quase sempre Raramente Nunca

10. Você gostaria de trabalhar em outro setor da Empresa que não o atual? Se sim, qual setor?

Sim Setor: Não Não tenho opinião

11. Considera ser também sua responsabilidade contribuir para o sucesso da Empresa?

Sim Não Não tenho opinião

12. Como você considera o relacionamento e o respeito entre os Colaboradores da empresa?

Adequado Razoável Inadequado

13. A empresa investe em treinamentos necessários para o desenvolvimento profissional de seus Colaboradores?

Sim Não Mais ou menos

14. Considera boa a comunicação entre Empresa e Colaboradores sobre assuntos diversos?

Sim Não Mais ou menos

15. Sente que há parceria contínua para melhoria na qualidade do trabalho, entre empregado empregador?

Sempre Quase sempre Raramente Nunca

16. Dos tópicos abaixo, qual considera de maior relevância para o bom andamento de seu dia a dia profissional?

Ambiente de trabalho treinamentos Espaço físico comunicação interna

17. Em linhas gerais, qual sua avaliação sobre a Empresa?

Péssima Regular Boa Ótima



8.11. Absenteísmo

Absenteísmo é um termo que faz alusão a um “padrão de ausência diante de um compromisso ou obrigação, no entanto seu conceito mais popular está diretamente relacionado ao contexto do trabalho, não somente por sua origem, como pelo seu impacto dentro das Organizações.”.

Sobre a origem, citado acima, vale destacar que a utilização do termo para sinalizar faltas no serviço se expandiu para além das indústrias, sendo aplicada para qualquer tipo de atividade ocupacional, em todos os setores produtivos.

Já o impacto do absenteísmo em instituições pode ser observado no dia a dia, a partir de fatores como, por exemplo, a queda de produtividade, sobrecarga e comprometimento do clima organizacional.

Nesse sentido, o termo começou a designar também, um índice ligado às horas de trabalho perdidas, empregado com parâmetro de produtividade.

Apesar de ressaltar aspectos negativos e que, vez por outra, sinalizam um estado de alerta, essa métrica fornece argumentos e idéias para a implantação de programas de melhoria continua nas empresas.

O que compõe o absenteísmo:

- Faltas ao trabalho sem justificativa;
- Atrasos nos horários de entrada ou do retorno do almoço;
- Saídas antecipadas;
- Horas de trabalho dedicadas a manutenção da saúde (Consultas Médicas);
- Ausências Justificadas para acompanhar filhos e outros dependentes ao médico;
- Ausências justificadas através de atestados médicos referentes a doenças.

Em uma avaliação mais crítica, diferentes autores classificaram mais cenários como absenteísmo.

O Brasileiro Idalberto Chiavenato, influente no campo de Recursos Humanos,

identificou por exemplo o “absenteísmo mental”, que ocorre quando o trabalhador não falta, mas se encontra disperso devido a uma ausência mental.

Fatos como este, ocorrem quando o ambiente de trabalho não é agradável, para este colaborador, fazendo com que seu cérebro se concentre em outros locais em busca de aceitação e conforto.

Um artigo publicado em uma revista de ciências gerenciais e assinado por Gizele de Almeida Souza Aguiar e Jannine Rodrigues de Oliveira, cita:

“O absenteísmo mental prejudica o andamento dos trabalhos tanto quanto a ausência física. Quando o colaborador encontra-se presente no posto de trabalho e não realiza suas atividades, conforme estabelecido, o problema pode ser ainda mais grave, requerendo especial atenção por parte do empregador.”

Para a área de Recursos Humanos, absenteísmo é um fenômeno que merece atenção pois resulta na perda de horas trabalhadas, produtividade e lucratividade para as empresas.

Por esta razão o absenteísmo deve ser acompanhado e monitorado, de forma a oferecer parâmetros de avaliação das ausências ao trabalho. A partir desses parâmetros será possível analisar se o absenteísmo cresceu como um todo, se atingiu determinado departamento ou ainda determinados colaboradores.

A elevação métrica por causa de algum colaborador pode sinalizar questões de natureza pessoal que podem ser tratadas individualmente com cada um deles. Já o aumento generalizado das ausências podem apontar, por exemplo para problemas com lideranças e formas de gestão.

Principais causas do absenteísmo:

- Doenças não relacionadas ao trabalho;
- Doenças ocupacionais;
- Sobrecarga de trabalho;
- Más condições de trabalho;
- Bullying e conflitos;

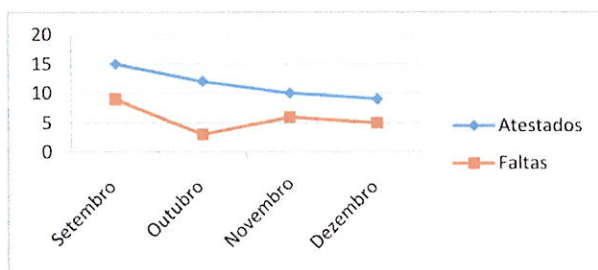
- Falta de motivação;
- Razões pessoais;
- Imprevistos.

Quando não identificadas as causas do absenteísmo, podem ocorrer efeitos em cadeia, como desmotivação, excesso a carga de trabalho à outros colaboradores, ou até mesmo demissão, afetando o índice de rotatividade (Turnover).

Através deste trabalho, medidas poderão ser tomadas para diminuir essas taxas visando a estabilidade da empresa e também do empregado, com o claro objetivo de equilibrar o potencial de produtividade e o bem estar de todo o grupo, pois entendemos ser o melhor caminho para um ambiente de trabalho saudável, colaboradores felizes e uma empresa em consonância com os anseios das equipes afins.

Abaixo Modelo do Controle de Absenteísmo:

Meses	Atestados	Faltas	Unidade
Setembro	15	9	SP
Outubro	12	3	SP
Novembro	10	6	SP
Dezembro	9	5	SP



Mediante apuração dos índices do Absenteísmo é possível identificar problemas com causas pessoais ou até mesmo de ordem corporativa.

As ações propostas dependem do resultado mensal apurados, sendo as mais executáveis:

- . Realinhamento junto a gestão de setor no que compete ao relacionamento com a equipe de trabalho, pontuando formas de condutas e de gestão .
- . Realocação do Colaborador à outro setor de trabalho visando acompanhá-lo em novo ambiente, sua produtividade, assiduidade e satisfação pessoal.

. Identificação do ambiente físico, à fim de instituir melhorias como pinturas mais claras, iluminação adequada, ventilação, etc...objetivando o bem estar físico e mental de cada um dos Colaboradores.

. Realização de reuniões informais no intuito de unificar e aproximar Chefias e subordinados , garantindo harmonia no ambiente organizacional.

Assim como a tabulação do Absenteísmo, a Pesquisa de Clima Organizacional e as Avaliações de Desempenho periódicas, são ferramentas fundamentais na identificação de situações pontuais e que sinalizam para mudanças. Neste sentido a Empresa precisa estar atenta e ter um olhar com amplitude e estar sempre pré-disposta a traçar caminhos que permitam e garantam o bem estar corporativo e por consequência o da Empresa também.

8.12. Gestão de Recursos Humanos e Educação Permanente

8.12.1. Sobre a Educação Permanente e Continuada

As ações de educação permanente em saúde destinam-se aos públicos multiprofissionais que atuam nos sistemas de saúde e possuem enfoque nos problemas cotidianos das práticas das equipes de saúde. Devem ser inseridas de forma institucionalizada no processo de trabalho, gerando compromissos entre os trabalhadores, gestores e usuários visando o desenvolvimento profissional e pessoal.

Vislumbra-se, a partir desse trabalho, a possibilidade da construção de uma rede formada por tais atores e centrada no cuidado com o momento histórico de implementação das ações de saúde, por meio de ações que considerem o alcance dos resultados esperados, mediados pelo desenvolvimento da capacidade de aprender e de ensinar de todos os profissionais pela busca de soluções criativas para os problemas encontrados, objetivando a melhoria permanente da qualidade do cuidado à saúde e a consolidação de um Sistema Único de Saúde (SUS) cada

vez mais digno, humano e correspondente às expectativas da população local.

São os objetivos de Educação Permanente propiciar reflexões que buscam transcender a dimensão do trabalho para além da visão puramente instrumental em uma ação que considere as contingências pertinentes ao modo de vida das pessoas, das famílias e organização dos serviços. E ainda qualificar e manter atualizados profissionais comprometidos com um desempenho orientado no sentido de:

- Superar a fragmentação no cuidado à saúde;
- Humanizar as práticas de saúde;
- Buscar a satisfação do usuário, através da construção de um vínculo efetivo entre equipe de saúde e a População.

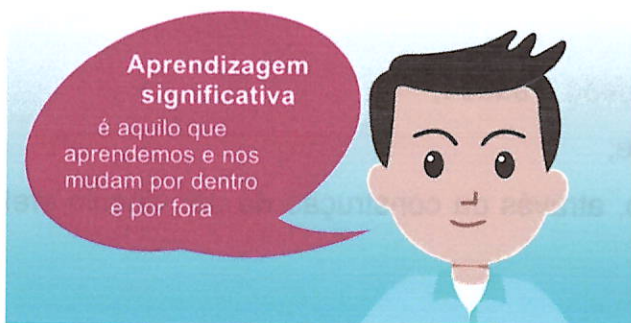
Alguns pressupostos para isto capazes de orientar e sinalizar as práticas de ensino-aprendizagem em pleno ambiente de trabalho são os seguintes:

- A capacitação não pode ser reduzida a treinamentos formais, cursos padronizados, aonde tudo já vêm pronto;
- Visa à superação da formação academicista e tecnicista;
- Busca oportunizar o alcance de uma compreensão mais, global, mais totalizadora da realidade dentro da qual se insere de forma dialética a problemática da saúde;
- Deve necessariamente expressar-se em um processo contínuo de formação e informação;
- Dar estímulo e encorajamento à criatividade e iniciativa;
- Priorizar e valorizar o trabalho comunitário e em grupo;

A proposta do Instituto é avançar com os movimentos da Educação Permanente em Saúde (EPS)

Serão realizadas reuniões mensais com equipes assistenciais a fim de promover

a troca nas informações bem como transmitir conhecimento de um para o outro. O Instituto preza pela aprendizagem e produção do conhecimento no cotidiano do trabalho.



Cursos externos e Atividade em grupo na Unidade de saúde

8.12.2. Resultados Esperados da Educação Permanente e Continuada

- **Satisfação:** Quanto mais a empresa investe em desenvolvimento nos colaboradores, mas eles se sentem pertencentes. Assim, aumenta também a satisfação dentro do ambiente de trabalho.
- **Mais Resultados:** preparar e qualificar uma equipe faz com que estejam melhor preparados para os desafios cotidianos. Dessa forma, quanto mais conhecimentos tiverem, maior será o nível de bons resultados.
- **Redução de Turnover:** Ao investir em desenvolvimento humano a empresa está também, investindo no engajamento do colaborador. Estes se sentem motivados com a cultura organizacional e com o papel que estão desempenhando, pois estarão melhor preparados para os desafios profissionais.
- A equipe melhor preparada e satisfeita em seu trabalho, terá condições de propiciar um melhor atendimento à população.

A educação permanente em saúde precisa ser entendida, ao mesmo tempo, como uma 'prática de ensino-aprendizagem' e como uma 'política de educação na saúde'. Ela se parece com muitas vertentes brasileiras da educação popular em saúde e compartilha muitos de seus conceitos, mas enquanto a educação popular tem em vista a cidadania, a educação permanente tem em vista o trabalho.

Cada organização vive seus cenários políticos, onde atores sociais específicos, com ações, interesses e poderes distintos, compõem seu próprio jogo social. Por isso, e por suas características inovadoras, os arranjos de Apoio Institucional desenvolvem-se de forma muito singular em cada organização. Nesse contexto, a Educação Permanente apresenta-se como a principal ferramenta do Apoiador, tanto para promover ampliação da capacidade de reflexão e de análise dos coletivos, quanto para tornar possível a sua própria formação no cotidiano do seu processo de trabalho.

Sentir a necessidade de mudança é uma condição indispensável para que um gestor ou trabalhador da saúde mude ou incorpore novos conceitos e ferramentas à sua prática. Essa necessidade não pode ser imposta e deve ser proveniente de um profundo questionamento sobre a suficiência de sua maneira de fazer ou pensar seu processo de trabalho no enfrentamento dos desafios cotidianos.

Considerando as características apresentadas sobre o desenvolvimento do Apoio Institucional como modo de inovar a gestão do SUS, identifica-se a Educação Permanente como a principal estratégia utilizada pelos Apoiadores para estimular mudanças de práticas na gestão e no cuidado em saúde. A Educação Permanente em Saúde, segundo Ceccim (2005, p. 976), "constitui estratégia fundamental às transformações do trabalho no setor para que venha a ser lugar de atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente".

Educação Permanente em Saúde é, portanto, um conceito estratégico para qualificação da gestão e da assistência, pois toma como matéria prima as práticas reais de profissionais reais em ação na rede de serviços.

Processos de Educação Permanente baseiam-se em metodologias ativas de ensino, como a aprendizagem significativa e a problematização. Nesse sentido, o

aprender e o ensinar incorporam-se no cotidiano das organizações e do trabalho tendo como referência as necessidades das pessoas (sejam trabalhadores, gestores ou usuários), colocando-as como protagonistas dos processos. Conforme Ceccim e Ferla (2009), na Educação Permanente, existe a troca e o intercâmbio, o “estranhamento” e a “desacomodação” com os saberes e as práticas que estejam vigentes em cada lugar. Diante disso, o Apoiador, ao lançar mão dessa estratégia para ativar coletivos em processos de mudança, deve considerar que todos (inclusive ele) são, ao mesmo tempo, educandos e educadores; apoiadores e apoiados.

O Apoio Institucional, alicerçado no pressuposto da Educação Permanente, promove a pró-atividade dos trabalhadores, estimula a sua criatividade e propicia um campo fértil de produção de conhecimento em suas vivências marcadas por fracassos, sucessos, dificuldades e aprendizados.

A educação permanente em saúde precisa ser entendida, ao mesmo tempo, como uma ‘prática de ensino-aprendizagem’ e como uma ‘política de educação na saúde’. Ela se parece com muitas vertentes brasileiras da educação popular em saúde e compartilha muitos de seus conceitos, mas enquanto a educação popular tem em vista a cidadania, a educação permanente tem em vista o trabalho. Este item está mais detalhado na parte de Recursos humanos.

Acerca da implementação e organização das Políticas de Educação Permanente, será disposta nos moldes da portaria do Ministério da Saúde nº 278/2014, que dispõe “*in verbis*”:

PORTARIA Nº 278, DE 27 DE FEVEREIRO DE 2014

Institui diretrizes para implementação da Política de Educação Permanente em Saúde, no âmbito do Ministério da Saúde (MS).

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando o inciso III do art. 200 da Constituição Federal de 1988;
Considerando o inciso I do art. 27 da Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990;
Considerando a Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004, que institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde (SUS) para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor;

Considerando a Portaria nº 1.996/GM/MS, de 20 de agosto de 2007, que dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde; e

Considerando a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no SUS, de 2003, norteadada pela valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde, usuários, trabalhadores e gestores, pelo fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos; pelo aumento do grau de corresponsabilidade na produção de saúde e de sujeitos; pelo estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; pela identificação das necessidades sociais de saúde; pela mudança nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho; e pelo compromisso com a ambiência e com a melhoria das condições de trabalho e de atendimento, resolve:

Art. 1º Esta Portaria institui diretrizes para a implementação da Política de Educação Permanente em Saúde, no âmbito do Ministério da Saúde (MS).

Art. 2º Para efeitos desta Portaria, considera-se:

I - Educação Permanente em Saúde (EPS): aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho, baseando-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas dos trabalhadores da saúde;

II - aprendizagem significativa: processo de aprendizagem que propicia a construção de conhecimentos a partir dos saberes prévios dos sujeitos articulados aos problemas vivenciados no trabalho;

III - Plano de Educação Permanente em Saúde do Ministério da Saúde (PEP-MS): plano norteador dos processos educativos dos trabalhadores do Ministério

da Saúde, construído coletivamente pelas Secretarias e Unidades do Ministério da Saúde nos Estados;

IV - ações de educação regionalizadas/territorializadas: ações de educação a serem executadas de forma regionalizada/territorializada, com o intuito de ampliar o acesso às ações de desenvolvimento e otimizar a utilização dos recursos;

V - áreas de educação: unidades ou equipes do Ministério da Saúde com competência e atribuições de gestão e/ou execução de ações de educação;

VI - ações de educação: reflexão e aprendizagem no/para o trabalho, no âmbito das equipes multiprofissionais, cursos presenciais e à distância, aprendizagem em serviço, grupos formais de estudos, intercâmbios ou estágios, oficinas, seminários, congressos e outras, que contribuam para a pactuação dos processos de trabalho, formação, atualização, qualificação profissional e desenvolvimento dos trabalhadores, em consonância com as diretrizes institucionais do Ministério da Saúde;

VII - servidor público federal: profissional legalmente investido em cargo público efetivo, em comissão ou temporário, da Administração Pública Federal; e

VIII - trabalhador do Ministério da Saúde: todo profissional que presta serviço ao Ministério da Saúde, independentemente do vínculo institucional.

Art. 3º A Política de Educação Permanente em Saúde no Ministério da Saúde deve considerar:

I - as especificidades das Secretarias e Unidades do Ministério da Saúde nos Estados;

II - as políticas prioritárias do Sistema Único de Saúde (SUS);

III - a necessidade de superar a fragmentação dos processos de trabalho;

IV - as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde; e

V - a capacidade instalada de oferta institucional de ações formais de educação na saúde.

Art. 4º São diretrizes para a Educação Permanente em Saúde no Ministério da Saúde:

- I - valorizar o trabalhador e o trabalho em saúde no Ministério da Saúde, na perspectiva da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no SUS;
- II - fomentar práticas educacionais em espaços coletivos de trabalho, fortalecendo o trabalho em equipes multiprofissionais;
- III - promover a aprendizagem significativa por meio da adoção de metodologias ativas e críticas;
- IV - favorecer a autonomia dos sujeitos e a corresponsabilização nos processos de trabalho do Ministério da Saúde;
- V - articular a Educação Permanente em Saúde e a gestão de pessoas por competências para a organização das ações de educação no Ministério da Saúde;
- VI - fortalecer a gestão da Educação Permanente em Saúde de forma compartilhada e participativa, no âmbito do Ministério da Saúde;
- VII - contribuir para a mudança cultural e institucional direcionada à gestão compartilhada e ao aprimoramento do SUS;
- VIII - constituir-se como uma estratégia política para o enfrentamento da fragmentação dos serviços e das ações de saúde; e
- IX - valorizar as múltiplas dimensões humanas nos processos de ensino-aprendizagem.

Art. 5º No que concerne à Política de Educação Permanente no Ministério da Saúde, são atribuições da:

- I - Coordenação-Geral de Gestão de Pessoas (CGESP):
 - a) promover a articulação entre a política de gestão de pessoas do governo federal e a política de educação na saúde no âmbito do Ministério da Saúde;
 - b) coordenar o processo de planejamento, monitoramento e avaliação da Educação Permanente em Saúde no âmbito do Ministério da Saúde, definindo coletivamente as prioridades e pactuando as corresponsabilidades de cada área;
 - c) financiar as ações de educação constantes no PEP-MS e prestar conta da execução dos recursos aos órgãos competentes;
 - d) incentivar a adesão cooperativa e solidária de instituições de formação e

desenvolvimento dos trabalhadores da saúde aos princípios, à condução e ao desenvolvimento da Educação Permanente em Saúde, ampliando a capacidade pedagógica no Ministério da Saúde e as parcerias estabelecidas com instituições de ensino; e

II - Coordenação de Desenvolvimento de Pessoas (CODEP):

- a) planejar coletivamente o PEP-MS, considerando os objetivos estratégicos do Ministério da Saúde, as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores do Ministério e as especificidades regionais;
- b) apoiar e cooperar, tecnicamente, as Secretarias e Unidades do Ministério da Saúde nos Estados para a identificação das necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores, a partir dos problemas dos processos de trabalho e das competências institucionais de cada área;
- c) estabelecer parcerias com instituições educacionais para a implementação do PEP-MS, à luz dos conceitos e princípios da Educação Permanente em Saúde e da legislação vigente; e
- d) acompanhar, monitorar e avaliar as ações e estratégias de Educação Permanente em Saúde, implementadas no Ministério da Saúde.

Art. 6º O PEP-MS deve ser construído de maneira coletiva, propiciando amplo debate e tendo por base o planejamento participativo e ascendente.

§ 1º O processo de discussão e construção do PEP-MS dar-se-á com a participação efetiva dos trabalhadores, considerando a análise estratégica do contexto do Ministério da Saúde e a intencionalidade das políticas públicas em saúde.

§ 2º As ações de educação do PEP-MS devem incluir todos os trabalhadores atuantes no Ministério da Saúde, tendo em perspectiva a diversidade de vínculos existentes e a legislação vigente.

Art. 7º As ações de educação do PEP-MS devem ocorrer, preferencialmente, por meio dos espaços coletivos de trabalho, no âmbito das equipes multiprofissionais.

Parágrafo único. Deve ser priorizada a forma coletiva de aprendizagem orientada para as equipes que atuam em processos de trabalho compartilhados, suprimindo as lacunas de conhecimento identificadas no cotidiano.

Art. 8º A definição das estratégias de execução das ações de educação regionalizadas/territorializadas é de responsabilidade das áreas de educação das Unidades do Ministério da Saúde nos Estados.

Art. 9º A relação com as instituições de ensino parceiras será pautada pelas diretrizes e dispositivos desta Portaria.

Parágrafo único. A gestão das ações de educação deve ter condução e coordenação compartilhadas entre as áreas de educação, técnicas, instituições parceiras e instrutorias, quando for o caso.

Art. 10. As ações de educação serão organizadas em um plano de trabalho, de acordo com as diretrizes estabelecidas nesta Portaria, conforme roteiro apresentado no anexo a esta Portaria.

Art. 11. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

8.12.3. Recursos a serem utilizados

- Reuniões com rodas de conversa
- Fóruns para discutir temas pré-estabelecidos
- Dinâmicas
- Treinamentos no local de trabalho
- Treinamentos corporativos internos
- Treinamentos corporativos externos

Em até 30 dias após a posse do Instituto serão realizadas reuniões com as chefias das áreas para definição dos temas que deverão ser abordados, e como; além de identificação de Entidades locais qualificadas e reconhecidas para ministrá-los, quando for o caso.

Podemos utilizar também, o modelo de multiplicadores, onde os profissionais detentores de algum conhecimento específico, poderão replicá-los a outros da equipe.

Através da metodologia do apoio Institucional a Equipe Gestora do Instituto

cuidará para que a Unidade tenha um clima organizacional de ponta, devendo ser alimentado também, através da Educação Permanente.

Em 180 dias após a posse, será entregue a relação dos profissionais já capacitados e assim seguirá semestralmente.

A meta é que cada profissional passe por pelo menos uma ação de Educação Permanente e /ou Continuada, por ano.

Para os cursos formais internos ou externos, será emitido certificado a todos os participantes.

8.12.4. Plano anual de Educação Permanente para Urgência e Emergência

Toda instituição de saúde seja ela, hospital, ambulatório, centro de saúde, consultório se insere nessa categoria denominada construção social, enquanto resultado de um processo histórico de gestão coletiva de valores, cultura, saber e capacidades, que se produzem e reproduzem como práticas em contínuo movimento. Torna-se importante ressaltar esta noção, porque certas formas de entender a gestão de serviços de saúde privilegiaram a noção física de construção (estabelecimento) e deixaram de lado a noção social. Para fundamentar uma proposta de educação permanente é essencial entender que a instituição de saúde é também um lugar de trabalho e de educação, e que nele encontraremos um conjunto complexo de relações, acontecimentos e processos de natureza ideológica, cultural, técnica e econômica que, em resumo, definem um espaço social. Esse lugar sofre influência de um conjunto de determinações complexas e de origens diversas, como a tecnologia, o financiamento, as políticas sociais, o paradigma médico, as modalidades de formação de pessoal, o mercado de trabalho, a situação do emprego, etc. Esses fatores estão experimentando de forma muito rápida, importantes transformações que afetam a arquitetura do setor e até mesmo a própria existência dos serviços. Neste contexto devem ressaltar alguns componentes institucionais de importância para se entender as transformações, na medida em que são espaços de realizações práticas: a cultura institucional, a estrutura

de poder e o processo de trabalho.

As instituições de saúde, definidas historicamente como lugares de ciência e de cura, geram hábitos e dinamicamente os mantêm. São produtos da história, produzem práticas individuais e coletivas e, portanto, produzem história. Asseguram a vigência de experiências passadas que, incorporadas em cada organismo sob a forma de esquemas de percepção, de pensamento e de ação, tendem a garantir a conformidade das práticas e sua constância através do tempo, de um modo mais seguro que todas as normas explícitas. O habitus institucional é o ambiente cultural e ideológico em que transcorre o trabalho em que se produzem, pautados por normas implícitas e explícitas (gestão), os encontros e desencontros entre profissões e profissionais, aonde acontecem de forma definitiva às relações de produção de serviços.

O processo de trabalho que se realiza nas instituições de saúde (seja de atenção médica ou de saúde integral) caracteriza-se por sua grande complexidade, heterogeneidade e fragmentação. Afirma-se, com razão, que um hospital é uma das instituições de maior complexidade em razão da diversidade de profissões, profissionais, usuários, tecnologias, relações sociais e interpessoais, formas de organização, espaços e ambientes que comporta. Mas, essa complexidade existe principalmente em razão da natureza dos processos que compõem sua finalidade: os processos de saúde, enfermidade, morte; como também em razão das variáveis que entram em jogo nas decisões e ações que esses processos acarretam. O processo de trabalho pode ser caracterizado como modalidade de organização que conjuga uma gama de fatores, como a tecnologia, os recursos (materiais econômico e financeiro) e o pessoal, para sua transformação em determinado produto ou resultado (neste caso, atenção médica ou atenção integral), capaz de satisfazer uma necessidade socialmente determinada, como finalidade desse processo. Em saúde esse processo é bastante heterogêneo, englobam muitos outros processos de trabalho, alguns dos quais aparentemente sem relação entre si. Embora tenham uma finalidade em comum, esta muitas vezes não aparece claramente ou é alterada, em razão da forma de organização do processo e sua articulação com outros (semelhantes ou diferentes). Sem dúvida, se existe uma

característica da atual ordem de trabalho nas instituições de saúde que defina o técnico e o social, esta característica é a fragmentação; está baseada no princípio de Taylor da separação entre concepção e execução da atividade, como condição de produtividade. Trata-se de uma fragmentação que encerra várias dimensões: conceitual (entre pensar e fazer), técnica (definida pela aplicação de diversos conhecimentos e tecnologias por diversos trabalhadores cada vez mais especializados) e social (estabelecem-se relações de hierarquia e subordinação – divisão social – internamente e entre diversas categorias profissionais).

O papel da tecnologia no trabalho em saúde é de grande importância. É o fator mais dinâmico de desenvolvimento da atenção médica no período recente e uma das razões do crescimento dos custos. A tecnologia organiza e reorganiza o trabalho: gera novas competências, especialidades e novas relações técnicas que logo se incorporam em novas relações sociais. Mas a tecnologia não é somente um fator de produção e organização do trabalho, é também um elemento estruturador de formas de atenção e de modalidades de prática, portanto, é um fator ideológico e cultural de práticas futuras (nos serviços) e de pautas de consumo ou demanda de atenção (entre a população).

8.12.5. A gestão de pessoal e a qualidade

A proposta de educação permanente assume **como objetivo a melhoria de qualidade do serviço que se oferece à população, constituindo-se em um instrumento pedagógico da transformação do trabalho e do desenvolvimento permanente dos trabalhadores nos planos individual e coletivo**. Aqui é necessário estabelecer do que se fala quando se faz referência à qualidade do serviço em saúde. A primeira observação a se levar em conta é que a maior parte da bibliografia existente a esse respeito se refere à qualidade da atenção médica, grande parte da qual se deriva dos postulados da “boa medicina”, formulados por Lee e Jones a década de 30,

baseados no paradigma flexneriano de qualidade

Na atual condição crítica da prestação e entrega de serviços públicos a necessidade e o desafio de se elevar a qualidade da atenção é um objetivo maior (junto com a universalidade do acesso) ligado à construção desse contrato social rompido, mencionado anteriormente. Não se pode falar em qualidade sem se considerar o princípio da igualdade: não existe qualidade de um serviço sem igualdade. De certa forma pode-se dizer que a qualidade da atenção é um critério ou requisito do estatuto de cidadania no que se refere à saúde. Outros autores se referem também a esta dimensão ética e política como o componente humano da qualidade do serviço de saúde. Entende-se o trabalho em saúde como uma prática complexa que tem como consequência uma dimensão técnica (que supõe a aplicação de conhecimento e tecnologia para satisfazer necessidades relevantes da sociedade) e uma dimensão social (que se refere às relações sociais por ela mobilizadas e aos intercâmbios simbólicos que isso supõe). Esse trabalho complexo, heterogêneo, desigual e combinado segue sendo em essência organizado sob cânones tayloristas, mas com características de indefinição de funções e de ausência de uma função intencional de gestão de trabalho. Chama atenção esta carência, considerando-se que os hospitais estão entre as instituições sociais mais complexas, conflituosas e numerosas de pessoal que existem. Essas condições fazem com que os projetos que articulam estratégias de educação permanentes e objetivos de melhoria da qualidade de trabalho e o serviço sejam enormes desafios técnicos e políticos. Nesse desafio, o papel desempenhado por uma gestão de pessoal centrada no trabalho é de grande importância.

O momento crítico atual dos serviços públicos caracteriza-se pela conjunção de maiores demandas por qualidade dos serviços (em confronto com as prioridades oferecidas pelos serviços) e a fragilidade dos paradigmas administrativos para poder atendê-las. Queira-se ou não, essas exigências induzem a mudanças de diferentes orientação e alcance, algumas das quais podem oferecer caminhos para o avanço de estratégias de mudança do trabalho para a qualidade. É um erro pensar que essas mudanças acontecerão de um dia para outro e que serão normalmente positivas, como

também é um erro pensar que somente em instituições democráticas e participativas (que no momento são exceções) existem condições para uma mudança como essa que se propõe. Ao contrário, pode-se dizer que o caminho para se construir essas novas instituições, passa pelas fases das mudanças no trabalho e das possibilidades da educação permanente no serviço. Essas demandas por capacidade gerencial e qualidade obrigam a buscar, além de um novo perfil gerencial e implementação de estratégias adequadas de capacitação, novos paradigmas e modos de organização, ou seja, novas práticas de gestão, principalmente no que se refere à gestão do trabalho. Esta é uma condição necessária para um projeto de educação permanente para a qualidade do trabalho e do serviço.

A perspectiva de gestão de trabalho coletivo traz uma nova visão sobre a pergunta: “Quem deve estar envolvido com as mudanças?”. Nessa visão se assume a participação de todos os trabalhadores envolvidos em cada um dos problemas em estudo na instituição, com uma nova lógica que define a equipe de trabalho não mais por categorias profissionais ou serviços e programas formalmente definidos, mas, sim, por participação efetiva no processo de trabalho em análise.

Por influência do modelo predominante de formação de profissionais de saúde, há uma tendência a privilegiar a abordagem da dimensão técnica do cuidado quando se enfrenta um problema e, particularmente, a valorizar mais o domínio do conhecimento científico em si que a pertinência de sua aplicação.

Sob uma perspectiva de trabalho para a qualidade, o conhecimento não é o único atributo da competência profissional. Seu valor está na possibilidade de que seu uso se oriente em assegurar a satisfação das necessidades do usuário. Considerando-se que essas necessidades são complexas, diversas e variáveis, e considerando-se também que o processo e a divisão do trabalho também se modificam, a criatividade, o encontro com outros conhecimentos, a flexibilidade e a abertura para a busca permanente de novos conhecimentos passam a ser atributos também valorizados. E são justamente os processos de reflexão sobre os problemas da prática do trabalho e da busca das intervenções necessárias para alcançar a imagem de qualidade que permitem o

exercício e a construção desses atributos. Muitas vezes os profissionais se veem inclinados a buscar cursos de reciclagem e atualização para obter novos conhecimentos, com a expectativa, geralmente frustradas, de que nesses cursos encontrarão os caminhos e as receitas para a transformação de sua prática.

O projeto de educação permanente para o melhoramento da qualidade do trabalho é um projeto institucional, o que supõe mudanças na cultura institucional e no estilo de gestão, mas também é, em todos os casos, um projeto grupal, das equipes de saúde. É um trabalho de grupo a análise estratégica da situação institucional, a problematização da missão (revisão ou reencontro), a construção da imagem objetiva de qualidade e o momento essencial do processo: a definição dos problemas de qualidade sobre os quais se vão intervir. Do mesmo modo, tanto o componente programático educacional como as diversas estratégias de gestão pessoal se caracterizam por sua orientação aos grupos e por sua definição conjunta, coletiva, participativa. O objetivo estratégico de todo o processo é o reencontro com o trabalho solidário, com a reconstrução das equipes, com a satisfação do pessoal como condição básica de um serviço de saúde com equidade e qualidade.

8.12.6. Qualidade no serviço: esforço de todos

Esta característica consiste na definição coletiva (por equipe ou equipes de trabalho) da imagem ou imagens-objetivo de qualidade do serviço que fornecem e de seu próprio trabalho, assim como dos problemas que impedem o êxito dessa imagem. É uma atividade que combina elementos técnicos (critérios de qualidade fornecidos pela gestão) e elementos axiológicos derivados da missão institucional. É o momento em que se escuta dos usuários sua apreciação do serviço que recebem e as propostas que podem fazer para melhorá-lo. Esta primeira aproximação da interface serviço/população deve ser completada com a análise das relações internas de cliente/provedor que foram estabelecidas no serviço (recorde-se da relação consultório/laboratório, por exemplo). O

resultado desse momento é um conjunto de imagens-objetivo para as equipes e que funcionam também como critério de gestão. O momento seguinte é a definição dos problemas de qualidade, que segundo os peritos de gestão de qualidade é o aspecto mais delicado e requer mais tempo. O propósito explícito é identificar aqueles problemas que impedem que o serviço alcance sua imagem de qualidade, ou seja, aqueles problemas de trabalho de pessoal que contribuem para essa dificuldade. A identificação dos problemas se faz sempre “contra” essa imagem ou imagens de qualidade que antes foram construídas. Diz-se que são imagens porque precisamente “ajudam a enxergar” os problemas de qualidade. Nem todos os problemas existentes são problemas de qualidade, somente aqueles que contrastam com as imagens.

Para a identificação dos problemas se faz uso de diversas possibilidades: experiências individuais ou grupais, revisão de informação existente (estatística ou não, quantitativa ou qualitativa) nos diversos ambientes ou unidades comprometidas.

Para iniciarmos o Plano de educação permanente iremos abordar temas que farão parte da rotina das equipes multiprofissionais.

No decorrer das atividades realizadas nos plantões de 24h surgirão demandas que serão inseridas dentro do plano de forma prioritária.

8.12.7. Sugestão de Temas a serem trabalhados

(Conteúdo Programático)

Abaixo, sugerimos temas a serem trabalhados, porém, não necessariamente nessa ordem. Além de que, novos temas poderão ser incluídos, de acordo com o levantamento de necessidades identificadas no local. São temas de atividades rotineiras, mas que precisam ser abordadas para que o atendimento seja realizado com excelência. Após 30 dias do início da Gestão do Instituto, serão avaliadas as necessidades e prioridades dos temas. A equipe de RH do Instituto fará esse

levantamento em conjunto com as chefias dos PAs. Caso haja necessidade de adequação e abordagem de novos temas estes também serão considerados. De acordo com o levantamento de necessidades, conseguiremos definir um primeiro cronograma.

Sugestão de Temas Técnicos e público alvo:

- 1 – Segurança do Trabalho: NR 32 – toda equipe
- 2 – Anotações de Enfermagem e Passagem de Plantão – Equipe de Enfermagem
- 3 – Cuidados com Drenos, sondas e cateteres – Equipe de Enfermagem
- 4 – Feridas e Curativos – Equipe de Enfermagem
- 5 – Esterilização de Materiais Hospitalares – Equipe de Enfermagem
- 6 – Ventilador Mecânico - Equipe assistencial
- 7 – Drogas Vasoativas – Equipe Assistencial
- 8 – Técnicas de Vacinação – Enfermeiros
- 9 – Hotelaria – Rouparia, copa e recepção

Sugestão de Temas Comportamentais

- 1 – Atendimento de Qualidade
- 2 – Como Atender Melhor o seu Cliente
- 3 – Gestão de Pessoas

4 – Gestão de Conflitos

Todas as ações voltadas a Educação Permanente e Continuada, contarão com lista de presença, onde deverá constar Nome, RG e assinatura dos participantes, tema abordado, carga horária, nome do Treinador/Palestrante, Instituição responsável e data.

8.13. Saúde Do Trabalhador

8.13.1. Os EPI's (Equipamentos de Proteção Individual)

Os Equipamentos de Proteção Individual estão relacionados aos utensílios individuais para cada trabalhador e são utilizados para evitar danos à saúde e à vida desse funcionário.

De acordo com a Norma Regulamentadora (NR-06) do Ministério do Trabalho e Emprego, a empresa é obrigada a fornecer aos empregados, gratuitamente, os Equipamentos de Proteção Individual adequado ao risco, em perfeito estado de conservação e funcionamento. Dentre as categorias dos Equipamentos de Proteção Individual estão:

- Proteção da cabeça: capacete, capuz;
- Proteção dos olhos e face: óculos, máscaras;
- Proteção auditiva: protetor auricular, abafadores;
- Proteção respiratória: respirador;
- Proteção do tronco: coletes;
- Proteção dos membros superiores: luvas, braçadeiras;

- Proteção dos membros inferiores: botas, calças EPI e EPC.

8.13.2. Os EPC's (Equipamentos de Proteção Coletiva)

Já os Equipamentos de Proteção Coletiva são itens fixos ou móveis, instalados no local de trabalho para a proteção coletiva de toda a empresa.

Entre os principais Equipamentos de Proteção Coletiva destacamos os cones, fitas e placas de sinalização, alarmes, plataformas, grades e dispositivos de bloqueio, barreiras contra luminosidade e radiação, exaustores, corrimão etc.

Uma das vantagens dos Equipamentos de Proteção Coletiva é que são mais eficientes e não proporcionam incômodo ao trabalhador. Outro fator importante é que os Equipamentos de Proteção Coletiva resguardam a integridade física dos colaboradores e de terceiros presentes na empresa.

Portanto, a diferença é que EPI é para proteção individual do colaborador e EPC para proteção coletiva.

A importância do EPI e EPC nas empresas tanto os EPI's quanto os EPC's são essenciais para garantir a integridade e saúde dos trabalhadores, porém devemos lembrar que a prevenção não deve acabar após o fornecimento do equipamento pela empresa. É necessário que a ela também oriente o trabalhador sobre como deve ser usado os equipamentos, como conservá-los e armazená-los. Além disso, deve-se ajustar o equipamento individual de acordo com o tamanho de cada colaborador, de modo com que o equipamento não ofereça oportunidade de falhas.

8.13.3. PCMSO

O significado de PCMSO é o **Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional** e foi instituída pela NR 7 (Normas Regulamentadoras sete), aprovada pela Secretaria de Segurança e Saúde no trabalho. O Instituto irá seguir todas as normativas do PCMSO para com seus colaboradores.

Os exames obrigatórios para PCMSO devem ser:

- Admissional;
- Periódicos;
- De retorno ao trabalho;
- De mudança de função;
- Demissional.

Aprovada em 29/12/1994, o PCMSO é um programa que é exigido por lei para todos os empregadores e instituições que admitam trabalhadores como empregados.

8.13.4. Política de Segurança no Trabalho e Prevenção de Acidentes

a) Objetivo

A premissa básica é envolver todos os níveis da empresa e de forma clara e objetiva mostrar a real importância da “Segurança no Trabalho” no dia a dia da organização empresarial. Fazendo com que todos sejam convidados a participar e detectar os problemas existentes nos locais de trabalho (riscos de acidente, ergonômicos, físico, químico, biológico).

Será implantado por este Instituto ALPHA desde o início os programas: Programa de Prevenção de Riscos à Saúde do Trabalhador, Elaboração e Implantação do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional, PPRA -Programa de Prevenção

de Riscos Ambientais e PCMSO - Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional.

b) Finalidade

Despertar a cultura prevencionista de forma consciente e voluntaria em todos os níveis da empresa, bem como a participação do maior número de colaboradores. Atuando de forma conjunta identificando os riscos, propondo soluções e por fim, aderindo à ideia de desenvolver suas atividades laborais de forma segura.

8.13.5. Programa de Prevenção de Riscos à Saúde do Trabalhador

O Programa de Prevenção de Riscos à Saúde do Trabalhador e o Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA) é um conjunto de ações visando à preservação da saúde e da integridade dos trabalhadores, através da antecipação, reconhecimento, avaliação e conseqüente controle da ocorrência de riscos ambientais existentes ou que venham a existir no ambiente de trabalho, tendo em consideração a proteção do meio ambiente e dos recursos naturais.

No Brasil a legislação do trabalho obriga todas as empresas públicas e privadas a elaborarem e implementarem o PPRA, além de manter um documento base de registro dessas ações, que incluem:

- levantamento dos riscos;
- planejamento anual com estabelecimento de metas e prioridades;
- cronogramas;
- estratégia e metodologia de ação;
- forma do registro, manutenção e divulgação dos dados;
- periodicidade e forma de avaliação do desenvolvimento do PPRA.

O PPRA - Programa de Prevenção de Riscos Ambientais foi estabelecido pela Secretaria de Segurança e Saúde do Trabalho, do Ministério do Trabalho, por meio da Norma Regulamentadora NR 9, Portaria 3214/78, com objetivo de definir uma metodologia de ação para garantir a preservação da saúde e integridade dos trabalhadores face aos riscos existentes nos ambientes de trabalho.

São considerados riscos ambientais os agentes físicos, químicos e biológicos. São considerados fatores de riscos ambientais a presença destes agentes em determinadas concentrações ou intensidade. O tempo máximo de exposição do trabalhador a esses agentes é determinado por limites pré- estabelecidos.

Agentes de Risco

Os agentes de risco que devem estar presentes no PPRA são os agentes químicos, físicos e biológicos. Podendo ser analisado também os riscos ergonômicos e riscos mecânicos (de acidente). Estes dois últimos devem ser colocados como adendo no PPRA.

Os agentes físicos decorrem de processos e/ou equipamentos:

- Ruído, vibrações, pressões anormais, temperaturas extremas (calor ou frio), radiações ionizantes e radiações não-ionizantes.

Os agentes químicos são oriundos da manipulação e processamento de matérias primas e insumos que possam entrar pela via respiratória, pelo contato ou ser absorvidos através da pele ou organismo;

- Gases, vapores, poeiras, fumos, névoas e neblinas.

Os agentes biológicos são oriundos da manipulação, transformação e modificação de

seres vivos microscópicos, dentre eles:

- bactérias, fungos, bacilos, parasitas, protozoários, vírus, entre outros.

É um programa de atenção médica, o objetivo do programa é orientar os estudos na identificação de agentes de risco no ambiente do trabalho e a sua relação com a exposição das pessoas, dando um tratamento apropriado à prevenção, para não causar danos à saúde do trabalhador. Traz ainda consigo benefícios complementares como:

- Criação da mentalidade preventiva em trabalhadores e empresários.
- Redução ou eliminação de improvisações.
- Promoção da conscientização em relação a riscos e agentes existentes no ambiente do trabalho.
- Desenvolvimento de uma metodologia de abordagem e análise das diferentes situações e condições do ambiente do trabalho.
- Treinamento e educação dos trabalhadores para a utilização da metodologia.

Metodologia

As seguintes etapas são planejadas para implementação do PPRA:

- Antecipação e reconhecimento dos riscos;
- Estabelecimento de prioridades e metas de avaliação e controle;
- Avaliação dos riscos e da exposição dos trabalhadores;
- Implantação de medidas de controle e avaliação de sua eficácia;
- Monitoramento da exposição aos riscos;

- Registro e divulgação dos dados.

Obrigatoriedade da implementação do PPRA

A lei define que todos empregadores e instituições que admitem trabalhadores como empregados, são obrigadas a implementar o PPRA. Em todas as atividades de trabalho onde haja vínculo empregatício, há a obrigação de implantação do programa, sejam: indústrias; fornecedores de serviços; hotéis; condomínios; drogarias; escolas; supermercados; hospitais; clubes; transportadoras; magazines etc.

O não cumprimento das exigências desta norma estabelece penalidades que variam de multas e até interdições.

Opções de implementação do programa

Para as organizações que possuem o SESMT, Serviço Especializado de Segurança, é responsabilidade deste serviço a implementação. Para as empresas que não possuam o SESMT algumas opções podem ser aplicadas na elaboração, desenvolvimento, implementação do PPRA, como a contratação de uma empresa especializada, um Técnico de Segurança do Trabalho ou um Engenheiro de Segurança do Trabalho para desenvolvimento das diversas etapas do programa em conjunto com a direção da empresa.

Precauções e cuidados

A principal preocupação são que os objetivos sejam efetivamente a proteção aos trabalhadores.

A medição da presença de agentes pode atingir partes por bilhão (ppb) e precisam de metodologias adequadas para a medição.

As empresas especializadas à serem contratadas precisam ser verificadas quanto a capacitação técnica e idoneidade na realização destes trabalhos.

NR 9 - NORMA REGULAMENTADORA 9 PROGRAMA DE PREVENÇÃO DE RISCOS AMBIENTAIS

Sumário

- 9.1. Do objeto e campo de aplicação
- 9.2. Da estrutura do PPRA
- 9.3. Do desenvolvimento do PPRA
- 9.4. Das responsabilidades
- 9.5. Da informação
- 9.6. Das disposições finais
- Anexo I - Vibração
- Anexo II - Exposição Ocupacional ao Benzeno em Postos Revendedores de Combustíveis

Do objeto e campo de aplicação

Esta Norma Regulamentadora - NR estabelece a obrigatoriedade da elaboração e implantação, por parte de todos os empregadores e instituições que admitam trabalhadores como empregados, do Programa de Prevenção de Riscos Ambientais - PPRA, visando à preservação da saúde e da integridade dos trabalhadores, através da antecipação, reconhecimento, avaliação e conseqüente controle da ocorrência de riscos ambientais existentes ou que venham a existir no ambiente de trabalho, tendo em consideração a proteção do meio ambiente e dos recursos naturais.

As ações do PPRA devem ser desenvolvidas no âmbito de cada estabelecimento da empresa, sob a responsabilidade do empregador, com a participação dos trabalhadores, sendo sua abrangência e profundidade dependentes das características dos riscos e das necessidades de controle.

Quando não forem identificados riscos ambientais nas fases de antecipação ou

reconhecimento, descritas nos itens 9.3.2 e 9.3.3, o PPRA poderá resumir-se às etapas previstas nas alíneas "a" e "f" do subitem 9.3.1.

O PPRA é parte integrante do conjunto mais amplo das iniciativas da empresa no campo da preservação da saúde e da integridade dos trabalhadores, devendo estar articulado com o disposto nas demais NR, em especial com o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional - PCMSO previsto na NR-7.

Esta NR estabelece os parâmetros mínimos e diretrizes gerais a serem observados, na execução do PPRA, podendo os mesmos ser ampliados mediante negociação coletiva de trabalho.

Para efeito desta NR, consideram-se riscos ambientais os agentes físicos, químicos e biológicos existentes nos ambientes de trabalho que, em função de sua natureza, concentração ou intensidade e tempo de exposição, são capazes de causar danos à saúde do trabalhador.

Consideram-se agentes físicos as diversas formas de energia a que possam estar expostos os trabalhadores, tais como: ruído, vibrações, pressões anormais, temperaturas extremas, radiações ionizantes, radiações não ionizantes, bem como o infrassom e o ultrassom.

Consideram-se agentes químicos as substâncias, compostos ou produtos que possam penetrar no organismo pela via respiratória, nas formas de poeiras, fumos, névoas, neblinas, gases ou vapores, ou que, pela natureza da atividade de exposição, possam ter contato ou ser absorvidos pelo organismo através da pele ou por ingestão.

Consideram-se agentes biológicos as bactérias, fungos, bacilos, parasitas, protozoários, vírus, entre outros.

Da estrutura do PPRA

O Programa de Prevenção de Riscos Ambientais deverá conter, no mínimo, a seguinte estrutura:

- a) planejamento anual com estabelecimento de metas, prioridades e cronograma;
- b) estratégia e metodologia de ação;

- c) forma do registro, manutenção e divulgação dos dados;
- d) periodicidade e forma de avaliação do desenvolvimento do PPRA.

Deverá ser efetuada, sempre que necessário e pelo menos uma vez ao ano, uma análise global do PPRA para avaliação do seu desenvolvimento e realização dos ajustes necessários e estabelecimento de novas metas e prioridades.

O PPRA deverá estar descrito num documento-base contendo todos os aspectos estruturais constantes do item 9.2.1.

O documento-base e suas alterações e complementações deverão ser apresentados e discutidos na CIPA, quando existente na empresa, de acordo com a NR-5, sendo sua cópia anexada ao livro de atas desta Comissão.

O documento-base e suas alterações deverão estar disponíveis de modo a proporcionar o imediato acesso às autoridades competentes.

O cronograma previsto no item 9.2.1 deverá indicar claramente os prazos para o desenvolvimento das etapas e cumprimento das metas do PPRA.

Do desenvolvimento do PPRA

O Programa de Prevenção de Riscos Ambientais deverá incluir as seguintes etapas:

- a) antecipação e reconhecimentos dos riscos;
- b) estabelecimento de prioridades e metas de avaliação e controle;
- c) avaliação dos riscos e da exposição dos trabalhadores;
- d) implantação de medidas de controle e avaliação de sua eficácia;
- e) monitoramento da exposição aos riscos;
- f) registro e divulgação dos dados.

A elaboração, implantação, acompanhamento e avaliação do PPRA poderão ser feitas pelo Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho - SESMT ou por pessoa ou equipe de pessoas que, a critério do empregador, sejam capazes de desenvolver o disposto nesta NR.

A antecipação deverá envolver a análise de projetos de novas instalações,

métodos ou processos de trabalho, ou de modificação dos já existentes, visando a identificar os riscos potenciais e introduzir medidas de proteção para sua redução ou eliminação.

O reconhecimento dos riscos ambientais deverá conter os seguintes itens, quando aplicáveis:

- a) a sua identificação;
- b) a determinação e localização das possíveis fontes geradoras;
- c) a identificação das possíveis trajetórias e dos meios de propagação dos agentes no ambiente de trabalho;
- d) a identificação das funções e determinação do número de trabalhadores expostos;
- e) a caracterização das atividades e do tipo da exposição;
- f) a obtenção de dados existentes na empresa, indicativos de possível comprometimento da saúde decorrente do trabalho;
- g) os possíveis danos à saúde relacionados aos riscos identificados, disponíveis na literatura técnica;
- h) a descrição das medidas de controle já existentes.

A avaliação quantitativa deverá ser realizada sempre que necessária para:

- a) comprovar o controle da exposição ou a inexistência de riscos identificados na etapa de reconhecimento;
- b) dimensionar a exposição dos trabalhadores;
- c) subsidiar o equacionamento das medidas de controle.

Das medidas de controle

Deverão ser adotadas as medidas necessárias suficientes para a eliminação, a minimização ou o controle dos riscos ambientais sempre que forem verificadas uma ou mais das seguintes situações:

- a) identificação, na fase de antecipação, de risco potencial à saúde;
- b) constatação, na fase de reconhecimento de risco evidente à saúde;

c) quando os resultados das avaliações quantitativas da exposição dos trabalhadores excederem os valores dos limites previstos na NR-15 ou, na ausência destes os valores limites de exposição ocupacional adotados pela ACGIH - *American Conference of Governmental Industrial Hygienists*, ou aqueles que venham a ser estabelecidos em negociação coletiva de trabalho, desde que mais rigorosos do que os critérios técnico-legais estabelecidos;

d) quando, através do controle médico da saúde, ficar caracterizado onexo causal entre danos observados na saúde os trabalhadores e a situação de trabalho a que eles ficam expostos.

O estudo, desenvolvimento e implantação de medidas de proteção coletiva deverá obedecer à seguinte hierarquia:

a) medidas que eliminam ou reduzem a utilização ou a formação de agentes prejudiciais à saúde;

b) medidas que previnam a liberação ou disseminação desses agentes no ambiente de trabalho;

a) medidas que reduzam os níveis ou a concentração desses agentes no ambiente de trabalho.

A implantação de medidas de caráter coletivo deverá ser acompanhada de treinamento dos trabalhadores quanto os procedimentos que assegurem a sua eficiência e de informação sobre as eventuais limitações de proteção que ofereçam.

Quando comprovado pelo empregador ou instituição a inviabilidade técnica da adoção de medidas de proteção coletiva ou quando estas não forem suficientes ou encontrarem-se em fase de estudo, planejamento ou implantação, ou ainda em caráter complementar ou emergencial, deverão ser adotadas outras medidas, obedecendo-se à seguinte hierarquia:

a) medidas de caráter administrativo ou de organização do trabalho;

b) utilização de equipamento de proteção individual - EPI.

A utilização de EPI no âmbito do programa deverá considerar as Normas Legais e Administrativas em vigor e envolver no mínimo: a) seleção do EPI adequado tecnicamente ao risco a que o trabalhador está exposto e à atividade exercida,

considerando-se a eficiência necessária para o controle da exposição ao risco e o conforto oferecido segundo avaliação do trabalhador usuário;

b) programa de treinamento dos trabalhadores quanto à sua correta utilização e orientação sobre as limitações de proteção que o EPI oferece;

c) estabelecimento de normas ou procedimento para promover o fornecimento, o uso, a guarda, a higienização, a conservação, a manutenção e a reposição do EPI, visando garantir as condições de proteção originalmente estabelecidas;

d) caracterização das funções ou atividades dos trabalhadores, com a respectiva identificação dos EPI's utilizados para os riscos ambientais.

O PPRA deve estabelecer critérios e mecanismos de avaliação da eficácia das medidas de proteção implantadas considerando os dados obtidos nas avaliações realizadas e no controle médico da saúde previsto na NR- 7.

Do nível de ação

Para os fins desta NR, considera-se nível de ação o valor acima do qual devem ser iniciadas ações preventivas de forma a minimizar a probabilidade de que as exposições a agentes ambientais ultrapassem os limites de exposição. As ações devem incluir o monitoramento periódico da exposição, a informação aos trabalhadores e o controle médico.

Deverão ser objeto de controle sistemático as situações que apresentem exposição ocupacional acima dos níveis de ação, conforme indicado nas alíneas que seguem:

a) para agentes químicos, a metade dos limites de exposição ocupacional considerados de acordo com a alínea "c" do subitem 9.3.5.1;

b) para o ruído, a dose de 0,5 (dose superior a 50%), conforme critério estabelecido na NR-15, Anexo I, item 6.

Do monitoramento.

Para o monitoramento da exposição dos trabalhadores e das medidas de controle, deve ser realizada uma avaliação sistemática e repetitiva da exposição a um dado risco, visando à introdução ou modificação das medidas de controle, sempre que necessário.

Do registro de dados.

Deverá ser mantido pelo empregador ou instituição um registro de dados, estruturado de forma a constituir um histórico técnico e administrativo do desenvolvimento do PPRA.

Os dados deverão ser mantidos por um período mínimo de 20 (vinte) anos.

O registro de dados deverá estar sempre disponível aos trabalhadores interessados ou seus representantes e para as autoridades competentes.

Das responsabilidades

Do empregador:

I. Estabelecer, implantar e assegurar o cumprimento do PPRA como atividade permanente da empresa ou instituição.

Dos trabalhadores:

I. Colaborar e participar na implantação e execução do PPRA;

II. Seguir as orientações recebidas nos treinamentos oferecidos dentro do PPRA;

IV. informar ao seu superior hierárquico direto ocorrências que, a seu julgamento, possam implicar riscos à saúde dos trabalhadores.

Da informação

Os trabalhadores interessados terão o direito de apresentar propostas e receber informações e orientações a fim de assegurar a proteção aos riscos ambientais identificados na execução do PPRA.

Os empregadores deverão informar os trabalhadores de maneira apropriada e

suficiente sobre os riscos ambientais que possam originar-se nos locais de trabalho e sobre os meios disponíveis para prevenir ou limitar tais riscos e para proteger-se dos mesmos.

Das disposições finais

Sempre que vários empregadores realizem simultaneamente atividades no mesmo local de trabalho terão o dever de executar ações integradas para aplicar as medidas previstas no PPRA visando a proteção de todos os trabalhadores expostos aos riscos ambientais gerados.

O conhecimento e a percepção que os trabalhadores têm do processo de trabalho e dos riscos ambientais presentes, incluindo os dados consignados no Mapa de Riscos, previsto na NR-5, deverão ser considerados para fins de planejamento e execução do PPRA em todas as suas fases.

O empregador deverá garantir que, na ocorrência de riscos ambientais nos locais de trabalho que coloquem em situação de grave e iminente risco um ou mais trabalhadores, os mesmos possam interromper de imediato as suas atividades, comunicando o fato ao superior hierárquico direto para as devidas providências.

8.13.6. PPP - Perfil Profissiográfico Previdenciário

O Perfil Profissiográfico Previdenciário-PPP constitui-se em um documento histórico-laboral do trabalhador, que reúne, entre outras informações, dados administrativos, registros ambientais e resultados de monitoração biológica, durante todo o período em que este exerceu suas atividades na respectiva empresa.

Tendo sua elaboração obrigatória a partir de 01.01.2004 (data fixada pela IN INSS/DC 96/2003) o PPP tem por objetivo primordial fornecer informações para o trabalhador quanto às condições ambientais de trabalho, principalmente no

requerimento de aposentadoria especial.

O PPP tem como finalidade:

- Comprovar as condições para habilitação de benefícios e serviços previdenciários, em particular, o benefício de aposentadoria especial;
- Prover o trabalhador de meios de prova produzidos pelo empregador perante a Previdência Social, a outros órgãos públicos e aos sindicatos, de forma a garantir todo direito decorrente da relação de trabalho, seja ele individual, ou difuso e coletivo;
- Prover a empresa de meios de prova produzidos em tempo real, de modo a organizar e a individualizar as informações contidas em seus diversos setores ao longo dos anos, possibilitando que a empresa evite ações judiciais indevidas relativas a seus trabalhadores;
- Possibilitar aos administradores públicos e privados acesso a bases de informações fidedignas, como fonte primária de informação estatística, para desenvolvimento de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como definição de políticas em saúde coletiva.

Criado para substituir os antigos formulários denominados SB 40, DISES BE 5235, DSS 8030 e DIRBEN 8030, os quais sempre foram de preenchimento obrigatório apenas para aqueles trabalhadores que laboram expostos a agentes nocivos à sua saúde, sua exigência legal se encontra no artigo 58 da Lei 8.213/91.

Anteriormente somente os trabalhadores que tinham direito a se aposentar precocemente, com a chamada aposentadoria especial, recebiam os formulários substituídos pelo PPP.

Em decorrência da IN INSS 118/2005, a partir de 1º de janeiro de 2004, a empresa ou equiparada à empresa ficou obrigada a elaborar o PPP, conforme anexo XV da referida Instrução, de forma individualizada para seus empregados, trabalhadores avulsos e cooperados. Atualmente, a Instrução Normativa INSS 45/2010 é que

estabelece as instruções de preenchimento e o modelo do formulário do PPP.

A exigência abrange aqueles que laborem expostos a agentes nocivos químicos, físicos, biológicos ou associação de agentes prejudiciais à saúde ou à integridade física, considerados para fins de concessão de aposentadoria especial, ainda que não presentes os requisitos para a concessão desse benefício, seja pela eficácia dos equipamentos de proteção, coletivos ou individuais, seja por não se caracterizar a permanência.

Observe-se também que as Micro Empresas e as Empresas de Pequeno Porte não estão dispensadas da emissão do PPP.

A responsabilidade pela emissão do PPP é:

- Da empresa empregadora, no caso de empregado;
- Cooperativa de trabalho ou de produção, no caso de cooperados filiados,
- Órgão Gestor de Mão de Obra – OGMO, no caso dos Trabalhadores Portuários Avulsos – TPA; e
- Sindicato de Categoria, no caso de trabalhador avulso não portuário.

O PPP deve ser preenchido, atualizado e entregue ao trabalhador no momento da rescisão somente em relação àqueles empregados que durante o contrato de trabalho estejam em contato com agentes nocivos à saúde, sob pena de multa mínima, de acordo com a Portaria Interministerial MPS/MF 15/2013 (válida a partir de janeiro/2013), de R\$ 1.717,38 (mil setecentos e dezessete reais e trinta e oito centavos).

O PPP deverá ser emitido com base nas demonstrações ambientais, exigindo, como base de dados:

- a) Programa de Prevenção de Riscos Ambientais - PPRA;
- b) Programa de Gerenciamento de Riscos - PGR;
- c) Programa de Condições e Meio Ambiente de Trabalho na Indústria da Construção - PCMAT;
- d) Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional - PCMSO;

- e) Laudo Técnico de Condições Ambientais do Trabalho - LTCAT;
- f) Comunicação de Acidente do Trabalho - CAT.

A atualização do Perfil Profissiográfico Previdenciário deve ser feita sempre que houver alteração que implique mudança das informações contidas nas suas seções ou pelo menos uma vez ao ano, quando permanecerem inalteradas suas informações.

PCMSO

O significado de PCMSO é o **Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional** e foi instituída pela NR7 (Normas Regulamentadoras Sete), aprovada pela Secretaria de Segurança e Saúde no trabalho.

Os exames obrigatórios para PCMSO devem ser:

- Admissional;
- Periódicos;
- De retorno ao trabalho;
- De mudança de função;
- Demissional.

Aprovada em 29/12/1994, o PCMSO é um programa que é exigido por lei para todos os empregadores e instituições que admitam trabalhadores como empregados.

do PCMSO

- ◆ Cumprimento das exigências legais: NR7 Mtb;
- ◆ Promover e preservar a saúde dos trabalhadores;
- ◆ Atendimento integral à saúde ocupacional dos trabalhadores;
- ◆ Evitar consequências negativas, como os Acidentes do Trabalho, as lesões ocupacionais e os custos sociais decorrentes dos mesmos;

- ◆ Promover a queda do absenteísmo e agregar à empresa os valores consequentes a essa queda, com o aumento da motivação que irá resultar, junto aos fatores acima, uma maior produtividade;
- ◆ Redução de gastos com os cuidados na saúde do trabalho;
- ◆ Uma maior integração entre os setores da empresa.

Os profissionais que são habilitados para realizar tal atividade devem ser médicos e precisam ter especialização em Medicina do Trabalho.

Os médicos vão até a empresa, tenha ela um ou mais funcionários, visitam os postos de trabalho e ficam conhecendo o ambiente e a forma de trabalho. Assim, observam desde as condições do prédio como iluminação, ventilação, calor, se os funcionários trabalham em posições que possam trazer riscos.

Após isso feito, estuda-se o PPRA (programa de prevenção dos riscos ambientais) e outros laudos.

São programas obrigatórios, de acordo com a Lei 6514/77 e Portarias 3214/78, 24/94 e 08/98. Toda empresa que possua pelo menos um empregado está obrigada a manter o PPRA e o PCMSO, seja qual for a sua atividade. Empresas sem empregados são isentas!

Legislação sobre Medicina do Trabalho

Lei nº 6514, de 22 de dezembro de 1977.

Essa lei confere aos empresários, aos empregados e ao governo suas respectivas obrigações para manter a segurança e a saúde no ambiente de trabalho.

Empresas

- São obrigadas a cumprir normas de segurança e medicina do trabalho, instruindo seus funcionários a tomar medidas de precaução que não os prejudiquem e que evitem doenças ocupacionais.

- Não é permitido agir para prejudicar as constantes fiscalizações de órgãos competentes;
- É de responsabilidade das empresas, fornecer os equipamentos necessários para a proteção dos empregados. Os equipamentos devem ser aprovados pelo Ministério do Trabalho antes de serem utilizados e repassados;
- O empregador deve fornecer exames médicos para admitir e despedir funcionários, para investigar acidentes e para acompanhar a saúde do trabalhador;
- O estabelecimento deve ter equipamentos necessários para prestar os primeiros socorros em casos de acidentes, assim como fornecer segurança e conforto em sua estrutura (iluminação, temperatura, rede elétrica e hidráulica).

Empregados

- Cabe aos funcionários prestar atenção às normas de segurança da empresa e não descuidar das instruções para preservar-se;
- Não é permitido, dessa forma, que o trabalhador se recuse a usar os equipamentos de segurança e desobedeça as regras sem justificativa.

Governo

- O Governo Federal deve coordenar a fiscalização às empresas em todo território nacional, para fazer valer a segurança e a medicina ocupacional por meio de um órgão competente;
- Compete às Delegacias Regionais do Trabalho fiscalizar e fazer cumprir as normas necessárias para medicina do trabalho e aplicar as penalidade para quem descumprir as regras constituintes da lei;
- O Ministério do Trabalho é um dos responsáveis por fiscalizar e analisar as condições de trabalho é esse órgão que classifica as condições de insalubridade da profissão e cria normas para limitar a exposição do trabalhador às causas de doenças ocupacionais. É ele também que recebe os pedidos de empresas e sindicatos para realização de perícia médica a classificação;

- É do Ministério do Trabalho também a responsabilidade de estabelecer as medidas de proteção à saúde que devem ser tomadas em todo o país para prevenir acidentes. Segue abaixo a NR 7 :

NR 7 - NORMA REGULAMENTADORA 7

PROGRAMA DE CONTROLE MÉDICO DE SAÚDE OCUPACIONAL

Sumário

7.1. Do objeto

7.2. Das diretrizes

7.3. Das responsabilidades

7.4. Do desenvolvimento do PCMSO

7.5. Dos primeiros socorros

7.6. Quadros

7.1. Do objeto

7.1.1. Esta Norma Regulamentadora - NR estabelece a obrigatoriedade de elaboração e implementação, por parte de todos os empregadores e instituições que admitam trabalhadores como empregados, do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional - PCMSO, com o objetivo de promoção e preservação da saúde do conjunto dos seus trabalhadores.

7.1.2. Esta NR estabelece os parâmetros mínimos e diretrizes gerais a serem observados na execução do PCMSO, podendo os mesmos ser ampliados mediante negociação coletiva de trabalho.

7.1.3. Caberá à empresa contratante de mão de obra prestadora de serviços informar a empresa contratada dos riscos existentes e auxiliar na elaboração e implementação do PCMSO nos locais de trabalho onde os serviços estão sendo prestados.

7.2. Das diretrizes

7.2.1. O PCMSO é parte integrante do conjunto mais amplo de iniciativas da empresa no campo da saúde dos trabalhadores, devendo estar articulado com o disposto nas

demais NR.

7.2.2. O PCMSO deverá considerar as questões incidentes sobre o indivíduo e a coletividade de trabalhadores, privilegiando o instrumental clínico-epidemiológico na abordagem da relação entre sua saúde e o trabalho.

7.2.3. O PCMSO deverá ter caráter de prevenção, rastreamento e diagnóstico precoce dos agravos à saúde relacionados ao trabalho, inclusive de natureza subclínica, além da constatação da existência de casos de doenças profissionais ou danos irreversíveis à saúde dos trabalhadores.

7.2.4. O PCMSO deverá ser planejado e implantado com base nos riscos à saúde dos trabalhadores, especialmente os identificados nas avaliações previstas nas demais NR.

7.3. Das responsabilidades

7.3.1. Compete ao empregador:

a) garantir a elaboração e efetiva implementação do PCMSO, bem como zelar pela sua eficácia;

b) custear sem ônus para o empregado todos os procedimentos relacionados ao PCMSO;

c) indicar, dentre os médicos dos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho – SESOMT, da empresa, um coordenador responsável pela execução do PCMSO;

d) no caso de a empresa estar desobrigada de manter médico do trabalho, de acordo com a NR 4, deverá o empregador indicar médico do trabalho, empregado ou não da empresa, para coordenar o PCMSO;

e) inexistindo médico do trabalho na localidade, o empregador poderá contratar médico de outra especialidade para coordenar o PCMSO.

7.3.1.1. Ficam desobrigadas de indicar médico coordenador as empresas de grau de risco 1 e 2, segundo o Quadro 1 da NR 4, com até 25 (vinte e cinco) empregados e aquelas de grau de risco 3 e 4, segundo o Quadro 1 da NR 4, com até 10 (dez) empregados.

7.3.1.1.1. As empresas com mais de 25 (vinte e cinco) empregados e até 50 (cinquenta) empregados, enquadradas no grau de risco 1 ou 2, segundo o Quadro 1 da NR 4,

poderão estar desobrigadas de indicar médico coordenador em decorrência de negociação coletiva.

7.3.1.1.2. As empresas com mais de 10 (dez) empregados e com até 20 (vinte) empregados, enquadradas no grau de risco 3 ou 4, segundo o Quadro 1 da NR 4, poderão estar desobrigadas de indicar médico do trabalho coordenador em decorrência de negociação coletiva, assistida por profissional do órgão regional competente em segurança e saúde no trabalho.

7.3.1.1.3. Por determinação do Delegado Regional do Trabalho, com base no parecer técnico conclusivo da autoridade regional competente em matéria de segurança e saúde do trabalhador, ou em decorrência de negociação coletiva, as empresas previstas no item

7.3.1.1 e subitens anteriores poderão ter a obrigatoriedade de indicação de médico coordenador, quando suas condições representarem potencial de risco grave aos trabalhadores.

7.3.2. Compete ao médico coordenador:

- a) realizar os exames médicos previstos no item 7.4.1 ou encarregar os mesmos a profissional médico familiarizado com os princípios da patologia ocupacional e suas causas, bem como com o ambiente, as condições de trabalho e os riscos a que está ou será exposto cada trabalhador da empresa a ser examinado;
- b) encarregar dos exames complementares previstos nos itens, quadros e anexos desta NR profissionais e/ou entidades devidamente capacitados, equipados e qualificados.

7.4. Do desenvolvimento do PCMSO

7.4.1. O PCMSO deve incluir, entre outros, a realização obrigatória dos exames médicos:

- a) admissional;
- b) periódico;
- c) de retorno ao trabalho;
- d) de mudança de função;
- e) demissional.

7.4.2. Os exames de que trata o item 7.4.1 compreendem:

- a) avaliação clínica, abrangendo anamnese ocupacional e exame físico e mental;
- b) exames complementares, realizados de acordo com os termos específicos nesta NR e seus anexos.

7.4.2.1. Para os trabalhadores cujas atividades envolvem os riscos discriminados nos Quadros I e II desta NR, os exames médicos complementares deverão ser executados e interpretados com base nos critérios constantes dos referidos quadros e seus anexos. A periodicidade de avaliação dos indicadores biológicos do Quadro I deverá ser, no mínimo, semestral, podendo ser reduzida a critério do médico coordenador, ou por notificação do médico agente da inspeção do trabalho, ou mediante negociação coletiva de trabalho.

7.4.2.2. Para os trabalhadores expostos a agentes químicos não constantes dos Quadros I e II, outros indicadores biológicos poderão ser monitorizados, dependendo de estudo prévio dos aspectos de validade toxicológica, analítica e de interpretação desses indicadores.

7.4.2.3. Outros exames complementares usados normalmente em patologia clínica para avaliar o funcionamento de órgãos e sistemas orgânicos podem ser realizados, a critério do médico coordenador ou encarregado, ou por notificação do médico agente da inspeção do trabalho, ou ainda decorrente de negociação coletiva de trabalho.

7.4.3. A avaliação clínica referida no item 7.4.2, alínea "a", com parte integrante dos exames médicos constantes no item 7.4.1, deverá obedecer aos prazos e à periodicidade conforme previstos nos subitens abaixo relacionados:

7.4.3.1. no exame médico admissional, deverá ser realizada antes que o trabalhador assumira suas atividades;

7.4.3.2. no exame médico periódico, de acordo com os intervalos mínimos de tempo abaixo discriminados:

- a) para trabalhadores expostos a riscos ou a situações de trabalho que impliquem o desencadeamento ou agravamento de doença ocupacional, ou, ainda, para aqueles que sejam portadores de doenças crônicas, os exames deverão ser repetidos:

1) a cada ano ou a intervalos menores, a critério do médico encarregado, ou se notificado pelo médico agente da inspeção do trabalho, ou, ainda, como resultado de negociação coletiva de trabalho;

2) de acordo com a periodicidade especificada no Anexo n.º 6 da NR 15, para os trabalhadores expostos a condições hiperbáricas;

b) para os demais trabalhadores:

b.1) anual, quando menores de 18 (dezoito) anos e maiores de 45 (quarenta e cinco) anos de idade;

b.2) a cada dois anos, para os trabalhadores entre 18 (dezoito) anos e 45 (quarenta e cinco) anos de idade.

7.4.3.3. No exame médico de retorno ao trabalho, deverá ser realizada obrigatoriamente no primeiro dia da volta ao trabalho de trabalhador ausente por período igual ou superior a 30 (trinta) dias por motivo de doença ou acidente, de natureza ocupacional ou não, ou parto.

7.4.3.4. No exame médico de mudança de função, será obrigatoriamente realizada antes da data da mudança.

7.4.3.4.1. Para fins desta NR, entende-se por mudança de função toda e qualquer alteração de atividade, posto de trabalho ou de setor que implique a exposição do trabalhador à risco diferente daquele a que estava exposto antes da mudança.

7.4.3.5. No exame médico demissional, será obrigatoriamente realizada até a data da homologação, desde que o último exame médico ocupacional tenha sido realizado há mais de:

- 135 (centro e trinta e cinco) dias para as empresas de grau de risco 1 e 2, segundo o Quadro I da NR 4;

- 90 (noventa) dias para as empresas de grau de risco 3 e 4, segundo o Quadro I da NR 4.

7.4.3.5.1. As empresas enquadradas no grau de risco 1 ou 2, segundo o Quadro I da NR

4, poderão ampliar o prazo de dispensa da realização do exame demissional em até mais 135 (cento e trinta e cinco) dias, em decorrência de negociação coletiva, assistida por profissional indicado de comum acordo entre as partes ou por profissional do órgão regional competente em segurança e saúde no trabalho.

7.4.3.5.2. As empresas enquadradas no grau de risco 3 ou 4, segundo o Quadro I da NR 4, poderão ampliar o prazo de dispensa da realização do exame demissional em até mais 90 (noventa) dias, em decorrência de negociação coletiva assistida por profissional indicado de comum acordo entre as partes ou por profissional do órgão regional competente em segurança e saúde no trabalho.

7.4.3.5.3. Por determinação do Delegado Regional do Trabalho, com base em parecer técnico conclusivo da autoridade regional competente em matéria de segurança e saúde do trabalhador, ou em decorrência de negociação coletiva, as empresas poderão ser obrigadas a realizar o exame médico demissional independentemente da época de realização de qualquer outro exame, quando suas condições representarem potencial de risco grave aos trabalhadores.

7.4.4. Para cada exame médico realizado, previsto no item 7.4.1, o médico emitirá o Atestado de Saúde Ocupacional - ASO, em 2 (duas) vias.

7.4.4.1. A primeira via do ASO ficará arquivada no local de trabalho do trabalhador, inclusive frente de trabalho ou canteiro de obras, à disposição da fiscalização do trabalho.

7.4.4.2. A segunda via do ASO será obrigatoriamente entregue ao trabalhador, mediante recibo na primeira via.

7.4.4.3. O ASO deverá conter no mínimo:

- a) nome completo do trabalhador, o número de registro de sua identidade e sua função;
- b) os riscos ocupacionais específicos existentes, ou a ausência deles, na atividade do empregado, conforme instruções técnicas expedidas pela Secretaria de Segurança e Saúde no Trabalho-SSST;
- c) indicação dos procedimentos médicos a que foi submetido o trabalhador, incluindo os exames complementares e a data em que foram realizados;
- d) o nome do médico coordenador, quando houver, com respectivo CRM;

- e) definição de apto ou inapto para a função específica que o trabalhador vai exercer, exerce ou exerceu;
- f) nome do médico encarregado do exame e endereço ou forma de contato;
- g) data e assinatura do médico encarregado do exame e carimbo contendo seu número de inscrição no Conselho Regional de Medicina.

7.4.5. Os dados obtidos nos exames médicos, incluindo avaliação clínica e exames complementares, as conclusões e as medidas aplicadas deverão ser registrados em prontuário clínico individual, que ficará sob a responsabilidade do médico-coordenador do PCMSO.

7.4.5.1. Os registros a que se refere o item 7.4.5 deverão ser mantidos por período mínimo de 20 (vinte) anos após o desligamento do trabalhador.

7.4.5.2. Havendo substituição do médico a que se refere o item 7.4.5, os arquivos deverão ser transferidos para seu sucessor.

7.4.6. O PCMSO deverá obedecer a um planejamento em que estejam previstas as ações de saúde a serem executadas durante o ano, devendo estas ser objeto de relatório anual.

7.4.6.1. O relatório anual deverá discriminar, por setores da empresa, o número e a natureza dos exames médicos, incluindo avaliações clínicas e exames complementares, estatísticas de resultados considerados anormais, assim como o planejamento para o próximo ano, tomando como base o modelo proposto no Quadro III desta NR.

7.4.6.2. O relatório anual deverá ser apresentado e discutido na CIPA, quando existente na empresa, de acordo com a NR 5, sendo sua cópia anexada ao livro de atas daquela comissão.

7.4.6.3. O relatório anual do PCMSO poderá ser armazenado na forma de arquivo informatizado, desde que este seja mantido de modo a proporcionar o imediato acesso por parte do agente da inspeção do trabalho.

7.4.6.4. As empresas desobrigadas de indicarem médico coordenador ficam dispensadas de elaborar o relatório anual.

7.4.7. Sendo verificada, através da avaliação clínica do trabalhador e/ou dos exames constantes do Quadro I da presente NR, apenas exposição excessiva (EE ou SC+) ao

risco, mesmo sem qualquer sintomatologia ou sinal clínico, deverá o trabalhador ser afastado do local de trabalho, ou do risco, até que esteja normalizado o indicador biológico de exposição e as medidas de controle nos ambientes de trabalho tenham sido adotadas.

7.4.8. Sendo constatada a ocorrência ou agravamento de doenças profissionais, através de exames médicos que incluam os definidos nesta NR; ou sendo verificadas alterações que revelem qualquer tipo de disfunção de órgão ou sistema biológico, através dos exames constantes dos Quadros I (apenas aqueles com interpretação SC) e II, e do item 7.4.2.3 da presente NR, mesmo sem sintomatologia, caberá ao médico-coordenador ou encarregado:

- a) solicitar à empresa a emissão da Comunicação de Acidente do Trabalho - CAT;
- b) indicar, quando necessário, o afastamento do trabalhador da exposição ao risco, ou do trabalho;
- c) encaminhar o trabalhador à Previdência Social para estabelecimento de nexos causal, avaliação de incapacidade e definição da conduta previdenciária em relação ao trabalho;
- d) orientar o empregador quanto à necessidade de adoção de medidas de controle no ambiente de trabalho.

7.5. Dos primeiros socorros

7.5.1. Todo estabelecimento deverá estar equipado com material necessário à prestação dos primeiros socorros, considerando-se as características da atividade desenvolvida; manter esse material guardado em local adequado e aos cuidados de pessoa treinada para esse fim.

QUADROS

Quadro I - PARÂMETROS PARA CONTROLE BIOLÓGICO DA EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL A ALGUNS AGENTES QUÍMICOS

Quadro II - PARÂMETROS PARA MONITORIZAÇÃO DA EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL A ALGUNS RISCOS À SAÚDE

Quadro III - RELATÓRIO ANUAL

NR 7 - NORMA REGULAMENTADORA 7
PROGRAMA DE CONTROLE MÉDICO DE SAÚDE OCUPACIONAL

QUADRO I PARÂMETROS PARA CONTROLE BIOLÓGICO DA EXPOSIÇÃO
OCUPACIONAL A ALGUNS AGENTES QUÍMICOS

Agente Químico	Indicador Biológico		VR	IBMP	Método Analítico	Amostragem	Interpretação	Vigência
	Mat. Biolog.	Análise						
Anilina	Urina	p-aminofenol e/ou	Até 2%	50mg/g creat	CG	FJ	EE	
	Sangue	Metahemoglobina		5%	E	FJ0-1	SC+	
Arsênico	Urina	Arsênico	Até 10ug/g creat	50ug/g creat	E ou EAA	FS+T-6	EE	
Cádmio	Urina	Cádmio	Até 2ug/g creat	5ug/g creat	EAA	NC T-6	SC	
Chumbo Inorgânico	Sangue	Chumbo e	Até 40ug/100 ml	60ug/100 ml	EAA	NC T-1	SC	
	Urina	Ác. delta amino levulínico ou Zincoprotoporfina	Até 4-5 mg/g creat	10mg/g creat	E	NC T-1	SC	
Chumbo Tetraetil	Sangue	Zincoprotoporfina	Até 40ug/100 ml	100ug/100 ml	HF	NC T-1	SC	
	Urina	Chumbo	Até 50ug/g creat	100ug/g creat	EA A	FJ 0-1	EE	
Crômio Hexavalente	Urina	Crômio	Até 5 ug/g creat	30ug/ creat	EA A	FS	EE	
Diclorometano	Sangue	Carboxihemoglobina	Até 1% NF	3-5% NF	E	FJ 0-1	SC +	
Dimetilformamida	Urina	N-Metilformamida		40mg/g creat	CG ou CLAD	FJ	EE	P-18
Dissulfeto de Carbono	Urina	Ác. 2-Tio-Triazolidina		5mg/g creat	CG ou CLAD	FJ	EE	P-25
Ésteres Organofosforados e Carbamatos	Sangue	Acetil-Colinesterase e/ou Entrocitárica ou Colinesterase Plasmática	Determinar atividade	30% de depressão da atividade inicial		NC	SC	
		Colinesterase e/ou Entrocitárica e plasmática (sangue total)	pré-ocupacional	50% de depressão da atividade inicial 25% de depressão da atividade inicial		NC	SC	
Etileno	Urina	Ác. Mandélico e/ou		0-8g/g creat	CG ou CLAD	FJ	EE	
	Urina	Ác. Fenil-Glioxílico		240mg/g creat	CG ou CLAD	FJ	EE	
Etil-Benzeno	Urina	Ác. Mandélico		1-5g/g creat	CG ou CLAD	FS	EE	
Fenol	Urina	Fenol	20mg/g creat	250mg/g creat	CG ou CLAD	FJ 0-1	EE	
Flúor e Fluoretos	Urina	Fluoreto	Até 0-5mg/g	3mg/g creat no início da jornada e 10mg/g creat no final da jornada	IS	PP+	EE	

Mercúrio Inorgânico	Urina	Mercúrio	Até 5ug/g creat.	35ug/g creat.	EA A	PU T-12 12	EE	
Metanol	Urina	Metanol	Até 5mg/l	15mg/l	CG	FJ 0-1	EE	
Metil-Etil-Cetona	Urina	Metil-Etil-Cetona		2mg/l	CG	FJ	EE	P-12
Monóxido de Carbono	Sangue	Carboxihemoglobina	Até 1% NF	3.5 NF	E	FJ 0-1	SC +	
N-Hexano	Urina	2.5 Hexanodiona		5mg/g creat.	CG	FJ	EE	P-18
Nitrobenzeno	Sangue	Metahemoglobina	Até 2%	5%	E	FJ 0-1	SC +	
Pentaclorofenol	Urina	Pentaclorofenol		2mg/g creat.	CG ou CLAD	FS +	EE	
Tetracloroetileno	Urina	Ác. Tricloroacético		3.5mg/l	E	FS+	EE	
Tolueno	Urina	Ác. Hipúrico	Até 1.5g/g creat.	2.5 g/g creat.	CG ou CLAD	FJ - 1	EE	
Tricloroetano	Urina	Triclorocompostos Totais		40mg/g creat.	E	FS	EE	
Tricloroetileno	Urina	Triclorocompostos Totais		300mg/g creat.	E	FS	EE	
Xileno	Urina	Ác. Metil-Hipúrico		1.5g/g creat.	CG ou CLAD	FJ	EE	

QUADRO I

(ANEXO I)

Abreviaturas:

IBMP

Índice Biológico Máximo Permitido: é o valor máximo do indicador biológico para o qual se supõe que a maioria das pessoas ocupacionalmente expostas não corre risco de dano à saúde. A ultrapassagem deste valor significa exposição excessiva;

VR

Valor de Referência da Normalidade: valor possível de ser encontrado em populações não expostas ocupacionalmente;

NF

Não-Fumantes.

Método Analítico Recomendado:

E

Espectrofotometria Ultravioleta/Visível;

EAA

Espectrofotometria de Absorção Atômica;

CG

Cromatografia em Fase Gasosa;

CLAD

Cromatografia Líquida de Alto Desempenho;

IS

Eletrodo Íon Seletivo;

HF

Hematofluorômetro.

Condições de Amostragem:

FJ

Final do último dia de jornada de trabalho (recomenda-se evitar a primeira jornada da semana);

FS

Final do último dia de jornada da semana;

FS+

Início da última jornada da semana;

PP+,

Pré e pós a 4ª jornada de trabalho da semana;

PU

Primeira urina da manhã;

NC

horário, desde que o trabalhador esteja em trabalho contínuo nas últimas 4 (quatro) semanas sem afastamento maior que 4 (quatro) dias;

T-1

Recomenda-se iniciar a monitorização após 1 (um) mês de exposição;

T-6

Recomenda-se iniciar a monitorização após 6 (seis) meses de exposição;

T-12

Recomenda-se iniciar a monitorização após 12 (doze) meses de exposição;

0-1

Pode-se fazer a diferença entre pré e pós-jornada.

Interpretação:

EE

O indicador biológico é capaz de indicar uma exposição ambiental acima do limite de tolerância, mas não possui, isoladamente, significado clínico ou toxicológico próprio, ou seja, não indica doença, nem está associado a um efeito ou disfunção de qualquer sistema biológico;

SC

Além de mostrar uma exposição excessiva, o indicador biológico tem também significado clínico ou toxicológico próprio, ou seja, pode indicar doença, estar associado a um efeito ou uma disfunção do sistema

biológico avaliado;

SC+

O indicador biológico possui significado clínico ou toxicológico próprio, mas, na prática, devido à sua curta meia-vida biológica, deve ser considerado como EE.

Vigência:

P-12

A inspeção do trabalho passará a exigir a avaliação deste indicador biológico 12 (doze) meses após a publicação desta norma;

P-18

A inspeção do trabalho passará a exigir a avaliação deste indicador biológico 18 (dezoito) meses após a publicação desta norma;

P-24

A inspeção do trabalho passará a exigir a avaliação deste indicador biológico 24 (vinte e quatro) meses após a publicação desta norma.

Recomendação:

Recomenda-se executar a monitorização biológica no coletivo, ou seja, monitorizando os resultados do grupo de trabalhadores expostos a riscos quantitativamente semelhantes.

NR 7 - NORMA REGULAMENTADORA 7

PROGRAMA DE CONTROLE MÉDICO DE SAÚDE OCUPACIONAL

QUADRO II

PARÂMETROS PARA MONITORIZAÇÃO DA EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL A ALGUNS RISCOS À SAÚDE

(Alteração dada pela Portaria SIT 223/2011)

Risco	Exame Complementar	Periodicidade dos Exames	Método de Execução	Critério de Interpretação	Observações
Ruído	Vide Anexo I do Quadro II				
Aerodispersóides Fibrogênicos	<p>Telerradiografia do tórax</p> <p>Espirometria</p>	<p>Admissional e anual</p> <p>Admissional e bienal</p>	<p>Vide Anexo II do Quadro II Técnica preconizada pela American Thoracic Society, 1987</p>	<p>Classificação Internacional da OIT para radiografias</p>	
Aerodispersóides Não-Fibrogênicos	<p>Telerradiografia do tórax</p>	<p>Admissional e trienal, se exposição < 15 anos</p>	<p>Radiografia em Posição póstero-anterior (PA) Técnica preconizada pela OIT, 1980</p> <p>Técnica preconizada pela American Thoracic Society, 1987</p>	<p>Classificação internacional da OIT para radiografias</p>	

INTERPRETAÇÃO DE RADIOGRAFIAS DE TÓRAX

ANEXO I

DIRETRIZES E PARÂMETROS MÍNIMOS PARA AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DA AUDIÇÃO EM TRABALHADORES EXPOSTOS A NÍVEIS DE PRESSÃO SONORA ELEVADOS

1 - Objetivos

1.1. Estabelecer diretrizes e parâmetros mínimos para a avaliação e o acompanhamento da audição do trabalhador através da realização de exames audiológicos de referência e sequenciais.

1.2. Fornecer subsídios para a adoção de programas que visem a prevenção da perda auditiva induzida por níveis de pressão sonora elevados e a conservação da saúde auditiva dos trabalhadores.

2. Definições e Caracterização

2.1. Entende-se por perda auditiva por níveis de pressão sonora elevados as alterações dos limiars auditivos, do tipo sensorineural, decorrente da exposição ocupacional sistemática a níveis de pressão sonora elevados. Tem como características principais a irreversibilidade e a progressão gradual com o tempo de exposição ao risco. A sua história natural mostra, inicialmente, o acometimento dos limiars auditivos em uma ou mais frequências da faixa de 3.000 a 6.000 Hz. As frequências mais altas e mais baixas poderão levar mais para serem afetadas. Uma vez cessada a exposição, não haverá progressão da redução auditiva.

2.2. Entende-se por exames audiológicos de referência e sequenciais o conjunto de procedimentos necessários para avaliação da audição do trabalhador ao longo do tempo de exposição ao risco, incluindo:

- a. anamnese clínico-ocupacional;
- b. exame otológico;
- c. exame audiométrico realizado segundo os termos previstos nesta norma técnica.

	Espirometria	Bienal, se exposição > 15 anos Admissio nal e Bienal			
Condiç ões Hiperbá ricas	Radiografias de articulações coxofemorais e escápulo-umerais	Admissio nal e anual			Ver anexo "B" do Anexo nº 6 da NR-15
Raidaç ões ionizant es	Hemograma completo e contagem de plaquetas	Admissio nal e semestral			
Hormôn ios sexuais Feminin os	Apenas em homens; Testosterona total ou plasmática livre LH e FSH	Admissio nal e semestral			
Benzen o	Hemograma completo e plaquetas	Admissio nal e semestral			

ANEXOS:

Anexo I - DIRETRIZES E PARÂMETROS MÍNIMOS PARA AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DA AUDIÇÃO EM TRABALHADORES EXPOSTOS A NÍVEIS DE PRESSÃO SONORA ELEVADOS

Anexo II - DIRETRIZES E CONDIÇÕES MÍNIMAS PARA REALIZAÇÃO E



d. outros exames audiológicos complementares solicitados a critério médico.

3. Princípios e procedimentos básicos para a realização do exame audiométrico

3.1. Devem ser submetidos a exames audiométricos de referência e sequenciais, no mínimo, todos os trabalhadores que exerçam ou exercerão suas atividades em ambientes cujos níveis de pressão sonora ultrapassem os limites de tolerância estabelecidos nos anexos 1 e 2 da NR 15 da Portaria 3.214 do Ministério do Trabalho, independentemente do uso de protetor auditivo.

3.2. O audiômetro será submetido a procedimentos de verificação e controle periódico do seu funcionamento.

3.2.1. Aferição acústica anual.

3.2.2. Calibração acústica, sempre que a aferição acústica indicar alteração, e , obrigatoriamente, a cada 5 anos.

3.2.3. Aferição biológica é recomendada precedendo a realização dos exames audiométricos. Em caso de alteração, submeter o equipamento à aferição acústica.

3.2.4. Os procedimentos constantes dos itens 3.2.1 e 3.2.2 devem seguir o preconizado na norma ISSO 8253-1, e os resultados devem ser incluídos em um certificado de aferição e/ou calibração que acompanhará o equipamento.

3.3. O exame audiométrico será executado por profissional habilitado, ou seja, médico ou fonoaudiólogo, conforme resoluções dos respectivos conselhos federais profissionais.

3.4. Periodicidade dos exames audiométricos.

3.4.1. O exame audiométrico será realizado, no mínimo, no momento da admissão, no 6º (sexto) mês após a mesma, anualmente a partir de então, e na demissão.

3.4.1.1. No momento da demissão, do mesmo modo como previsto para a avaliação clínica no item 7.4.3.5 da NR -7, poderá ser aceito o resultado de um exame audiométrico realizado até:

a. 135 (cento e trinta e cinco) dias retroativos em relação à data do exame médico demissional de trabalhador de empresa classificada em grau de risco 1 ou 2;

b. 90 (noventa) dias retroativos em relação à data do exame médico demissional de

trabalhador de empresa classificada em grau de risco 3 ou 4 .

3.4.2. O intervalo entre os exames audiométricos poderá se reduzido a critério do médico coordenador do PCMSO, ou por notificação do médico agente de inspeção do trabalho, ou mediante negociação coletiva de trabalho.

3.5. O resultado do exame audiométrico deve ser registrado em uma ficha que contenha, no mínimo:

- a. nome, idade e número de registro de identidade do trabalhador;
- b. nome da empresa e a função do trabalhador;
- c. tempo de repouso auditivo cumprido para a realização do exame audiométrico;
- d. nome do fabricante, modelo e data da última aferição acústica do audiômetro;
- e. traçado audiométrico e símbolos conforme o modelo constante do Anexo 1;
- f. nome, número de registro no conselho regional e assinatura do profissional responsável pelo exame audiométrico.

3.6. Tipos de exames audiométricos

O trabalhador deverá ser submetido a exame audiométrico de referência e a exame audiométrico sequencial na forma abaixo descrita:

3.6.1. Exame audiométrico de referência, aquele com o qual os sequenciais serão comparados e cujas diretrizes constam dos subitens abaixo, deve ser realizado:

- a. quando não se possua um exame audiométrico de referência prévio;
- b. quando algum exame audiométrico sequencial apresentar alteração significativa em relação ao de referência, conforme descrito nos itens 4.2.1, 4.2.2 e 4.2.3 desta norma técnica.

3.6.1.1. O exame audiométrico será realizado em cabina audiométrica, cujos níveis de pressão sonora não ultrapassem os níveis máximos permitidos, de acordo com a norma ISO 8253.1.

3.6.1.1.1. Nas empresas em que existir ambiente acusticamente tratado, que atenda à norma ISO 8253.1, a cabina audiométrica poderá ser dispensada.

3.6.1.2. O trabalhador permanecerá em repouso auditivo por um período mínimo de 14

horas até o momento de realização do exame audiométrico.

3.6.1.3. O responsável pela execução do exame audiométrico inspecionará o meato acústico externo de ambas as orelhas e anotará os achados na ficha de registro. Se identificada alguma anormalidade, encaminhará ao médico responsável.

3.6.1.4. Vias, frequências e outros testes complementares.

3.6.1.4.1. O exame audiométrico será realizado, sempre, pela via aérea nas frequências de 500, 1.000, 2.000, 3.000, 4.000, 6.000 e 8.000 Hz.

3.6.1.4.2. No caso de alteração detectada no teste pela via aérea ou segundo a avaliação do profissional responsável pela execução do exame, o mesmo será feito, também, pela via óssea nas frequências de 500, 1.000, 2.000, 3.000 e 4.000 Hz.

3.6.1.4.3. Segundo a avaliação do profissional responsável, no momento da execução do exame, poderão ser determinados os limiares de reconhecimento de fala (LRF).

3.6.2. Exame audiométrico sequencial, aquele que será comparado com o de referência, aplica-se a todo trabalhador que já possua um exame audiométrico de referência prévio, nos moldes previstos no item 3.6.1. As seguintes diretrizes mínimas devem ser obedecidas:

3.6.2.1. Na impossibilidade da realização do exame audiométrico nas condições previstas no item 3.6.1.1, o responsável pela execução do exame avaliará a viabilidade de sua realização em um ambiente silencioso, através do exame audiométrico em 2 (dois) indivíduos, cujos limiares auditivos, detectados em exames audiométricos de referência atuais, sejam conhecidos. Diferença de limiar auditivo, em qualquer frequência e em qualquer um dos 2 (dois) indivíduos examinados, acima de 5 dB (NA) (nível de audição em decibel) inviabiliza a realização do exame no local escolhido.

3.6.2.2. O responsável pela execução do exame audiométrico inspecionará o meato acústico externo de ambas as orelhas e anotará os achados na ficha de registro.

3.6.2.3. O exame audiométrico será feito pela via aérea nas frequências de 500, 1.000, 2.000, 3.000, 4.000, 6.000 e 8.000 Hz.

4. Interpretação dos resultados do exame audiométrico com finalidade de prevenção

4.1. A interpretação dos resultados do exame audiométrico de referência deve seguir os seguintes parâmetros:

4.1.1. São considerados dentro dos limites aceitáveis, para efeito desta norma técnica de caráter preventivo, os casos cujos audiogramas mostram limiares auditivos menores ou iguais a 25 dB (NA), em todas as frequências examinadas.

4.1.2. São considerados sugestivos de perda auditiva induzida por níveis de pressão sonora elevados os casos cujos audiogramas, nas frequências de 3.000 e/ou 4.000 e/ou 6.000 Hz, apresentam limiares auditivos acima de 25 dB (NA) e mais elevados do que nas outras frequências testadas, estando estas comprometidas ou não, tanto no teste da via aérea quanto da via óssea, em um ou em ambos os lados.

4.1.3. São considerados não sugestivos de perda auditiva induzida por níveis de pressão sonora elevados os casos cujos audiogramas não se enquadram nas descrições contidas nos itens 4.1.1 e 4.1.2 acima.

4.2. A interpretação dos resultados do exame audiométrico sequencial deve seguir os seguintes parâmetros:

4.2.1. São considerados sugestivos de desencadeamento de perda auditiva induzida por níveis de pressão sonora elevados, os casos em que os limiares auditivos em todas as frequências testadas no exame audiométrico de referência e no sequencial permanecem menores ou iguais a 25 dB (NA), mas a comparação do audiograma sequencial com o de referência mostra uma evolução dentro dos moldes definidos no item 2.1 desta norma, e preenche um dos critérios abaixo:

- a. a diferença entre as médias aritméticas dos limiares auditivos no grupo de frequências de 3.000, 4.000 e 6.000 Hz iguala ou ultrapassa 10 dB (NA);
- b. a piora em pelo menos uma das frequências de 3.000, 4.000 ou 6.000 Hz iguala ou ultrapassa 15 dB (NA).

4.2.2. São considerados, também sugestivos de desencadeamento de perda auditiva induzida por níveis de pressão sonora elevados, os casos em que apenas o exame audiométrico de referência apresenta limiares auditivos em todas as frequências testadas menores ou iguais a 25 dB (NA), e a comparação do audiograma sequencial com o de referência mostra uma evolução dentro dos moldes definidos no item 2.1 desta

norma, e preenche um dos critérios abaixo:

- a. a diferença entre as médias aritméticas dos limiares auditivos no grupo de frequência de 3.000, 4.000 e 6.000 Hz iguala ou ultrapassa 10 dB (NA);
- b. a piora em pelo menos uma das frequências de 3.000, 4.000 ou 6.000 Hz iguala ou ultrapassa 15 dB (NA).

4.2.3. São considerados sugestivos de agravamento da perda auditiva induzida por níveis de pressão sonora elevados, os casos já confirmados em exame audiométrico de referência, conforme item 4.1.2., e nos quais a comparação de exame audiométrico sequencial com o de referência mostra uma evolução dentro dos moldes definidos no item 2.1 desta norma, e preenche um dos critérios abaixo:

- a. a diferença entre as médias aritméticas dos limiares auditivos no grupo de frequência de 500, 1.000 e 2.000 Hz, ou no grupo de frequências de 3.000, 4.000 e 6.000 Hz iguala ou ultrapassa 10 dB (NA);
- b. a piora em uma frequência isolada iguala ou ultrapassa 15 dB (NA).

4.2.4. Para fins desta norma técnica, o exame audiométrico de referência permanece o mesmo até o momento em que algum dos exames audiométricos sequenciais for preenchido algum dos critérios apresentados em 4.2.1, 4.2.2 ou 4.2.3. Uma vez preenchido por algum destes critérios, deve-se realizar um novo exame audiométrico, dentro dos moldes previstos no item 3.6.1 desta norma técnica, que será, a partir de então, o novo exame audiométrico de referência. Os exames anteriores passam a constituir o histórico evolutivo da audição do trabalhador.

5. Diagnóstico da perda auditiva induzida por níveis de pressão sonora elevados e definição da aptidão para o trabalho.

5.1. O diagnóstico conclusivo, o diagnóstico diferencial e a definição da aptidão para o trabalho, na suspeita de perda auditiva induzida por níveis de pressão sonora elevados, estão a cargo do médico coordenador do PCMSO de cada empresa, ou do médico encarregado pelo mesmo para realizar o exame médico, dentro dos moldes previstos na NR - 7, ou, na ausência destes, do médico que assiste ao trabalhador.

5.2. A perda auditiva induzida por níveis de pressão sonora elevados, por si só, não é

indicativa de inaptidão para o trabalho, devendo-se levar em consideração na análise de cada caso, além do traçado audiométrico ou da evolução sequencial de exames audiométricos, os seguintes fatores:

- a. história clínica e ocupacional do trabalhador;
- b. o resultado da otoscopia e de outros testes audiológicos complementares;
- c. a idade do trabalhador;
- d. o tempo de exposição pregressa e atual a níveis de pressão sonora elevados;
- e. os níveis de pressão sonora a que o trabalhador estará, está ou esteve exposto no exercício do trabalho;
- f. a demanda auditiva do trabalho ou da função;
- g. a exposição não ocupacional a níveis de pressão sonora elevados;
- h. a exposição ocupacional a outro(s) agente(s) de risco ao sistema auditivo;
- i. a exposição não ocupacional a outro(s) agentes de risco ao sistema auditivo;
- j. a capacitação profissional do trabalhador examinado;
- k. os programas de conservação auditiva aos quais tem ou terá acesso o trabalhador.

6. Condutas Preventivas

6.1. Em presença de trabalhador cujo exame audiométrico de referência se enquadre no item 4.1.2, ou algum dos exames audiométricos sequenciais se enquadre no item 4.2.1 ou 4.2.2 ou 4.2.3, o médico coordenador do PCMSO, ou o encarregado pelo mesmo do exame médico, deverá:

- a. definir a aptidão do trabalhador para a função, com base nos fatores ressaltados no item 5.2 desta norma técnica;
- b. incluir o caso no relatório anual do PCMSO;
- c. participar da implantação, aprimoramento e controle de programas que visem a prevenção da progressão da perda auditiva do trabalhador acometido e de outros

expostos ao risco, levando-se em consideração o disposto no item 9.3.6 da NR-9;

d. disponibilizar cópias dos exames audiométricos aos trabalhadores.

6.2. Em presença de trabalhador cujo exame audiométrico de referência se enquadre no item 4.1.3, ou que algum dos exames audiométricos sequenciais se enquadre nos itens 4.2.1.a., 4.2.1.b, 4.2.2.a, 4.2.2.b, 4.2.3.a ou 4.2.3.b, mas cuja evolução foge dos moldes definidos no item 2.1 desta norma técnica, o médico coordenador do PCMSO, ou o encarregado pelo mesmo do exame médico, deverá:

a. verificar a possibilidade da presença concomitante de mais de um tipo de agressão ao sistema auditivo;

b. orientar e encaminhar o trabalhador para avaliação especializada;

c. definir sobre a aptidão do trabalhador para função;

d. participar da implantação, aprimoramento, e controle de programas que visem a prevenção da progressão da perda auditiva do trabalhador acometido e de outros expostos ao risco, levando-se em consideração o disposto no item 9.3.6 da NR-9.

ANEXO I

TRAÇADO AUDIOMÉTRICO

D

A distância entre cada oitava de frequência deve corresponder a uma variação de 20 dB no eixo do nível de audição (D).

1. Os símbolos referentes à via de condução aérea devem ser ligados através de linhas contínuas para a orelha direita e linhas interrompidas para a orelha esquerda.

2. Os símbolos de condução óssea não devem ser interligados.

3. No caso do uso de cores:

a) a cor vermelha deve ser usada para os símbolos referentes à orelha direita;

b) a cor azul deve ser usada para os símbolos referentes à orelha esquerda.

ANEXO II

DIRETRIZES E CONDIÇÕES MÍNIMAS PARA REALIZAÇÃO E INTERPRETAÇÃO DE RADIOGRAFIAS DE TÓRAX

(Inclusão dada pela Portaria SIT 223/2011)

1. Objetivo Estabelecer as condições técnicas e parâmetros mínimos para a realização de Radiografias de Tórax para contribuir no diagnóstico de pneumoconioses por meio de exames de qualidade que facilitem a leitura radiológica adequada, de acordo com os critérios da Organização Internacional do Trabalho - OIT.

2. Profissionais envolvidos na realização de radiografias de tórax

2.1. Supervisor Técnico.

Profissional detentor de Título de Especialista em Radiologia e Diagnóstico por Imagem pelo Colégio Brasileiro de Radiologia/Associação Médica Brasileira.

2.2. Profissionais Envolvidos na Realização do exame radiológico:

- a) um (ou mais) Médico Radiologista com Título de Especialista em Radiologia e Diagnóstico por Imagem;
- b) Técnicos em Radiologia registrados no Conselho Nacional de Técnicos de Radiologia.

3. Exigências Legais para funcionamento do Serviço de Radiologia

Para o funcionamento do serviço de Radiologia deverão ser observadas as seguintes exigências legais, estabelecidas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa:

- a) Alvará da Vigilância Sanitária específico para a Radiologia;
- b) Relatório de Testes de Constância; c) Medidas Radiométricas do Equipamento e da Sala de Exame;
- d) Medidas de Radiações de Fuga;
- e) Dosímetros Individuais;
- f) Registro no Conselho Regional de Medicina específico para Radiologia;
- g) Registro no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES.

4. Condições ambientais dos serviços de radiologia

O serviço de radiologia deve possuir sala com, no mínimo, 25 m², com paredes baritadas ou com revestimento de chumbo, com portas blindadas com chumbo, com avisos de funcionamento e luz vermelha para aviso de disparo de Raios-X e demais condições previstas no item 32.4. da Norma Regulamentadora nº 32.

5. Equipamentos

Os equipamentos utilizados para realização das Radiografias de Tórax devem possuir as seguintes características mínimas:

- a) Gerador monofásico de alta frequência de preferência e/ou trifásico de 6 a 12 pulsos, no mínimo de 500 mA;
- b) Tubo de Raios X - 30/50;
- c) Filtro de Alumínio de 3 a 5 mm;
- d) Grade Fixa com distância focal de 1,50 m;
- e) Razão da grade 10:1 com mais de 100 colunas;
- f) Razão da grade 12:1 com 100 colunas.

6. Técnica Radiológica

A técnica radiológica deverá observar os seguintes padrões:

- a) Foco fino (0,6 a 1,2 mm) - 100 mA ou 200 mA (Tubo de alta rotação);
- b) Tempo 0,01 a 0,02 ou 0,03 segundos;
- c) Constante -40 ou 50 Kv.

7. Processamento dos Filmes (Radiologia Convencional)

O processamento dos filmes deve ser realizado por Processadora Automática com um sistema de depuração de resíduos que atenda às exigências dos órgãos ambientais responsáveis.

8. Identificação dos Filmes (Radiologia Convencional)

Nos filmes deve constar no canto superior direito a data da realização do exame, número de ordem do serviço ou do prontuário do paciente, nome completo do paciente ou as iniciais do nome completo.

9. Interpretação Radiológica de acordo com os critérios da Organização Internacional do Trabalho – OIT (Alteração dada pela Portaria SIT 236/2011).

9.1. Para a interpretação e emissão dos laudos dos exames radiológicos que atendam ao disposto na NR-7 devem ser utilizados, obrigatoriamente, os critérios da OIT na sua revisão mais recente, a coleção de radiografias-padrão e um formulário específico para a emissão do laudo. (Alteração dada pela Portaria SIT 236/2011)

9.1.1 O diagnóstico de pneumoconiose envolve a integração do histórico clínico/ocupacional associado à radiografia do tórax. *(Inclusão dada pela Portaria SIT 236/2011)*

9.1.2 Em casos selecionados, a critério clínico, pode ser realizada a Tomografia Computadorizada de Alta Resolução de Tórax. *(Inclusão dada pela Portaria SIT 236/2011)*

9.2 Para a interpretação e emissão dos laudos dos exames radiológicos que atendam ao disposto na NR-7 devem ser utilizados, obrigatoriamente, os critérios da OIT na sua revisão mais recente, a coleção de radiografias-padrão e um formulário específico para a emissão do laudo.

9.2. *O laudo do exame deve ser assinado por um (ou mais de um, em caso de múltiplas leituras) dos seguintes profissionais: (Alteração dada pela Portaria SIT 236/2011)*

9.3 O laudo do exame deve ser assinado por Médico ou Médicos, em caso de múltiplas leituras, com capacitação e/ou certificação na Classificação Radiológica da OIT, das seguintes especialidades:

9.3 *O laudo do exame deve ser assinado por Médico ou Médicos, em caso de múltiplas leituras, com capacitação e/ou certificação na Classificação Radiológica da OIT, das seguintes especialidades: (Alteração dada pela Portaria SIT 236/2011)*

- a) a) Radiologia;
- b) b) Medicina do Trabalho;

- c) c) Pneumologia;
- d) d) Clínica Médica ou uma das suas subespecialidades.
- e) 9.3.1 A denominação "Qualificado" ou "Capacitado" se refere ao Médico que realizou o treinamento em Leitura Radiológica por meio de curso/módulo específico. *(Inclusão dada pela Portaria SIT 236/2011)*
- f) 9.3.2 A denominação "Certificado" se refere ao Médico treinado e aprovado em exame de proficiência em Leitura Radiológica. *(Inclusão dada pela Portaria SIT 236/2011)*
- g) 9.3.3 Caso a certificação seja concedida pelo exame do National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH), também poderá ser denominado de "Leitor B". *(Inclusão dada pela Portaria SIT 236/2011)*

10. Utilização de Radiografias Digitais

10.1. Sistemas de radiologia digital do tipo CR ou DR podem ser utilizados para a obtenção de imagens radiológicas do tórax para fins de interpretação radiológica da OIT.

10.2. Os parâmetros físicos para obtenção de radiografias de tórax de qualidade técnica adequada, utilizando-se equipamentos de radiologia digital, devem ser similares aos da radiologia convencional.

10.3. A identificação dos filmes deve conter, no mínimo, a data da realização do exame, número de ordem do serviço ou do prontuário do paciente, nome completo do paciente ou as iniciais do nome completo.

11. Interpretação Radiológica de acordo com os critérios da OIT utilizando-se Radiografias Digitais

11.1. Imagens geradas em sistemas de radiologia digital (CR ou DR) e transferidas para monitores só podem ser interpretadas com as radiografias-padrão em monitor anexo.

11.2. Os monitores utilizados para exibição da radiografia a ser interpretada e das radiografias-padrão devem ser de qualidade diagnóstica, possuir resolução mínima de 3

megapixels e 21. (54 cm) de exibição diagonal por imagem.

11.3. Imagens digitais impressas em filmes radiológicos devem ser interpretadas com as radiografias-padrão em formato impresso, em negatoscópios.

11.4. Não é permitida a interpretação de radiografias digitais, para fins de classificação radiológica da OIT, nas seguintes condições:

- a) interpretar radiografias em monitores comparando-as às radiografias-padrão em negatoscópio, ou o inverso;
- b) interpretar radiografias digitais impressas em filmes radiológicos com reduções menores do que 2/3 do tamanho original;
- c) interpretar radiografias digitais impressas em papel fotográfico;
- d) interpretar imagens originadas no sistema de radiografias convencionais e que foram digitalizadas por scanner e, posteriormente, impressas ou exibidas em tela.

12. Ética e Segurança no armazenamento de imagens digitais

12.1. Os serviços que ofertam radiologia digital devem assegurar a confidencialidade dos arquivos eletrônicos e de dados dos trabalhadores submetidos a radiografias de tórax admissionais, periódicas e demissionais, para fins da classificação radiológica da OIT, através da implementação de medidas e procedimentos técnicos e administrativos adequados.

12.2. As imagens digitais devem ser armazenadas no formato Dicom.

12.3. O tempo de guarda dos exames radiológicos deve obedecer ao texto da NR-7.

12.4. Não é permitido guardar/arquivar filmes obtidos pelo método de radiologia convencional na forma de imagens escaneadas.

8.13.7. Elaboração e Implantação do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional

A sigla PCMSO – significa: Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional.

A norma que regulamenta o PCMSO é a Norma Regulamentadora – NR 7 através da Portaria 3214/78 regulamenta o Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional.

Que o PCMSO, serve a [NR7](#) para estabelecer a obrigatoriedade de elaboração e implementação, por parte de todos os empregadores e instituições que admitam trabalhadores como empregados, do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional– [PCMSO](#), com o objetivo de promoção e preservação da saúde do conjunto dos seus trabalhadores.

É um programa que em conjunto com os demais somará forças em prol da saúde dos trabalhadores.

Tem caráter de prevenção, mapeamento precoce e diagnóstico dos agravos a saúde dos trabalhadores, além da constatação dos casos de doenças profissionais ou danos irreversíveis causados por riscos do trabalho ou quaisquer situações ligadas ao ambiente de trabalho.

O PCMSO também serve para que a empresa acompanhe através de exames, se ações de segurança tem sido eficientes ou não.

A NR deixa claro no item 7.1.1 que a elaboração e implantação do PCMSO é de responsabilidade do empregador. Cabe a ele custear o programa.

É importante guardar os recibos e comprovantes de pagamentos referentes os exames médicos e complementares relativos ao PCMSO, à fiscalização do Ministério do Trabalho poderá solicitá-los algum dia.

O PCMSO normalmente é feito com base no [PPRA](#) (Programa de Prevenção de Riscos Ambientais). Ele usa os dados coletados na análise do ambiente levantados no PPRA para definir sua estratégia.

Como ambos são programas de saúde, devem trabalhar em sintonia. E isso mostra importância do PPRA ser bem elaborado.

Deverá obedecer a um planejamento em que estejam previstas as ações de saúde a serem executadas durante o ano, devendo estas ser revisadas anualmente (validade um ano).

Assim como o PPRA o PCMSO deve ser elaborado para todos os tipos e tamanhos de empresas. Toda empresa que admite trabalhadores como empregados deve elaborar o implantar o PCMSO segundo a NR 7.

Os registros e tudo mais relacionado ao programa deverão ser mantidos em segurança por período mínimo de 20 (vinte) anos.

TAXA DE NOTIFICAÇÕES DE ACIDENTES COM MATERIAL BIOLÓGICO

Os acidentes ocupacionais com exposição a material biológico, no geral, ocorrem no ambiente laboral, quando o trabalhador entra em contato com materiais orgânicos, tais como sangue, sêmen, líquido, líquido amniótico, entre outros, através das vias percutânea, mucosa e pele não íntegra no desempenho ou não de alguma atividade. A partir desse contato o trabalhador fica exposto a patógenos transmissíveis como do Vírus da Hepatite B (HBV), da Hepatite C (HCV) e da Imunodeficiência Humana (HIV).

Para maior segurança no trabalho e como proposta de vigilância de saúde do trabalhador, todo trabalhador deve ter precaução e prevenção no ambiente laboral, utilizando os Equipamentos de Proteção Individuais (EPI's) e Coletivos (EPC's), manter a situação vacinal atualizada e condutas adequadas pós-exposição ocupacional, além de capacitação e educação permanente para que as atividades laborais sejam realizadas de forma mais segura.

A exposição aos riscos biológicos no ambiente laboral é preocupante, já que são causadores de muitos problemas de saúde nos trabalhadores, por isso é importante adotar medidas de biossegurança para prevenção e uso dos EPI e EPC de forma correta.

Vários estudos apontam que o material orgânico mais relatado nos acidentes é o

sangue, um fluido corpóreo que contém a maior concentração do HBV e HBC.

O risco de infecção por HIV pós-exposição ocupacional percutânea com sangue contaminado é de aproximadamente 0,3%, pelo vírus do HBV varia de 6-30% e chega até a 60%, e o HCV é de aproximadamente 1,8%, mas esta taxa depende do paciente-fonte entre outros fatores relacionados a contaminação.⁶⁻⁸

O Ministério da Saúde (MS) elaborou um protocolo de condutas pós-exposição a materiais biológicos no qual descreve os principais procedimentos a serem adotados após o acidente, como os cuidados com a área exposta, avaliação do acidente (material orgânico, tipo de contato, conhecimento da fonte), orientações e aconselhamento ao acidentado (sorologia da fonte e do acidentado, situação do acidente) e notificação do acidente.

O acidente de trabalho com exposição a material biológico acomete profissionais de diferentes ocupações, como trabalhadores da saúde, serviços de limpeza, pesquisadores, estudantes, profissionais das ciências sociais e humanas entre outras ocupações, e todos devem ser notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), assim como deve ser emitida a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) para fortalecer estas informações e contribuir para medidas e políticas públicas eficientes e eficazes.

No Brasil, em 2014, a Portaria nº. 1.271 definiu a lista nacional de notificação compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados, sendo que os acidentes de trabalho com exposição a material biológico foi definido como um agravo de notificação compulsória semanal no SINAN com fichas de notificação e investigação própria.

As notificações compulsórias devem ser realizadas de forma obrigatória pelos profissionais da saúde ou responsáveis pelos serviços de saúde públicos e privados que prestam assistência ao paciente.

Caso ocorra será enviado a notificação de acidentes por material biológico mensal.

8.14. Quadro de RH

Com base no atendimento de excelência que o Instituto preza, segue o quadro de RH proposto.

DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL (CATEGORIAS)	QUANTIDADE PROFISSIONAL/CATEGORIA	CARGA HORÁRIA SEMANAL	SALARIO BASE (R\$)	ÁREA DE TRABALHO (FUNÇÃO)	FORMAÇÃO	REGIME DE CONTRATAÇÃO
ENFERMEIRO	18	12 X 36	R\$ 3.564,67	ASSISTENCIAL / ENFERMAGEM	ENSINO SUPERIOR EM ENFERMAGEM	CLT
ENFERMEIRO - SUPERVISOR	2	40h/s	R\$ 3.700,00	SUPERVISÃO E ASSISTÊNCIA	ENSINO SUPERIOR EM ENFERMAGEM	CLT
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	76	12 X 36	R\$ 1.923,22	ASSISTENCIAL / ENFERMAGEM	CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM	CLT
TECNICO RX	3	24/5	R\$ 2.042,00	TÉCNICO DE IMAGEM (RAIO X)	CURSO TÉCNICO EM RAIODIOLOGIA	CLT
GASOTERAPEUTA	1	40h/s	R\$ 2.100,00	RESPONSÁVEL POR EQUIPAMENTOS GASOTERÁPICOS	CURSO TÉCNICO EM GASOTERAPIA	CLT
AUX. ROUPARIA	3	12 x 36	R\$ 1.290,00	AUXILIAR DE ROUPARIA	ENSINO FUNDAMENTAL	CLT
RECEPCIONISTA	9	12 X 36	R\$ 1.400,00	RECEPÇÃO DE PACIENTES	ENSINO MÉDIO	CLT
NUTRICIONISTA	1	40h/s	R\$ 3.296,19	NUTRICIONISTA	ENSINO SUPERIOR NUTRIÇÃO	CLT
COPEIRO	5	12 X 36	R\$ 1.290,00	COPEIRO / DISTRIBUIÇÃO DE ALIMENTAÇÃO	ENSINO FUNDAMENTAL	CLT
FISIOTERAPEUTA	3	30h/s	R\$ 3.014,00	FISIOTERAPÊUTA	ENSINO SUPERIOR EM FISIOTERAPIA	CLT
ASSISTENTE SOCIAL	2	30h/s	R\$ 2.890,00	ASSISTENTE SOCIAL	ENSINO SUPERIOR EM ASS. SOCIAL	CLT
SUP. MANUTENÇÃO	1	40h/s	R\$ 2.300,00	SUPERVISOR DE SERVIÇOS DE MANUTENÇÃO	ENSINO MÉDIO COMPLETO	CLT
TEC DE ENGENHARIA CLÍNICA	1	40h/s	R\$ 2.100,00	MANUTENÇÃO DE EQUIPAMENTOS HOSPITALARES	CURSO TÉCNICO EM ENGENHARIA CLÍNICA	CLT
TEC DE INFORMÁTICA	4	12 X 36	R\$ 1.701,00	SUORTE DE SISTEMAS E INFORMÁTICA	CURSO TÉCNICO EM INFORMÁTICA	CLT
SUPERV. DE INFORMÁTICA	1	40h/s	R\$ 2.300,00	RESPONSÁVEL PELA ÁREA DA TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO	CURSO TÉCNICO EM INFORMÁTICA	CLT
SUPERVISOR ADM	4	12 X 36	R\$ 2.300,00	AUXILIA NAS DEMANDAS DE ROTINAS ADMINISTRATIVAS	ENSINO MÉDIO COMPLETO	CLT

ASSISTENTE DE FATURAMENTO	1	40h/s	R\$ 2.200,00	ALIMENTAR OS DADOS DE ATENDIMENTO NAS PLATAFORMAS DO SUS	ENSINO MÉDIO COMPLETO	CLT
AUXILIAR ADM (APOIO)	4	40h/s	R\$ 1.400,00	APOIO ÀS DEMANDAS ADMINISTRATIVAS DE ENFERMAGEM E OUTRAS ÁREAS	ENSINO MÉDIO COMPLETO	CLT
ASSISTENTE ADM	5	12 X 36	R\$ 2.000,00	APOIO AO SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO, BEM COMO DEMAIS ROTINAS CLÍNICAS	ENSINO MÉDIO COMPLETO	CLT
ASSISTENTE FINANCEIRO	1	40h/s	R\$ 2.200,00	AUXILIAR ÀS DEMANDAS DE CONTAS A PAGAR E PRESTAÇÃO DE CONTAS	ENSINO MÉDIO COMPLETO	CLT
AUXILIAR DE COMPRAS	1	40h/s	R\$ 1.400,00	AUXÍLIO ÀS DEMANDAS DE AQUISIÇÃO E COMPRAS DA UNIDADE	ENSINO MÉDIO COMPLETO	CLT
ASSISTENTE DE RH	2	40h/s	R\$ 2.200,00	AUXÍLIO ÀS DEMANDAS DE ADMINISTRAÇÃO DE PESSOAL	ENSINO MÉDIO COMPLETO	CLT
ANALISTA JURÍDICO	1	40h/s	R\$ 3.000,00	AUXÍLIO ÀS DEMANDAS JURÍDICAS	ENSINO SUPERIOR DE DIREITO (CURSANDO OU FINALIZADO)	CLT
TÉCNICO EM SEGURANÇA DO TRABALHO	1	40h/s	R\$ 3.535,66	ELABORA E ORIENTA ATIVIDADES DE SEG. DO TRABALHO A FIM DE MINIMIZAR RISCOS E DOENÇAS OCUPACIONAIS	CURSO TÉCNICO EM SEGURANÇA DO TRABALHO	CLT
APRENDIZ	1	40h/s	R\$ 800,00	AUXÍLIO ÀS ÁREAS ADMINISTRATIVAS E TEM O PAPEL PRINCIPAL DE EXERCER O APRENDIZADO	ENSINO FUNDAMENTAL E INSCRIÇÃO EM PROGRAMAS DE APRENDIZ	CLT
GERENTE GERAL	1	40H/S	R\$ 11.200,00	RESPONSÁVEL POR TODA A GESTÃO DE SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS	ENSINO SUPERIOR COMPLETO EM ÁREAS DE GESTÃO	CLT
COORDENADOR ADMINISTRATIVO	1	40h/s	R\$ 5.000,00	RESPONSÁVEL PELO CONTROLE DAS ATIVIDADES ADMINISTRATIVAS	ENSINO SUPERIOR EM ÁREAS DE GESTÃO	CLT
COORDENADOR DE ENFERMAGEM / RT	1	40h/s	R\$ 5.500,00	RESPONSÁVEL PELO PLANEJAMENTO, ORGANIZAÇÃO E	ENSINO SUPERIOR EM ENFERMAGEM	CLT

				AVALIAÇÃO TÉCNICA DOS SERVIÇOS DE ENFERMAGEM		
DIRIGENTES DO PROJETO (ÁREAS DIVERSAS)	9	40h/s	R\$ 81.000,00	RESPONSÁVEIS PELO PLANEJAMENTO E CONTROLE DAS DIVERSAS ÁREAS DE GESTÃO DA UNIDADE, SEJA ADMINISTRATIVA, FINANCEIRA, JURÍDICA, TÉCNICA ENTRE OUTRAS.	CURSO SUPERIOR, PÓS GRADUAÇÃO OU EXPERIÊNCIA NA ÁREA	PRÓ-LABORE
MÉDICO - CLINICO (PLANTÕES 12 HORAS)	2 DIURNO / 2 NOTURNO	PLANTÕES DE 12 HORAS	R\$ 769.000,00	RESPONSÁVEL POR ATENDER AS DEMANDAS DE URGÊNCIA ADULTO, A FIM DE DIAGNOSTICAR E SANAR A DOR DO PACIENTE, QUANDO NECESSÁRIO ENCAMINHAR AO ESPECIALISTA.	GRADUAÇÃO EM MEDICINA	PJ
MÉDICO CLÍNICO - COVID	1 DIURNO / 1 NOTURNO	PLANTÕES DE 12 HORAS		RESPONSÁVEL POR ATENDER AS DEMANDAS COVID, A FIM DE DIAGNOSTICAR E SANAR A DOR DO PACIENTE, QUANDO NECESSÁRIO, ENCAMINHAR PARA O ATENDIMENTO ADEQUADO.	GRADUAÇÃO EM MEDICINA	PJ
EMERGENCISTA (PLANTÕES DE 12 HORAS)	1 DIURNO / 1 NOTURNO	PLANTÕES DE 12 HORAS		RESPONSÁVEL POR ATENDER AS DEMANDAS DE URGÊNCIA ADULTO, A FIM DE DIAGNOSTICAR E SANAR A DOR DO PACIENTE, QUANDO NECESSÁRIO ENCAMINHAR PARA O ATENDIMENTO ADEQUADO.	GRADUAÇÃO EM MEDICINA. ESPECIALIZAÇÃO EM UTI	PJ
PEDIATRA (PLANTÕES DE 12 HORAS)	2 DIURNO / 2 NOTURNO	PLANTÕES DE 12 HORAS		RESPONSÁVEL POR ATENDER AS DEMANDAS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES, A FIM DE DIAGNOSTICAR E SANAR A DOR DO PACIENTE, QUANDO	GRADUAÇÃO EM MEDICINA. ESPECIALIZAÇÃO EM PEDIATRIA	PJ

			NECESSÁRIO ENCAMINHAR PARA O ATENDIMENTO ADEQUADO.		
DIRETOR CLINICO / COORDENAÇÃO DE ESCALA	1	40H/S	RESPONSÁVEL PELA ASSISTÊNCIA MÉDICA, COORDENAÇÃO E SUPERVISÃO DOS SERVIÇOS MÉDICOS, BEM COMO POR CRIAR PROTOCOLOS DE ATENDIMENTO.	GRADUAÇÃO EM MEDICINA. PÓS GRADUAÇÃO EM GESTÃO NA ÁREA DA SAÚDE	PJ
TOTAL DISPENDIDO			R\$ 927.646,74		

Ressaltamos que os valores apresentados referente aos salários dos profissionais CLT referem-se ao salário base por categoria. Os custos totais com a contratação de pessoal encontram-se na Planilha financeira.

Em relação aos valores dos profissionais médicos, foi disponibilizado valor total com todos os médicos. Pois os valores de plantão variam de uma especialidade para outra, bem como de acordo com a emergencialidade e que é solicitado o plantonista.

8.14.1. Dos perfis

Apresentamos a seguir, as funções contempladas e suas designações:

As funções contempladas e suas designações

- Dos perfis

- **ANALISTA JURÍDICO**

Atribuições: Responsável por fazer a análise de ofícios, Contratos, Elaboração de Minutas e toda rotina jurídica em suporte à equipe de advogados.

- **APOIO ADMINISTRATIVO**

Atribuições: Presta suporte as questões administrativas, organiza prontuários, elabora planilhas, organiza salas de reunião, atas e relatórios.

- **APRENDIZ**

Atribuições: Presta suporte à todos os setores administrativos, dando apoio na organização, cópias e digitalizações, elaboração e conferência de relatórios, com o fundamento principal de aprender uma nova função estando inserido no mercado de trabalho.

- **ASSISTENTE ADMINISTRATIVO**

Atribuições: Elaboração de Relatórios e Planilhas de atendimento, custos, faturamento; Atendimento ao usuário interno e fornecedores; arquivamento diário dos documentos afins; suporte à Gerência e Coordenação administrativa.

- **ASSISTENTE DE FATURAMENTO**

Atribuições: Prestar assistências às conferências de contas médicas, como materiais, insumos, medicamentos, exames e honorários, acompanha recursos de glosas, realiza fechamento de guias.

- **ASSISTENTE FINANCEIRO**

Atribuições: Responsável por contas à Pagar, pela assistência na elaboração de Relatórios, Planilhas de fluxos de Caixa e por transações no sistema bancário da

Organização.

- **ASSISTENTE DE RH**

Atribuições: Responsável por prestar assistência à gestão da administração de pessoal e todas as rotinas pertinentes a Recursos Humanos.

- **ASSISTENTE SOCIAL**

Atribuições: Prestar serviços sociais orientando indivíduos, famílias, comunidade e instituições sobre direitos e deveres (normas, códigos e legislação); Prestar serviços e recursos sociais, esclarecer dúvidas, executar procedimentos técnicos; Negociar com Entidades e Instituições, dando andamento em processos internos da Empresa relativos a saúde; Dar suporte técnico administrativo aos pacientes e familiares.

- **AUXILIAR DE COMPRAS**

Atribuições: Responsável em prestar apoio nas cotações de preços, compras de insumos, materiais e equipamentos e nos controles de entregas de materiais.

- **AUXILIAR DE ROUPARIA**

Atribuições: Executa a lavagem de roupas, separando-as de acordo com o tipo de material e grau de sujeira, efetuar a revisão das roupas lavadas, verificando sempre a qualidade, organiza e controla relatórios e protocolos de entrega, realiza a contagem de peças da rouparia.

- **CONTROLADOR DE ACESSO**

Atribuições: Presta suporte ao controle dos acessos aos ambientes hospitalares, indicando os setores solicitados, organizando o fluxo de pessoas.

- **COORDENADOR ADMINISTRATIVO**

Atribuições: Responsável pelos desenvolvimentos dos processos desde a implementação às rotinas diárias de sua utilização; viabiliza reuniões para acolhimentos dos fluxos; avalia orçamentos, negocia com fornecedores e supervisiona operações administrativas.

- **COORDENADOR DE ENFERMAGEM RT**

Atribuições: Responsável pelas equipes de Enfermagem, por checar prontuários de pacientes, por promover reuniões entre equipes para alinhamento dos serviços; por viabilizar treinamentos para a atualização de procedimentos de enfermagem; por responder tecnicamente por todas as demandas praticadas pelo corpo de enfermagem e estimular a garantia dos serviços dentro dos preceituados no Conselho e Ética de Enfermagem.

- **COPEIRO**

Atribuições: Responsável pelo preparo da refeição de pacientes de acordo com a dieta e cardápios estabelecidos; montar pratos e bandejas; organização da copa; acompanhar da validade dos alimentos; entregar e distribuir as dietas diárias prescritas.

- **DIRETOR CLÍNICO**

Atribuições: Compete assegurar o atendimento aos pacientes, dirigir, coordenar e orientar o Corpo Clínico da Instituição; supervisionar a execução das atividades de assistência médica na instituição; zelar pelo cumprimento do regimento Interno do Corpo Clínico da Instituição; promover e exigir o exercício ético da medicina; zelar pela observância ao Código de Ética Médica; Observar as resoluções do CFM e do CREMESP dentro das aplicabilidades da instituição.

- **ENFERMEIRO**

Atribuições: Realiza a estatística dos atendimentos ocorridos na unidade; lidera a equipe de enfermagem no atendimento dos pacientes críticos e não críticos; soluciona problemas decorrentes com o atendimento médico-ambulatorial; aloca pessoal e recursos materiais necessários; realiza a escala diária e mensal da equipe de enfermagem; controla estoque de material, insumos e medicamentos; verifica a necessidade de manutenção dos equipamentos do setor.

- **ENFERMEIRO RESPONSÁVEL TÉCNICO**

Atribuições: Responsável por todo o serviço de enfermagem da Instituição, atuando como o elo entre o Enfermeiro, Empresa e o Conselho Regional de Enfermagem. É o profissional que planeja, coordena, executa e avalia a grade de serviços de Enfermagem da Instituição.

- **ENFERMEIRO SUPERVISOR**

Atribuições: Responsável pela equipe de trabalho de plantão, pela boa assistência ao Paciente, pela escala de trabalho e por cumprir o código de ética da

Enfermagem em todos os seus conceitos.

- **FISIOTERAPEUTA**

Atribuições: Auxiliar no momento da triagem, na avaliação, **atendimento** e diagnóstico de todos os pacientes que chegam a unidade, de forma a discutir e cooperar com a equipe médica e de enfermagem durante todas as fases de prestação de cuidado; Suporte às disfunções cardiorrespiratórias, neurológicas e motoras dos pacientes para otimização de suas funcionalidades.

- **GASOTERAPÊUTA**

Atribuições: Responsável pela instalação e revisão de equipamentos gasoterápicos e pelo controle, uso e consumo de gases medicinais.

- **GERENTE GERAL**

Atribuições: Compete ao Gerente Geral a gestão de todos os segmentos do equipamento, de tratativas com fornecedores, de interface com outros órgãos públicos, de estabelecer fluxos de trabalho, bem como acompanhá-los para a garantia da fluidez dos serviços.

- **GERENTE DE UNIDADE**

Atribuições: Compete administrar e conduzir as atividades da Instituição, realizar o planejamento estratégico e o gerenciamento dos sistemas de saúde, que envolvem a logística, a gestão de pessoas, a compra de materiais, insumos e equipamentos.

- **MÉDICO CLÍNICO (PJ)**

Atribuições: É o profissional responsável por receber o paciente, examiná-lo, fazer o diagnóstico, prescrever medicamentos, fazer o encaminhamento à exames complementares e por seu acompanhamento até sua alta da Unidade de Saúde.

- **MÉDICO EMERGENCISTA (PJ)**

Atribuições: Profissional responsável pela área que engloba desde o atendimento pré-hospitalar até o diagnóstico, tratamento e encaminhamento de pacientes em situação de risco, seja em razão de uma patologia em manifestação aguda, seja em decorrência de uma lesão que necessite de intervenção imediata.

- **MÉDICO PEDIATRA (PJ)**

Atribuições: é o profissional de Medicina, especializado na saúde de crianças e que presta assistência a esse público específico em seus mais diversos aspectos, tanto de modo preventivo quanto curativo, investigando e atuando de forma imediata no tratamento da enfermidade.

- **NUTRICIONISTA**

Atribuições: Responsável por cuidar da alimentação e do processo de produção de produção de alimentos (envolvendo preparo, higiene e distribuição) aos pacientes e acompanhantes; pela elaboração do cardápio, monitoramento do estado nutricional e o cuidado personalizado em conjunto com a equipe multidisciplinar.

- **RECEPCIONISTA**

Atribuições: receber o usuário respeitando seus direitos e necessidades, assegurando a acessibilidade para pessoas com deficiência, em consonância com a legislação vigente; elaborar e atualizar o cadastro; efetuar o cadastro dos; orientar e encaminhar o usuário diretamente para a área de atendimento ou procedimento conforme necessidade apresentada; manter os arquivos atualizados e organizados; controlar, carimbar e distribuir impressos; orientar quanto ao funcionamento da rede de serviços; levantar e arquivar prontuários, exames e outros; digitar o cadastro inicial, individual e das famílias e suas atualizações.

- **SUPERVISOR ADMINISTRATIVO**

Atribuições: Responsável pelo controle e distribuição das atividades, definindo metas e cronogramas, prestando suporte à Coordenação nos serviços gerais, elaboração de relatórios gerenciais, escalas e análise de indicadores.

- **SUPERVISOR DE INFORMÁTICA**

Atribuições: Responsável por supervisionar as equipes e atividades de suporte de rede, da área de informática, elaboração de projetos de implantação, incluindo desenvolvimento e integração de sistemas, e utilização de alta tecnologia.

- **SUPERVISOR DE MANUTENÇÃO**

Atribuições: Responsável por acompanhar as atividades de manutenção corretiva e preventiva de instalações, equipamentos e máquinas, identificando deficiências operacionais e funcionais de toda a infraestrutura da Instituição.

- **TÉCNICO DE ENFERMAGEM**

Atribuições: participar das atividades de atenção realizando procedimentos de urgência e emergência regulamentados no exercício de sua profissão. Auxiliar na recepção dos pacientes, pequenas cirurgias, suturas e curativos; Transportar pacientes; Auxiliar durante o processo de reanimação cardio-respiratória; Administrar

medicamentos por via oral, muscular, subcutânea e venosa; Monitorar pacientes graves e pacientes engessados; Instalar as bombas de infusão e monitorar pacientes, bem como quaisquer outras inerentes à sua função.

- **TÉCNICO DE ENGENHARIA CLÍNICA**

Atribuições: Realiza a manutenção corretiva e preventiva de todos os equipamentos médicos e laboratoriais, garantindo o perfeito estado de utilização e conservação dos mesmos.

- **TÉCNICO EM INFORMÁTICA**

Atribuições: Operar sistemas de computadores; monitorar seu desempenho, aplicativos, recursos de entrada e saída de dados, registros de erros e de rede. Atender clientes e usuários, orientando-os quanto a utilização de hardware e software, inspecionando o ambiente físico para a segurança do trabalho.

- **TÉCNICO DE RAIOS X**

Atribuições: Realiza exames radiológicos convencionais; executa o processamento do filme e as soluções químicas utilizadas no processo; prepara o paciente e o ambiente no ato dos exames e seus diagnósticos.

- **TÉCNICO DE SEGURANÇA DO TRABALHO**

Atribuições: Responsável por desenvolver ações que reduzam a exposição de agentes contaminantes; por orientar Colaboradores nas questões de Segurança do Trabalho, uso correto dos EPI' s, do manuseio e descarte correto de materiais biológicos, inspecionar locais e equipamentos , fazendo a análise de riscos.

9. QUALIDADE

9.1. Política de Humanização

A Política Nacional de Humanização (PNH) é uma política pública, lançada em 2003 buscando colocar em prática os princípios do SUS no dia a dia dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar. Tem como princípios estimular a comunicação entre todos os envolvidos (gestores, trabalhadores e usuários), na construção de processos coletivos de enfrentamento nas relações de poder, trabalho e afeto que muitas vezes produzem atitudes e práticas desumanizadoras que inibem a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si. Vários estudos demonstram que trabalhar em um ambiente humanizado promove relações de confiança e gera satisfação entre colaboradores e clientes.

Durante a década de 1940, a organização Mundial da Saúde (OMS) publicou uma definição para o termo saúde: “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, não meramente a ausência/presença de doenças ou enfermidade”. Essa definição foi responsável por ampliar a discussão sobre a sensação de bem-estar, que também pode ser promovida pela melhoria das relações interpessoais.

Os avanços tecnológicos na área médica garantem a precisão de alguns procedimentos, tornando-se uma ferramenta para o aprimoramento da qualidade técnica, mas não abrangendo uma visão integral das necessidades do ser humano. Deve-se garantir também as necessidades psicoespiritual e o desenvolvimento da empatia, que é a base da humanização hospitalar.

Nesse contexto, pode-se desenvolver valores como ética, reconhecimento e respeito. E todos os indivíduos precisam ser vistos como peças fundamentais para construção de um ambiente mais humano e empático.

A unidade de emergência oferece serviços de alta complexidade e diversidade no

atendimento a pacientes em situação de risco iminente de vida.

Na busca pela estabilização das condições vitais do paciente, o atendimento se dá por meio do suporte à vida, exigindo agilidade e objetividade no fazer. Neste sentido, o processo de trabalho molda-se na luta contra o tempo para alcance do equilíbrio vital tido como objetivo do trabalho.

Com isso surge a tensão como uma característica decisiva deste ambiente de trabalho, ambiente no qual a equipe de saúde responsável pelo serviço de emergência vive diariamente sob pressão ocasionada pela necessidade do ganho de tempo, pela rapidez e precisão da intervenção/atenção, pela elevada demanda de atendimentos e experiências diárias de morte.

Os pacientes, por sua vez, encontram-se temerosos, fragilizados perante o desconhecido, ambiente e profissional, reagindo muitas vezes com agressividade. A ideia inesperada de um estado de saúde plena à proximidade com a morte pode afetar o equilíbrio emocional dos pacientes e famílias, por vezes, evidenciando revolta contra as carências das políticas públicas e deparando no profissional de saúde o seu representante e o responsável por essa situação.

O Cuidado Humanizado e o Serviço de Emergência

Considerando a imprevisibilidade, o ritmo acelerado de trabalho, a vigilância constante, a sobrecarga física e a busca pela manutenção da vida, planejar os cuidados contribui para as práticas no cotidiano de trabalho. Inserir a humanização nas práticas de suporte avançado à vida, realizadas na unidade de emergência, torna-se possível caso se desenvolva a competência humanística no mesmo nível em que se estimula a competência técnico-científica dos trabalhadores, oferecendo-lhes incentivos ao comprometimento com a qualidade do cuidado e envolvê-los numa nova atitude frente às demandas cotidianas.

Uma estratégia é desenvolver uma comunicação capaz de estabelecer um relacionamento de ajuda-confiança garantindo uma relação harmônica e cuidadosa. Ao

se desenvolver esta ideia, sinalizam-se a empatia, a congruência e o calor, como características para o alcance da ajuda-confiança.

Desenvolver a empatia para alcançar sintonia com o outro (paciente) e estimular a expressão de aceitação através da linguagem corporal aberta, do toque afetivo e do tom de voz utilizado faz toda diferença na qualidade do cuidado. Tratando-se de pacientes infantis, o desenvolvimento do sentimento de ajuda-confiança torna-se ainda mais necessário ao cuidado. A construção da confiança nas relações com esse público, a demonstração de carinho e a informação clara frente a procedimentos faz toda a diferença para aceitação e continuidade da assistência.

Provisão de ambiente de Apoio à Família

Promover a construção de um espaço, embora breve, de acolhimento para os familiares, normalmente indivíduos ocultos neste cenário aflitos por informação e atenção também se faz necessário, garantindo confiança e respeito às necessidades individuais de cada um.

Proporcionar momentos aos familiares com os seus entes queridos mesmo que de forma programada e com horários pré-estabelecidos também são formas de ferramentas de humanização, do mesmo modo, durante o transporte do enfermo para exames na transferência para outra unidade, ou até na própria sala de emergência, quando possível.

Na relação entre cura, "enquanto os fatores curativos objetivam curar a doença do paciente, os fatores de interesse objetivam o processo de atenção que ajuda a pessoa a atingir ou manter a saúde, ou, morrer em paz". Neste sentido, a atenção terapêutica à família é fator a ser investido pelos cuidados da equipe multiprofissional dentro do atendimento hospitalar.

Basear-se de uma relação afetiva com o paciente e familiares para promover a integralidade e humanização do cuidado, qualifica o atendimento garantindo uma assistência mais completa à saúde, para além de um bem-estar físico.

A Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011 reformulou a Política Nacional de Atenção às Urgências e instituiu a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS) demonstrando as necessidades sociais de saúde, dos usuários e de seus trabalhadores. O compromisso com a ambiência, com a melhoria das condições de trabalho e de atendimento se faz necessário respeitando os diferentes níveis de complexidade de atendimento.

Outro compromisso é quanto à chegada do paciente no serviço de saúde. Quando o paciente é acolhido e encaminhado para atendimento por ordem de chegada, sem o estabelecimento de critérios clínicos, a situação de superlotação dos serviços pode ser agravada, bem como a sua situação atual de saúde-doença.

Nos serviços de PS, o acolhimento com classificação de risco (ACR) é colocado como uma das diretrizes específicas da PNH. É caracterizado por acolher a demanda por meio de critérios de avaliação de risco, garantindo o acesso referenciado aos demais níveis de assistência.

Diminuição a exposição de ruídos no ambiente hospitalar

Outro fator para melhoria da assistência é diminuir a exposição de ruídos no ambiente de trabalho que é apontada como fator de diminuição da concentração, irritabilidade e estresse para os profissionais que atuam em unidades hospitalares. Esse fator tem sido associado à circulação de pessoas, tonalidades de voz entre equipe de trabalho, presença de equipamentos médicos hospitalares com alarmes altos, comportamento laboral ruidoso como o fechamento de portas, gavetas, armários, etc.

Na rotina de trabalho e estresse gerado muitas vezes pelo tipo de assistência prestado ao paciente, pode ter influencia negativa prejudicando a execução no resultado das atividades dos profissionais e afetar a comunicação oral entre eles.

A exposição a ruídos no ambiente, por um longo período, além de determinar comprometimentos físicos, mentais e sociais no indivíduo, pode contribuir para a existência de erros humanos decorrentes da compreensão equivocada de palavras ou

frases, acidentes de trabalho, erros de procedimentos, doenças ocupacionais e outros agravos à saúde do profissional, ou seja, a condição de trabalho pode oferecer riscos à segurança das pessoas, tanto dos profissionais quanto dos próprios pacientes.

Deverão ser implantadas medidas e ações para a redução do ruído no local contando com a participação efetiva dos profissionais para favorecer o direcionamento de ações ao nível individual e coletivo.

Estratégias de Defesa utilizadas em Unidades de Pronto Atendimento

O trabalho é uma atividade importante para os seres humanos, servindo para obtenção de prazer, riqueza, acúmulo de bens materiais, dentre outros.

Entretanto, também pode significar escravidão, exploração, sofrimento, estresse e, em consequência, resultar em agravos à saúde e até ocasionar a morte do trabalhador. Nesse contexto, o trabalhador lida com múltiplas situações, entre elas: número reduzido de funcionários, ambiente físico inadequado, falta de equipamentos e relacionamento conturbado com familiares. Essas experiências no cotidiano laboral podem interferir na vida social e emocional do trabalhador, pois trazem consigo sentimentos de sobrecarga e sofrimento.

Nesse cenário, os trabalhadores têm um contato com o paciente e seus familiares, lidam com a morte e processo de luto da família e com o sofrimento dos pacientes. O sofrimento desses profissionais diante da dor do outro é tão significativo que, se não forem encontradas formas de enfrentá-lo, o profissional poderá não ser capaz de desenvolver suas atividades rotineiras e pode vir a adoecer.

As estratégias de defesa são meios utilizados, pelo trabalhador, para proteger-se do sofrimento; podem surgir frente a situações rotineiras e são vistas como uma maneira de não deixar que a assistência ao indivíduo influencie a vida do profissional fora da unidade hospitalar. Para compreender esses sentimentos, é importante considerar que o profissional e o paciente são seres humanos, o que resulta em uma estreita ligação entre o trabalho e o trabalhador, com contato direto com as vivências de sofrimento.

Estratégias de defesa nesse contexto são importantes. O diálogo entre a equipe e

o paciente deverá ser constante como estratégia de enfrentamento e minimização do sofrimento. Nesse sentido, o diálogo oportuniza a compreensão mútua sobre os sentimentos vivenciados. Assim, essa verbalização, expressão dos sentimentos e desabafo, gera alívio, diminuindo a tensão gerada pelo sofrimento vivenciado.

As estratégias de defesa são necessárias para a proteção da saúde mental contra os efeitos deletérios do sofrimento. Criar espaços de escuta em grupo, nas instituições de atuação dos profissionais, para que possam se expressar e buscar coletivamente estratégias para enfrentamento das adversidades no cotidiano laboral.

O Instituto Alpha tem como sua visão, ser reconhecido como agente de transformação da sociedade, através do seu modelo de gestão, excelência na qualidade do atendimento e humanização, apoiado por valores como respeito e empatia, direcionados aos nossos colaboradores, pacientes e familiares.

A nossa missão é de promover a qualidade de vida e o bem estar social e da comunidade.

Para sustentar e atingir nossa proposta de valor, acreditamos que ações de desenvolvimento de nossos líderes, educação permanente e continuada de nossas equipes, manutenção de clima organizacional amistoso e profissional, implantação de tecnologia de ponta, aliados a um ambiente limpo, visualmente equilibrado, com ventilação, iluminação e nível de ruídos adequados, assim promoveremos um elevado nível de atendimento humanizado e moderno. Tudo isso, somado às melhorias arquitetônicas, como pintura interna e externa, jardinagem, painéis informativos, mobiliário ergonômico entre outros, promovendo uma significativa melhora na qualidade do atendimento humanizado do SUS, percebida pela comunidade.

9.2. Acolhimento com Classificação de Risco

Acolhimento com classificação de Risco

A situação de doença, o atendimento e a hospitalização de um membro da família

em geral conduzem a um estado de fragilidade, insegurança e medo em decorrência da ameaça gerada pela enfermidade e o estado de gravidade em que o ente pode encontrar-se.

Em face desses desconfortos, o paciente e ou seu acompanhante precisam receber o acolhimento necessário, bem como ter a ciência do estado de saúde que se encontra ao adentrar no Pronto Atendimento.

Por acreditar ser fundamental o acolhimento do acompanhante, seja um familiar, amigo ou responsável, para a promoção do seu conforto, a equipe estará pronta para realizar um atendimento receptivo de qualidade.

O simples fato dos profissionais da área da saúde estarem dispostos para ouvir os acompanhantes, passando-lhes informações que possam diminuir a angústia e ansiedade deles, mostrará que essa empatia gerará uma prestação de serviços diferenciada.

Buscando a excelência no atendimento ao paciente o Instituto Alpha zela pelos 6 princípios no atendimento:

- Empatia/atitude
- Tempo de espera
- Competência técnica percebida
- Controle da dor
- Informação
- Respeito

O acolhimento pode e deve acontecer em cada setor por onde o usuário caminha, e é mais uma atitude, uma postura das equipes, e não um “setor”, ainda que a unidade de saúde possa definir profissionais com maior foco no acolhimento, principalmente nas portas de urgência e em unidades de saúde com grande movimento (GRABOIS, 2011).

O acolhimento é um dos principais conceitos-chaves na Política Nacional de Humanização no SUS – Humaniza SUS - PNH, que vem se firmando no SUS como Política que atende a importantes reivindicações, que já inclui - em seus princípios,

O produto do nosso trabalho, do trabalho do outro e das coisas (modos de gestão, de arranjos organizacionais etc.), no campo da saúde pública, deriva, assim, da produção de encontros de pessoas mediadas por princípios éticos e políticos do SUS, ou seja, encontros que derivam de produções coletivas e que necessitam sempre de validação coletiva. E é nesse sentido e com esses fundamentos (da PNH) que devemos conceber a perspectiva da postura acolhedora nas Unidades de Urgência e Emergência. Em síntese, o acolhimento deve ser compreendido como ato de acolher o outro na sua dor, sofrimento ou fragilidade, como uma ação de aproximação, um "estar com" e um "estar perto de", ou seja, uma atitude de inclusão no nosso "espaço de afeto".

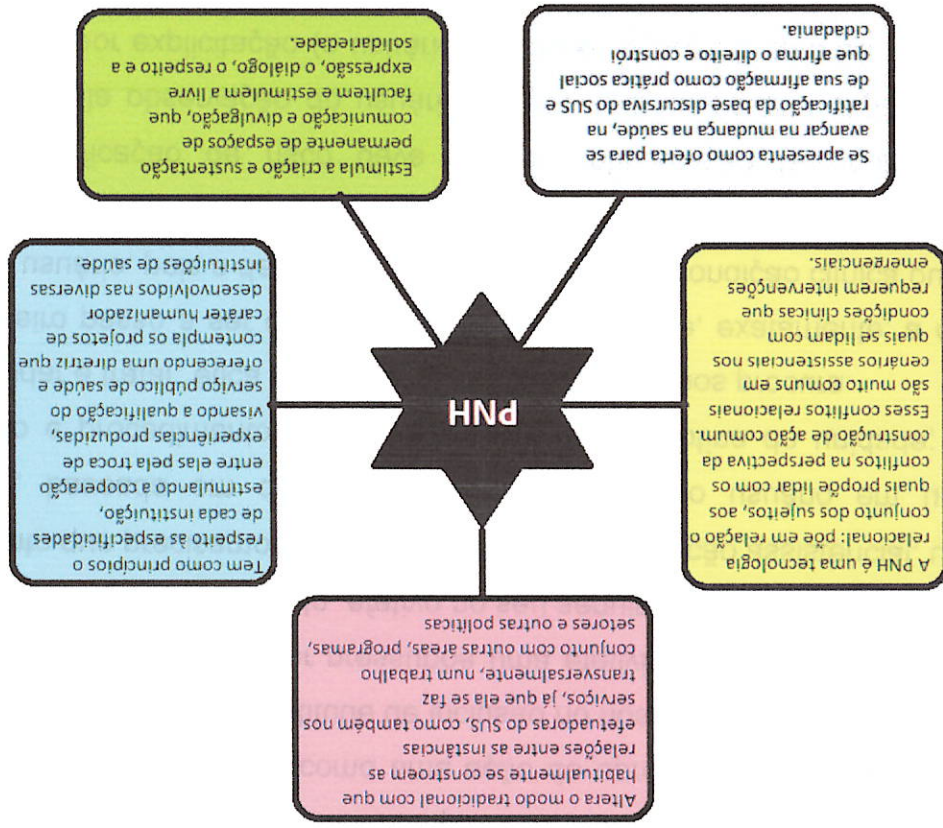
O atendimento acolhedor pressupõe uma efetividade assistencial e não apenas um gesto afetivo, mas, sobretudo, efetivo no seu seguimento. Isso significa que além do conhecimento que precisamos ter para desenvolver uma ação assistencial, uma conduta profissional, baseada em diretrizes clínicas e inserir o usuário em um fluxo de atendimento e procedimentos pré-determinados como rotina da unidade; precisamos também cuidar e tratar, ética e tecnicamente, o outro que nos procura.

Primeiro passo a ser dado na gestão do cuidado é, exatamente, a classificação de risco do usuário, pois a depender do estado da condição clínica ou situação do paciente a conduta poderá ser A, B ou C. Dessa forma a utilização da avaliação/classificação de risco deve ser por observação (a equipe identifica a necessidade pela observação do usuário, sendo aqui necessária capacidade mínima para tanto) ou por explicitação (o usuário aponta o agravo). O fato de haver indivíduos que "passam na frente" pode gerar questionamentos por aqueles que se sentem prejudicados, no entanto isso pode ser minimizado com divulgação ampla aos usuários na sala de espera do processo utilizado (ABBES; MASSARO, [2004?]).

A qualidade desse atendimento, como é proposta, exige uma reorganização do modelo assistencial em todos os níveis. E isso se inicia na "porta aberta" da Unidade de Saúde, seja essa porta a da Atenção Básica ou a da alta complexidade. Assim, desde a porta de entrada, o modo de atenção e fluxo de seguimento devem ser organizados tendo em vista todos os fundamentos elencados. Independentemente da natureza clínica do atendimento, este deve ser "afetivo" e "efetivo". Essas condições visam a um

métodos, diretrizes e dispositivos - todos os que estão envolvidos no processo de construção de saúde. É uma política que destaca o aspecto subjetivo constituinte de qualquer ato de cuidado, voltando-se para a alteração de modelos de atenção de gestão.

Observe algumas características da PNH:



Contudo, os modos de gerir e os modos de cuidar são indissociáveis, ou seja, modos de organização do trabalho são inseparáveis dos modos de atenção à saúde, os quais desenvolvem relação de codeterminação; influenciando-se mutuamente. Além disso, o modo PNH impõe como princípio a ampliação do grau de comunicação, de contato, de transversalização entre sujeitos, políticas, projetos, instituições, áreas, territórios disciplinares, acionando processos de desestabilização de poder na perspectiva da construção de ações mais interdisciplinares e intersetoriais (CORDEIRO JÚNIOR, 2008).

pronto atendimento mais racionalizado possível, estabelecido com bases criteriosas e qualificadas, fundamentalmente estruturado em uma rede hierarquizada e efetiva. Assim sendo, a organização da Rede de Atenção às Urgências tem por finalidade articular e integrar todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna conforme determina o § 1º, art. 3º da Portaria 1600/2011 (BRASIL, 2011b).

Seguindo a nossa Missão, Visão e Valores, o Instituto Alpha tem como premissa que todos nossos usuários são especiais, e que é nosso dever e missão proporcionar assistência humanizada, valorizando o indivíduo nas suas diferenças e peculiaridades.

Em todos os projetos sob gestão da nossa Organização Social, buscamos abordar a questão do direito fundamental à saúde e sua previsão constitucional, verificando que o objeto da obrigação assistencial de saúde, não está presente apenas no dever de fornecer atendimento primário como consultas, medicamentos, exames e outros, mas sim no bem estar geral do paciente, necessários à efetivação do direito fundamental à saúde, como a humanização e qualidade em todos os setores das nossas Unidades.

Os espaços físicos existentes serão analisados e readequados, se necessário, a fim de criar um ambiente agradável, acolhedor e de conforto enquanto houver a permanência dos pacientes e seus acompanhantes na Unidade, desenvolvendo assim uma relação interpessoal humanizada, acolhedora, empática e resolutiva entre os profissionais, pacientes e acompanhantes.

Acolhimento com Classificação de Risco

É obrigatória a implantação nos ambientes dos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência de um sistema de classificação de pacientes de acordo com a gravidade do agravo à saúde que apresentam, e que deve ser realizado por profissionais médicos

ou enfermeiros capacitados. O paciente classificado por enfermeiro não pode ser liberado ou encaminhado a outro local sem ser consultado por médico.

A classificação deve ser feita obrigatoriamente em local que assegure a privacidade e o sigilo do paciente, podendo este ter duas ou mais salas de classificação para os momentos de maior fluxo de atendimento, resguardadas as condições de privacidade. Ao chegar ao Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência, o acesso dos pacientes ao Setor de Classificação de Risco deve ser imediato. Assim, o tempo de espera para ser classificado deverá tender a zero, com os tempos de espera diferenciais para acesso ao médico emergencista não ultrapassando, na categoria de menor urgência, 120 minutos.

O médico poderá, no contato com o paciente, rever a classificação para fins de prioridade maior ou menor nas etapas subsequentes de atendimento. A classificação das necessidades urgentes do paciente define seu fluxo em todo o processo de atenção hospitalar e todos os setores devem estar cientes dessa definição. O bom uso da classificação afeta o fluxo e a qualidade assistencial dos pacientes do Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência no conjunto da instituição hospitalar.

Para serviços com menos de 50.000 consultas/ano pode-se discutir a necessidade da classificação sempre que não tenham um histórico de espera inadequada, embora não se possa prescindir da recepção e acolhimento informados para identificar necessidades que devam ser imediatamente respondidas.

Há diversas escalas de classificação que podem ser adotadas e que possuem especificidades importantes, devendo-se observar a distinção entre as escalas utilizadas para adultos e crianças, em saúde mental e em obstetrícia, para maior sensibilidade e especificidade. Quando a classificação for realizada por enfermeiros, o protocolo adotado obrigatoriamente deverá ser baseado em sintomas, não podendo envolver diagnóstico médico.

Sistema de fluxo

O acesso dos pacientes ao Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência se faz por demanda espontânea ou por meio de Serviços Pré-Hospitalares Móveis de Urgência e Emergência (SAMU, Corpo de Bombeiros e pré-hospitalar móvel privado). Os pacientes demandados de Serviços Pré-Hospitalares Móveis de Urgência e Emergência podem ser pré-classificados, dependendo do contato prévio da regulação médica. Os pacientes pré-classificados podem ter acesso direto à sala de reanimação de pacientes graves. Os demais pacientes deverão passar pelo processo de Acolhimento com Classificação de Risco.

No fluxo geral do Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência, após a Classificação de Risco, os pacientes poderão seguir três fluxos conforme sua condição: 1. pacientes graves; 2. pacientes com potencial de gravidade; 3. pacientes sem potencial de gravidade.

O algoritmo abaixo (figura 1) descreve o fluxo dos pacientes no Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência, de acordo com sua classificação.

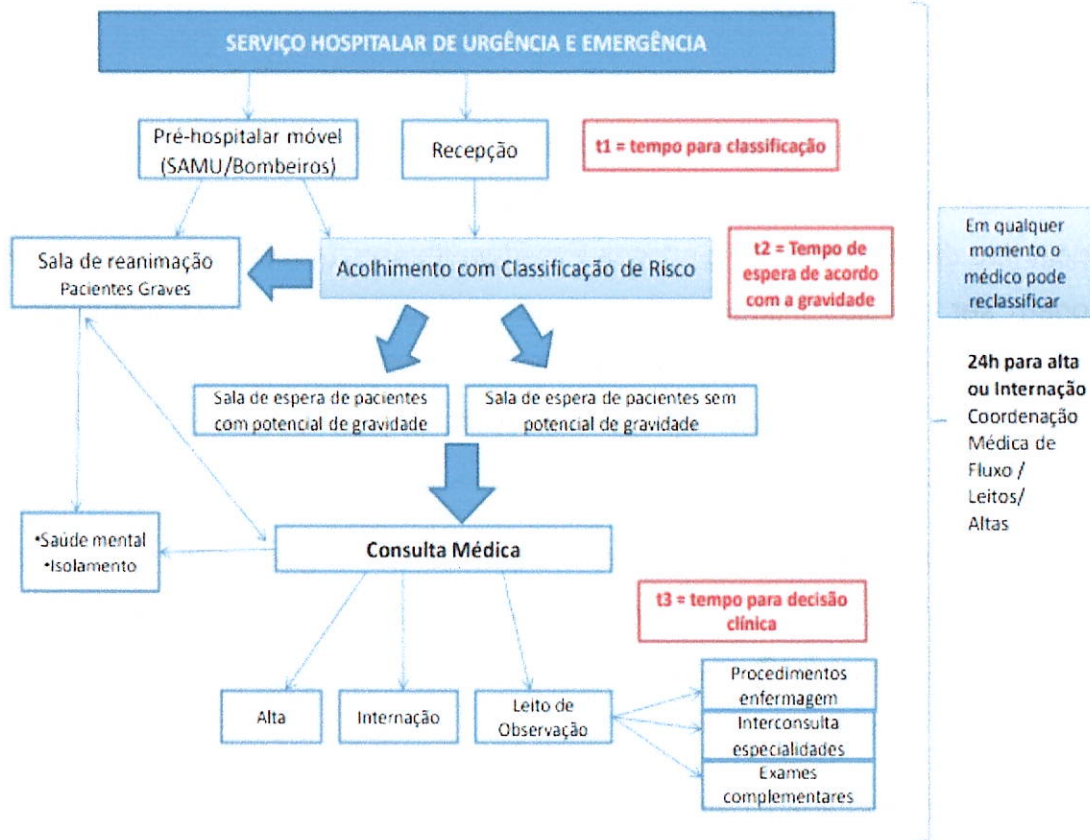


Figura 1. Algoritmo de fluxo do paciente no Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência.

Define-se como Sala de Reanimação a área física do Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência onde são atendidos os pacientes com iminente risco de vida ou sofrimento intenso, necessitando de intervenção médica imediata.

Define-se como Sala de Observação de Pacientes com Potencial de Gravidade a área física do Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência onde são mantidos os pacientes que necessitem vigilância constante e possível intervenção imediata.

Define-se como Sala de Observação de Pacientes sem Potencial de Gravidade a área física do Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência onde são

mantidos os pacientes que necessitem vigilância e acompanhamento médico intermitente.

Para os pacientes classificados como de máxima urgência, a sala de reanimação ou de procedimentos avançados deverá ter capacidade de no mínimo dois pacientes com as devidas áreas de circulação e contar com médico exclusivo no local. O paciente não deverá ficar mais de 4 horas na sala de reanimação.

Considerando que os Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência recebem frequentemente pacientes portadores de doenças infectocontagiosas e psiquiátricas, é obrigatória a existência de salas específicas para isolamento para doenças infectocontagiosas e salas específicas para o atendimento aos pacientes psiquiátricos.

Implantação de Acolhimento com Classificação de Risco no Pronto Atendimento Dr. Guido Guida

Seguindo a nossa Missão, Visão e Valores, o Instituto Alpha tem como premissa que todos nossos usuários são especiais, e que é nosso dever e missão proporcionar assistência humanizada, valorizando o indivíduo nas suas diferenças e peculiaridades.

Em todos os projetos sob gestão da nossa Organização Social, buscamos abordar a questão do direito fundamental à saúde e sua previsão constitucional, verificando que o objeto da obrigação assistencial de saúde, não está presente apenas no dever de fornecer atendimento primário como consultas, medicamentos, exames e outros, mas sim no bem estar geral do paciente, necessários à efetivação do direito fundamental à saúde, como a humanização e qualidade em todos os setores das nossas Unidades.

Os espaços físicos existentes serão analisados e readequados, se necessário, a fim de criar um ambiente agradável, acolhedor e de conforto enquanto houver a permanência dos pacientes e seus acompanhantes na Unidade, desenvolvendo assim uma relação interpessoal humanizada, acolhedora, empática e resolutiva entre os

profissionais, pacientes e acompanhantes.

O Acolhimento com Classificação de Risco – ACCR - no Pronto Atendimento Dr. Guido Guida se mostrará como um instrumento reorganizador dos processos de trabalho na tentativa de melhorar e consolidar o Sistema de atendimento na Unidade. Vai estabelecer mudanças na forma e no resultado do atendimento do usuário do SUS. Será um instrumento de humanização.

A estratégia de implantação da sistemática do Acolhimento com Classificação de Risco possibilitará abrir processos de reflexão e aprendizado institucional de modo a reestruturar as práticas assistenciais e construir novos sentidos e valores, avançando em ações humanizadas e compartilhadas, pois necessariamente é um trabalho coletivo e cooperativo.

O atendimento conforme informado anteriormente, será via sistema, e as cores da classificação estarão disponíveis para visualização tanto do paciente quanto do profissional que o aguarda.

Possibilitará a ampliação da resolutividade ao incorporar **critérios de avaliação de riscos**, que levam em conta toda a complexidade dos fenômenos saúde/ doença, o grau de sofrimento dos usuários do PA e seus familiares, a priorização da atenção no tempo, diminuindo o tempo de espera, o número de mortes evitáveis, sequelas e internações.

A Classificação de Risco será um instrumento para melhor organizar o fluxo de pacientes que procuram as portas de entrada de da Unidade, gerando um atendimento resolutivo e humanizado.

MISSÃO DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA UNIDADE

- 1 - Ser instrumento capaz de acolher o cidadão e garantir um melhor acesso aos serviços de urgência/emergência da Unidade;
- 2 - Humanizar o atendimento;
- 3 - Garantir um atendimento rápido e efetivo.

OBJETIVO

- Escuta qualificada do cidadão que procura os serviços no Pronto Atendimento;
- Classificar, mediante protocolo, as queixas dos usuários que demandam os serviços, visando identificar os que necessitam de atendimento médico mediato ou imediato;
- Construir os fluxos de atendimento na Unidade considerando todos os serviços da rede de assistência à saúde;
- Funcionar como um instrumento de ordenação e orientação da assistência, sendo um sistema de regulação da demanda dos serviços disponíveis na Unidade.

PROCESSO DE CLASSIFICAÇÃO

É a identificação dos pacientes que necessitam de intervenção médica e de cuidados de enfermagem, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento, usando um processo de escuta qualificada e tomada de decisão baseada em protocolo e aliada à capacidade de julgamento crítico e experiência do enfermeiro.

A - Usuário procura o serviço de urgência.

B- É acolhido pelos funcionários da portaria/recepção ou estagiários e encaminhado para confecção da ficha de atendimento.

C- Logo após é encaminhado ao setor de Classificação de Risco, onde é acolhido pelo enfermeiro que, utilizando informações da escuta qualificada e da tomada de dados vitais, se baseia no protocolo e classifica o usuário.

CRITÉRIOS ADOTADOS PARA A CLASSIFICAÇÃO NO PA

- 1 - Apresentação usual da doença;
- 2 - Sinais de alerta (choque, palidez cutânea, febre alta, desmaio ou perda da consciência, desorientação, tipo de dor, etc.);

- 3 - Situação – queixa principal;
- 4 - Pontos importantes na avaliação inicial: sinais vitais – Sat. de O₂ – escala de dor - escala de Glasgow – doenças preexistentes – idade – dificuldade de comunicação (droga, álcool, retardo mental, etc.);
- 5 - Reavaliar constantemente poderá mudar a classificação.

NIVEIS DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

0. PRIORIDADE ZERO (VERMELHA)

ENCAMINHAR DIRETAMENTE PARA A SALA DE RESSUSCITAÇÃO E AVISAR A EQUIPE MÉDICA, ACIONAMENTO DE SINAL SONORO. NÃO PERDER TEMPO COM CLASSIFICAÇÃO. ATENDIMENTO EM 15 MINUTOS. EM MORTE IMINENTE. (EXEMPLO: PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA, INFARTO, POLITRAUMA, CHOQUE HIPOVOLÊMICO, ETC.)

1. PRIORIDADE I (AMARELA)

ENCAMINHAR PARA CONSULTA MÉDICA IMEDIATA; URGÊNCIA, AVALIAÇÃO EM, NO MÁXIMO, 30 MINUTOS. ELEVADO RISCO DE MORTE. (EXEMPLO: TRAUMA MODERADO OU LEVE, TCE SEM PERDA DA CONSCIÊNCIA, QUEIMADURAS MENORES, DISPNEIA LEVE A MODERADA, DOR ABDOMINAL, CONVULSÃO, CEFALÉIAS, IDOSOS E GRÁVIDAS SINTOMÁTICOS, ETC.)

2. PRIORIDADE II (VERDE)

ENCAMINHAR PARA CONSULTA MÉDICA, URGÊNCIA MENOR. AVALIAÇÃO EM, NO MÁXIMO, 1 HORA. REAVALIAR PERIODICAMENTE. SEM RISCO DE MORTE. (EXEMPLO: FERIMENTO CRANIANO MENOR, DOR ABDOMINAL DIFUSA, CEFALÉIA MENOR, DOENÇA PSIQUIÁTRICA, DIARRÉIAS, IDOSOS E GRÁVIDAS ASSINTOMÁTICOS, ETC.)

3. PRIORIDADE AZUL:

INDICA PACIENTE SEM URGÊNCIA, AQUELES QUE PODERIAM SER ATENDIDOS NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE (UBS). NESTES CASOS, O ATENDIMENTO PODE SER REALIZADO EM ATÉ 240 MINUTOS. EXEMPLOS: TOSSE SEM OUTRA SINTOMATOLOGIA ASSOCIADA, LESÕES DE PELE CRÔNICAS, TROCA OU SOLICITAÇÕES DE RECEITAS, RETORNO PARA AVALIAÇÃO DE EXAMES, ETC.

9.3. Comissões (Metodologia, ferramentas e cronograma de implantação)

O principal papel das comissões hospitalares e de unidades de urgência e emergência é a melhoria contínua dos processos internos.

As comissões são responsáveis por desenvolver e apresentar propostas de modernização dos atendimentos e aperfeiçoamento da rotina, tendo como foco central sempre a melhor qualidade no atendimento prestado ao paciente.

Ressalta-se que as comissões devem contar com inúmeras ferramentas de gestão, que permitirão elaborar indicadores de processo.

As comissões devem ter caráter multidisciplinar, não sendo constituídas exclusivamente por médicos. Por sua vez, o regimento interno de cada comissão regulamenta a atuação dos participantes, de acordo com as normas e diretrizes emanadas pelos respectivos Conselhos de Classe e legislação pertinente.

Desta forma, algumas das principais comissões são as seguintes:

Comissão de Óbitos, responsável em analisar óbitos, procedimentos e condutas profissionais.

Comissão de Revisão de Prontuários, tem a função de propor melhorias na qualidade dos registros e anotações para a elaboração do prontuário clínico, com base na segurança do paciente. É, ainda, responsável por garantir o cumprimento no padrão

de qualidade prestado pelos profissionais e proporcionar dados para pesquisa e estudos científicos.

Comissão de Ética Médica, trabalha aspectos referentes ao exercício profissional, no desempenho com base na ética profissional.

Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, é responsável pelas ações e pelos processos educativos que visem o controle e a prevenção de doenças no ambiente hospitalar.

Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) conduz técnica e administrativamente todo o processo de avaliação, incorporação e exclusão de medicamentos no âmbito da unidade de saúde.

Portanto, essas comissões são de fundamental importância para a gestão da instituição, e contribuem para a formulação de políticas, coordenação e monitoramento da unidade.

Nesse sentido, é função das comissões garantirem a qualidade no atendimento aos pacientes. Acima de tudo, trabalhar de forma sistemática, possuindo membros suficientes para atender a demanda dos serviços.

Assim, ao produzir e disponibilizar tais números e indicadores relevantes sobre áreas críticas da unidade à alta gestão e à sociedade, as comissões contribuem para a transparência e melhor gestão dos serviços prestados.

9.3.1. Comissão de Revisão de Prontuários

Tem a função de propor melhorias na qualidade dos registros e anotações para a elaboração do prontuário clínico, com base na segurança do paciente. Ela ainda é responsável por garantir o cumprimento no padrão de qualidade prestado pelos

profissionais e proporciona dados para pesquisa e estudos científicos.

A Comissão de Revisão de Prontuários tem a finalidade de atender a resolução CFM Nº. 1.638 de 10 de julho de 2002, que define prontuário médico como o documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.

A Comissão será composta por 2 (dois) membros da equipe médica, 2 (dois) membros da Equipe de Enfermagem e 1 (um) membro da Diretoria Administrativa.

Para realização dos trabalhos da comissão os membros deverão ser disponibilizados de suas atividades por tempo a ser definido pela Diretoria Administrativa em comum acordo com a Diretoria Técnica.

Atribuições

São atribuições da Comissão de Revisão de Prontuário:

- A avaliação dos itens que deverão constar obrigatoriamente:

- ✓ Identificação do paciente em todos os impressos, anamnese, exame físico, exames complementares, e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado e outros documentos pertinentes ao atendimento.

- ✓ Obrigatoriedade de letra legível do profissional que atendeu o paciente, bem como de assinatura e carimbo ou nome legível do profissional e respectiva inscrição no conselho de classe.

- ✓ Obrigatoriedade do registro diário da evolução clínica do paciente, bem como a prescrição médica consignando data e hora.

- ✓ Normatizar o preenchimento das contra referências conforme orientação da Direção Clínica e Direção Técnica.

- ✓ Criar e aprovar normas que regulamente o fluxo de prontuários da instituição.
- ✓ Tipo de Alta.

- Recomendar inclusão e exclusão de formulários, impressos e sistemas, bem como a conservação dos prontuários visando a qualidade dos mesmos.
- Assessorar a Direção Técnica ou Clínica da Instituição em assuntos de sua competência.
- Manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica e de Enfermagem da Unidade com as quais deverão ser discutidos os resultados das avaliações feitas.
- Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de Educação Permanente.
- Desenvolver atividades de caráter técnico-científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes a Instituição.

Resolução na íntegra



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

RESOLUÇÃO CFM nº 1.638/2002

(Publicada no D.O.U. de 9 de agosto de 2002, Seção I, p.184-5)

[VER TAMBÉM RESOLUÇÃO CFM 1821/2007](#)

Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de

Prontuários nas instituições de saúde.

O **CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**, no uso das atribuições que lhe confere a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO que o médico tem o dever de elaborar o prontuário para cada paciente a que assiste, conforme previsto no art. 69 do Código de Ética Médica;

CONSIDERANDO que o prontuário é documento valioso para o paciente, para o médico que o assiste e para as instituições de saúde, bem como para o ensino, a pesquisa e os serviços públicos de saúde, além de instrumento de defesa legal;

CONSIDERANDO que compete à instituição de saúde e/ou ao médico o dever de guarda do prontuário, e que o mesmo deve estar disponível nos ambulatórios, nas enfermarias e nos serviços de emergência para permitir a continuidade do tratamento do paciente e documentar a atuação de cada profissional;

CONSIDERANDO que as instituições de saúde devem garantir supervisão permanente dos prontuários sob sua guarda, visando manter a qualidade e preservação das informações neles contidas;

CONSIDERANDO que para o armazenamento e a eliminação de documentos do prontuário devem prevalecer os critérios médico-científicos, históricos e sociais de relevância para o ensino, a pesquisa e a prática médica;

CONSIDERANDO a legislação arquivística brasileira, que normatiza a guarda, a temporalidade e a classificação dos documentos, inclusive dos prontuários médicos;

CONSIDERANDO o teor do Parecer CFM nº 30/2002, aprovado na Sessão Plenária de 10 de julho de 2002;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em Sessão Plenária de 10 de julho de 2002.

RESOLVE:

Art. 1º - Definir prontuário médico como o documento único constituído de um conjunto

de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.

Art. 2º - Determinar que a responsabilidade pelo prontuário médico cabe:

- I. Ao médico assistente e aos demais profissionais que compartilham do atendimento;
- II. À hierarquia médica da instituição, nas suas respectivas áreas de atuação, que tem como dever zelar pela qualidade da prática médica ali desenvolvida;
- III. À hierarquia médica constituída pelas chefias de equipe, chefias da Clínica, do setor até o diretor da Divisão Médica e/ou diretor técnico.

Art. 3º - Tornar obrigatória a criação das Comissões de Revisão de Prontuários nos estabelecimentos e/ou instituições de saúde onde se presta assistência médica.

Art. 4º - A Comissão de que trata o artigo anterior será criada por designação da Direção do estabelecimento, por eleição do Corpo Clínico ou por qualquer outro método que a instituição julgar adequado, devendo ser coordenada por um médico.

Art. 5º - Compete à Comissão de Revisão de Prontuários:

- I. Observar os itens que deverão constar obrigatoriamente do prontuário confeccionado em qualquer suporte, eletrônico ou papel:
 - a. Identificação do paciente – nome completo, data de nascimento (dia, mês e ano com quatro dígitos), sexo, nome da mãe, naturalidade (indicando o município e o estado de nascimento), endereço completo (nome da via pública, número, complemento, bairro/distrito, município, estado e CEP);
 - b. Anamnese, exame físico, exames complementares solicitados e seus respectivos

resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado;

c. Evolução diária do paciente, com data e hora, discriminação de todos os procedimentos aos quais o mesmo foi submetido e identificação dos profissionais que os realizaram, assinados eletronicamente quando elaborados e/ou armazenados em meio eletrônico;

d. Nos prontuários em suporte de papel é obrigatória a legibilidade da letra do profissional que atendeu o paciente, bem como a identificação dos profissionais prestadores do atendimento. São também obrigatórias a assinatura e o respectivo número do CRM;

e. Nos casos emergenciais, nos quais seja impossível a colheita de história clínica do paciente, deverá constar relato médico completo de todos os procedimentos realizados e que tenham possibilitado o diagnóstico e/ou a remoção para outra unidade.

I. Assegurar a responsabilidade do preenchimento, guarda e manuseio dos prontuários, que cabem ao médico assistente, à chefia da equipe, à chefia da Clínica e à Direção técnica da unidade.

Art. 6º - A Comissão de Revisão de Prontuários deverá manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica da unidade, com a qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações realizadas.

Art. 7º - Esta resolução entrará em vigor na data de sua publicação.

Brasília-DF, 10 de julho de 2002.

EDSON DE OLIVEIRA ANDRADE RUBENS DOS SANTOS SILVA

Presidente

Secretário-Geral

9.3.2. Comissão de Ética Médica

Ela trabalha aspectos referentes ao exercício profissional, no desempenho com base na ética profissional.

A constituição da Comissão de Ética Médica faz-se obrigatória em todas as instituições que possuam em seu Corpo Clínico o número igual ou superior a TRINTA E UM médicos.

Nas instituições com até TRINTA médicos, não haverá a obrigatoriedade de constituição da Comissão de Ética Médica, cabendo ao diretor clínico, se houver, ou ao diretor técnico encaminhar as demandas éticas ao CREMESP.

As instituições de saúde vinculadas a uma mesma entidade mantenedora com o mesmo corpo clínico, ou ao mesmo órgão de saúde pública, poderão constituir uma única Comissão de Ética Médica representativa do conjunto das referidas unidade, obedecendo-se as disposições quanto a sua proporcionalidade e garantindo-se a ampla participação do conjunto de médicos que compõem os respectivos corpos clínicos.

A composição da Comissão de Ética Médica deverá obedecer às disposições contidas no Artigo 3º e suas Alíneas do Regulamento das Comissões de Ética Médica contidas na Resolução CFM 2.152/2016.

A Comissão de Ética Médica é o órgão representativo do Conselho Regional de Medicina de São Paulo, junto ao Pronto Socorro, estando a ele vinculada. Constituída nos termos da Resolução nº 161/2007 do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, apresenta as funções opinativas, educativas e fiscalizadoras do desempenho Ético da Medicina.

A Comissão de Ética Médica será composta por 4 membros efetivos e igual numero de membros suplentes, eleitos dentre o corpo clínico do Pronto Socorro, sendo um Presidente e um Secretário, ambos os membros titulares.

Atribuições

As Atribuições das Comissões de Ética Médica podem ser descritas da seguinte forma:

- Orientar e fiscalizar o desempenho ético da profissão médica dentro da instituição,
- Atuar como controle de qualidade das condições de trabalho e prestação de assistência médica na instituição, sugerindo e acompanhando as modificações necessárias,
- Denunciar às instâncias superiores, inclusive ao CRM/SP, as eventuais más condições de trabalho na instituição,
- Colaborar com o CRM/SP divulgando resoluções, normas e pareceres,
- Assessorar as diretorias clínicas, administrativa e técnica da instituição, dentro de sua área de competência,
- Proceder a Sindicância a pedido de interessados, médicos, Delegacias do CRM/SP e do próprio CRM/SP ou por iniciativa própria.

Resolução CFM na íntegra

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

RESOLUÇÃO CFM Nº 2.152, DE 30 DE SETEMBRO DE 2016
Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 10 nov. 2016. Seção I, p.566-567
REVOGA A RESOLUÇÃO CFM Nº 1.657, DE 11-12-2002

Estabelece normas de organização, funcionamento, eleição e competências das Comissões de Ética Médica dos estabelecimentos de saúde.

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, alterada pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO a Lei nº 3268/57, referente a competência dos Conselhos Regionais e Federal de Medicina de zelar e trabalhar por todos os meios aos seus alcances pelo perfeito desempenho ético da medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a

exercam legalmente;

CONSIDERANDO a necessidade de, entre outras finalidades, descentralizar os procedimentos relativos à apuração de possíveis infrações éticas;

CONSIDERANDO que os integrantes das Comissões de Ética Médica eleitos na forma estabelecida nesta Resolução devem desempenhar suas funções em caráter honorífico e prestar serviço de relevância aos Conselhos Regionais de Medicina;

CONSIDERANDO a necessidade de padronizar os critérios de criação, eleição, competência, funcionamento e organização das Comissões de Ética Médica em todo o território nacional;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na sessão plenária de 30 de setembro de 2016, resolve:

Art. 1º Todos os estabelecimentos de assistência a saúde e outras pessoas jurídicas onde se exerça a medicina, ou sob cuja égide se exerça a medicina em todo o território nacional, devem eleger, entre os membros de seu corpo clínico, Comissões de Ética Médica os termos desta Resolução.

§ 1º A eleição será supervisionada pelo CRM de sua jurisdição;

§ 2º Compete ao diretor clínico encaminhar ao Conselho Regional de sua jurisdição a ata da eleição da Comissão de Ética Médica;

Art. 2º Adotar o Regulamento das Comissões de Ética anexo, parte integrante da presente Resolução.

Art. 3º Revoga-se a Resolução CFM nº 1.657/2002 e todas as disposições em contrário.

Art. 4º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

CARLOS VITAL TAVARES CORRÊA LIMA

Presidente do Conselho

HENRIQUE BATISTA E SILVA

Secretário-Geral



ANEXO

REGULAMENTO DAS COMISSÕES DE ÉTICA

Capítulo

I

Das Disposições Gerais

Art. 1º Todos os estabelecimentos de assistência à saúde e outras pessoas jurídicas sob cuja égide se exerça a Medicina, em todo o território nacional, devem possuir Comissão de Ética Médica, devidamente registrada nos Conselhos Regionais de Medicina, formada por médicos eleitos, integrantes do corpo clínico.

Art. 2º As Comissões de Ética Médica são órgãos de apoio aos trabalhos dos Conselhos Regionais de Medicina dentro das instituições de assistência à saúde, possuindo funções investigatórias, educativas e fiscalizadoras do desempenho ético da medicina.

§ 1º. As Comissões de Ética Médica devem possuir autonomia em relação à atividade administrativa e diretiva da instituição onde atua, cabendo ao diretor técnico prover as condições de seu funcionamento, tempo suficiente e materialidade necessárias ao desenvolvimento dos trabalhos.

§ 2º. Os atos da Comissão de Ética Médica são restritos ao corpo clínico da instituição a qual está vinculado o seu registro.

§ 3º. As Comissões de Ética Médica são subordinadas e vinculadas aos respectivos Conselhos Regionais de Medicina.

Capítulo

II

Da Composição, Organização e Estrutura das Comissões de Ética Médica

Art. 3º As Comissões de Ética Médica serão instaladas nas instituições mediante aos seguintes critérios de proporcionalidade:

a) Nas instituições com até 30 médicos não haverá a obrigatoriedade de constituição de Comissão de Ética Médica, cabendo ao diretor clínico, se houver, ou ao diretor técnico, encaminhar as demandas éticas ao Conselho Regional de Medicina;

b) Na instituição que possuir de 31 (trinta e um) a 999 (novecentos e noventa e nove) médicos, a

Comissão de Ética Médica deverá ser composta por no mínimo 3 (três) membros efetivos e igual número de suplentes;

c) Na instituição que possuir um número igual ou superior a 1.000 (mil) médicos, a Comissão de Ética deverá ser composta por no mínimo 5 (cinco) membros efetivos e igual número de suplentes.

§ 1º. No âmbito das instituições de saúde que contarem com menos de 30 (trinta) médicos, a composição de Comissão de Ética Médica é facultativa e deverá ser aprovada pelo Conselho Regional de Medicina.

§ 2º. As instituições de saúde vinculadas a uma mesma entidade mantenedora com o mesmo corpo clínico, ou ao mesmo órgão de saúde pública, poderão constituir uma única Comissão de Ética Médica representativa do conjunto das referidas unidades, obedecendo-se as disposições acima quanto à proporcionalidade e garantindo-se a ampla participação do conjunto de médicos que compõem os respectivos corpos clínicos.

Art. 4º As Comissões de Ética Médica serão compostas por 1 (um) Presidente, 1 (um) Secretário e demais membros efetivos e suplentes.

Parágrafo único. O Presidente e o Secretário serão eleitos dentre os membros efetivos, na primeira reunião da Comissão.

Capítulo III

Das Competências

Seção I

Da Competência das Comissões de Ética Médica

Art. 5º Compete às Comissões de Ética Médica, no âmbito da instituição a que se encontra vinculada:

a) Fiscalizar o exercício da atividade médica, atentando para que as condições de trabalho do médico, bem como sua liberdade, iniciativa e qualidade do atendimento oferecido aos pacientes, estejam de acordo com os preceitos éticos e legais que norteiam a profissão;

- b) Instaurar procedimentos preliminares internos mediante denúncia formal ou de ofício;
- c) Colaborar com o Conselho Regional de Medicina na tarefa de educar, discutir, divulgar e orientar os profissionais sobre temas relativos à ética médica;
- d) Atuar preventivamente, conscientizando o corpo clínico da instituição onde funciona quanto às normas legais que disciplinam o seu comportamento ético;
- e) Orientar o paciente da instituição de saúde sobre questões referentes à Ética Médica;
- f) Atuar de forma efetiva no combate ao exercício ilegal da medicina;
- g) Promover debates sobre temas da ética médica, inserindo-os na atividade regular do corpo clínico da instituição de saúde;

Seção II

Das Competências do Presidente e do Secretário

Art. 6º Compete ao Presidente da Comissão de Ética Médica:

- a) Representar a Comissão de Ética Médica para todos os fins;
- b) Comunicar ao Conselho Regional de Medicina da respectiva jurisdição quaisquer indícios de infração aos dispositivos éticos vigentes, eventual exercício ilegal da medicina ou irregularidades que impliquem em cerceio à atividade médica no âmbito da instituição a qual se encontra vinculada;
- c) Convocar as reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão de Ética Médica;
- d) Convocar o secretário para substituí-lo em seus impedimentos ocasionais;
- e) Convocar os membros suplentes para auxiliar nos trabalhos da Comissão de Ética Médica, sempre que necessário;
- f) Nomear os membros encarregados para instruir as apurações internas instauradas

Parágrafo único. O presidente deverá ser membro efetivo da Comissão de Ética Médica.

Art. 7º Compete ao Secretário da Comissão de Ética Médica:

- a) Substituir o presidente em seus impedimentos ou ausências;
- b) Secretariar as reuniões da Comissão de Ética Médica;
- c) Lavrar atas, editais, cartas, ofícios e demais documentos relativos aos atos da Comissão de Ética Médica, mantendo arquivo próprio;
- d) Abrir e manter sob sua guarda livro de registros da Comissão de Ética Médica, onde deverão constar os atos e os trabalhos realizados, de forma breve, para fins de fiscalização.

Art. 8º Compete aos membros efetivos e suplentes da Comissão de Ética Médica:

- a) Eleger o presidente e o secretário;
- b) Participar das reuniões ordinárias e extraordinárias, propondo sugestões e assuntos a serem discutidos e, quando efetivos ou suplentes convocados, votar nas matérias em apreciação;
- c) Instruir as apurações internas, quando designados pelo presidente;
- d) Participar ativamente das atividades da Comissão de Ética Médica, descritas no artigo 5º desta Resolução.

Capítulo IV

Das Eleições

Seção I

Das Regras Gerais das Eleições

Art. 9º A escolha dos membros das Comissões de Ética Médica será feita mediante processo eleitoral através de voto direito e secreto, não sendo permitido o uso de procuração, dela participando os médicos que compõem o corpo clínico do estabelecimento, conforme previsto no regimento interno.

Art. 10. Não poderão integrar as Comissões de Ética Médica os médicos que exercerem cargos de direção técnica, clínica ou administrativa da instituição e os que não estejam quites com o Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo único. Quando investidos nas funções de direção durante o curso de seu mandato, o

médico deverá se afastar dos trabalhos da Comissão de Ética Médica, enquanto perdurar o impedimento.

Art. 11. São inelegíveis para as Comissões de Ética Médica os médicos que não estiverem quites com o Conselho Regional de Medicina, bem como os que tiverem sido apenados eticamente nos últimos 8 (oito) anos, com decisão transitada em julgado no âmbito administrativo, ou que estejam afastados cautelarmente pelo CRM.

Parágrafo único. Considerando a existência de penas privadas, os Conselhos Regionais de Medicina deverão apenas certificar a condição de elegível ou inelegível dos candidatos, de acordo com seus antecedentes ético-profissionais.

Art. 12. O mandato das Comissões de Ética Médica será de no mínimo 12 (doze) e no máximo de 30 (trinta) meses, a critério de cada instituição, contido no Regimento Interno.

Parágrafo único. As eleições deverão ser realizadas até 30 (trinta) dias antes do término do mandato.

Seção II

Do Processo Eleitoral

Art. 13. O diretor clínico da instituição designará uma comissão eleitoral com a competência de organizar, dirigir e supervisionar todo o processo eleitoral, de acordo com as normas do Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo único. Os integrantes da comissão eleitoral e membros de cargos diretivos da instituição não podem ser candidatos à Comissão de Ética Médica.

Art. 14. A comissão eleitoral convocará a eleição, por intermédio de edital a ser divulgado na instituição de saúde, 30 (trinta) dias antes da data fixada para a eleição e validará e publicará a lista dos votantes do corpo clínico.

Parágrafo único. O edital deverá conter as informações necessárias ao desenvolvimento do processo eleitoral, com as regras específicas a serem observadas durante o pleito.

Art. 15. A candidatura deverá ser formalizada perante a comissão eleitoral, com a antecedência mínima de 15 (quinze) dias da data da eleição, por intermédio de chapas, de acordo com a regra

de proporcionalidade prevista no artigo 3º desta Resolução.

§ 1º. No momento da inscrição, a chapa designará um representante para acompanhar os trabalhos da comissão eleitoral e fiscalizar o processo de eleição.

§ 2º. O requerimento de inscrição deverá ser subscrito por todos os candidatos que compõem a chapa.

Art. 16. A comissão eleitoral divulgará, no âmbito da instituição de saúde, as chapas inscritas, de acordo com o número de registro, durante o período mínimo de uma semana.

Art. 17. A comissão eleitoral procederá à apuração dos votos imediatamente após o encerramento da votação, podendo ser acompanhada pelo representante das chapas e demais interessados, a critério da comissão eleitoral.

Parágrafo único. Será considerada eleita a chapa que obtiver maioria simples dos votos apurados.

Art. 18. O resultado da eleição será lavrado em ata pela comissão eleitoral, que deverá ser encaminhada ao Conselho Regional de Medicina para homologação e registro.

Art. 19. Os protestos, impugnações e recursos deverão ser formalizados, por escrito, dentro de, no máximo de 2 (dois) dias após a ocorrência do fato, encaminhados em primeira instância à comissão eleitoral e, em segunda instância, ao Conselho Regional de Medicina da respectiva jurisdição.

Art. 20. Homologado e registrado o resultado, os membros eleitos serão empossados pelo Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo único. O Conselho Regional de Medicina emitirá certificado de eleição, com a composição da Comissão de Ética Médica, que deverá ser afixado na instituição de saúde, em local visível ao público.

Art. 21. Nos casos de afastamento definitivo ou temporário de um de seus membros efetivos, o presidente da Comissão de Ética Médica procederá à convocação do suplente, pelo tempo que perdurar o afastamento, devendo comunicar imediatamente ao Conselho Regional de Medicina da jurisdição.

§ 1º. Se o membro da Comissão de Ética Médica deixar de fazer parte do corpo clínico do estabelecimento de saúde respectivo, o seu mandato cessará automaticamente, cabendo ao presidente comunicar imediatamente ao respectivo Conselho Regional de Medicina.

§ 2º. Sobrevindo condenação ético-profissional transitada em julgado no âmbito administrativo contra qualquer membro da Comissão de Ética Médica, este deverá imediatamente ser afastado pelo Conselho Regional de Medicina.

Art. 22. Nos casos de vacância do cargo de presidente ou de secretário, far-se-á nova escolha, dentre os membros efetivos, para o cumprimento do restante do mandato.

Parágrafo único. Quando ocorrer vacância em metade ou mais dos cargos da Comissão de Ética Médica, será convocada nova eleição para preenchimento dos cargos vagos até que a nova eleição oficial seja realizada, que poderá ser por candidatura individual.

Capítulo V
Do Funcionamento da Comissão de Ética Médica

Seção I
Das Reuniões Ordinárias e Extraordinárias

Art. 23. A Comissão de Ética Médica se reunirá ordinariamente bimestralmente, e, extraordinariamente, quantas vezes necessárias para o bom andamento dos trabalhos.

Parágrafo único. O calendário de reuniões deverá ser afixado em local de acesso aos médicos do corpo clínico.

Art. 24. Os atos administrativos da Comissão de Ética Médica terão caráter sigiloso, exceto quando se tratar de atividade didático-pedagógica no âmbito da instituição de saúde.

Art. 25. As deliberações da Comissão de Ética Médica dar-se-ão por maioria simples, sendo prerrogativa do presidente o voto qualificado em caso de empate.

Seção II
Da Apuração Interna

Art. 26. A apuração interna será instaurada mediante:

- a) Denúncia por escrito, devidamente identificada e, se possível, fundamentada;
- b) Ex officio, por intermédio de despacho do presidente da Comissão de Ética Médica;

Parágrafo único. Instaurada a apuração, o presidente da Comissão de Ética Médica deverá informar imediatamente ao respectivo Conselho Regional de Medicina para protocolo e acompanhamento dos trabalhos.

Art. 27. As apurações internas deverão ser realizadas pelo membro da Comissão designado, sem excesso de formalismo, tendo por objetivo a apuração dos fatos no local em que ocorreram.

Art. 28. Instaurada a apuração interna, os envolvidos serão informados dos fatos e, se for o caso, convocados mediante ofício para prestar esclarecimentos em audiência ou por escrito, no prazo de 15 dias contados da juntada aos autos do comprovante de recebimento.

Parágrafo único. A apuração interna no âmbito da Comissão de Ética Médica, por se tratar de procedimento sumário de esclarecimento, não está sujeita às regras do contraditório e da ampla defesa.

Art. 29. A apuração interna deverá ter a forma de autos judiciais, com as folhas devidamente numeradas e rubricadas, ordenadas cronologicamente.

Parágrafo único. O acesso aos autos é permitido apenas às partes, aos membros da Comissão de Ética Médica e ao Conselho Regional de Medicina.

Art. 30. Encerrada a apuração dos fatos, será lavrado termo de encerramento dos trabalhos e serão encaminhados os autos ao presidente da Comissão de Ética Médica, que poderá sugerir o seu arquivamento ou encaminhá-los ao Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo único. O presidente da Comissão de Ética Médica poderá colocar os autos para apreciação dos demais membros que, em votação simples, poderão deliberar pela realização de novos atos instrutórios.

Art. 31. Todos os documentos obtidos e relacionados com os fatos, quais sejam, cópias dos prontuários, das fichas clínicas, das ordens de serviço e outros que possam ser úteis ao deslinde dos fatos, deverão ser encartados aos autos de apuração, quando do seu envio ao respectivo Conselho Regional de Medicina.

Art. 32. Se houver denúncia envolvendo algum membro da Comissão de Ética Médica, este deverá abster-se de atuar na apuração dos fatos denunciados, devendo o presidente da comissão remeter os autos diretamente ao Conselho Regional de Medicina para as providências cabíveis.

Art. 33. A Comissão de Ética Médica não poderá emitir nenhum juízo de valor a respeito dos fatos que apurar.

§ 1º. O Conselho Regional de Medicina não está subordinado a nenhum ato da Comissão de Ética Médica, podendo refazê-los, reformá-los ou anulá-los se necessário à apuração dos fatos, nos termos da Lei.

§ 2º. A atuação da Comissão de Ética Médica é de extrema valia à apuração das infrações éticas, não significando, entretanto, qualquer derrogação, sub-rogação ou delegação das funções legais dos Conselhos Regionais de Medicina.

Capítulo VI

Das disposições finais

Art. 34. Os médicos envolvidos nos fatos a serem apurados, convocados nas apurações internas que deliberadamente se recusarem a prestar esclarecimentos à Comissão de Ética Médica, ficarão sujeitos a procedimento administrativo no âmbito do respectivo Conselho Regional de Medicina, conforme preconiza o art. 17 do Código de Ética Médica.

Art. 35. As normas referentes às eleições e mandatos das Comissões de Ética Médica somente produzirão seus efeitos a partir das próximas eleições, na forma do artigo 7º desta Resolução.

Parágrafo único. As demais regras entram em vigor em caráter imediato, principalmente no que se refere à tramitação das apurações internas.

Art. 36. Os Conselhos Regionais de Medicina deverão fornecer todo o apoio necessário às Comissões de Ética Médica, tanto estimulando a participação do corpo clínico no processo eleitoral, quanto no respaldo à sua autonomia perante a instituição de saúde a qual se encontra vinculada.

Art. 37. O presidente da Comissão de Ética Médica deverá fornecer ao Conselho Regional de

Medicina relatório sobre as atividades realizadas, a cada 6 (seis) meses ou quando solicitado.

Art. 38. Os casos omissos serão decididos pelo respectivo Conselho Regional de Medicina.

Art. 39. A presente Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário, em especial a Resolução CFM nº 1.657 de 11 de dezembro de 2002.

Resolução CREMESP na íntegra

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO

RESOLUÇÃO CREMESP Nº 161, DE 24 DE ABRIL DE 2007

Diário Oficial do Estado; Poder Executivo, São Paulo, SP, 15 maio 2007. Seção 1, p.140
ALTERA A RESOLUÇÃO CREMESP Nº 83, DE 29-07-1998

O Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, no uso de suas atribuições conferidas pela Lei nº 3.268/57, regulamentada pelo Decreto nº 44045/58 e,

CONSIDERANDO o teor da Resolução CFM nº 1.657/2002, que regulamenta as Comissões de Ética Médica;

CONSIDERANDO a alteração contida na Resolução CFM nº 1.812/07, que altera o prazo de mandato das Comissões de Ética Médica para "até 30 (trinta) meses";

CONSIDERANDO que o artigo 2º da Resolução CREMESP nº 83/98 teria sido tacitamente revogado pela Resolução CFM nº 1.657/2002

CONSIDERANDO a necessidade de se uniformizar os mandatos das Comissões de Ética Médica no âmbito do Estado de São Paulo;

CONSIDERANDO o decido em Reunião de Diretoria de 23/04/2007;

RESOLVE:

Artigo 1º. Considerar válido o artigo 2º da Resolução CREMESP nº 83/98, ripristinando a norma jurídica em questão, que passa a vigor da seguinte forma:

"Artigo 2º. As eleições para as Comissões de Ética Médica serão realizadas no "Dia do Médico",

18 de outubro, nos anos pares. Quando a referida data coincidir com final de semana ou feriado, a eleição será realizada no primeiro dia útil subsequente”.

Artigo 2º. As demais disposições da Resolução CREMESP nº 83/98 permanecem inalteradas, salvo no que conflitar com a Resolução Federal que regulamenta as Comissões de Ética Médica em âmbito nacional.

Artigo 3º. A presente Resolução entrará em vigor na data da sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

São Paulo, 20 de abril de 2007.

Dr. Desiré Carlos Callegari - Presidente

Homologada na 3649ª Sessão Plenária realizada em 24/04/2007.

9.3.3. Comissão de Ética de Enfermagem

Definida pela Resolução COFEN 172/94, a Comissão de Ética de Enfermagem (CEE) da Unidade de saúde será um órgão representativo do Conselho Regional de Enfermagem (Coren), estando a ele vinculada, tendo funções educativa, opinativa, consultiva, fiscalizadora do exercício profissional e ético da Enfermagem, além de divulgadora do Código de Ética dos profissionais de Enfermagem.

É composta por 01 (um) Presidente, 01 (um) Vice-Presidente, 01 (um) Secretário e demais membros efetivos com igual número de suplentes por categoria e com vínculo empregatício na Unidade de saúde.

Compete à CEE do (a) (nome do serviço de saúde):

- Promover a divulgação dos objetivos da CEE;
- Divulgar o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e demais normas disciplinares e éticas do exercício profissional;

- Colaborar com o Coren na tarefa de discutir, divulgar, educar e orientar os temas relativos à Enfermagem;
- Assessorar a diretoria e o órgão de Enfermagem do serviço, nas questões ligadas à ética profissional;
- Realizar a necessária orientação à equipe de Enfermagem sobre comportamento ético-profissional e as implicações advindas de atitudes antiéticas;
- Orientar clientes, familiares e demais interessados sobre dilemas éticos;
- Promover e participar de atividades multiprofissionais referentes à ética;
- Apreçar e emitir parecer sobre dilemas éticos de Enfermagem, sempre que necessário;
- Fiscalizar o exercício profissional e ético da profissão; condições oferecidas pelo serviço e sua compatibilidade com o desempenho ético-profissional; qualidade do cuidado dispensado à clientela pelos profissionais da Enfermagem; denúncias ou fato antiético de que tenha conhecimento;
- Instaurar sindicância, instruindo e elaborando relatório, sem emitir juízo, encaminhando-a Direção/Coordenação/Gerência de Enfermagem ou ao (à) Enfermeiro (a) Responsável Técnico (a) do serviço, para as providências administrativas, se houver, e ao Coren, conforme norma específica;
- Notificar ao Coren as irregularidades e infrações éticas detectadas no serviço.

O Instituto compromete-se a apresentar, trimestralmente, os relatórios elaborados pelas Comissões de Ética Médica e de Enfermagem, bem como, todas as atas das reuniões mensais realizadas no período.

As Comissões de Ética de Enfermagem (CEE) começaram a ser formadas a partir da RESOLUÇÃO COFEN 172/94, que normatiza a criação de COMISSÃO DE ÉTICA DE

ENFERMAGEM nas instituições de saúde, sendo que essa Resolução "Autoriza a criação de Comissões de Ética de Enfermagem onde houver serviço de enfermagem".

As Comissões de Ética de Enfermagem devem ter, como finalidades, "garantir, ou, pelo menos, tentar garantir, a conduta ética dos profissionais de Enfermagem na instituição", "zelar pelo exercício ético dos profissionais de Enfermagem na instituição, combatendo o exercício ilegal da profissão, educando, discutindo e divulgando o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem" e "notificar ao COREN de sua jurisdição irregularidades, reivindicações, sugestões e as infrações éticas".

Para dar cumprimento à tal legislação, por meio de uma Decisão de cada Coren, é necessária a criação de um Regimento contextualizado que possa considerar a realidade das Instituições de cada Estado, no que se refere ao número de serviços, ao porte predominante, ao quantitativo de recursos humanos de enfermagem, dentre outros aspectos.

Tal Regimento servirá de guia para o alcance dos objetivos da CEE e, além da consideração dos aspectos contextuais, necessário se faz garantir a independência e autonomia, mesmo que parcial, entre a CEE e a gestão de enfermagem, tanto quanto às diretorias do serviço de saúde, uma vez que a Comissão é um órgão representativo no Coren na Instituição. Outrossim, a CEE funciona também como um instrumento de assessoria para a área de enfermagem.

Uma CEE deverá, obrigatoriamente, ser formada por toda a categoria de enfermagem, ou seja, por enfermeiros, técnicos e/ou auxiliares de enfermagem da instituição em que trabalham. A proporção entre eles, bem como o número total de membros deverá estar explícito no Regimento, sendo que esse número dependerá do porte do serviço em questão. Poderão inclusive ser divididos entre efetivos e suplentes, mas não necessariamente. Nossa experiência mostra que essa divisão não é eficaz para a manutenção da Comissão. Melhor seria a composição com membros que pudessem participar de todas as atividades desenvolvidas.

O período de mandato da CEE bem como o caminho para sua criação, formação,

incluindo a eleição e o funcionamento (reuniões, convites, convocatórias etc.), com a clareza necessária de cada cargo constituído – presidente, vice-presidente e membros, deverão estar explicitados no Regimento.

Importante lembrar que a Resolução Cofen nº 311/2007, Seção IV – Das relações com as organizações empregadoras, em seu Art. 65, traz que é direito do profissional de enfermagem – "Formar e participar da comissão de ética da instituição pública ou privada onde trabalha, bem como de comissões interdisciplinares".

Salienta-se o caráter orientativo, fiscalizador e não punitivo da CEE. Ela orienta os profissionais de enfermagem e todos os demais que tiverem dúvidas sobre questões éticas que envolvem a enfermagem, exclusivamente. Fiscaliza enquanto realiza sindicâncias provenientes de denúncias que envolvem unicamente profissionais de enfermagem, e que podem ser feitas por quaisquer pessoas, sejam profissionais da saúde, pacientes, familiares de pacientes e comunidade em geral, desde que tenha relação com o serviço de enfermagem da instituição em tela. O caráter não punitivo guarda relação com a autonomia limitada da CEE, pois não cabe a ela fazer julgamentos, abrir processos éticos ou aplicar penalidades, condutas estas de exclusiva responsabilidade do Coren.

Outro item que deve ficar bem claro é a diferença entre as questões gerenciais e as questões éticas, para que não haja ingerências. O que é do âmbito ético? As questões morais, a distinção entre o bem e o mal, o bom e o ruim, o certo e o errado, ou seja, a busca da verdade, que, por sua vez, não é absoluta. É preciso bom senso baseado na competência técnica e legal e na capacidade de tomar decisões éticas ou administrativas, o que se constitui em um dilema ético, mais um desafio.

A CEE vem ajudar a mudar os comportamentos conservadores justificado pela própria história da enfermagem. Essa preocupação com o que os outros podem pensar e essa condenação à submissão tem que acabar para a enfermagem progredir. Há que se construir uma nova história e, para isso, há que se ter ousadia. É preciso escolher entre manter ou transformar as condições que produzem os problemas sobre os quais

será preciso atuar.

Referências:

- Brasil. Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 26 jun. 1986. Seção 1, p.1.
- Conselho Federal de Enfermagem. Resolução n. 172, de 15 de junho de 1994. Normatiza a criação de Comissão de Ética de Enfermagem nas instituições de saúde.
- Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Decisão COREN-SP-DIR/003/1996, de 09 de janeiro de 1996. Normatiza a criação de Comissão de Ética de Enfermagem nas instituições de Saúde, no âmbito de Estado de São Paulo.

9.3.4. Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA

CIPA significa **Comissão Interna de Prevenção de Acidentes** e tem em vista a prevenção de acidentes e doenças ocupacionais relacionadas no trabalho, busca harmonizar o trabalho e a prevenção da vida e saúde dos trabalhadores.

Composta por colaboradores, muitas das vezes, leigos em prevenção de acidentes. Comitê constituído com dimensionamento previsto, ressaltadas as alterações disciplinadas, em atos normativos para setores econômicos específicos.

Consideramos como ações preventivas por parte da CIPA:

- Observar e expor as condições de riscos nos ambientes de trabalho;
- Solicitar medidas para diminuir e extinguir os riscos existentes ou até mesmo neutraliza-los;
- Debater os acidentes ocorridos, solicitando medidas que previnam

acidentes parecidos e ainda,

- Guiar os demais trabalhadores quanto à prevenção de futuros acidentes

9.3.5. Comissão de Óbito

Responsável em analisar óbitos, procedimentos e condutas profissionais.

A resolução 2.171/2017 regulamenta e normatiza as Comissões de Revisão de Óbito, tornando-as obrigatórias nas instituições hospitalares e Unidades de Pronto Atendimento.

A Comissão de Revisão de Óbitos tem por finalidade atender a resolução CRMF No. 2.171/2017, que conceitua a análise dos óbitos, os procedimentos e condutas profissionais realizadas, bem como a qualidade de informações dos atestados de óbitos.

É um órgão de assessoria diretamente vinculado à autoridade máxima da Instituição.

A composição mínima da comissão deverá ser de três membros médicos e um enfermeiro, podendo ser superior a isso, conforme a característica de cada Instituição e unidade prestadora do serviço de saúde.

Atribuições

São atribuições da Comissão de Óbitos:

- Analisar e emitir parecer sobre os assuntos relativos a óbitos que lhe forem enviados;
- Elaborar normas para auditoria e revisão dos prontuários de pacientes que foram a óbito;
- Realizar a revisão dos prontuários relacionados aos óbitos;

- Normatizar e fiscalizar o adequado registro e preenchimento dos atestados de óbitos;
- Convocar o médico que atestou o óbito caso as informações sejam conflitantes;
- Criar instruções necessárias para melhorar a qualidade das informações dos prontuários de óbito;
- Comparar diagnóstico pré-operatório com os exames anatomopatológicos das peças cirúrgicas (avaliar amostra significativa, em porcentagem a ser definida pela própria comissão respeitando sua disponibilidade);
- Correlacionar os diagnósticos prévios com os resultados de necropsias, mesmo que realizadas pelo SVO (Serviço de Verificação de Óbitos);
- Zelar pelo sigilo ético das informações;
- Emitir parecer técnico ou relatório quando solicitado pela Comissão de Ética Médica ou outro serviço interessado;
- Assessorar a Direção de Departamento Técnico ou Clínica da Instituição em assuntos de sua competência;
- Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de Educação Permanente;
- Desenvolver atividades de caráter técnico-científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes a Instituição.

O Instituto compromete-se, a notificar todos os eventuais óbitos ocorridos e as medidas adotadas.

Resolução na íntegra

A seguir a resolução 2.171/2017 do Conselho Federal de Medicina na íntegra:



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

RESOLUÇÃO CFM nº 2.171/2017

Publicada no D.O.U. de 08 Jan 2018, Seção I, p.91

Atenção ao Apostilamento nos Considerandos

Regulamenta e normatiza as Comissões de Revisão de Óbito, tornando-as obrigatórias nas instituições hospitalares e Unidades de Pronto Atendimento (UPA).

O **CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, alterada pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e pela Lei nº 12.842, de 10 de julho de 2013; e

CONSIDERANDO que a Resolução CFM nº 2.147/16 reconhece ser o Diretor Técnico, nos termos da Lei, a autoridade responsável, junto aos Conselhos Regionais de Medicina e autoridades sanitárias, pelos aspectos formais do funcionamento das unidades assistenciais de saúde que representa, cabendo zelar pelo cumprimento das disposições legais e regulamentares em vigor;

CONSIDERANDO que o Parecer CFM nº 20/2015, de 22 de maio de 2015, estabelece

que a Comissão de Óbito tem atividade exclusiva e funções específicas, sendo obrigatória nos estabelecimentos hospitalares públicos e privados;

CONSIDERANDO que a Portaria de Consolidação MS/GM nº 2, de 3 de outubro de 2017, que estabelece, entre outros, a obrigatoriedade da Comissão de Revisão de Óbito para o processo de contratualização dos Hospitais no Sistema Único de Saúde e que trata da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança;

CONSIDERANDO que a Portaria Interministerial MEC/MS nº 285, de 24 de março de 2015, que redefine o Programa de Certificação de Hospitais de Ensino (HE) e a obrigatoriedade da Comissão de Revisão de Óbito nessas instituições;

CONSIDERANDO que as Portarias de Consolidação MS nº 5 e 6, de 3 de outubro de 2017, que tratam, entre outras, do Controle de doenças e enfrentamento de agravos de saúde, da vigilância epidemiológica e do Serviço de Verificação de Óbito (SVO).

CONSIDERANDO que a Portaria de Consolidação MS/GM nº 2, de 3 de outubro de 2017, que estabelece, entre outros, a obrigatoriedade da Comissão de Revisão de Óbito para o processo de contratualização dos Hospitais no Sistema Único de Saúde e que trata da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na Sessão Plenária realizada em 26 de outubro de 2017, RESOLVE:

Art. 1º Tornar obrigatória a criação das Comissões de Revisão de Óbito em todas as unidades hospitalares e UPA, adequando-se as já existentes às normas desta resolução.

Art. 2º Os membros componentes da Comissão de Revisão de Óbito serão indicados pela Direção Técnica da instituição.

Art. 3º Compete à Comissão de Revisão de Óbito a avaliação de todos os óbitos ocorridos na unidade, devendo, quando necessário, analisar laudos de necropsias realizados no Serviço de Verificação de Óbitos ou no Instituto Médico Legal.

Art. 4º A Comissão de Revisão de Óbito deverá ser composta por no mínimo 3 (três) membros, sendo médico, enfermeiro e outro profissional da área de saúde.

§ 1º Caso a Comissão seja formada por mais de 3 (três) membros, pode haver no máximo 2 (dois) enfermeiros e 3 (três) médicos.

§ 2º Outros profissionais de saúde, além de médicos e enfermeiros, poderão compor a Comissão de Revisão de Óbito, sendo 1 (um) representante por profissão.

§ 3º O coordenador da Comissão de Revisão de Óbito será obrigatoriamente médico.

Art. 5º A Comissão de Revisão de Óbito se reunirá mensalmente, caso haja óbito a ser analisado, podendo realizar reuniões extraordinárias sempre que necessário.

Art. 6º A análise da conduta do médico assistente ao paciente falecido deverá ser feita obrigatoriamente por médico componente da Comissão de Revisão de Óbito, sendo vedada a análise da conduta médica por outro profissional não médico membro da Comissão.

Art. 7º Não compete ao médico membro da Comissão de Revisão de Óbitos, ao analisar a conduta do médico que assistiu ao paciente, emitir juízo de valor em relação à imperícia, imprudência ou negligência, pois esta competência é exclusiva dos Conselhos de Medicina. Parágrafo único. O médico membro da Comissão de Revisão de Óbito, ao analisar a conduta do

médico que assistiu o paciente, deve se limitar a elaborar relatório conclusivo de forma circunstancial, exclusivamente dos fatos analisados.

Art. 8º Os óbitos analisados pela Comissão de Revisão de Óbito que necessitem esclarecimentos em relação às condutas médicas adotadas devem ser encaminhados ao diretor técnico da instituição para análise e este, se necessário, encaminhará os casos para a Comissão de Ética Médica da instituição, que deverá observar as disposições da Resolução CFM nº 2.152/2016 e, na ausência desta, ao Conselho Regional de Medicina. Parágrafo único. Quando necessários esclarecimentos de condutas adotadas por outros profissionais de saúde que atenderam o paciente, o caso deve ser encaminhado aos Conselhos Profissionais dos profissionais envolvidos.

Art. 9º É vedado à utilização do termo morte evitável para os casos de óbitos que necessitem de esclarecimentos em relação às condutas adotadas pelos profissionais que atenderam o paciente. Parágrafo único. Estes casos devem ser classificados como óbito a esclarecer.

Art. 10º Os membros da Comissão de Revisão de Óbito estão obrigados a manter a privacidade, a confidencialidade e o sigilo das informações contidas no prontuário em análise.

Art. 11º A Comissão de Revisão de Óbito emitirá anualmente relatório detalhado sobre o perfil epidemiológico dos óbitos ocorridos na instituição, que deverá ser entregue ao diretor técnico para as providências necessárias. Parágrafo único. É responsabilidade do diretor técnico a implantação, na instituição, das medidas corretivas necessárias para a melhora no percentual de óbitos, com base no relatório anual da Comissão de Revisão de Óbito, devendo comunicar o fato ao Conselho Regional de Medicina.

Art. 12º A duração do mandato da Comissão de Revisão de Óbito será de no máximo 30

(trinta) meses, com os membros só podendo ser substituídos neste período a pedido. Parágrafo único. Ao término do mandato, a diretoria técnica poderá renovar a Comissão em parte ou na totalidade de seus membros.

Art. 13º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Brasília, DF, 30 de outubro de 2017.

MAURO LUIZ DE BRITTO RIBEIRO

Presidente em exercício

HENRIQUE BATISTA E SILVA

Secretário-Geral

9.3.6. Núcleo de Segurança ao Paciente

Segundo a Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, que instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), Segurança do Paciente significa “redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde”.

De acordo com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) deve ser instituído nos serviços de saúde com o objetivo de apoiar a direção na implementação e gestão de ações de melhoria da qualidade e da segurança do paciente. É um serviço de saúde compulsório (obrigatório) e a sua não estruturação constitui-se em uma infração.

Princípios e Diretrizes do NSP

Os princípios e diretrizes do NSP se dão com melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde; a disseminação sistemática da cultura de

segurança; a articulação e a integração dos processos de gestão de risco; e a garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde dentro de seu âmbito de atuação.

Deve ser composto por equipe multiprofissional, formada por ao menos um médico, um farmacêutico e um enfermeiro. Todos devem ser capacitados em conceitos de melhoria da qualidade, segurança do paciente e em ferramentas de gerenciamento de riscos em serviços de saúde. Também é importante que seus membros conheçam bem os processos de trabalho da instituição e tenham perfil de liderança.

Também é função do NSP “promover a articulação dos processos de trabalho e das informações que impactem nos riscos ao paciente”. Ou seja, fica a cargo do NSP o acompanhamento dos alertas sanitários para se adequar às mudanças, a divulgação de alterações ou atualizações no Plano de Segurança do Paciente aos profissionais da instituição e a notificação de incidentes e eventos adversos à ANVISA.

Como cadastrar um Núcleo de Segurança do Paciente na Anvisa?

Após a sua implantação, é necessário realizar cadastro do NSP no site da Agência. No processo, é preciso informar nome e CNPJ do Serviço de Saúde ou Mantenedora que está sendo cadastrada. Também é necessário informar quem será o Responsável Legal e os gestores de Segurança do NSP.

Os membros da Comissão deverão reunir-se mensalmente para analisar as ocorrências, realizar notificações de eventos adversos à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), propor medidas para redução de sua ocorrência e deverão manter-se devidamente documentados (Atas, lista de presença e outros).

Deverão manter vínculo com demais comissões implantadas, para juntamente definirem as ações que venham qualificar o serviço e redirecionar protocolos de assistência.

Processo de implantação do Núcleo de Segurança do Paciente

Serão propostos mecanismos de ação para identificar e avaliar problemas quanto

a má utilização de equipamentos, medicamentos e insumos devendo propor ações preventivas e corretivas.

O Plano de Segurança do Paciente deverá ser atualizado periodicamente sempre que houver riscos aos pacientes e utilizar sempre que possível o uso de novas tecnologias ou quando houver grande alteração na realização de procedimentos e processos.

Os indicadores deverão ser avaliados e monitorados periodicamente. Deverão ser propostas capacitações a frente dos problemas evidenciados e acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias.

Protocolos de PSP

Alguns protocolos já estarão implantados quando do início das atividades no Pronto Atendimento:

- Risco de queda de pacientes;
- Prevenção de úlcera por pressão (UPP) pela mudança de decúbito;
- Prescrição e administração de medicamentos;
- Prática de higienização das mãos;
- Estimular a participação do paciente e dos familiares na assistência prestada.

HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS	
AGENTES	EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

<p>CONCEITO</p>	<p>A lavagem das mãos é a medida individual mais simples e menos dispendiosa para prevenir a propagação das infecções relacionadas à assistência à saúde. Recentemente, o termo “lavagem das mãos” foi substituído por “higienização das mãos” devido à maior abrangência deste procedimento.</p> <p>O termo engloba:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lavagem básica das mãos; 2. Antissepsia das mãos com álcool 70%; 3. Antissepsia cirúrgica das mãos e antebraços. <p>Tem o objetivo de:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Remover os microrganismos que colonizam as camadas superficiais da pele. <p>Duração do procedimento: 40 a 60 segundos.</p> <p>Abrangência: Toda a equipe de saúde.</p> <p>Quando lavar as mãos?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sempre que as mãos estiverem sujas ou contaminadas com sangue e outros fluidos corporais; • Ao iniciar o turno de trabalho; • Antes e após ir ao banheiro; • Antes e depois das refeições; • Antes de preparo de alimentos; • Antes de preparo e manipulação de medicamentos;
<p>RECURSOS</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sabão líquido; 2. Água corrente; 3. Papel toalha.

MÉTODO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fique em posição confortável, sem tocar na pia e abra a torneira; 2. Mantenha se possível, a água numa temperatura agradável (água quente ou muito fria resseca a pele), coloque o sabão líquido (2ml); 3. Abrir a torneira e molhar as mãos, evitando encostar-se A e na pia; 4. Aplicar na palma da mão quantidade suficiente de sabão líquido para cobrir todas as superfícies das mãos; 5. Ensaboar as palmas das mãos, friccionando-as entre si; 6. Esfregar a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda entrelaçando os dedos e vice-versa.
OBSERVAÇÕES	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Manter as unhas curtas e não usar unhas artificiais; ✓ Não usar adornos (anéis, alianças, relógios de pulso); ✓ Nenhuma recomendação sobre uso de esmaltes.

PREVENÇÃO POR ÚLCERA DE PRESSÃO - REALIZAÇÃO DE MUDANÇA DE DECÚBITO	
Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem	
Mudança de decúbito é o processo de movimentar e mudar o decúbito do paciente com limitação física.	
Tem o objetivo de promover o conforto, prevenir úlceras por pressão com alívio da pressão localizada, melhorar a mobilidade, a percepção sensorial, a perfusão e minimizar as forças de atrito, cisalhamento e superfícies secas em contato com a pele.	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Travesseiros; 2. Coxins; 3. Colchões; 4. Almofadas; 5. Luvas de procedimento, se necessário. 	

Ao Enfermeiro competente:

1. Avaliar as condições físicas e clínicas do paciente que será movimentado, sua capacidade de colaborar, bem como a observação da presença de soros, sondas e outros equipamentos instalados;
2. Planejar o procedimento;
3. Orientar a equipe na realização da mudança de decúbito a cada 2 horas;
4. Supervisionar a equipe quanto ao procedimento.

Ao Técnico/Auxiliar de Enfermagem competente:

➤ **Cabeceira:**

1. Ao posicionar o paciente na cabeceira da cama, o Técnico/Auxiliar de Enfermagem deverão flexionar os joelhos do paciente; colocar um braço sob os ombros, apoiando a cabeça, e o outro sob a região lombar; a um comando, ambos os técnicos de enfermagem elevam e movimentam o paciente em direção à cabeceira;
2. Anotar o procedimento realizado e as observações.

➤ **Decúbito lateral:**

1. Explicar ao paciente o procedimento a ser realizado;
2. Higienização das mãos;
3. Colocar o paciente na lateral do leito e virá-lo de lado;
4. Para mover um paciente imóvel, é necessário flexionar os joelhos de forma que não fiquem próximos ao colchão;
5. Colocar uma mão sobre os quadris do paciente e a outra mão nos ombros;
6. Virar o paciente para o lado;
7. Colocar um travesseiro sob a cabeça e pescoço do paciente;
8. Colocar os braços em posição ligeiramente flexionados. O braço posterior deve apoiar sobre um travesseiro ao nível do ombro e o braço anterior deve ser apoiado no colchão;
9. Colocar um apoio sob o dorso do paciente;
10. Colocar um travesseiro entre as pernas sem flexionadas na altura dos quadris;
11. Anotar o procedimento realizado e as observações.

➤ **Decúbito ventral:**

1. Rolar o paciente sobre o braço próximo ao seu corpo com o cotovelo esticado e a mão

sob os quadris. Posicionar o abdome no centro do leito;

2. Posicionar a cabeça do paciente para um dos lados e colocar sob a cabeça um travesseiro pequeno;
3. Colocar um travesseiro pequeno sob o abdome do paciente, abaixo do nível do diafragma;
4. Apoiar os braços em flexão ao nível dos ombros;
5. Apoiar a parte anterior das pernas com um travesseiro para elevar os dedos;
6. Anotar o procedimento realizado e as observações.

➤ **Decúbito dorsal:**

1. Colocar o paciente de costas, com a cabeceira do leito na posição horizontal;
2. Manter a cabeça alinhada com a cabeceira e com a coluna vertebral, utilizando um travesseiro sob a cabeça e o pescoço;
3. Estender discretamente os membros superiores ao nível dos cotovelos, colocar travesseiros sob os antebraços pronados;
4. Flexionar os membros inferiores, colocar um coxim sob os joelhos;
5. Colocar um pequeno travesseiro ou coxim sob os tornozelos para elevar os calcânhares;
6. Colocar um suporte para os pés ou travesseiro macio sob a planta dos pés do paciente;
7. Deixar o paciente confortável;
8. Deixar o ambiente em ordem;
9. Anotar o procedimento realizado e as observações.