

SÉRIE CADERNOS ENFERMAGEM

Saúde do Trabalhador e Atualização da Legislação

Vol. 2



Coren|SC

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM

Florianópolis - SC - 2011

GESTÃO PARTICIPAÇÃO 2008-2011

DIRETORIA

Presidente

Enf.^a Dra. Denise Elvira Pires de Pires – Coren/SC 11.317

Secretária

Enf.^a Dra. Felipa Rafaela Amadigi – Coren/SC 111.174

Tesoureira

Aux. Enf. Nelyr de Fátima Filipini – Coren/SC 69.869 – AE

Membros Efetivos

Enf.^a Dra. Denise Elvira Pires de Pires – Coren/SC 11.317

Enf.^a Dra. Felipa Rafaela Amadigi – Coren/SC 111.174

Aux. Enf. Nelyr de Fátima Filipini – Coren/SC 69.869 – AE

Enf.^a Msc. Janete Elza Felisbino – Coren/SC 19.407

Enf.^a Msc. Rosilda Veríssimo Silva – Coren/SC 61.174

Téc. Enf. Jaçany Aparecida Borges Prudente – Coren/SC 72.699 – TE

Téc. Enf. Gabriel Luckmann – Coren/SC 153.927 – TE

Membros Suplentes

Enf.^a Msc. Maria Patrícia R. Locks de Mesquita – Coren/SC 57.637

Enf.^a Msc. Silvana Maria Pereira – Coren/SC 26.278

Enf.^a Msc. Maritê Inez Argenta – Coren/SC 39.369

Enf.^a Msc. Janelice de Azevedo N. Bastiani – Coren/SC 41.125

Téc. Enf. Kátia Schwamberger – Coren/SC 65.304 – TE

Téc. Enf. Renata dos Santos – Coren/SC 114.291 – TE

COMISSÃO DE TOMADA DE CONTAS

Enf.^a Msc. Rosilda Veríssimo Silva – Coren/SC 61.174 – Coordenadora

Téc. Enf. Jaçany Aparecida Borges Prudente – Coren/SC 72.699 – TE

Téc. Enf. Gabriel Luckmann – Coren/SC 153.927 – TE

COMISSÃO DE ÉTICA DO Coren/SC

Membros efetivos

Enf.^a Msc. Janete Elza Felisbino – Coren/SC 19.407 - Coordenadora

Enf.^a Mariana Zabotti da Silva – Coren/SC 125.878

Enf.^a Dra. Flávia Regina Souza Ramos – Coren/SC 27.965

Enf.^a Dra. Marta Inez Machado Verdi – Coren/SC 20.603

Enf.^a Dra. Lygia Paim – Coren/SC 2.019

Membros suplentes

Enf.^a Dra. Dulcinéia Veras Ghizoni Schneider – Coren/SC 33.712

Enf.^a Esp. Nelcy Terezinha Coutinho Mendes – Coren/SC 1.509

Enf.^a Msc. Tânia Soares Rebello – Coren/SC 20.856

Enf.^a Msc. Liete Francisco Marcelino – Coren/SC 24.725

Enf.^a Msc. Anita Terezinha Zago – Coren/SC 13.294

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA

SÉRIE CADERNOS ENFERMAGEM

Saúde do Trabalhador e Atualização da Legislação

Vol. 2

ORGANIZADORAS

Rosilda Veríssimo Silva

Felipa Rafaela Amadigi

Janete Elza Felisbino

Rita de Cássia Flôr

Maritê Inez Argenta

Denise Elvira Pires de Pires



Florianópolis, 2011

2011. Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina

Conselho Regional de Enfermagem - Santa Catarina

Elaboração, distribuição e informações:

Conselho Regional de Enfermagem – SC

Avenida Mauro Ramos, n°224, Centro Executivo Mauro Ramos, 6°, 7°, 8° e 9° andares
88020-300 - Florianópolis – SC

Fone/Fax: (48) 3224 9091

Site: www.corensc.gov.br / E-mail: coren-sc@coren-sc.org.br

Conselho Editorial

Dra. Águeda Lenita Pereira Wendhausen – UNIVALI

Dra. Denise Elvira Pires de Pires – UFSC

Dra. Maria Elizabeth Kleba da Silva – UnoChapecó

Dra. Flávia Regina Souza Ramos – UFSC

Dr. Gelson Luiz de Albuquerque – UFSC/Cofen

Dra. Lygia Paim – UNIVALI

Dra. Maria Bettina Camargo Bub – UFSC

Dra. Valéria Silvana Faganello Madureira – UNC/Concórdia

Projeto Gráfico

Quorum Comunicação

Editora

Letra Editorial

Editoração Eletrônica

Sandra Werle – Letra Editorial

Ilustrações

Mylène Jacques

Revisão

Maria Lígia dos Reis Bellaguarda, Ana Maria Fernandes Borges e Elaine Cristina Novatzki Forte

Assessoria

Adriane Canan e Marlete Barbosa Borges

C7651 Conselho Regional de Enfermagem – SC
Saúde do trabalhador e atualização da legislação /
organizadoras Rosilda Veríssimo Silva ... [et al.] –
Florianópolis : Conselho Regional de Enfermagem – SC :
Letra Editorial, 2011. 132 p. : il. – (Cadernos enfermagem; v. 2)

ISBN 978-85-64747-00-5

Inclui bibliografia

Enfermagem – Legislação. 2. Saúde do trabalhador. 3.
Enfermagem – Fiscalização. 4. Conselho Regional de
Enfermagem de Santa Catarina. I. Silva, Rosilda Veríssimo. II. Série.

CDU: 616-083

Apresentação

CONHECER DIREITOS PARA CUIDAR COM SEGURANÇA

A Série Cadernos Enfermagem criada pela Direção do Coren/SC, Gestão Participação 2008-2011, constitui-se em importante instrumento para o empoderamento dos profissionais de Enfermagem para o agir cotidiano, com segurança e em defesa da profissão. Profissionais que conhecem seus direitos, que agem com competência técnica e conhecimento acerca do arcabouço legal que regulamenta o seu núcleo profissional e no campo da saúde do qual é parte, contribuem para a valorização social de seu trabalho.

As/os enfermeiras/os, técnicas/os e auxiliares de Enfermagem, ao cuidar de seres humanos nos mais diversos ambientes - instituições hospitalares e ambulatoriais, domicílios, escolas, indústrias, consultórios, casas de parto, instituições de longa permanência para idosos, dentre outras - se deparam com cenários complexos e permanentes desafios técnicos, políticos e éticos. Para agir com segurança e qualidade é preciso capacidade de avaliação, conhecimentos técnico-científicos e de direitos, assim como ter domínio do cenário político-legal no qual o seu trabalho se desenvolve.

O primeiro Volume da Série constituiu-se em um consolidado de Legislação e Ética profissional com o intuito de facilitar o acesso às informações relativas ao exercício profissional. Este segundo Volume focaliza dois aspectos: a Legislação relativa à Saúde do Trabalhador e a atualização do Volume 1.

O tema Saúde do Trabalhador é extremamente pertinente, diz respeito ao cuidado de si para poder cuidar bem dos outros. O trabalho é fonte de satisfação e de realização, especialmente pelo prazer de perceber-se na obra. Ou seja, ao trabalhar promovemos mudanças e nos mostramos ao mundo como seres criativos e plenos de capacidade. No entanto, o trabalho também é fonte de sofrimento, especialmente pelas condições nas quais é realizado. Organização, relações, ambiente e instrumentos de trabalho podem facilitar e/ou causar desgaste, sofrimento, doenças e acidentes.

A Organização Internacional do Trabalho – OIT e o Estado brasileiro também reconhecem que o trabalho deve ser protegido, formulando dispositivos normativos que orientam direitos para proteção do trabalhador, incluindo os que trabalham na saúde. Além destes, internamente a profissão, o Conselho Federal de Enfermagem dispõe de Resoluções relativas ao tema. Assim, esta seção do Volume 2, organiza o material legal

disponível, assim como instiga a reflexão acerca da importância da auto-proteção e de pensar, criticamente, sobre o trabalho e sobre riscos ainda não tão debatidos como é o caso da exposição dos trabalhadores de Enfermagem a radiação ionizante.

A segunda parte do Volume 2 disponibiliza as novas resoluções emitidas pelo Cofen, atualizando o Volume 1. Dentre elas, destaca-se: o novo Código de Processo Ético-Disciplinar dos Conselhos de Enfermagem e o novo manual para Inscrição e Registro Profissional, além da Resolução da Anvisa, de 2010, que estabelece a força de trabalho requerida, em termos quantitativos e qualitativos, para a Assistência de Enfermagem em UTI. A referida Resolução protege trabalhadores e usuários, sendo também benéfica para as instituições, uma vez que ao contar com profissionais de Enfermagem com maior qualificação técnica, e em quantidade adequada, é possível prestar cuidados de melhor qualidade e com maior segurança, contribuindo para a recuperação mais rápida dos usuários.

Mantenha-se atualizado, conheça seus direitos e valorize sua profissão.

BOA LEITURA!

*Enf.ª Dra. Denise Elvira Pires de Pires
Presidente do Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina*

Sumário

- 1** Cuidar de si para bem cuidar do outro **Pág. 11**
- Adoecimento no trabalho: por que esse tema interessa à Enfermagem? **Pág. 12**

- 2** Suporte Legal **Pág. 17**
- Política Nacional de Saúde do Trabalhador. **Pág. 18**
 - Legislação de Santa Catarina relacionada à Saúde do Trabalhador. **Pág. 31**
 - Normas Regulamentadoras (NR) do Ministério do Trabalho e Emprego relativas à Saúde e Segurança do Trabalhador de Saúde. **Pág. 32**
 - Fluxos de atendimento e registro de eventos para o trabalhador de Enfermagem no Estado de Santa Catarina. **Pág. 57**

- 3** Resoluções Cofen relativas à saúde dos profissionais de Enfermagem **Pág. 63**
- Resolução Cofen N° 211, 1998 – Relativa aos profissionais de Enfermagem que trabalham com radiação ionizante. **Pág. 64**
 - Resolução Cofen N° 210, 1998 – Relativa aos profissionais de Enfermagem que trabalham com quimioterápicos antineoplásicos. **Pág. 67**
 - Resolução Cofen N° 257, 2001 – Acrescenta dispositivos à Resolução N° 210, 1998. **Pág. 71**

- 4** Desafios na proteção à saúde **Pág. 73**
- Saúde e segurança do trabalhador de Enfermagem em serviços que utilizam radiação ionizante. **Pág. 74**

- 5** Atualização do Vol. 1 da Série Cadernos Enfermagem **Pág. 79**
- Código de Processo Ético-Disciplinar dos Conselhos de Enfermagem, alterado pela Resolução Cofen N° 370, de 3 de novembro de 2010. **Pág. 80**
 - Manual de Procedimentos Administrativos para Registro e Inscrição dos Profissionais de Enfermagem. **Pág. 107**
 - Resolução da Anvisa, RDC N° 7 – Regulamenta o funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva. **Pág. 108**



Cuidar de
si para bem
cuidar do outro

- Adoecimento no trabalho: por que esse tema interessa à Enfermagem? Pág. 12

Adoecimento no trabalho: por que esse tema interessa à Enfermagem?

*Antonia Maria Grigol
Rosilda Veríssimo Silva*

O adoecimento no trabalho prejudica os trabalhadores e onera a sociedade e os empregadores. Controlar e orientar as atividades em ambientes de trabalho no sentido de promover a saúde, prevenir acidentes e auxiliar na reabilitação, são condutas que, além de minimizar as perdas, se traduzem em melhoria na qualidade de vida dos atores no cenário produtivo e social. As condições de produção de um serviço são essenciais para a obtenção de satisfação do trabalhador, resultando em mais qualidade no serviço.

Na saúde, os trabalhadores da Enfermagem deparam-se, constantemente, com situações que colocam em risco o seu próprio viver saudável. Isso implica em desgastes e requer ações de promoção da saúde permanentes por parte das instituições empregadoras e dos profissionais de saúde. A existência de políticas públicas assegurando boas condições de trabalho, além da observância às orientações advindas das mesmas, são fatores que reduzem a exposição do trabalhador de Enfermagem a ambientes e condições insalubres. Essas iniciativas possibilitam o desenvolvimento e a prática de ações para a proteção na atividade laboral.

Autores como Pires (2008), Pires et al (2010), vêm discutindo a Saúde do Trabalhador e a relação existente entre o processo saúde-doença e o trabalho. A saúde tem no trabalho um de seus determinantes e, mesmo quando este é desenvolvido em ambientes seguros, deve ser considerada a potencialidade de ocorrência de sofrimento, adoecimento e acidentes. Segundo essas autoras, as transformações do mundo moderno, com o uso de inovações tecnológicas pode resultar em melhores condições de trabalho, mas também pode ocorrer intensificação do trabalho e acúmulo de funções com prejuízos e danos aos trabalhadores. Já Azambuja, Kerber e Kirchof (2007, p. 356) afirmam que "(...) maior exposição a fatores de risco para a saúde, descumprimento de regulamentos de proteção à saúde e à segurança, diminuição dos níveis salariais e aumento da instabilidade no emprego (...)", potencializam o sofrimento dos trabalhadores expressando-se como acidentes do trabalho, com sequelas permanentes e que podem levar à morte e doenças ocupacionais.

Trabalhar em ambientes livres de riscos, organizados e que disponham de mecanismos de proteção, resulta em menores índices de absenteísmo, adoecimento e sofrimento. Em nossa sociedade o trabalho tem a função de transformar a natureza para que as pessoas garantam a sua sobrevivência e, em nome desta garantia, o trabalho deveria ser uma fonte de prazer. No entanto, pode se tornar em uma fonte de adoecimento "quando contém fatores de risco para a saúde e o trabalhador não dispõe de instrumental suficiente para se proteger destes riscos." (MURTA; TRÓCCOLI, 2004, p. 39)

Mesmo no trabalho manual, afirmam Hanzelmann e Passos (2010, p. 695), sempre existirá um desgaste psicológico. Nesse sentido, ainda que uma atividade seja considerada estritamente braçal, o "corpo mental" sofrerá os danos deste processo. Asseve-

ram que o trabalho possui também aspectos negativos que recaem sobre o corpo físico e a mente do trabalhador. As autoras apontam a Enfermagem como uma profissão desgastante pelo contato com doenças e que, em função desse atributo, expõe a equipe a fatores de risco de ordem física, química, biológica e psíquica. Outras características como o desenvolvimento de seu trabalho em turnos ininterruptos, a falta de material em quantidade e qualidade adequadas, hierarquização e fragmentação do trabalho somadas ao quantitativo reduzido do grupo e ao sentimento de desvalorização profissional, potencializam as condições de sofrimento e adoecimento (ELIAS; NAVARRO, 2006).

Neste sentido, Costa e Felli (2005) e Duarte e Mauro (2010) enfatizam que a problemática no trabalho em saúde é acentuada aos trabalhadores que atuam em hospitais, uma vez que essa instituição é tipicamente insalubre. As características e as formas de organização e divisão do trabalho os expõem, ainda mais, pois são obrigados a permanecer nesse ambiente durante toda sua jornada laboral e grande parte da vida produtiva.

No campo da saúde muitas têm sido as inovações tecnológicas. Essas têm por objetivo reduzir o processo invasivo nos procedimentos diagnóstico-terapêuticos, facilitar o trabalho assistencial dos profissionais e proteger o trabalhador de contaminações (PIRES et al, 2010). No entanto, a introdução de inovações não significa sempre consequências protetoras ao trabalho.

Nos locais de exercício profissional da Enfermagem, muitos procedimentos e atividades envolvem lidar com secreções, sangue e excreções além de exposição de mucosas. Outro destaque se refere ao aspecto ergonômico, responsável por adoecimentos e afastamentos do trabalho. O transporte de pacientes dependentes e cuidados que exigem manipulação de cargas causam lesões e torções.

As ações de saúde dos trabalhadores devem ser asseguradas pelo Estado, empregadores e trabalhadores. Pelo Estado, por meio dos Ministérios da Saúde, do Trabalho e Emprego, da Previdência e Assistência Social e do Meio Ambiente, assim como pela Justiça do Trabalho e pelo Ministério Público. Os empregadores devem assegurá-las por meio dos Serviços de Saúde e Medicina do Trabalho (SESMT) e Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA); e os trabalhadores através das organizações sindicais.

O Ministério do Trabalho e Emprego tem como responsabilidade assegurar os direitos dos trabalhadores de Enfermagem através das Normas Regulamentadoras.

Dentre as Normas Regulamentadoras, este Caderno tratará especialmente da NR 32, que será publicada na íntegra, por abordar o trabalho em estabelecimentos de saúde, que são os ambientes de trabalho da Enfermagem. Essa legislação aponta as diretrizes básicas que as instituições empregadoras devem seguir para a proteção aos trabalhadores da saúde. Também traz recomendações para a proteção em situações de risco, bem como a adoção de medidas visando educar os envolvidos no processo de cuidado.

É importante lembrar aqui a necessidade do compartilhamento empregador-empregado na responsabilidade pela prevenção de acidentes e de doenças ocupacionais. Isso requer dos serviços, um processo de educação permanente para orientar

os trabalhadores visando o desenvolvimento de hábitos seguros, além de supervisão constante para garantir que as recomendações sejam seguidas e avaliadas continuamente. Concordamos com Castro, Sousa e Santos (2010) quando afirmam que a aplicação de intervenções e precauções no processo de trabalho devem ser articuladas ao processo educativo com reflexão a respeito do próprio comportamento dos trabalhadores favorecendo a adesão às orientações sobre o tema. Embora a NR 32 seja do conhecimento dos empregadores e dos trabalhadores da área da saúde, os debates e orientações precisam acontecer na realidade de cada serviço.

Além da NR 32, serão abordadas, resumidamente, outras normas relativas à saúde e à segurança do trabalhador com a finalidade de suprir informações que viabilizem aquilo que nos diz o título desse artigo: Cuidar de si para bem cuidar do outro.

Resgatando Dejours (1992), o trabalhador é, de certa maneira, despossuído de seu corpo físico e nervoso, domesticado e forçado a agir conforme a vontade de outro. Reconhecemos aqui, sem dificuldade, a inspiração de Taylor, cuja meta era mesmo desapropriar os trabalhadores de sua competência, a fim de centralizá-la ao nível da gerência. A Enfermagem, portanto, precisa atentar com a própria segurança no ambiente laboral e contribuir para diminuir as ocorrências por desconhecimento e não acompanhamento de medidas protetoras de sua saúde.

REFERÊNCIAS

- AZAMBUJA, Eliana Pinho; KERBER, Nalú P. da Costa; KIRCHHOF, Ana Lúcia. A saúde do trabalhador na concepção de acadêmicos de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem Usp**, São Paulo, v. 41, n. 3, p.355-362, 2007.
- CASTRO, Angélica Borges Souza de; SOUSA, Jossie Teixeira Costa de; SANTOS, Anselmo Amaro Dos. Atribuições do enfermeiro do trabalho na prevenção de riscos ocupacionais. **J Health Sci Inst.**, São Paulo, v. 28, n. 1, p.5-7, 2010. Disponível em: <http://www.unip.br/camunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2010/01_jan-mar/V28_n1_2010_p5-7.pdf>. Acesso em: 15 out. 2010.
- COSTA, Taiza Florêncio; FELLI, Vanda Elisa Andrés. Exposição dos trabalhadores de enfermagem às cargas químicas em hospital público universitário da cidade de São Paulo. **Revista Latino-americana Enfermagem**, São Paulo, v. 13, n. 4, p.501-508, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13/n4/v13n4a07.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2010.
- DEJOURS, Christopher. **A Loucura do trabalho**: estudo da psicopatologia do trabalho. 5. ed. São Paulo: Cortez, 1992. 168 p.
- DUARTE, Nei Santos; MAURO, Maria Yvone C.. Análise dos fatores de riscos ocupacionais do trabalho de enfermagem sob a ótica dos enfermeiros. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 35, n. 121, p.157-167, 2010. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=100513733017>>. Acesso em: 15 out. 2010.

ELIAS, Maria Aparecida; NAVARRO, Vera Lúcia. A Relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de Enfermagem de um hospital escola. **Revista Latino-americana Enfermagem**, São Paulo, v. 14, n. 4, p.517-525, 2006.

HANZELMANN, Renata da Silva; PASSOS, Joanir Pereira. Imagens e representações da Enfermagem acerca do stress e sua influência na atividade laboral. **Revista da Escola de Enfermagem Usp**, São Paulo, v. 44, n. 3, p.694-701, set. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342010000300020&script=sci_arttext>. Acesso em: 15 out. 2010.

MURTA, Sheila Giardini; TRÓCCOLI, Bartholomeu Torres. Avaliação de intervenção em estresse ocupacional. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 20, n. 1, p.39-47, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v20n1/a06v20n1.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2011.

PIRES, Denise. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo: Annablume, 2008, 254 p.

_____ et al. Inovação tecnológica e cargas de trabalho dos profissionais de saúde: revisão da literatura latino-americana. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 12, n. 2, p.373-379, 2010. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n2/pdf/v12n2a23.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2010.



Suporte Legal

- Política Nacional de Saúde do Trabalhador. Pág. 18
- Legislação de Santa Catarina relacionada à Saúde do Trabalhador. Pág. 31
- Normas Regulamentadoras (NR) do Ministério do Trabalho e Emprego relativas à Saúde e Segurança do Trabalhador de Saúde. Pág. 32
- Fluxos de atendimento e registro de eventos para o trabalhador de Enfermagem no Estado de Santa Catarina. Pág. 57

Política Nacional de Saúde do Trabalhador

Organizado por Janete Elza Felisbino

2

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde, em vigor desde 2004, visa à redução dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, mediante a execução de ações de promoção, reabilitação e vigilância na área de saúde.

Suas diretrizes, descritas na Portaria N° 1.125 de 6 de julho de 2005, publicada no Diário Oficial da União N° 130, de 8 de julho de 2005, seção I, compreendem a atenção integral à saúde, a articulação intra e intersetorial, a estruturação da rede de informações em Saúde do Trabalhador, o apoio a estudos e pesquisas, a capacitação de recursos humanos e a participação da comunidade na gestão dessas ações.

PORTARIA N° 1.125/GM DE 6 DE JULHO DE 2005 DISPÕE SOBRE OS PROPÓSITOS DA POLÍTICA DE SAÚDE DO TRABALHADOR PARA O SUS.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso da atribuição que lhe confere o inciso II do parágrafo único do art. 87 da Constituição Federal, e

CONSIDERANDO o disposto nos arts. 198 e 200 da Constituição Federal de 1988;

CONSIDERANDO a Lei Orgânica de Saúde N° 8080, de 19 de setembro de 1990, com destaque para os dispositivos contidos em seu art. 6°;

CONSIDERANDO a necessidade de implementação de ações em saúde do trabalhador em todos os níveis de atenção do Sistema Único de Saúde – SUS,

RESOLVE:

Art. 1º - Estabelecer que toda política de saúde do trabalhador para o SUS tenha por propósito a promoção da saúde e a redução da morbimortalidade dos trabalhadores, mediante ações integradas, intra e intersetorialmente, de forma contínua, sobre os determinantes dos agravos decorrentes dos modelos de desenvolvimento e processos produtivos, com a participação de todos os sujeitos sociais envolvidos.

Art. 2º - Estabelecer que as ações em saúde do trabalhador desenvolvidas pelo SUS sejam organizadas em todos seus níveis de atenção, a partir das seguintes diretrizes:

I - atenção integral da saúde dos trabalhadores, envolvendo a promoção de ambientes e processos de trabalho saudáveis, o fortalecimento da vigilância de ambientes, os processos e agravos relacionados ao trabalho, a assistência integral à saúde dos trabalhadores e a adequação e ampliação da capacidade institucional;

II - Articulação Intra e Intersetorial;

- III - Estruturação de Rede de Informações em Saúde do Trabalhador;
- IV - Apoio ao Desenvolvimento de Estudos e Pesquisas em Saúde do Trabalhador;
- V - Desenvolvimento e Capacitação de Recursos Humanos; e
- VI - Participação da Comunidade na Gestão das Ações em Saúde do Trabalhador.

Art.3º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Humberto Costa
Ministro da Saúde

SAIBA MAIS

Acesse o documento da Política Nacional de Saúde do Trabalhador disponível:

http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/proposta_pnst_st_2009.pdf

A Rede Nacional de Atenção a Saúde do Trabalhador (Renast), regulamentada pela Portaria Nº 2.728/GM de 11 de novembro de 2009 publicada no Diário Oficial da União (DOU) de 23 de fevereiro de 2010, pág. 27, Seção 1, constitui-se em uma das estratégias para a garantia da atenção integral à saúde dos trabalhadores. A Renast é composta por Centros Estaduais e Regionais de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) e por uma rede de 1.000 Serviços Sentinela de média e alta complexidade capaz de diagnosticar os agravos à saúde que têm relação com o trabalho e de registrá-los no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN-NET).

Os Cerest recebem recursos financeiros do Fundo Nacional da Saúde, para realizar ações de promoção, prevenção, vigilância, assistência e reabilitação em saúde dos trabalhadores urbanos e rurais, independentemente do vínculo empregatício e do tipo de inserção no mercado de trabalho.

PORTARIA Nº 2.728, DE 11 DE NOVEMBRO DE 2009 DISPÕE SOBRE A REDE NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO TRABALHADOR (RENAST) E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe confere o inciso I do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

CONSIDERANDO o disposto nos arts. 198 e 200 da Constituição;

CONSIDERANDO o art. 6º da Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990;

CONSIDERANDO a Portaria Nº 777/GM, de 28 de abril de 2004, que estabelece os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à Saúde do Trabalhador em rede de serviços sentinela específica no Sistema Único de Saúde (SUS);

CONSIDERANDO a Portaria Nº 1.172/GM , de 21 de junho de 2004, que define competências e financiamento na área de vigilância em saúde;

CONSIDERANDO a necessidade de adequação da Portaria Nº 2.437/GM , de 7 de dezembro de 2005, que dispõe sobre a ampliação e o fortalecimento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador - RENAST no Sistema Único de Saúde - SUS, aos mecanismos de gestão do Pacto pela Saúde;

CONSIDERANDO a Portaria Nº 648/GM , de 28 de março de 2006, que define as responsabilidades dos Municípios e do Distrito Federal na gestão de seus sistemas de saúde e na organização e execução das ações de atenção básica;

CONSIDERANDO a Portaria Nº 399/GM , de 22 de fevereiro de 2006, que divulga e aprova as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde 2006;

CONSIDERANDO a Portaria Nº 699/GM , de 30 de março de 2006, que aprova o Regulamento do Pacto pela Vida e de Gestão;

CONSIDERANDO a Portaria Nº 3.085/GM , de 1º de dezembro de 2006, que regulamenta o Sistema de Planejamento do SUS;

CONSIDERANDO a Portaria Nº 3.332/GM , de 28 de dezembro de 2006, que aprova orientações gerais relativas aos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS;

CONSIDERANDO a Portaria Nº 204/GM , de 29 de janeiro de 2007, que regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle;

CONSIDERANDO a Portaria Nº 1.956/GM , de 14 de agosto de 2007, que define que a gestão e a coordenação das ações relativas à Saúde do Trabalhador, no âmbito do Ministério da Saúde, sejam exercidas pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS); e

CONSIDERANDO a Portaria Nº 3.176/GM , de 24 de dezembro de 2008, que aprova orientações acerca da elaboração, da aplicação e do fluxo do Relatório Anual de Gestão.

RESOLVE:

Art. 1º - Dispor sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RE-NAST), que deverá ser implementada de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios; com envolvimento de órgãos de outros setores dessas esferas, executores de ações relacionadas com a Saúde do Trabalhador, além de instituições colaboradoras nessa área.

§ 1º As ações em Saúde do Trabalhador deverão ser desenvolvidas, de forma descentralizada e hierarquizada, em todos os níveis de atenção do SUS, incluindo as de promoção, preventivas, curativas e de reabilitação.

§ 2º A RENAST integra a rede de serviços do SUS, voltados à promoção, à assistência e à vigilância, para o desenvolvimento das ações de Saúde do Trabalhador.

§ 3º A implementação da RENAST dar-se-á do seguinte modo:

- I - estruturação da rede de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST);
- II - inclusão das ações de saúde do trabalhador na atenção básica, por meio da definição de protocolos, estabelecimento de linhas de cuidado e outros instrumentos que favoreçam a integralidade;
- III - implementação das ações de promoção e vigilância em saúde do trabalhador;
- IV - instituição e indicação de serviços de Saúde do Trabalhador de retaguarda, de média e alta complexidade já instalados, aqui chamados de Rede de Serviços Sentinela em Saúde do Trabalhador; e
- V - caracterização de Municípios Sentinela em Saúde do Trabalhador.

§ 4º A orientação para o desenvolvimento da Rede de Serviços Sentinela em Saúde do Trabalhador está estabelecida nos Anexos a esta Portaria.

Art. 2º - Os Municípios Sentinela serão definidos a partir de dados epidemiológicos, previdenciários e econômicos, que indiquem fatores de riscos significativos à saúde do trabalhador, oriundos de processos de trabalho em seus territórios.

§ 1º Os Municípios Sentinela devem desenvolver políticas de promoção da saúde, de forma a garantir o acesso do trabalhador às ações integradas de vigilância e de assistência, em todos os níveis de atenção do SUS.

§ 2º Os critérios de definição dos Municípios Sentinela serão objeto de ato normativo do Ministério da Saúde, a ser expedido após pactuação por meio da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) do SUS.

Art. 3º - Compete à Secretaria de Vigilância em Saúde a gestão federal da RENAST, com a participação dos níveis estadual, distrital e municipal de gestão do SUS.

Art. 4º - Compete à Coordenação-Geral de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde a coordenação técnica da RENAST.

Art. 5º - As Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios devem adotar as providências necessárias à implementação de ações em Saúde do Trabalhador, em todos os níveis da atenção da rede pública de saúde.

Parágrafo único. Deverão ser consideradas como estratégias de cumprimento do disposto neste artigo a criação de mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS e a atualização dos critérios de habilitação e certificação dos serviços e atividades que vierem a integrá-lo, bem como as diretrizes operacionais contidas nos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.

Art. 6º - As ações em Saúde do Trabalhador deverão estar inseridas expressamente nos Planos de Saúde nacional, estaduais, distrital e municipais e nas respectivas Programações Anuais.

Parágrafo único. Deverão ser consideradas nos Planos de Saúde e nas respectivas Programações Anuais, na forma do *caput*, ações e indicadores para:

I - organização de ações de atenção integral à saúde do trabalhador, compreendendo promoção, vigilância, atenção básica e serviços de média e alta complexidade;

II - inserção das ações de atenção integral à saúde do trabalhador nas redes de atenção à saúde locais e regionais;

III - qualificação em Saúde do Trabalhador, incluindo diretrizes de formação para representantes do controle social, como por exemplo, representantes de Conselhos de Saúde, sindicatos de trabalhadores e outros; e

IV - promoção da Saúde do Trabalhador por meio de articulação intra e intersetorial.

Art. 7º - O CEREST tem por função dar subsídio técnico para o SUS, nas ações de promoção, prevenção, vigilância, diagnóstico, tratamento e reabilitação em saúde dos trabalhadores urbanos e rurais.

§ 1º Poderão ser implantados CERESTs, de abrangência estadual, regional e municipal.

§ 2º A implantação de CERESTs de abrangência municipal está condicionada a uma população superior a 500 mil habitantes.

§ 3º Os CERESTs habilitados de abrangência regional somente poderão alterar sua área de abrangência mediante prévia aprovação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

§ 4º Os CERESTs não poderão assumir as funções ou atribuições correspondentes aos Serviços Especializados de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) ou similares, tanto do setor público quanto do privado.

Art. 8º - Definir que o controle social nos serviços que compõem a RENAST, com a participação de organizações de trabalhadores e empregadores, se dê por intermédio das Conferências de Saúde e dos Conselhos de Saúde, previstos na Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, bem como por meio das Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador (CIST) vinculadas aos respectivos Conselhos.

Art. 9º - Estabelecer que, após o cumprimento dos procedimentos para habilitação dos novos CERESTs, de acordo com a Portaria Nº 598/GM, de 23 de março de 2006, deva ser encaminhada à SVS, por meio de ofício do Gestor, cópia da publicação da resolução da CIB que aprovou a implantação do CEREST.

§ 1º A implantação do serviço deverá ser atestada pelo gestor estadual do SUS, por meio de visita técnica, pela inscrição no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e pela alimentação do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS), no prazo de noventa 90 (noventa) dias após o recebimento do recurso.

§ 2º No Distrito Federal, a implantação do serviço deverá ser atestada pelo gestor distrital do SUS.

Art. 10 - Estabelecer que o incentivo de implantação, voltado para a estrutura-

ção do CEREST, e os repasses mensais corram por conta do Programa de Trabalho 10.302.1220.8585, do orçamento do Ministério da Saúde.

§ 1º O incentivo de implantação no valor de R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais) será pago em uma só vez no ato da habilitação.

§ 2º Os recursos deverão ser repassados do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, no bloco de gestão do SUS e no bloco de financiamento da média e alta complexidade, conforme o caso, e serão aplicados pelas Secretarias de Saúde e fiscalizados pelo Conselho de Saúde.

§ 3º Os recursos destinam-se ao custeio das ações de promoção, prevenção, proteção e vigilância desenvolvidas pelos CERESTs, sendo vedada a utilização destes recursos nos casos especificados na Portaria Nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007.

§ 4º A destinação dos recursos deverá constar nos Planos de Saúde nacional, estaduais, distrital, municipais e respectivas Programações Anuais.

Art. 11 - Classificar os CERESTs a serem habilitados, segundo os valores de manutenção abaixo:

- I - municipais e regionais, sob gestão estadual ou municipal, R\$ 30.000,00 (trinta mil reais) mensais; e
- II - estaduais, R\$ 40.000,00 (quarenta mil reais) mensais.

Art. 12 - Caberá à SVS publicar portaria constando os CEREST que foram habilitados.

Art. 13 - Verificado o descumprimento do prazo para implantação do CEREST, a SVS adotará as seguintes providências:

- I - oficiará ao gestor do SUS responsável e à CIB, para justificar o fato, no prazo de 30 (trinta) dias do recebimento da correspondência;
- II - manifestará, em 30 (trinta) dias, seu entendimento sobre a justificativa apresentada;
- III - não enviada a justificativa ou não aceita, a SVS solicitará ao Fundo Nacional de Saúde a suspensão do repasse mensal das parcelas subseqüentes e comunicará a decisão aos responsáveis; e
- IV - verificada a adequação, serão retomados os repasses.

Art. 14 - A comprovação da aplicação do incentivo e aos repasses mensais deverá constar do Relatório Anual de Gestão, apresentando os resultados na forma da regulamentação específica do SUS.

Art. 15 - Os critérios de acompanhamento do funcionamento da RENAST, bem como o fluxo da informação, serão instituídos em ato normativo específico e pactuados na CIT.

Art. 16 - Caberá à Secretaria de Vigilância em Saúde expedir os atos normativos específicos relativos a esta Portaria.

Art. 17 - As atribuições e a composição de pessoal dos CERESTs serão explicitadas no Manual da RENAST, a ser elaborado em 90 (noventa) dias a partir da publicação desta Portaria.

Art. 18 - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 19 - Fica revogada a Portaria Nº 2.437/GM, de 7 de dezembro de 2005, publicada no Diário Oficial da União 236, de 9 de dezembro de 2005, Seção 1, página 78.

José Gomes Temporão
Ministro da Saúde

As funções de cada esfera de governo na execução das determinações da PORTARIA Nº 2.728, DE 11 DE NOVEMBRO DE 2009, estão descritas em seus anexos.

ANEXO I

FUNÇÕES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE NA GESTÃO DA RENAST

O Ministério da Saúde, na gestão nacional da RENAST, deve atuar na definição das diretrizes, na regulação e pactuação das ações e no apoio político, financeiro e técnico, com as seguintes incumbências:

- I** - elaborar a Política Nacional de Saúde do Trabalhador para o SUS, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) e pactuada pela CIT;
- II** - coordenar a RENAST com a participação das esferas estaduais e municipais de gestão do SUS;
- III** - elaboração de projetos de lei e normas técnicas pertinentes à área, com a participação de outros atores sociais como entidades representativas dos trabalhadores, universidades e organizações não-governamentais;
- IV** - inserir as ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Básica, Urgência/Emergência, Rede Hospitalar, Vigilância Sanitária, Epidemiológica e Ambiental;
- V** - assessorar os Estados na realização de ações de alta complexidade, quando solicitados;
- VI** - definir acordos e cooperação técnica com instituições afins com a Saúde do Trabalhador para capacitação e apoio à pesquisa na área;
- VII** - definir rede de laboratórios de análises químicas e toxicológicas como referências regionais ou estaduais;
- VIII** - definir a Rede Sentinela e os Municípios Sentinela em Saúde do Trabalhador no âmbito nacional;
- IX** - definir o financiamento federal para as ações de Saúde do Trabalhador, garantindo repasses regulares fundo a fundo;
- X** - realizar estudos e pesquisas definidos a partir de critérios de prioridade, considerando a aplicação estratégica dos recursos e conforme a demanda social; e

XI - promover a articulação intersetorial com os Ministérios do Trabalho e Emprego, da Previdência Social, do Meio Ambiente e outros, com vistas a fortalecer o modelo de atenção integral a saúde dos trabalhadores.

ANEXO II

FUNÇÕES DAS SECRETARIAS DE SAÚDE ESTADUAIS E DO DISTRITO FEDERAL NA GESTÃO DA RENAST

As Secretarias de Saúde Estaduais e do Distrito Federal devem definir diretrizes, regular e pactuar ações de Saúde do Trabalhador no seu âmbito respectivo e, quando necessário, atuar de forma integrada ou complementar aos Municípios e aos serviços de referências regionais, na qualidade de instância gestora, técnica e política da área de saúde do Trabalhador na região, com as seguintes competências:

- I** - elaborar a Política de Saúde do Trabalhador, definir o financiamento, pactuar na CIB e submeter à aprovação do Conselho de Saúde, em seu âmbito respectivo;
- II** - conduzir as negociações nas instâncias do SUS no sentido de inserir as ações e indicadores de Saúde do Trabalhador no Plano de Saúde e na Programação Anual de Saúde, bem como seu financiamento no seu âmbito respectivo;
- III** - contribuir na elaboração de projetos de lei e normas técnicas pertinentes à área, com outros atores sociais como entidades representativas dos trabalhadores, universidades e organizações não-governamentais;
- IV** - inserir as ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Básica, Urgência/Emergência e Rede Hospitalar, por meio da definição de protocolos, estabelecimento de linhas de cuidado e outros instrumentos que favoreçam a integralidade;
- V** - executar ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental voltadas à Saúde do Trabalhador no seu âmbito respectivo;
- VI** - implementar as ações de atenção de média e alta complexidade, definidas em conjunto com a CIB;
- VII** - assessorar os CERESTs, os serviços e as instâncias regionais e municipais na realização de ações de Saúde do Trabalhador, no seu âmbito respectivo;
- VIII** - definir e executar projetos especiais em questões de interesse próprio com repercussão local, em conjunto com as equipes municipais, quando e onde couber;
- IX** - realizar estudos e pesquisas definidos a partir de critérios de prioridade, considerando a aplicação estratégica dos recursos e conforme a demanda social;
- X** - articular e capacitar, em parceria com os Municípios e com os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, os profissionais de saúde do SUS, em especial as equipes dos centros regionais, da atenção básica e de outras vigilâncias e manter a educação continuada e a supervisão em serviço, respeitadas as diretrizes para implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde;

XI - implementar estratégias de comunicação e de educação permanente em saúde dirigida à sociedade em geral, aos trabalhadores e a seus representantes, aos profissionais de saúde e às autoridades públicas;

XII - estabelecer e definir fluxo de trabalho integrado com a rede de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, incluindo, entre outros, exames radiológicos, de anatomia patológica, de patologia clínica, de toxicologia e retaguarda de reabilitação;

XIII - estabelecer e definir fluxo de trabalho integrado com a rede de laboratórios de análises para avaliações de amostras de contaminantes ambientais e produtos de interesse à Saúde do Trabalhador;

XIV - pactuar na CIB a Rede Sentinela e os Municípios Sentinela em Saúde do Trabalhador no seu âmbito respectivo;

XV - propor as linhas de cuidado para todos os agravos de notificação compulsória dispostos na Portaria Nº 777/GM, de 28 de abril de 2004, a ser seguidas para a atenção integral dos trabalhadores usuários do SUS, a ser aprovada pela CIB;

XVI - propor os fluxos de referência e contra-referência de cada linha de cuidado de atenção integral à Saúde do Trabalhador, a ser aprovado na CIB;

XVII - propor normas relativas a diagnóstico, tratamento e reabilitação de pacientes portadores de agravos à saúde decorrentes do trabalho, a ser aprovada na CIB; e

XVIII - participar nas instâncias de definições políticas de desenvolvimento econômico e social junto às demais Secretarias do Estado e Distrito Federal.

ANEXO III

FUNÇÕES DAS SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE NA GESTÃO DA RENAST

As Secretarias Municipais de Saúde devem definir diretrizes, regular, pactuar e executar as ações de Saúde do Trabalhador no âmbito do respectivo Município, de forma pactuada regionalmente, com as seguintes competências:

I - realizar a pactuação, o planejamento e a hierarquização de suas ações, que devem ser organizadas em seu território a partir da identificação de problemas e prioridades, e incluídas no Plano Municipal de Saúde;

II - atuar e orientar no desenvolvimento de protocolos de investigação e de pesquisa clínica e de intervenção, juntamente ou não, com as universidades ou órgãos governamentais locais ou da rede do SUS;

III - articular com outros Municípios quando da identificação de problemas e prioridades comuns;

IV - informar a sociedade, em especial os trabalhadores, as CIPAs e os respectivos sindicatos sobre os riscos e danos à saúde no exercício da atividade laborativa e nos ambientes de trabalho;

V - capacitar, em parceria com as Secretarias Estaduais de Saúde e com os CERESTs, os profissionais e as equipes de saúde para identificar e atuar nas situa-

ções de riscos à saúde relacionados ao trabalho, assim como para o diagnóstico dos agravos à saúde relacionados com o trabalho, respeitadas as diretrizes para implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

VI - inserir as ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Básica, Urgência/Emergência e Rede Hospitalar, por meio da definição de protocolos, estabelecimento de linhas de cuidado e outros instrumentos que favoreçam a integralidade;

VII - executar ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental;

VIII - definir a Rede Sentinela em Saúde do Trabalhador no âmbito do Município;

IX - tornar público o desenvolvimento e os resultados das ações de vigilância em Saúde do Trabalhador, sobretudo as inspeções sanitárias nos ambientes de trabalho e sobre os processos produtivos para garantir a transparência na condução dos processos administrativos no âmbito do direito sanitário;

X - estabelecer e definir fluxo de trabalho integrado com a rede de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, incluindo, entre outros, exames radiológicos, de anatomia patológica, de patologia clínica, de toxicologia e retaguarda de reabilitação;

XI - propor os fluxos de referência e contrarreferência de cada linha de cuidado de atenção integral à Saúde do Trabalhador, a ser aprovado no nível municipal;

XII - realizar estudos e pesquisas definidos a partir de critérios de prioridade, considerando a aplicação estratégica dos recursos e conforme a demanda social; e

XIII - participar nas instâncias de definições políticas de desenvolvimento econômico e social junto às demais Secretarias do Município.

A ampliação dos CERESTs, por Estados e Distrito Federal dar-se-á mediante o pleito pactuado nas CIBs, aprovados pelo Ministério da Saúde, com destaque para a capacidade instalada no Município e na região da implantação dos novos serviços.

A Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador é composta por 178 Centros Estaduais e Regionais de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest), sendo 26 estaduais e 152 regionais. E, por uma Rede Sentinela de 1.000 serviços médicos e ambulatoriais de média e alta complexidade responsáveis por diagnosticar os acidentes e doenças relacionados ao trabalho e por registrá-los no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN-NET).

SAIBA MAIS:

Confira a lista de Cerest por Unidade Federativa acessando o mapa do Brasil no site:

http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=29723&janela=1

A **Rede Sentinela** é composta por unidades de saúde (chamadas de unidades sentinelas) que identificam, investigam e notificam, quando confirmados, os casos de doenças, agravos e/ou acidentes relacionados ao trabalho. O art. 2º da Portaria 777/GM, cria a Rede Sentinela de Notificação Compulsória de Acidentes e Doenças Relacionados ao Trabalho, enumerados no § 1º do artigo 1º, desta Portaria, constituída por:

- I - centros de Referência em Saúde do Trabalhador;
- II - hospitais de referência para o atendimento de urgência e emergência e ou atenção de média e alta complexidade, credenciados como sentinela; e
- III - serviços de atenção básica e de média complexidade credenciados como sentinelas, por critérios a serem definidos em instrumento próprio.

SAIBA MAIS

Confira a lista de Unidades Sentinelas por Unidade Federativa acessando o mapa no site:

http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=29736&janela=1

As **unidades notificadoras** são aquelas unidades de saúde que realizam a notificação no Sinan. A contagem de unidades por unidade federativa representa o número absoluto de diferentes unidades de saúde que foram responsáveis por notificações no Sistema de Informação de Notificação de Agravos (Sinan) e registrou seu número de cadastramento no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES.

SAIBA MAIS

Confira a lista de Unidades Notificadoras por Unidade Federativa acessando o mapa no site:

http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=33412&janela=1

A notificação, através do Sinan-Net, é importante porque os acidentes e doenças relacionadas ao trabalho são evitáveis e passíveis de prevenção. Além disso, é possível identificar o motivo pelo qual os trabalhadores adoecem ou morrem, associando esses dados aos ramos de atividade econômica e aos processos de trabalho, para que possam ser feitas intervenções sobre suas causas e determinantes. Tais intervenções são feitas a partir da elaboração de estratégias de atuação nas áreas de promoção e prevenção, controlando e enfrentando, de forma integrada e eficiente, os problemas de saúde coletiva relacionados com o trabalho. Os acidentes e doenças, relacionados ao trabalho resultam em custos sociais elevados para trabalhadores, família, empresa, estado e sociedade. Tais eventos são, atualmente, sub-registrados, e sua real magnitude não é bem conhecida.

SAIBA MAIS

Confira a distribuição de Unidades Sentinela por UF e a distribuição de Unidades Notificadoras por UF, no site:

http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=30428&janela=1

2

Importante registrar que em esfera interinstitucional, o Ministério da Saúde desenvolve uma política de ação integrada com os Ministérios do Trabalho e Emprego e da Previdência Social, a **Política Nacional sobre Segurança e Saúde do Trabalhador (PNSST)**, cujas diretrizes compreendem:

- I** - Ampliação das ações, visando a inclusão de todos os trabalhadores brasileiros no sistema de promoção e proteção da saúde;
- II** - Harmonização das normas e articulação das ações de promoção, proteção e reparação da saúde do trabalhador;
- III** - Precedência das ações de prevenção sobre as de reparação;
- IV** - Estruturação de rede integrada de informações em Saúde do Trabalhador;
- V** - Reestruturação da formação em Saúde do Trabalhador e em segurança no trabalho e incentivo à capacitação e à educação continuada dos trabalhadores responsáveis pela operacionalização da política;
- VI** - Promoção de agenda integrada de estudos e pesquisas em segurança e Saúde do Trabalhador.

Acesse documento da Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador na íntegra:

http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/insumos_portaria_interministerial_800.pdf

Portaria Interministerial Nº 800 de 3 de maio de 2005

Publica o texto-base da minuta de Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador

LEGISLAÇÃO RELACIONADA À POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR

Constituição da República Federativa do Brasil

Art. 200 - Ao Sistema Único de Saúde, compete, além de outras atribuições, nos termos da lei (...) II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador; (...) VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

Lei Nº 8.689 de 27 de julho de 1993

Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) e dá outras providências.

Lei Nº 8.080 de 19 de setembro de 1990

Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

Lei Nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990

Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

Lei Nº 6.259 de 30 de outubro de 1975

Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências.

Portaria Interministerial Nº 800 de 3 de maio de 2005

Publica o texto-base da minuta de Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador.

Portaria Nº 3.908/GM, de 30 de outubro de 1998

Estabelece procedimentos para orientar e instrumentalizar as ações e serviços de Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS).

Fonte: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1146

Para vídeos sobre o assunto, acesse:

http://osha.europa.eu/pt/campaigns/ew2007/napo/napoepisode?filmid=id_napo_film_8

Sites sobre o assunto, acesse:

<http://bvsmms.saude.gov.br/php/index.php>

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/trabalhador/index.php>

<http://189.28.128.179:8080/pisast>

<http://portal.anvisa.gov.br/wps/portal/anvisa/home>

<http://www.saudeetrabalho.com.br/>

<http://www.previdencia.gov.br/>

<http://www.mte.gov.br/>

<http://www.pgt.mpt.gov.br/>

<http://www.higieneocupacional.com.br/>

<http://www.ergonet.com.br/>

<http://osha.europa.eu/pt/front-page/view>

<http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/PesquisaObraForm.jsp>

Legislação de Santa Catarina relacionada à Saúde do Trabalhador

Organizado por Felipa Rafaela Amadigi

No Estado de Santa Catarina, assim como nas demais unidades federadas, a legislação estadual segue as proposições da legislação federal, já mencionadas anteriormente neste caderno. No entanto, para fins de consulta será apresentado a seguir um consolidado de leis, decretos, portarias e deliberações relacionados à Saúde do Trabalhador.

LEI ESTADUAL Nº 6.320/83 de 20 de dezembro de 1983

Dispõe sobre normas gerais de saúde, estabelece penalidades e dá outras referências. Alterada parcialmente pela Leis: 11.480/00; LP 14.660/09.

DECRETO ESTADUAL Nº 23.663 de 16 de outubro de 1984

Regulamenta os artigos 51 a 76 da Lei Nº 6.320/83, que dispõe sobre normas gerais de saúde, estabelece penalidades e dá outras providências.

DECRETO ESTADUAL Nº 24.622 de 28 de dezembro de 1984

Regulamenta os artigos 2º, 3º, 4º, 7º, 12, 25 e 74, da Lei Nº 6.320, de 20 de dezembro de 1983, que dispõem sobre direitos e deveres básicos da pessoa, relacionados com a saúde.

PLANO ESTADUAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR

Aprovado em 27 de agosto de 2003, pelo Conselho Estadual de Saúde.

PORTARIA Nº 2437/GM de 07 de dezembro de 2005, que dispõe sobre a ampliação e fortalecimento do RENAST no Sistema Único de Saúde, prevê para o Estado de Santa Catarina sete CERESTs.

DELIBERAÇÃO CIB015/CIB/2006

Homologa Plano Estadual de Saúde do Trabalhador e aprova CERESTs regionais.

Atualmente, o Estado de Santa Catarina conta com o CEREST Estadual e seis CERESTs regionais, distribuídos segundo as Macrorregiões de Saúde (Joinville, Lages, Blumenau, Criciúma, Florianópolis e Chapecó).

CEREST ESTADUAL

Endereço: Avenida Rio Branco, 152, Centro de Florianópolis.

E-mail: cerest@saude.sc.gov.br

Fonte: Diretoria de Vigilância Sanitária/Gerência de Saúde do Trabalhador/2010.

Normas Regulamentadoras (NR) do Ministério do Trabalho e Emprego relativas à Saúde e Segurança do Trabalhador de Saúde

2

*Organizado por Lucila Fernandes More,
Suzana Schmidt de Arruda e Rita de Cássia Flôr*

As Normas Regulamentadoras, também conhecidas como NR, regulamentam e fornecem orientações sobre procedimentos obrigatórios relacionados à saúde e segurança do trabalho no Brasil. Essas normas foram aprovadas pela Portaria Nº 3.214 de 08 de junho de 1978 do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE). São de observância obrigatória pelas empresas privadas e públicas e pelos órgãos públicos da administração direta e indireta, bem como pelos órgãos dos Poderes Legislativo e Judiciário que possuem empregados regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT).

Importante notar que a observância dessas normas não desobriga as empresas do cumprimento de outros dispositivos legais (BRASIL, 1978), como exemplo, a Lei Nº 14.609, de 07 de janeiro de 2009, que institui o Programa Estadual de Saúde Ocupacional do Servidor Público. O Decreto Nº 2.709, de 27 de outubro de 2009, instituiu o Manual de Saúde Ocupacional do Servidor Público Estadual, no âmbito da Administração Pública Estadual, direta e indireta, tendo em vista o Artigo 7º da Lei supra citada.

Essas diretrizes encontram-se publicadas no manual de Saúde Ocupacional desses servidores. O manual também de observância obrigatória dispõe sobre as NR editadas pelo MTE, mas adaptadas para a realidade do serviço público estadual de Santa Catarina. Para saber mais acesse: http://www.portaldoservidor.sc.gov.br/images/stories/Saude%20do%20servidor/manual_de_sade_occupacional.pdf

A seguir, apresentaremos algumas Normas Regulamentadoras que julgamos indispensáveis aos trabalhadores de Enfermagem para cuidar de si e bem cuidar do outro. A NR 32 está disposta na íntegra, pois a mesma estabelece as diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde.

NR 32 SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO EM SERVIÇOS DE SAÚDE

32.1 Do objetivo e campo de aplicação

32.1.1 Esta Norma Regulamentadora – NR tem por finalidade estabelecer as diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral.

32.1.2 Para fins de aplicação desta NR entende-se por serviços de saúde qualquer edificação destinada à prestação de assistência à saúde da população, e todas as ações de

promoção, recuperação, assistência, pesquisa e ensino em saúde em qualquer nível de complexidade.

32.2 Dos Riscos Biológicos

32.2.1 Para fins de aplicação desta NR, considera-se Risco Biológico a probabilidade da exposição ocupacional a agentes biológicos.

32.2.1.1 Consideram-se Agentes Biológicos os microrganismos, geneticamente modificados ou não; as culturas de células; os parasitas; as toxinas e os príons.

32.2.1.2 A classificação dos agentes biológicos encontra-se no anexo I desta NR.

32.2.2 Do Programa de Prevenção de Riscos Ambientais - PPRA:

32.2.2.1 O PPRA, além do previsto na NR-09, na fase de reconhecimento, deve conter:

I. Identificação dos riscos biológicos mais prováveis, em função da localização geográfica e da característica do serviço de saúde e seus setores, considerando:

- a) fontes de exposição e reservatórios;
- b) vias de transmissão e de entrada;
- c) transmissibilidade, patogenicidade e virulência do agente;
- d) persistência do agente biológico no ambiente;
- e) estudos epidemiológicos ou dados estatísticos;
- f) outras informações científicas.

II. Avaliação do local de trabalho e do trabalhador, considerando:

- a) a finalidade e descrição do local de trabalho;
- b) a organização e procedimentos de trabalho;
- c) a possibilidade de exposição;
- d) a descrição das atividades e funções de cada local de trabalho;
- e) as medidas preventivas aplicáveis e seu acompanhamento.

32.2.2.2 O PPRA deve ser reavaliado 01 (uma) vez ao ano e:

- a) sempre que se produza uma mudança nas condições de trabalho, que possa alterar a exposição aos agentes biológicos;
- b) quando a análise dos acidentes e incidentes assim o determinar.

32.2.2.3 Os documentos que compõem o PPRA deverão estar disponíveis aos trabalhadores.

32.2.3 Do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional – PCMSO

32.2.3.1 O PCMSO, além do previsto na NR-07, e observando o disposto no inciso I do item 32.2.2.1, deve contemplar:

- a) o reconhecimento e a avaliação dos riscos biológicos;
- b) a localização das áreas de risco segundo os parâmetros do item 32.2.2;
- c) a relação contendo a identificação nominal dos trabalhadores, sua função,

- o local em que desempenham suas atividades e o risco a que estão expostos;
- d) a vigilância médica dos trabalhadores potencialmente expostos;
- e) o programa de vacinação.

32.2.3.2 Sempre que houver transferência permanente ou ocasional de um trabalhador para outro posto de trabalho, que implique em mudança de risco, esta deve ser comunicada de imediato ao médico coordenador ou responsável pelo PCMSO.

32.2.3.3 Com relação à possibilidade de exposição acidental aos agentes biológicos, deve constar do PCMSO:

- a) os procedimentos a serem adotados para diagnóstico, acompanhamento e prevenção da soroconversão e das doenças;
- b) as medidas para descontaminação do local de trabalho;
- c) o tratamento médico de emergência para os trabalhadores;
- d) a identificação dos responsáveis pela aplicação das medidas pertinentes;
- e) a relação dos estabelecimentos de saúde que podem prestar assistência aos trabalhadores;
- f) as formas de remoção para atendimento dos trabalhadores;
- g) a relação dos estabelecimentos de assistência à saúde depositários de imunoglobulinas, vacinas, medicamentos necessários, materiais e insumos especiais.

32.2.3.4 O PCMSO deve estar à disposição dos trabalhadores, bem como da inspeção do trabalho.

32.2.3.5 Em toda ocorrência de acidente envolvendo riscos biológicos, com ou sem afastamento do trabalhador, deve ser emitida a Comunicação de Acidente de Trabalho – CAT.

32.2.4 Das Medidas de Proteção

32.2.4.1 As medidas de proteção devem ser adotadas a partir do resultado da avaliação, previstas no PPRA, observando o disposto no item 32.2.2.

32.2.4.1.1 Em caso de exposição acidental ou incidental, medidas de proteção devem ser adotadas imediatamente, mesmo que não previstas no PPRA.

32.2.4.2 A manipulação em ambiente laboratorial deve seguir as orientações contidas na publicação do Ministério da Saúde – Diretrizes Gerais para o Trabalho em Contenção com Material Biológico, correspondentes aos respectivos microrganismos.

32.2.4.3 Todo local onde exista possibilidade de exposição ao agente biológico deve ter lavatório exclusivo para higiene das mãos provido de água corrente, sabonete líquido, toalha descartável e lixeira provida de sistema de abertura sem contato manual.

32.2.4.3.1 Os quartos ou enfermarias destinados ao isolamento de pacientes portadores de doenças infecto-contagiosas devem conter lavatório em seu interior.

32.2.4.3.2 O uso de luvas não substitui o processo de lavagem das mãos, o que deve ocorrer, no mínimo, antes e depois do uso das mesmas.

32.2.4.4 Os trabalhadores com feridas ou lesões nos membros superiores só podem

iniciar suas atividades após avaliação médica obrigatória com emissão de documento de liberação para o trabalho.

32.2.4.5 O empregador deve vedar:

- a) a utilização de pias de trabalho para fins diversos dos previstos;
- b) o ato de fumar, o uso de adornos e o manuseio de lentes de contato nos postos de trabalho;
- c) o consumo de alimentos e bebidas nos postos de trabalho;
- d) a guarda de alimentos em locais não destinados para este fim;
- e) o uso de calçados abertos.

32.2.4.6 Todos trabalhadores com possibilidade de exposição a agentes biológicos devem utilizar vestimenta de trabalho adequada e em condições de conforto.

32.2.4.6.1 A vestimenta deve ser fornecida sem ônus para o empregado.

32.2.4.6.2 Os trabalhadores não devem deixar o local de trabalho com os equipamentos de proteção individual e as vestimentas utilizadas em suas atividades laborais.

32.2.4.6.3 O empregador deve providenciar locais apropriados para fornecimento de vestimentas limpas e para deposição das usadas.

32.2.4.6.4 A higienização das vestimentas utilizadas nos centros cirúrgicos e obstétricos, serviços de tratamento intensivo, unidades de pacientes com doenças infecto-contagiosas e quando houver contato direto da vestimenta com material orgânico, deve ser de responsabilidade do empregador.

32.2.4.7 Os Equipamentos de Proteção Individual – EPI, descartáveis ou não, deverão estar à disposição em número suficiente nos postos de trabalho, de forma que seja garantido o imediato fornecimento ou reposição.

32.2.4.8 O empregador deve:

- a) garantir a conservação e a higienização dos materiais e instrumentos de trabalho;
- b) providenciar recipientes e meios de transporte adequados para materiais infectantes, fluidos e tecidos orgânicos.

32.2.4.9 O empregador deve assegurar capacitação aos trabalhadores, antes do início das atividades e de forma continuada, devendo ser ministrada:

- a) sempre que ocorra uma mudança das condições de exposição dos trabalhadores aos agentes biológicos;
- b) durante a jornada de trabalho;
- c) por profissionais de saúde familiarizados com os riscos inerentes aos agentes biológicos.

32.2.4.9.1 A capacitação deve ser adaptada à evolução do conhecimento e à identificação de novos riscos biológicos e deve incluir:

- a) os dados disponíveis sobre riscos potenciais para a saúde;
- b) medidas de controle que minimizem a exposição aos agentes;
- c) normas e procedimentos de higiene;

- d) utilização de equipamentos de proteção coletiva, individual e vestimentas de trabalho;
- e) medidas para a prevenção de acidentes e incidentes;
- f) medidas a serem adotadas pelos trabalhadores no caso de ocorrência de incidentes e acidentes.

32.2.4.9.2 O empregador deve comprovar para a inspeção do trabalho a realização da capacitação através de documentos que informem a data, o horário, a carga horária, o conteúdo ministrado, o nome e a formação ou capacitação profissional do instrutor e dos trabalhadores envolvidos.

32.2.4.10 Em todo local onde exista a possibilidade de exposição a agentes biológicos, devem ser fornecidas aos trabalhadores instruções escritas, em linguagem acessível, das rotinas realizadas no local de trabalho e medidas de prevenção de acidentes e de doenças relacionadas ao trabalho.

32.2.4.10.1 As instruções devem ser entregues ao trabalhador, mediante recibo, devendo este ficar à disposição da inspeção do trabalho.

32.2.4.11 Os trabalhadores devem comunicar imediatamente todo acidente ou incidente, com possível exposição a agentes biológicos, ao responsável pelo local de trabalho e, quando houver, ao serviço de segurança e saúde do trabalho e à CIPA.

32.2.4.12 O empregador deve informar, imediatamente, aos trabalhadores e aos seus representantes qualquer acidente ou incidente grave que possa provocar a disseminação de um agente biológico suscetível de causar doenças graves nos seres humanos, as suas causas e as medidas adotadas ou a serem adotadas para corrigir a situação.

32.2.4.13 Os colchões, colchonetes e demais almofadados devem ser revestidos de material lavável e impermeável, permitindo desinfecção e fácil higienização.

32.2.4.13.1 O revestimento não pode apresentar furos, rasgos, sulcos ou reentrâncias.

32.2.4.14 Os trabalhadores que utilizarem objetos perfurocortantes devem ser os responsáveis pelo seu descarte.

32.2.4.15 São vedados o recape e a desconexão manual de agulhas.

32.2.4.16 Deve ser assegurado o uso de materiais perfurocortantes com dispositivo de segurança, conforme cronograma a ser estabelecido pela CTPN.

32.2.4.16.1 As empresas que produzem ou comercializam materiais perfurocortantes devem disponibilizar, para os trabalhadores dos serviços de saúde, capacitação sobre a correta utilização do dispositivo de segurança. (Aprovado e acrescentado pela Portaria GM N° 939, de 18 de novembro de 2008)

32.2.4.16.2 O empregador deve assegurar, aos trabalhadores dos serviços de saúde, a capacitação prevista no subitem 32.2.4.16.1. (Aprovado e acrescentado pela Portaria GM N° 939, de 18 de novembro de 2008)

32.2.4.17 Da Vacinação dos Trabalhadores

32.2.4.17.1 A todo trabalhador dos serviços de saúde deve ser fornecido, gratuitamente,

te, programa de imunização ativa contra tétano, difteria, hepatite B e os estabelecidos no PCMSO.

32.2.4.17.2 Sempre que houver vacinas eficazes contra outros agentes biológicos a que os trabalhadores estão, ou poderão estar, expostos, o empregador deve fornecê-las gratuitamente.

32.2.4.17.3 O empregador deve fazer o controle da eficácia da vacinação sempre que for recomendado pelo Ministério da Saúde e seus órgãos, e providenciar, se necessário, seu reforço.

32.2.4.17.4 A vacinação deve obedecer às recomendações do Ministério da Saúde.

32.2.4.17.5 O empregador deve assegurar que os trabalhadores sejam informados das vantagens e dos efeitos colaterais, assim como dos riscos a que estarão expostos por falta ou recusa de vacinação, devendo, nestes casos, guardar documento comprobatório e mantê-lo disponível à inspeção do trabalho.

32.2.4.17.6 A vacinação deve ser registrada no prontuário clínico individual do trabalhador, previsto na NR-07.

32.2.4.17.7 Deve ser fornecido ao trabalhador comprovante das vacinas recebidas.

32.3 Dos Riscos Químicos

32.3.1 Deve ser mantida a rotulagem do fabricante na embalagem original dos produtos químicos utilizados em serviços de saúde.

32.3.2 Todo recipiente contendo produto químico manipulado ou fracionado deve ser identificado, de forma legível, por etiqueta com o nome do produto, composição química, sua concentração, data de envase e de validade, e nome do responsável pela manipulação ou fracionamento.

32.3.3 É vedado o procedimento de reutilização das embalagens de produtos químicos.

32.3.4 Do Programa de Prevenção de Riscos Ambientais – PPRA

32.3.4.1 No PPRA dos serviços de saúde deve constar inventário de todos os produtos químicos, inclusive intermediários e resíduos, com indicação daqueles que impliquem em riscos à segurança e saúde do trabalhador.

32.3.4.1.1 Os produtos químicos, inclusive intermediários e resíduos que impliquem riscos à segurança e saúde do trabalhador, devem ter uma ficha descritiva contendo, no mínimo, as seguintes informações:

- a) as características e as formas de utilização do produto;
- b) os riscos à segurança e saúde do trabalhador e ao meio ambiente, considerando as formas de utilização;
- c) as medidas de proteção coletiva, individual e controle médico da saúde dos trabalhadores;

- d) condições e local de estocagem;
- e) procedimentos em situações de emergência.

32.3.4.1.2 Uma cópia da ficha deve ser mantida nos locais onde o produto é utilizado.

32.3.5 Do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional – PCMSO

32.3.5.1 Na elaboração e implementação do PCMSO, devem ser consideradas as informações contidas nas fichas descritivas citadas no subitem 32.3.4.1.1.

32.3.6 Cabe ao empregador:

32.3.6.1 Capacitar, inicialmente e de forma continuada, os trabalhadores envolvidos para a utilização segura de produtos químicos.

32.3.6.1.1 A capacitação deve conter, no mínimo:

- a) a apresentação das fichas descritivas citadas no subitem 32.3.4.1.1, com explicação das informações nelas contidas;
- b) os procedimentos de segurança relativos à utilização;
- c) os procedimentos a serem adotados em caso de incidentes, acidentes e em situações de emergência.

32.3.7 Das Medidas de Proteção

32.3.7.1 O empregador deve destinar local apropriado para a manipulação ou fracionamento de produtos químicos que impliquem riscos à segurança e saúde do trabalhador.

32.3.7.1.1 É vedada a realização destes procedimentos em qualquer local que não o apropriado para este fim.

32.3.7.1.2 Excetua-se a preparação e associação de medicamentos para administração imediata aos pacientes.

32.3.7.1.3 O local deve dispor, no mínimo, de:

- a) sinalização gráfica de fácil visualização para identificação do ambiente, respeitando o disposto na NR-26;
- b) equipamentos que garantam a concentração dos produtos químicos no ar abaixo dos limites de tolerância estabelecidos nas NR-09 e NR-15 e observando-se os níveis de ação previstos na NR-09;
- c) equipamentos que garantam a exaustão dos produtos químicos de forma a não potencializar a exposição de qualquer trabalhador, envolvido ou não, no processo de trabalho, não devendo ser utilizado o equipamento tipo coifa;
- d) chuveiro e lava-olhos, os quais deverão ser acionados e higienizados semanalmente;
- e) equipamentos de proteção individual, adequados aos riscos, à disposição dos trabalhadores;
- f) sistema adequado de descarte.

32.3.7.2 A manipulação ou fracionamento dos produtos químicos deve ser feito por trabalhador qualificado.

32.3.7.3 O transporte de produtos químicos deve ser realizado considerando os riscos à segurança e saúde do trabalhador e ao meio ambiente.

32.3.7.4 Todos os estabelecimentos que realizam, ou que pretendem realizar, esterilização, reesterilização ou reprocessamento por gás óxido de etileno, deverão atender o disposto na Portaria Interministerial n.º 482/MS/MTE de 16/04/1999.

32.3.7.5 Nos locais onde se utilizam e armazenam produtos inflamáveis, o sistema de prevenção de incêndio deve prever medidas especiais de segurança e procedimentos de emergência.

32.3.7.6 As áreas de armazenamento de produtos químicos devem ser ventiladas e sinalizadas.

32.3.7.6.1 Devem ser previstas áreas de armazenamento próprias para produtos químicos incompatíveis.

32.3.8 Dos Gases Medicinais

32.3.8.1 Na movimentação, transporte, armazenamento, manuseio e utilização dos gases, bem como na manutenção dos equipamentos, devem ser observadas as recomendações do fabricante, desde que compatíveis com as disposições da legislação vigente.

32.3.8.1.1 As recomendações do fabricante, em português, devem ser mantidas no local de trabalho à disposição dos trabalhadores e da inspeção do trabalho.

32.3.8.2 É vedado:

- a) a utilização de equipamentos em que se constate vazamento de gás;
- b) submeter equipamentos a pressões superiores àsquelas para as quais foram projetados;
- c) a utilização de cilindros que não tenham a identificação do gás e a válvula de segurança;
- d) a movimentação dos cilindros sem a utilização dos equipamentos de proteção individual adequados;
- e) a submissão dos cilindros a temperaturas extremas;
- f) a utilização do oxigênio e do ar comprimido para fins diversos aos que se destinam;
- g) o contato de óleos, graxas, hidrocarbonetos ou materiais orgânicos similares com gases oxidantes;
- h) a utilização de cilindros de oxigênio sem a válvula de retenção ou o dispositivo apropriado para impedir o fluxo reverso;
- i) a transferência de gases de um cilindro para outro, independentemente da capacidade dos cilindros;
- j) o transporte de cilindros soltos, em posição horizontal e sem capacetes.

32.3.8.3 Os cilindros contendo gases inflamáveis, tais como hidrogênio e acetileno,

devem ser armazenados a uma distância mínima de oito metros daqueles contendo gases oxidantes, tais como oxigênio e óxido nitroso, ou através de barreiras vedadas e resistentes ao fogo.

32.3.8.4 Para o sistema centralizado de gases medicinais devem ser fixadas placas, em local visível, com caracteres indelévels e legíveis, com as seguintes informações:

- a) nomeação das pessoas autorizadas a terem acesso ao local e treinadas na operação e manutenção do sistema;
- b) procedimentos a serem adotados em caso de emergência;
- c) número de telefone para uso em caso de emergência;
- d) sinalização alusiva a perigo.

32.3.9 Dos Medicamentos e das Drogas de Risco

32.3.9.1 Para efeito desta NR, consideram-se medicamentos e drogas de risco aquelas que possam causar genotoxicidade, carcinogenicidade, teratogenicidade e toxicidade séria e seletiva sobre órgãos e sistemas.

32.3.9.2 Deve constar no PPRA a descrição dos riscos inerentes às atividades de recebimento, armazenamento, preparo, distribuição, administração dos medicamentos e das drogas de risco.

32.3.9.3 Dos Gases e Vapores Anestésicos

32.3.9.3.1 Todos os equipamentos utilizados para a administração dos gases ou vapores anestésicos devem ser submetidos à manutenção corretiva e preventiva, dando-se especial atenção aos pontos de vazamentos para o ambiente de trabalho, buscando sua eliminação.

32.3.9.3.2 A manutenção consiste, no mínimo, na verificação dos cilindros de gases, conectores, conexões, mangueiras, balões, traquéias, válvulas, aparelhos de anestesia e máscaras faciais para ventilação pulmonar.

32.3.9.3.2.1 O programa e os relatórios de manutenção devem constar de documento próprio que deve ficar à disposição dos trabalhadores diretamente envolvidos e da fiscalização do trabalho.

32.3.9.3.3 Os locais onde são utilizados gases ou vapores anestésicos devem ter sistemas de ventilação e exaustão, com o objetivo de manter a concentração ambiental sob controle, conforme previsto na legislação vigente.

32.3.9.3.4 Toda trabalhadora gestante só será liberada para o trabalho em áreas com possibilidade de exposição a gases ou vapores anestésicos após autorização por escrito do médico responsável pelo PCMSO, considerando as informações contidas no PPRA.

32.3.9.4 Dos Quimioterápicos Antineoplásicos

32.3.9.4.1 Os quimioterápicos antineoplásicos somente devem ser preparados em área exclusiva e com acesso restrito aos profissionais diretamente envolvidos. A área deve dispor no mínimo de:

- a) vestiário de barreira com dupla câmara;

- b) sala de preparo dos quimioterápicos;
- c) local destinado para as atividades administrativas;
- d) local de armazenamento exclusivo para estocagem.

32.3.9.4.2 O vestiário deve dispor de:

- a) pia e material para lavar e secar as mãos;
- b) lava olhos, o qual pode ser substituído por uma ducha tipo higiênica;
- c) chuveiro de emergência;
- d) equipamentos de proteção individual e vestimentas para uso e reposição;
- e) armários para guarda de pertences;
- f) recipientes para descarte de vestimentas usadas.

32.3.9.4.3 Devem ser elaborados manuais de procedimentos relativos a limpeza, descontaminação e desinfecção de todas as áreas, incluindo superfícies, instalações, equipamentos, mobiliário, vestimentas, EPI e materiais.

32.3.9.4.3.1 Os manuais devem estar disponíveis a todos os trabalhadores e à fiscalização do trabalho.

32.3.9.4.4 Todos os profissionais diretamente envolvidos devem lavar adequadamente as mãos, antes e após a retirada das luvas.

32.3.9.4.5 A sala de preparo deve ser dotada de Cabine de Segurança Biológica Classe II B2 e na sua instalação devem ser previstos, no mínimo:

- a) suprimento de ar necessário ao seu funcionamento;
- b) local e posicionamento, de forma a evitar a formação de turbulência aérea.

32.3.9.4.5.1 A cabine deve:

- a) estar em funcionamento no mínimo por 30 minutos antes do início do trabalho de manipulação e permanecer ligada por 30 minutos após a conclusão do trabalho;
- b) ser submetida periodicamente a manutenções e trocas de filtros absolutos e pré-filtros de acordo com um programa escrito, que obedeça às especificações do fabricante, e que deve estar à disposição da inspeção do trabalho;
- c) possuir relatório das manutenções, que deve ser mantido a disposição da fiscalização do trabalho;
- d) ter etiquetas afixadas em locais visíveis com as datas da última e da próxima manutenção;
- e) ser submetida a processo de limpeza, descontaminação e desinfecção, nas paredes laterais internas e superfície de trabalho, antes do início das atividades;
- f) ter a sua superfície de trabalho submetida aos procedimentos de limpeza ao final das atividades e no caso de ocorrência de acidentes com derramamentos e respingos.

32.3.9.4.6 Com relação aos quimioterápicos antineoplásicos, compete ao empregador:

- a) proibir fumar, comer ou beber, bem como portar adornos ou maquiar-se;
- b) afastar das atividades as trabalhadoras gestantes e nutrízes;

- c) proibir que os trabalhadores expostos realizem atividades com possibilidade de exposição aos agentes ionizantes;
- d) fornecer aos trabalhadores avental confeccionado de material impermeável, com frente resistente e fechado nas costas, manga comprida e punho justo, quando do seu preparo e administração;
- e) fornecer aos trabalhadores dispositivos de segurança que minimizem a geração de aerossóis e a ocorrência de acidentes durante a manipulação e administração;
- f) fornecer aos trabalhadores dispositivos de segurança para a prevenção de acidentes durante o transporte.

32.3.9.4.7 Além do cumprimento do disposto na legislação vigente, os Equipamentos de Proteção Individual – EPI devem atender as seguintes exigências:

- a) ser avaliados diariamente quanto ao estado de conservação e segurança;
- b) estar armazenados em locais de fácil acesso e em quantidade suficiente para imediata substituição, segundo as exigências do procedimento ou em caso de contaminação ou dano.

32.3.9.4.8 Com relação aos quimioterápicos antineoplásicos é vedado:

- a) iniciar qualquer atividade na falta de EPI;
- b) dar continuidade às atividades de manipulação quando ocorrer qualquer interrupção do funcionamento da cabine de segurança biológica.

32.3.9.4.9 Dos Procedimentos Operacionais em Caso de Ocorrência de Acidentes Ambientais ou Pessoais.

32.3.9.4.9.1 Com relação aos quimioterápicos, entende-se por acidente:

- a) ambiental: contaminação do ambiente devido à saída do medicamento do envase no qual esteja acondicionado seja por derramamento ou por aerodispersóides sólidos ou líquidos;
- b) pessoal: contaminação gerada por contato ou inalação dos medicamentos da terapia quimioterápica antineoplásica em qualquer das etapas do processo.

32.3.9.4.9.2 As normas e os procedimentos, a serem adotados em caso de ocorrência de acidentes ambientais ou pessoais, devem constar em manual disponível e de fácil acesso aos trabalhadores e à fiscalização do trabalho.

32.3.9.4.9.3 Nas áreas de preparação, armazenamento e administração e para o transporte deve ser mantido um “Kit” de derramamento identificado e disponível, que deve conter, no mínimo: luvas de procedimento, avental impermeável, compressas absorventes, proteção respiratória, proteção ocular, sabão, recipiente identificado para recolhimento de resíduos e descrição do procedimento.

32.3.10 Da Capacitação

32.3.10.1 Os trabalhadores envolvidos devem receber capacitação inicial e continuada que contenha, no mínimo:

- a) as principais vias de exposição ocupacional;
- b) os efeitos terapêuticos e adversos destes medicamentos e o possível risco à saúde, a longo e curto prazo;
- c) as normas e os procedimentos padronizados relativos ao manuseio, preparo, transporte, administração, distribuição e descarte dos quimioterápicos antineoplásicos;
- d) as normas e os procedimentos a serem adotadas no caso de ocorrência de acidentes.

32.3.10.1.1 A capacitação deve ser ministrada por profissionais de saúde familiarizados com os riscos inerentes aos quimioterápicos antineoplásicos.

32.4 Das Radiações Ionizantes

32.4.1 O atendimento das exigências desta NR, com relação às radiações ionizantes, não desobriga o empregador de observar as disposições estabelecidas pelas normas específicas da Comissão Nacional de Energia Nuclear – CNEN e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, do Ministério da Saúde.

32.4.2 É obrigatório manter no local de trabalho e à disposição da inspeção do trabalho o Plano de Proteção Radiológica - PPR, aprovado pela CNEN, e para os serviços de radiodiagnóstico aprovado pela Vigilância Sanitária.

32.4.2.1 O Plano de Proteção Radiológica deve:

- a) estar dentro do prazo de vigência;
- b) identificar o profissional responsável e seu substituto eventual como membros efetivos da equipe de trabalho do serviço;
- c) fazer parte do PPRA do estabelecimento;
- d) ser considerado na elaboração e implementação do PCMSO;
- e) ser apresentado na CIPA, quando existente na empresa, sendo sua cópia anexada às atas desta comissão.

32.4.3 O trabalhador que realize atividades em áreas onde existam fontes de radiações ionizantes deve:

- a) permanecer nestas áreas o menor tempo possível para a realização do procedimento;
- b) ter conhecimento dos riscos radiológicos associados ao seu trabalho;
- c) estar capacitado inicialmente e de forma continuada em proteção radiológica;
- d) usar os EPI adequados para a minimização dos riscos;
- e) estar sob monitoração individual de dose de radiação ionizante, nos casos em que a exposição seja ocupacional.

32.4.4 Toda trabalhadora com gravidez confirmada deve ser afastada das atividades com radiações ionizantes, devendo ser remanejada para atividade compatível com seu nível de formação.

32.4.5 Toda instalação radioativa deve dispor de monitoração individual e de áreas.

32.4.5.1 Os dosímetros individuais devem ser obtidos, calibrados e avaliados exclusivamente em laboratórios de monitoração individual acreditados pela CNEN.

32.4.5.2 A monitoração individual externa, de corpo inteiro ou de extremidades, deve ser feita através de dosimetria com periodicidade mensal e levando-se em conta a natureza e a intensidade das exposições normais e potenciais previstas.

32.4.5.3 Na ocorrência ou suspeita de exposição acidental, os dosímetros devem ser encaminhados para leitura no prazo máximo de 24 horas.

32.4.5.4 Após ocorrência ou suspeita de exposição acidental a fontes seladas, devem ser adotados procedimentos adicionais de monitoração individual, avaliação clínica e a realização de exames complementares, incluindo a dosimetria citogenética, a critério médico.

32.4.5.5 Após ocorrência ou suspeita de acidentes com fontes não seladas, sujeitas a exposição externa ou com contaminação interna, devem ser adotados procedimentos adicionais de monitoração individual, avaliação clínica e a realização de exames complementares, incluindo a dosimetria citogenética, a análise in vivo e in vitro, a critério médico.

32.4.5.6 Deve ser elaborado e implementado um programa de monitoração periódica de áreas, constante do Plano de Proteção Radiológica, para todas as áreas da instalação radioativa.

32.4.6 Cabe ao empregador:

- a) implementar medidas de proteção coletiva relacionadas aos riscos radiológicos;
- b) manter profissional habilitado, responsável pela proteção radiológica em cada área específica, com vinculação formal com o estabelecimento;
- c) promover capacitação em proteção radiológica, inicialmente e de forma continuada, para os trabalhadores ocupacionalmente e para-ocupacionalmente expostos às radiações ionizantes;
- d) manter no registro individual do trabalhador as capacitações ministradas;
- e) fornecer ao trabalhador, por escrito e mediante recibo, instruções relativas aos riscos radiológicos e procedimentos de proteção radiológica adotados na instalação radiativa;
- f) dar ciência dos resultados das doses referentes às exposições de rotina, acidentais e de emergências, por escrito e mediante recibo, a cada trabalhador e ao médico coordenador do PCMSO ou médico encarregado dos exames médicos previstos na NR-07.

32.4.7 Cada trabalhador da instalação radiativa deve ter um registro individual atualizado, o qual deve ser conservado por 30 (trinta) anos após o término de sua ocupação, contendo as seguintes informações:

- a) identificação (Nome, DN, Registro, CPF), endereço e nível de instrução;
- b) datas de admissão e de saída do emprego;

- c) nome e endereço do responsável pela proteção radiológica de cada período trabalhado;
- d) funções associadas às fontes de radiação com as respectivas áreas de trabalho, os riscos radiológicos a que está ou esteve exposto, data de início e término da atividade com radiação, horários e períodos de ocupação;
- e) tipos de dosímetros individuais utilizados;
- f) registro de doses mensais e anuais (doze meses consecutivos) recebidas e relatórios de investigação de doses;
- g) capacitações realizadas;
- h) estimativas de incorporações;
- i) relatórios sobre exposições de emergência e de acidente;
- j) exposições ocupacionais anteriores a fonte de radiação.

32.4.7.1 O registro individual dos trabalhadores deve ser mantido no local de trabalho e à disposição da inspeção do trabalho.

32.4.8 O prontuário clínico individual previsto pela NR-07 deve ser mantido atualizado e ser conservado por 30 (trinta) anos após o término de sua ocupação.

3.4.9 Toda instalação radiativa deve possuir um serviço de proteção radiológica.

32.4.9.1 O serviço de proteção radiológica deve estar localizado no mesmo ambiente da instalação radiativa e serem garantidas as condições de trabalho compatíveis com as atividades desenvolvidas, observando as normas da CNEN e da ANVISA.

32.4.9.2 O serviço de proteção radiológica deve possuir, de acordo com o especificado no PPR, equipamentos para:

- a) monitoração individual dos trabalhadores e de área;
- b) proteção individual;
- c) medições ambientais de radiações ionizantes específicas para práticas de trabalho.

32.4.9.3 O serviço de proteção radiológica deve estar diretamente subordinado ao Titular da instalação radiativa.

32.4.9.4 Quando o estabelecimento possuir mais de um serviço, deve ser indicado um responsável técnico para promover a integração das atividades de proteção radiológica destes serviços.

32.4.10 O médico coordenador do PCMSO ou o encarregado pelos exames médicos, previstos na NR-07, deve estar familiarizado com os efeitos e a terapêutica associados à exposição decorrente das atividades de rotina ou de acidentes com radiações ionizantes.

32.4.11 As áreas da instalação radiativa devem ser classificadas e ter controle de acesso definido pelo responsável pela proteção radiológica.

32.4.12 As áreas da instalação radiativa devem estar devidamente sinalizadas em conformidade com a legislação em vigor, em especial quanto aos seguintes aspectos:

- a) utilização do símbolo internacional de presença de radiação nos acessos controlados;

- b) as fontes presentes nestas áreas e seus rejeitos devem ter as suas embalagens, recipientes ou blindagens identificadas em relação ao tipo de elemento radioativo, atividade e tipo de emissão;
- c) valores das taxas de dose e datas de medição em pontos de referência significativos, próximos às fontes de radiação, nos locais de permanência e de trânsito dos trabalhadores, em conformidade com o disposto no PPR;
- d) identificação de vias de circulação, entrada e saída para condições normais de trabalho e para situações de emergência;
- e) localização dos equipamentos de segurança;
- f) procedimentos a serem obedecidos em situações de acidentes ou de emergência;
- g) sistemas de alarme.

32.4.13 Do Serviço de Medicina Nuclear

32.4.13.1 As áreas supervisionadas e controladas de Serviço de Medicina Nuclear devem ter pisos e paredes impermeáveis que permitam sua descontaminação.

32.4.13.2 A sala de manipulação e armazenamento de fontes radioativas em uso deve:

- a) ser revestida com material impermeável que possibilite sua descontaminação, devendo os pisos e paredes ser providos de cantos arredondados;
- b) possuir bancadas constituídas de material liso, de fácil descontaminação, recobertas com plástico e papel absorvente;
- c) dispor de pia com cuba de, no mínimo, 40 cm de profundidade, e acionamento para abertura das torneiras sem controle manual.

32.4.13.2.1 É obrigatória a instalação de sistemas exclusivos de exaustão:

- a) local, para manipulação de fontes não seladas voláteis;
- b) de área, para os serviços que realizem estudos de ventilação pulmonar.

32.4.13.2.2 Nos locais onde são manipulados e armazenados materiais radioativos ou rejeitos, não é permitido:

- a) aplicar cosméticos, alimentar-se, beber, fumar e repousar;
- b) guardar alimentos, bebidas e bens pessoais.

32.4.13.3 Os trabalhadores envolvidos na manipulação de materiais radioativos e marcação de fármacos devem usar os equipamentos de proteção recomendados no PPRA e PPR.

32.4.13.4 Ao término da jornada de trabalho, deve ser realizada a monitoração das superfícies de acordo com o PPR, utilizando-se monitor de contaminação.

32.4.13.5 Sempre que for interrompida a atividade de trabalho, deve ser feita a monitoração das extremidades e de corpo inteiro dos trabalhadores que manipulam radiofármacos.

32.4.13.6 O local destinado ao decaimento de rejeitos radioativos deve:

- a) ser localizado em área de acesso controlado;
- b) ser sinalizado;
- c) possuir blindagem adequada;

d) ser constituído de compartimentos que possibilitem a segregação dos rejeitos por grupo de radionuclídeos com meia-vida física próxima e por estado físico.

32.4.13.7 O quarto destinado à internação de paciente, para administração de radiofármacos, deve possuir:

- a) blindagem;
- b) paredes e pisos com cantos arredondados, revestidos de materiais impermeáveis, que permitam sua descontaminação;
- c) sanitário privativo;
- d) biombo blindado junto ao leito;
- e) sinalização externa da presença de radiação ionizante;
- f) acesso controlado.

32.4.14 Dos Serviços de Radioterapia

32.4.14.1 Os Serviços de Radioterapia devem adotar, no mínimo, os seguintes dispositivos de segurança:

- a) salas de tratamento possuindo portas com sistema de intertravamento, que previnam o acesso indevido de pessoas durante a operação do equipamento;
- b) indicadores luminosos de equipamento em operação, localizados na sala de tratamento e em seu acesso externo, em posição visível.

32.4.14.2 Da Braquiterapia

32.4.4.2.1 Na sala de preparo e armazenamento de fontes é vedada a prática de qualquer atividade não relacionada com a preparação das fontes seladas.

32.4.14.2.2 Os recipientes utilizados para o transporte de fontes devem estar identificados com o símbolo de presença de radiação e a atividade do radionuclídeo a ser deslocado.

32.4.14.2.3 No deslocamento de fontes para utilização em braquiterapia deve ser observado o princípio da otimização, de modo a expor o menor número possível de pessoas.

32.4.14.2.4 Na capacitação dos trabalhadores para manipulação de fontes seladas utilizadas em braquiterapia devem ser empregados simuladores de fontes.

32.4.1.2.5 O preparo manual de fontes utilizadas em braquiterapia de baixa taxa de dose deve ser realizado em sala específica com acesso controlado, somente sendo permitida a presença de pessoas diretamente envolvidas com esta atividade.

32.4.4.2.6 O manuseio de fontes de baixa taxa de dose deve ser realizado exclusivamente com a utilização de instrumentos e com a proteção de anteparo plumbífero.

32.4.14.2.7 Após cada aplicação, as vestimentas de pacientes e as roupas de cama devem ser monitoradas para verificação da presença de fontes seladas.

32.4.15 Dos serviços de radiodiagnóstico médico

32.4.15.1 É obrigatório manter no local de trabalho e à disposição da inspeção do trabalho o Alvará de Funcionamento vigente concedido pela autoridade sanitária local e o Programa de Garantia da Qualidade.

32.4.15.2 A cabine de comando deve ser posicionada de forma a:

- a) permitir ao operador, na posição de disparo, eficaz comunicação e observação visual do paciente;
- b) permitir que o operador visualize a entrada de qualquer pessoa durante o procedimento radiológico.

32.4.15.3 A sala de raios X deve dispor de:

- a) sinalização visível na face exterior das portas de acesso, contendo o símbolo internacional de radiação ionizante, acompanhado das inscrições: “raios X, entrada restrita” ou “raios X, entrada proibida a pessoas não autorizadas”.
- b) sinalização luminosa vermelha acima da face externa da porta de acesso, acompanhada do seguinte aviso de advertência: “Quando a luz vermelha estiver acesa, a entrada é proibida”. A sinalização luminosa deve ser acionada durante os procedimentos radiológicos.

32.4.15.3.1 As portas de acesso das salas com equipamentos de raios X fixos devem ser mantidas fechadas durante

32.4.15.3.2 Não é permitida a instalação de mais de um equipamento de raios X por sala.

32.4.15.4 A câmara escura deve dispor de:

- a) sistema torneira.

32.4.15.5 Todo equipamento de radiodiagnóstico médico deve possuir diafragma e colimador em condições de funcionamento para tomada radiográfica.

32.4.15.6 Os equipamentos móveis devem ter um cabo disparador com um comprimento mínimo de 2 metros.

32.4.15.7 Deverão permanecer no local do procedimento radiológico somente o paciente e a equipe necessária.

32.4.15.8 Os equipamentos de fluoroscopia devem possuir:

- a) sistema de intensificação de imagem com monitor de vídeo acoplado;
- b) cortina ou saioite plumbífero inferior e lateral para proteção do operador contra radiação espalhada;
- c) sistema para garantir que o feixe de radiação seja completamente restrito à área do receptor de imagem;
- d) sistema de alarme indicador de um determinado nível de dose ou exposição.

32.4.15.8.1 Caso o equipamento de fluoroscopia não possua o sistema de alarme citado, o mesmo deve ser instalado no ambiente.

32.4.16 Dos Serviços de Radiodiagnóstico Odontológico

32.4.16.1 Na radiologia intra-oral:

- a) todos os trabalhadores devem manter-se afastados do cabeçote e do paciente a uma distância mínima de 2 metros;
- b) nenhum trabalhador deve segurar o filme durante a exposição;
- c) caso seja necessária a presença de trabalhador para assistir ao paciente, esse deve utilizar os EPIs.

32.4.16.2 Para os procedimentos com equipamentos de radiografia extra-oral deverão ser seguidos os mesmos requisitos do radiodiagnóstico médico.

32.5 Dos Resíduos

32.5.1 Cabe ao empregador capacitar, inicialmente e de forma continuada, os trabalhadores nos seguintes assuntos:

- a) segregação, acondicionamento e transporte dos resíduos;
- b) definições, classificação e potencial de risco dos resíduos;
- c) sistema de gerenciamento adotado internamente no estabelecimento;
- d) formas de reduzir a geração de resíduos;
- e) conhecimento das responsabilidades e de tarefas;
- f) reconhecimento dos símbolos de identificação das classes de resíduos;
- g) conhecimento sobre a utilização dos veículos de coleta;
- h) orientações quanto ao uso de Equipamentos de Proteção Individual – EPIs.

32.5.2 Os sacos plásticos utilizados no acondicionamento dos resíduos de saúde devem atender ao disposto na NBR 9191 e ainda ser:

- a) preenchidos até 2/3 de sua capacidade;
- b) fechados de tal forma que não se permita o seu derramamento, mesmo que virados com a abertura para baixo;
- c) retirados imediatamente do local de geração após o preenchimento e fechamento;
- d) mantidos íntegros até o tratamento ou a disposição final do resíduo.

32.5.3 A segregação dos resíduos deve ser realizada no local onde são gerados, devendo ser observado que:

- a) sejam utilizados recipientes que atendam as normas da ABNT, em número suficiente para o armazenamento;
- b) os recipientes estejam localizados próximos da fonte geradora;
- c) os recipientes sejam constituídos de material lavável, resistente à punctura, ruptura e vazamento, com tampa provida de sistema de abertura sem contato manual, com cantos arredondados e que sejam resistentes ao tombamento;
- d) os recipientes sejam identificados e sinalizados segundo as normas da ABNT.

32.5.3.1 Os recipientes existentes nas salas de cirurgia e de parto não necessitam de tampa para vedação.

32.5.3.2 Para os recipientes destinados a coleta de material perfurocortante, o limite máximo de enchimento deve estar localizado 5 cm abaixo do bocal.

32.5.3.2.1 O recipiente para acondicionamento dos perfurocortantes deve ser mantido em suporte exclusivo e em altura que permita a visualização da abertura para descarte.

32.5.4 O transporte manual do recipiente de segregação deve ser realizado de forma que não exista o contato do mesmo com outras partes do corpo, sendo vedado o arrasto.

32.5.5 Sempre que o transporte do recipiente de segregação possa comprometer a segurança e a saúde do trabalhador, devem ser utilizados meios técnicos apropriados, de modo a preservar a sua saúde e integridade física.

32.5.6 A sala de armazenamento temporário dos recipientes de transporte deve atender, no mínimo, às seguintes características:

I. ser dotada de:

- a) pisos e paredes laváveis;
- b) ralo sifonado;
- c) ponto de água;
- d) ponto de luz;
- e) ventilação adequada;
- f) abertura dimensionada de forma a permitir a entrada dos recipientes de transporte.

II. ser mantida limpa e com controle de vetores;

III. conter somente os recipientes de coleta, armazenamento ou transporte;

IV. ser utilizada apenas para os fins a que se destina;

V. estar devidamente sinalizada e identificada.

32.5.7 O transporte dos resíduos para a área de armazenamento externo deve atender aos seguintes requisitos:

- a) ser feito através de carros constituídos de material rígido, lavável, impermeável, provido de tampo articulado ao próprio corpo do equipamento e cantos arredondados;
- b) ser realizado em sentido único com roteiro definido em horários não coincidentes com a distribuição de roupas, alimentos e medicamentos, períodos de visita ou de maior fluxo de pessoas.

32.5.7.1 Os recipientes de transporte com mais de 400 litros de capacidade devem possuir válvula de dreno no fundo.

32.5.8 Em todos os serviços de saúde deve existir local apropriado para o armazenamento externo dos resíduos, até que sejam recolhidos pelo sistema de coleta externa.

32.5.8.1 O local, além de atender às características descritas no item 32.5.6, deve ser dimensionado de forma a permitir a separação dos recipientes conforme o tipo de resíduo.

32.5.9 Os rejeitos radioativos devem ser tratados conforme disposto na Resolução CNEN NE 6.05.

32.6 Das Condições de Conforto por Ocasião das Refeições

32.6.1 Os refeitórios dos serviços de saúde devem atender ao disposto na NR-24.

32.6.2 Os estabelecimentos com até 300 trabalhadores devem ser dotados de locais para refeição, que atendam aos seguintes requisitos mínimos:

- a) localização fora da área do posto de trabalho;
- b) piso lavável;
- c) limpeza, arejamento e boa iluminação;
- d) mesas e assentos dimensionados de acordo com o número de trabalhadores por intervalo de descanso e refeição;
- e) lavatórios instalados nas proximidades ou no próprio local;
- f) fornecimento de água potável;
- g) possuir equipamento apropriado e seguro para aquecimento de refeições.

32.6.3 Os lavatórios para higiene das mãos devem ser providos de papel toalha, sabonete líquido e lixeira com tampa, de acionamento por pedal.

32.7 Das Lavanderias

32.7.1 A lavanderia deve possuir duas áreas distintas, sendo uma considerada suja e outra limpa, devendo ocorrer na primeira o recebimento, classificação, pesagem e lavagem de roupas, e na segunda a manipulação das roupas lavadas.

32.7.2 Independente do porte da lavanderia, as máquinas de lavar devem ser de porta dupla ou de barreira, em que a roupa utilizada é inserida pela porta situada na área suja, por um operador e, depois de lavada, retirada na área limpa, por outro operador.

32.7.2.1 A comunicação entre as duas áreas somente é permitida por meio de visores ou intercomunicadores.

32.7.3 A calandra deve ter:

- a) termômetro para cada câmara de aquecimento, indicando a temperatura das calhas ou do cilindro aquecido;
- b) termostato;
- c) dispositivo de proteção que impeça a inserção de segmentos corporais dos trabalhadores junto aos cilindros ou partes móveis da máquina.

32.7.4 As máquinas de lavar, centrífugas e secadoras devem ser dotadas de dispositivos eletromecânicos que interrompam seu funcionamento quando da abertura de seus compartimentos.

32.8 Da Limpeza e Conservação

32.8.1 Os trabalhadores que realizam a limpeza dos serviços de saúde devem ser capacitados, inicialmente e de forma continuada, quanto aos princípios de higiene pessoal,

risco biológico, risco químico, sinalização, rotulagem, EPI, EPC e procedimentos em situações de emergência.

32.8.1.1 A comprovação da capacitação deve ser mantida no local de trabalho, à disposição da inspeção do trabalho.

32.8.2 Para as atividades de limpeza e conservação, cabe ao empregador, no mínimo:

- providenciar carro funcional destinado à guarda e transporte dos materiais e produtos indispensáveis à realização das atividades;
- providenciar materiais e utensílios de limpeza que preservem a integridade física do trabalhador;
- proibir a varrição seca nas áreas internas;
- proibir o uso de adornos.

32.8.3 As empresas de limpeza e conservação que atuam nos serviços de saúde devem cumprir, no mínimo, o disposto nos itens 32.8.1 e 32.8.2.

32.9 Da Manutenção de Máquinas e Equipamentos

32.9.1 Os trabalhadores que realizam a manutenção, além do treinamento específico para sua atividade, devem também ser submetidos a capacitação inicial e de forma continuada, com o objetivo de mantê-los familiarizados com os princípios de:

- higiene pessoal;
- riscos biológico (precauções universais), físico e químico;
- sinalização;
- rotulagem preventiva;
- tipos de EPC e EPI, acessibilidade e seu uso correto.

32.9.1.1 As empresas que prestam assistência técnica e manutenção nos serviços de saúde devem cumprir o disposto no item 32.9.1.

32.9.2 Todo equipamento deve ser submetido à prévia descontaminação para realização de manutenção.

32.9.2.1 Na manutenção dos equipamentos, quando a descontinuidade de uso acarrete risco à vida do paciente, devem ser adotados procedimentos de segurança visando a preservação da saúde do trabalhador.

32.9.3 As máquinas, equipamentos e ferramentas, inclusive aquelas utilizadas pelas equipes de manutenção, devem ser submetidos à inspeção prévia e às manutenções preventivas de acordo com as instruções dos fabricantes, com a norma técnica oficial e legislação vigentes.

32.9.3.1 A inspeção e a manutenção devem ser registradas e estar disponíveis aos trabalhadores envolvidos e à fiscalização do trabalho.

32.9.3.2 As empresas que prestam assistência técnica e manutenção nos serviços de saúde devem cumprir o disposto no item 32.9.3.

32.9.3.3 O empregador deve estabelecer um cronograma de manutenção preventiva do sistema de abastecimento de gases e das capelas, devendo manter um registro

individual da mesma, assinado pelo profissional que a realizou.

32.9.4 Os equipamentos e meios mecânicos utilizados para transporte devem ser submetidos periodicamente à manutenção, de forma a conservar os sistemas de rodízio em perfeito estado de funcionamento.

32.9.5 Os dispositivos de ajuste dos leitos devem ser submetidos à manutenção preventiva, assegurando a lubrificação permanente, de forma a garantir sua operação sem sobrecarga para os trabalhadores.

32.9.6 Os sistemas de climatização devem ser submetidos a procedimentos de manutenção preventiva e corretiva para preservação da integridade e eficiência de todos os seus componentes.

32.9.6.1 O atendimento do disposto no item 32.9.6 não desobriga o cumprimento da Portaria GM/MS n.º 3.523 de 28/08/98 e demais dispositivos legais pertinentes.

32.10 Das Disposições Gerais

32.10.1 Os serviços de saúde devem:

- a) atender as condições de conforto relativas aos níveis de ruído previstas na NB 95 da ABNT;
- b) atender as condições de iluminação conforme NB 57 da ABNT;
- c) atender as condições de conforto térmico previstas na RDC 50/02 da AN-VISA;
- d) manter os ambientes de trabalho em condições de limpeza e conservação.

32.10.2 No processo de elaboração e implementação do PPRA e do PCMSO devem ser consideradas as atividades desenvolvidas pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH do estabelecimento ou comissão equivalente.

32.10.3 Antes da utilização de qualquer equipamento, os operadores devem ser capacitados quanto ao modo de operação e seus riscos.

32.10.4 Os manuais do fabricante de todos os equipamentos e máquinas, impressos em língua portuguesa, devem estar disponíveis aos trabalhadores envolvidos.

32.10.5 É vedada a utilização de material médico-hospitalar em desacordo com as recomendações de uso e especificações técnicas descritas em seu manual ou em sua embalagem.

32.10.6 Em todo serviço de saúde deve existir um programa de controle de animais sinantrópicos, o qual deve ser comprovado sempre que exigido pela inspeção do trabalho.

32.10.7 As cozinhas devem ser dotadas de sistemas de exaustão e outros equipamentos que reduzam a dispersão de gorduras e vapores, conforme estabelecido na NBR 14518.

32.10.8 Os postos de trabalho devem ser organizados de forma a evitar deslocamentos e esforços adicionais.

32.10.9 Em todos os postos de trabalho devem ser previstos dispositivos seguros e

com estabilidade, que permitam aos trabalhadores acessar locais altos sem esforço adicional.

32.10.10 Nos procedimentos de movimentação e transporte de pacientes deve ser privilegiado o uso de dispositivos que minimizem o esforço realizado pelos trabalhadores.

32.10.11 O transporte de materiais que possa comprometer a segurança e a saúde do trabalhador deve ser efetuado com auxílio de meios mecânicos ou eletromecânicos.

32.10.12 Os trabalhadores dos serviços de saúde devem ser:

- a) capacitados para adotar mecânica corporal correta, na movimentação de pacientes ou de materiais, de forma a preservar a sua saúde e integridade física;
- b) orientados nas medidas a serem tomadas diante de pacientes com distúrbios de comportamento.

32.10.13 O ambiente onde são realizados procedimentos que provoquem odores fétidos deve ser provido de sistema de exaustão ou outro dispositivo que os minimizem.

32.10.14 É vedado aos trabalhadores pipetar com a boca.

32.10.15 Todos os lavatórios e pias devem:

- a) possuir torneiras ou comandos que dispensem o contato das mãos quando do fechamento da água;
- b) ser providos de sabão líquido e toalhas descartáveis para secagem das mãos.

32.10.16 As edificações dos serviços de saúde devem atender ao disposto na RDC 50 de 21 de fevereiro de 2002 da ANVISA.

32.11 Das Disposições Finais

32.11.1 A observância das disposições regulamentares constantes dessa Norma Regulamentadora - NR, não desobriga as empresas do cumprimento de outras disposições que, com relação à matéria, sejam incluídas em códigos ou regulamentos sanitários dos Estados, Municípios e do Distrito Federal, e outras oriundas de convenções e acordos coletivos de trabalho, ou constantes nas demais NR e legislação federal pertinente à matéria.

32.11.2 Todos os atos normativos mencionados nesta NR, quando substituídos ou atualizados por novos atos, terão a referência automaticamente atualizada em relação ao ato de origem.

32.11.3 Ficam criadas a Comissão Tripartite Permanente Nacional da NR-32, denominada CTPN da NR-32, e as Comissões Tripartites Permanentes Regionais da NR-32, no âmbito das Unidades da Federação, denominadas CTPR da NR-32.

32.11.3.1 As dúvidas e dificuldades encontradas durante a implantação e o desenvolvimento continuado desta NR deverão ser encaminhadas à CTPN.

32.11.4 A responsabilidade é solidária entre contratantes e contratados quanto ao cumprimento desta NR.

As NRs citadas na referida norma, as quais complementam as informações relativas à saúde e à segurança nos ambientes de trabalho, estão nominadas abaixo e podem ser acessadas no site: http://www.mte.gov.br/legislacao/normas_regulamentadoras.

2

NR 4 - SERVIÇOS ESPECIALIZADOS EM ENGENHARIA DE SEGURANÇA E EM MEDICINA DO TRABALHO (SESMT)

As empresas privadas e públicas, os órgãos públicos da administração direta e indireta e dos poderes legislativo e judiciário, que possuam empregados regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), manterão, obrigatoriamente, SESMT, com a finalidade de promover a saúde e proteger a integridade do trabalhador no local de trabalho.

NR 5 - COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES (CIPA)

Segundo essa NR, a CIPA tem como objetivo a prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho, de modo a tornar compatível permanentemente o trabalho com a preservação da vida e a promoção da saúde do trabalhador.

NR 6 – EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL - EPI

Para fins de aplicação do previsto nessa NR, considera-se EPI todo dispositivo ou produto de uso individual utilizado pelo trabalhador, destinado à proteção de riscos suscetíveis de ameaçar a segurança e a saúde no trabalho.

NR 7 - PROGRAMA DE CONTROLE MÉDICO DE SAÚDE OCUPACIONAL (PCMSO)

Essa Norma estabelece a obrigatoriedade de elaboração e implementação do PCMSO por parte de todos os empregadores e instituições que admitam trabalhadores como empregados, com o objetivo de promoção e preservação da saúde do conjunto dos seus trabalhadores.

NR 9 - PROGRAMA DE PREVENÇÃO DE RISCOS AMBIENTAIS (PPRA)

A NR 9 estabelece a obrigatoriedade da elaboração e implementação do PPRA, por parte de todos os empregadores e instituições que admitam trabalhadores como em-

pregados, 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.

Cabe destacar que, 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.

NR 15 - ATIVIDADES E OPERAÇÕES INSALUBRES

A NR 15 considera atividades ou operações insalubres aquelas desenvolvidas acima dos limites de tolerância. Estes limites encontram-se previstos nos Anexos Nº 1, 2, 3, 5, 11 e 12 dessa NR. Entende-se por “Limite de Tolerância”, para os fins desta Norma, a concentração ou intensidade máxima ou mínima, relacionada com a natureza e o tempo de exposição ao agente, que não causará dano à saúde do trabalhador, durante a sua vida laboral. Para saber um pouco mais acerca dos anexos e dessa norma acesse: http://www.mte.gov.br/legislacao/normas_regulamentadoras/nr_15.pdf

NR 16 - ATIVIDADES E OPERAÇÕES PERIGOSAS

Essa NR considera atividades e operações perigosas as constantes dos anexos números 1 e 2 dessa Norma. Assim, o exercício de trabalho em condições de periculosidade assegura ao trabalhador a percepção de adicional de 30% (trinta por cento), incidente sobre o salário, sem os acréscimos resultantes de gratificações, prêmios ou participação nos lucros da empresa.

O empregado poderá optar pelo adicional de insalubridade que porventura lhe seja devido, sendo facultado às empresas e aos sindicatos das categorias profissionais interessadas requererem ao Ministério do Trabalho, através das Delegacias Regionais do Trabalho, a realização de perícia em estabelecimento ou setor da empresa, com o objetivo de caracterizar e classificar ou determinar atividade perigosa. Igualmente, para saber um pouco mais acerca dos anexos e dessa norma acesse: http://www.mte.gov.br/legislacao/normas_regulamentadoras/nr_16.pdf

NR 17 – ERGONOMIA

Essa NR visa estabelecer parâmetros que permitam a adaptação das condições de trabalho às características psicofisiológicas dos trabalhadores, de modo a proporcionar um máximo de conforto, segurança e desempenho eficiente. As condições de trabalho incluem aspectos relacionados ao levantamento, transporte e descarga de materiais, ao mobiliário, aos equipamentos e às condições ambientais do posto de trabalho e à própria organização do trabalho.

Fluxo de atendimento e registro de eventos para o trabalhador de Enfermagem no Estado de Santa Catarina

Organizado por Ana Lúcia Cardoso Kirchof

São consideradas doenças “a enfermidade ou estado clínico que represente ou possa representar... um dano significativo para os seres humanos”, o agravo como o “dano à integridade física, mental e social dos indivíduos, provocado por circunstâncias nocivas, como acidentes, intoxicações, abuso de drogas, e lesões auto ou heteroinfligidas” e o evento “a manifestação de doença ou uma ocorrência que apresente potencial para causar doença” (BRASIL, 2010, p.1).

O trabalhador de Enfermagem pode sofrer doenças/agravs e eventos com repercussão na sua saúde, dependendo do local onde desenvolve suas atividades, ou seja, das condições de trabalho, ou do uso que faz das medidas de prevenção, como EPIs, precauções padrão.

Entre as diversas possibilidades de estudo das doenças, agravos e eventos à saúde do trabalhador, os riscos ambientais relativos ao trabalho são importantes aspectos a serem considerados. Riscos ambientais “são 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” (BRASIL, 1994, p.2).

No trabalho de enfermagem, os riscos físicos são representados por temperaturas altas e baixas, o ruído, a umidade, o contato contínuo com poeiras, pós e com radiações ionizantes.

Os riscos químicos estão presentes pelos compostos ou produtos que possam penetrar no organismo pela via respiratória, nas formas de fumaças, névoas, neblinas, gases ou vapores (anestésicos, por ex.), pastas e líquidos e que, pela natureza da atividade de exposição, possam ter contato ou ser absorvidos pelo organismo através da pele ou por ingestão. Esses agentes químicos estão presentes no ambiente de trabalho quando são preparados os medicamentos e também no preparo de material - uso de detergentes, desencrostantes, degermantes, anti-sépticos, desinfetantes, por exemplo.

O risco biológico talvez seja o mais estudado na saúde, pois tem relação com a quantidade de agentes biológicos presentes no nosso ambiente de trabalho, mediante as condições de higiene do ambiente de trabalho e com o favorecimento, neste ambiente, de vírus, fungos, parasitas, fibras vegetais, príons. Muitas doenças ocupacionais são decorrentes destes riscos de trabalho, como a Hepatite B e C, a tuberculose e o HIV/SIDA.

Embora não exista na NR32 referência ao risco ergonômico, é conveniente que o reconheçamos nos nossos ambientes de trabalho. Eles podem se dar por tensão, pressão, fricção e irritação, gerando problemas osteomusculares, lesões por esforços repetitivos (LER) ou Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT) (BRASIL, 2003).

Os riscos ergonômicos são decorrentes da organização do trabalho (aumento da jornada de trabalho, horas extras excessivas, ritmo acelerado, déficit de trabalhadores); dos fatores ambientais (mobiiliários inadequados, iluminação insuficiente) e das possíveis sobrecargas de segmentos corporais em determinados movimentos, por exemplo: força excessiva para realizar determinadas tarefas, repetitividade de movimentos e de posturas inadequadas no desenvolvimento das atividades laborais. A exposição contínua e prolongada do corpo aos fatores de risco de tal ambiente favorece o surgimento das doenças ocupacionais (MAGNAGO et al, 2010).

Os riscos psíquicos relacionam-se com todos os elementos do trabalho-monotonia, ritmos excessivos, repetitividade, posições incômodas- e também com todos os riscos citados anteriormente, de modo que um ruído, o sofrimento das pessoas que cuidamos, um acidente com material perfurocortante, as relações entre colegas e com os superiores, com familiares, ou mesmo com o paciente, podem ser situações igualmente nocivas.

É importante que todas essas situações sejam reconhecidas no trabalho, pois se não forem devidamente resolvidas ou amenizadas poderão reverter em sérios problemas de saúde ao trabalhador de Enfermagem. Para mais informações consulte a NR 32, já referida neste Caderno.

Sendo assim, nos propomos a informar ao trabalhador de enfermagem os procedimentos de atendimento e registro a serem efetuados para o devido cuidado a sua saúde em casos de doenças, agravos e eventos.

ACIDENTES COM EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL A MATERIAL BIOLÓGICO

Consideram-se Agentes Biológicos os microrganismos, geneticamente modificados ou não; as culturas de células; os parasitas; as toxinas e os príons (BRASIL, 2005).

“Os acidentes de trabalho com sangue e outros fluidos potencialmente contaminados devem ser tratados como casos de emergência médica, uma vez que as intervenções para profilaxia da infecção pelo HIV e hepatite B necessitam ser iniciadas logo após a ocorrência do acidente, para a sua maior eficácia”. (INBRAVISA, 2010).

Todo serviço deve possuir uma relação de locais de atendimento para casos de acidentes. Informações devem ser obtidas junto às Secretarias Municipais de Saúde. Esta relação deve ser mantida em local de fácil acesso e ser amplamente divulgada entre todos os funcionários (INBRAVISA, 2010).

A exposição a material biológico pode ocorrer por instrumentos perfurantes e cortantes (agulhas, lâminas, vidros), chamados de acidentes percutâneos. Quando ocorrer respingos envolvendo a mucosa ocular, nasal e/ou bucal, denominamos de acidentes em mucosa e, ainda, quando há contato com a pele não íntegra, denominamos de acidentes cutâneos.

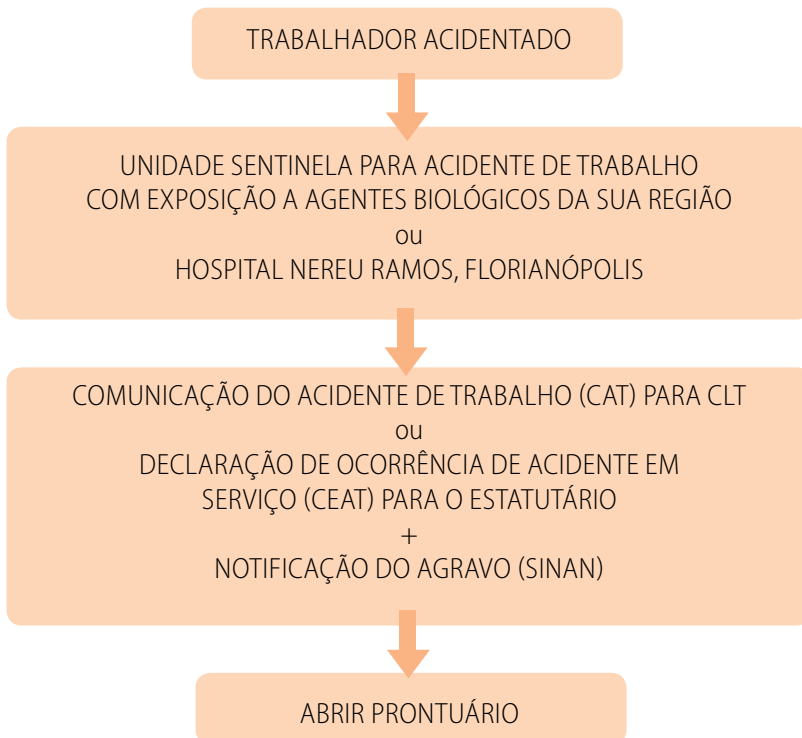
Principais doenças decorrentes de acidentes com material biológico:

Hepatites B e C: A probabilidade de infecção pelo vírus da Hepatite B após exposição percutânea pode atingir até 40% em exposições onde o paciente-fonte apresente sorologia HBsAg reativa. Ou seja, a cada 100 acidentes, 40 podem se rever-

ter em hepatite B, sendo o paciente portador do vírus. Para o vírus da hepatite C, o risco médio é de 1,8%. Dependendo do teste utilizado para diagnóstico de hepatite C, o risco pode variar de 1 a 10%. É importante ressaltar que NÃO existe intervenção específica para prevenir a transmissão do vírus da hepatite C após exposição ocupacional (INBRAVISA, 2010).

HIV/SIDA: O risco médio de se adquirir o HIV é de, aproximadamente, 0,3% (3 casos em 1000 acidentes) após exposição percutânea, e de 0,09 % (9 casos a cada 10.000 acidentes) após exposição mucocutânea. O risco de transmissão após exposição da pele íntegra a sangue infectado pelo HIV é estimado como menor do que o risco após exposição mucocutânea. Atualmente, o uso combinado de anti-retrovirais é recomendado pela sua possibilidade de maior eficácia na redução do risco de transmissão ocupacional do HIV, embora isto ainda não tenha sido comprovado em estudos clínicos (INBRAVISA, 2010).

FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO E REGISTRO DO ACIDENTE DE TRABALHO COM EXPOSIÇÃO À MATERIAL BIOLÓGICO NO ESTADO DE SANTA CATARINA, 2010



O HOSPITAL NEREU RAMOS POSSUI UM SERVIÇO DE SOBREAVISO MÉDICO 24h. Fone: (48) 3216-9451 até às 23h. Após este horário até 7h, ligar (48) 3216-9377

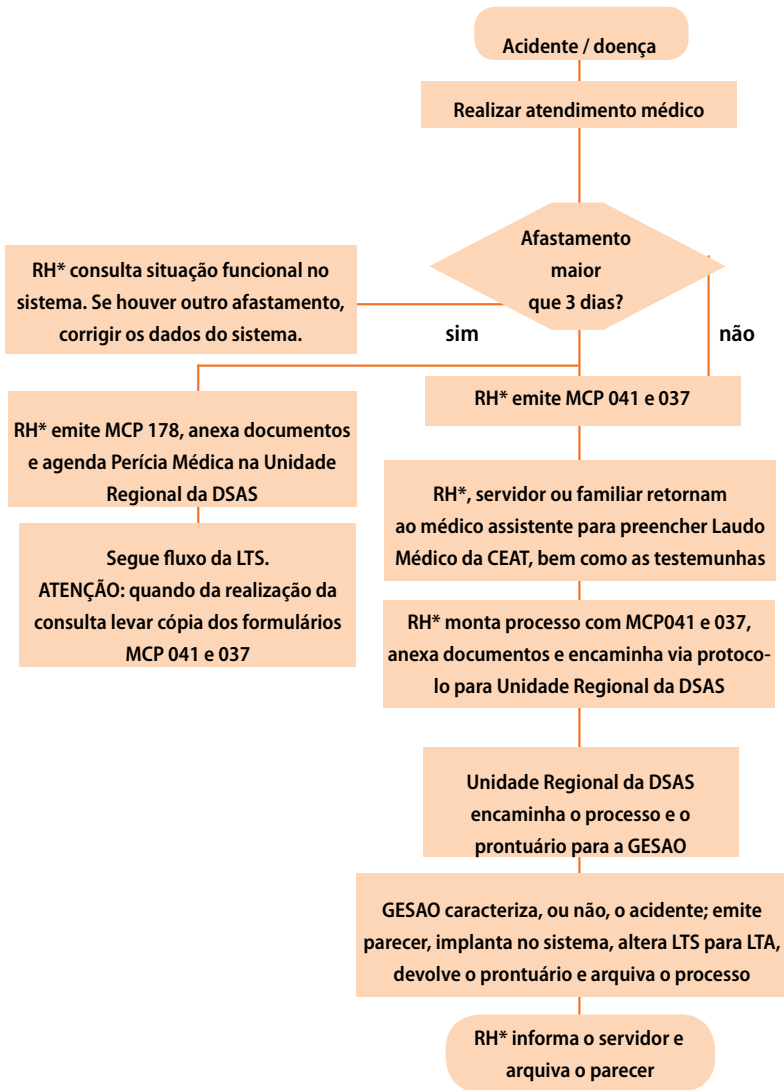
TRABALHADORES COM ACIDENTE PERFUROCORTANTE, QUE TIVEREM CONTATO COM SANGUE E FLUIDOS CORPORAIS DEVEM BUSCAR ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA ATÉ 2 HORAS DEPOIS DO ACIDENTE

AS REGIONAIS DE SAÚDE DO ESTADO ESTÃO APTAS E TÊM KITS DE MEDICAMENTOS ANTI-RETROVIRAIS PARA QUIMIOPROFILAXIA IMEDIATA

São de notificação compulsória, devendo ser registrados no SINAN, as seguintes doenças, agravos e eventos relacionados aos profissionais de Enfermagem: acidente com exposição a material biológico relacionado ao trabalho; acidente com mutilações; acidente de trabalho fatal; câncer relacionado ao trabalho; dermatoses ocupacionais; Distúrbios Osteomusculares relacionados ao Trabalho (DORT); influenza humana; Perda Auditiva Induzida por Ruído (PAIR) relacionado ao trabalho; rotavírus; transtornos mentais relacionados ao trabalho; tétano, raiva humana e tuberculose relacionados ao trabalho (BRASIL, 2010).

As Unidades Sentinelas estaduais e municipais deverão ser procuradas para o atendimento dessas ocorrências e notificação. Lembre-se também que a emissão de CAT para o trabalhador celetista ou de CEAT para o trabalhador do Estado devem ser efetuadas, de modo a dar visibilidade e registrar o evento. Caso assim não se faça, poderá haver dificuldade, posteriormente, em caracterizar a doença, agravo, evento como do trabalho. Sendo um trabalhador com vínculo empregatício no Estado de Santa Catarina, segue o fluxo a seguir:

FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO AO TRABALHADOR ESTATUTÁRIO ACIDENTADO NO ESTADO DE SANTA CATARINA, 2010.



Ainda é necessário o registro do acidente/evento no SINAN, conforme a Portaria 2.472, MS, 1º de setembro de 2010.

Os formulários MCP 041, MCP 037 e MCP 178, para o registro de doenças, agravos e eventos, estão disponíveis no Portal do Servidor do Governo de Santa Catarina:

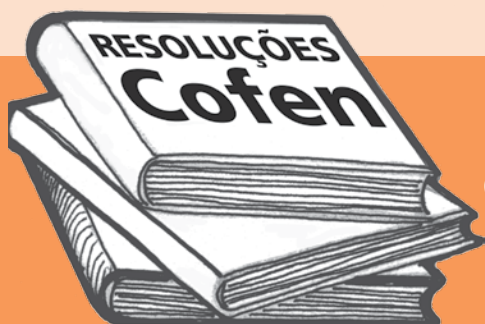
http://www.portaldoservidor.sc.gov.br/images/stories/Saude%20do%20servidor/88573_Cartilha_Proced_adm_acidentados%20CAPA.pdf

* Setorial/seccional.

Fonte: Santa Catarina. Cartilha de Procedimentos Administrativos, 2008, p.14.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria SSST n. 25, de 29 de dezembro de 1994. Lex: Norma Regulamentadora n. 9 – Riscos Ambientais. Publicada no Diário Oficial da União em 15/12/1995, Seção 1, Brasília, p. 1987 a 1989. Legislação e Marginália.
- BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria n. 485, de 11 de novembro de 2005. Lex: Aprova a Norma Regulamentadora n.32. Disponível em <http://www.mte.gov.br/legislacao/portarias/2005/p_20051111_485.pdf>. Acesso em: 04 dezembro 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instrução normativa INSS/DC n. 98, de 05 de dezembro de 2003. Lex: Aprova Norma Técnica sobre Lesões por Esforços Repetitivos - LER ou Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho -DORT. Brasília,2003.
- MAGNAGO, T.S.B.S. et al. Condições de trabalho, características sociodemográficas e distúrbios musculoesqueléticos em trabalhadores de enfermagem. Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, v. 23, n.2, p.187-193, 2010.
- INBRAVISA – Instituto Brasileiro de Auditoria em Vigilância Sanitária. Manuais técnicos. Guia de procedimentos em acidentes envolvendo profissionais de saúde. Disponível em: <<http://www.inbravisa.com.br/roteiros.html>>. Acesso em: 04 dezembro 2010.
- SANTA CATARINA. Secretaria de Estado de Administração. Diretoria de Saúde do Servidor. Cartilha de procedimentos administrativos- acidentes em serviço e pagamento ou ressarcimento de despesas. Florianópolis, 2008. 52p. Disponível em:<<http://www.portaldoservidor.sc.gov.br>>. Acesso em: 10 dezembro 2010.



Resoluções Cofen relativas à saúde dos profissionais de Enfermagem

- Resolução Cofen N° 211, 1998 – Relativa aos profissionais de Enfermagem que trabalham com radiação ionizante. Pág. 64
- Resolução Cofen N° 210, 1998 – Relativa aos profissionais de Enfermagem que trabalham com quimioterápicos antineoplásicos. Pág. 67
- Resolução Cofen N° 257, 2001 – Acrescenta dispositivos à Resolução N° 210, 1998. Pág. 71

Resoluções Cofen relativas à Saúde dos Profissionais de Enfermagem

Organizado por Maritê Inez Argenta

Os profissionais de Enfermagem dispõem de dispositivos legais constantes em Resoluções formuladas pelo Conselho Federal de Enfermagem/Cofen que amparam e dão respaldo ao exercício da Enfermagem no território nacional. Destacam-se o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e aquelas relacionadas à saúde e à segurança, como as Resoluções Cofen/210/1998, 211/1998 e 257/2001. As referidas Resoluções serão apresentadas neste capítulo.

RESOLUÇÃO COFEN Nº 211, de 1998 DISPÕE SOBRE A ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM QUE TRABALHAM COM RADIAÇÃO IONIZANTE

O Conselho Federal de Enfermagem, no exercício de sua competência, consignada na Lei Nº 5.905/73, no estatuto do Sistema COFEN/CORENS, aprovado pela Resolução COFEN-206/97, tendo em vista a deliberação do Plenário em sua 264ª Reunião Ordinária;

CONSIDERANDO no que dispõe a Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 05 de outubro de 1988, nos artigos 5º, XIII, e 197;

CONSIDERANDO os preceitos da Lei Nº 7.498, de 25 de junho de 1986, e o Decreto Nº 94.406 de 28 de junho de 1987, no artigo 8º inciso I, alíneas “e”, “f”, “g”, “h”; inciso II, alíneas “a”, “b”, “f”, “i”, “n”, “o”, “q” c.c os artigos 10 e 11;

CONSIDERANDO o contido no Código de Ética dos profissionais de Enfermagem, nos termos de que dispõem a Resolução COFEN-160/93;

CONSIDERANDO a Portaria MS/SAS Nº 170, de 17 de dezembro de 1993, que estabelece normas para credenciamento de hospitais que realizam procedimentos de alta complexidade ao atendimento dos portadores de tumor maligno;

CONSIDERANDO a norma da Comissão Nacional de Energia Nuclear (CNEN) NN-6.01, de outubro de 1996, que estabelece a capacitação técnica em radioterapia;

CONSIDERANDO a norma da CNEN, NE-3.01, que trata das diretrizes básicas de radioproteção;

CONSIDERANDO a norma ICRP no 26, da CNEN, que dispõe sobre o princípio Alara;

CONSIDERANDO a norma da CNEN NE-3.05, de janeiro de 1989, que trata de requisitos de Radioproteção e segurança para serviços de Medicina Nuclear;

CONSIDERANDO a norma da CNEN, NE-3.06, de março de 1990, que trata dos requisitos de radioproteção e segurança para serviços de radioterapia;

CONSIDERANDO as conclusões emanadas do XI Seminário Nacional do Sistema

COFEN/CORENs, realizado no Rio de Janeiro, de 01 a 03 de dezembro de 1997, contidas no PAD COFEN-059/97;

CONSIDERANDO as necessidades de regulamentar as normas e assegurar condições adequadas de trabalho para os profissionais de Enfermagem em Radioterapia, Medicina Nuclear e Serviços de Imagem nos Estabelecimentos de Saúde.

RESOLVE:

Art 1º - Aprovar as Normas Técnicas de radioproteção nos procedimentos a serem realizados pelos profissionais de Enfermagem que trabalham com radiação ionizante em Radioterapia, Medicina Nuclear e Serviços de Imagem na forma de regulamento anexo.

Art 2º - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando as disposições em contrário.

Rio de Janeiro, 01 de julho de 1998.

*Nelson da Silva Parreira - COREN - GO Nº 19.377
Presidente em Exercício*

*Iva Maria Barros Ferreira - COREN - PI Nº 39.035
Primeira-Secretaria*

REGULAMENTO DA ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM EM RADIOTERAPIA QUE TRABALHAM COM RADIAÇÃO IONIZANTE

1 – Finalidade

O presente regulamento tem como finalidade estabelecer a atuação dos profissionais de Enfermagem que trabalham com radiação ionizante em Radioterapia, Medicina Nuclear e Serviços de Imagem, segundo as normas técnicas e de radioproteção estabelecidas pelo Ministério da Saúde e pela Comissão Nacional de Energia Nuclear (CNEN).

2 - Objetivos

2.1 - Objetivo geral

Regulamentar a atuação dos profissionais de Enfermagem nos serviços de Radioterapia, Medicina Nuclear e Imagem.

2.2 - Objetivos específicos

- Assegurar a qualidade da assistência prestada pelos profissionais de Enfermagem aos clientes submetidos à radiação ionizante em níveis hospitalar e ambulatorial.

- Promover a humanização do atendimento a clientes submetidos à irradiação ionizante em níveis hospitalar e ambulatorial.
- Normatizar a consulta de Enfermagem a clientes submetidos ao tratamento com radiação ionizante, conforme o disposto na Resolução COFEN-159-98.
- Assegurar a observância dos requisitos básicos de radioproteção e segurança para os profissionais de Enfermagem que trabalham com radiação ionizante com fins terapêuticos e de diagnósticos, conforme norma da CNEN NE-3.01.

3 - Recursos humanos

Os profissionais de Enfermagem devem integrar a equipe multiprofissional em conformidade com a legislação vigente.

4 - Competência do Enfermeiro em radioterapia, medicina nuclear e serviços de imagem

- Planejar, organizar, supervisionar, executar e avaliar todas as atividades de Enfermagem, em clientes submetidas à radiação ionizante, alicerçados na metodologia assistencial de Enfermagem.
- Participar de protocolos terapêuticos de Enfermagem, na prevenção, tratamento e reabilitação, em clientes submetidos à radiação ionizante.
- Assistir de maneira integral aos clientes e suas famílias, tendo como base o Código de Ética dos profissionais de Enfermagem e a legislação vigente.
- Promover e difundir medidas de saúde preventivas e curativas através da educação aos clientes e familiares através da consulta de Enfermagem.
- Participar de programas de garantia da qualidade em serviços que utilizam radiação ionizante, de forma setorizada e global.
- Proporcionar condições para o aprimoramento dos profissionais de Enfermagem atuantes na área, através de cursos e estágios em instituições afins.
- Elaborar os programas de estágio, treinamento e desenvolvimento de profissionais de Enfermagem nos diferentes níveis de formação, relativos à área de atuação, bem como proceder à conclusão e supervisão deste processo educativo.
- Participar da definição da política de recursos humanos, da aquisição de material e da disposição da área física, necessários à assistência integral aos clientes.
- Cumprir e fazer cumprir as normas, regulamentos e legislações pertinentes às áreas de atuação.
- Estabelecer relações técnico-científicas com as unidades afins, desenvolvendo estudos investigacionais e de pesquisa.
- Promover e participar da integração da equipe multiprofissional, procurando garantir uma assistência integral ao cliente e familiares.
- Registrar informações e dados estatísticos pertinentes à assistência de

Enfermagem, ressaltando os indicadores de desempenho, interpretando e otimizando a utilização dos mesmos.

- Formular e implementar Manuais Técnicos Operacionais para equipe de Enfermagem nos diversos setores de atuação.
- Formular e implementar Manuais Educativos aos clientes e familiares, adequando-os a sua realidade social.
- Manter atualização técnica e científica de manuseio dos equipamentos de radioproteção, que lhe permita atuar com eficácia em situações de rotina e emergenciais, visando interromper e/ou evitar acidentes ou ocorrências que possam causar algum dano físico ou material considerável, nos moldes da NE- 3.01 e NE- 3.06, da CNEN, respeitando as competências dos demais profissionais.

3

5 - Competência do profissional de nível médio de Enfermagem em radioterapia, medicina nuclear e serviços de imagem

- Executar ações de Enfermagem a clientes submetidos à radiação ionizante, sob a supervisão do Enfermeiro, conforme Lei Nº 7.498/86, art. 15 e Decreto Nº 94.406/87, Art. 13, observado o instituído na Resolução COFEN-168/83.
 - Atuar no âmbito de suas atribuições junto aos clientes submetidos a exames radiológicos, assim como na prevenção, tratamento e reabilitação a clientes submetidos à radiação ionizante.
 - Participar de programas de garantia de qualidade em serviços que utilizam radiação ionizante.
 - Participar de Programas e Treinamento em Serviço, planejados pelo Enfermeiro nas diferentes áreas de atuação.
 - Cumprir e fazer cumprir as normas, regulamentos e legislações pertinentes às áreas de atuação.
- Promover e participar da interação da equipe multiprofissional, procurando garantir uma assistência integral ao cliente e familiares.
- Registrar informações e dados estatísticos pertinentes à assistência de Enfermagem.
 - Manter atualizações técnica e científica que lhe permita atuar com eficácia na área de radiação ionizante, conforme moldes da NE-3.01 e NE-3.06 da CNEN.

RESOLUÇÃO COFEN Nº 210, de 1998 DISPÕE SOBRE A ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM QUE TRABALHAM COM QUIMIOTERÁPICOS ANTINEOPLÁSICOS

O Conselho Federal de Enfermagem, no exercício de sua competência, consignada na Lei no 5.905/73, no estatuto do Sistema COFEN/CORENs aprovado pela Resolução COFEN-206/97, tendo em vista a deliberação do Plenário em sua 264ª Reunião Ordinária;

CONSIDERANDO o que dispõe a Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 05 de outubro de 1988, nos artigos 5º, XIII, e 197;

CONSIDERANDO os preceitos da Lei Nº 7.498, de 25 de junho de 1986, e o Decreto no 94.406 de 28 de junho de 1987, no artigo 8º, I e II; artigo 10, I, alíneas a, b, d, e, f, c.c o inciso III do mesmo artigo;

CONSIDERANDO o contido no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, nos termos de que dispõem a Resolução COFEN - 160/93;

CONSIDERANDO a Portaria MS/SAS no 170, de 17 de dezembro de 1993, que estabelece normas para credenciamento de hospitais que realizam procedimentos de alta complexidade ao atendimento dos portadores de tumor maligno;

CONSIDERANDO as conclusões emanadas do XI Seminário Nacional do Sistema COFEN/CORENs, realizado no Rio de Janeiro, de 01 a 03 de dezembro de 1997, contidas no PAD COFEN-059/97;

CONSIDERANDO as necessidades de regulamentar as normas e assegurar condições adequadas de trabalho para os profissionais de Enfermagem em quimioterapia antineoplásica;

RESOLVE:

Art 1º - Aprovar as Normas Técnicas de Biossegurança Individual, Coletiva e Ambiental dos procedimentos a serem realizadas pelos profissionais de Enfermagem que trabalham com quimioterapia antineoplásica, na forma do Regulamento anexo.

Art 2º - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando as disposições em contrário.

Rio de Janeiro, 01 de julho de 1998.

Nelson da Silva Parreira

Presidente em Exercício

Iva Maria Barros Ferreira

COREN-PI Nº 39.035

Primeira-Secretaria

REGULAMENTO DA ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM EM QUIMIOTERAPIA ANTINEOPLÁSICA

1 – Finalidade

O presente Regulamento tem como finalidade estabelecer a atuação dos Profissionais de Enfermagem que trabalham com quimioterapia antineoplásica dentro das normas de biossegurança estabelecidas pelo Ministério da Saúde, conforme Portaria no 170/SAS.

2 – Objetivos

2.1 - Objetivo geral

Regulamentar a atuação dos Profissionais de Enfermagem nos serviços de quimioterapia antineoplásica.

2.2 - Objetivos específicos

- Assegurar a qualidade da assistência prestada pelos profissionais de Enfermagem aos clientes submetidos ao tratamento quimioterápico antineoplásico em níveis hospitalar e ambulatorial.
- Promover a humanização do atendimento a clientes submetidos ao tratamento quimioterápico antineoplásico.
- Normatizar a consulta de Enfermagem a clientes submetidos ao tratamento com quimioterápico antineoplásico, conforme o disposto na Resolução COFEN - 159/93.
- Assegurar a observância dos requisitos básicos de biossegurança para os profissionais de Enfermagem que trabalham com quimioterapia antineoplásica com fins terapêuticos.
- Normatizar os serviços de quimioterapia, conforme a Portaria MS/SAS Nº 170/93, acompanhando a evolução tecnológica de padrões internacionais de biossegurança.

3 - Recursos humanos

Os profissionais de Enfermagem devem integrar a equipe multiprofissional em conformidade com a legislação vigente.

4 - Competência do Enfermeiro em quimioterapia antineoplásica

- Planejar, organizar, supervisionar, executar e avaliar todas as atividades de Enfermagem, em clientes submetidos ao tratamento quimioterápico antineoplásico, categorizando-o como um serviço de alta complexidade, alicerçados na metodologia assistencial de Enfermagem.
- Elaborar protocolos terapêuticos de Enfermagem na prevenção, tratamento e minimização dos efeitos colaterais em clientes submetidos ao tratamento quimioterápico antineoplásico.
- Realizar consulta baseado no processo de Enfermagem direcionado a clientes em tratamento quimioterápico antineoplásico.
- Assistir, de maneira integral, aos clientes e suas famílias, tendo como base o Código de Ética dos profissionais de Enfermagem e a legislação vigente.

- Administrar quimioterápico antineoplásico, conforme farmacocinética da droga e protocolo terapêutico.
- Promover e difundir medidas de prevenção de riscos e agravos através da educação dos clientes e familiares, objetivando melhorar a qualidade de vida do cliente.
- Participar de programas de garantia da qualidade em serviço de quimioterapia antineoplásica de forma setorizada e global.
- Proporcionar condições para o aprimoramento dos profissionais de Enfermagem atuantes na área, através de cursos e estágios em instituições afins.
- Participar da elaboração de programas de estágio, treinamento e desenvolvimento de profissionais de Enfermagem nos diferentes níveis de formação, relativos à área de atuação.
- Participar da definição da política de recursos humanos, da aquisição de material e da disposição da área física, necessários à assistência integral aos clientes.
- Cumprir e fazer cumprir as normas, regulamentos e legislações pertinentes às áreas de atuação.
- Estabelecer relações técnico-científicas com as unidades afins, desenvolvendo estudos investigacionais e de pesquisa.
- Promover e participar da integração da equipe multiprofissional, procurando garantir uma assistência integral ao cliente e familiares.
- Registrar informações e dados estatísticos pertinentes à assistência de Enfermagem, ressaltando os indicadores de desempenho e de qualidade, interpretando e otimizando a utilização dos mesmos.
- Formular e implementar manuais técnicos operacionais para equipe de Enfermagem nos diversos setores de atuação.
- Formular e implementar manuais educativos aos clientes e familiares, adequando-os a sua realidade social.
- Manter a atualização técnica e científica da biossegurança individual, coletiva e ambiental, que permita a atuação profissional com eficácia em situações de rotinas e emergenciais, visando interromper e/ou evitar acidentes ou ocorrências que possam causar algum dano físico ou ambiental.

5 - Competência do profissional de nível médio de Enfermagem em serviços de quimioterapia antineoplásica

- Executar ações de Enfermagem a clientes submetidos ao tratamento quimioterápico antineoplásico, sob a supervisão do Enfermeiro, conforme Lei N° 7.498/86, Art. 15 e Decreto N° 94.406/87, Art. 13, observado o disposto na Resolução COFEN-168/93.
- Participar dos protocolos terapêuticos de Enfermagem na prevenção, tratamento e minimização dos efeitos colaterais em clientes submetidos ao tratamento quimioterápico antineoplásico.

- Participar de programas de garantia da qualidade em serviço de quimioterapia antineoplásica de forma setorizada e global.
- Cumprir e fazer cumprir as normas, regulamentos e legislações pertinentes às áreas de atuação.
- Promover e participar da integração da equipe multiprofissional, procurando garantir uma assistência integral ao cliente e familiares.
- Registrar informações pertinentes à assistência de Enfermagem, objetivando o acompanhamento de projetos de pesquisa e de dados estatísticos com vistas à mensuração da produção de Enfermagem.
- Manter a atualização técnica e científica da biossegurança individual, coletiva e ambiental, que permita a atuação profissional com eficácia em situações de rotinas e emergenciais, visando interromper e/ou evitar acidentes ou ocorrências que possam causar algum dano físico ou ambiental.
- Participar de programas de orientação e educação de clientes e familiares com enfoque na prevenção de riscos e agravos, objetivando a melhoria de qualidade de vida do cliente.

RESOLUÇÃO COFEN Nº 257, de 2001 ACRESCENTA DISPOSITIVO AO REGULAMENTO APROVADO PELA RESOLUÇÃO COFEN Nº 210/98, FACULTANDO AO ENFERMEIRO O PREPARO DE DROGAS QUIMIOTERÁPICAS ANTINEOPLÁSICAS

O Conselho Federal de Enfermagem-COFEN, no uso de suas atribuições legais e regimentais;

CONSIDERANDO as frequentes consultas sobre a quem compete o preparo de drogas quimioterápicas antineoplásicas;

CONSIDERANDO que consuetudinariamente a Enfermagem, através de décadas, implementa tal mister;

CONSIDERANDO a Lei Nº 7.498/86, em seu artigo 11, inciso I, alínea “m”, inciso II, alíneas “e” e “f”;

CONSIDERANDO o Decreto Nº 94.406/87, em seu artigo 8º, inciso I, alínea “h”, e inciso II, alíneas “e” e “f”;

CONSIDERANDO a Resolução COFEN Nº 240/2000, que aprova o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, especialmente nos artigos 16, 17 e 18;

considerando a deliberação do Plenário em sua reunião ordinária Nº 296;

RESOLVE:

Art. 1º - Acrescentar ao item 4, do Regulamento da atuação dos Profissionais de Enfermagem em Quimioterapia Antineoplásica, aprovado pela Resolução COFEN Nº 210/98, a alínea “r”.

Art. 2º - A alínea “r” do Regulamento citado no dispositivo anterior, tem a seguinte redação.

“r” É facultado ao Enfermeiro o preparo de drogas quimioterápicas antineoplásicas”.

Art. 3º - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando disposições em contrário.

Rio de Janeiro, 12 de julho de 2001.

Gilberto Linhares Teixeira – COREN - RJ Nº 2.380

Presidente

João Aureliano Amorim de Sena – COREN - RN Nº 9.176

3



Desafios na proteção à saúde

4

- Saúde e segurança do trabalhador de Enfermagem em serviços que utilizam radiação ionizante. Pág. 74

Saúde e segurança do trabalhador de Enfermagem em serviços que utilizam radiação ionizante

Rita de Cássia Flôr
Francine Lima Gelbcke

As radiações ionizantes utilizadas no diagnóstico e no tratamento das patologias são um tipo de radiação semelhante à luz, mas invisíveis e com energia suficiente para interagir com o organismo humano e causar danos/desgastes à saúde dos trabalhadores. Esses desgastes muitas vezes não são considerados pelos trabalhadores, porque não são imediatos e, em alguns casos, podem levar muitos anos para se manifestar, pois qualquer exposição do trabalhador à radiação ionizante é potencialmente prejudicial à saúde do trabalhador, considerando que as novas tecnologias não permitem eliminar o risco em potencial.

4 A radiação ionizante encontra-se presente nos Serviços de Radiologia e Diagnóstico por Imagem (SRDI), serviços nos quais atualmente a Enfermagem tem sido requisitada cada vez mais para prestar assistência aos usuários nos serviços de radioterapia, medicina nuclear, tomografia computadorizada, radiologia convencional e nos serviços de hemodinâmica. Além dos SRDI, a radiação ionizante também pode ser encontrada em diversos setores no ambiente hospitalar, tais como: na UTI neonatal, UTI geral, centro cirúrgico e em unidades de internação, neste caso, quando o usuário necessita fazer uma radiografia no leito. Como se observa, a radiação ionizante é utilizada em muitos processos de trabalho da Enfermagem (FLÔR, 2005, 2010).

Assim, é importante que os trabalhadores de Enfermagem, além de se proteger das exposições às radiações ionizantes, também conheçam o que preceitua a legislação sobre saúde e segurança radiológica.

Nesse contexto cabe destacar que, no Brasil, a Comissão Nacional de Energia Nuclear (CNEN), responsável por normatizar o uso da radiação ionizante, edita as normas nucleares, que são designadas por um símbolo lítero-numérico e por um título. A parte literal indica o órgão regulamentador (CNEN) e a condição de norma experimental (NE) ou norma nuclear (NN); a parte numérica indica o grupo ao qual a norma se refere e o seu número de ordem dentro desse grupo. Assim, no que se refere à aplicação das radiações ionizante na saúde, temos:

CNEN NN 3.01 estabelece as diretrizes básicas de radioproteção, abrangendo os princípios, limites, obrigações e controles básicos para a proteção do homem e do meio ambiente contra possíveis efeitos nocivos causados pela radiação ionizante (BRASIL, 2005a).

CNEN NN 3.05 estabelece os requisitos de radioproteção e segurança para serviços de medicina nuclear e os requisitos de radioproteção e segurança pertinente às atividades relativas à aplicação de radiofármacos para fins terapêuticos e diagnósticos,

no campo da medicina nuclear. Apresenta as necessidades básicas referentes a equipamentos, utensílios de radioproteção, testes de instrumentação e às dependências indispensáveis à implantação de um serviço de medicina nuclear (...). Especifica os procedimentos a serem seguidos na proteção individual, no recebimento e na manipulação de material radioativo, na monitoração de áreas e de trabalhadores e nos cuidados necessários à preparação e administração de doses terapêuticas e à internação e liberação de usuários (BRASIL, 1996).

CNEN NE 3.06 estabelece os requisitos de radioproteção e segurança relativos ao uso da radiação ionizante para fins terapêuticos, mediante fontes de radiação seladas em serviços de radioterapia. Apresenta os requisitos gerais de radioproteção quanto ao projeto e operação específicos aos equipamentos de raios X, aceleradores de partículas, teleterapia com fontes seladas, equipamentos para braquiterapia e geradores e fontes de nêutrons. Especifica os tópicos a serem abordados quando da elaboração e implementação do plano de radioproteção, bem como as responsabilidades da direção do Serviço de Radioproteção (BRASIL, 1990; VAZ, 2002).

A Portaria do Ministério da Saúde e Secretaria de Vigilância Sanitária (SVS) Nº. 453, de 1º de junho de 1998, estabelece as “Diretrizes de Proteção Radiológica em Radiodiagnóstico Médico e Odontológico”. Essa Portaria disciplina a prática com os raios X para fins diagnósticos e intervencionistas, visando à defesa da saúde dos usuários, dos profissionais envolvidos e do público em geral em todo o território nacional. Apresenta ainda os princípios básicos da proteção radiológica que são: justificação, otimização, limitação da dose individual e prevenção de acidentes (BRASIL, 1998).

Mais recentemente, a Norma Regulamentadora 32 (NR 32), que trata da segurança e saúde no trabalho em estabelecimentos de saúde, publicada na íntegra neste Caderno, em seu item 32.4 estabelece o atendimento das exigências dessa NR com relação às radiações ionizantes, não desobrigando o empregador de observar as disposições estabelecidas pelas normas específicas da CNEN e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), assim como as do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005a).

Editada pelo Cofen, a Resolução Nº 211/1998, também já citada na íntegra neste Caderno, dispõe sobre a atuação dos profissionais de Enfermagem que trabalham com radiação ionizante e apresenta a necessidade de regulamentar as normas de radioproteção e assegurar condições adequadas de trabalho para profissionais de Enfermagem que trabalham em radioterapia, medicina nuclear e em outros serviços de radiodiagnóstico (COFEN, 1998).

Ainda segundo a Resolução Cofen Nº 211, cabem ao Enfermeiro as atividades de planejar, organizar, supervisionar, executar e avaliar todas as atividades de Enfermagem; aos profissionais técnicos e auxiliares de Enfermagem, cabe executar ações de Enfermagem aos usuários submetidos aos exames e aos tratamentos envolvendo o uso das radiações ionizantes, assim como promover e participar da equipe multiprofissional procurando garantir uma assistência integral ao usuário e familiares.

Importante lembrar que em todas as atividades envolvendo exposição à radiação ionizante, o trabalhador deve utilizar pelo menos avental de chumbo e protetor de tireoide para proteger-se. Esses aventais são confeccionados com equivalência de 0,25 mm a 0,50 mm de chumbo, em função da necessidade da proteção radiológica. Assim como os aventais, os demais equipamentos de proteção radiológica (EPRs), como luvas, óculos e saíotes, também apresentam as mesmas equivalências. Além desses equipamentos, é obrigatório o uso do dosímetro individual (FLÔR, 2010).

Também chamado de monitor individual, o dosímetro é um dispositivo utilizado para medir a dose de radiação ionizante dos trabalhadores ocupacionalmente expostos. Estes monitores são confeccionados em forma de crachá plastificado e são padronizados nas cores: azul para os meses pares, verde para os meses ímpares e vermelho para ser usado em caso de extravio de monitor enviado. Tais monitores são utilizados pelos trabalhadores durante um mês. Após esse período são trocados e encaminhados para o laboratório contratado para leitura da dose mensal recebida pelo trabalhador. Feita a leitura, o laboratório emite o relatório das doses e o envia com a remessa dos monitores do mês seguinte (FLÔR, 2010).

4 O monitor deve ser utilizado na região mais exposta do tronco. A Portaria 453/1998 instrui que o dosímetro deve ser colocado sobre o avental. Recomenda, também, que a dose efetiva média anual não deve exceder os 20 mSv (milisievert) em qualquer período de cinco anos consecutivos, não podendo exceder 50 mSv em nenhum ano. Esclarece, ademais, que a dose equivalente anual não deve exceder 500 mSv para extremidades e 150 mSv para o cristalino (BRASIL, 1998; 2005b).

No que se refere ao controle ocupacional nessa atividade, a Norma Nuclear 3.01, de 2005, da Comissão Nacional de Energia Nuclear (CNEN), assim como a Portaria 453, de 1998, preceituam que os titulares e empregadores devem implantar um programa de saúde ocupacional para avaliação inicial e periódica da aptidão dos trabalhadores ocupacionalmente expostos à radiação ionizante.

Esse programa deve ser baseado nos Princípios Gerais de Saúde Ocupacional, tendo como referência a Norma Regulamentadora NR 7, do Ministério do Trabalho e Emprego, que dispõe sobre o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO). Esse programa menciona os parâmetros para a monitorização da exposição ocupacional a alguns riscos à saúde, entre os quais o risco de exposição à radiação ionizante (BRASIL, 1998, 2004, 2005a, 2005b).

A NR 7 estabelece que o controle ocupacional ocorra no ato da admissão, periodicamente (semestral), no retorno ao trabalho, na mudança de função e quando ocorrer demissão. No desenvolvimento desse controle ocupacional, solicitam-se exames complementares, como hemograma completo e contagem de plaquetas, assim como se avalia o relatório mensal das doses de radiação recebida pelos trabalhadores.

Ainda em complemento a essa legislação, o Estado de Santa Catarina, em 2008, publicou a Instrução Normativa 002, da Diretoria de Vigilância Sanitária (DVS), da Se-

cretaria de Estado da Saúde (SES), determinando que serviços que empregam radiação ionizante são obrigados a enviar ao Centro de Referência Estadual em Saúde do Trabalhador (CEREST) os exames complementares a cada seis meses e o relatório das doses de radiação recebidas por esses trabalhadores mensalmente, relatório esse que também faz parte de tal controle (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CAROLINA, 2008).

Cabe esclarecer que a Convenção Nº 115 da Organização Internacional do Trabalho (OIT), de 1960, já obrigava a adoção de todas as medidas adequadas para “garantir a efetiva proteção de trabalhadores contra as radiações ionizantes”, no que diz respeito à saúde e segurança e de restringir ao nível mais baixo possível a sua exposição (CONVENÇÃO Nº 115, 1960, p. 1).

REFERÊNCIAS

BRASIL. Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde. **Diretrizes de proteção radiológica em radiodiagnóstico médico e odontológico.** Portaria nº. 453, de 1º de junho de 1998. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 1998. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/legis/portarias/453_98.htm. Acesso em: 23 de novembro de 2008.

_____. Ministério da Ciência e Tecnologia. Comissão Nacional de Energia Nuclear. **Norma CNEN NN 3.06, Requisito de radioproteção e segurança para serviços de radioterapia.** Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 1990. disponível em: Disponível em: < <http://www.cnen.gov.br/seguranca/normas/normas.asp>>. Acesso em: 10 de novembro de 2008.

_____. Ministério da Ciência e Tecnologia. Comissão Nacional de Energia Nuclear. **Norma CNEN NN-3.05 - Requisito de radioproteção e segurança para serviços de medicina nuclear para serviços de medicina nuclear.** Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 1996. Disponível em: <<http://www.cnen.gov.br/seguranca/normas/normas.asp>>. Acesso em: 10 novembro 2008.

_____. Ministério do Trabalho. Portaria 3214 de 08 de junho de 1978. Aprova as Normas Regulamentadoras - NR do Capítulo V do Título II da Consolidação das Leis do Trabalho, relativas à Segurança e Medicina do Trabalho. In BRASIL. Ministério do Trabalho. **Manual de Legislação.** 44 ed. São Paulo: Atlas, 2004.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. Norma Regulamentadora nº 32 Segurança e saúde no trabalho em estabelecimentos de saúde. Aprovada pela Portaria 483/2005 de 11 de novembro. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil,** Brasília, DF, 16 nov. 2005(a). Seção 1, p. 80-94.

_____. Ministério da Ciência e Tecnologia. Comissão Nacional de Energia Nuclear. **Resolução CNEN nº. 27/2005. Norma CNEN NN-3.01 - Diretrizes Básicas de Proteção Radiológica.** Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 06 jan. 2005(b). Disponível em: <<http://www.cnen.gov.br/seguranca/normas/normas.asp>> Acesso em: 10 novembro 2008.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria nº 518, de 4 de abril de 2003. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 07 abril. 2003. Seção 1, p. 104.

COFEN. **Resolução nº 211/1998 de 01 de junho:** Dispõe sobre a atuação dos profissionais de Enfermagem que trabalham com radiação ionizante. Disponível em: <<http://site.portalcofen.gov.br/node/4258>>. Acesso em: 26 abr. 2010.

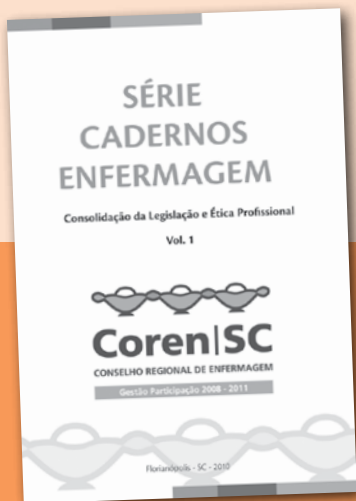
CONVENÇÃO Nº 115. Proteção contra as radiações ionizantes. 1960. Disponível em: <http://www.mte.gov.br/legislacao/convencoes/cv_115.asp>. Acesso em: 17 de maio 2010.

4
FLÔR, Rita de Cássia. **Exposição ocupacional à radiação ionizante em ambiente hospitalar.** 2005. 100 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

_____. **O trabalho da Enfermagem em hemodinâmica e o desgaste dos trabalhadores decorrente da exposição à radiação ionizante,** 2010. 231 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA. Instrução Normativa 002/DIVS/SES de 27 de outubro de 2008. **Diário Oficial [do] Estado de Santa Catarina,** Florianópolis, 27 de outubro de 2008. Disponível em: <www.vigilanciasanitaria.sc.gov.br/index.php?option=com_docman>. Acesso em: 27 setembro 2009.

VAZ, Ana Francisca et al. Implementação do processo de Enfermagem em uma unidade de radioterapia: elaboração de instrumento para registro. **Revista Latino-americana Enfermagem,** São Paulo, v. 10, n. 3, p.288-297, 2002.



Atualização do Vol.1 da Série Cadernos Enfermagem

- Código de Processo Ético-Disciplinar dos Conselhos de Enfermagem, alterado pela Resolução Cofen N° 370, de 3 de novembro de 2010. **Pág. 80**
- Manual de Procedimentos Administrativos para Registro e Inscrição dos Profissionais de Enfermagem. **Pág. 107**
- Resolução da Anvisa, RDC N° 7 - Regulamenta o funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva. **Pág. 108**

CÓDIGO DE PROCESSO ÉTICO-DISCIPLINAR DOS CONSELHOS DE ENFERMAGEM - ALTERADO PELA RESOLUÇÃO COFEN Nº 370, DE 3 DE NOVEMBRO DE 2010.

Em relação ao Vol. 1 da Série Cadernos Enfermagem, que tratou da Consolidação da Legislação e Ética Profissional, este Vol. 2 atualiza o Código de Processo Ético das Autarquias Profissionais de Enfermagem, de acordo com Resolução Cofen Nº 370/2010:

Altera o Código de Processo Ético das Autarquias Profissionais de Enfermagem para aperfeiçoar as regras e procedimentos sobre o processo ético-profissional que envolvem os profissionais de enfermagem e Aprova o Código de Processo Ético.

O Conselho Federal de Enfermagem - COFEN, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela Lei Nº 5.905, de 12 de julho de 1973, e pelo Regimento da Autarquia, aprovado pela Resolução COFEN Nº 242, de 31 de agosto de 2000;

CONSIDERANDO a necessidade de se aperfeiçoar as regras procedimentais e processuais dos processos éticos dos profissionais de enfermagem;

CONSIDERANDO os estudos realizados pela Comissão de Reformulação do Código de Processo Ético das Autarquias Profissionais de Enfermagem, que fora instituída pelo COFEN e as sugestões enviadas pelos Conselhos Regionais de Enfermagem;

CONSIDERANDO o que mais consta do Processo Administrativo COFEN Nº 196/2010.

RESOLVE:

Art. 1º- Aprovar o "CÓDIGO DE PROCESSO ÉTICO DOS CONSELHOS DE ENFERMAGEM", que estabelece as normas procedimentais para serem aplicadas nos processos éticos em toda jurisdição de todos os Conselhos de Enfermagem.

Art. 2º- Os Conselhos Regionais de Enfermagem deverão dar ampla publicidade ao Código de que trata a presente Resolução, devendo os Profissionais de Enfermagem conhecer seu inteiro teor.

Art. 3º- O presente Código de Processo Ético entra em vigor no dia 1º de Janeiro de 2011, revogando as disposições em contrário, em especial a Resolução COFEN Nº 252/2001.

Brasília/DF, 03 de novembro de 2010.

MANOEL CARLOS NERI DA SILVA - COREN-RO Nº 63.592

Presidente

GELSON LUIZ DE ALBUQUERQUE - COREN-SC Nº 25.336

Primeiro-Secretário

CÓDIGO DE PROCESSO ÉTICO-DISCIPLINAR DOS CONSELHOS DE ENFERMAGEM

TÍTULO I - DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º. O presente Código de Processo Ético-Disciplinar contém, sistematizado, o conjunto de normas que regem a aplicação em todo o território nacional pelos Conselhos de Enfermagem, do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

CAPÍTULO I - DO SISTEMA DE APURAÇÃO E DECISÃO DAS INFRAÇÕES ÉTICAS

Art. 2º. Constituem o sistema de apuração e decisão das infrações ético-disciplinares:

- I- Como órgão de admissibilidade: o Plenário do respectivo Conselho, no âmbito de sua competência;
- II- Como órgão de instrução: as comissões criadas em cada Conselho para este fim;
- III- Como órgão de julgamento em primeira instância:
 - a) o Plenário dos Conselhos Regionais de Enfermagem;
 - b) o Plenário do Conselho Federal de Enfermagem, quando se tratar de Conselheiro e Suplente, Federal ou Regional, na forma do art. 6º;
 - c) o Plenário do Conselho Federal, no impedimento e/ou suspeição da maioria absoluta dos Conselheiros efetivos e suplentes do Conselho Regional;
 - d) o Plenário do Conselho Federal, nos processos em que o Plenário do Conselho Regional indicar a pena de cassação.
- IV- Como órgão de julgamento em segunda e última instância:
 - a) o Plenário do Conselho Federal, referente aos recursos das decisões dos Conselhos Regionais de Enfermagem;
 - b) a Assembleia Geral dos Delegados Regionais, referente aos recursos das decisões do Plenário do Conselho Federal, nas hipóteses do inciso anterior, alíneas "b", "c" e "d".

CAPÍTULO II - DA COMPETÊNCIA

Art. 3º. Determinará a competência:

- I- o lugar de inscrição do profissional;
- II- o lugar da infração; e
- III- a prerrogativa de função.

Art. 4º. A competência, por regra, será determinada pelo lugar de inscrição do profissional.

Parágrafo único. Nos casos de cancelamento ou transferência da inscrição, permanecerá competente o Conselho Regional perante o qual se iniciou o processo.

Art. 5º. A competência será determinada pelo lugar da infração, quando o profissional for inscrito em mais de um Conselho.

Art. 6º. A competência pela prerrogativa de função é do Plenário do Conselho Federal, quando se tratar de Conselheiro e Suplente, Federal ou Regional, enquanto durar o mandato.

§ 1º. Cessado o exercício do mandato, deixa o profissional de gozar da prerrogativa de função, devendo o processo ser remetido ao Conselho Regional competente, que dará prosseguimento ao feito.

§ 2º. Em caso de intervenção do Conselho Federal no Conselho Regional, permanecerá a competência pela prerrogativa de função pelo período inicialmente previsto para o término natural do mandato.

CAPÍTULO III - DO IMPEDIMENTO E DA SUSPEIÇÃO

Art. 7º. Está impedido de atuar no processo o membro do Plenário ou da Comissão de Instrução que:

I- ele próprio, seu cônjuge, parente consanguíneo ou afim, em linha reta ou colateral até o terceiro grau, seja parte ou interessado no feito, inclusive quando litigante com qualquer das partes em processo judicial ou administrativo;

II- seja subordinado de qualquer das partes;

III- tenha atuado na primeira instância, pronunciando-se de fato ou de direito sobre a matéria discutida no processo;

IV- seja cônjuge ou tenha relação de parentesco por vínculo de consanguinidade ou afinidade em linha reta ou colateral até o terceiro grau, de defensor, de perito, de funcionário do Conselho que já tenha atuado no processo ou daqueles que tiverem realizado a averiguação prévia; e

V- ele próprio tenha servido como testemunha ou desempenhado qualquer das funções acima, salvo o Conselheiro Relator da fase de admissibilidade, que não está impedido de elaborar o parecer de que tratam os artigos 20 e 26.

§ 1º. As hipóteses de impedimento previstas nos incisos I e II deste artigo se aplicam aos profissionais de que trata o art. 30.

§ 2º. O Conselheiro que tiver realizado procedimento de averiguação prévia, ou participado da Comissão de Instrução, não poderá ser designado o Relator de que trata o art. 110, assim como não poderá votar, sendo-lhe, contudo, permitido o uso da palavra na sessão de julgamento.

Art. 8º. Pode ser arguida a suspeição de profissional indicado para realizar averiguação prévia, de membro do Plenário ou da Comissão de Instrução que:

I- seja amigo íntimo ou inimigo capital de qualquer das partes;

II- esteja ele, seu cônjuge, ascendente ou descendente respondendo a processo por fato análogo;

III- ele próprio, seu cônjuge, parente consanguíneo, ou afim até o terceiro grau, seja litigante em processo que tenha de ser julgado por qualquer das partes;

IV- tenha aconselhado qualquer das partes;

V- seja credor ou devedor, tutor ou curador de qualquer das partes; e

VI- seja sócio, acionista ou administrador de pessoa jurídica envolvida ou interessada no processo.

Art. 9º. O impedimento ou a suspeição decorrente de parentesco por casamento ou união estável cessa com a dissolução do respectivo vínculo entre os cônjuges ou companheiros, salvo sobrevivendo descendente.

Parágrafo único. Ainda que dissolvido o casamento ou união estável sem descendentes, não poderá atuar como membro do Plenário ou da Comissão de Instrução, o(a) sogro(a), padrasto/madrasta, o(a) cunhado(a), o genro, a nora ou enteado(a) de quem for parte no processo.

Art. 10. A suspeição não poderá ser declarada, nem reconhecida, quando a parte injuriar membro do Plenário ou da Comissão de Instrução ou, propositadamente, oferecer motivo para criá-la.

Art. 11. Os membros do Plenário ou da Comissão de Instrução, quando houver impedimento ou suspeição, abster-se-ão de atuar no processo, o que devem declarar nos autos, sob pena de responsabilidade.

Parágrafo único. Observar-se-á, neste caso, o disposto no § 2º do art. 7º deste Código.

Art. 12. O impedimento poderá ser arguido e reconhecido em qualquer fase do processo.

Art. 13. A suspeição deverá ser alegada na defesa prévia ou, se superveniente, na primeira oportunidade que a parte tiver para manifestar nos autos, sob pena de preclusão.

Art. 14. Arguido o impedimento ou a suspeição pela parte, o membro arguido, de forma justificada, deverá se manifestar no prazo de 5 (cinco) dias sobre o reconhecimento ou não da arguição.

§ 1º. Reconhecido pelo membro arguido o impedimento ou a suspeição, o Presidente do Conselho, no prazo de 5 (cinco) dias, nomeará membro substituto.

§ 2º. Não reconhecido pelo membro arguido o impedimento ou a suspeição, o feito terá regular prosseguimento, devendo a questão ser apreciada pelo Plenário do Conselho na ocasião do julgamento do processo.

CAPÍTULO IV - DAS PARTES

Art. 15. São partes do processo:

- I- as pessoas físicas ou jurídicas que o iniciem por meio de denúncia; e
- II- o profissional indicado como autor da infração.

Art. 16. As partes poderão ser representadas por advogado constituído nos autos por meio de procuração, em qualquer fase do processo.

TÍTULO II - DOS PROCEDIMENTOS E DO PROCESSO ÉTICO

CAPÍTULO I - DA ADMISSIBILIDADE

Art. 17. O procedimento ético-disciplinar inicia-se de ofício ou por denúncia.

Art. 18. Inicia-se de ofício quando o Presidente do Conselho vier a saber, através de auto de infração, ou por qualquer meio, de fato que tenha característica de infração ética ou disciplinar.

Art. 19. Nos casos previstos no artigo anterior, quando o fato não contiver elementos suficientes para a instauração do processo ético-disciplinar, o Presidente do Conselho determinará à fiscalização que proceda a apuração do ocorrido e fixará prazo para emissão de relatório circunstanciado.

Art. 20. Recebido o relatório circunstanciado, o Presidente do Conselho, no prazo de 5 (cinco) dias, determinará a juntada de certidão de situação cadastral, financeira e de antecedentes éticos, e designará Conselheiro Relator para emitir, no prazo de 10 (dez) dias, parecer fundamentado, esclarecendo se o fato tem indícios de infração ética ou disciplinar e indicando os artigos supostamente infringidos do Código de Ética, ou de outras normas do Sistema Cofen/Conselhos Regionais, bem como se preenche as condições de admissibilidade, após o que o parecer será submetido à deliberação do Plenário.

Art. 21. A denúncia é o ato pelo qual se atribui a alguém a prática de infração ética ou disciplinar.

Art. 22. A denúncia será apresentada por escrito ou, quando verbal, reduzida a termo por servidor ou Conselheiro contendo os seguintes requisitos:

- I- Presidente do Conselho a quem é dirigida;
- II- nome, qualificação e endereço do denunciante;
- III- narração objetiva do fato ou do ato, se possível com indicação de localidade, dia, hora, circunstâncias e nome do autor da infração;
- IV- o nome e endereço de testemunhas, quando houver;
- V- documentos relacionados ao fato, quando houver; e
- VI- assinatura do denunciante ou representante legal.

Art. 23. A denúncia é irretratável, salvo nos casos em que houver conciliação.

§ 1º. Em se tratando de denúncia em que o fato se circunscreva às pessoas do denunciante e do denunciado, e não resulte em óbito, poderá ser realizada audiência prévia de conciliação pelo Conselheiro Relator, possibilitando o arquivamento mediante retração ou ajustamento de conduta.

§ 2º. O denunciado que tenha descumprido conciliação anteriormente realizada, ainda que por fato e em processo diverso, não terá direito ao benefício.

Art. 24. Apresentada a denúncia, o Presidente do Conselho, no prazo de 5 (cinco) dias, determinará a juntada de certidão de situação cadastral, financeira e de antecedentes éticos e designará Conselheiro Relator.

Art. 25. O Conselheiro Relator, preliminarmente, no caso previsto no § 1º do art. 23, poderá designar, no prazo de 5 (cinco) dias, audiência de conciliação, que deverá ser realizada em no máximo 30 (trinta) dias.

§ 1º. Ocorrendo a conciliação, o Conselheiro Relator lavrará o termo conciliatório e encaminhará os autos ao Presidente do Conselho que incluirá o processo na pauta da primeira reunião do, Plenário para homologação e arquivamento, ato contra o qual não caberá recurso.

§ 2º. Não ocorrendo, por qualquer motivo, a conciliação, o Conselheiro Relator prosseguirá na forma do artigo seguinte.

§ 3º. A conciliação poderá ocorrer em qualquer fase do processo por manifestação expressa das partes.

Art. 26. Quando não couber conciliação, o Conselheiro Relator deverá, no prazo de 10 (dez) dias, emitir parecer fundamentado, esclarecendo se o fato tem indícios de infração ética ou disciplinar e indicando os artigos supostamente infringidos do Código de Ética, ou de outras normas do Sistema Cofen/Conselhos Regionais, bem como se preenche as condições de admissibilidade, após o que o parecer será submetido à deliberação do Plenário.

§ 1º. Em caso de necessidade, para subsidiar o parecer, o Conselheiro Relator poderá realizar ou solicitar averiguação prévia, interrompendo-se o prazo previsto no caput deste artigo.

§ 2º. A deliberação do Plenário terá início após a leitura do parecer do Conselheiro Relator, que emitirá seu voto.

§ 3º. A seguir, será franqueada a palavra aos demais Conselheiros, ocasião em que poderão solicitar vista, desde que devidamente fundamentada, e, caso seja concedida, a votação será suspensa até a próxima reunião de Plenário.

§ 4º. Apresentado voto divergente, será retomada a votação.

Art. 27. São condições de admissibilidade:

- I- ser o denunciado profissional de enfermagem ao tempo do fato que deu origem ao processo;
- II- a identificação do denunciado;
- III- dos fatos relatados decorrerem indícios de infração ética e/ou disciplinar prevista no Código de Ética, ou de outras normas do Sistema Cofen/Conselhos Regionais;
- IV- haver, após a averiguação prévia, elementos suficientes para a instauração do processo ético-disciplinar; e
- V- não estiver extinta a punibilidade pela prescrição.

Art. 28. A deliberação do Plenário sobre a admissibilidade, como ato de instauração ou de arquivamento, deverá ser redigida no prazo de 5 (cinco) dias, pelo Conselheiro

Relator, ou pelo Conselheiro condutor do voto vencedor, sob forma de Decisão, que a assinará conjuntamente com a Presidência, contendo, no mínimo:

- I- a qualificação do denunciado;
- II- o número do parecer aprovado pelo Plenário;
- III- a data da reunião do Plenário que deliberou sobre o arquivamento ou instauração do processo;
- IV- a indicação dos dispositivos do Código de Ética, ou de outras normas do Sistema Cofen/ Conselhos Regionais, supostamente infringidos pelo denunciado; e
- V- a assinatura do Conselheiro condutor do voto vencedor e do Presidente do Conselho.

Art. 29. Deliberando o Plenário pela instauração do processo ético-disciplinar, o Presidente do Conselho designará Comissão de Instrução, por Portaria, para apuração dos fatos, encerrando-se a fase de admissibilidade.

CAPÍTULO II - DA AVERIGUAÇÃO PRÉVIA

Art. 30. A averiguação prévia poderá ser realizada pelo Relator, por fiscal do Conselho, por um profissional de enfermagem ou por Comissão composta de até 3 (três) membros do quadro de inscritos, que estejam adimplentes com suas obrigações relativas ao Conselho e não respondam a processo ético.

Art. 31. A averiguação prévia consiste em procedimento sumário, preliminar, sem contraditório e ampla defesa, com a finalidade específica de colher elementos formadores da convicção, para determinar a instauração do processo ético-disciplinar ou o arquivamento da denúncia.

Art. 32. Na averiguação prévia poderão ser adotadas diligências, tais como:

- I- requisição e juntada de documentos e provas materiais;
- II- convocação dos envolvidos ou de testemunha para esclarecimento, que poderá ser escrito ou verbal, reduzido a termo, sem prejuízo do direito à ampla defesa, a ser exercido no momento oportuno; e
- III- inspeção in loco.

Art. 33. O prazo para apresentar o relatório de averiguação prévia é de 30 (trinta) dias a contar de sua solicitação.

CAPÍTULO III - DOS ATOS PROCESSUAIS

Art. 34. O Presidente do Conselho determinará a autuação da denúncia ou outro ato inaugural do processo ou do procedimento ético-disciplinar, por funcionário, que deverá mencionar a natureza do feito, o número do registro, os nomes das partes e a data do seu início.

Art. 35. O processo terá a forma de autos judiciais e os termos de juntada, vista, conclusão e outros semelhantes constarão de notas datadas e rubricadas pelo funcionário responsável pela autuação do procedimento ético-disciplinar na fase de admissibilidade e, quando instaurado o processo ético-disciplinar, pela Comissão de Instrução ou funcionário auxiliar da Comissão.

Art. 36. As peças juntadas, os despachos, os pareceres, as decisões, as citações, as intimações e as notificações serão numerados em ordem cronológica e numérica pelo funcionário do Conselho ou por membro da Comissão de Instrução, sendo facultado às partes, aos advogados, aos fiscais e às testemunhas rubricar as folhas correspondentes aos atos nos quais intervieram.

Art. 37. O direito de consultar os autos e de pedir certidões de seus atos é restrito às partes e a seus procuradores, sendo facultado a terceiros que demonstrem e justifiquem o interesse jurídico no feito em petição dirigida ao presidente da Comissão de Instrução.

Art. 38. Os atos processuais realizar-se-ão, de ordinário, na sede do Conselho, podendo ser realizados em outro lugar por necessidade da Comissão de Instrução ou por solicitação fundamentada das partes, desde que acolhida pela Comissão de Instrução.

Art. 39. O processo tramitará em sigilo, até seu término, quanto à identidade do profissional denunciado.

§ 1º. Estende-se o dever de sigilo à Comissão de Instrução, aos Conselheiros e a todos aqueles que dele tomarem conhecimento em razão de ofício.

§ 2º. Os atos do processo serão realizados em caráter reservado.

CAPÍTULO IV - DA COMUNICAÇÃO DOS ATOS

SEÇÃO I - DA CITAÇÃO

Art. 40. Citação é o ato pelo qual se chama o denunciado ao processo para defender-se, indispensável para a validade do processo ético-disciplinar.

Art. 41. A citação poderá ser feita:

- I- por servidor do Conselho, por meio de mandado;
- II- por carta registrada com aviso de recebimento pelos Correios; e
- III- por edital, quando inacessível, incerto ou não sabido, e esgotados todos os meios de localizar o endereço do denunciado.

Art. 42. São requisitos formais da citação:

- I- o nome do denunciante e do denunciado, nos procedimentos ético-disciplinares iniciados por denúncia;

- II- o nome do denunciado e do Conselho, nos procedimentos ético-disciplinares iniciados de ofício;
- III- endereço residencial do denunciado, quando conhecido;
- IV- endereço do local de trabalho do denunciado, quando não conhecido o residencial;
- V- o fim para que é feita a citação;
- VI- a indicação do prazo em que se deverá apresentar defesa prévia, com advertência dos efeitos da revelia;
- VII- a assinatura do Presidente da Comissão de Instrução;
- VIII- a fotocópia da denúncia, ou do documento que deu origem aos procedimentos ético-disciplinares iniciados de ofício; e
- IX- a fotocópia da Decisão do Plenário pela instauração do processo ético-disciplinar, acompanhada do Parecer do relator ou do condutor do voto vencedor.

Art. 43. Não sendo conhecido o endereço do denunciado, ou restando infrutífera a citação pessoal ou por carta registrada, e certificando-se esta condição nos autos, a citação será feita por edital.

§1º. A publicação do edital na imprensa oficial ou em jornal de grande circulação e no sítio eletrônico do Conselho de Enfermagem respectivo deve ser certificada nos autos, juntando-se cópia do meio, impresso ou eletrônico, em que foi divulgada.

§2º. Na hipótese deste artigo, o prazo para defesa será de 15 (quinze) dias a partir da data de juntada, nos autos, da publicação do edital.

Art. 44. O processo ético-disciplinar seguirá sem a presença do denunciado quando, regularmente citado ou intimado para qualquer ato, deixar de comparecer sem motivo justificado.

Art. 45. O desatendimento da citação ou da intimação, ou a renúncia pela parte ao direito de defesa e à prática dos atos processuais não importam em reconhecimento da verdade dos fatos.

§ 1º. No prosseguimento do processo, será garantido às partes o direito de ampla defesa e contraditório.

§ 2º. O comparecimento espontâneo do denunciado aos atos processuais ou a prática do ato objeto da comunicação supre a sua falta ou a irregularidade.

SEÇÃO II - DA INTIMAÇÃO

Art. 46. Na intimação das partes, testemunhas e demais pessoas que devam tomar conhecimento de qualquer ato, será observado, no que for aplicável, o disposto para as citações, devendo conter, além dos requisitos previstos nos incisos I, II, III e IV do art. 42, o seguinte:

- I- data, hora e local em que o intimado deve comparecer;

- II- se o intimado deve comparecer pessoalmente, ou fazer-se representar; e
- III- a informação da continuidade do processo, independentemente de seu comparecimento.

Art. 47. Devem ser objeto de intimação os atos do processo que resultem, para as partes, em imposição de deveres, ônus, sanções ou restrições ao exercício de direitos e atividades e atos de outra natureza de seu interesse.

§ 1º. A intimação observará a antecedência mínima de 3 (três) dias úteis, quanto à data de comparecimento.

§ 2º. Nenhum ato da instrução poderá ser praticado sem a prévia intimação das partes e de seus defensores.

§ 3º. É válida a intimação efetuada por ciência nos autos pela parte ou por seu defensor constituído, e certificada por funcionário do Conselho ou pelo Secretário da Comissão de Instrução.

SEÇÃO III - DAS NOTIFICAÇÕES

Art. 48. Quando necessário, serão notificados ao chefe imediato, o dia e o horário designado para as partes ou testemunhas comparecerem aos atos do processo.

Art. 49. As notificações serão utilizadas para comunicar às partes e seus defensores, legalmente constituídos ou nomeados, Conselheiros relatores, membros da Comissão de Instrução e fiscais do Conselho, das nomeações, determinações e despachos, para que possam praticar certos atos processuais.

SEÇÃO IV - DA CARTA PRECATÓRIA

Art. 50. As comunicações entre os Conselhos serão feitas mediante ofícios ou cartas precatórias.

Art. 51. Os ofícios ou as cartas precatórias independem de remessa pela Presidência do Conselho, podendo ser encaminhados pelo Presidente da Comissão de Instrução diretamente aos Presidentes dos Conselhos.

Art. 52. A carta precatória será expedida mediante registro postal, ou outro meio eficaz, devendo ser instruída, quando houver, com os seguintes documentos e dados:

- I- indicação do Conselho de origem e de cumprimento do ato;
- II- a finalidade a que se refere;
- III- cópia da denúncia ou do documento que a tiver instaurado de ofício;
- IV- cópia da decisão que ensejou a instauração do processo;
- V- relatório de apuração; e
- VI- questionário para as testemunhas, previamente elaborado pela Comissão de Instrução.

Art. 53. O Presidente da Comissão de Instrução mandará trasladar, na carta precatória, quaisquer outras peças, bem como instruí-la com documentos dos autos, sempre que estes devam ser examinados na diligência pelas partes, peritos ou testemunhas, ou facilitar o cumprimento da precatória pelo deprecado.

Art. 54. A expedição da carta precatória não suspenderá a instrução do processo, mas impedirá a conclusão dos trabalhos da Comissão, devendo ser juntada aos autos após a sua devolução.

Art. 55. Recebida a carta precatória, o Presidente do Conselho deprecado designará, no prazo de 5 (cinco) dias, Conselheiro ou Fiscal para executar as ordens solicitadas no prazo de 30 (trinta) dias, podendo ser prorrogado por uma única vez, mediante requerimento justificado dirigido ao Presidente do Conselho deprecado.

Parágrafo único. Poderá o Presidente do Conselho deprecado recusar a carta precatória, se esta não estiver corretamente instruída.

Art. 56. A carta precatória poderá ter caráter itinerante, antes ou depois de lhe ser ordenado o cumprimento, e poderá ser apresentada ao Conselho Regional de Enfermagem diverso do que dela consta, a fim de se praticar o ato e facilitar seu cumprimento.

Art. 57. Cumprida a carta precatória ou transcorrido o prazo máximo de 60 (sessenta) dias do recebimento da carta pelo Conselho deprecado, sem o seu cumprimento, esta deverá ser devolvida ao Presidente da Comissão de Instrução do Conselho deprecante, justificando os motivos da impossibilidade de seu cumprimento, independentemente de traslado, no prazo de 5 (cinco) dias.

CAPÍTULO V - DOS PRAZOS

Art. 58. Todos os prazos serão contínuos e peremptórios, não se interrompendo por férias, sábados, domingos ou feriados.

Art. 59. Não se computará no prazo o dia do começo, incluindo-se, porém, o do vencimento.

Art. 60. O término dos prazos será certificado nos autos pelo Secretário da Comissão de Instrução ou funcionário auxiliar da Comissão, sendo considerado findo o prazo, ainda que omitida aquela formalidade, se feita a prova do dia em que começou a correr.

Art. 61. O prazo que terminar ou se iniciar em dias em que não houver expediente no Conselho de Enfermagem, ou em que o expediente se encerrar antes do horário normal, será considerado prorrogado até o dia útil imediato.

Art. 62. Salvo os casos expressos, os prazos correrão a partir:

- I- da juntada do comprovante ou da contrafé da citação, da intimação ou da notificação nos autos;

- II- da audiência ou sessão em que for proferida a decisão, se a ela estiver presente a parte; e
- III - do dia em que a parte manifestar, nos autos, ciência inequívoca do despacho, ou da decisão.

Art. 63. Não havendo prazo estipulado neste Código para o respectivo ato e nem definido pelo Presidente do Conselho ou da Comissão de Instrução, este será de 5 (cinco) dias para a sua prática.

CAPÍTULO VI - DA COMISSÃO DE INSTRUÇÃO

Art. 64. A Comissão de Instrução tem por finalidade organizar e instruir o processo ético-disciplinar, visando à apuração dos fatos descritos na decisão de admissibilidade e instauração do processo, realizando todos os atos necessários à busca da verdade, com estrita observância aos princípios da ampla defesa e do contraditório.

§ 1º. A Comissão de Instrução será composta de até 3 (três) membros, de categoria igual ou superior à do denunciado, escolhidos dentre os inscritos no Conselho de Enfermagem.

§ 2º. A Comissão de Instrução será obrigatoriamente composta de Presidente e Secretário e, se formada por três membros, de um Vogal.

§ 3º. O membro designado para compor a Comissão de Instrução abster-se-á de servir no processo, quando houver impedimento ou suspeição, o que declarará nos autos ou poderá ser arguido pelas partes em qualquer fase do processo.

§ 4º. Não poderá ser membro da Comissão de Instrução o profissional que esteja respondendo a processo ético-disciplinar, ou que esteja inadimplente com suas obrigações junto ao Conselho.

Art. 65. Compete à Comissão de Instrução:

- I- ouvir as partes e as testemunhas, em audiência previamente marcada;
- II- determinar a oitiva das pessoas que estejam envolvidas ou tenham conhecimento dos fatos, independentemente daquelas arroladas pelas partes;
- III- colher todas as provas necessárias para o esclarecimento do fato e de suas circunstâncias;
- IV- proceder ao reconhecimento de pessoas e coisas, bem como à acareação, quando necessário;
- V- solicitar perícias e demais procedimentos ou diligências considerados necessários à perfeita instrução do processo e à busca da verdade real dos fatos;
- VI- verificar os antecedentes profissionais do denunciado; e
- VII- ultimar a instrução do processo ético-disciplinar, elaborar relatório conclusivo de seus trabalhos e encaminhá-lo ao Presidente do Conselho.

§ 1º. Os atos da Comissão de Instrução serão, de regra, realizados na sede do Conselho em que tramitar o processo.

§ 2º. A Comissão de Instrução poderá utilizar integrantes do quadro de funcionários e a estrutura administrativa do Conselho para a prática de atos de sua competência, tais **como:**

- I-** digitar os depoimentos tomados em audiência;
- II-** redigir os atos processuais determinados e encaminhá-los ao Secretário da Comissão de Instrução para tomar as devidas assinaturas;
- III-** formalizar e expedir as correspondências legais, após determinação da Comissão; e
- IV-** realizar e registrar os atos processuais de mera movimentação.

Art. 66. Incumbe ao Presidente da Comissão de Instrução:

- I-** convocar e presidir as reuniões da Comissão;
- II-** determinar a citação do denunciado;
- III-** determinar a intimação das partes, seus procuradores e testemunhas;
- IV-** designar, previamente, as datas das audiências;
- V-** tomar depoimentos;
- VI-** solicitar perícias, provas ou diligências necessárias;
- VII-** estar presente aos atos da Comissão, assinar termos, relatórios e documentos por ela elaborados;
- VIII-** decidir sobre a juntada ou o desentranhamento de documentos do processo;
- IX-** verificar e sanear irregularidades do processo;
- X-** designar defensor dativo, quando for o caso;
- XI-** decidir sobre a necessidade de arrolar maior número de testemunhas pelas partes;
- XII-** indeferir pedidos considerados impertinentes, meramente protelatórios, ou de nenhum interesse para o esclarecimento dos fatos;
- XIII-** solicitar, por escrito, ao Presidente do Conselho, assessoramento técnico e científico sempre que julgar necessário ao processo;
- XIV-** coordenar a elaboração do relatório final;
- XV-** solicitar, se for o caso, prorrogação de prazos para a realização de trabalhos e diligências; e
- XVI-** proceder ao encerramento dos trabalhos da Comissão.

Art. 67. Ao Secretário da Comissão de Instrução incumbe:

- I-** secretariar as reuniões e substituir o Presidente em sua ausência;
- II-** supervisionar e acompanhar os trabalhos da Comissão ou de seus auxiliares;
- III-** redigir atas de reuniões e os termos de depoimentos, inquirições, acareações, ou de qualquer outra atividade da Comissão;
- IV-** organizar o processo, colocando em ordem cronológica, de juntada, os documentos que o constituem, numerando-os e rubricando-os; e
- V-** providenciar a elaboração e a expedição de intimações, notificações, requerimentos, ofícios e demais atos necessários à instrução do processo.

Art. 68. Ao Vogal da Comissão de Instrução incumbe substituir o Secretário, na ausência deste.

Art. 69. A Comissão de Instrução concluirá seus trabalhos no prazo de 120 (cento e vinte) dias, contados do recebimento dos autos, prazo esse prorrogável por igual período pelo Presidente do Conselho, mediante solicitação justificada do Presidente da Comissão.

CAPÍTULO VII - DA INSTRUÇÃO

Art. 70. O Presidente da Comissão de Instrução, após notificado de sua nomeação e da instauração do processo ético-disciplinar pelo Plenário, deverá determinar, no prazo de 5 (cinco) dias, a citação do denunciado para apresentar defesa prévia, no prazo de 15 (quinze) dias.

Art. 71. Na defesa prévia, o denunciado poderá arguir preliminares e alegar tudo o que interesse à sua defesa, expondo as razões de fato e de direito; oferecer documentos e justificações; especificar as provas pretendidas e arrolar até três testemunhas, qualificando-as e requerendo sua intimação, quando necessário.

Art. 72. Regularmente citado, e não apresentando defesa no prazo legal, o denunciado será declarado revel nos autos e, caso não tenha constituído defensor, o Presidente da Comissão de Instrução nomeará um defensor dativo para apresentar a defesa no prazo de 15 (quinze) dias, a contar da nomeação.

§ 1º. A nomeação de defensor dativo deverá recair em profissional de enfermagem de categoria igual ou superior ao denunciado, desde que não exerça a função de Conselheiro do Sistema Cofen / Conselhos Regionais de Enfermagem; ou, facultativamente, em advogado que não seja Procurador do Sistema Cofen / Conselhos Regionais de Enfermagem.

§ 2º. O denunciado revel poderá intervir em qualquer fase do processo, não lhe sendo, contudo, devolvidos os prazos vencidos.

Art. 73. Recebida a defesa prévia, o Presidente da Comissão de Instrução, conforme o caso, determinará a realização das diligências que entender pertinentes e designará dia, hora e local para ouvir as partes, as testemunhas arroladas e as determinadas pela Comissão, observados os prazos mínimos para realização dos atos preparatórios de intimações e notificações.

Art. 74. Na audiência de instrução, deverá proceder-se à tomada de declarações do ofendido, a inquirição das testemunhas arroladas pela acusação e pela defesa, nesta ordem; bem como aos esclarecimentos das diligências, às acareações e ao reconhecimento de pessoas e coisas, interrogando-se, em seguida, o denunciado.

Art. 75. Às partes, será concedido o prazo de 3 (três) dias, após intimação, para impugnação de documentos novos.

Art. 76. Surgindo, em qualquer momento da fase de instrução, provas de elementos ou circunstâncias da infração ético-disciplinar, não referidas pelo Conselheiro Relator na fase de admissibilidade, deverá a Comissão de Instrução intimar as partes para manifestação no prazo de 5 (cinco) dias, ocasião em que poderão produzir provas.

Art. 77. Encerrada a instrução processual, o Presidente da Comissão determinará a intimação das partes para apresentação das alegações finais, no prazo de 10 (dez) dias.

Art. 78. Concluído o procedimento, a Comissão de Instrução elaborará relatório dos trabalhos realizados, contendo a narrativa objetiva dos fatos apurados, os apontamentos das provas testemunhais e materiais colhidas, emitindo conclusão fundamentada sobre a caracterização da infração ético-disciplinar.

Parágrafo único. No relatório da Comissão não poderá conter indicação de penalidade a ser imposta.

Art. 79. Entregue o relatório, o Presidente do Conselho determinará a extração de cópias, ou a remessa em arquivo digital para os membros do Plenário das seguintes peças: parecer inicial, defesa prévia, laudos periciais, alegações finais, relatório final.

Parágrafo único. O Presidente do Conselho distribuirá os autos, no prazo de 5 (cinco) dias, a um Conselheiro, que emitirá parecer conclusivo para julgamento do Plenário.

SEÇÃO I - DAS TESTEMUNHAS

Art. 80. Toda pessoa poderá ser testemunha.

Art. 81. A testemunha fará, sob palavra de honra, a promessa de dizer a verdade do que souber e lhe for perguntado, devendo declarar seu nome, idade, estado civil, residência, profissão, lugar onde exerce sua atividade, se é parente, e em que grau, de alguma das partes, quais suas relações com qualquer delas; e relatar o que souber, explicando sempre as razões de sua ciência, ou as circunstâncias pelas quais a Comissão possa avaliar sua credibilidade.

Parágrafo único. Não se deferirá o compromisso a que alude o artigo aos doentes e deficientes mentais e aos menores de 18 (dezoito) anos, nem às pessoas referidas no art. 83.

Art. 82. O depoimento será prestado oralmente, não sendo, entretanto, vedada à testemunha breve consulta a apontamentos.

Art. 83. A testemunha, quando profissional de enfermagem, não poderá eximir-se da obrigação de depor. Poderá, entretanto, recusar-se a fazê-lo se for ascendente ou descendente, ou afim em linha reta; cônjuge, ainda que separado; irmão, pai, mãe ou filho do denunciado, salvo quando não for possível, por outro modo, obter-se ou integrar-se a prova do fato de suas circunstâncias.

Art. 84. O Presidente da Comissão de Instrução, quando julgar necessário, poderá ouvir outras testemunhas além das indicadas pelas partes.

Art. 85. As testemunhas serão inquiridas, cada uma de per si, de modo que uma não saiba nem ouça os depoimentos das outras, devendo o Presidente adverti-las das penas cominadas ao falso testemunho.

Art. 86. Se o Presidente da Comissão de Instrução reconhecer que alguma testemunha, quando profissional de enfermagem, fez afirmação falsa, calou ou negou a verdade, remeterá cópia do depoimento à Presidência do Conselho para as providências cabíveis.

Art. 87. As perguntas poderão ser formuladas pelas partes diretamente às testemunhas, podendo o Presidente da Comissão de Instrução indeferir aquelas que possam induzir a resposta, não tenham relação com a causa ou importem na repetição de outra já respondida e, complementar a inquirição sobre os pontos não esclarecidos.

§ 1º. Deverão constar na ata da audiência as perguntas que a testemunha deixar de responder, juntamente com as razões de sua abstenção.

§ 2º. O procurador das partes poderá assistir ao interrogatório bem como à inquirição das testemunhas, sendo-lhe vedado interferir nas perguntas e respostas, mas facultado reinquiri-las, diretamente ou por intermédio do Presidente da Comissão.

Art. 88. O Presidente da Comissão não permitirá que a testemunha manifeste suas apreciações pessoais, salvo quando inseparáveis da narrativa do fato.

Art. 89. Antes de iniciado o depoimento, as partes poderão contraditar a testemunha ou arguir circunstâncias ou defeitos que a tornem suspeita de parcialidade ou indigna de fé.

Parágrafo único. O Presidente da Comissão fará consignar a contradita ou arguição e a resposta da testemunha, mas só não lhe deferirá compromisso legal nos casos do art. 83.

Art. 90. Na redação do depoimento, o Secretário da Comissão de Instrução ou funcionário auxiliar designado deverá cingir-se, tanto quanto possível, às expressões usadas pelas testemunhas, reproduzindo fielmente suas frases.

Parágrafo único. No caso de digitação por funcionário auxiliar, este se restringirá ao registro da versão, frases e expressões determinadas pela Comissão de Instrução.

Art. 91. O depoimento da testemunha será reduzido a termo e será assinado por ela, pelo Presidente da Comissão, demais membros presentes na audiência, pelas partes e seus procuradores.

Art. 92. O Presidente da Comissão de Instrução certificará a ocorrência nos autos e extrairá cópias à Presidência do Conselho para a adoção das medidas cabíveis quando a testemunha, regularmente intimada e sendo profissional de enfermagem, deixar de comparecer sem motivo justificado.

Art. 93. As pessoas impossibilitadas, por enfermidade ou por velhice, de comparecer para depor, poderão ser inquiridas onde estiverem. Se qualquer testemunha houver de ausentar-se ou, por enfermidade ou por velhice, inspirar receio de que, ao tempo da instrução, já não exista, o Presidente da Comissão poderá, de ofício ou a requerimento de qualquer das partes, tomar-lhe antecipadamente o depoimento.

Art. 94. Os Conselheiros Federais e Regionais, efetivos ou suplentes, tanto quanto as autoridades do governo, quando arrolados como testemunhas, serão inquiridos em local, dia e hora, previamente ajustados entre eles e o Presidente da Comissão de Instrução, e poderão optar pela prestação de depoimento, por escrito, caso em que as perguntas formuladas pelas partes lhes serão transmitidas por ofício.

Art. 95. A testemunha residente no interior do Estado poderá ser ouvida em seu domicílio, ou outro local previamente indicado, devendo seu depoimento ser tomado por pessoa designada pelo Presidente do Conselho, mediante Portaria, acompanhada dos documentos necessários para o ato.

Art. 96. A testemunha que morar fora da área de jurisdição do Conselho será inquirida por meio de carta precatória, devendo ser intimadas as partes.

SEÇÃO II - DO INTERROGATÓRIO DO DENUNCIADO

Art. 97. O denunciado, regularmente intimado para audiência de inquirição, será qualificado e interrogado na presença de seu defensor, se houver constituído; cientificado do inteiro teor da acusação e informado pelo Presidente da Comissão do seu direito de permanecer calado e de não responder perguntas que lhe forem formuladas.

Parágrafo único. O silêncio, que não importará em confissão, não poderá ser interpretado em prejuízo da defesa, mas poderá constituir elemento para a formação do convencimento da Comissão de Instrução.

Art. 98. Havendo mais de um denunciado, estes serão interrogados separadamente.

Art. 99. O interrogatório será constituído de duas partes: sobre a pessoa do denunciado e sobre os fatos.

§ 1º. Na primeira parte, ao interrogado será perguntado:

- I- sobre residência, profissão, lugar onde exerce sua atividade, informações familiares e sociais;
- II- sobre vida pregressa, notadamente se responde a algum processo judicial ligado ao caso e às imputações de infração ético-disciplinar ora apurada; e
- III- se já processado judicialmente sobre estas questões, qual o juízo do processo, se houve suspensão condicional ou condenação, qual a pena imposta e se a cumpriu.

§ 2º. Na segunda parte ser-lhe-á perguntado:

- I- se verdadeira a acusação que lhe é feita;

II- não sendo verdadeira a acusação, se tem algum motivo particular a que atribuí-la, se conhece a pessoa ou pessoas a quem deva ser imputada a prática da infração ético-disciplinar, e quais sejam, e se com elas esteve, antes ou depois da prática da infração;

III- onde estava ao tempo em que foi cometida a infração e se teve notícia desta;

IV- se conhece as provas já apuradas;

V- se conhece as vítimas e testemunhas já inquiridas ou por inquirir, desde quando, e se tem algo alegar contra elas;

VI- se sabe como foi praticado o ato;

VII- todos os demais fatos e pormenores que conduzam à elucidação dos antecedentes e circunstâncias da infração; e

VIII- se tem algo mais a alegar em sua defesa.

Art. 100. Após o interrogatório, o Presidente da Comissão indagará das partes se restou algum fato a ser esclarecido, formulando as perguntas correspondentes, se o entender pertinente e relevante.

Art. 101. Se o interrogado negar a acusação, no todo ou em parte, poderá prestar esclarecimentos e indicar provas.

Art. 102. Se confessar a autoria, será perguntado sobre os motivos e as circunstâncias do fato e se outras pessoas concorreram para a prática da infração, indicando quais sejam.

Parágrafo único. A confissão, quando feita fora do interrogatório, será tomada por termo nos autos.

SEÇÃO III - DA ACAREAÇÃO

Art. 103. A acareação será admitida sempre que os depoentes divergirem em suas declarações sobre fatos ou circunstâncias relevantes.

Parágrafo único. Os acareados serão reperguntados para que expliquem os pontos divergentes, reduzindo-se a termo o ato de acareação.

SEÇÃO IV - DA PROVA DOCUMENTAL

Art. 104. Salvo os casos expressos em lei, as partes poderão apresentar documentos em qualquer fase do processo.

Art. 105. Consideram-se documentos quaisquer escritos, instrumentos ou papéis, públicos ou particulares.

Art. 106. A Comissão de Instrução poderá providenciar a juntada de documentos relacionados ao objeto do processo, independentemente de requerimento das partes.

SEÇÃO V - DA PROVA PERICIAL

Art. 107. A prova pericial consiste em exame, vistoria ou avaliação.

Parágrafo único. A perícia não poderá ser realizada quando:

- I- a prova do fato não depender de conhecimento especial;
- II- for desnecessária, em vista de outras provas produzidas; e
- III- a sua realização for impraticável.

Art. 108. A perícia será realizada nos termos indicados pela Comissão de Instrução, seguindo as normas subsidiárias, especialmente o Código de Processo Penal.

Art. 109. As despesas com a perícia correrão por conta da parte interessada na prova, apresentando-se o recibo nos autos.

TÍTULO III - DO JULGAMENTO EM PRIMEIRA INSTÂNCIA

CAPÍTULO I - DO JULGAMENTO

Art. 110. Recebido o processo da Comissão de Instrução, o Presidente do Conselho, no prazo de 5 (cinco) dias, designará um Conselheiro Relator para a emissão de parecer conclusivo.

Parágrafo único. A designação de que trata este artigo deverá observar o disposto no § 2º do art. 7º deste Código.

Art. 111. O Relator emitirá o parecer conclusivo no prazo de 20 (vinte) dias, entregando-o, com os autos do processo, ao Presidente do Conselho.

Art. 112. O Relator poderá, no prazo de 5 (cinco) dias, a contar da data de recebimento do processo, devolvê-lo à Comissão de Instrução, especificando as diligências que julgar necessárias e fixando prazo para seu cumprimento.

§ 1º. Ocorrendo o previsto no caput deste artigo, o prazo para a emissão de parecer conclusivo pelo Conselheiro Relator será interrompido, iniciando-se nova contagem a partir da data do recebimento do processo da Comissão de Instrução.

§ 2º. Cumpridas as diligências especificadas, o Presidente da Comissão de Instrução concederá vista às partes, pelo prazo de 05 (cinco) dias, para se manifestarem.

§ 3º. Transcorrido o prazo para manifestação das partes, o Presidente da Comissão de Instrução devolverá o processo diretamente ao Conselheiro Relator, que dará continuidade à sua tramitação.

§ 4º. O Presidente da Comissão de Instrução poderá, uma única vez, solicitar ao Conselheiro Relator a prorrogação do prazo para cumprimento das diligências que lhe forem determinadas.

Art. 113. O parecer conclusivo do Conselheiro Relator deverá conter:

- I- parte expositiva, onde relatará sucintamente os fatos e a indicação sumária das provas colhidas;
- II- parte conclusiva em que apreciará o valor da prova obtida, declarando se há ou não transgressão ao Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, ou de outras normas do Sistema Cofen/Conselhos Regionais, e em quais artigos está configurada, com indicação da penalidade cabível.

Art. 114. Recebido o parecer do Conselheiro Relator, o Presidente do Conselho determinará a inclusão do processo na pauta da primeira sessão plenária subsequente, determinando a prévia notificação / intimação das partes e de seus procuradores para o julgamento, com o mínimo de 15 (quinze) dias de antecedência.

Art. 115. Aberta a sessão e iniciado o julgamento, o Conselheiro Relator apresentará o seu parecer, sem emitir voto, em seguida, cada parte ou seu procurador poderá produzir sustentação oral por 10 (dez) minutos.

Art. 116. Cumpridas as disposições do artigo anterior, os Conselheiros poderão pedir a palavra para:

- I- esclarecer dúvidas acerca dos fatos constantes do processo, podendo ter acesso aos autos para verificação;
- II- requerer e especificar diligências; e
- III- ter vista dos autos até a próxima reunião Plenária, na secretaria do Conselho.

Parágrafo único. O requerimento a que alude o inciso II deste artigo somente será deferido com aprovação do Plenário.

Art. 117. Deferida a diligência, o julgamento será suspenso, sendo fixado, pelo Plenário, prazo não superior a 30 (trinta) dias para seu cumprimento.

Parágrafo único. As partes serão intimadas para, no prazo de 3 (três) dias, manifestarem-se sobre o cumprimento das diligências deferidas pelo Plenário.

Art. 118. Cumprida a diligência, o Presidente do Conselho mandará incluir o processo na pauta da primeira reunião Plenária subsequente.

CAPÍTULO II - DA DECISÃO

Art. 119. A deliberação do Plenário terá início após a apresentação do parecer pelo Conselheiro Relator, que emitirá seu voto.

Art. 120. Em seguida, o Presidente do Conselho franqueará a palavra aos demais Conselheiros para que emitam seus votos.

Parágrafo único. Caberá ao Presidente do Conselho o voto de desempate.

Art. 121. Em caso de condenação, o Plenário fixará a pena.

Art. 122. A deliberação do Plenário deverá ser redigida, no prazo de 5 (cinco) dias, pelo Conselheiro Relator ou pelo Conselheiro condutor do voto vencedor sob forma de decisão, que a assinará juntamente com o Presidente do Conselho.

Parágrafo único. A decisão conterá:

- I- o número do processo;
- II- o número do parecer aprovado pelo Plenário;
- III- o nome das partes, a qualificação e o número de sua inscrição profissional;
- IV- a ementa do julgamento;
- V- o relatório contendo a exposição sucinta dos fatos, os argumentos da acusação e da defesa;
- VI- a indicação dos motivos de fato e de direito em que se fundamenta a decisão;
- VII- a indicação do(s) artigo(s) do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem em que se ache incurso o denunciado;
- VIII- a indicação das circunstâncias agravantes ou atenuantes definidas no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem;
- IX- a absolvição ou a pena imposta; e
- X - a data e as assinaturas do Presidente e do Conselheiro redator da decisão.

Art. 123. Indicada a pena de cassação, o julgamento será suspenso e os autos remetidos ao Conselho Federal para julgamento.

§ 1º. Recebidos os autos, o Presidente do Conselho Federal designará Conselheiro Relator.

§ 2º. O Conselheiro Relator disporá de 10 (dez) dias para elaborar o parecer, contados do prazo de recebimento do processo.

Art. 124. Na hipótese de o Conselho Federal discordar da pena máxima proposta pelo Conselho Regional, serão os autos devolvidos ao Regional de origem, para aplicação de outra penalidade.

§ 1º. Concordando o Conselho Federal com a proposta de cassação, proferirá decisão, sob forma de acórdão, a ser redigido pelo Conselheiro Relator ou Conselheiro condutor do voto vencedor, que o assinará juntamente com o Presidente.

§ 2º. Na aplicação da pena de cassação, o Conselho Federal delimitará o período de seu cumprimento, para fins da reabilitação.

TÍTULO IV - DAS NULIDADES E ANULABILIDADES

Art. 125. Os atos praticados poderão ser considerados nulos ou anuláveis. Os atos nulos são insanáveis e independem da arguição das partes. Os atos anuláveis poderão ser sanados e deverão ser arguidos pelas partes.

Art. 126. A nulidade ocorrerá nos seguintes casos:

- I- quando inexistir o ato de instauração do processo;
- II- por falta de citação do denunciado;
- III- por falta de designação de defensor dativo;
- IV- por supressão de quaisquer das fases de defesa;
- V- por impedimento declarado de qualquer dos membros do Plenário ou da Comissão de Instrução; e
- VI- por inexistência de fundamentação da decisão.

Art. 127. A anulabilidade ocorrerá nos seguintes casos:

- I- por falta de intimação das testemunhas arroladas pelas partes;
- II- por suspeição declarada de qualquer dos membros do Plenário ou da Comissão de Instrução;
- III- pela incompetência do Conselho; e
- IV- por falta de cumprimento das formalidades legais prescritas no presente Código.

Art. 128. As anulabilidades deverão ser arguidas pelas partes em até 5 (cinco) dias da data da ciência do ato anulável.

Art. 129. Nenhum ato será anulado se da anulabilidade não resultar prejuízo para as partes ou não houver influído na apuração da verdade ou na decisão da causa.

Parágrafo único. Ainda que da anulabilidade possa resultar em prejuízo, ela somente será pronunciada pelo Presidente da Comissão de Instrução, pelo Conselheiro Relator ou pelo Plenário quando não for possível suprir-se a falta ou repetir-se o ato.

Art. 130. Quando determinado ato for anulável, será considerado válido nos seguintes casos:

- I- se não forem arguidas em tempo oportuno;
- II- se, praticado por outra forma, o ato tiver atingido suas finalidades; e
- III- se a parte, ainda que tacitamente, houver aceitado seus efeitos.

Art. 131. Os atos processuais, cuja nulidade tenha sido declarada, retornarão às instâncias competentes para repetição ou retificação.

§ 1º. A nulidade de um ato, uma vez declarada, causará a nulidade dos atos que dele diretamente dependam ou sejam consequência.

§ 2º. O Presidente da Comissão de Instrução, o Conselheiro Relator ou o Plenário, quando pronunciar a nulidade, declarará os atos aos quais ela se estende.

Art. 132. Nenhuma das partes poderá arguir nulidade a que tenha dado causa, ou para a qual tenha concorrido, nem poderá arguir nulidade de formalidade cuja observância só à parte contrária interessa.

TÍTULO V - DO JULGAMENTO EM SEGUNDA INSTÂNCIA

CAPÍTULO I - DOS RECURSOS

Art. 133. Da decisão proferida pelo Conselho Regional caberá recurso ao Conselho Federal com efeito suspensivo, no prazo de 15 (quinze) dias, contados da ciência da decisão pelas partes.

§ 1º. Das decisões de arquivamento de denúncias caberá o recurso previsto no caput deste artigo.

§ 2º. Os recursos serão interpostos perante o órgão prolator da decisão em primeira instância.

Art. 134. Recebido o recurso, o Presidente do Conselho determinará a intimação da parte contrária para, querendo, apresentar contrarrazões, no prazo de 15 (quinze) dias, após o que será remetido ao órgão de segunda instância.

Art. 135. Recebido o processo pela secretaria do Conselho Federal, os autos serão encaminhados ao seu Presidente que, no prazo de 5 (cinco) dias, designará Conselheiro Relator, o qual terá o prazo de 10 (dez) dias para emitir seu parecer.

Art. 136. Com a entrega do parecer, o Presidente do Conselho designará dia para o julgamento, intimando as partes e notificando seus procuradores, com antecedência mínima de 20 (vinte) dias.

CAPÍTULO II - DO RECURSO PARA A ASSEMBLÉIA GERAL DOS DELEGADOS REGIONAIS

Art. 137. Das decisões do Plenário do Conselho Federal, nas hipóteses do Art. 2º, inciso III, alíneas "b", "c" e "d", caberá recurso para a Assembleia Geral dos Delegados Regionais, no prazo de 15 (quinze) dias.

Art. 138. Recebido o recurso, o Presidente do Conselho Federal determinará a intimação da parte contrária para, querendo, apresentar contrarrazões, no prazo de 15 (quinze) dias.

§ 1º. A Assembleia dos Delegados Regionais será convocada pelo Presidente do Conselho Federal na forma do que dispuser o seu Regimento Interno e deverá reunir-se para julgar o recurso em até 120 (cento e vinte) dias, a contar do seu recebimento.

§ 2º. No ato de convocação da Assembleia dos Delegados Regionais, o Presidente do Conselho Federal designará Delegado Relator e determinará o envio de cópias da decisão recorrida, do recurso e das contrarrazões do recurso a cada Delegado Regional.

§ 3º. O Delegado Relator terá o prazo de 20 (vinte) dias para emitir seu parecer.

§ 4º. Recebido o parecer, o Presidente do Conselho Federal deverá designar a data do

juízo e determinar a intimação das partes e de seus procuradores, com antecedência mínima de 20 (vinte) dias.

CAPÍTULO III - DO JULGAMENTO NA SEGUNDA INSTÂNCIA

Art. 139. Aberta a sessão de julgamento, o Conselheiro Relator apresentará o parecer sem emissão de voto, sendo a seguir dada a palavra, sucessivamente, por 10 (dez) minutos, ao recorrente e ao recorrido.

Parágrafo único. O primeiro Conselheiro a usar da palavra será o Relator, que emitirá seu voto.

Art. 140. Encerrado o julgamento, o Presidente do Conselho anunciará a decisão, a qual será lavrada na forma de acórdão.

§ 1º. O acórdão será redigido, no prazo de 5 (cinco) dias, pelo Conselheiro Relator ou pelo condutor do voto vencedor, que o assinará juntamente com o Presidente do Conselho.

§ 2º. O acórdão, no que couber, conterá os mesmos elementos referidos no parágrafo único do art. 122.

Art. 141. Lavrado e publicado o Acórdão, será o processo devolvido ao Conselho de origem para execução da pena e respectiva divulgação da decisão, se for o caso.

Parágrafo único. Quando a penalidade imposta for a cassação, o Conselho Federal fará publicar o Acórdão, ressalvado ao Conselho Regional o direito de dar publicidade ao mesmo.

Art. 142. No julgamento do recurso, o órgão julgador, independentemente do pedido das partes, poderá aplicar penalidade diversa daquela decidida pelo órgão de julgamento em primeira instância, podendo alterar a classificação da infração, aumentar, reduzir a pena ou absolver o denunciado.

§ 1º. Em observância aos princípios da ampla defesa e do contraditório, caberá pedido de reconsideração no caso de aumento de pena decorrente de recurso interposto apenas pelo denunciado.

§ 2º. O pedido de reconsideração deverá ser apresentado ao Conselho Federal no prazo de 10 (dez) dias, contados da ciência da decisão mais gravosa pelo denunciado e será encaminhado pelo Presidente ao Conselheiro condutor do voto vencedor, o qual terá o prazo de 10 (dez) dias para emitir seu parecer.

§ 3º. Com a entrega do parecer, o Presidente do Conselho designará dia para o julgamento a ser realizado na forma deste capítulo, intimando a parte e notificando seu procurador, com antecedência mínima de 20 (vinte) dias.

TÍTULO VI - DA EXECUÇÃO DA PENA

Art. 143. Não cabendo mais recurso, serão os autos devolvidos à instância de origem do processo, para a execução do decidido.

Art. 144. A execução das penalidades impostas pelos Conselhos Regionais ou pelo Conselho Federal se processará na forma estabelecida nas decisões ou acórdãos, sendo registradas no prontuário do profissional infrator.

§ 1º. As penas aplicadas se estendem a todas as inscrições do profissional junto ao Conselho de Enfermagem, independentemente da categoria em que o profissional tenha cometido a infração.

§ 2º. O Presidente do Conselho dará conhecimento, à instituição empregadora do infrator, da decisão que impuser penalidade de suspensão do exercício profissional.

§ 3º. No caso de cassação do exercício profissional, além da publicação dos editais e das comunicações endereçadas às autoridades interessadas no assunto, será apreendida a carteira profissional do infrator, procedendo-se ao cancelamento do respectivo registro no Conselho.

Art. 145. Impossibilitada a execução da penalidade, esta ficará suspensa até seu efetivo cumprimento, sem prejuízo das anotações nos prontuários e publicações dos editais, quando for o caso.

Parágrafo único. O não pagamento da pena de multa importará na sua inscrição em dívida ativa para posterior execução judicial.

Art. 146. Cumpridas todas as decisões de primeira ou segunda instância, o Presidente do Conselho que tiver atuado como órgão de julgamento em primeira instância determinará o arquivamento do processo.

TÍTULO VII - DA REVISÃO DA PENA

Art. 147. É facultado ao punido ou, em caso de seu falecimento, aos seus herdeiros, apresentar pedido de revisão da pena, a qualquer tempo, após a publicação do acórdão, ou quando não couber mais recurso, nas seguintes hipóteses:

- I- forem apuradas provas idôneas da inocência do punido ou de circunstâncias que possam atenuar a pena, ou desclassificar o fato configurador da infração, de modo a alterar a penalidade;
- II- a decisão condenatória estiver fundada em prova testemunhal ou pericial cuja falsidade ficar comprovada; e
- III- ficar evidenciado que o processo se desenvolveu eivado de nulidade.

Parágrafo único. No julgamento da revisão serão aplicadas, no que couber, as normas previstas neste Código.

Art. 148. A revisão terá início por petição à Presidência do Conselho Regional, com as provas documentais comprobatórias dos fatos arguidos.

§ 1º. A revisão será distribuída a um Conselheiro Relator, por designação do Presidente do Conselho.

§ 2º. Não será admitida a renovação do pedido de revisão, salvo se fundamentado em novas provas.

Art. 149. A decisão no processo revisional poderá reduzir ou extinguir a pena, sendo vedado o seu agravamento.

§ 1º. A absolvição implicará no restabelecimento de todos os direitos perdidos em virtude de punição anteriormente aplicada.

§ 2º. A revisão da pena somente surtirá efeito após o seu trânsito em julgado.

Art. 150. Qualquer recurso, na revisão, somente será recebido no efeito devolutivo.

Art. 151. A revisão será processada em apenso aos autos originais do processo ou, ainda, acompanhada de fotocópias integrais dos autos originais.

TÍTULO VIII - DA REABILITAÇÃO

Art. 152. Após 2 (dois) anos do cumprimento da pena aplicada pelo Conselho de Enfermagem, sem que tenha sofrido qualquer outra penalidade ético-disciplinar, ou esteja respondendo a processo administrativo ou criminal, e mediante provas efetivas de bom comportamento, é permitido ao profissional requerer a reabilitação profissional.

§ 1º. O requerimento de que trata o caput deste artigo deverá ser instruído com as provas e certidões pertinentes.

§ 2º. Havendo necessidade, o Conselho poderá determinar a realização de perícia para avaliar a efetiva recuperação do profissional.

§ 3º. Quando a infração ético-disciplinar constituir crime, a reabilitação profissional dependerá da correspondente reabilitação criminal.

Art. 153. A reabilitação, caso a cassação tenha ocorrido por fato imputado como crime, seguirá os mesmos trâmites da reabilitação penal, com a reparação na área cível ou demonstração de absoluta impossibilidade de fazê-lo, ou, ainda, declaração de renúncia da vítima, com demonstração por parte do denunciado de constante bom comportamento público e privado.

Art. 154. Os efeitos da reabilitação consistem em retirar do prontuário do profissional qualquer apontamento referente à condenação e, no caso de cassação, a outorga de nova inscrição.

Art. 155. O pedido de reabilitação deverá ser formulado diretamente ao Conselho que executou a pena, cabendo recurso ao Conselho Federal.

TÍTULO IX - DA PRESCRIÇÃO

Art. 156. A pretensão à punibilidade das infrações ético-disciplinares prescreve em 5 (cinco) anos, contados da data de ocorrência do fato.

§ 1º. Aplica-se a prescrição a todo processo ético-disciplinar paralisado por mais de 3

(três) anos, pendente de despacho ou julgamento, devendo ser arquivado, de ofício ou a requerimento da parte interessada, sem prejuízo de serem apuradas as responsabilidades pela paralisação.

§ 2º. A prescrição interrompe-se pela instauração de processo ético-disciplinar, ou pela notificação válida feita ao denunciado, inclusive por meio de editais.

§ 3º. Interrompida a prescrição, todo o prazo começa a contar novamente do dia dessa interrupção.

TÍTULO X - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 157. É vedada vista dos autos fora da secretaria do Conselho, porém as partes poderão, a qualquer tempo, acessá-los, inclusive obter cópia de peças, por meio de requerimento formulado ao Presidente do Conselho ou de Comissão de Instrução, a expensas do requerente.

Art. 158. Em qualquer fase do processo, poderá ser solicitada pela Presidência a manifestação da Assessoria Jurídica do Conselho.

§ 1º. A manifestação da Assessoria Jurídica versará, exclusivamente, sobre as questões processuais e de legalidade.

§ 2º. É defeso ao Assessor Jurídico manifestar-se sobre questões ético-disciplinares.

Art. 159. As disposições do presente Código aplicam-se aos que exercem atividades de enfermagem, independentemente da regularidade de sua inscrição no Conselho Regional.

Parágrafo único. Este Código não se aplica a quem não for inscrito ou autorizado pelo Conselho Regional, aplicando-se, contudo, ao profissional inscrito ou autorizado ao tempo da prática da conduta que deu origem ao processo.

Art. 160. As questões omissas neste Código deverão ser supridas utilizando-se, subsidiariamente, os dispositivos previstos no Código de Processo Penal, no que lhes for aplicável.

Art. 161. Este Código entrará em vigor no dia 1º de janeiro de 2011, sem prejuízo da validade dos atos realizados sob a vigência do Código anterior.

Art. 162. Revoga-se a Resolução nº 252/2001 e demais disposições em contrário.

MANUAL DE PROCEDIMENTOS ADMINISTRATIVOS PARA REGISTRO E INSCRIÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

RESOLUÇÃO COFEN Nº 372, de 2010

APROVA E ADOTA O MANUAL DE PROCEDIMENTOS ADMINISTRATIVOS PARA REGISTRO E INSCRIÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.

O Conselho Federal de Enfermagem - COFEN, no uso de sua competência estabelecida pelo Art. 2º e com o Art. 8º, incisos IV e X, todos da Lei nº 5.905, de 12 de julho de 1973, com a Resolução COFEN-242/2000, em seu Art. 13, incisos IV, IX, XV, XVIII, XIX, e XLIX;

CONSIDERANDO a necessidade de uniformizar os procedimentos de registros e inscrição no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais;

CONSIDERANDO a necessidade de uniformizar os procedimentos de descentralização dos procedimentos de registros e inscrição no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais;

CONSIDERANDO a necessidade de condensar, atualizar e racionalizar os instrumentos normativos que regulam o registro e a inscrição de profissionais no Sistema Cofen/Conselhos Regionais;

CONSIDERANDO a deliberação do Plenário em sua 391 Reunião Ordinária, de 11/08/2010;

RESOLVE:

Art. 1º - Aprovar e adotar o Manual de Procedimentos Administrativos para Registro e Inscrição Profissional de Enfermagem, na forma do regulamento anexo, a ser utilizado pelo Sistema Cofen/Conselhos Regionais.

Art. 2º - Todos os profissionais de Enfermagem poderão conhecer o inteiro teor do presente manual, bastando para tanto, requerê-lo no Conselho Regional de Enfermagem do estado onde exerce suas atividades ou através do site de internet do Conselho Federal de Enfermagem (www.portalcofen.gov.br).

Art. 3º - Esta Resolução entra em vigor na data de 01 de Janeiro de 2011, revogando-se as disposições em contrário, em especial a Resolução Cofen nº 291/2004, sem prejuízo dos procedimentos de registros já iniciados antes da vigência da presente Norma.

Brasília-DF, 20 de Outubro de 2010.

MANOEL CARLOS NERI DA SILVA - COREN-RO Nº 63.592

Presidente

GELSON LUIZ DE ALBUQUERQUE - COREN-SC Nº. 25.336

Primeiro-Secretário

A Resolução Cofen 372/2010 na íntegra, com todos os anexos, pode ser acessada no link:

<http://site.portalcofen.gov.br/node/5922>

RESOLUÇÃO DA ANVISA REGULAMENTANDO O FUNCIONAMENTO DE UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA

RESOLUÇÃO - RDC Nº 7, DE 24 DE FEVEREIRO DE 2010

Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, no uso da atribuição que lhe confere o inciso IV do Art.11 do Regulamento aprovado pelo Decreto Nº 3.029, de 16 de abril de 1999, e tendo em vista o disposto no inciso II e nos §§ 1º e 3º do Art. 54 do Regimento Interno aprovado nos termos do Anexo I da Portaria Nº 354 da ANVISA, de 11 de agosto de 2006, republicada no D.O.U., de 21 de agosto de 2006, em reunião realizada em 22 de fevereiro de 2010;

adota a seguinte Resolução da Diretoria Colegiada e eu, Diretor-Presidente, determino sua publicação:

Art. 1º Ficam aprovados os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva, nos termos desta Resolução.

CAPÍTULO I DAS DISPOSIÇÕES INICIAIS

SEÇÃO I OBJETIVO

Art. 2º Esta Resolução possui o objetivo de estabelecer padrões mínimos para o funcionamento das Unidades de Terapia Intensiva, visando à redução de riscos aos pacientes, visitantes, profissionais e meio ambiente.

SEÇÃO II ABRANGÊNCIA

Art. 3º Esta Resolução se aplica a todas as Unidades de Terapia Intensiva gerais do país, sejam públicas, privadas ou filantrópicas; civis ou militares.

Parágrafo único. Na ausência de Resolução específica, as UTI especializadas devem atender os requisitos mínimos dispostos neste Regulamento, acrescentando recursos humanos e materiais que se fizerem necessários para atender, com segurança, os pacientes que necessitam de cuidados especializados.

SEÇÃO III

DEFINIÇÕES

Art. 4º Para efeito desta Resolução, são adotadas as seguintes definições:

I - Alvará de Licenciamento Sanitário: documento expedido pelo órgão sanitário competente Estadual, do Distrito Federal ou Municipal, que libera o funcionamento dos estabelecimentos que exerçam atividades sob regime de Vigilância Sanitária.

II - Área crítica: área na qual existe risco aumentado para desenvolvimento de infecções relacionadas à assistência à saúde, seja pela execução de processos envolvendo artigos críticos ou material biológico, pela realização de procedimentos invasivos ou pela presença de pacientes com susceptibilidade aumentada aos agentes infecciosos ou portadores de microrganismos de importância epidemiológica.

III - Centro de Terapia Intensiva (CTI): o agrupamento, numa mesma área física, de mais de uma Unidade de Terapia Intensiva.

IV - Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH: de acordo com o definido pela Portaria GM/MS Nº 2616, de 12 de maio de 1998.

V - Educação continuada em estabelecimento de saúde: processo de permanente aquisição de informações pelo trabalhador, de todo e qualquer conhecimento obtido formalmente, no âmbito institucional ou fora dele.

VI - Evento adverso: qualquer ocorrência inesperada e indesejável, associado ao uso de produtos submetidos ao controle e fiscalização sanitária, sem necessariamente possuir uma relação causal com a intervenção.

VII - Gerenciamento de risco: é a tomada de decisões relativas aos riscos ou a ação para a redução das conseqüências ou probabilidade de ocorrência.

VIII - Hospital: estabelecimento de saúde dotado de internação, meios diagnósticos e terapêuticos, com o objetivo de prestar assistência médica curativa e de reabilitação, podendo dispor de atividades de prevenção, assistência ambulatorial, atendimento de urgência/emergência e de ensino/pesquisa.

IX - Humanização da atenção à saúde: valorização da dimensão subjetiva e social, em todas as práticas de atenção e de gestão da saúde, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às questões de gênero, etnia, raça, religião, cultura, orientação sexual e às populações específicas.

X - Índice de gravidade ou Índice prognóstico: valor que reflete o grau de disfunção orgânica de um paciente.

XI - Médico diarista/rotineiro: profissional médico, legalmente habilitado, responsável pela garantia da continuidade do plano assistencial e pelo acompanhamento diário de cada paciente.

XII - Médico plantonista: profissional médico, legalmente habilitado, com atuação em regime de plantões.

XIII - Microrganismos multirresistentes: microrganismos, predominantemente bactérias, que são resistentes a uma ou mais classes de agentes antimicrobianos.

Apesar das denominações de alguns microrganismos descreverem resistência a apenas algum agente (exemplo MRSA - Staphylococcus aureus resistente à Oxacilina; VRE - Enterococo Resistente à Vancomicina), esses patógenos frequentemente são resistentes à maioria dos agentes antimicrobianos disponíveis.

XIV - Microrganismos de importância clínico-epidemiológica: outros microrganismos definidos pelas CCIH como prioritários para monitoramento, prevenção e controle, com base no perfil da microbiota nosocomial e na morbi-mortalidade associada a tais microrganismos. Esta definição independe do seu perfil de resistência aos antimicrobianos.

XV - Norma: preceito, regra; aquilo que se estabelece como base a ser seguida.

XVI - Paciente grave: paciente com comprometimento de um ou mais dos principais sistemas fisiológicos, com perda de sua autoregulação, necessitando de assistência contínua.

XVII - Produtos e estabelecimentos submetidos ao controle e fiscalização sanitária: bens, produtos e estabelecimentos que envolvam risco à saúde pública, descritos no Art.8º da Lei Nº 9782, de 26 de janeiro de 1999.

XVIII - Produtos para saúde: são aqueles enquadrados como produto médico ou produto para diagnóstico de uso “in vitro”.

XIX - Queixa técnica: qualquer notificação de suspeita de alteração ou irregularidade de um produto ou empresa relacionada a aspectos técnicos ou legais, e que poderá ou não causar dano à saúde individual e coletiva.

XX - Regularização junto ao órgão sanitário competente: comprovação que determinado produto ou serviço submetido ao controle e fiscalização sanitária obedece à legislação sanitária vigente.

XXI - Risco: combinação da probabilidade de ocorrência de um dano e a gravidade de tal dano.

XXII - Rotina: compreende a descrição dos passos dados para a realização de uma atividade ou operação, envolvendo, geralmente, mais de um agente. Favorece o planejamento e racionalização da atividade, evitam improvisações, na medida em que definem com antecedência os agentes que serão envolvidos, propiciando-lhes treinar suas ações, desta forma eliminando ou minimizando os erros. Permite a continuidade das ações desenvolvidas, além de fornecer subsídios para a avaliação de cada uma em particular. As rotinas são peculiares a cada local.

XXIII - Sistema de Classificação de Necessidades de Cuidados de Enfermagem: índice de carga de trabalho que auxilia a avaliação quantitativa e qualitativa dos recursos humanos de enfermagem necessários para o cuidado.

XXIV - Sistema de Classificação de Severidade da Doença: sistema que permite auxiliar na identificação de pacientes graves por meio de indicadores e índices de gravidade calculados a partir de dados colhidos dos pacientes.

XXV - Teste Laboratorial Remoto (TRL): Teste realizado por meio de um equipamento laboratorial situado fisicamente fora da área de um laboratório clínico. Também chamado Teste Laboratorial Portátil - TLP, do inglês Point-of-care testing - POCT. São exemplos de TLR: glicemia capilar, hemogasometria, eletrólitos

sanguíneos, marcadores de injúria miocárdia, testes de coagulação automatizados, e outros de natureza similar.

XXVI - Unidade de Terapia Intensiva (UTI): área crítica destinada à internação de pacientes graves, que requerem atenção profissional especializada de forma contínua, materiais específicos e tecnologias necessárias ao diagnóstico, monitorização e terapia.

XXVII - Unidade de Terapia Intensiva - Adulto (UTI-A): UTI destinada à assistência de pacientes com idade igual ou superior a 18 anos, podendo admitir pacientes de 15 a 17 anos, se definido nas normas da instituição.

XXVIII - Unidade de Terapia Intensiva Especializada: UTI destinada à assistência a pacientes selecionados por tipo de doença ou intervenção, como cardiopatas, neurológicos, cirúrgicos, entre outras.

XXIX - Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTI-N): UTI destinada à assistência a pacientes admitidos com idade entre 0 e 28 dias.

XXX - Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTI-P): UTI destinada à assistência a pacientes com idade de 29 dias a 14 ou 18 anos, sendo este limite definido de acordo com as rotinas da instituição.

XXXI - Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica Mista (UTIPm): UTI destinada à assistência a pacientes recém-nascidos e pediátricos numa mesma sala, porém havendo separação física entre os ambientes de UTI Pediátrica e UTI Neonatal.

CAPÍTULO II

DAS DISPOSIÇÕES COMUNS A TODAS AS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA

SEÇÃO I

ORGANIZAÇÃO

Art. 5º A Unidade de Terapia Intensiva deve estar localizada em um hospital regularizado junto ao órgão de vigilância sanitária municipal ou estadual.

Parágrafo único. A regularização perante o órgão de vigilância sanitária local se dá mediante a emissão e renovação de alvará de licenciamento sanitário, salvo exceções previstas em lei, e é condicionada ao cumprimento das disposições especificadas nesta Resolução e outras normas sanitárias vigentes.

Art. 6º O hospital no qual a Unidade de Terapia Intensiva está localizada deve estar cadastrado e manter atualizadas as informações referentes a esta Unidade no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Art. 7º A direção do hospital onde a UTI está inserida deve garantir:

I - o provimento dos recursos humanos e materiais necessários ao funcionamento da unidade e à continuidade da atenção, em conformidade com as disposições desta RDC;

II - a segurança e a proteção de pacientes, profissionais e visitantes, inclusive fornecendo equipamentos de proteção individual e coletiva.

Art. 8º A unidade deve dispor de registro das normas institucionais e das rotinas dos procedimentos assistenciais e administrativos realizados na unidade, as quais devem ser:

- I - elaboradas em conjunto com os setores envolvidos na assistência ao paciente grave, no que for pertinente, em especial com a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.
- II - aprovadas e assinadas pelo Responsável Técnico e pelos coordenadores de enfermagem e de fisioterapia;
- III - revisadas anualmente ou sempre que houver a incorporação de novas tecnologias;
- IV - disponibilizadas para todos os profissionais da unidade.

Art. 9º A unidade deve dispor de registro das normas institucionais e das rotinas relacionadas a biossegurança, contemplando, no mínimo, os seguintes itens:

- I - condutas de segurança biológica, química, física, ocupacional e ambiental;
- II - instruções de uso para os equipamentos de proteção individual (EPI) e de proteção coletiva (EPC);
- III - procedimentos em caso de acidentes;
- IV - manuseio e transporte de material e amostra biológica.

SEÇÃO II INFRAESTRUTURA FÍSICA

Art. 10 Devem ser seguidos os requisitos estabelecidos na RDC/Anvisa Nº 50, de 21 de fevereiro de 2002.

Parágrafo único. A infraestrutura deve contribuir para manutenção da privacidade do paciente, sem, contudo, interferir na sua monitorização.

Art. 11 As Unidades de Terapia Intensiva Adulto, Pediátricas e Neonatais devem ocupar salas distintas e exclusivas.

§ 1º Caso essas unidades sejam contíguas, os ambientes de apoio podem ser compartilhados entre si.

§ 2º Nas UTI Pediátricas Mistas deve haver uma separação física entre os ambientes de UTI Pediátrica e UTI Neonatal.

SEÇÃO III RECURSOS HUMANOS

Art. 12 As atribuições e as responsabilidades de todos os profissionais que atuam na unidade devem estar formalmente designadas, descritas e divulgadas aos profissionais que atuam na UTI.

Art. 13 Deve ser formalmente designado um Responsável Técnico médico, um enfermeiro coordenador da equipe de enfermagem e um fisioterapeuta coordenador da

equipe de fisioterapia, assim como seus respectivos substitutos.

§ 1º O Responsável Técnico deve ter título de especialista em Medicina Intensiva para responder por UTI Adulto; habilitação em Medicina Intensiva Pediátrica, para responder por UTI Pediátrica; título de especialista em Pediatria com área de atuação em Neonatologia, para responder por UTI Neonatal;

§ 2º Os coordenadores de enfermagem e de fisioterapia devem ser especialistas em terapia intensiva ou em outra especialidade relacionada à assistência ao paciente grave, específica para a modalidade de atuação (adulto, pediátrica ou neonatal);

§ 3º É permitido assumir responsabilidade técnica ou coordenação em, no máximo, 02 (duas) UTI.

Art. 14 Além do disposto no Artigo 13 desta RDC, deve ser designada uma equipe multiprofissional, legalmente habilitada, a qual deve ser dimensionada, quantitativa e qualitativamente, de acordo com o perfil assistencial, a demanda da unidade e legislação vigente, contendo, para atuação exclusiva na unidade, no mínimo, os seguintes profissionais:

I - Médico diarista/rotineiro: 01 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fração, nos turnos matutino e vespertino, com título de especialista em Medicina Intensiva para atuação em UTI Adulto; habilitação em Medicina Intensiva Pediátrica para atuação em UTI Pediátrica; título de especialista em Pediatria com área de atuação em Neonatologia para atuação em UTI Neonatal;

II - Médicos plantonistas: no mínimo 01 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fração, em cada turno.

III - Enfermeiros assistenciais: no mínimo 01 (um) para cada 08 (oito) leitos ou fração, em cada turno.

IV - Fisioterapeutas: no mínimo 01 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fração, nos turnos matutino, vespertino e noturno, perfazendo um total de 18 horas diárias de atuação;

V - Técnicos de enfermagem: no mínimo 01 (um) para cada 02 (dois) leitos em cada turno, além de 1 (um) técnico de enfermagem por UTI para serviços de apoio assistencial em cada turno;

VI - Auxiliares administrativos: no mínimo 01 (um) exclusivo da unidade;

VII - Funcionários exclusivos para serviço de limpeza da unidade, em cada turno.

Art. 15 Médicos plantonistas, enfermeiros assistenciais, fisioterapeutas e técnicos de enfermagem devem estar disponíveis em tempo integral para assistência aos pacientes internados na UTI, durante o horário em que estão escalados para atuação na UTI.

Art. 16 Todos os profissionais da UTI devem estar imunizados contra tétano, difteria, hepatite B e outros imunobiológicos, de acordo com a NR 32 - Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde estabelecida pela Portaria MTE/GM Nº 485, de 11 de novembro de 2005.

Art. 17 A equipe da UTI deve participar de um programa de educação continuada, contemplando, no mínimo:

I - normas e rotinas técnicas desenvolvidas na unidade;

II - incorporação de novas tecnologias;

III - gerenciamento dos riscos inerentes às atividades desenvolvidas na unidade e segurança de pacientes e profissionais.

IV - prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde.

§ 1º As atividades de educação continuada devem estar registradas, com data, carga horária e lista de participantes.

§ 2º Ao serem admitidos à UTI, os profissionais devem receber capacitação para atuar na unidade.

SEÇÃO IV

ACESSO A RECURSOS ASSISTENCIAIS

Art. 18 Devem ser garantidos, por meios próprios ou terceirizados, os seguintes serviços à beira do leito:

I - assistência nutricional;

II - terapia nutricional (enteral e parenteral);

III - assistência farmacêutica;

IV - assistência fonoaudiológica;

V - assistência psicológica;

VI - assistência odontológica;

VII - assistência social;

VIII - assistência clínica vascular;

IX - assistência de terapia ocupacional para UTI Adulto e Pediátrica

X - assistência clínica cardiovascular, com especialidade pediátrica nas UTI Pediátricas e Neonatais;

XI - assistência clínica neurológica;

XII - assistência clínica ortopédica;

XIII - assistência clínica urológica;

XIV - assistência clínica gastroenterológica;

XV - assistência clínica nefrológica, incluindo hemodiálise;

XVI - assistência clínica hematológica;

XVII - assistência hemoterápica;

XVIII - assistência oftalmológica;

XIX - assistência de otorrinolaringológica;

XX - assistência clínica de infectologia;

XXI - assistência clínica ginecológica;

XXII - assistência cirúrgica geral em caso de UTI Adulto e cirurgia pediátrica, em caso de UTI Neonatal ou UTI Pediátrica;

XXIII - serviço de laboratório clínico, incluindo microbiologia e hemogasometria;

XXIV - serviço de radiografia móvel;

- XXV** - serviço de ultrassonografia portátil;
- XXVI** - serviço de endoscopia digestiva alta e baixa;
- XXVII** - serviço de fibrobroncoscopia;
- XXVIII** - serviço de diagnóstico clínico e notificação compulsória de morte encefálica.

Art. 19 O hospital em que a UTI está inserida deve dispor, na própria estrutura hospitalar, dos seguintes serviços diagnósticos e terapêuticos:

- I** - centro cirúrgico;
- II** - serviço radiológico convencional;
- III** - serviço de ecodopplercardiografia.

Art. 20 Deve ser garantido acesso aos seguintes serviços diagnósticos e terapêuticos, no hospital onde a UTI está inserida ou em outro estabelecimento, por meio de acesso formalizado:

- I** - cirurgia cardiovascular;
- II** - cirurgia vascular;
- III** - cirurgia neurológica;
- IV** - cirurgia ortopédica;
- V** - cirurgia urológica;
- VI** - cirurgia buco-maxilo-facial;
- VII** - radiologia intervencionista;
- VIII** - ressonância magnética;
- IX** - tomografia computadorizada;
- X** - anatomia patológica;
- XI** - exame comprobatório de fluxo sanguíneo encefálico.

SEÇÃO V PROCESSOS DE TRABALHO

Art. 21 Todo paciente internado em UTI deve receber assistência integral e interdisciplinar.

Art. 22 A evolução do estado clínico, as intercorrências e os cuidados prestados devem ser registrados pelas equipes médica, de enfermagem e de fisioterapia no prontuário do paciente, em cada turno, e atendendo as regulamentações dos respectivos conselhos de classe profissional e normas institucionais.

Art. 23 As assistências farmacêutica, psicológica, fonoaudiológica, social, odontológica, nutricional, de terapia nutricional enteral e parenteral e de terapia ocupacional devem estar integradas às demais atividades assistenciais prestadas ao paciente, sendo discutidas conjuntamente pela equipe multiprofissional.

Parágrafo único. A assistência prestada por estes profissionais deve ser registrada, assinada e datada no prontuário do paciente, de forma legível e contendo o número de registro no respectivo conselho de classe profissional.

Art. 24 Devem ser assegurados, por todos os profissionais que atuam na UTI, os seguintes itens:

- I** - preservação da identidade e da privacidade do paciente, assegurando um ambiente de respeito e dignidade;
- II** - fornecimento de orientações aos familiares e aos pacientes, quando couber, em linguagem clara, sobre o estado de saúde e a assistência a ser prestada desde a admissão até a alta;
- III** - ações de humanização da atenção à saúde;
- IV** - promoção de ambiência acolhedora;
- V** - incentivo à participação da família na atenção ao paciente, quando pertinente.

Art. 25 A presença de acompanhantes em UTI deve ser normatizada pela instituição, com base na legislação vigente.

Art. 26 O paciente consciente deve ser informado quanto aos procedimentos a que será submetido e sobre os cuidados requeridos para execução dos mesmos.

Parágrafo único. O responsável legal pelo paciente deve ser informado sobre as condutas clínicas e procedimentos a que o mesmo será submetido.

Art. 27 Os critérios para admissão e alta de pacientes na UTI devem ser registrados, assinados pelo Responsável Técnico e divulgados para toda a instituição, além de seguir legislação e normas institucionais vigentes.

Art. 28 A realização de testes laboratoriais remotos (TLR) nas dependências da UTI está condicionada ao cumprimento das disposições da Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa - RDC Nº 302, de 13 de outubro de 2005.

SEÇÃO VI TRANSPORTE DE PACIENTES

Art. 29 Todo paciente grave deve ser transportado com o acompanhamento contínuo, no mínimo, de um médico e de um enfermeiro, ambos com habilidade comprovada para o atendimento de urgência e emergência.

Art. 30 Em caso de transporte intra-hospitalar para realização de algum procedimento diagnóstico ou terapêutico, os dados do prontuário devem estar disponíveis para consulta dos profissionais do setor de destino.

Art. 31 Em caso de transporte inter-hospitalar de paciente grave, devem ser seguidos os requisitos constantes na Portaria GM/MS Nº 2048, de 05 de novembro de 2002.

Art. 32 Em caso de transferência inter-hospitalar por alta da UTI, o paciente deverá ser acompanhado de um relatório de transferência, o qual será entregue no local de destino do paciente;

Parágrafo único. O relatório de transferência deve conter, no mínimo:

- I - dados referentes ao motivo de internação na UTI e diagnósticos de base;
- II - dados referentes ao período de internação na UTI, incluindo realização de procedimentos invasivos, intercorrências, infecções, transfusões de sangue e hemoderivados, tempo de permanência em assistência ventilatória mecânica invasiva e não-invasiva, realização de diálise e exames diagnósticos;
- III - dados referentes à alta e ao preparatório para a transferência, incluindo prescrições médica e de enfermagem do dia, especificando aprazamento de horários e cuidados administrados antes da transferência; perfil de monitorização hemodinâmica, equilíbrio ácido-básico, balanço hídrico e sinais vitais das últimas 24 horas.

SEÇÃO VII

GERENCIAMENTO DE RISCOS E NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS

Art. 33 Deve ser realizado gerenciamento dos riscos inerentes às atividades realizadas na unidade, bem como aos produtos submetidos ao controle e fiscalização sanitária.

Art. 34 O estabelecimento de saúde deve buscar a redução e minimização da ocorrência dos eventos adversos relacionados a:

- I - procedimentos de prevenção, diagnóstico, tratamento ou reabilitação do paciente;
- II - medicamentos e insumos farmacêuticos;
- III - produtos para saúde, incluindo equipamentos;
- IV - uso de sangue e hemocomponentes;
- V - saneantes;
- VI - outros produtos submetidos ao controle e fiscalização sanitária utilizados na unidade.

Art. 35 Na monitorização e no gerenciamento de risco, a equipe da UTI deve:

- I - definir e monitorar indicadores de avaliação da prevenção ou redução dos eventos adversos pertinentes à unidade;
- II - coletar, analisar, estabelecer ações corretivas e notificar eventos adversos e queixas técnicas, conforme determinado pelo órgão sanitário competente.

Art. 36 Os eventos adversos relacionados aos itens dispostos no Art. 35 desta RDC devem ser notificados à gerência de risco ou outro setor definido pela instituição, de acordo com as normas institucionais.

SEÇÃO VIII

PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Art. 37 Devem ser cumpridas as medidas de prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) definidas pelo Programa de Controle de Infecção do hospital.

Art. 38 As equipes da UTI e da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH - são responsáveis pelas ações de prevenção e controle de IRAS.

Art. 39 A CCIH deve estruturar uma metodologia de busca ativa das infecções relacionadas a dispositivos invasivos, dos microrganismos multirresistentes e outros microrganismos de importância clínico-epidemiológica, além de identificação precoce de surtos.

Art. 40 A equipe da UTI deve colaborar com a CCIH na vigilância epidemiológica das IRAS e com o monitoramento de microrganismos multirresistentes na unidade.

Art. 41 A CCIH deve divulgar os resultados da vigilância das infecções e perfil de sensibilidade dos microrganismos à equipe multiprofissional da UTI, visando a avaliação periódica das medidas de prevenção e controle das IRAS.

Art. 42 As ações de prevenção e controle de IRAS devem ser baseadas na avaliação dos indicadores da unidade.

Art. 43 A equipe da UTI deve aderir às medidas de precaução padrão, às medidas de precaução baseadas na transmissão (contato, gotículas e aerossóis) e colaborar no estímulo ao efetivo cumprimento das mesmas.

Art. 44 A equipe da UTI deve orientar visitantes e acompanhantes quanto às ações que visam a prevenção e o controle de infecções, baseadas nas recomendações da CCIH.

Art. 45 A equipe da UTI deve proceder ao uso racional de antimicrobianos, estabelecendo normas e rotinas de forma interdisciplinar e em conjunto com a CCIH, Farmácia Hospitalar e Laboratório de Microbiologia.

Art. 46 Devem ser disponibilizados os insumos, produtos, equipamentos e instalações necessários para as práticas de higienização de mãos de profissionais de saúde e visitantes.

§ 1º Os lavatórios para higienização das mãos devem estar disponibilizados na entrada da unidade, no posto de enfermagem e em outros locais estratégicos definidos pela CCIH e possuir dispensador com sabonete líquido e papel toalha.

§ 2º As preparações alcoólicas para higienização das mãos devem estar disponibilizadas na entrada da unidade, entre os leitos e em outros locais estratégicos definidos pela CCIH.

Art. 47 O Responsável Técnico e os coordenadores de enfermagem e de fisioterapia devem estimular a adesão às práticas de higienização das mãos pelos profissionais e visitantes.

SEÇÃO IX AVALIAÇÃO

Art. 48 Devem ser monitorados e mantidos registros de avaliações do desempenho e do padrão de funcionamento global da UTI, assim como de eventos que possam indicar necessidade de melhoria da qualidade da assistência, com o objetivo de estabelecer medidas de controle ou redução dos mesmos.

§ 1º Deve ser calculado o Índice de Gravidade / Índice Prognóstico dos pacientes internados na UTI por meio de um Sistema de Classificação de Severidade de Doença recomendado por literatura científica especializada.

§ 2º O Responsável Técnico da UTI deve correlacionar a mortalidade geral de sua unidade com a mortalidade geral esperada, de acordo com o Índice de gravidade utilizado.

§ 3º Devem ser monitorados os indicadores mencionados na Instrução Normativa Nº 4, de 24 de fevereiro de 2010, da ANVISA.

§ 4º Estes dados devem estar em local de fácil acesso e ser disponibilizados à Vigilância Sanitária durante a inspeção sanitária ou quando solicitado.

Art. 49 Os pacientes internados na UTI devem ser avaliados por meio de um Sistema de Classificação de Necessidades de Cuidados de Enfermagem recomendado por literatura científica especializada.

§ 1º O enfermeiro coordenador da UTI deve correlacionar as necessidades de cuidados de enfermagem com o quantitativo de pessoal disponível, de acordo com um instrumento de medida utilizado.

§ 2º Os registros desses dados devem estar disponíveis mensalmente, em local de fácil acesso.

SEÇÃO X RECURSOS MATERIAIS

Art. 50 A UTI deve dispor de materiais e equipamentos de acordo com a complexidade do serviço e necessários ao atendimento de sua demanda.

Art. 51 Os materiais e equipamentos utilizados, nacionais ou importados, devem estar regularizados junto à ANVISA, de acordo com a legislação vigente.

Art. 52 Devem ser mantidas na unidade instruções escritas referentes à utilização dos equipamentos e materiais, que podem ser substituídas ou complementadas por manuais do fabricante em língua portuguesa.

Art. 53 Quando houver terceirização de fornecimento de equipamentos médico-hospitais, deve ser estabelecido contrato formal entre o hospital e a empresa contratante.

Art. 54 Os materiais e equipamentos devem estar íntegros, limpos e prontos para uso.

Art. 55 Devem ser realizadas manutenções preventivas e corretivas nos equipamentos em uso e em reserva operacional, de acordo com periodicidade estabelecida pelo fabricante ou pelo serviço de engenharia clínica da instituição.

Parágrafo único. Devem ser mantidas na unidade cópias do calendário de manutenções preventivas e o registro das manutenções realizadas.

CAPÍTULO III

DOS REQUISITOS ESPECÍFICOS PARA UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO

SEÇÃO I

RECURSOS MATERIAIS

Art. 56 Devem estar disponíveis, para uso exclusivo da UTI Adulto, materiais e equipamentos de acordo com a faixa etária e biotipo do paciente.

Art. 57 Cada leito de UTI Adulto deve possuir, no mínimo, os seguintes equipamentos e materiais:

- I** -- cama hospitalar com ajuste de posição, grades laterais e rodízios;
- II** - equipamento para ressuscitação manual do tipo balão auto-inflável, com reservatório e máscara facial: 01 (um) por leito, com reserva operacional de 01 (um) para cada 02 (dois) leitos;
- III** - estetoscópio;
- IV** - conjunto para nebulização;
- V** - quatro (04) equipamentos para infusão contínua e controlada de fluidos ("bomba de infusão"), com reserva operacional de 01 (um) equipamento para cada 03 (três) leitos;
- VI** - fita métrica;
- VII** - - equipamentos e materiais que permitam monitorização contínua de:
 - a) frequência respiratória;
 - b) oximetria de pulso;
 - c) frequência cardíaca;
 - d) cardioscopia;

- e) temperatura;
- f) pressão arterial não-invasiva.

Art. 58 Cada UTI Adulto deve dispor, no mínimo, de:

- I** - materiais para punção lombar;
- II** - materiais para drenagem líquórica em sistema fechado;
- III** - oftalmoscópio;
- IV** - otoscópio;
- V** - negatoscópio;
- VI** - máscara facial que permite diferentes concentrações de Oxigênio: 01 (uma) para cada 02 (dois) leitos;
- VII** - materiais para aspiração traqueal em sistemas aberto e fechado;
- VIII** - aspirador a vácuo portátil;
- IX** - equipamento para mensurar pressão de balonete de tubo/cânula endotraqueal (“cuffômetro”);
- X** - ventilômetro portátil;
- XI** - capnógrafo: 01 (um) para cada 10 (dez) leitos;
- XII** - ventilador pulmonar mecânico microprocessado: 01 (um) para cada 02 (dois) leitos, com reserva operacional de 01 (um) equipamento para cada 05 (cinco) leitos, devendo dispor, cada equipamento de, no mínimo, 02 (dois) circuitos completos,
- XIII** - equipamento para ventilação pulmonar mecânica não invasiva: 01(um) para cada 10 (dez) leitos, quando o ventilador pulmonar mecânico microprocessado não possuir recursos para realizar a modalidade de ventilação não invasiva;
- XIV** - materiais de interface facial para ventilação pulmonar não invasiva 01 (um) conjunto para cada 05 (cinco) leitos;
- XV** - materiais para drenagem torácica em sistema fechado;
- XVI** - materiais para traqueostomia;
- XVII** - foco cirúrgico portátil;
- XVIII** - materiais para acesso venoso profundo;
- XIX** - materiais para flebotomia;
- XX** - materiais para monitorização de pressão venosa central;
- XXI** - materiais e equipamento para monitorização de pressão arterial invasiva: 01 (um) equipamento para cada 05 (cinco) leitos, com reserva operacional de 01 (um) equipamento para cada 10 (dez) leitos;
- XXII** - materiais para punção pericárdica;
- XXIII** - monitor de débito cardíaco;
- XXIV** - eletrocardiógrafo portátil: 01 (um) equipamento para cada 10 (dez) leitos;
- XXV** - kit (“carrinho”) contendo medicamentos e materiais para atendimento às emergências: 01 (um) para cada 05 (cinco) leitos ou fração;
- XXVI** - equipamento desfibrilador e cardioversor, com bateria: 01 (um) para cada 05 (cinco) leitos;

- XXVII** - marcapasso cardíaco temporário, eletrodos e gerador: 01 (um) equipamento para cada 10 (dez) leitos;
- XXVIII** - equipamento para aferição de glicemia capilar, específico para uso hospitalar: 01 (um) para cada 05 (cinco) leitos;
- XXIX** - materiais para curativos;
- XXX** - materiais para cateterismo vesical de demora em sistema fechado;
- XXXI** - dispositivo para elevar, transpor e pesar o paciente;
- XXXII** - poltrona com revestimento impermeável, destinada à assistência aos pacientes: 01 (uma) para cada 05 leitos ou fração.
- XXXIII** - maca para transporte, com grades laterais, suporte para soluções parenterais e suporte para cilindro de oxigênio: 1 (uma) para cada 10 (dez) leitos ou fração;
- XXXIV** - equipamento(s) para monitorização contínua de múltiplos parâmetros (oximetria de pulso, pressão arterial não-invasiva; cardioscopia; frequência respiratória) específico(s) para transporte, com bateria: 1 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fração;
- XXXV** - ventilador mecânico específico para transporte, com bateria: 1(um) para cada 10 (dez) leitos ou fração;
- XXXVI** - kit ("maleta") para acompanhar o transporte de pacientes graves, contendo medicamentos e materiais para atendimento às emergências: 01 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fração;
- XXXVII** - cilindro transportável de oxigênio;
- XXXVIII** - relógios e calendários posicionados de forma a permitir visualização em todos os leitos.
- XXXIX** - refrigerador, com temperatura interna de 2 a 8°C, de uso exclusivo para guarda de medicamentos, com monitorização e registro de temperatura.

Art. 59 Outros equipamentos ou materiais podem substituir os listados neste regulamento técnico, desde que tenham comprovada sua eficácia propedêutica e terapêutica e sejam regularizados pela Anvisa.

Art. 60 Os kits para atendimento às emergências, referidos nos incisos XXV e XXXVI do Art 58, devem conter, no mínimo: ressuscitador manual com reservatório, cabos e lâminas de laringoscópio, tubos/cânulas endotraqueais, fixadores de tubo endotraqueal, cânulas de Guedel e fio guia estéril.

§1º Demais materiais e medicamentos a compor estes kits devem seguir protocolos assistenciais para este fim, padronizados pela unidade e baseados em evidências científicas.

§2º A quantidade dos materiais e medicamentos destes kits deve ser padronizada pela unidade, de acordo com sua demanda.

§3º Os materiais utilizados devem estar de acordo com a faixa etária e biotipo do paciente (lâminas de laringoscópio, tubos endotraqueais de tamanhos adequados, por exemplo);

§4º A unidade deve fazer uma lista com todos os materiais e medicamentos a compor estes kits e garantir que estejam sempre prontos para uso.

CAPÍTULO IV DOS REQUISITOS ESPECÍFICOS PARA UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICAS

SEÇÃO I RECURSOS MATERIAIS

Art. 61 Devem estar disponíveis, para uso exclusivo da UTI Pediátrica, materiais e equipamentos de acordo com a faixa etária e biotipo do paciente.

Art. 62 Cada leito de UTI Pediátrica deve possuir, no mínimo, os seguintes equipamentos e materiais:

- I** - berço hospitalar com ajuste de posição, grades laterais e rodízios;
- II** - equipamento para ressuscitação manual do tipo balão auto-inflável, com reservatório e máscara facial: 01 (um) por leito, com reserva operacional de 01 (um) para cada 02 (dois) leitos;
- III** - estetoscópio;
- IV** - conjunto para nebulização;
- V** - Quatro (04) equipamentos para infusão contínua e controlada de fluidos ("bomba de infusão"), com reserva operacional de 01 (um) para cada 03 (três) leitos;
- VI** - fita métrica;
- VII** - poltrona removível, com revestimento impermeável, destinada ao acompanhante: 01 (uma) por leito;
- VIII** - equipamentos e materiais que permitam monitorização contínua de:
 - a) frequência respiratória;
 - b) oximetria de pulso;
 - c) frequência cardíaca;
 - d) cardioscopia;
 - e) temperatura;
 - f) pressão arterial não-invasiva.

Art. 63 Cada UTI Pediátrica deve dispor, no mínimo, de:

- I** - berço aquecido de terapia intensiva: 1 (um) para cada 5 (cinco) leitos;
- II** - estadiômetro;
- III** - balança eletrônica portátil;
- IV** - oftalmoscópio;
- V** - otoscópio;
- VI** - materiais para punção lombar;

- VII** - materiais para drenagem líquórica em sistema fechado;
- VIII** - negatoscópio;
- IX** - capacetes ou tendas para oxigenoterapia;
- X** - máscara facial que permite diferentes concentrações de Oxigênio: 01 (um) para cada 02 (dois) leitos;
- XI** - materiais para aspiração traqueal em sistemas aberto e fechado;
- XII** - aspirador a vácuo portátil;
- XIII** - equipamento para mensurar pressão de balonete de tubo/cânula endotraqueal ("cuffômetro");
- XIV** - capnógrafo: 01 (um) para cada 10 (dez) leitos;
- XV** - ventilador pulmonar mecânico microprocessado: 01 (um) para cada 02 (dois) leitos, com reserva operacional de 01 (um) equipamento para cada 05 (cinco) leitos, devendo dispor cada equipamento de, no mínimo, 02 (dois) circuitos completos.
- XVI** - equipamento para ventilação pulmonar não-invasiva: 01(um) para cada 10 (dez) leitos, quando o ventilador pulmonar microprocessado não possuir recursos para realizar a modalidade de ventilação não invasiva;
- XVII** - materiais de interface facial para ventilação pulmonar não-invasiva: 01 (um) conjunto para cada 05 (cinco) leitos;
- XVIII** - materiais para drenagem torácica em sistema fechado;
- XIX** - materiais para traqueostomia;
- XX** - foco cirúrgico portátil;
- XXI** - materiais para acesso venoso profundo, incluindo cateterização venosa central de inserção periférica (PICC);
- XXII** - material para flebotomia;
- XXIII** - materiais para monitorização de pressão venosa central; XXIV - materiais e equipamento para monitorização de pressão arterial invasiva: 01 (um) equipamento para cada 05 (cinco) leitos, com reserva operacional de 01 (um) equipamento para cada 10 (dez) leitos;
- XXV** - materiais para punção pericárdica;
- XXVI** - eletrocardiógrafo portátil;
- XXVII** - kit ("carrinho") contendo medicamentos e materiais para atendimento às emergências: 01 (um) para cada 05 (cinco) leitos ou fração;
- XXVIII** - equipamento desfibrilador e cardioversor, com bateria, na unidade;
- XXIX** - marcapasso cardíaco temporário, eletrodos e gerador: 01 (um) equipamento para a unidade;
- XXX** - equipamento para aferição de glicemia capilar, específico para uso hospitalar: 01 (um) para cada 05 (cinco) leitos ou fração;
- XXXI** - materiais para curativos;
- XXXII** - materiais para cateterismo vesical de demora em sistema fechado;

XXXIII - maca para transporte, com grades laterais, com suporte para equipamento de infusão controlada de fluidos e suporte para cilindro de oxigênio: 01 (uma) para cada 10 (dez) leitos ou fração;

XXXIV - equipamento(s) para monitorização contínua de múltiplos parâmetros (oximetria de pulso, pressão arterial não-invasiva; cardioscopia; frequência respiratória específico para transporte, com bateria: 01 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fração;

XXXV - ventilador pulmonar específico para transporte, com bateria: 01 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fração;

XXXVI - kit ("maleta") para acompanhar o transporte de pacientes graves, contendo medicamentos e materiais para atendimento às emergências: 01 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fração;

XXXVII - cilindro transportável de oxigênio;

XXXVIII - relógio e calendário de parede;

XXXIX - refrigerador, com temperatura interna de 2 a 8°C, de uso exclusivo para guarda de medicamentos, com monitorização e registro de temperatura.

Art. 64 Outros equipamentos ou materiais podem substituir os listados neste regulamento técnico, desde que tenham comprovada sua eficácia propedêutica e terapêutica e sejam regularizados pela Anvisa.

Art. 65 Os kits para atendimento às emergências, referidos nos incisos XXVII e XXXVI do Art 63, devem conter, no mínimo: ressuscitador manual com reservatório, cabos e lâminas de laringoscópio, tubos/cânulas endotraqueais, fixadores de tubo endotraqueal, cânulas de Guedel e fio guia estéril.

§1º Demais materiais e medicamentos a compor estes kits devem seguir protocolos assistenciais para este fim, padronizados pela unidade e baseados em evidências científicas.

§2º A quantidade dos materiais e medicamentos destes kits deve ser padronizada pela unidade, de acordo com sua demanda.

§3º Os materiais utilizados devem estar de acordo com a faixa etária e biotipo do paciente (lâminas de laringoscópio, tubos endotraqueais de tamanhos adequados, por exemplo);

§4º A unidade deve fazer uma lista com todos os materiais e medicamentos a compor estes kits e garantir que estejam sempre prontos para uso.

SEÇÃO II UTI PEDIÁTRICA MISTA

Art. 66 As UTI Pediátricas Mistas, além dos requisitos comuns a todas as UTI, também devem atender aos requisitos relacionados aos recursos humanos, assistenciais e materiais estabelecidos para UTI pediátrica e neonatal concomitantemente.

Parágrafo único. A equipe médica deve conter especialistas em Terapia Intensiva Pediátrica e especialistas em Neonatologia.

CAPÍTULO V DOS REQUISITOS ESPECÍFICOS PARA UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAIS

SEÇÃO I RECURSOS MATERIAIS

Art. 67 Devem estar disponíveis, para uso exclusivo da UTI Neonatal, materiais e equipamentos de acordo com a faixa etária e biotipo do paciente.

Art. 68 Cada leito de UTI Neonatal deve possuir, no mínimo, os seguintes equipamentos e materiais:

- I** - incubadora com parede dupla;
- II** - equipamento para ressuscitação manual do tipo balão auto-inflável com reservatório e máscara facial: 01(um) por leito, com reserva operacional de 01 (um) para cada 02 (dois) leitos;
- III** - estetoscópio;
- IV** - conjunto para nebulização;
- V** - Dois (02) equipamentos tipo seringa para infusão contínua e controlada de fluidos ("bomba de infusão"), com reserva operacional de 01 (um) para cada 03 (três) leitos;
- VI** - fita métrica;
- VII** - equipamentos e materiais que permitam monitorização contínua de:
 - a) frequência respiratória;
 - b) oximetria de pulso;
 - c) frequência cardíaca;
 - d) cardioscopia;
 - e) temperatura;
 - f) pressão arterial não-invasiva.

Art. 69 Cada UTI Neonatal deve dispor, no mínimo, de:

- I** - berços aquecidos de terapia intensiva para 10% dos leitos;
- II** - equipamento para fototerapia: 01 (um) para cada 03 (três) leitos;
- III** - estadiômetro;
- IV** - balança eletrônica portátil: 01 (uma) para cada 10 (dez) leitos;
- V** - oftalmoscópio;
- VI** - otoscópio;
- VII** - material para punção lombar;
- VIII** - material para drenagem líquórica em sistema fechado;
- IX** - negatoscópio;
- X** - capacetes e tendas para oxigenoterapia: 1 (um) equipamento para cada 03 (três) leitos, com reserva operacional de 1 (um) para cada 5 (cinco) leitos;

- XI** - materiais para aspiração traqueal em sistemas aberto e fechado;
- XII** - aspirador a vácuo portátil;
- XIII** - capnógrafo: 01 (um) para cada 10 (dez) leitos;
- XIV** - ventilador pulmonar mecânico microprocessado: 01 (um) para cada 02 (dois) leitos, com reserva operacional de 01 (um) equipamento para cada 05 (cinco) leitos devendo dispor cada equipamento de, no mínimo, 02 (dois) circuitos completos.
- XV** - equipamento para ventilação pulmonar não-invasiva: 01(um) para cada 05 (cinco) leitos, quando o ventilador pulmonar microprocessado não possuir recursos para realizar a modalidade de ventilação não invasiva;
- XVI** - materiais de interface facial para ventilação pulmonar não invasiva (máscara ou pronga): 1 (um) por leito.
- XVII** - materiais para drenagem torácica em sistema fechado;
- XVIII** - material para traqueostomia;
- XIX** - foco cirúrgico portátil;
- XX** - materiais para acesso venoso profundo, incluindo cateterização venosa central de inserção periférica (PICC);
- XXI** - material para flebotomia;
- XXII** - materiais para monitorização de pressão venosa central;
- XXIII** - materiais e equipamento para monitorização de pressão arterial invasiva;
- XXIV** - materiais para cateterismo umbilical e exsanguíneo transfusão;
- XXV** - materiais para punção pericárdica;
- XXVI** - eletrocardiógrafo portátil disponível no hospital;
- XXVII** - kit (“carrinho”) contendo medicamentos e materiais para atendimento às emergências: 01 (um) para cada 05 (cinco) leitos ou fração;
- XXVIII** - equipamento desfibrilador e cardioversor, com bateria, na unidade;
- XXIX** - equipamento para aferição de glicemia capilar, específico para uso hospitalar: 01 (um) para cada 05 (cinco) leitos ou fração, sendo que as tiras de teste devem ser específicas para neonatos;
- XXX** - materiais para curativos;
- XXXI** - materiais para cateterismo vesical de demora em sistema fechado;
- XXXII** - incubadora para transporte, com suporte para equipamento de infusão controlada de fluidos e suporte para cilindro de oxigênio: 01 (uma) para cada 10 (dez) leitos ou fração;
- XXXIII** - equipamento(s) para monitorização contínua de múltiplos parâmetros (oximetria de pulso, cardioscopia) específico para transporte, com bateria: 01 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fração;
- XXXIV** - ventilador pulmonar específico para transporte, com bateria: 01 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fração;
- XXXV** - kit (“maleta”) para acompanhar o transporte de pacientes graves, contendo medicamentos e materiais para atendimento às emergências: 01 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fração.

XXXVI - cilindro transportável de oxigênio;

XXXVII - relógio e calendário de parede;

XXXVIII - poltronas removíveis, com revestimento impermeável, para acompanhante: 01 (uma) para cada 05 leitos ou fração;

XXXIX - refrigerador, com temperatura interna de 2 a 8°C, de uso exclusivo para guarda de medicamentos: 01 (um) por unidade, com conferência e registro de temperatura a intervalos máximos de 24 horas.

Art. 70 Outros equipamentos ou materiais podem substituir os listados neste regulamento técnico, desde que tenham comprovada sua eficácia propedêutica e terapêutica e sejam regularizados pela ANVISA.

Art. 71 Os kits para atendimento às emergências referidos nos incisos XXVII e XXXV do Art 69 devem conter, no mínimo: ressuscitador manual com reservatório, cabos e lâminas de laringoscópio, tubos/cânulas endotraqueais, fixadores de tubo endotraqueal, cânulas de Guedel e fio guia estéril.

§1º Demais materiais e medicamentos a compor estes kits devem seguir protocolos assistenciais para este fim, padronizados pela unidade e baseados em evidências científicas.

§2º A quantidade dos materiais e medicamentos destes kits deve ser padronizada pela unidade, de acordo com sua demanda.

§3º Os materiais utilizados devem estar de acordo com a faixa etária e biotipo do paciente (lâminas de laringoscópio, tubos endotraqueais de tamanhos adequados, por exemplo);

§4º A unidade deve fazer uma lista com todos os materiais e medicamentos a compor estes kits e garantir que estejam sempre prontos para uso.

CAPÍTULO VI DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 72 Os estabelecimentos abrangidos por esta Resolução têm o prazo de 180 (cento e oitenta) dias contados a partir da data de sua publicação para promover as adequações necessárias do serviço para cumprimento da mesma.

§ 1º Para cumprimento dos Artigos 13, 14 e 15 da Seção III - Recursos Humanos e do Art 51 da Seção IX - Avaliação do Capítulo II, assim como da Seção I - Recursos Materiais dos Capítulos III, IV e V estabelece-se o prazo de 03 (três) anos;

§ 2º A partir da publicação desta Resolução, os novos estabelecimentos e aqueles que pretendem reiniciar suas atividades devem atender na íntegra às exigências nela contidas, previamente ao início de seu funcionamento.

Art. 73 O descumprimento das disposições contidas nesta Resolução constitui infração sanitária, nos termos da Lei Nº 6.437, de 20 de agosto de 1977, sem prejuízo das responsabilidades civil, administrativa e penal cabíveis.

Art. 74 Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

DIRCEU RAPOSO DE MELLO

Disponível em:
<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/rdc/102985-7> Acesso em: 06/05/2011

OBRAS CONSULTADAS

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Convenção nº 115 (1960)**: Proteção contra as radiações ionizantes. Disponível em: <<http://portal.mte.gov.br/legislacao/convencao-n-115-1.htm>>. Acesso em: 17 maio 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.125/GM de 6 de Julho de 2005**. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas//PORTARIAS/Port2005/GM/GM-1125.htm>>. Acesso em: 10 out. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/insumos_portaria_interministerial_800.pdf>. Acesso em: 10 out. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Rede Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=25085&janela=1>. Acesso em: 15 out. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde do Trabalhador**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=928>. Acesso em: 15 out. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde do Trabalhador**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1138>. Acesso em: 15 out. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde do Trabalhador**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=30426&janela=1>. Acesso em: 15 out. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde do Trabalhador**: Legislação Saúde do Trabalhador. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1146>. Acesso em: 15 out. 2010.

Sobre as autoras e organizadoras

Ana Lúcia Cardoso Kirchhof

■ Enfermeira, Doutora em Filosofia da Enfermagem. Docente aposentada da Universidade Federal de Santa Catarina, NFR/PEN. Membro do Grupo Práxis - Núcleo de Estudos sobre Trabalho, Cidadania, Saúde e Enfermagem da UFSC.

Antonia Maria Grigol

■ Enfermeira, Mestre em Saúde e Meio Ambiente, Docente do Instituto Superior Educacional Luterano Bom Jesus - IELUSC.

Denise Elvira Pires de Pires

■ Enfermeira, Doutora em Ciências Sociais/UNICAMP, Pós-Doutora pela University of Amsterdam, Docente da Universidade Federal de Santa Catarina, NFR/PEN. Membro do Grupo Práxis - Núcleo de Estudos sobre Trabalho, Cidadania, Saúde e Enfermagem da UFSC.

Felipa Rafaela Amadigi

■ Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. Membro do Grupo Práxis - Núcleo de Estudos sobre Trabalho, Cidadania, Saúde e Enfermagem da UFSC.

Francine Lima Gelbcke

■ Enfermeira, Doutora em Filosofia da Enfermagem, Docente da Universidade Federal de Santa Catarina, NFR/PEN. Diretora de Enfermagem do Hospital Universitário da UFSC. Membro do Grupo Práxis - Núcleo de Estudos sobre Trabalho, Cidadania, Saúde e Enfermagem da UFSC.

Janete Elza Felisbino

■ Enfermeira, Mestre em Assistência de Enfermagem, Coordenadora do Curso de Enfermagem da Universidade do Sul de Santa Catarina – Unisul, em Tubarão. Docente da Graduação e Pós-graduação na área de Saúde Coletiva e da Família.

Lucila Fernandes More

■ Enfermeira, Mestre em Ergonomia. Enfermeira do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis.

Maritê Inez Argenta

■ Enfermeira, Mestre em Assistência de Enfermagem. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estácio de Sá. Membro do Grupo Práxis - Núcleo de Estudos sobre Trabalho, Cidadania, Saúde e Enfermagem da UFSC.

Rita de Cássia Flôr

■ Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Docente do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Santa Catarina – IF-SC, Campus Florianópolis/DASS. Membro do Grupo de Pesquisa Núcleo de Tecnologia Clínica do IF-SC e Membro do Grupo Práxis - Núcleo de Estudos sobre Trabalho, Cidadania, Saúde e Enfermagem da UFSC.

Rosilda Veríssimo Silva

■ Enfermeira, Mestre em Educação, Docente do Instituto Superior Educacional Luterano Bom Jesus – IELUSC.

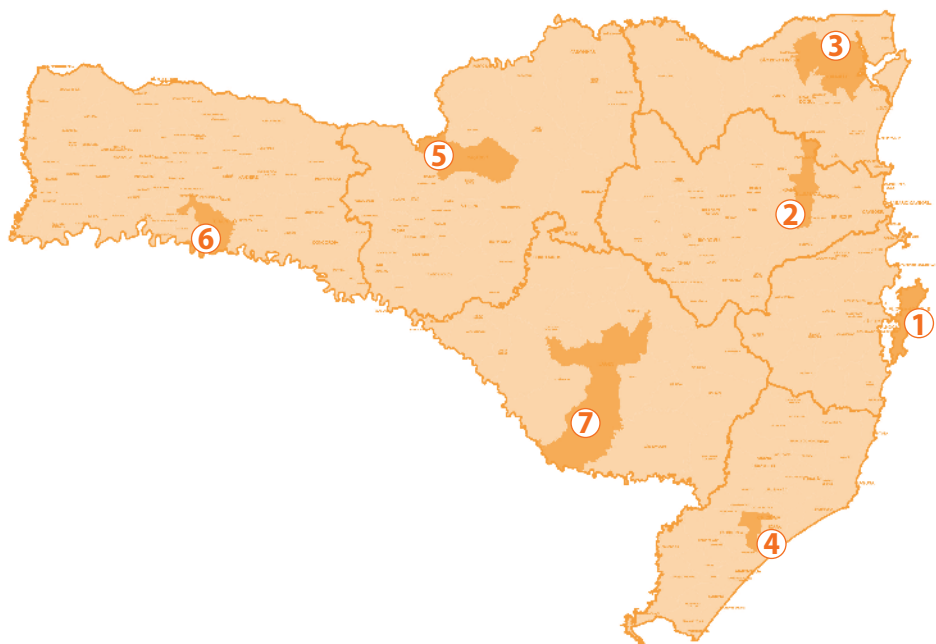
Suzana Schmidt de Arruda

■ Enfermeira, Especialização em Saúde do Trabalhador e Saúde Pública. Prefeitura Municipal de Florianópolis / Secretaria Municipal de Saúde / Diretoria de Vigilância em Saúde / CEREST – Centro de Referência em Saúde do Trabalhador.

**LEMBRE-SE: É OBRIGAÇÃO DE CADA PROFISSIONAL
MANTER O SEU ENDEREÇO RESIDENCIAL E PROFISSIONAL
ATUALIZADO JUNTO AO COREN/SC.**

- **Lei Nº 2.604/1955, Art. 12** - Regula o exercício Profissional de Enfermagem nos aspectos não revogados pela Lei Nº 7498/1986
- **Resolução Cofen Nº 139/1992** - Institui a obrigatoriedade de comunicação, por escrito, de todos os dados de identificação do pessoal de Enfermagem
- **Resolução Cofen Nº 311/2007, Art. 53** - Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem

SUBSEÇÕES E ENDEREÇOS



LOCALIZAÇÃO	ENDEREÇO	TELEFONE	E-MAIL
1. Florianópolis	Av. Mauro Ramos, nº 224 - Centro Executivo Mauro Ramos - 6º, 7º, 8º e 9º andares - Centro - Florianópolis - SC - CEP: 880200-300	(48) 3224-9091	coren-sc@coren-sc.org.br
2. Subseção de Blumenau	Rua XV de Novembro, nº 1336 - Edifício Brasília - 4º andar - Sala 47 - Centro - Blumenau - SC - CEP: 89010-002	(47) 3222-3525	corenbnu@terra.com.br
3. Subseção de Joinville	Rua Dna. Francisca, nº 260 - Edifício Deville - 13º andar - Sala 1308 - Centro - Joinville - SC - CEP: 89201-250	(47) 3422-9878 (47)3423-4132	corenjoinville@terra.com.br
4. Subseção de Criciúma	Av. Getúlio Vargas, nº 440 - Centro Comercial Empresarial Euclides Crevanzi - Sala 202 - Centro - Criciúma - SC - CEP: 88801-500	(48) 3437-3779	corencriciuma@terra.com.br
5. Subseção de Caçador	Av. Barão do Rio Branco, nº 1260 - Edifício Caraguatá - Sala 23 - Centro - Caçador - SC - CEP: 89500-000	(49) 3563-8545 (49) 3563-8544	corencacador@terra.com.br
6. Subseção de Chapecó	Rua Marechal Deodoro, nº 400E - Edifício Piemont Executivo - Sala 508 - Centro - Chapecó - SC - CEP: 89802-140	(49) 3323-7163	corenscchapeco@terra.com.br
7. Subseção de Lages	Rua Benjamin Constant, nº 28 - Edifício Executivo CEPAR - Centro - Lages - SC - CEP: 88501-903	(49) 3224-7818 (49) 3227-1583	corenscclages@terra.com.br

Horário de funcionamento: das 8h às 17h

Realização:

