



CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO

Secretaria de Apoio Legislativo - SGP2
SPLegis

PROJETO DE LEI 274/2017 DE 26/04/2017

Promovente:

Ver. ADRIANA RAMALHO (PSDB)

Ementa:

DISPÕE SOBRE A DISPONIBILIZAÇÃO DOS LOCAIS DE DESCANSO PARA OS
PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NOS EQUIPAMENTOS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO
DE SÃO PAULO.

Observações:

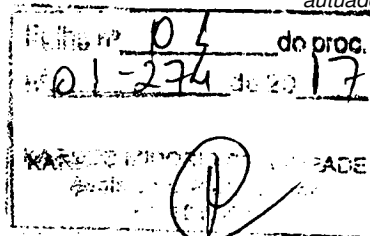
Arquivado em ____/____/____

Chefe de Seção



CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO

1º GV - Vereadora Adriana Ramalho



16

PROJETO DE LEI Nº

PL

274/2017

"Dispõe sobre a disponibilização dos locais de descanso para os profissionais de enfermagem nos equipamentos de saúde no município de São Paulo".

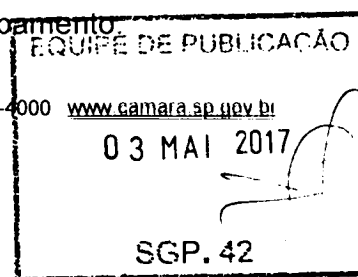
A Câmara Municipal de São Paulo DECRETA:

Art. 1º Os equipamentos de saúde, públicos ou privados, localizados no município de São Paulo ficam obrigados a disponibilizar, para os profissionais de enfermagem, locais de repouso, com as condições adequadas de conforto e salubridade, para os períodos reservados a esse fim.

Art. 2º Os locais para repouso devem contar com, no mínimo, as seguintes características:

- I – ser destinados especificamente para o descanso dos trabalhadores;
- II – ser providos de mobiliário adequado;
- III – ser dotados de conforto térmico e acústico;
- IV – ser equipados com instalações sanitárias; e
- V – ter área útil compatível com a quantidade de profissionais diariamente em serviço.

Art. 3º A ausência das áreas de descanso ou das condições adequadas para o descanso dos trabalhadores de que trata essa lei, ensejam a aplicação das seguintes sanções administrativas aos responsáveis pelo equipamento



Segue(m) juntado(s), nesta data,
documento(s) rubricado(s) sob nº
02 e 03 e folha de informação
sob nº 04. 04.05.17
Ass: _____

Kardec Izidorio de Andrade
Assessor Parlamentar
SGP-22

Folha nº <u>02</u>	do proc.
<u>01-274</u>	de 20 <u>17</u>
KARLES E. F. M. DE ANDRADE	



**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO**

1º GV - Vereadora Adriana Ramalho

I – advertência;

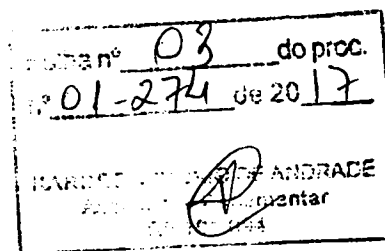
II – multa;

Art. 4º As despesas decorrentes da execução desta lei correrão por conta de dotações orçamentárias próprias.

Art. 5º Esta lei entra em vigor na data de sua publicação e deverá ser regulamentada no prazo de 90 dias contados a partir de sua publicação.

ADRIANA RAMALHO

Vereadora – PSDB

**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO****1º GV - Vereadora Adriana Ramalho****JUSTIFICATIVA**

É pensando na saúde ocupacional dos profissionais de enfermagem que proponho o presente Projeto de Lei. O repouso, durante a jornada de trabalho dos profissionais de enfermagem, em local com as condições adequadas, tanto é essencial para o saúde desses profissionais, quanto para o bom desempenho de suas funções.

A falta de locais apropriados ao descanso é uma das dificuldades mais apontadas por esses profissionais, que se submetem a longas jornadas de trabalho, resultando na exaustão física e psíquica, o que pode ocasionar sérios problemas com seus pacientes, além de acidentes de trabalho.

É direito do trabalhador, garantido por nossa Carta Magna, o direito a "*redução dos riscos inerentes ao trabalho por meio de normas de saúde, higiene e segurança*" (art. 7º, XXII, Constituição Federal/1988).

Além da Constituição Federal, existem outras normas que dispõem sobre o cuidado com a saúde dos trabalhadores, entretanto, a categoria dos profissionais de enfermagem, que é uma das maiores do Estado, pede atenção aos seus profissionais, responsáveis por cuidar da saúde de todos os seres humanos.

Certa da relevância da presente proposta, conto com o apoio dos pares para aprovação deste projeto.

ADRIANA RAMALHO
Vereadora – PSDB



**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO**

Papel para informação, rubricado como folha nº

do processo nº 01 – PL 274 de 2017.

Kandec Izido Ho de Andrade
Assistente Parlamentar

~~SECRET~~

LIDO HOJE

ÀS COMISSÕES DE:

Const., Just. e Leg. Particip.,

Administração Municipal,

Sociedade Prom. Soc., Ind., Econ. e Meio

Finanças e Orçamento.

03 MAI 2017

PRESIDENTE

À Procuradoria – Setor de Pesquisa e Assessoria de Análise Prévia das Proposituras.

Efetuada a autuação, encaminho os presentes autos para prosseguimento.

04 MAI 2017

~~Antonio Isoldi Caleari~~

Supervisor da Equipe de Controle do Processo Legislativo - SGP.22

OF. DO PREFEITO MUNICIPAL DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO - SEÇÃO DE ANÁLISE PRÉVIA DAS PROPOSTURAS

EM 05/05/78 17 HS
POR Krol

SAÍDA: 19/05/78 AS: 15 POR: Krol

CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO

Seguira, lido e assinado neste dia 19 de maio de 2017 para informação

Polícia de nº 05-35 em 19/05/17

Bruno Lucchetti
Técnico Administrativo
RF. 11.455

Bruno Lucchetti

RF 11.455



**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO**
PROCURADORIA

SETOR DE PESQUISA, ASSESSORIA E ANÁLISE PRÉVIA

PL 0274/17

Realizada a pesquisa legislativa, a respeito do assunto foi localizado:

- Lei Federal nº 3.999, de 15 de dezembro de 1961, que altera o salário mínimo dos médicos e cirurgiões dentistas;
- Lei Federal nº 5.905, de 12 de julho de 1973, que dispõe sobre a criação dos conselhos Federal e Regionais de Enfermagem e dá outras providências
- Portaria do Ministério da Saúde nº 2.048, de 05 de novembro de 2002, que aprova o regulamento técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência;
- Resolução RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, que dispõe sobre o Regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos e de estabelecimentos assistenciais de saúde;
- Portaria Ministério do Trabalho nº 485, de 11 de novembro de 2005, que estabelece 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;
- Resolução nº 90, de 21 de março de 2000, que normatiza preceitos das condições de saúde ocupacional dos médicos e dá outras providências;
- Lei Municipal nº 11.716, de 03 de janeiro de 1995, que institui gratificações especiais do regime de plantão, e gratificação especial pela prestação de serviços assistenciais em saúde aos servidores do quadro dos profissionais da saúde;



**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO
PROCURADORIA**

- PL 528/15, que dispõe sobre a atenção à saúde ocupacional dos profissionais de enfermagem;

- PL 401/2016, que acrescenta parágrafo ao artigo 3º da Lei nº 13.998, de 10 de junho de 2005, para prover, aos acompanhantes dos pacientes internados na Rede Pública Municipal de Saúde, acomodações adequadas e as principais refeições diárias, e dá outras providências.

À Comissão de Constituição, Justiça e Legislação Participativa, conforme despacho do Sr. Presidente de fls. 04.

São Paulo, 17 de maio de 2016.

Juliana Trindade von T Eberlin

Procuradora Legislativa

OAB/SP 232.414

Christiana Samara Chebib Lienert

Procuradora Supervisora do Setor de Pesquisa e Análise Prévia

OAB/SP 244.472



Presidência da República
Casa Civil
Subchefia para Assuntos Jurídicos

Bruno Lucchetti
RF 11.455

LEI Nº 3.999, DE 15 DE DEZEMBRO DE 1961.

Altera o salário-mínimo dos médicos e cirurgiões dentistas.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o **CONGRESSO NACIONAL** decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º O salário-mínimo dos médicos passa a vigorar nos níveis e da forma estabelecida na presente lei.

Art. 2º A classificação de atividades ou tarefas, desdobrando-se por funções, será a seguinte:

- a) médicos (seja qual for a especialidade);
- b) auxiliares (auxiliar de laboratorista e radiologista e internos).

Art. 3º Não se compreende na classificação de atividades ou tarefas, previstas nesta lei (obrigando ao pagamento de remuneração) o estágio efetuado para especialização ou melhoria de tirocínio, desde que não exceda ao prazo máximo de seis meses e permita a sucessão regular no quadro de beneficiados.

Art. 4º É salário-mínimo dos médicos a remuneração mínima, permitida por lei, pelos serviços profissionais prestados por médicos, com a relação de emprêgo, a pessoas físicas ou jurídicas de direito privado.

Art. 5º Fica fixado o salário-mínimo dos médicos em quantia igual a três vezes e o dos auxiliares a duas vezes mais o salário-mínimo comum das regiões ou sub-regiões em que exercerem a profissão.

Art. 6º O disposto no art. 5º aplica-se aos médicos que, não sujeitos ao horário previsto na alínea a do artigo 8º, prestam assistência domiciliar por conta de pessoas físicas ou jurídicas de direito privado, como empregados destas, mediante remuneração por prazo determinado.

Art. 7º Sempre que forem alteradas as tabelas do salário-mínimo comum, nas localidades onde o salário-mínimo geral corresponder a valor inferior a metade da soma do mais alto e do mais baixo salário-mínimo em vigor no país, o salário-mínimo dos médicos será reajustado para valor correspondente a três vezes e o dos auxiliares para duas vezes mais esta metade.

Art. 8º A duração normal do trabalho, salvo acôrdo escrito que não fira de modo algum o disposto no artigo 12, será:

- a) para médicos, no mínimo de duas horas e no máximo de quatro horas diárias;
- b) para os auxiliares será de quatro horas diárias.

§ 1º Para cada noventa minutos de trabalho gozará o médico de um repouso de dez minutos.

§ 2º Aos médicos e auxiliares que contratarem com mais de um empregador, é vedado o trabalho além de seis horas diárias.

§ 3º Mediante acôrdo escrito, ou por motivo de força maior, poderá ser o horário normal acrescido de horas suplementares, em número não excedente de duas.

§ 4º A remuneração da hora suplementar não será nunca inferior a 25% (vinte e cinco por cento) à da hora normal.

Art. 9º O trabalho noturno terá remuneração superior à do diurno e, para êsse efeito, sua remuneração terá um acréscimo de 20% (vinte por cento), pelo menos, sôbre a hora diurna.

Art. 10. O profissional, designado para servir fora da cidade ou vila para a qual tenha sido contratado, não poderá:

- a) perceber importância inferior a do nível mínimo de remuneração que vigore naquela localidade;
- b) sofrer redução, caso se observe nível inferior.

Art. 11. As modificações futuras de critério territorial para a fixação dos salários-mínimos comuns, em tabelas,10 aproveitarão, também, para os dos médicos.

Art. 12. Na hipótese do ajuste ou contrato de trabalho ser incluído à base-hora, o total da remuneração devida não poderá perfazer quantia inferior a vinte e cinco (25) vezes o valor da soma das duas (2) primeiras horas, conforme o valor horário calculado para a respectiva localidade.

Art. 13. São aplicáveis ao salário-mínimo dos médicos as disposições de caráter geral, sobre o salário-mínimo, constantes, do Decreto-lei número 5.452, de 1º de maio de 1943 (CLT).

Art. 14. A aplicação da presente lei não poderá ser motivo de redução de salário, nem prejudicará a situação de direito adquirido.

Art. 15. Os cargos ou funções de chefias de serviços médicos somente poderão ser exercidos por médicos, devidamente habilitados na forma da lei.

Art. 16. A partir da vigência da presente lei, o valor das indenizações estaduais na C. L. T., que venham, a ser devidas, será desde logo calculado e pago de conformidade com os níveis de remuneração nela fixados.

~~Art. 17. Para os fins de previdência social, os médicos que não sejam contribuintes obrigatórios dos Institutos ou Caixas de Aposentadoria e Pensões, serão considerados contribuintes facultativos do I. A. P. G. (Revogado pelo Decreto-Lei nº 66, de 1966)~~

Art. 18. Aos médicos que exerçam a profissão como empregados de mais de um empregador é permiti contribuir, cumulativamente, na base dos salários efetivamente recebidos nos diversos empregos, até o máximo de vezes o maior salário-mínimo geral vigente para os trabalhadores não abrangidos por esta lei, cabendo aos respectivos empregadores recolher as suas cotas, na proporção dos salários pagos.

Art. 19. As instituições de fins beneficentes e caritativos, que demonstrem não poder suportar o pagamento dos níveis mínimos de salários instituídos na presente lei, será facultado requerer ao Conselho Nacional do Serviço Social isenção total ou redução dos mesmos salários.

§ 1º A isenção, para ser concedida, deve subordinar-se à audiência do órgão sindical e da Associação Médica Brasileira, por intermédio de sua federada regional e, bem assim, do Serviço de Estatística da Previdência e do Trabalho, do Ministério do Trabalho e da Previdência Social.

§ 2º A isenção poderá ser declarada, em cada caso, na fase da execução da sentença proferida em litígio trabalhista, pelo Juízo ou Tribunal competente, podendo, contudo, a execução ser reaberta, independente de qualquer prazo prescricional, sempre que o interessado prove alteração superveniente das condições econômicas da instituição.

Art. 20. Os benefícios desta lei estendem-se aos profissionais da medicina e seus auxiliares que trabalham e venham a trabalhar em organizações industriais e agrícolas, localizadas em zonas urbanas e rurais.

§ 1º As empresas que já tenham serviço médico-social organizado, conservarão seus médicos e auxiliares e as vantagens decorrentes desta lei, levando-se em consideração o tempo de serviço, as distâncias e outros fatores possam influir na organização do horário, de acordo com as necessidades do serviço.

Art. 21. São automaticamente nulos todos os contratos de trabalho que, de qualquer forma, visem a elidir a presente lei.

Art. 22. As disposições desta lei são extensivas aos cirurgiões dentistas, inclusive aos que trabalham em organizações sindicais.

Art. 23. Esta lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Brasília, em 21 de dezembro de 1961; 140º da Independência e 73º da República.

JOÃO GOULART
Tancredo Neves
Soufo Maior
A. Franco Monforó

Este texto não substitui o publicado no DOU de 21.12.1961

Bruno Lucchetti

RF 11.455

Nº. Identificação: 3800660

Origem: MS,GM.

Norma: PRT - 2048

Letra:

Data de assinatura: 05/11/2002

Situação: VIGENTE

Publicação						Boletim			
Tipo	Fonte	Seção	Data de Publicação	Página	Coluna	Volume	Nº	Página	Coluna
PUB	DOFC	I	12/11/2002	32	2	0	0	0	0

Texto completo: bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html

Texto completo da Rep:

Texto completo (inglês):

Texto completo (espanhol):

Texto compilado:

Eme : Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência.

O ção:

Indexação: APROVAÇÃO, REGULAMENTO TÉCNICO, ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.

Vide			Publicação				Boletim				Ação do Vide	Texto Completo
Tipo	Nº	Fonte	Seção	Data de Publicação	Página	Coluna	Volume	Nº	Página	Coluna		
PRT	2048	DOFC	I	04/09/2009	61	2	0	0	0	0	LEGISLAÇÃO CORRELATA	bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2048_03_09
PRT	336	DOFC	I	08/10/2009	94	2	0	0	0	0	LEGISLAÇÃO CORRELATA	bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2009/prt0336_07_10
RES	7	DOFC	I	25/02/2010	48	2	0	0	0	0	LEGISLAÇÃO CORRELATA	bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_C
PRT	342	DOFC	I	05/03/2013	47	2	0	0	0	0	LEGISLAÇÃO CORRELATA	bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0342_01_03



_2009.html

_2009.html

12_2010.html

_2013.html

Matéria PL 274/2017. Não foi possível extrair as informações de assinaturas do arquivo migrado do ECM.



Presidência da República
Casa Civil
Subchefia para Assuntos Jurídicos

Bruno Lucchetti
RF 11.455

LEI Nº 5.905, DE 12 DE JULHO DE 1973.

Dispõe sobre a criação dos Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o CONGRESSO NACIONAL decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art 1º São criados o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e os Conselhos Regionais de Enfermagem (COREN), constituindo em seu conjunto uma autarquia, vinculada ao Ministério do Trabalho e Previdência Social.

Art 2º O Conselho Federal e os Conselhos Regionais são órgãos disciplinadores do exercício da profissão de enfermeiro e das demais profissões compreendidas nos serviços de enfermagem.

Art 3º O Conselho Federal, ao qual ficam subordinados os Conselhos Regionais, terá jurisdição em todo o território nacional e sede na Capital da República.

Art 4º Haverá um Conselho Regional em cada Estado e Território, com sede na respectiva capital, e no Distrito Federal.

Parágrafo único. O Conselho Federal poderá, quando o número de profissionais habilitados na unidade da federação for inferior a cinquenta, determinar a formação de regiões, compreendendo mais de uma unidade.

Art 5º O Conselho Federal terá nove membros efetivos e igual número de suplentes, de nacionalidade brasileira, e portadores de diploma de curso de enfermagem de nível superior.

Art 6º Os membros do Conselho Federal e respectivos suplentes serão eleitos por maioria de votos, em escrutínio secreto, na Assembléia dos Delegados Regionais.

Art 7º O Conselho Federal elegerá dentre seus membros, em sua primeira reunião, o Presidente, o Vice-Presidente, o Primeiro e o Segundo Secretários e o Primeiro e Segundo Tesoureiros.

Art 8º Compete ao Conselho Federal:

I - aprovar seu regimento interno e os dos Conselhos Regionais;

II - instalar os Conselhos Regionais;

III - elaborar o Código de Deontologia de Enfermagem e alterá-lo, quando necessário, ouvidos os Conselhos Regionais;

IV - baixar provimentos e expedir instruções, para uniformidade de procedimento e bom funcionamento dos Conselhos Regionais;

V - dirimir as dúvidas suscitadas pelos Conselhos Regionais;

VI - apreciar, em grau de recursos, as decisões dos Conselhos Regionais;

VII - instituir o modelo das carteiras profissionais de identidade e as insígnias da profissão;

VIII - homologar, suprir ou anular atos dos Conselhos Regionais;

IX - aprovar anualmente as contas e a proposta orçamentária da autarquia, remetendo-as aos órgãos competentes;

X - promover estudos e campanhas para aperfeiçoamento profissional;

XI - publicar relatórios anuais de seus trabalhos;

XII - convocar e realizar as eleições para sua diretoria;

XIII - exercer as demais atribuições que lhe forem conferidas por lei.

Art 9º O mandato dos membros do Conselho Federal será honorífico e terá a duração de três anos, admitida uma reeleição.

Art 10. A receita do Conselho Federal de Enfermagem será constituída de:

fls. 14

- I - um quarto da taxa de expedição das carteiras profissionais;
- II - um quarto das multas aplicadas pelos Conselhos Regionais;
- III - um quarto das anuidades recebidas pelos Conselhos Regionais;
- IV - doações e legados;
- V - subvenções oficiais;
- VI - rendas eventuais.

Parágrafo único. Na organização dos quadros distintos para inscrição de profissionais o Conselho Federal de Enfermagem adotará como critério, no que couber, o disposto na Lei nº 2.604, de 17 de setembro de 1955.

Art 11. Os Conselhos Regionais serão instalados em suas respectivas sedes, com cinco a vinte e um membros e outros tantos suplentes, todos de nacionalidade brasileira, na proporção de três quintos de enfermeiros e dois quintos de profissionais das demais categorias de pessoal de enfermagem reguladas em lei.

Parágrafo único. O número de membros dos Conselhos Regionais será sempre ímpar, e a sua fixação será feita pelo Conselho Federal em proporção ao número de profissionais inscritos.

Art 12. Os membros dos Conselhos Regionais e respectivos suplentes serão eleitos por voto pessoal secreto e obrigatório em época determinada pelo Conselho Federal em Assembléia Geral especialmente convocada para esse fim

§ 1º Para a eleição referida neste artigo serão organizadas chapas separadas, uma para enfermeiros e outra para os demais profissionais de enfermagem, podendo votar em cada chapa, respectivamente, os profissionais referidos no artigo 11.

§ 2º Ao eleitor que, sem causa justa, deixar de votar nas eleições referidas neste artigo, será aplicada pelo Conselho Regional multa em importância correspondente ao valor da anuidade.

Art 13. Cada Conselho Regional elegerá seu Presidente, Secretário e Tesoureiro, admitida a criação de cargos de Vice-Presidente, Segundo Secretário e Segundo Tesoureiro para os Conselhos com mais de doze membros.

Art 14. O mandato dos membros dos Conselhos Regionais será honorífico e terá a duração de três anos admitida uma reeleição.

Art 15. Compete aos Conselhos Regionais:

- I - deliberar sobre inscrição no Conselho e seu cancelamento;
- II - disciplinar e fiscalizar o exercício profissional, observadas as diretrizes gerais do Conselho Federal;
- III - fazer executar as instruções e provimentos do Conselho Federal;
- IV - manter o registro dos profissionais com exercício na respectiva jurisdição;
- V - conhecer e decidir os assuntos atinentes à ética profissional impondo as penalidades cabíveis;
- VI - elaborar a sua proposta orçamentária anual e o projeto de seu regimento interno e submetê-los à aprovação do Conselho Federal;
- VII - expedir a carteira profissional indispensável ao exercício da profissão, a qual terá fé pública em todo o território nacional e servirá de documento de identidade;
- VIII - zelar pelo bom conceito da profissão e dos que a exerçam;
- IX - publicar relatórios anuais de seus trabalhos e a relação dos profissionais registrados;
- X - propor ao Conselho Federal medidas visando à melhoria do exercício profissional;
- XI - fixar o valor da anuidade;
- XII - apresentar sua prestação de contas ao Conselho Federal, até o dia 28 de fevereiro de cada ano;
- XIII - eleger sua diretoria e seus delegados eleitores ao Conselho Federal;
- XIV - exercer as demais atribuições que lhes forem conferidas por esta Lei ou pelo Conselho Federal.

Art 16. A renda dos Conselhos Regionais será constituída de:

- I - três quartos da taxa de expedição das carteiras profissionais;
- II - três quartos das multas aplicadas;
- III - três quartos das anuidades;
- IV - doações e legados;
- V - subvenções oficiais, de empresas ou entidades particulares;
- VI - rendas eventuais.

Bruno Lucchetti
RF 11.455

Art 17. O Conselho Federal e os Conselhos Regionais deverão reunir-se, pelo menos, uma vez mensalmente.

Parágrafo único. O Conselheiro que faltar, durante o ano, sem licença prévia do respectivo Conselho, a cinco reuniões perderá o mandato.

Art 18. Aos infratores do Código de Deontologia de Enfermagem poderão ser aplicadas as seguintes penas:

- I - advertência verbal;
- II - multa;
- III - censura;
- IV - suspensão do exercício profissional;
- V - cassação do direito ao exercício profissional.

§ 1º As penas referidas nos incisos I, II, III e IV deste artigo são da alçada dos Conselhos Regionais e a referida no inciso V, do Conselho Federal, ouvido o Conselho Regional interessado.

§ 2º O valor das multas, bem como as infrações que implicam nas diferentes penalidades, serão disciplinados no Regimento do Conselho Federal e dos Conselhos Regionais.

Art 19. O Conselho Federal e os Conselhos Regionais terão tabela própria de pessoal, cujo regime será o da Consolidação das Leis do Trabalho.

Art 20. A responsabilidade pela gestão administrativa e financeira dos Conselhos caberá aos respectivos diretores.

Art 21. A composição do primeiro Conselho Federal de Enfermagem, com mandato de um ano, será feita por ato do Ministro do Trabalho e Previdência Social, mediante indicação, em lista tríplice, da Associação Brasileira de Enfermagem.

Parágrafo único. Ao Conselho Federal assim constituído caberá, além das atribuições previstas nesta Lei:

- a) promover as primeiras eleições para composição dos Conselhos Regionais e instalá-los;
- b) promover as primeiras eleições para composição do Conselho Federal, até noventa dias antes do término do seu mandato.

Art 22. Durante o período de organização do Conselho Federal de Enfermagem, o Ministério do Trabalho e Previdência Social, lhe facilitará a utilização de seu próprio pessoal, material e local de trabalho.

Art 23. Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Brasília, 12 de julho de 1973; 152º da Independência e 85º da República.

EMILIO G.MÉDICI
Júlio Barata

Este texto não substitui o publicado no D.O.U. de 13.7.1973

ADVERTÊNCIA

Este texto não substitui o publicado no Diário Oficial da União

**Ministério da Saúde
Gabinete do Ministro
Comissão Intergestores Tripartite**

Bruno Lucchetti

RF 11.455

PORTARIA N° 2048, DE 5 DE NOVEMBRO DE 2002

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições legais,

Considerando que a área de Urgência e Emergência constitui-se em um importante componente da assistência à saúde;

Considerando o crescimento da demanda por serviços nesta área nos últimos anos, devido ao aumento do número de acidentes e da violência urbana e a insuficiente estruturação da rede assistencial, que têm contribuído decisivamente para a sobrecarga dos serviços de Urgência e Emergência disponibilizados para o atendimento da população;

Considerando as ações já desenvolvidas pelo Ministério da Saúde que, em parceria com as Secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, tem realizado grandes esforços no sentido de implantar um processo de aperfeiçoamento do atendimento às urgências e emergências no País, tanto pela criação de mecanismos para a implantação de Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento às Urgências e Emergências como pela realização de investimentos relativos ao custeio e adequação física e de equipamentos dos serviços integrantes destas redes, na área de assistência pré-hospitalar, nas Centrais de Regulação, na capacitação de recursos humanos, na edição de normas específicas para a área e na efetiva organização e estruturação das redes assistenciais na área de urgência e emergência;

Considerando a necessidade de aprofundar o processo de consolidação dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, aperfeiçoar as normas já existentes e ampliar o seu escopo e ainda a necessidade de melhor definir uma ampla política nacional para esta área, com a organização de sistemas regionalizados, com referências previamente pactuadas e efetivadas sob regulação médica, com hierarquia resolutive e responsabilização sanitária, universalidade de acesso, integralidade na atenção e equidade na alocação de recursos e ações do Sistema de acordo com as diretrizes gerais do Sistema Único de Saúde e a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/2002;

Considerando a grande extensão territorial do País, que impõe distâncias significativas entre municípios de pequeno e médio porte e seus respectivos municípios de referência para a atenção hospitalar especializada e de alta complexidade, necessitando, portanto, de serviços intermediários em complexidade, capazes de garantir uma cadeia de reanimação e estabilização para os pacientes graves e uma cadeia de cuidados imediatos e resolutivos para os pacientes agudos não-graves;

Considerando a necessidade de ordenar o atendimento às Urgências e Emergências, garantindo acolhimento, primeira atenção qualificada e resolutive para as pequenas e médias urgências, estabilização e referência adequada dos pacientes graves dentro do Sistema Único de Saúde, por meio do acionamento e intervenção das Centrais de Regulação Médica de Urgências;

Considerando a expansão de serviços públicos e privados de atendimento pré-hospitalar móvel e de transporte inter-hospitalar e a necessidade de integrar estes serviços à lógica dos sistemas de urgência, com regulação médica e presença de equipe de saúde qualificada para as especificidades deste atendimento e a obrigatoriedade da presença do médico nos casos que necessitem suporte avançado à vida, e

Considerando a necessidade de estimular a criação de estruturas capazes de problematizar a realidade dos serviços e estabelecer o nexo entre trabalho e educação, de forma a resgatar o processo de capacitação e educação continuada para o desenvolvimento dos serviços e geração de impacto em saúde dentro de cada nível de atenção e ainda de propor currículos mínimos de capacitação e habilitação para o atendimento às urgências, em face dos inúmeros conteúdos programáticos e cargas horárias existentes no país e que não garantem a qualidade do aprendizado, resolve:

Art. 1º Aprovar, na forma do Anexo desta Portaria, o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência.

§ 1º O Regulamento ora aprovado estabelece os princípios e diretrizes dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, as normas e critérios de funcionamento, classificação e cadastramento de serviços e envolve temas como a elaboração dos Planos Estaduais de Atendimento às Urgências e Emergências, Regulação Médica das Urgências e

Emergências, atendimento pré-hospitalar, atendimento pré-hospitalar móvel, atendimento hospitalar, transporte inter-hospitalar e ainda a criação de Núcleos de Educação em Urgências e proposição de grades curriculares para capacitação de recursos humanos da área;

§ 2º Este Regulamento é de caráter nacional devendo ser utilizado pelas Secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios na implantação dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, na avaliação, habilitação e cadastramento de serviços em todas as modalidades assistenciais, sendo extensivo ao setor privado que atue na área de urgência e emergência, com ou sem vínculo com a prestação de serviços aos usuários do Sistema Único de Saúde.

Art. 2º Determinar às Secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, de acordo com as respectivas condições de gestão e a divisão de responsabilidades definida na Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS-SUUS 01/2002, a adoção das providências necessárias à implantação dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, à organização das redes assistenciais deles integrantes e à organização/habilitação e cadastramento dos serviços, em todas as modalidades assistenciais, que integrarão estas redes, tudo em conformidade com o estabelecido no Regulamento Técnico aprovado por esta Portaria, bem como a designação, em cada estado, do respectivo Coordenador do Sistema Estadual de Urgência e Emergência.

§ 1º As Secretarias de Saúde dos estados e do Distrito Federal devem estabelecer um planejamento de distribuição regional dos Serviços, em todas as modalidades assistenciais, de maneira a constituir o Plano Estadual de Atendimento às Urgências e Emergências conforme estabelecido no Capítulo I do Regulamento Técnico desta Portaria e adotar as providências necessárias à organização/habilitação e cadastramento dos serviços que integrarão o Sistema Estadual de Urgência e Emergência;

§ 2º A abertura de qualquer Serviço de Atendimento às Urgências e Emergências deverá ser precedida consulta ao Gestor do SUS, de nível local ou estadual, sobre as normas vigentes, a necessidade de sua criação possibilidade de cadastramento do mesmo, sem a qual o SUS não se obriga ao cadastramento.

§ 3º Uma vez concluída a fase de Planejamento/Distribuição de Serviços conforme estabelecido no § 1º, confirmada a necessidade do cadastramento e conduzido o processo de seleção de prestadores de serviço pelo Gestor do SUS, o processo de cadastramento deverá ser formalizado pela Secretaria de Saúde do estado, do Distrito Federal ou do município em Gestão Plena do Sistema Municipal, de acordo com as respectivas condições de gestão e a divisão de responsabilidades estabelecida na Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002.

§ 4º O Processo de Cadastramento deverá ser instruído com:

a - Documentação comprobatória do cumprimento das exigências estabelecidas no Regulamento Técnico aprovado por esta Portaria.

b - Relatório de Vistoria – a vistoria deverá ser realizada “in loco” pela Secretaria de Saúde responsável pela formalização do Processo de Cadastramento que avaliará as condições de funcionamento do Serviço para fins de cadastramento: área física, recursos humanos, responsabilidade técnica e demais exigências estabelecidas nesta Portaria;

c - Parecer Conclusivo do Gestor – manifestação expressa, firmada pelo Secretário da Saúde, em relação ao cadastramento. No caso de Processo formalizado por Secretaria Municipal de Saúde de município em Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, deverá constar, além do parecer do gestor local, o parecer do gestor estadual do SUS, que será responsável pela integração do Centro à rede estadual e a definição dos fluxos de referência e contra-referência dos pacientes.

§ 5º Uma vez emitido o parecer a respeito do cadastramento pelo(s) Gestor(es) do SUS e se o mesmo for favorável, o Processo deverá ser encaminhado da seguinte forma:

a - Serviços de Atendimento Pré-Hospitalar, Pré-Hospitalar Móvel, e Hospitalar de Unidades Gerais de Tipo I ou II – o cadastramento deve ser efetivado pelo próprio gestor do SUS;

b - Unidades de Referência Hospitalar em Atendimento às Urgências e Emergências de Tipo I, II ou III – remeter o processo para análise ao Ministério da Saúde/SAS, que o avaliará e, uma vez aprovado o cadastramento, a Secretaria de Assistência à Saúde tomará as providências necessárias à sua publicação.

Art. 3º Alterar o Artigo 2º da Portaria GM/MS nº 479, de 15 de abril de 1999, que estabelece os critérios para a classificação e inclusão dos hospitais nos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergência, que passa a ter a redação dada pelo contido no Capítulo V do Regulamento Técnico constante do Anexo desta Portaria no que diz respeito às Unidades Hospitalares de Referência em Atendimento às Urgências e Emergências de Tipo I, II e III.

§ 1º Ficam mantidos todos os demais Artigos e parágrafos da Portaria GM/MS nº 479, de 15 de abril de 1999;

§ 2º Ficam convalidados todos os atos que tenham sido praticados até a presente data relacionados com a classificação, cadastramento e inclusão de hospitais nos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento

Matéria PL 274/2017 não pode ser extraída das informações de natureza sigilosa do processo administrativo do ECM.

de Urgências e Emergências, com base no estabelecido na Portaria GM/MS nº 479, de 15 de abril de 1998, **Proc. nº 61-274 / 2017** fls. 18

§ 3º A partir da publicação da presente Portaria, a classificação, cadastramento e inclusão de novas Unidades Hospitalares de Referência em Atendimento às Urgências e Emergências de Tipo I, II ou III deverão obedecer em cumprimento ao estabelecido no Capítulo V do Regulamento Técnico ora aprovado e no Artigo 2º desta Portaria. **RF 11.455**

Art. 4º Determinar à Secretaria de Assistência à Saúde, dentro de seus respectivos limites de competência, a adoção das providências necessárias à plena aplicação das recomendações contidas no texto ora aprovado.

Art. 5º Estabelecer o prazo de 2 (dois) anos para a adaptação dos serviços de atendimento às urgências e emergências já existentes e em funcionamento, em todas as modalidades assistenciais, às normas e critérios estabelecidos pelo Regulamento Técnico aprovado por esta Portaria.

§ 1º As Secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal, devem, dentro do prazo estabelecido, adotar as providências necessárias para dar pleno cumprimento ao disposto nesta Portaria e classificar, habilitar e cadastrar os serviços de atendimento às urgências e emergências já existentes e em funcionamento;

§ 2º Para a classificação, habilitação e cadastramento de novos serviços de atendimento às urgências e emergências, em qualquer modalidade assistencial, esta Portaria tem efeitos a contar de sua publicação.

Art. 6º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogando a Portaria GM/MS nº 814, de 01 de junho de 2001.

BARJAS NEGRI

ANEXO

SISTEMAS ESTADUAIS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

REGULAMENTO TÉCNICO

INTRODUÇÃO

A área de Urgência e Emergência constitui-se em um importante componente da assistência à saúde. A crescente demanda por serviços nesta área nos últimos anos, devida ao crescimento do número de acidentes e da violência urbana e à insuficiente estruturação da rede são fatores que têm contribuído decisivamente para a sobrecarga de serviços de Urgência e Emergência disponibilizados para o atendimento da população. Isso tem transformado esta área numa das mais problemáticas do Sistema de Saúde.

O aumento dos casos de acidentes e violência tem forte impacto sobre o SUS e o conjunto da sociedade. Na assistência, este impacto pode ser medido diretamente pelo aumento dos gastos realizados com internação hospitalar, assistência em UTI e a alta taxa de permanência hospitalar deste perfil de pacientes. Na questão social, pode ser verificado pelo aumento de 30% no índice APVP (Anos Potenciais de Vida Perdidos) em relação a acidentes e violências nos últimos anos, enquanto que por causas naturais este dado encontra-se em queda.

A assistência às urgências se dá, ainda hoje, predominantemente nos "serviços" que funcionam exclusivamente para este fim – os tradicionais pronto-socorros – estando estes adequadamente estruturados e equipados ou não. Abertos nas 24 horas do dia, estes serviços acabam por funcionar como "porta-de-entrada" do sistema de saúde, acolhendo pacientes de urgência propriamente dita, pacientes com quadros percebidos como urgências, pacientes desgarrados da atenção primária e especializada e as urgências sociais. Tais demandas misturam-se nas unidades de urgência superlotando-as e comprometendo a qualidade da assistência prestada à população. Esta realidade assistencial é, ainda, agravada por problemas organizacionais destes serviços como, por exemplo, a falta de triagem de risco, o que determina o atendimento por ordem de chegada sem qualquer avaliação prévia do caso, acarretando, muitas vezes, graves prejuízos aos pacientes. Habitualmente, as urgências "sangrantes" e ruidosas são priorizadas, mas, infelizmente, é comum que pacientes com quadros mais graves permaneçam horas aguardando pelo atendimento de urgência, mesmo já estando dentro de um serviço de urgência. Como exemplo desta situação pode-se citar o caso de um idoso com doença pulmonar obstrutiva crônica em episódio de agudização cursando com insuficiência respiratória ou, ainda, uma importante arritmia cardíaca cursando com hipoxemia.

Outra situação preocupante para o sistema de saúde é a verificada "proliferação" de unidades de "pronto atendimento" que oferecem atendimento médico nas 24 horas do dia, porém sem apoio para elucidação diagnóstica, sem equipamentos e materiais para adequada atenção às urgências e, ainda, sem qualquer articulação com o restante da rede assistencial. Embora cumprindo papel no escoamento das demandas reprimidas não satisfeitas na atenção primária, estes serviços oferecem atendimentos de baixa qualidade e pequena resolubilidade, que implicam em repetidos retornos e enorme produção de "consultas de urgência".

O Ministério da Saúde, ciente dos problemas existentes e, em parceria com as Secretarias de Saúde dos estados e municípios, tem contribuído decididamente para a reversão deste quadro amplamente desfavorável à assistência da população. Diversas medidas já foram adotadas, das quais podemos destacar aquelas reunidas no

Programa de Apoio à Implantação de Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgência e Emergência. Além de realizar investimentos relativos ao custeio e adequação física e de equipamentos dos serviços integrantes destas redes, na área de assistência pré-hospitalar, nas Centrais de Regulação e de promover a capacitação de recursos humanos, grandes esforços têm sido empreendidos na efetiva organização e estruturação das redes assistenciais na área de urgência e emergência.

Com o objetivo de aprofundar este processo de consolidação dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, aperfeiçoando as normas já existentes e ampliando o seu escopo, é que está sendo publicado o presente Regulamento Técnico. A implantação de redes regionalizadas e hierarquizadas de atendimento, além de permitir uma melhor organização da assistência, articular os serviços, definir fluxos e referências resolutivas é elemento indispensável para que se promova a universalidade do acesso, a equidade na alocação de recursos e a integralidade na atenção prestada. Assim, torna-se imperativo estruturar os Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência de forma a envolver toda a rede assistencial, desde a rede pré-hospitalar, (unidades básicas de saúde, programa de saúde da família (PSF), ambulatórios especializados, serviços de diagnóstico e terapias, unidades não hospitalares), serviços de atendimento pré-hospitalar móvel (SAMU, Resgate, ambulâncias do setor privado, etc.), até a rede hospitalar de alta complexidade, capacitando e responsabilizando cada um destes componentes da rede assistencial pela atenção a uma determinada parcela da demanda de urgência, respeitados os limites de sua complexidade e capacidade de resolução. Estes diferentes níveis de atenção devem relacionar-se de forma complementar por meio de mecanismos organizados e regulados de referência e contra referência, sendo de fundamental importância que cada serviço se reconheça como parte integrante deste Sistema, acolhendo e atendendo adequadamente a parcela da demanda que lhe ocorre e se responsabilizando pelo encaminhamento desta clientela quando a unidade não tiver os recursos necessários a tal atendimento.

CAPÍTULO I

PLANO ESTADUAL DE ATENDIMENTO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

O Sistema Estadual de Urgência e Emergência deve se estruturar a partir da leitura ordenada das necessidades sociais em saúde e sob o imperativo das necessidades humanas nas urgências. O diagnóstico destas necessidades deve ser feito a partir da observação e da avaliação dos territórios sociais com seus diferentes grupos humanos, da utilização de dados de morbidade e mortalidade disponíveis e da observação das doenças emergentes. Deve-se também compor um quadro detalhado dos recursos existentes, levando-se em consideração sua quantidade, localização, acesso, complexidade, capacidade operacional e técnica. Do confronto das necessidades diagnosticadas com as ofertas existentes, poderemos visualizar as deficiências do sistema e projetar suas correções, num processo de planejamento ascendente e dinâmico, sustentado por políticas públicas orientadas pela equidade e permeadas pela ideia da promoção intersetorial da saúde, como forma de manter e aumentar a autonomia dos indivíduos, através das ações de prevenção das doenças, educação, proteção e recuperação da saúde e reabilitação dos indivíduos já acometidos por agravos que afetaram, em alguma medida, sua autonomia. É imprescindível que estes diagnósticos sejam amplamente discutidos com todos os atores sociais envolvidos na promoção, prevenção, atenção e recuperação aos agravos à saúde, como conselhos de saúde, gestores de saúde, trabalhadores da saúde, prestadores de serviços, usuários, conselhos de classe, educação, promoção social, segurança social, transportes e outros.

O Sistema Estadual de Urgência e Emergência deve ser implementado dentro de uma estratégia de "Promoção da Qualidade de Vida" como forma de enfrentamento das causas das urgências. Deve valorizar a prevenção dos agravos e a proteção da vida, gerando uma mudança de perspectiva assistencial – de uma visão centrada nas consequências dos agravos que geram as urgências, para uma visão integral e integrada, com uma abordagem totalizante e que busque gerar autonomia para indivíduos e coletividades. Assim, deve ser englobada na estratégia promocional a proteção da vida, a educação para a saúde e a prevenção de agravos e doenças, além de se dar novo significado à assistência e à reabilitação. As urgências por causas externas são as mais sensíveis a este enfoque, mas não exclusivamente. As urgências clínicas de todas as ordens também se beneficiam da estratégia promocional.

Feita a leitura qualificada da estrutura e deficiências do setor, deve ser elaborado um Plano Estadual de Atendimento às Urgências e Emergências que deve estar contido no Plano Diretor de Regionalização (PDR), com programação de ações corretivas com respectivo cronograma de execução e planilha de custos, destinados à correção das deficiências encontradas na estruturação das grades assistenciais regionalizadas e hierarquizadas, que serão discutidas, avaliadas e priorizadas a fim de comporem o Plano Diretor de Investimentos (PDI).

A elaboração dos referidos planos deve estar baseada na proposta de estruturação das redes regionalizadas de atenção da NOAS 01/2002, segundo as seguintes atribuições / complexidade / distribuição:

1 - Municípios que realizam apenas a atenção básica (PAB): devem se responsabilizar pelo acolhimento dos pacientes com quadros agudos de menor complexidade, principalmente aqueles já vinculados ao serviço. Suas atribuições e estruturação estão especificadas no Capítulo III – item 1 do presente Regulamento.

2 - Municípios Satélite, que realizam a atenção básica ampliada (PABA): devem desempenhar a mesma função dos municípios PAB, além de contar com área física específica para observação de pacientes, até 8 horas.

3 - Municípios Sede de Módulo Assistencial, que realizam a atenção básica ampliada (PABA) e os procedimentos hospitalares e diagnósticos mínimos da média complexidade (M1): devem contar, além das estruturas já mencionadas acima, com Unidades Não Hospitalares de Atendimento às Urgências, conforme especificações do Capítulo III – item 2 e/ou Unidades Hospitalares Gerais de Tipo I, conforme especificações do Capítulo V – item I-A-a. Neste nível

assistencial, devem ser constituídos os Serviços de Atendimento Pré-hospitalar Móvel, de caráter municipal ou modular, e/ou Serviço de Transporte Inter-hospitalar, para garantir o acesso aos serviços de maior complexidade dos pólos microrregionais, macrorregionais e estaduais.

4 - Municípios Pólo Microrregional, que realizam procedimentos médios da média complexidade (M2): devem contar, além das estruturas já mencionadas acima, com Unidades Hospitalares Gerais de Tipo II, conforme especificações do Capítulo V – item I-A-b. Neste nível assistencial, devem ser estruturados Serviços de Atendimento Pré-hospitalar Móvel municipais ou microrregionais, dependendo das densidades populacionais e distâncias observadas.

5 - Municípios Pólo Regional, que realizam os demais procedimentos mais complexos da média complexidade (M3): devem contar, além das estruturas já mencionadas acima, com Unidades Hospitalares de Referência Tipo I e II, conforme especificações do Capítulo V – item I-B-a e I-B-b. Neste nível devem ser estruturadas as Centrais Reguladoras Regionais de Urgências, que vão ordenar os fluxos entre as micro e macro regiões, devendo o transporte inter-hospitalar ser garantido pelo Serviço de Atendimento Pré-hospitalar móvel da micro/macro região solicitante.

6 - Municípios Pólo Estadual, que realizam procedimentos de Alta Complexidade: devem contar, além das estruturas já mencionadas acima, com Unidades Hospitalares de Referência Tipo III, conforme as especificações do Capítulo V – item I-B-c. Devem também ter estruturadas as Centrais Estaduais de Regulação, que vão ordenar os fluxos estaduais ou inter-estaduais da alta complexidade.

7 - Salas de Estabilização: após a estruturação da rede assistencial acima mencionada, devem ser cuidadosamente observados os claros assistenciais ainda existentes, devidos a grandes distâncias, como ao longo das estradas e em regiões muito carentes, e nestas localidades devem ser estruturadas salas ou bases de estabilização, que devem ser estruturadas com, no mínimo, o mesmo material e medicamentos especificados para a atenção primária à saúde e que devem contar com retaguarda ininterrupta de profissional treinado para o atendimento e estabilização dos quadros de urgências mais frequentes.

CAPÍTULO II

A REGULAÇÃO MÉDICA DAS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

A Regulação Médica das Urgências, baseada na implantação de suas Centrais de Regulação, é o elemento ordenador e orientador dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. As Centrais, estruturadas nos níveis estadual, regional e/ou municipal, organizam a relação entre os vários serviços, qualificando o fluxo dos pacientes no Sistema e geram uma porta de comunicação aberta ao público em geral, através da qual os pedidos de socorro são recebidos, avaliados e hierarquizados.

Como já mencionado, as necessidades imediatas da população ou necessidades agudas ou de urgência, são pontos de pressão por respostas rápidas. Então o Sistema deve ser capaz de acolher a clientela, prestando-lhe atendimento e redirecionando-a para os locais adequados à continuidade do tratamento, através do trabalho integrado das Centrais de Regulação Médica de Urgências com outras Centrais de Regulação de leitos hospitalares, procedimentos de alta complexidade, exames complementares, internações e atendimentos domiciliares, consultas especializadas, consultas na rede básica de saúde, assistência social, transporte sanitário não urgente, informações e outros serviços e instituições, como por exemplo, as Polícias Militares e a Defesa Civil.

Estas centrais, obrigatoriamente interligadas entre si, constituem um verdadeiro complexo regulador da assistência, ordenador dos fluxos gerais de necessidade/resposta, que garante ao usuário do SUS a multiplicidade de respostas necessárias à satisfação de suas necessidades.

As Centrais de Regulação Médica de Urgências devem ser implantadas, de acordo com o definido no Anexo II da Portaria SAS/MS nº 356, de 22 de setembro de 2000. Da mesma forma, as Secretarias de Saúde dos estados e do Distrito Federal devem elaborar o Plano Estadual de Regulação das Urgências e Emergências, podendo para tanto, observadas as especificidades da área a ser regulada, contidas no presente Capítulo, utilizar o modelo de Roteiro estabelecido para o Plano Estadual de Regulação Obstétrica e Neonatal definido no Anexo III da Portaria SAS/MS nº 356, de 22 de setembro de 2000.

Ao médico regulador devem ser oferecidos os meios necessários, tanto de recursos humanos, como de equipamentos, para o bom exercício de sua função, incluída toda a gama de respostas pré-hospitalares previstas neste Regulamento e portas de entrada de urgências com hierarquia resolutiva previamente definida e pactuada, com atribuição formal de responsabilidades.

1 - Atribuições da Regulação Médica das Urgências e Emergências:

1.1 - Técnicas:

A competência técnica do médico regulador se sintetiza em sua capacidade de “julgar”, discernindo o grau presumido de urgência e prioridade de cada caso, segundo as informações disponíveis, fazendo ainda o enlace entre os diversos níveis assistenciais do sistema, visando dar a melhor resposta possível para as necessidades dos pacientes. Assim, deve o médico regulador:

- julgar e decidir sobre a gravidade de um caso que lhe está sendo comunicado por rádio ou telefone, estabelecendo uma gravidade presumida;

- enviar os recursos necessários ao atendimento, considerando necessidades e ofertas disponíveis;

- monitorar e orientar o atendimento feito por outro profissional de saúde habilitado (médico intervencionista, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem), por profissional da área de segurança ou bombeiro militar (no limite das competências desses profissionais) ou ainda por leigo que se encontre no local da situação de urgência; - definir e acionar o serviço de destino do paciente, informando-o sobre as condições e previsão de chegada do mesmo, sugerindo os meios necessários ao seu acolhimento;

- julgar a necessidade ou não do envio de meios móveis de atenção. Em caso negativo, o médico deve explicar sua decisão e esclarecer o demandante do socorro quanto a outras medidas a serem adotadas, por meio de orientação ou conselho médico, que permita ao solicitante assumir cuidados ou buscá-los em local definido pelo médico regulador;

- reconhecer que, como a atividade do médico regulador envolve o exercício da telemedicina, impõe-se a gravação contínua das comunicações, o correto preenchimento das fichas médicas de regulação, das fichas de atendimento médico e de enfermagem, e o seguimento de protocolos institucionais consensuados e normatizados que definam os passos e as bases para a decisão do regulador;

- estabelecer claramente, em protocolo de regulação, os limites do telefonista auxiliar de regulação médica, o qual não pode, em hipótese alguma, substituir a prerrogativa de decisão médica e seus desdobramentos, sob pena de responsabilização posterior do médico regulador;

- definir e pactuar a implantação de protocolos de intervenção médica pré-hospitalar, garantindo perfeito entendimento entre o médico regulador e o intervencionista, quanto aos elementos de decisão e intervenção; objetividade nas comunicações e precisão nos encaminhamentos decorrentes;

- monitorar o conjunto das missões de atendimento e as demandas pendentes; - registrar sistematicamente os dados das regulações e missões, pois como frequentemente o médico regulador irá orientar o atendimento por radiotelefonia (sobretudo para os profissionais de enfermagem), os protocolos correspondentes deverão estar claramente constituídos e a autorização deverá estar assinada na ficha de regulação médica e no boletim/ficha de atendimento pré-hospitalar;

- saber com exatidão as capacidades/habilidades da sua equipe de forma a dominar as possibilidades de prescrição/orientação/intervenção e a fornecer dados que permitam viabilizar programas de capacitação/revisão que qualifiquem/habilitem os intervenientes;

- submeter-se à capacitação específica e habilitação formal para a função de regulador e acumular, também, capacidade e experiência na assistência médica em urgência, inclusive na intervenção do pré-hospitalar móvel;

- participar de programa de educação continuada para suas tarefas; - velar para que todos os envolvidos na atenção pré-hospitalar observem, rigorosamente, a ética e o sigilo profissional, mesmo nas comunicações radiotelefônicas; - manter-se nos limites do sigilo e da ética médica ao atuar como porta-voz em situações de interesse público.

1.2 - Gestoras:

Ao médico regulador também competem funções gestoras— tomar a decisão gestora sobre os meios disponíveis, devendo possuir delegação direta dos gestores municipais e estaduais para acionar tais meios, de acordo com seu julgamento. Assim, o médico regulador deve:

- decidir sobre qual recurso deverá ser mobilizado frente a cada caso, procurando, entre as disponibilidades, a resposta mais adequada a cada situação, advogando assim pela melhor resposta necessária a cada paciente, em cada situação sob o seu julgamento; - decidir sobre o destino hospitalar ou ambulatorial dos pacientes atendidos no pré-hospitalar;

- decidir os destinos hospitalares não aceitando a inexistência de leitos vagos como argumento para não direcionar os pacientes para a melhor hierarquia disponível em termos de serviços de atenção de urgências, ou seja, garantir o atendimento nas urgências, mesmo nas situações em que inexistam leitos vagos para a internação de pacientes (a chamada "vaga zero" para internação). Deverá decidir o destino do paciente baseado na planilha de hierarquias pactuada e disponível para a região e nas informações periodicamente atualizadas sobre as condições de atendimento nos serviços de urgência, exercendo as prerrogativas de sua autoridade para alocar os pacientes dentro do sistema regional, comunicando sua decisão aos médicos assistentes das portas de urgência;

- o médico regulador de urgências regulará as portas de urgência, considerando o acesso a leitos como uma segunda etapa que envolverá a regulação médica das transferências inter hospitalares, bem como das internações;

- acionar planos de atenção a desastres que estejam pactuados com os outros intervenientes, frente a situações excepcionais, coordenando o conjunto da atenção médica de urgência;

Matéria PL 274/2017. Não extrair as informações de assinaturas do EAM

- requisitar recursos públicos e privados em situações excepcionais, com pagamento ou contrapartida posterior, conforme pactuação a ser realizada com as autoridades competentes;

- exercer a autoridade de regulação pública das urgências sobre a atenção pré-hospitalar móvel privada, sempre que esta necessitar conduzir pacientes ao setor público, sendo o pré-hospitalar privado responsabilizado pelo transporte e atenção do paciente até o seu destino definitivo no Sistema;

- contar com acesso às demais centrais do Complexo Regulador, de forma que possa ter as informações necessárias e o poder de dirigir os pacientes para os locais mais adequados, em relação às suas necessidades.

2 - Regulação do Setor Privado de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel (incluídas as concessionárias de rodovias):

O Setor privado de atendimento pré-hospitalar das urgências e emergências deve contar, obrigatoriamente, com Centrais de Regulação Médica, médicos reguladores e de intervenção, equipe de enfermagem e assistência técnica farmacêutica (para os casos de serviços de atendimentos clínicos). Estas Centrais de Regulação privadas devem ser submetidas à regulação pública, sempre que suas ações ultrapassem os limites estritos das instituições particulares não-conveniadas ao Sistema Único de Saúde - SUS, inclusive nos casos de medicalização de assistência domiciliar não urgente.

3 - Regulação Médica de Outras Entidades/Corporações/Organizações Os Corpos de Bombeiros Militares (incluídas as corporações de bombeiros independentes e as vinculadas às Polícias Militares), as Polícias Rodoviárias e outras organizações da Área de Segurança Pública deverão seguir os critérios e os fluxos definidos pela regulação médica das urgências do SUS, conforme os termos deste Regulamento.

CAPÍTULO III

ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR FIXO

O Atendimento Pré-Hospitalar Fixo é aquela assistência prestada, num primeiro nível de atenção, aos pacientes portadores de quadros agudos, de natureza clínica, traumática ou ainda psiquiátrica, que possa levar a sofrimento, seqüelas ou mesmo à morte, provendo um atendimento e/ou transporte adequado a um serviço de saúde hierarquizado, regulado e integrante do Sistema Estadual de Urgência e Emergência. Este atendimento é prestado por um conjunto de unidades básicas de saúde, unidades do Programa de Saúde da Família (PSF), Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), ambulatórios especializados, serviços de diagnóstico e terapia, unidades não-hospitalares de atendimento às urgências e emergências e pelos serviços de atendimento pré-hospitalar móvel (que serão abordados no Capítulo IV).

1 - AS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS E A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

As atribuições e prerrogativas das unidades básicas de saúde e das unidades de saúde da família em relação ao acolhimento/atendimento das urgências de baixa gravidade/complexidade devem ser desempenhadas por todos os municípios brasileiros, independentemente de estarem qualificados para atenção básica (PAB) ou básica ampliada (PABA), conforme detalhamento abaixo:

1.1 - Acolhimento dos Quadros Agudos:

Dentro da concepção de reestruturação do modelo assistencial atualmente preconizado, inclusive com a implementação do Programa de Saúde da Família, é fundamental que a atenção primária e o Programa de Saúde da Família se responsabilizem pelo acolhimento dos pacientes com quadros agudos ou crônicos agudizados de sua área de cobertura ou adstrição de clientela, cuja complexidade seja compatível com este nível de assistência.

Não se pode admitir que um paciente em acompanhamento em uma unidade básica de saúde, por exemplo, por hipertensão arterial, quando acometido por uma crise hipertensiva, não seja acolhido na unidade em que habitualmente faz tratamento. Nesta situação se aplicaria o verdadeiro conceito de pronto atendimento, pois, numa unidade onde o paciente tem prontuário e sua história pregressa e atual são conhecidas, é possível fazer um atendimento rápido e de qualidade, com avaliação e re-adequação da terapêutica dentro da disponibilidade medicamentosa da unidade. Quando este paciente não é acolhido em sua unidade, por ausência do profissional médico, por falta de vagas na agenda ou por qualquer outra razão e recorre a uma unidade de urgência como única possibilidade de acesso, é atendido por profissionais que, muitas vezes, possuem vínculo temporário com sistema, não conhecem a rede loco regional e suas características funcionais e, freqüentemente, prescrevem medicamentos não disponíveis na rede SUS e de alto custo. Assim, o paciente não usa a nova medicação que lhe foi prescrita porque não pode adquiri-la e, tão pouco, usa a medicação anteriormente prescrita e disponível na unidade de saúde, pois não acredita que esta seja suficiente para controlar sua pressão. Esta situação problema é apenas ilustrativa de uma grande gama de situações semelhantes, que acontecem diariamente, não apenas com hipertensos, mas com diabéticos, pacientes portadores de dor aguda e/ou crônica, cardiopatas, portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica, mulheres em acompanhamento ginecológico e/ou obstétrico, crianças em programa de puericultura e etc.

1.2 - Capacitação de Recursos Humanos

É de conhecimento geral que os aparelhos formadores oferecem insuficiente formação para o enfrentamento das urgências. Assim, é comum que profissionais da saúde, ao se depararem com uma urgência de maior gravidade, tenham o impulso de encaminhá-la rapidamente para unidade de maior complexidade, sem sequer fazer uma avaliação prévia e a necessária estabilização do quadro, por insegurança e desconhecimento de como proceder. Assim, é essencial que estes profissionais estejam qualificados para este enfrentamento, se quisermos imprimir efetividade em sua atuação.

1.3 - Estruturação dos Recursos Físicos Todas estas unidades devem ter um espaço devidamente abastecido com medicamentos e materiais essenciais ao primeiro atendimento/estabilização de urgências que ocorram nas proximidades da unidade ou em sua área de abrangência e/ou sejam para elas encaminhadas, até a viabilização da transferência para unidade de maior porte, quando necessário.

A definição deste espaço é fundamental, pois, quando do recebimento de uma urgência (o que pode acontecer com pouca frequência neste tipo de unidade, mas que certamente ocorrerá algumas vezes), é obrigatório que a equipe saiba em qual ambiente da unidade encontram-se os equipamentos, materiais e medicamentos necessários ao atendimento. Numa insuficiência respiratória, parada cardíaca, crise convulsiva ou outras situações que necessitem de cuidado imediato, não se pode perder tempo "procurando" um local ou equipamentos, materiais e medicamentos necessários ao atendimento. Além disso, unidades de saúde de sistemas municipais qualificados para a atenção básica ampliada (PABA) deverão possuir área física especificamente destinada ao atendimento de urgências e sala para observação de pacientes até 8 horas. Materiais: Ambú adulto e infantil com máscaras, jogo de cânulas de Guedel (adulto e infantil), sondas de aspiração, Oxigênio, Aspirador portátil ou fixo, material para punção venosa, material para curativo, material para pequenas suturas, material para imobilizações (colares, talas, pranchas).

Medicamentos: Adrenalina, Água destilada, Aminofilina, Amiodarona, Atropina, Brometo de Ipratrópio, Cloreto de potássio, Cloreto de sódio, Deslanosídeo, Dexametasona, Diazepam, Diclofenaco de Sódio, Dipirona, Dobutami, Dopamina, Epinefrina, Escopolamina (hioscina), Fenitoína, Fenobarbital, Furosemida, Glicose, Haloperidol, Hidantoí, Hidrocortisona, Insulina, Isossorbida, Lidocaína, Meperidina, Midazolan, Ringer Lactato, Soro Glico-Fisiológico, Soro Glicosado.

1.4 - Estruturação da Grade de Referência É fundamental que as unidades possuam uma adequada retaguarda pactuada para o referenciamento daqueles pacientes que, uma vez acolhidos, avaliados e tratados neste primeiro nível de assistência, necessitem de cuidados disponíveis em serviços de outros níveis de complexidade. Assim, mediados pela respectiva Central de Regulação, devem estar claramente definidos os fluxos e mecanismos de transferência dos pacientes que necessitem de outros níveis de complexidade da rede assistencial, de forma a garantir seu encaminhamento, seja para unidades não hospitalares, pronto socorros, ambulatorios de especialidades ou unidades de apoio diagnóstico e terapêutico. Além disso, devem ser adotados mecanismos para a garantia de transporte para os casos mais graves, que não possam se deslocar por conta própria, através do serviço de atendimento pré-hospitalar móvel, onde ele existir, ou outra forma de transporte que venha a ser pactuada.

2 - UNIDADES NÃO-HOSPITALARES DE ATENDIMENTO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

Estas unidades, que devem funcionar nas 24 horas do dia, devem estar habilitadas a prestar assistência correspondente ao primeiro nível de assistência da média complexidade (M1). Pelas suas características e importância assistencial, os gestores devem desenvolver esforços no sentido de que cada município sede de módulo assistencial disponha de, pelo menos uma, destas Unidades, garantindo, assim, assistência às urgências com observação até 24 horas para sua própria população ou para um agrupamento de municípios para os quais seja referência.

2.1 - Atribuições

Estas Unidades, integrantes do Sistema Estadual de Urgências e Emergências e de sua respectiva rede assistencial, devem estar aptas a prestar atendimento resolutivo aos pacientes acometidos por quadros agudos ou crônicos agudizados.

São estruturas de complexidade intermediária entre as unidades básicas de saúde e unidades de saúde da família e as Unidades Hospitalares de Atendimento às Urgências e Emergências, com importante potencial de complacência da enorme demanda que hoje se dirige aos pronto socorros, além do papel ordenador dos fluxos de urgência. Assim, têm como principais missões:

Atender aos usuários do SUS portadores de quadro clínico agudo de qualquer natureza, dentro dos limites estruturais da unidade e, em especial, os casos de baixa complexidade, à noite e nos finais de semana, quando a rede básica e o Programa de Saúde da Família não estão ativos;

- Descentralizar o atendimento de pacientes com quadros agudos de média complexidade;
- Dar retaguarda às unidades básicas de saúde e de saúde da família;
- Diminuir a sobrecarga dos hospitais de maior complexidade que hoje atendem esta demanda;
- Ser entreposto de estabilização do paciente crítico para o serviço de atendimento pré-hospitalar móvel.
- Desenvolver ações de saúde através do trabalho de equipe interdisciplinar, sempre que necessário, com o objetivo de acolher, intervir em sua condição clínica e referenciar para a rede básica de saúde, para a rede

Informações de assinaturas do arquivo migrado do e-Matéria PL 274/2017. Não foi possível extrair as

especializada ou para internação hospitalar, proporcionando uma continuidade do tratamento com impacto positivo no quadro de saúde individual e coletivo da população usuária (beneficiando os pacientes agudos e não-agudos e favorecendo, pela continuidade do acompanhamento, principalmente os pacientes com quadros crônico-degenerativos, com a prevenção de suas agudizações frequentes);

• Articular-se com unidades hospitalares, unidades de apoio diagnóstico e terapêutico, e com outras instituições e serviços de saúde do sistema loco regional, construindo fluxos coerentes e efetivos de referência e contra-referência;

• Ser observatório do sistema e da saúde da população, subsidiando a elaboração de estudos epidemiológicos e a construção de indicadores de saúde e de serviço que contribuam para a avaliação e planejamento da atenção integral às urgências, bem como de todo o sistema de saúde.

2.2 - Dimensionamento e Organização Assistencial

Estas Unidades devem contar, no mínimo, com equipe de saúde composta por médico e enfermeiro nas 24 horas para atendimento contínuo de clínica médica e clínica pediátrica.

Nos casos em que a estrutura loco regional exigir, tomando-se em conta as características epidemiológicas, indicadores de saúde como morbidade e mortalidade, e características da rede assistencial, poderá ser ampliada a equipe, contemplando as áreas de clínica cirúrgica, ortopedia e odontologia de urgência.

Estas Unidades devem contar com suporte ininterrupto de laboratório de patologia clínica de urgência, radiologia, os equipamentos para a atenção às urgências, os medicamentos definidos por esta portaria, leitos de observação de 06 a 24 horas, além de acesso a transporte adequado e ligação com a rede hospitalar através da central de regulação médica de urgências e o serviço de atendimento pré-hospitalar móvel. Nos casos em que tais centrais ainda não sejam estruturadas, a referência hospitalar bem como a retaguarda de ambulâncias de suporte básico, avançado e de transporte deverão ser garantidos mediante pactuação prévia, de caráter municipal ou regional.

A observação de unidades 24 horas não hospitalares de atendimento às urgências em várias localidades do país mostrou ser adequada a seguinte relação entre cobertura populacional / número de atendimentos em 24 horas / número de profissionais médicos por plantão / número de leitos de observação / percentual de pacientes em observação e percentual de encaminhamentos para internação:

PORTE	População da região de cobertura	Número de atendimentos médicos em 24 horas	Número de médicos por plantão	Número de leitos de observação	Percentual pacientes em observação	Percentual encaminhamentos para internação
I	50.000 a 75.000 habitantes	100 pacientes	1 pediatra 1 clínico	6 leitos	10 %	3 %
II	75.000 a 150.000 habitantes	300 pacientes	2 pediatras 2 clínicos	12 leitos	10 %	3 %
III	150.000 a 250.000 habitantes	450 pacientes	3 pediatras 3 clínicos	18 leitos	10 %	3 %

Estes números e mesmo a composição das equipes poderão variar, de forma complementar, de acordo com a realidade loco-regional, tomando-se em conta inclusive a sazonalidade apresentada por alguns tipos de afecções, como por exemplo, o aumento de demanda de doenças respiratórias verificado na clínica pediátrica e na clínica de adultos / idosos durante o inverno ou o aumento no número de acidentes em estradas nos períodos de férias escolares. Da mesma forma, nas regiões onde a morbi-mortalidade por causas externas como violências, traumas e/ou acidentes de trânsito seja estatisticamente marcante, estando os óbitos por estas causas entre as primeiras causas de mortalidade, as equipes poderão ser acrescidas de médicos cirurgiões gerais e ortopedistas, a critério dos gestores loco-regionais. Na Unidade tipo I, por se tratar de serviço com equipe reduzida, deverá haver sempre um profissional médico adicional de sobreaviso, que possa ser acionado para acompanhamento de pacientes críticos ou com instabilidade cardiorespiratória, quando estes necessitem ser removidos e não haja serviço pré-hospitalar móvel estruturado.

2.3 - Recursos Humanos

As Unidades Não-Hospitalares de Atendimento às Urgências e Emergências deverão contar, obrigatoriamente, com os seguintes profissionais: coordenador ou gerente, médico clínico geral, médico pediatra, enfermeiro, técnico/auxiliar de enfermagem, técnico de radiologia, auxiliar de serviços gerais, auxiliar administrativo e, quando houver laboratório na unidade, também deverão contar com bioquímico, técnico de laboratório e auxiliar de laboratório. Outros profissionais poderão compor a equipe, de acordo com a definição do gestor local ou gestores loco-regionais, como: assistente social, odontólogo, cirurgião geral, ortopedista, ginecologista, motorista, segurança e outros.

2.3.1 - Habilitação dos Profissionais

Considerando-se que as urgências não se constituem em especialidade médica ou de enfermagem e que os cursos de graduação a atenção dada à área ainda é bastante insuficiente, entende-se que os profissionais que venham a atuar nas Unidades Não Hospitalares devam ser habilitados pelos Núcleos de Educação em Urgências, cuja criação é indicada pelo presente Regulamento - Capítulo VII.

2.4 - Área Física

A área física deve ser estruturada de acordo com o tamanho e complexidade da unidade, conforme legenda a seguir: Opcional: * Desejável: ** Obrigatório: *** São consideradas as seguintes áreas físicas para a adequada estruturação das Unidades Não Hospitalares de Atendimento de Urgência:

2.4.1 - Bloco de Pronto Atendimento:

- Sala de recepção e espera (com sanitários para usuários) ***
- Sala de arquivo de prontuário médico ***
- Sala de triagem classificatória de risco ***
- Consultórios médicos ***
- Consultório odontológico *
- Sala para Assistente Social *
- Sala para Atendimento Psicológico *

2.4.2 - Bloco de Apoio Diagnóstico

· Sala para radiologia *** (no local, exceto quando houver hierarquia entre as unidades 24 horas não hospitalares de atendimento de urgência de diferentes portes em uma determinada localidade e desde que haja garantia de acesso e transporte, dentro de intervalo de tempo tecnicamente aceitável, de acordo com parâmetros construídos pelas equipes loco-regionais).

· Laboratório de Patologia Clínica *** (no local ou com acesso garantido aos exames, dentro de um intervalo de tempo tecnicamente aceitável, de acordo com parâmetros construídos pelas equipes loco-regionais).

- Sala de coleta * (quando o laboratório for acessível, isto é, fora da unidade).

2.4.3 - Bloco de Procedimentos:

- Sala para suturas ***
- Sala de curativos contaminados ***
- Sala para inaloterapia / medicação ***
- Sala de gesso *
- Sala de Pequena Cirurgia *

2.4.4 - Bloco de Urgência / Observação:

- Sala de reanimação e estabilização / Sala de urgência ***
- Salas de observação masculina, feminina e pediátrica (com posto de enfermagem, sanitários e chuveiros) ***
- Sala de isolamento (com ante-sala, sanitário e chuveiro exclusivos) **

2.4.5 - Bloco de Apoio Logístico

- Farmácia (exclusiva para dispensação interna) ***
- Almoxarifado ***
- Expurgo/Lavagem de material ***
- Central de material esterilizado ***
- Rouparia ***
- Necrotério ***

2.4.6 - Bloco de Apoio Administrativo - Salas de Gerência e Administração ***

- Sala de reunião *
- Sala de descanso para funcionários (com sanitários e chuveiros) ***
- Vestiários para funcionários ***
- Copa/Refeitório ***
- Depósito de Material de Limpeza ***
- Área para limpeza geral ***
- Local de acondicionamento de lixo ***
- Estacionamento (ambulâncias, pacientes e funcionários) **

Bruno Lucchetti
RF 11.455

2.4.7 - Caracterização da área física em relação aos fluxos internos e organização do processo de trabalho:

A área física acima descrita foi dividida em blocos porque é aconselhável, do ponto de vista funcional, que estas áreas estejam mais ou menos contíguas, dando o máximo de racionalidade possível ao fluxo dentro da unidade. Assim, o bloco de pronto atendimento deve apresentar uma entrada para pacientes que vem por busca espontânea, deambulando, que dá acesso direto à recepção e sua respectiva sala de espera. Neste mesmo bloco, deve ser estruturado o acolhimento dos pacientes, que pode ser feito pela própria recepção ou por funcionários designados e treinados para este fim, dependendo do volume da demanda. A seguir deve ser realizada a triagem classificatória de risco. O processo de triagem classificatória deve ser realizado por profissional de saúde, de nível superior, mediante encaminhamento específico e utilização de protocolos pré-estabelecidos e tem por objetivo avaliar o grau de urgência das queixas dos pacientes, colocando-os em ordem de prioridade para o atendimento. A esta triagem classificatória é vedada a dispensa de pacientes antes que estes recebam atendimento médico. Após a triagem, os pacientes são encaminhados aos consultórios médicos. Uma vez realizado o atendimento, o paciente deve ter sua referência garantida mediante encaminhamento realizado através das centrais de regulação ou, quando estas não existirem, através de fluxos previamente pactuados.

O bloco de urgência deve ter uma outra entrada, com acesso coberto para ambulâncias, portas amplas para a entrada de pacientes em macas e fluxo ágil até a sala de emergência. Esta deve comportar o atendimento de dois ou mais casos simultaneamente, dependendo do porte da unidade. As macas devem apresentar rodas e grades e devem estar distribuídas de forma a garantir a livre circulação da equipe ao seu redor. Esta sala deve ser equipada com materiais e equipamentos necessários para atendimento de urgência clínica e/ou cirúrgica de adultos e crianças. Os medicamentos utilizados na primeira abordagem do paciente grave também devem estar disponíveis na própria sala. A entrada de um paciente na sala de urgência poderá ser anunciada por aviso sonoro ou comunicação verbal. Em qualquer uma das situações, um médico, um enfermeiro e auxiliares de enfermagem devem dirigir-se imediatamente para a sala. O acesso da sala de urgência aos leitos de observação deve ser fácil e estas áreas devem ser, de preferência, contíguas.

É aconselhável que os blocos de apoio diagnóstico e de procedimentos tenham situação intermediária entre os blocos de pronto atendimento e de atendimento de urgência, com acesso fácil e ao mesmo tempo independente para cada um deles.

Quanto aos blocos de apoio logístico e administração, devem estar situados de forma a não obstruir o fluxo entre os demais blocos já mencionados.

As salas e áreas de assistência devem obedecer às Normas e Padrões de Construções e Instalações de Serviços de Saúde.

2.5 - Materiais e Equipamentos

Alguns materiais e equipamentos devem, necessariamente, fazer parte do arsenal de qualquer unidade 24 horas como:

Estetoscópio adulto/infantil, esfigmomanômetro adulto/infantil, otoscópio com espêculos adulto/infantil, oftalmoscópio, espelho laríngeo, bolsa autoinflável (ambú) adulto/infantil, desfibrilador com marca-passo externo, monitor cardíaco, oxímetro de pulso, eletrocardiógrafo, glicosímetro, aspirador de secreção, bomba de infusão com bateria e equipo universal, cilindro de oxigênio portátil e rede canalizada de gases ou torpedão de O₂ (de acordo com o porte da unidade), maca com rodas e grades, respirador mecânico adulto/infantil, foco cirúrgico portátil, foco cirúrgico com bateria, negatoscópios nos consultórios, serra de gesso, máscaras laríngeas e cânulas endotraqueais de vários tamanhos, cateteres de aspiração, adaptadores para cânulas, cateteres nasais, sondas para aspiração traqueal de vários tamanhos, luvas de procedimentos, máscara para ressuscitador adulto/infantil, ressuscitadores infantil e adulto com reservatório, cadarços para fixação de cânula, laringoscópio infantil/adulto com conjunto de lâminas, cânulas orofaríngeas adulto/infantil, jogos de pinças de retirada de corpos estranhos de nariz, ouvido e garganta, fios cirúrgicos, fios-guia para intubação, pinça de Magyll, bisturi (cabo e lâmina), material para cricotiroidostomia, drenos para tórax, pacotes de gaze estéril, pacote de compressa estéril, esparadrapo, material para punção de vários tamanhos incluindo agulhas metálicas e plásticas, agulhas especiais para punção óssea, garrote, equipos de macro e microgotas, cateteres

Materiais PL 274/2017. Não foi possível extrair as assinaturas do arquivo migrado do ECM.

específicos para dissecação de veias, tamanho adulto/infantil, tesoura, seringas de vários tamanhos, tomeiras de 3 vias, frascos de solução salina, caixa completa de pequena cirurgia, frascos de drenagem de tórax, extensões para drenos torácicos, sondas vesicais, coletores de urina, espátulas de madeira, sondas nasogástricas, eletrodos descartáveis, equipamentos de proteção individual para equipe de atendimento, cobertor para conservação do calor do corpo, travesseiros e lençóis, pacote de roupas para pequena cirurgia, conjunto de colares cervicais (tamanho P, M e G), prancha longa para imobilização da vítima em caso de trauma, prancha curta para massagem cardíaca, gerador de energia elétrica compatível com o consumo da unidade, sistema de telefonia e de comunicação.

2.6 - Medicamentos

Abaixo a lista de medicamentos que devem estar disponíveis na unidade de urgência, contemplando medicamentos usados na primeira abordagem dos pacientes graves e também sintomáticos, antibióticos e anticonvulsivantes, uma vez que alguns pacientes poderão permanecer nestas unidades por um período de até 24 horas ou, excepcionalmente, por mais tempo se houver dificuldade para internação hospitalar: Adrenalina, Água destilada, Aminofilina, Amiodarona, Amitriptilina, Ampicilina, Atropina, Bicarbonato de sódio, Biperideno, Brometo de Ipratrópio, Bupivacaína, Captopril, Carbamazepina, Carvão ativado, Cefalexina, Cefalotina, Cetoprofeno, Clister Glicerinado, Clordiazepóxido, Cloridrato de Clonidina, Cloridrato de Hidralazina, Cloreto de potássio, Cloreto de sódio, Clorpromazina, Clorafenicol, Codeína, Complexo B injetável, Deslanosídeo, Dexametasona, Diazepam, Diclofenaco de sódio, Digoxina, Dipirona, Enalapril, Escopolamina (hioscina), Fenitoína, Fenobarbital, Fenoterol Bromidrato, Flumazenil, Furosemida, Gentamicina, Glicose isotônica, Glicose hipertônica, Gluconato de Cálcio, Haloperidol, Hidrocortisona, Insulina, Isossorbida, Lidocaína, Manitol, Meperidina, Metildopa, Metilergometrina, Metilprednisolona, Metoclopramida, Metoprolol, Midazolan, Nifedipina, Nistatina, Nitroprussiato de sódio, Óleo mineral, Omeprazol, Oxacilina, Paracetamol, Penicilina, Prometazina, Propranolol, Ranitidina, Ringer Lactato, Sais para reidratação oral, Salbutamol, Soro glicofisiológico, Soro Fisiológico, Soro Glicosado, Sulfadiazina prata, Sulfametoxazol + trimetoprim, Sulfato de magnésio, Tiamina (Vit. B1), Tramadol, Tobramicina Colírio, Verapamil, Vitamina K.

2.7 - Estruturação da Grade de Referência

As Unidades Não-Hospitalares de Atendimento às Urgências e Emergências devem possuir retaguarda de maior complexidade previamente pactuada, com fluxo e mecanismos de transferência claros, mediados pela Central de Regulação, a fim de garantir o encaminhamento dos casos que extrapolem sua complexidade. Além disso, devem garantir transporte para os casos mais graves, através do serviço de atendimento pré-hospitalar móvel, onde ele existir, ou outra forma de transporte que venha a ser pactuada. Também devem estar pactuados os fluxos para elucidação diagnóstica e avaliação especializada, além de se dar ênfase especial ao re-direcionamento dos pacientes para a rede básica e Programa de Saúde da Família, para o adequado seguimento de suas patologias de base e condições de saúde, garantindo acesso não apenas a ações curativas, mas a todas as atividades promocionais que devem ser implementadas neste nível de assistência.

CAPÍTULO IV

ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL

Considera-se como nível pré-hospitalar móvel na área de urgência, o atendimento que procura chegar precocemente à vítima, após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, inclusive psiquiátricas), que possa levar a sofrimento, sequelas ou mesmo à morte, sendo necessário, portanto, prestar-lhe atendimento e/ou transporte adequado a um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao Sistema Único de Saúde. Podemos chamá-lo de atendimento pré-hospitalar móvel primário quando o pedido de socorro for oriundo de um cidadão ou de atendimento pré-hospitalar móvel secundário quando a solicitação partir de um serviço de saúde, ao qual o paciente já tenha recebido o primeiro atendimento necessário à estabilização do quadro de urgência apresentado, mas necessite ser conduzido a outro serviço de maior complexidade para a continuidade do tratamento.

O Serviço de atendimento pré-hospitalar móvel deve ser entendido como uma atribuição da área da saúde, sendo vinculado a uma Central de Regulação, com equipe e frota de veículos compatíveis com as necessidades de saúde da população de um município ou uma região, podendo, portanto, extrapolar os limites municipais. Esta região de cobertura deve ser previamente definida, considerando-se aspectos demográficos, populacionais, territoriais, indicadores de saúde, oferta de serviços e fluxos habitualmente utilizados pela clientela. O serviço deve contar com a retaguarda da rede de serviços de saúde, devidamente regulada, disponibilizada conforme critérios de hierarquização e regionalização formalmente pactuados entre os gestores do sistema loco-regional.

Para um adequado atendimento pré-hospitalar móvel o mesmo deve estar vinculado a uma Central de Regulação de Urgências e Emergências. A central deve ser de fácil acesso ao público, por via telefônica, em sistema gratuito (192 como número nacional de urgências médicas ou outro número exclusivo da saúde, se o 192 não for tecnicamente possível), onde o médico regulador, após julgar cada caso, define a resposta mais adequada, seja um conselho médico, o envio de uma equipe de atendimento ao local da ocorrência ou ainda o acionamento de múltiplos meios. O número de acesso da saúde para socorros de urgência deve ser amplamente divulgado junto à comunidade. Todos os pedidos de socorro médico que derem entrada por meio de outras centrais, como a da polícia militar (190), do corpo de bombeiros (193) e quaisquer outras existentes, devem ser, imediatamente retransmitidos à Central de Regulação por intermédio do sistema de comunicação, para que possam ser adequadamente regulados e atendidos.

O atendimento no local é monitorado via rádio pelo médico regulador que orienta a equipe de intervenção quanto aos procedimentos necessários à condução do caso. Deve existir uma rede de comunicação entre a Central, as

Bruno Lucchetti

RF 11.455

Nº. Identificação: 3751408

Origem: MS,ANVISA.

Norma: RDC - 50

Letra:

Data de assinatura: 21/02/2002

Situação: VIGENTE

Publicação						Boletim			
Tipo	Fonte	Seção	Data de Publicação	Página	Coluna	Volume	Nº	Página	Coluna
PUB	DOFC	I	20/03/2002	39	2	0	0	0	0

Texto completo: bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2002/rdc0050_21_02_2002.html

Texto completo da Rep:

Texto completo (inglês):

Texto completo (espanhol):

Texto compilado:

Ementa: Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde.

Observação:

Indexação: REGULAMENTO TÉCNICO, PLANEJAMENTO, CRIAÇÃO, AVALIAÇÃO, PROJETO, ARQUITETURA DE INSTITUIÇÕES DE SAÚDE, ESTABELECIMENTO DE SAÚDE.

Vide			Publicação			Boletim			Ação do Vide	Texto Completo		
Tipo	Nº	Fonte	Seção	Data de Publicação	Página	Coluna	Volume	Nº			Página	Coluna
RDC	307	DOFC	I	18/11/2002	51	1	0	0	0	0	ALTERAÇÃO	Indisponível
RDC	189	DOFC	I	21/07/2003	28	2	0	0	0	0	ALTERAÇÃO	Indisponível
RDC	171	DOFC	I	05/09/2006	33	1	0	0	0	0	LEGISLAÇÃO CORRELATA	Indisponível
RDC	38	DOFC	I	05/06/2008	55	1	0	0	0	0	REVOGAÇÃO PARCIAL	bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2008/rdc0038_04_06_2008.html
PRT	2226	DOFC	I	23/09/2009	654	1	0	0	0	0	LEGISLAÇÃO CORRELATA	bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2226_09_08_2009.html
RES	7	DOFC	I	25/02/2010	48	2	0	0	0	0	LEGISLAÇÃO CORRELATA	bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html
RES	56	DOFC	I	17/12/2010	113	1	0	0	0	0	LEGISLAÇÃO CORRELATA	bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/rdc0056_16_12_2010.html
PRT	1427	DOF2	II	28/09/2011	60	2	0	0	0	0	LEGISLAÇÃO CORRELATA	bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/prt1427_22_09_2011.html
RDC	51	DOFC	I	07/10/2011	61	2	0	0	0	0	REVOGAÇÃO PARCIAL	bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/rdc0051_06_10_2011.html
PRT	148	DOFC	I	01/02/2012	33	1	0	0	0	0	LEGISLAÇÃO CORRELATA	bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0148_01_02_2012.html



06_2008.html

_2009.html

12_2010.html

12_2010.html

19_2011.html

10_2011.html

_2012.html

Matéria PL 274/2017. Não foi possível extrair as informações de assinaturas do arquivo migrado do ECM.

ADVERTÊNCIA

Este texto não substitui o publicado no Diário Oficial da União

**Ministério da Saúde**
Agência Nacional de Vigilância Sanitária

Bruno Lucchetti

RF 11.455

RESOLUÇÃO-RDC Nº 50, DE 21 DE FEVEREIRO DE 2002

Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, no uso da atribuição que lhe confere o art. 11 inciso IV do Regulamento da ANVISA aprovado pelo Decreto nº 3.029, de 16 de abril de 1999, em reunião realizada em 20 de fevereiro de 2002, e considerando o princípio da descentralização político-administrativa previsto na Constituição Federal e na Lei nº 8.080 de 19/09/1990;

considerando o art. 3º, alínea C, art. 6º, inciso VI e art. 10 previstos na Portaria nº 1.565/GM/MS, de 26 de agosto de 1994;

considerando a necessidade de atualizar as normas existentes na área de infra-estrutura física em saúde;

considerando a necessidade de dotar o País de instrumento norteador das novas construções, reformas e ampliações, instalações e funcionamento de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde que atenda aos princípios de regionalização, hierarquização, acessibilidade e qualidade da assistência prestada à população;

considerando a necessidade das secretarias estaduais e municipais contarem com um instrumento para elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, adequado às novas tecnologias na área da saúde;

considerando o disposto nas Portarias/SAS/MS n.º 230, de 1996 e 104, de 1997;

considerando a consulta pública publicada pela Portaria SVS/MS n.º 674, de 1997;

adota a seguinte Resolução de Diretoria Colegiada e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação.

Art. 1º Aprovar o Regulamento Técnico destinado ao planejamento, programação, elaboração, avaliação e aprovação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, anexo a esta Resolução, a ser observado em todo território nacional, na área pública e privada compreendendo:

- a) as construções novas de estabelecimentos assistenciais de saúde de todo o país;
- b) as áreas a serem ampliadas de estabelecimentos assistenciais de saúde já existentes;
- c) as reformas de estabelecimentos assistenciais de saúde já existentes e os anteriormente não destinados a estabelecimentos de saúde.

Art. 2º A Agência Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde prestará cooperação técnica às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, a fim de orientá-las sobre o exato cumprimento e interpretação deste Regulamento Técnico.

Art. 3º As Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde são responsáveis pela aplicação e execução de ações visando o cumprimento deste Regulamento Técnico, podendo estabelecer normas de caráter supletivo ou complementar a fim de adequá-lo às especificidades locais.

Art. 4º A Agência Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde, procederá a revisão deste Regulamento Técnico após cinco anos de sua vigência, com o objetivo de atualizá-lo ao desenvolvimento científico e tecnológico do país.

Art. 5º A inobservância das normas aprovadas por este Regulamento constitui infração à legislação sanitária federal, conforme dispõe o art. 10, incisos II e III, da Lei n.º 6.437, de 20 de agosto de 1977.

Art. 6º Esta Resolução de Diretoria Colegiada entra em vigor na data de sua publicação.

GONZALO VECINA NETO

ANEXO

REGULAMENTO TÉCNICO PARA PLANEJAMENTO, PROGRAMAÇÃO, ELABORAÇÃO E AVALIAÇÃO DE PROJETOS FÍSICOS DE ESTABELECIMENTOS ASSISTENCIAIS DE SAÚDE

Todos os projetos de estabelecimentos assistenciais de saúde-EAS deverão obrigatoriamente ser elaborados em conformidade com as disposições desta norma. Devem ainda atender a todas outras prescrições pertinentes ao objeto desta norma estabelecidas em códigos, leis, decretos, portarias e normas federais, estaduais e municipais, inclusive normas de concessionárias de serviços públicos. Devem ser sempre consideradas as últimas edições ou substitutivas de todas as legislações ou normas utilizadas ou citadas neste documento.

2.2.6	(politraumatismo, parada cardíaca, etc)	com distância de 1 m entre estes e paredes, exceto cabeceira e com espaço suficiente para manobra da maca junto ao pé dessa. Pé-direito mínimo = 2,7 m	FA M ; A CflE 31 E
-------	---	--	--------------------

AMBIENTES DE APOIO (deve-se acrescentar os ambientes de apoio da urgência de baixa e média complexidade):

Atendimento de Urgência e Emergência

-Área para guarda de pertences de pacientes

-Agência transfusional ²

-Banheiros para pacientes (salas de observação e isolamento)

-Rouparia

-Sanitários para funcionários

-Banheiro para funcionários (plantão)

-Quarto de plantão

-Depósito de equipamentos

- Sala de distribuição de hemocomponentes ("in loco" ou não)

* Salas administrativas

*- Copa

*- Posto policial

Obs.: Caso tenha-se atendimento pediátrico na unidade, este deverá ser diferenciado do de adultos, com s. de observação e de espera próprias. Admite-se uma única sala de espera quando o nº total de s. de exames for ≤ a 4.

Deve-se acrescentar aos ambientes listados nesta tabela, todos os ambientes contidos na tabela anterior de urgências de baixa e média complexidade, inclusive os ambientes de apoio. As unidades de alta complexidade e/ou emergência são compostas pelos ambientes desta tabela, mais os ambientes obrigatórios das urgências de baixa e média complexidade.

¹ Admite-se uma única sala para homens e mulheres, desde que entre os leitos haja algum dispositivo de vedação que permita a privacidade dos pacientes e o nº total de leitos não for maior do que 12.

² "In loco" ou não. Obrigatório somente quando não existir outra unidade de hemoterapia com estocagem de hemocomponentes no EAS.

UNIDADE FUNCIONAL: 3 - INTERNAÇÃO				
Nº ATIV.	UNIDADE / AMBIENTE	DIMENSIONAMENTO		INSTALAÇÕES
		QUANTIFICAÇÃO (min.)	DIMENSÃO(min.)	
3.1	Internação geral (lactente, criança, adolescente e adulto) ¹			
3.1.2;3.1.3	Posto de enfermagem / prescrição médica	1 posto a cada 30 leitos	6,0 m	HF;EE
3.1.3	Sala de serviço	1 sala p/ cada posto de enfermagem	5,7 m	HF;EE
3.1.2;3.1.3	Sala de exames e curativos	1 a cada 30 leitos (quando existir enfermaria que não tenha sub-divisão física dos leitos)	7,5 m	H F ; FA M ; E E
3.1.2	Área para prescrição médica		2,0 m	
3.1.3	Área de cuidados e higienização de lactente	1 a cada 12 berços ou fração	4,0 m	HF;HQ
3.1.1 à 3.1.5;3.1.7	Enfermaria de lactente	15 % dos leitos do estabelecimento. Deve haver no mínimo 1 quarto que possa servir para isolamento a cada 30 leitos ou fração	4,5m por leito = lactente 9,0m = quarto de 1 leito 5,0m por leito = criança Nº máximo de crianças até 2 anos por enfermaria = 12	H F ; H Q ; F O ; FA M ; EE;ED; FVC (no caso do uso para "PPP");EE;A ¹
3.1.1 à 3.1.5;3.1.7; 4.5.9	Quarto de criança			
3.1.1 à 3.1.5;3.1.7	Enfermaria de criança			
3.1.1 à	Quarto de adolescente		10,0m = quarto de 1 leito, ou	

Não foi possível extrair as informações de assinaturas do arquivo migrado do ECM. Matéria PL 2762/2017

- Para internação de transplantados de medula óssea é exigida uma sub-unidade exclusiva, com capacidade de no mínimo 3 quartos individuais com filtragem absoluta do ar interior ¹ no caso de transplantados alogênicos. Vide Portaria MS/GAB nº 1316 de 30/11/00 - Regulamento Técnico para transplante de medula óssea e outros precursores hematopoéticos.

Ils. 32

Bruno Lucchetti

RF 11.455

¹ Vide adendo - Classificação dos pacientes segundo faixa etária.

UNIDADE FUNCIONAL: 3 - INTERNAÇÃO (cont.)				
Nº ATIV.	UNIDADE / AMBIENTE	DIMENSIONAMENTO		INSTALAÇÕES
		QUANTIFICAÇÃO (min.)	DIMENSÃO(min.)	
3.2	Internação de recém-nascido (neonatologia)	A unidade completa é obrigatória a partir da existência de 12 berços de RN de c. intermediários/sadios ou 5 berços de RN de cuidados intensivos ¹		
3.2.4;3.2.5	Posto de enfermagem / prescrição médica	1 a cada 15 berços de cuidados intermediários ou sadios e 1 para cada berçário de cuidados intensivos	4,5 m	HF;EE
3.2.4.	Área para prescrição médica		2,0 m	
3.2.5	Área de serviços de enfermagem	1 Área de serviços por posto de enfermagem	6,0 m	HF;EE
3.2.5	Área de cuidados e higienização ²	1 a cada 15 berços ou fração	4,0 m	HF;HQ;FVC; FAM; EE
3.2.1;3.2.6	Berçário de sadios		2,2 m por berço (R.N. sadio) e 4,5 m (outros), mantendo uma distância mínima de 0,6 m (sadios) e 1 m (outros) entre berços e entre estes e paredes, exceto entre cabeceira do berço e parede. Para alojamento conjunto ³ , o berço deve ficar ao lado do leito da mãe e afastado 0,6 m de outro berço.	HF; EE
3.2.2;3.2.6	Berçário de cuidados intermediários	1. Devem existir 4 berços a cada 80 RN/ano de baixo peso (-2500 g)		HF;HQ;FVC; FAM; EE;FO
3.2.3;3.2.6	Berçário de cuidados intensivos - UTI neonatal ⁴	Mínimo de 5 leitos, sendo 1 berço a cada 80 RN/ano de baixo peso (-2500g). É obrigatório em todo em EAS que atendam gravidez/parto de alto risco	6,5 m por berço. Distância entre paredes e berço = 1 m, exceto cabeceira Distância entre berços = 2 m	HF;FO;FAM;AC;EE;FVC;ED;E

Vide Manual de Assistência ao Recém Nascido, Coordenação Materno Infantil do Ministério da Saúde, 1994 e Portaria 1091/GM de 25/08/99, publicada no DO 26/08/99, sobre Unidade de cuidados intermediários neonatal no âmbito do SUS.

AMBIENTES DE APOIO:

Internação de recém-nascido - neonatologia (unidade de acesso restrito):

-Sala de utilidades

-Área para registro de pacientes (controle de entrada e saída)

-Quarto de plantão ("in loco" ou não) ¹

-Sanitários para funcionários

-Depósito de equipamentos / materiais

-Depósito de material de limpeza

-Vestibário de acesso à unidade

*-Sala administrativa

*-Copa de distribuição

*-Área para guarda de carros de transferência de R.N.

-Depósito de equipamentos

-Rouparia

-Quarto de plantão para funcionários ("in loco" ou não)

-Banheiros com vestiários para funcionários (paramentação, barreira de acesso à unidade - mas. e fem.)

-Banheiro para pacientes (cada quarto ou enfermaria deve ter acesso direto a um banheiro, podendo este servir a no máximo 2 enfermarias)

-Salão para cinésioterapia e mecanoterapia ("in loco" ou não)

-Depósito de material de limpeza

*-Área para guarda de macas e cadeira de rodas

*-Sala administrativa

*-Sala de estar para visitante (anexo à unidade)

*-Sanitário para público (sala de estar)

UNIDADE FUNCIONAL: 4 - APOIO AO DIAGNÓSTICO E TERAPIA				
Nº ATIV.	UNIDADE / AMBIENTE	DIMENSIONAMENTO		INSTALAÇÕES
		QUANTIFICAÇÃO (min.)	DIMENSÃO(min.)	
4.1	Patologia Clínica			
4.1.1; 4.1.2	Box de coleta de material	1 para cada 15 coletas / hora.	1,5 m por box. Um dos boxes deve ser destinado à maca e com dimensão para tal	
4.1.1; 4.1.2	Sala para coleta de material	Caso haja só um ambiente de coleta, este tem de ser do tipo sala	3,6 m	HF
4.1.2	Área para classificação e distribuição de amostras		3,0 m	HF
4.1.4	Sala de preparo de reagentes		3,0 m	HF; CD; E
4.1.3 a 4.1.7 4.9.8; 4.9.9	Laboratório de hematologia	1. A depender do tipo de atividades exercidas pelo EAS, o laboratório pode subdividir-se em vários outros. Quando existir UTI, UTQ ou emergência no estabelecimento, tem de haver um laboratório dando suporte a estas unidades por 24 horas. A câmara de imunofluorescência é optativa ADE.	14,0 m para um laboratório "geral". 6,0 m para um laboratório específico (ex.: hematologia)	HF; CD; ED; F; EE; E; ADE
4.1.3 a 4.1.7	Laboratório de parasitologia- Área de preparo- Área de microscopia			
4.1.3 a 4.1.7	Laboratório de urinalise			
4.1.3 a 4.1.7 4.9.8; 4.9.9	Laboratório de imunologia ² - Câmara de imunofluorescência			
	Laboratório de bacteriologia ou microbiologia			
	Laboratório de micologia			
4.1.3 a 4.1.7	Laboratório de virologia - Antecâmara de paramentação - Sala de manuseio de células			
	Laboratório de bioquímica-Área para eletroforese			
4.1.3 a 4.1.7 4.9.8; 4.9.9 4.1.4	Laboratório de biologia molecular ² - Sala de preparo de soluções ³ - Sala de extração de ácidos nucleicos ³ - Antecâmara de paramentação exclusiva para acesso à sala de PCR - Sala de PCR (amplificação)- Área de preparo de géis			

Matéria PL 274/2017. Não foi possível extrair as informações de assinaturas do arquivo migrado do ECM.

da demanda de exames do estabelecimento		sala=4,0 m (dimensão mín. de 2,0 m) .Odonto. comando na sala=6,0 m (dimensão mín. de 2,0 m) .Mama = 8,0 m com dimensão mínima de 2,0 m Obs.: O dimensionamento das s. de exames de raios-X convencionais ou telecomandados, devem obedecer também a distância mínima de 1,5m de qualquer parede da sala ou barreira de proteção ao ponto emissão de radiação do equipamento, observandose sempre os deslocamentos máximos permitidos pelo mesmo; A sala de mamografia deverá atender ao estabelecido no item anterior, sendo que entre o equipamento (face posterior a do cabeçote) e a parede paralela à essa face, a distância poderá ser reduzida à 0,4 m; Equipamentos odontológicos intra-oral podem ser instalados no próprio consultório desde que a equipe possa manter-se à no mínimo 2 m de distância do cabeçote e do paciente. Esta distância é desnecessária quando o disparador estiver situado em outra sala.		
4.2.5.a	Sala de exames telecomandados ¹		Não é permitida a instalação de mais de um equipam. por sala.	
4.2.5.a; 4.2.12	Área de comando	1 para cada sala de exames telecomandados. Uma sala pode servir à 2 salas de exames	4,0 m com dimensão mínima = 1,8 m	EE;ED
4.2.10	Sala de interpretação e laudos	1	6,0 m	

¹ Vide Portaria nº 453/98 do Ministério da Saúde " Diretrizes de Proteção Radiológica em Radiodiagnóstico Médico e Odontológico, publicada no DO de 02/06/98.

AMBIENTES DE APOIO:

Imagemologia (comum à todos, exceto salas para oftalmologia e hemodinâmica)

-Área para registro de pacientes

-Sala de espera de pacientes e acompanhantes

-Sanitários para pacientes

-Sanitários para funcionários ("in loco" ou não)

-Vestíários de pacientes -Laboratório de processamento de chapas ou filmes

-Arquivo de chapas e filmes

-Depósito de material de limpeza

-Sanitário para pacientes (exclusivo para salas de raio "X" telecomandado e ultra-sonografia geral)

-Quarto de plantão ("in loco" ou não, opcional quando se tratar de clínica exclusiva de imagens, extra-hospitalar)

-Depósito de equipamentos e materiais

-Sala de utilidades

-Sala administrativa

*-Sala de estar para funcionários

*-Área para guarda de macas e cadeira de rodas

*-Copa

UNIDADE FUNCIONAL: 4 - APOIO AO DIAGNÓSTICO E TERAPIA (cont.)			
Nº ATIV.	UNIDADE / AMBIENTE	DIMENSIONAMENTO	INSTALAÇÕES

	Eletromecânica - Ótica - Mecânica fina - Usinagem - Estofaria	Ministério da Saúde da política administrativa deste		fls. 35
8.4.4	Área de guarda e distribuição de equipamentos, mobiliário e utensílios	1	10 % da área das oficinas	
8.4.5	Área de inservíveis		A depender da política de alienação de bens	
8.5	Necrotério	A unidade deve existir quando houver internação e / ou Atendimento imediato		
8.5	Sala de preparo e guarda de cadáver	1	14,0 m ² (área para 2 cadáveres no mínimo)	HF
8.5	Sala para velório		15 m ²	HF
8.5	área externa para embarque de carro funerário	1	21,0 m ²	

AMBIENTES DE APOIO:

Manutenção:

-Banheiros com vestiários para funcionários

-Área de armazenagem de peças de reposição

*-Sala administrativa

Necrotério:

*-Sanitários para público (obrigatório quando houver velório)

UNIDADE FUNCIONAL: 8 - APDID LOGÍSTICO				
Nº ATIV.	UNIDADE / AMBIENTE	DIMENSIONAMENTO		INSTALAÇÃO
		QUANTIFICAÇÃO (min.)	DIMENSÃO (min.)	
8.6	Conforto e Higiene			
8.6.1, 8.6.2, 8.6.4	Área de recepção e espera para paciente, doador, acompanhante de paciente	1 em cada unidade requerente	1,2 m ² por pessoa	
8.6.1, 8.6.4	Área de estar para paciente interno, acompanhante de paciente e visitante de paciente		1,3 m ² por pessoa	
8.6.1	Box de vestiário para paciente	No mínimo 2 por cada unidade requerente	1,0 m ² . Ao menos um dos boxes deve possuir 2,25 m ² com dimensão mínima de 1,5m (deficientes)	
8.6.1, 8.6.2, 8.6.4	Sanitário para paciente, doador e público (1)	1 para cada sexo por unidade re-querente	Individual: 1,6 m ² com dimensão mínima = 1,2 m Individual p/ deficientes: 3,2m ² com dimensão mínima = 1,7 m Coletivo: 1 bacia sanitária e 1 lavatório para cada grupo de 6 pessoas. Dimensão mínima = 1,7 m	HF
8.6.1	Banheiro para paciente interno (1)	1 para cada 2 enfermarias ou quartos	Individual: 3,6 m ² com dimensão mínima = 1,7 m Individual p/ deficientes: 4,8 m ² com dimensão mínima = 1,7 m Box chuveiro: dimensões mínimas = 0,8m x 1,0 m Box chuveiro p/ deficientes: dimensões mínimas = 0,9m x 1,1 m Coletivo: 1 bacia sanitária, 1 lavatório e 1 chuveiro para cada 6 leitos. Dimensão mínima = 1,7 m	HF;HQ;ADE
8.6.1, 8.6.2, 8.6.4	Área para guarda de pertences de paciente, doador e público	1 em cada unidade requerente	0,3 m ² por pessoa	
8.6.3	Sala de estar para funcionários e alunos		1,3 m ² por pessoa	
8.6.3	Quarto de plantão para funcionários e alunos		5,0 m ² com dim. mínima = 2,0 m	

Matéria PL 274/2017. Não foi possível extrair as informações de assinaturas do arquivo migrado do ECM.

8.6.3	Vestiário central para funcionários e alunos (1)	1 para cada sexo	0,5 m² por funcionário/turno, sendo 25% para homens e 75% para mulheres. 1 bacia sanitária, 1 lavatório e 1 chuveiro a cada 10 funcionários (2)	HF; HQ
8.6.3	Sanitário para funcionários e alunos (1)	1 para cada sexo por unid. re-querente	1 bacia sanitária e 1 lavatório a cada 10 funcionários (2)	HF
8.6.3	Banheiro para funcionários e alunos (1)		1 bacia sanitária, 1 lavatório e 1 chuveiro a cada 10 funcion. (2)	HF; HQ; ADE
8.6.3	Vestiário de barreira (à ambientes específicos)	1 por unidade requerente	3,0 m²	HF
8.6.3	Área para guarda de pertences de funcionários e alunos	1 em cada unidade requerente	0,3 m² por pessoa	
8.6.4	Sala de espera para público		1,3 m² por pessoa	

(1)- Os sanitários e banheiros p/ deficientes tem de dar condições de uso à portadores de deficiência ambulatorial conforme norma da ABNT NBR 9050.

(2)- Segundo a NR 24 - Condições sanitárias e de conforto nos locais de trabalho, do Ministério do Trabalho.

- Admite-se o uso de box menor para bacias sanitárias, quando se tratar de reformas sem ampliações, conforme NBR 9050;

- Cada unidade requerente do EAS deve possuir ao menos um sanitário individual p/ deficientes (mas. e fem.) para pacientes, doador e público com as dimensões citadas, caso não haja sanitários coletivos nestas unidades. É possível a existência de somente um conjunto desses sanitários, caso exista mais de uma unidade em um mesmo pavimento, e este não possua deslocamentos até os sanitários maiores do que 80,00 m;

- Unidades que só possuam funcionários de um único sexo, ou cujo número de funcionários masculinos ou de funcionários femininos seja inferior à 3 (três), podem possuir um único sanitário ou banheiro para uso do sexo majoritário, desde que o deslocamento até outros sanitários de uso do sexo minoritário não sejam maior do que 80,00 m. Esta questão deve estar devidamente justificada no projeto;

- Nos sanitários e banheiros coletivos e vestiários centrais, 5% no mínimo do total de cada peça sanitária, deve ser adequado ao uso de pessoas portadora de deficiência ambulatoria, conforme NBR 9050, obedecendo o mínimo de uma peça de cada. Nesses casos o box com bacia sanitária para deficientes deve possuir dimensões mínimas iguais à 1,5m x 1,7m;

- Cada unidade de internação geral deve possuir para pacientes internos, ao menos 30% de banheiros para deficientes com as dimensões citadas acima, exceto as unidades de geriatria e ortopedia, cujo percentual deve ser igual à 100%.

- Os vasos sanitários para deficientes ambulatoriais devem possuir altura entre 46 e 50 cm.

Obs.: A unidade funcional Conforto e Higiene, não se configura uma unidade física

UNIDADE FUNCIONAL: 8 - APOIO LOGÍSTICO				
Nº ATIV.	UNIDADE / AMBIENTE	DIMENSIONAMENTO		INSTALAÇÕES
		QUANTIFICAÇÃO (min.)	DIMENSÃO (min.)	
8.7	Limpeza e Zeladoria			
8.7	Depósito de material de limpeza com tanque (DML)		2,0 m² com dimensão mínima = 1,0 m	HF
5.3.1; 5.3.2; 6.7; 8.1.1	Sala de utilidades com pia de despejo²	1 em cada unidade requerente	4,0 m² com dimensão mínima = 1,5 m. Quando houver guarda temporária de resíduos sólidos acrescer 2 m²	HF; ADE
6.7	Sala de preparo de equipamentos / material		4,0 m² com dimensão mínima = 1,5 m	HF
6.7	Abriço de recipientes de resíduos (lixo)² -Depósito (com no mín. 2 boxes -resíduos biológicos e comuns) -Depósito de resíduos químicos - Higienização de recipientes coletores	1 servindo a toda edificação onde estiver localizado o EAS	Depósito: Cada box deve ser suficiente para a guarda de dois recipientes coletores Depósito químicos: a depender do PGRSS² do EAS Higienização: box para 1 carro coletor	HF
8.7	Sala para equipamento de tratamento de resíduos	De acordo com o PGRSS² do EAS	ADE	ADE
6.7	Sala de armazenamento temporário de resíduos	1 em cada unidade requerente de acordo com o PGRSS² do EAS	ADE. Suficiente para a guarda de dois recipientes coletores	HF
8.6	Segurança e Vigilância			
8.8	Área para identificação de pessoas e/ou veículos	1 para cada acesso	4,0 m²	

INFORMAÇÕES DE INTERESSE - Outros Órgãos

PORTARIA Nº 485, DE 11 DE NOVEMBRO DE 2005
Publicada no DOU de 16.11.2005

Aprova a Norma Regulamentadora nº 32 (Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde)

D MINISTRO DO TRABALHO E EMPREGO, no uso das atribuições que lhe confere o artigo 87, parágrafo único, inciso II, da Constituição Federal, e os artigos 155, inciso I, e 200 da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, com a redação dada pelo art. 1º da Lei nº 6.514, de 22 de dezembro de 1977, resolve:

Art. 1º Aprovar a Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde, doravante denominada de NR-32, nos termos do Anexo I desta Portaria.

Art. 2º A exigência do cumprimento das normas estabelecidas no Anexo I dar-se-á nos prazos estabelecidos no Anexo II desta Portaria.

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

LUIZ MARINHO

ANEXO I

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 anexa a esta 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:

- Identificação dos riscos biológicos mais prováveis, em função da localização geográfica e da característica do serviço de saúde e seus setores, considerando:
 - fontes de exposição e reservatórios;
 - vias de transmissão e de entrada;
 - transmissibilidade, patogenicidade e virulência do agente;
 - persistência do agente biológico no ambiente;
 - estudos epidemiológicos ou dados estatísticos;
 - outras informações científicas.
- Avaliação do local de trabalho e do trabalhador, considerando:
 - a finalidade e descrição do local de trabalho;
 - a organização e procedimentos de trabalho;
 - a possibilidade de exposição;
 - a descrição das atividades e funções de cada local de trabalho;
 - e as medidas preventivas aplicáveis e seu acompanhamento.

Materia R-274/2017 - Não disponível - Para mais informações de assinaturas do arquivo migrado do ECM.

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 de acidente 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 realização 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 um 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 sor conversão 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 proude de abertura sem contato manual.

32.2.4.3.1 Os quartos ou enfermarias destinados ao isolamento de pacientes portadores de doenças infeccio-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

Bruno Lucchetti

RF 11.455

PL 274/2017 - Não foi possível extrair as informações necessárias para a elaboração da tabela.

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 utilização de equipamentos em que se constate vazamento de gás;
- submeter equipamentos a pressões superiores àquelas para as quais foram projetados;
- a utilização de cilindros que não tenham a identificação do gás e a válvula de segurança;
- 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.

32.3.9 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 nítrico, ou através de barreiras vedadas e resistentes ao fogo.

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

- nomenclatura das pessoas autorizadas a terem acesso ao local e treinadas na operação e manutenção do sistema;
- procedimentos a serem adotados em caso de emergência;
- número de telefone para uso em caso de emergência;
- 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 registros 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

Materiais 274/2017. Não é possível exibir as informações de assinaturas do arquivo migrado do ECM.

área exclusiva e acesso restrito aos profissionais diretamente envolvidos. A área deve dispor no mínimo de:

- vestiário de barreira com dupla câmara;
- sala de preparo dos quimioterápicos;
- local destinado para as atividades administrativas;
- local de armazenamento exclusivo para estocagem.

32.3.9.4.2 O vestiário deve dispor de:

- pia e material para lavar e secar as mãos;
- lava olhos, o qual pode ser substituído por uma ducha tipo higiênica;
- chuveiro de emergência;
- equipamentos de proteção individual e vestimentas para uso e reposição;
- 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:

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

32.3.9.4.5.1 A cabine deve:

- 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;
- 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;
- possuir relatório das manutenções, que deve ser mantido a disposição da fiscalização do trabalho;
- ter etiquetas afixadas em locais visíveis com as datas da última e da próxima manutenção;
- ser submetida a processo de limpeza, descontaminação e desinfecção, nas paredes laterais internas e superfície de trabalho, antes do início das atividades;

i) 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:

- proibir fumar, comer ou beber, bem como portar adornos ou maquiagem;
- afastar das atividades os trabalhadores gestantes e nutrízes;
- proibir que os trabalhadores expostos realizem atividades com possibilidade de exposição aos agentes ionizantes;
- fornecer aos trabalhadores avião acondicionado de material impermeável, com frente resistente e fechada nas costas, manga comprida e punho justo, quando do seu preparo e administração;

a) 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:

- estar avaliados diariamente quanto ao estado de conservação e segurança;
- 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:

- iniciar qualquer atividade na falta de EPI;
- 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:

- ambiental: contaminação do ambiente devido à saída do medicamento do envase no qual esteja acondicionado, seja por derramamento ou por aerodispersões sólidas ou líquidas;
- 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

b) manter profissional habilitado, responsável pela proteção radiológica em cada área específica, com vinculação formal com o estabelecimento;

d) manter no registro individual do trabalhador as capacitações ministradas;

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 PCMSD ou médico encarregado dos exames 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) data de admissão e de saída do emprego;
c) nome e endereço do responsável pela proteção radiológica de cada período trabalhado;

trabalhado:
c) nome e endereço do responsável pela proteção radiológica de cada período

as 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;

i) registro de doses mensais e anuais (doze meses consecutivos) recebidas e tipos de dosímetros individuais utilizados;

j) relatório de investigação de doses; e

k) capacitações realizadas;

- g) capacitações realizadas;
- h) estimativas de incorporações;

- 1) estimativas de incógnitas;
- 2) relatórios sobre exposições de emergência e de acidente;

32.4.7.1 O registro individual dos trabalhadores deve ser mantido no local de trabalho

32.4.8 O prontuário clínico individual previsto pela NR-07 deve ser mantido atualizado e à disposição da inspeção do trabalho.

...a ser conservado por 30 (trinta) anos após o término de sua ocupação.

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

32.4.9.2 O serviço de proteção radiológica deve possuir de acordo com o especificado nas atividades desenvolvidas, observando as normas da CNEN e da ANVISA.

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

b) proteção individual;

Titular da instalação deve estar devidamente cadastrado ao CNPQ. O serviço de proteção radiológica deve estar devidamente suborcinado ao usuário.

responsável técnico para promover a integração das atividades de proteção aditiva destes serviços.

As áreas da instalação radiativa devem ser classificadas e ter controle de acesso de acordo com o grau de exposição decorrente das atividades de rotina ou de acidentes com radiações ionizantes.

acesso definido pelo responsável pela proteção radiológica.

de 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 nos locais de trabalho, devendo ser devidamente sinalizadas;

recipientes ou blindagens identificadas em relação ao tipo de elemento radioativo, atividade e tipo de emissão;

b) identificação de vias de circulação, entrada e saída para condições normais de trabalho e para situações de emergência;

- a) localização dos equipamentos de segurança;
- b) procedimentos a serem adotados em situações de emergência;
- c) sistemas de alarme;
- d) procedimentos de manutenção;
- e) procedimentos de controle de qualidade.

os sistemas de aia
http://www.tribunal2.org/AOSMTE/Portaria/P486_05.html

32.4.13.13 Do Serviço de Medicina Nuclear
32.4.13.13.1 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 PPR 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) bônho blindado junto ao leito;
- e) sinalização externa da presença de radiação ionizante;
- f) acesso controlado.

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 a um seu acesso externo, em posição visível.

32.4.14.2 Da Braquiterapia

32.4.14.2.1 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.

32.4.14.2.5 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.

32.4.14.2.6 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 as exposições. 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 de exaustão de ar localizado;
- b) pia com 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 suporte 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) fechados até 2/3 de sua capacidade;
- b) fechados de tal forma que não permita o seu derretimento, 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 punção, ruptura

Bruno Lucchetti

RF 11.455

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 fechada 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 - contar 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 tempo 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 32.5.8, 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-8.05.

32.6 Das Condições de Conforto por Ocasão 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.

32.8.3 Os lavatórios para higiene das mãos devem ser providos de papel toalha, sabonete líquido e lixeiras 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, após lavada, retirada na área limpa, por outro operador.

32.7.2.1 A comunicação entre as duas áreas somente é permitida por meio de visor

Materiais: 27/4/2017. Não foi possível extrair as informações de assinaturas do arquivo migrado do ECM.

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, centrifugas 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:

a) providenciar carro funcional destinado à guarda e transporte dos materiais e produtos indispensáveis à realização das atividades;

b) providenciar materiais e utensílios de limpeza que preservem a integridade física do trabalhador;

c) proibir a variação seca nas áreas internas;

d) 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:

a) higiene pessoal;

b) riscos biológico (precauções universais), físico e químico;

c) sinalização;

d) rotulagem preventiva;

e) 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 ANVISA;

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 14513.

32.10.8 Os pontos 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 minimize.

32.10.14 É vedado aos trabalhadores pipetar com a boca.

32.10.15 Todos os lavatórios e piaas 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.

ANEXO I DA NR 32

CLASSIFICAÇÃO DOS AGENTES BIOLÓGICOS

Os agentes biológicos são classificados em:

Classe de risco 1: baixo risco individual para o trabalhador e para a coletividade, com baixa probabilidade de causar doença ao ser humano.

Classe de risco 2: risco individual moderado para o trabalhador e com baixa

Material de divulgação de disseminação para a coletividade
http://www.trisp.us.br/geral/tribunal/20RGAOSMTEPortariaP485_05.html

Podem causar doenças ao ser humano, para as quais existem meios eficazes de profilaxia ou tratamento.
Classe de risco 3: risco individual elevado para o trabalhador e com probabilidade de disseminação para a coletividade.

Podem causar doenças e infecções graves ao ser humano, para as quais nem sempre existem meios eficazes de profilaxia ou tratamento.

Classe de risco 4: risco individual elevado para o trabalhador e com probabilidade elevada de disseminação para a coletividade.

Apresenta grande poder de transmissibilidade de um indivíduo a outro. Podem causar doenças graves ao ser humano, para as quais não existem meios eficazes de profilaxia ou tratamento.

ANEXO II DA NR 32

TABELA DE CLASSIFICAÇÃO DOS AGENTES BIOLÓGICOS

1. Este anexo apresenta uma tabela de agentes biológicos, classificados nas classes de risco 2, 3 e 4, de acordo com os critérios citados no Anexo I desta NR. Para algumas informações adicionais, utilizamos os seguintes símbolos:

A: possíveis efeitos alérgicos

E: agente emergente e oportunista

O: agente oncogênico de baixo risco

O+: agente oncogênico de risco moderado

T: produção de toxinas

V: vacina eficaz disponível

(*) Normalmente não é transmitido através do ar "spp": outras espécies do gênero, além das explicitamente indicadas, podendo constituir um risco para a saúde.

Na classificação por gênero e espécie podem ocorrer as seguintes situações:

a) no caso de mais de uma espécie de um determinado gênero ser patogênica, serão assinaladas as mais importantes, e as demais serão seguidas da denominação "spp", indicando que outras espécies do gênero podem ser também patogênicas. Por exemplo: *Campylobacter jejuni*, *Campylobacter spp.*

b) quando uma única espécie aparece na tabela, por exemplo, *Rochalimaea quintana*, indica que especificamente este agente é patogênico.

2. Na classificação dos agentes considerou-se os possíveis efeitos para os trabalhadores sadios. Não foram considerados os efeitos particulares para os trabalhadores cuja suscetibilidade possa estar afetada, como nos casos de patologia prévia, medicação, transtornos imunológicos, gravidez ou lactação.

3. Para a classificação correta dos agentes utilizando-se esta tabela, deve-se considerar que:

a) a não identificação de um determinado agente na tabela não implica em sua inclusão automática na classe de risco 1, devendo-se conduzir, para isso, uma avaliação de risco, baseada nas propriedades conhecidas ou potenciais desses agente e de outros representantes do mesmo gênero ou família.

b) os organismos geneticamente modificados não estão incluídos na tabela.

c) no caso dos agentes em que estão indicados apenas o gênero, devem-se considerar excluídas as espécies e cepas não patogênicas para o homem.

d) todos os vírus isolados em seres humanos, porém não incluídos na tabela, devem ser classificados na classe de risco 2, até que estudos para sua classificação estejam concluídos.

AGENTES BIOLÓGICOS	Classificação (grupos)	Notas
Bactérias		
<i>Acinetobacter baumannii</i> (anteriormente <i>Acinetobacter calcoaceticus</i>)	2	
<i>Actinobacillus spp.</i>	2	
<i>Actinonadura macturiae</i>	2	
<i>Actinonadura pelleteri</i>	2	
<i>Actinomyces gerencseriae</i>	2	
<i>Actinomyces israeli</i>	2	
<i>Actinomyces pyogenes</i> (anteriormente <i>Corynebacterium pyogenes</i>)	2	
<i>Actinomyces spp.</i>	2	

http://www.trisp.us.br/geral/tribunal/20RGAOSMTEPortariaP485_05.html

Bruno Lucchetti

RF 11.455

Aeromonas hydrophila	2	
Amoebata autotrophica	2	
Acraschadacium haemolyticum (Corynebacterium haemolyticum)	2	
Bacillus anthracis	3	
Bacteroides fragilis	2	
Bartonella (Rechtalinea) spp	2	
Bartonella bacilliformis	2	
Bartonella henselae	2	
Bartonella quintana	2	
Bartonella vinsonii	2	
Bordetella bronchiseptica	2	
Bordetella pertussis	2	
Bordetella pertussis	2	V
Borrelia anserina	2	
Borrelia burgdorferi	2	
Borrelia duttoni	2	
Borrelia persicus	2	
Borrelia recurrentis	2	
Borrelia spp	2	
Borrelia theileri	2	
Borrelia vincentii	2	
Brucella abortus	3	
Brucella canis	3	
Brucella melitensis	3	
Brucella suis	3	
Burkholderia mallei (Pseudomonas mallei)	3	
Burkholderia pseudomallei (Pseudomonas pseudomallei)	3	
Campylobacter coli	2	
Campylobacter jejuni	2	
Campylobacter jejuni	2	
Campylobacter sputorum	2	
Campylobacter spp	2	
Cardiobacterium hominis	2	
Chlamydia pneumoniae	2	
Chlamydia trachomatis	2	
Chlamydia psittaci (capae avaries)	3	
Clostridium botulinum	3	T
Clostridium chauvoei	2	
Clostridium haemolyticum	2	
Clostridium histolyticum	2	
Clostridium naylori	2	
Clostridium perfringens	2	
Clostridium septicum	2	
Clostridium spp	2	
Clostridium tetani	2	T, V
Corynebacterium diphtheriae	2	T, V
Corynebacterium equi	2	
Corynebacterium haemolyticum	2	
Corynebacterium minutissimum	2	
Corynebacterium pseudotuberculosis	2	
Corynebacterium pyogenes	2	
Corynebacterium renale	2	
Corynebacterium spp	2	
Corynebacterium jeikeium	3	
Corynebacterium jeikeium	2	

Edwardsiella ictalidis	2	
Erhlichia smithi (Rickettsia sennetsu)	2	
Erhlichia spp	2	
Eikenella corrodens	2	
Enterobacter aerogenes/bacteriae	2	
Enterococcus spp	2	
Erysipelothrix rhusopathiae	2	
Escherichia coli (todas as cepas enteropatogênicas, enterotoxigênicas, enteroinvasivas e de origem K 1)	2	
Escherichia coli, cepas verotoxigênicas (por exemplo O157:H7 ou O103)	3	(V, T)
Francisella tularensis (tipo A)	3	
Haemophilus ducreyi	2	
Haemophilus equigenitalis	3	
Haemophilus influenzae	2	
Helicobacter pylori	2	
Klebsiella oxytoca	2	
Klebsiella pneumoniae	2	
Klebsiella spp	2	
Legionella pneumophila	2	
Legionella spp	2	
Leptospira interrogans (todos os sorotipos)	2	
Listeria monocytogenes	2	
Listeria ivanovi	2	
Moraxella spp	2	
Mycobacterium abscessus	2	
Mycobacterium avium/intracellulare	2	
Mycobacterium bovis (exceto a cepa BCG)	3	V
Mycobacterium chelonae	2	
Mycobacterium fortuitum	2	
Mycobacterium kansasii	2	
Mycobacterium leprae	2	
Mycobacterium mageritense	2	
Mycobacterium marinum	2	
Mycobacterium paratuberculosis	2	
Mycobacterium scrofae	2	
Mycobacterium simiae	2	
Mycobacterium szulgai	2	
Mycobacterium tuberculosis	3	V
Mycobacterium xenopi	2	
Mycoplasma capae	2	
Mycoplasma hominis	2	
Mycoplasma pneumoniae	2	
Neisseria gonorrhoeae	2	
Neisseria meningitidis	2	V
Nocardia asteroides	2	
Nocardia brasiliensis	2	
Nocardia farcinica	2	
Nocardia nova	2	
Nocardia asteroides	2	
Nocardia asteroides	2	
Pasteurella multocida	2	
Pasteurella multocida tipo B (amostra bucal a outras cepas virulentas)	3	
Pasteurella spp	2	
Peptostreptococcus	2	
Peptostreptococcus	2	

Trichinella spiralis	2
Trichuris trichiura	2
Typhlosumia brucei brucei	2
Typhlosumia brucei gambiense	2
Typhlosumia crucii modestiense	2
Typhlosumia cruzi	2 (*)
Typhlosumia sp.	2
Wuchereria bancrofti	2
Fungi:	
Acremonium falliforme	2 E
Acremonium kilianiae	2 E
Acremonium potterii	2 E
Acremonium rectei	2 E
Acremonium roseogriseum	2 E
Alternaria ananatis de Phaeospora infectoria	2 E
Aphanascus fulvescens	2 E
Aspergillus amstelredami	2 E
Aspergillus caseiellus	2 E
Aspergillus candidus	2 E
Aspergillus clavatus	2 E
Aspergillus flavus	2 E
Aspergillus fumigatus	2 E
Aspergillus glaucus	2 E
Aspergillus niger	2 E
Aspergillus oryzae	2 E
Aspergillus ponticolidis	2 E
Aspergillus restrictus	2 E
Aspergillus sydowii	2 E
Aspergillus terreus	2 E
Aspergillus versicolor	2 E
Braueria basiana	2 E
Blastomyces dermatitidis (Histioplasma dermatitidis)	2 A
Candida albicans	2 A
Candida lipolytica	2 E
Candida pulcherrima	2 E
Candida raubitskii	2 E
Candida tropicalis	2 E
Candida viswanathii	2 E
Chaetochytrium spp	2 E
Chaetochytrium spp	2 E
Chaetochytrium larense	2 E
Cladophialaphora bartoniae (Xylaphora bartoniae, Cladosporium bartoniae) ex C. Kluyver	2
Cladophialaphora cantoni (Cladosporium cantoni)	2
Cladosporium cladosporioides	2 E
Coccidioides immitis	3 A
Coniococcus incingruus	2 E
Corynebacterium	2 E
Cryptococcus neoformans	2
Cryptococcus neoformans var. gatti (Filobasidium bacilliforme)	2 A
Cryptococcus neoformans var. neoformans (Histioplasma neoformans var. neoformans)	2 A
Cunninghamella guineensis	2 E
Curvularia pelliculosa	2 E
Curvularia senegalensis	2 E
Cylindrocarpum barkeriense	2 E

Emponesia parva	2	
Emponesia parva var. parva	2	
Epidemiothron foccosum	2	A
Epidemiothron spp	2	
Exaphiala (Wargella) dermatidis	2	
Exophiala mollis	2	E
Fonsecaea compacta	2	
Fonsecaea pedresii	2	
Fusarium dimerum	2	E
Fusarium nivale	2	E
Geothium candidum	2	E
Hansenula polymorpha	2	E
Histioplasma capsulatum duboisi	3	
Histioplasma capsulatum var capsulatum (Aeliomyces capsulatus)	3	
Lasiodiplodia theaeense	2	E
Madurella grisea	2	
Madurella mycelianalis	2	
Madurella spp	2	
Microascus asmirosporus	2	E
Microsporum aduncum	2	A
Microsporum canis	2	A
Microsporum spp	2	A
Mucor roussinus	2	E
Mycelia sterilia	2	E
Mycoentronepora aseniina	2	E
Neotulodina rasali	2	
Oidiodendron caralis	2	E
Paeclomyces thiruchius	2	E
Paeclomyces uiaotti	2	E
Paeclomyces viridis	2	E
Paracoccidioides brasiliensis (na fase de esporulação apresenta maior risco de infecção)	2	
Penicillium chrysogenum	2	E
Penicillium citrinum	2	E
Penicillium commune	2	E
Penicillium expansum	2	E
Penicillium marneffii	2	A
Penicillium spinulosum	2	E
Phialophora hoffmannii	2	E
Phialophora parasitica	2	E
Phialophora repens	2	E
Phoma nidulans	2	E
Phytolista ovalis	2	E
Phytolista spp	2	E
Pseudomycospha catenii	2	
Pyrenochaeta angulosa-hornii	2	E
Rhizoglyphus spp	2	E
Rhodotulda pilimorae	2	E
Rhodotulda rubra	2	E
Saccharomyces stiposporum (Pseudallescheria bolii)	2	
Saccharomyces prolificans (initialium)	2	
Schizospora commune	2	E
Scopularia acremolum	2	E
Scopularia bumpyi	2	E
Sphaerinx schenckii	2	

<i>Stenella argus</i>	2	E
<i>Taeniella silicopora</i>	2	E
<i>Terapia spp</i>	2	E
<i>Trichophyton rubrum</i>	2	E
<i>Trichophyton spp</i>	2	E
<i>Trichosporon capitatum</i>	2	E
<i>Trichosporon mycelium</i>	2	E
<i>Volutella cinereus</i>	2	E

Fuentes: 1. Brasil (2004) Diretrizes Gerais para o trabalho em contenção com material biológico. Série A: Normas e Manuais Técnicos. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Brasília: Ministério da Saúde, 60p.

2. UE (2000) Council Directive 2000/54/EC. OJ L 262, 17.10.2000, 21p.

3. ABSA (2005) Risk Group Classification for Infectious Agents. <http://www.absa.org/es/riskgroup.html>, acessado em 11 de julho de 2005.

(a) Encefalites transmitidas por carrapatos.

(b) O vírus da hepatite D é patogênico apenas na presença de infecção simultânea ou secundária causada pelo vírus da hepatite B. Assim, a vacinação de pessoas que não sejam portadoras do vírus da hepatite B também imuniza contra a hepatite D (Delta).

(c) Apenas para os tipos A e B.

(d) Dois vírus estão identificados: um é o buffaloopox tipo e o outro é uma variante do vírus Vaccinia.

(e) Até o momento não há evidência de doença em seres humanos causada por retrovírus de origem simia. Como precaução, recomenda-se nível de contenção 3 para o trabalho com este agente.

(f) Até o momento não há evidência de infecções em seres humanos causadas pelos agentes responsáveis pela encefalite espongiforme bovina. No entanto, recomenda-se o nível de contenção 2, no mínimo, para o trabalho com este agente em laboratório.

GLOSSÁRIO DA NR-32

ABNT: Associação Brasileira de Normas Técnicas. Acidente: é um evento súbito e inesperado que interfere nas condições normais de operação e que pode resultar em danos ao trabalhador, à propriedade ou ao meio ambiente.

Alvará de Funcionamento: Licença ou autorização de funcionamento ou operação do serviço fornecida pela autoridade de saúde local. Também chamado de licença ou alvará sanitário.

Análise in vitro: É um método indireto utilizado para determinação da atividade do radionúclido no corpo através da análise de material biológico, principalmente amostras de urina e fezes.

Análise in vivo: É um método direto da medição da radiação emitida, utilizado para avaliação do conteúdo corporal ou das atividades de alguns radionúclidos em órgãos específicos do corpo. Nesta análise, geralmente são utilizados os chamados contadores de corpo inteiro onde os raios gama ou X emitidos pelos elementos radioativos incorporados são detectados em pontos estratégicos do corpo do indivíduo monitorado.

Animais sinantrópicos: espécies que indesejavelmente coabitam com o homem e que podem transmitir doenças ou causar agravos à saúde humana, tais como roedores, baratas, moscas, pernilongos, pombos, formigas, pulgas e outros.

Antineoplásicos: são medicamentos que inibem ou previnem o crescimento e disseminação de alguns tipos de células cancerosas. São utilizados no tratamento de pacientes portadores de neoplasias malignas. São produtos altamente tóxicos e que podem causar teratogênese, mutagênese e carcinogênese com diferentes graus da risco.

ANVISA: Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

Área Controlada: área sujeita a regras especiais de proteção segurança, com a finalidade de controlar as exposições normais, prevenir a disseminação de contaminação radioativa e prevenir ou limitar a amplitude das exposições potenciais.

Área Supervisionada: área para a qual as condições da exposição ocupacional a radiações ionizantes são mantidas sob super-visão, mesmo que medidas de proteção e segurança específicas não sejam normalmente necessárias.

Armazenamento externo: Consiste na guarda dos recipientes de resíduos até a data de seu envio para o tratamento final.

http://www.trisplus.br/garalibunal2/ORGANISMT/PortariaP485_05.html

Materiais de Proteção Radiológica: Normas e Manuais Técnicos. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Brasília: Ministério da Saúde, 60p.

Armazenamento Temporário: Consiste na guarda temporária dos recipientes contendo os resíduos já acondicionados, em local próximo aos pontos de geração, visando agilizar a coleta dentro do estabelecimento e otimizar o deslocamento entre os pontos geradores o ponto destinado à apresentação para coleta externa. Não poderá ser feito armazenamento temporário com disposição direta dos sacos sobre o piso, sendo obrigatória a conservação dos sacos em recipientes de acondicionamento.

Biombo blindado: atelheiro ou divisor móvel, cuja superfície é revestida com material para blindagem contra radiações ionizantes, para demarcar um espaço e criar uma área resguardada.

Blindagem: Barreira protetora. Material ou dispositivo interposto entre uma fonte de radiação e seres humanos ou meio ambiente com o propósito de segurança e proteção radiológica.

Brachiterapia: radioterapia mediante uma ou mais fontes seladas emissores de raio gama ou beta utilizadas para aplicações superficiais, intracavitárias ou intersticiais.

Cabine de segurança biológica classe II B2: Cabine com a finalidade de oferecer proteção aos trabalhadores e ao meio ambiente dos produtos químicos, radionuclídeos e dos agentes biológicos que se enquadram no critério de Biossegurança Nível 3. Protegem também o produto ou ensaio executado no interior da cabine dos contaminantes existentes no local onde ela está instalada e da contaminação cruzada no interior da própria cabine.

Cabine de Segurança Biológica Classe II tipo B2 (segundo os conceitos da NSF 49): Cabine dotada de filtro absoluto (HEPA) com eficiência da filtração e exaustão do ar de 99,99% a 100%, velocidade média do ar (m/s) 0,45 ± 10%, velocidade de entrada de ar pela janela frontal de 0,5-0,55 m/s. Todo o ar que entra na cabine e o que é exaurido para o exterior passam previamente pelo filtro HEPA. Não há recirculação de fluxo de ar, a exaustão é total. A cabine tem pressão negativa em relação ao local onde está instalada, pela diferença entre o insuflamento do ar no interior da cabine e sua exaustão (vazão 1500 m³/h e pressão de sucção de @35 m.m.c.a.).

Carcinogenicidade: capacidade que alguns agentes possuem de induzir ou causar câncer.

CCIH: Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.

CNEN: Comissão Nacional da Energia Nuclear.

Colimador: Dispositivo adicional a uma fonte de radiação que possibilita a limitação do campo de radiação a a malhotia das condições da imagem ou exposição, para obtenção do diagnóstico ou terapia, por meio do formato e dimensão do orifício que da passagem a radiação.

Coleta externa: consiste na remoção dos resíduos dos serviços de saúde do abrigo de resíduos (armazenamento externo) até a unidade de tratamento ou disposição final, utilizando-se técnicas que garantam a preservação das condições de acondicionamento e a integridade dos trabalhadores, da população e do meio ambiente, devendo estar de acordo com as orientações dos órgãos de limpeza urbana.

Controle de vetores: são operações ou programas desenvolvidos com o objetivo de reduzir, eliminar ou controlar a ocorrência dos vetores em uma determinada área.

Culturas de células: crescimento in vitro de células derivadas de tecidos ou órgãos de organismos multicelulares em meio nutritivo e em condições de esterilidade.

Decaimento de rejeitos radioativos: transformação espontânea pela qual a atividade de um material radioativo reduz com o tempo. Deste processo resulta a diminuição do número de átomos radioativos originais de uma amostra. O tempo para que a atividade se reduza à metade é chamado meia-vida radioativa.

Descontaminação: remoção de um contaminante químico, físico ou biológico. Desinfecção: processo de eliminação ou destruição de microrganismos na forma vegetativa, independente de serem patogênicos ou não, presentes nos artigos e objetos inanimados. A desinfecção pode ser de baixo, médio ou alto nível. Pode ser feita através do uso de agentes físicos ou químicos.

Diafragma: dispositivo que permite o controle da abertura e dimensionamento do feixe de radiação ionizante.

Disposição Final: Consiste na disposição de resíduos no solo, previamente preparado para recebê-los, obedecendo a critérios técnicos de construção e operação, e com licenciamento ambiental de acordo com a Resolução CONAMA nº 237/97.

Dosimetria citogênica: avaliação da dose de radiação absorvida através da contagem da frequência de aberrações cromossômicas em cultura de linfócitos do

indivíduo irradiado. É principalmente utilizada para confirmar doses registradas em dosímetros individuais.

Dosímetro individual: Dispositivo usado junto a partes do corpo de um indivíduo, com o objetivo de avaliar a dose efetiva ou a dose equivalente acumulada em um dado período. Construído de material tecido-equivalente com fator de calibração bem estabelecido e rastreado à rede nacional e internacional de metrologia, cujas características são regidas pelas Normas ISO 4037-1 e IEC 731. Também chamado de monitor individual.

Exposição Acidental: exposição involuntária e imprevisível decorrente de situação de acidente.

Exposição de emergência (Radiações Ionizantes): exposição deliberada por autoridade competente ocorrida durante o atendimento à situações de emergência, exclusivamente no interesse de:

- salvar vidas;
- prevenir a escalada de acidentes que possam acarretar mortes;
- salvar uma instalação de vital importância para o país.

Exposição de Rotina (Radiações Ionizantes): exposição de trabalhadores em condições normais de trabalho, em intervenções ou treinamento em práticas autorizadas.

Fluoroscopia: exame de um órgão por meio de uma imagem formada em um anteparo fluorescente com aplicação dos raios X.

Fonte de Radiação: equipamento ou material que emite ou é capaz de emitir radiação ionizante ou de liberar substâncias ou materiais radioativos.

Fontes de Exposição: pessoa, animal, objeto ou substância dos quais um agente biológico passa a um hospedeiro ou a reservatórios ambientais.

Fontes não seladas: são aquelas em que o material radioativo está sob forma sólida (pó), líquida ou mais raramente, gasosa, em recipientes que permitam o fracionamento do conteúdo em condições normais de uso.

Fontes seladas: materiais radioativos hermeticamente encapsulados de modo a evitar vazamentos e contato com o referido material, sob condições de aplicação específicas.

Genotoxicidade: capacidade que alguns agentes possuem de causar dano ao DNA de organismos a eles expostos. Quando são induzidas mutações, os agentes são chamados de mutagênicos.

Imunoglobulina: solução que contém anticorpos contra um ou mais agentes biológicos, empregada com o objetivo de conferir imunidade imediata e transitória.

Incidente: é um evento súbito e inesperado que interfira na atividade normal do trabalho sem dano ao trabalhador à propriedade ou ao meio ambiente.

Incorporação: ação de determinado material radioativo no instante de sua admissão no corpo humano por ingestão, inalação ou penetração através da pele ou de ferimentos.

INMETRO: Instituto Nacional de Metrologia.

Instalação Radiativa: estabelecimento ou instalação onde se produzem, utilizam, transportam ou armazenam fontes de radiação.

Exceutam-se desta definição:

- as instalações nucleares;
- os veículos transportadores de fontes de radiação quando estas não são partes integrantes dos mesmos.

Lavatório: peça sanitária destinada exclusivamente à lavagem de mãos.

Material Radioativo: material que contém substâncias ou elementos emissores de radiação ionizante.

Microorganismos: Formas de vida de dimensões microscópicas. Organismos viáveis individualmente apenas ao microscópio, que inclui bactérias, fungos, protozoários e vírus.

Microorganismos geneticamente modificados: são aqueles em que o material genético (DNA) foi alterado por tecnologias da biotecnologia moderna, especialmente a tecnologia do DNA recombinante.

A biotecnologia moderna abrange métodos artificiais de alteração do material genético, isto é, não envolvendo cruzamentos ou recombinações genéticas naturais.

Monitor de Contaminação: instrumento com capacidade para medir níveis de radiação em unidades estabelecidas pelos limites derivados de contaminação de superfície de acordo com a Norma CNEN NE-3.01.

Monitor de Radiação: medidor de grandezas e parâmetros para fins de controle ou de

avaliação da exposição à radiação presente em pessoas ou em superfícies de objetos, o qual possui a função de fornecer sinais de alerta ou alarme em condições específicas.

Monitoração Ambiental: medição contínua, periódica ou especial de grandezas radiológicas no meio ambiente, para fins de radioproteção.

Monitoração de Área: avaliação e controle das condições radiológicas das áreas de uma instalação, incluindo medição de grandezas relativas a:

- campos externos de radiação;
- contaminação de superfícies;
- contaminação atmosférica.

Monitoração Individual: Monitoração por meio de dosímetros individuais colocados sobre o corpo do indivíduo para fins de controle das exposições ocupacionais. A monitoração individual tem a função primária de avaliar a dose no indivíduo monitorado. Também pode ser utilizada para verificar a adequação do plano de proteção radiológica às atividades da instalação.

Monitoração Radiológica (ou simplesmente Monitoração): medição de grandezas relativas e parâmetros relativos a radioproteção, para fins de avaliação e controle das condições radiológicas das áreas de uma instalação ou do meio ambiente, de exposições ou de materiais radioativos e materiais nucleares, incluindo a interpretação de resultados.

Mutagenicidade: capacidade que alguns agentes possuem de induzir mutações em organismos a eles expostos. Mutações são alterações geralmente permanentes na sequência de nucleotídeos do DNA, podendo causar uma ou mais alterações fenotípicas. As mutações podem ter caráter hereditário.

NB: Norma Brasileira elaborada pela ABNT.

NBR: Norma Brasileira elaborada pela ABNT e registrada no INMETRO.

Parasita: organismo que sobrevive e se desenvolve às expensas de um hospedeiro, podendo localizar-se no interior ou no exterior deste. Usualmente causa algum dano ao hospedeiro.

Patogenicidade: Capacidade de um agente biológico causar doença em um hospedeiro suscetível.

Perfurantes: que têm ponta ou gume, materiais utilizados para perfurar ou cortar.

Persistência do agente biológico no ambiente: capacidade do agente biológico de permanecer fora do hospedeiro, mantendo a possibilidade de causar doença.

Pia de lavagem (ou simplesmente pia): destinada preferencialmente à lavagem de utensílios podendo ser também usada para lavagem de mãos.

Plano de Proteção Radiológica: documento exigido para fins de licenciamento da instalação, que estabelece o sistema de radioproteção a ser implantado pelo serviço de radioproteção.

Princípio de Otimização: estabelece que o projeto, o planejamento do uso e a operação de instalação e de fontes de radiação devem ser feitos de modo a garantir que as operações sejam tão reduzidas quanto razoavelmente exequíveis, levando-se em consideração fatores sociais e econômicos.

Prions: Partículas proteicas infecciosas que não possuem ácidos nucleicos.

Programa de Garantia da Qualidade: Conjunto de ações sistemáticas e planejadas visando garantir a confiabilidade adequada quanto ao funcionamento de uma estrutura, sistema, componentes ou procedimentos, de acordo com um padrão aprovado. Em radiodiagnóstico, estas ações devem resultar na produção continuada de imagens de alta qualidade com o mínimo de exposição para os pacientes e operadores.

Quimioterápicos Antineoplásicos: Medicamentos utilizados no tratamento e controle do câncer.

Radiação Ionizante (ou simplesmente Radiação): qualquer partícula ou radiação eletromagnética que, ao interagir com a matéria, ioniza direta ou indiretamente seus átomos ou moléculas.

Radiofármaco: substância radioativa cujas propriedades físicas, químicas e biológicas, fazem com que seja apropriada para uso em seres humanos.

Rádionuclídeo: isótopo instável de um elemento que decai ou se desintegra espontaneamente, emitindo radiação.

Radioproteção: conjunto de medidas que visa proteger o ser humano, seus descendentes e o meio ambiente de possíveis efeitos indesejados causados pela radiação ionizante, de acordo com princípios básicos estabelecidos pela CNEN.

Radioterapia: aplicação médica da radiação ionizante para fins terapêuticos.

R0C: Resolução da Diretoria Colegiada da ANVISA Recipiente de transporte: são os contêineres providos de rodas, destinados à coleta e transporte interno de resíduos de serviços de saúde.

Rejeito Radioativo: Qualquer material resultante de atividades humanas cuja reutilização seja imprópria ou não previsível que contenha radionuclídeos em quantidades superiores aos limites de isenção estabelecidos na norma CNEN-NE-8.05, ou em outra que venha a substituí-la.

Reservatório: Pessoa, animal, objeto ou substância, em que um agente biológico pode persistir, manter sua viabilidade ou crescer e multiplicar-se, de modo a poder ser transmitido a um hospedeiro.

Resíduos de Serviços de Saúde: são todos aqueles resultantes de atividades exercidas nos serviços de saúde que, por suas características, necessitam de processos diferenciados em seu manejo, exigindo ou não tratamento prévio à sua disposição final.

Segregação: Consiste na separação dos resíduos no momento e no local de sua geração, de acordo com as características físicas, químicas, biológicas, e seu estado físico e os riscos envolvidos.

Serviço de Medicina Nuclear: instalação médica específica para aplicação de radiofármacos em pacientes, para propósitos terapêuticos e/ou diagnósticos.

Serviço de Proteção Radiológica: entidade constituída especificamente com vistas à execução e manutenção do plano de radioproteção de uma instalação. Essa designação não tem caráter obrigatório, servindo simplesmente como referência.

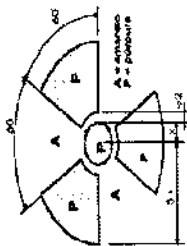
Serviço de Radiodiagnóstico Médico: Estabelecimento, ou setor definido do estabelecimento ou instituição ou especialidade médica que emprega radiações ionizantes para fazer diagnóstico através de imagens radiológicas e/ou radiografias.

Serviço de Radiodiagnóstico Odontológico: Estabelecimento, ou setor definido do estabelecimento ou instituição ou especialidade odontológica que emprega radiações ionizantes para fazer diagnósticos através de imagens radiológicas e/ou radiografias. Nesta definição estão incluídos os consultórios odontológicos com equipamento de raios X diagnósticos.

Serviço de Radioterapia: instalação específica para aplicação médica da radiação ionizante para fins terapêuticos com utilização de fontes seladas ou feixes de radiação.

Símbolo Internacional da Radiação Ionizante: símbolo utilizado internacionalmente para indicar a presença de radiação ionizante.

Deve ser acompanhado de um texto descrevendo o emprego da radiação ionizante.



Simuladores de fontes seladas: invólucros vazios, para enclausurar material radioativo, utilizados em treinamentos de braqui-terapia.

Teratogenicidade: Propriedade de um agente químico, físico ou biológico de induzir desenvolvimento anormal, gestacionalmente ou na fase pós-natal, expressado pela letalidade, malformações, retardamento do desenvolvimento ou aberração funcional.

Titular da Instalação Radiativa: Responsável legal pelo estabelecimento para o qual foi outorgada uma licença ou outro tipo de autorização.

Toxinas: substâncias químicas sintetizadas por organismos, que exercem efeitos biológicos adversos no ser humano.

Trabalhadores ocupacionalmente expostos às radiações ionizantes: trabalhador que, em consequência do seu trabalho a serviço de instalação radiativa, possa vir a receber, por ato, doses superiores aos limites primários para indivíduos do público, estabelecidos na Norma CNEN-NE 3.01 "Diretrizes Básicas de Radioproteção".

Trabalhador para-ocupacionalmente exposto às radiações ionizantes: trabalhador cujas atividades laborais não estão relacionadas diretamente às radiações ionizantes.

Matéria para publicação no site da ANVISA: não for possível extrair as informações de assinaturas do arquivo migrado do ECM.

primários estabelecidos na Norma CNEN-NE 3.01 "Diretrizes Básicas de Radioproteção" para indivíduos do público.

Trabalhador Qualificado: aquele que comprove perante empregador e a inspeção do trabalho uma das seguintes condições:

a) capacitação na empresa, conforme o disposto na NR-32;

b) capacitação mediante curso ministrado por instituições privadas ou públicas, desde que conduzido por profissional habilitado.

Transmissibilidade: capacidade de transmissão de um agente a um hospedeiro. O período de transmissibilidade corresponde intervalo de tempo durante o qual um organismo elimina um agente biológico para reservatórios ou para um hospedeiro.

Turbulência aérea: Alteração da uniformidade do fluxo de laminar unidirecional (no caso interior da Cabine de Segurança Biológica Classe II tipo B2).

Vacinação: processo visando obtenção de imunidade ativa duradoura de um organismo. A imunidade ativa é a proteção conferida pela estimulação antígenica do sistema imunológico com desenvolvimento de uma resposta humoral (produção de anticorpos) celular.

Vetor: vetor é um organismo que transmite um agente biológico de uma fonte de exposição ou reservatório a um hospedeiro.

Vias de entrada: tecidos ou órgãos por onde um agente penetra em um organismo, podendo ocasionar uma doença. A entrada pode ser por via cutânea (por contato direto com a pele), percutânea (através da pele), parenteral (por inoculação intravenosa, intramuscular, subcutânea), por contato direto com as mucosas, por via respiratória (por inalação) e por via oral (por ingestão).

Vias de transmissão: percurso feito pelo agente biológico partir da fonte de exposição até o hospedeiro. A transmissão pode ocorrer das seguintes formas:

1. Direta: transmissão do agente biológico, sem a intermediação de veículos ou vetores.

2. Indireta: transmissão do agente biológico por meio de veículos ou vetores.

Virulência: É o grau de patogenicidade de um agente infeccioso.

ANEXO II

PRAZOS PARA CUMPRIMENTO DOS ITENS DA NR-32

1. Prazo de 5 (cinco) meses: 32.1; 32.1.1; 32.1.2; 32.2; 32.2.1; 32.2.1.1; 32.2.1.2; 32.2.4; 32.2.4.1; 32.2.4.2; 32.2.4.3; 32.2.4.4; 32.2.4.5; 32.2.4.6; 32.2.4.6.1; 32.2.4.6.2; 32.2.4.6.3; 32.2.4.6.4; 32.2.4.7; 32.2.4.8; 32.2.4.11; 32.2.4.12; 32.2.4.13; 32.2.4.14; 32.2.4.15; 32.2.4.16; 32.3; 32.3.1; 32.3.3; 32.3.7.1.2; 32.3.7.2; 32.3.7.3; 32.3.7.4; 32.3.7.5; 32.3.7.6; 32.3.7.6.1; 32.3.8; 32.3.8.1; 32.3.8.2; 32.3.8.3; 32.3.8.4; 32.3.9; 32.3.9.1; 32.3.9.3; 32.3.9.3.1; 32.3.9.3.2; 32.3.9.3.2.1; 32.3.9.3.4; 32.3.9.4; 32.3.9.4.3; 32.3.9.4.4; 32.3.9.4.5; 32.3.9.4.6; 32.3.9.4.7; 32.3.9.4.8; 32.3.9.4.9; 32.3.9.4.9.1; 32.3.9.4.9.3; 32.4; 32.4.1; 32.4.2; 32.4.2.1; 32.4.3; 32.4.4; 32.4.5; 32.4.5.1; 32.4.5.2; 32.4.5.3; 32.4.5.4; 32.4.5.5; 32.4.8 alíneas a), b) e f); 32.4.7; 32.4.7.1; 32.4.8; 32.4.9; 32.4.9.1; 32.4.9.2; 32.4.9.3; 32.4.9.4; 32.4.10; 32.4.11; 32.4.12; 32.4.13; 32.4.13.1; 32.4.13.2; 32.4.13.2.1; 32.4.13.2.2; 32.4.13.3; 32.4.13.4; 32.4.13.5; 32.4.13.6; 32.4.13.7; 32.4.14; 32.4.14.1; 32.4.14.2; 32.4.14.2.1; 32.4.14.2.2; 32.4.14.2.3; 32.4.14.2.5; 32.4.14.2.6; 32.4.14.2.7; 32.4.15; 32.4.15.1; 32.4.15.2; 32.4.15.3; 32.4.15.3.1; 32.4.15.3.2; 32.4.15.4; 32.4.15.5; 32.4.15.6; 32.4.15.7; 32.4.15.8; 32.4.15.8.1; 32.4.16; 32.4.16.2; 32.5; 32.5.2; 32.5.3; 32.5.3.1; 32.5.3.2; 32.5.3.2.1; 32.5.4; 32.5.5; 32.5.7; 32.5.7.1; 32.5.8; 32.5.8.1; 32.5.9; 32.9; 32.9.1.1; 32.9.2; 32.9.2.1; 32.9.3; 32.9.3.1; 32.9.3.2; 32.9.3.3; 32.9.4; 32.9.6; 32.9.6.1; 32.10; 32.10.1; 32.10.2; 32.10.3; 32.10.5; 32.10.7; 32.10.8; 32.10.9; 32.10.10; 32.10.11; 32.10.12 alínea 32.10.13; 32.10.14; 32.10.15 alínea b); 32.10.16; 32.11; 32.11.1; 32.11.2; 32.11.3; 32.11.3.1; 32.11.4.

2. Prazo de 11 (onze) meses: 32.2.4.3; 32.2.4.9; 32.2.4.9.1; 32.2.4.9.2; 32.2.4.10; 32.2.4.10.1; 32.2.4.13; 32.2.4.17; 32.2.4.17.1; 32.2.4.17.2; 32.2.4.17.3; 32.2.4.17.4; 32.2.4.17.5; 32.2.4.17.6; 32.2.4.17.7; 32.3.2; 32.3.6; 32.3.6.1; 32.3.6.1.1; 32.3.7; 32.3.7.1; 32.3.7.1.1; 32.3.8.1.1; 32.3.9.3.3; 32.3.9.4.1; 32.3.9.4.2; 32.3.9.4.3; 32.3.9.4.5; 32.3.9.4.9.2; 32.3.10; 32.3.10.1; 32.3.10.1.1; 32.4.5.6; 32.4.6 alíneas c) d) e e); 32.4.14.2.4; 32.5; 32.5.1; 32.5.6; 32.6; 32.6.1; 32.6.2; 32.6.3; 32.7; 32.7.1; 32.7.2; 32.7.2.1; 32.7.3; 32.7.4; 32.8; 32.8.1; 32.8.1.1; 32.8.2; 32.8.3; 32.9.1; 32.10.4; 32.10.8; 32.10.13 alínea a).

3. Prazo de 13 (treze) meses: 32.2.2; 32.2.2.1; 32.2.2.2; 32.2.2.3; 32.2.3; 32.2.3.2; 32.2.3.3; 32.2.3.4; 32.2.3.5; 32.2.4.1; 32.3.4; 32.3.4.1; 32.3.4.1.1; 32.3.4.1.2; 32.2.4.3; 32.3.5; 32.3.5.1; 32.3.9.2.

4. Prazo de 17 (dezesete) meses: 32.2.4.3.1; 32.3.7.1.3; 32.10.15 alínea a).

Serviço de Jurisprudência e Divulgação
Última atualização em 17/11/2005

Bruno Lucchetti
RF 11.455



Bruno Lucchetti

RF 11.455

RESOLUÇÃO CREMESP N.º 90, DE 21 DE MARÇO DE 2000

Diário Oficial do Estado; Poder Executivo, São Paulo, SP, n. 71, 13 abr. 2000, Seção 1, p. 62-3

O **CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO** no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO a necessidade de normatizar preceitos que contribuam para a melhoria das condições de saúde ocupacional dos médicos por meio do desenvolvimento de uma cultura de promoção da saúde no trabalho;

CONSIDERANDO que o trabalho médico é de vital importância para o bem-estar da sociedade;

CONSIDERANDO que o médico, no exercício da atividade profissional, encontra-se exposto a numerosos riscos ocupacionais;

CONSIDERANDO que o médico, além de ser o executor direto das ações de saúde, deve merecer a devida atenção quanto à sua saúde ocupacional;

CONSIDERANDO que é de responsabilidade das Instituições de Saúde o zelo pela saúde ocupacional de seus trabalhadores, dentre eles o profissional médico, independentemente de vínculo empregatício;

CONSIDERANDO a obrigatoriedade dos estabelecimentos e serviços de saúde de se adequarem à legislação pertinente à saúde ocupacional vigente no país, em especial a Portaria 3.214 e suas Normas Regulamentadoras e os preceitos normativos emanados da Organização Internacional do Trabalho;

CONSIDERANDO que o objetivo desta norma é dar efetividade em face do que dispõem os artigos 3º, 12, 14, 23 e 27 do Código de Ética Médica;

CONSIDERANDO o decidido na Sessão Plenária realizada em 21 de março de 2000,

RESOLVE:

Artigo 1º - Todos os estabelecimentos ou serviços de saúde devem dispensar aos médicos que lhes prestam serviços as mesmas medidas protetivas estabelecidas na legislação, bem como na presente Resolução e seu Anexo Único, que faz parte integrante desta.

Parágrafo Único - Caberá ao respectivo Diretor Técnico/Médico Responsável e, no caso de sua inexistência, ao Diretor Clínico, tomar formalmente as providências necessárias, de maneira que o disposto no caput seja plenamente observado.

Artigo 2º - As Comissões de Ética Médica ficam incumbidas de assessorar as Diretorias Clínica e Técnica em questões envolvendo a saúde ocupacional do médico.

Artigo 3º - O médico Coordenador do Programa de Controle Médico em Saúde Ocupacional (NR nº 7 da Portaria 3.214) dos estabelecimentos de saúde é, também, responsável pela saúde ocupacional dos demais médicos que neles atuem, respeitadas as atribuições e as peculiaridades de cada instância.

Artigo 4º - Nas atividades que envolvam riscos ocupacionais como os referidos no Anexo Único, os médicos deverão, sempre, ter acesso à proteção coletiva e, na impossibilidade desta ou em caráter complementar, a equipamentos de proteção individual.

Artigo 5º - As medidas elencadas no Anexo Único desta Resolução deverão ser tomadas sem prejuízo de outras normativas de âmbito federal, estadual ou municipal, que venham, efetivamente, proteger a saúde ocupacional dos médicos.

Artigo 6º - Os estabelecimentos ou serviços de saúde, públicos e privados deverão providenciar a realização de exame médico periódico adequado para cada risco ocupacional específico, com o objetivo de prevenir ou diagnosticar precocemente agravos à saúde dos médicos que labutem para os mesmos.

Parágrafo Primeiro - Tal obrigatoriedade não exclui a necessidade de consentimento para execução de tais exames; sendo que, em caso de recusa, o médico deverá assinar um termo de responsabilidade que permanecerá arquivado na instituição.

Parágrafo Segundo - Relativamente aos exames de monitorização biológica de que trata o item 3 do Anexo Único desta Resolução, não há a necessidade de que sejam realizados em mais do que um dos vínculos de trabalho do médico, desde que os riscos sejam os mesmos.

Artigo 7º - Os estabelecimentos e serviços de saúde, por meio dos responsáveis definidos nos Artigos 1º, 2º e 3º, ficam obrigados a informar aos médicos os riscos ocupacionais existentes nas suas atividades, os resultados dos exames médicos e complementares aos quais estes forem submetidos e os resultados das avaliações ambientais realizadas nos locais de trabalho.

Artigo 8º - Ficam proibidos plantões superiores a vinte e quatro (24) horas ininterruptas, exceto em caso de plantões à distância.

Artigo 9º - Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

São Paulo, 21 de março de 2000.

DR. PEDRO PAULO ROQUE MONTELEDNE
Presidente

RESOLUÇÃO CREMESP 090/2000

ANEXO ÚNICO

Quando da aplicabilidade e/ou da fiscalização das medidas obrigatórias a serem adotadas pelos estabelecimentos e serviços de saúde na proteção da saúde ocupacional dos médicos, na conformidade da Resolução CREMESP n.º 090/2000, deverão ser observados:

1 - Em relação aos riscos laborais potencialmente presentes nos ambientes de trabalho dos estabelecimentos de saúde, abaixo transcritos, devem ser providenciadas as medidas de proteção pertinentes sem prejuízo de outras que se fizerem necessárias:

A - RISCOS BIOLÓGICOS:

Nas atividades de pronto atendimento, prontos socorros, traumatologia, moléstias infecto-contagiosas, cirurgia, análises clínicas, anatomia patológica, serviços de verificação de óbito e outros serviços com riscos de exposição a fluidos orgânicos potencialmente contaminados:

A.1 - MEDIDAS DE PROTEÇÃO:

A.1.1 - Os médicos deverão ter acesso a dispositivos de proteção adequados, tais como: óculos de proteção, aventais impermeáveis, luvas e máscaras;

A.1.2 - imunização contra agentes biológicos, tais como: hepatite B, Gripe (Influenzae) e demais doenças evitáveis por vacinação;

A.1.3 - em casos de acidentes do tipo perfuro-cortante com material potencialmente contaminado, não de ser adotadas medidas de quimioprofilaxia de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde, devendo seus fluxogramas de procedimentos ser devidamente registrados.

B - RISCOS FÍSICOS:

Nas atividades em que existe a presença de ruídos acima do limite de tolerância, radiações ionizantes (RX e radiação gama):

B.1 - MEDIDAS DE PROTEÇÃO:

B.1.1 - No caso de presença de radiações ionizantes: proteção coletiva tais como paredes e anteparos protetores plumbíferos. Como proteção individual, luvas, aventais, óculos e protetores de tireóide plumbíferos;

B.1.2 - fornecimento e controle adequado do dosímetro em caso de exposição a radiações ionizantes;

B.1.3 - no caso de exposição a ruído acima do limite de tolerância biológico (LTB), fornecimento de protetores auriculares. Parecer nº 01-274 / 2017 p. 52

C- RISCOS QUÍMICOS:

Nas atividades em que existe a presença de gases anestésicos, vapores e poeiras tóxicas, tais como centrais de esterilização, centro cirúrgico, preparo de quimioterapia, patologia clínica e medicina legal:

Bruno Lucchetti

RF 11.455

C.1 - MEDIDA DE PROTEÇÃO:

C.1.1 - Ventilação local exaustora, capelas com fluxo laminar e, na impossibilidade do controle eficaz dessa forma ou em caráter complementar, o uso de máscaras com filtros adequados.

D - RISCOS PSICSSOCIAIS E AGENTES ERGONÔMICOS:

Nas atividades em que existam movimentos repetitivos e/ou posturas corporais inadequadas, grande demanda de atendimentos em condições penosas, altamente estressantes e regimes de plantão de 12 e 24 horas:

D.1 - MEDIDAS DE PROTEÇÃO:

D.1.1 - Os médicos deverão ter condições que permitam pausas compensatórias e conforto para repouso alimentação, higiene pessoal e necessidades fisiológicas;

D.1.2 - Os ambientes nos quais ocorram procedimentos médicos, tais como centros cirúrgicos, prontos socorros e consultórios, deverão possuir um grau de iluminação, conforto térmico e acústico adequados às tarefas executadas.

D.2 - MEDIDAS COMPLEMENTARES:

D.2.1 - Serviços de pronto socorro geral e/ou psiquiátrico deverão contar com pessoal preparado e treinado para a adequada contenção de pacientes agitados e/ou agressivos;

D.2.2 - Em locais de trabalho sabidamente violentos e que exponham a risco a integridade física dos médicos no atendimento de pronto-socorro, deverá haver a manutenção de plantão policial ou, na impossibilidade deste, segurança privada.

2 - Estando a médica em período de gestação, deverá ser permitido à mesma a não atuação em áreas de risco à saúde materno-fetal, quando impossível a proteção efetiva nas atividades habituais.

3 - Relativamente ao que trata o artigo 6º da presente Resolução, além da anamnese e exame físico, deverão ser realizados os seguintes exames complementares:

3.1 - hemograma completo, semestral, para os médicos executantes de procedimentos anestésicos, cirúrgicos, radiodiagnósticos, radioterapêuticos e no preparo de quimioterapia;

3.2 - RX de tórax anual e PPD para aqueles expostos a BK, enzimas hepáticas para anestesiológicas;

3.3 - os médicos do trabalho expostos aos ambientes de produção deverão ser submetidos aos exames complementares previstos no PCMSO da empresa onde atuam;

3.4 - para os médicos expostos a agentes carcinogênicos e/ou teratogênicos, desde que existentes, exames de monitorização biológica específicos para os riscos envolvidos.

3.5 - DE FORMA COMPLEMENTAR:

3.5.1 - Que sejam disponibilizados, pelos estabelecimentos e serviços de saúde, exames complementares para detecção precoce de agravos à saúde, relacionados a gênero, idade e estilo de vida dos profissionais médicos que lhe prestem serviço.

São Paulo, 21 de março de 2000.



Base de dados : legis

Pesquisa : 11716

Total de referências : 1

Bruno Lucchetti

RF 11.455

1/1

- Título: LEI Nº 11.716 03/01/1995 ([ver documento](#))
Revogado(a) parcialmente
- Ementa: Institui gratificações especiais do regime de plantão, e gratificação especial pela prestação de serviços assistenciais em saúde aos servidores do Quadro dos Profissionais da Saúde.
- Projeto: Projeto de Lei Nº 349/1994 ([ver documento](#))
- Autor(es): EXECUTIVO; Paulo Maluf
- Regulamentação: Decreto nº 40.386/2001 - Regulamenta os arts. 4º e 6º desta Lei.; ([ver documento](#))
Decreto nº 43.693/2003 - Regulamenta o par. 2º do art. 2º desta Lei, acrescentado pela Lei nº 13.493/2003. ([ver documento](#))
PARA VERIFICAR SE HÁ ALTERAÇÕES PARA OS ATOS E DECRETOS DE REGULAMENTAÇÃO DESTA NORMA, FAÇA NOVA PESQUISA PELO NÚMERO DE CADA ATD OU DECRETO DE REGULAMENTAÇÃO.
- Revogação: Revoga o art. 71 da Lei nº 11.410/1993.; ([ver documento](#))
Revoga o art. 78 da Lei nº 11.511/1994.; ([ver documento](#))
Lei nº 14.257/2006 - Revoga o Anexo II referido no inciso II do art. 1º desta Lei.; ([ver documento](#))
Lei nº 14.713/2008 - Revoga os arts. 5º e 7º desta Lei. ([ver documento](#))
- Notas complement.: - Decreto nº 49.892/2008 - Divulga os valores da Gratificação Especial pela Prestação de Serviços Assistenciais em Saúde, instituída pelo art. 6º desta Lei.
- Processo nº 994.09.230131-8 - O Órgão Especial do E. Tribunal de Justiça acolheu o incidente para declarar a Inconstitucionalidade do art. 8º desta Lei.
- Alterações: Lei 13.493/2003 - Altera esta Lei.; Dec. 43.695/2003 - Inclui Unidades de Saúde que especifica nos Grupos I e II do par. 3º do art. 1º desta Lei, alterada pela Lei nº 13.493/2003, para efeito de pagamento das Gratificações Especiais de Regime de Plantão.; Lei 13.652/2003 - Art. 114 - Altera os pars. 1º e 2º e acrescenta par. 3º ao art. 2º desta Lei; Art. 115 - Estende a Gratificação Especial pela Prestação de Serviços em Unidades Assistenciais de Saúde, aos servidores municipais que especifica.; Lei 14.257/2006 - Altera o "caput" e os §§3º e 4º do art. 1º, o art. 4º e o "caput" do art. 5º, todos desta Lei.; Lei 14.713/2008 - Altera o inciso II do art. 4º desta Lei.; Lei 14.713/2008 - Altera o valor das Gratificações Especiais de Regime de Plantão, bem como a remuneração do regime de plantão, previstos nos arts. 1º e 4º desta Lei.

[\[Back \]](#)

LEI N. 11.716 — DE 3 DE JANEIRO DE 1995

Institui gratificações especiais do regime de plantão, e gratificação especial pela prestação de serviços assistenciais em saúde aos servidores do Quadro dos Profissionais da Saúde

Bruno Lucchetti

RF 11.455

Paulo Matuf, Prefeito do Município de São Paulo, usando das atribuições que lhe são conferidas por lei.

Faz saber que a Câmara Municipal, em sessão de 28 de novembro de 1994 decretou e eu promulgo a seguinte Lei:

Art. 1º A partir da publicação desta Lei, (vetado) os ocupantes de cargos ou funções do Quadro dos Profissionais da Saúde, e em regime de plantão nas Unidades de Saúde previstas nesta Lei, farão jus a gratificações especiais de regime de plantão, fixadas de acordo com a unidade na qual prestam serviços, devidas nas bases e percentuais estabelecidos na seguinte conformidade:

I — em regime de plantão em fim de semana, feriados e pontos facultativos municipais: as bases e percentuais estabelecidos no Anexo I, integrante desta Lei;

II — em regime de plantão de segunda às sextas-feiras: as bases e percentuais estabelecidos no Anexo II, integrante desta Lei.

§ 1º Consideram-se plantões de fim de semana os prestados das 19:00 horas de sexta-feira às 7:00 horas da segunda-feira.

§ 2º Consideram-se plantões em feriados e pontos facultativos municipais os prestados das 19:00 horas do dia anterior às 7:00 horas do dia seguinte a eles.

§ 3º Para os efeitos desta Lei, as Unidades de Saúde ficam distribuídas em grupos classificados segundo a sua complexidade operacional, como segue:

Grupo I:

- Hospital Municipal Doutor Bensdito Montenegro;
- Pronto-Socorro de Sapopemba;
- Hospital Municipal Doutor Alexandr Zalo;
- Pronto Atendimento Manoel de Nóbrega;
- Hospital Municipal Professor Waldomiro de Paula;
- Pronto Atendimento Presidente Juscelino;
- Pronto-Socorro Municipal Doutora Glória R. Santos Bonfim;
- Hospital Municipal Tide Setúbal;
- Hospital Municipal Doutor Alípio Correa Neto;
- Pronto-Socorro Municipal Doutor Júlio Tupy;
- Pronto-Socorro Municipal Doutor Atualpa Girão Rabelo;
- Hospital Municipal e Maternidade Escola Doutor Mario Moraes Altenfelder Silva;
- Pronto-Socorro Municipal 21 de Junho;
- Hospital Municipal Doutor José Soares Hungria;
- Pronto-Socorro Municipal de Perus;
- Pronto-Socorro Municipal Doutora Marie Antonieta F. de Barros;
- Pronto Atendimento de Parelheiros;
- Pronto-Socorro Municipal Balneário São José.

Grupo II:

- Pronto Atendimento Jardim São Jorge;
- Hospital Municipal Maternidade Jardim Sarah;
- Pronto-Socorro Municipal Cidade Bandeirantes;
- Pronto-Socorro Municipal Doutor Augusto G. Mattos;
- Hospital Municipal Doutor Arthur Ribeiro de Saboya;

- Hospital Municipal Doutor Carmina Caricchia;
- Hospital Municipal Doutor Ignácia Proença de Gouveia;
- Pronto-Socorro Municipal da Mandaqui;
- Hospital Municipal Vereador José Staropoli;
- Pronto-Socorro Municipal de Vila Maria Baixa;
- Pronto Atendimento Jardim Macedônia;
- Hospital Municipal Doutor Fernanda Maura P. da Rocha;
- Hospital Municipal Infantil Menina Jesusa;
- Pronto-Socorro Municipal Doutor Alvaro Dina de Almeida;
- Pronto-Socorro Municipal da Lapa;
- Pronto-Socorro Municipal Doutor Laura Ribas Braga;
- Pronto-Socorro Municipal Doutor José Sylvio de Camargo.

§ 4º Fica o Executivo autorizado a incluir, nos Grupos de que trata este artigo, as Unidades Municipais de Pronto-Socorro, Pronto Atendimento ou Hospital que vierem a ser instaladas ou os recebidas em virtude de municipalização, após a publicação desta Lei.

Art. 2º As gratificações especiais do regime de plantão só serão pagas aos servidores de que trata o artigo 1º desta Lei, desde que observadas as seguintes condições:

I — estejam cumprindo a jornada de trabalho a que estiverem submetidos, em regime de plantão de 12 (doze) ou 24 (vinte e quatro) horas consecutivas;

II — estejam cumprindo sua jornada de trabalho exclusivamente nas Unidades de Saúde relacionadas no § 3º, do artigo 1º desta Lei;

III — se o profissional não cometer, durante o mês de incidência, faltas, ainda que abonadas, atrasos ou saídas antecipadas, mesmo compensadas.

Parágrafo único. O pagamento das gratificações especiais de que trata o artigo 1º desta Lei cessará nos períodos de licença, faltas, abonadas ou não, e afastamentos de qualquer natureza, inclusive férias.

Art. 3º As gratificações especiais ora instituídas constituem a remuneração adicional de cada período completo de 12 (doze) horas trabalhadas, nos plantões referidos no artigo 1º desta Lei.

Bruno Lucchetti

RF 11.455

Art. 4º Os Profissionais da Saúde ocupantes de cargos e funções de Médico e Cirurgião-Dentista, poderão prestar, além de sua jornada básica de trabalho, plantões de 12 (doze) ou 24 (vinte e quatro) horas consecutivas de trabalho, mediante a observância das seguintes condições:

I — por convocação do Secretário Municipal da Saúde, com anuência do Profissional;

II — para desempenho exclusivo nas Unidades de Saúde relacionadas no § 3º, artigo 1º desta Lei, em fins de semana, feriados e pontos facultativos municipais;

III — não exceder a jornada semanal de trabalho fixada na Constituição Federal.

Parágrafo único. Ato do Executivo deverá definir os critérios de convocação das Profissionais da Saúde para cumprimento dos plantões referidos neste artigo.

Art. 5º A remuneração pelo plantão de que trata o artigo 4º será devida nas bases e percentuais fixados no Anexo III, integrante desta Lei, em razão da prestação em Unidades de Saúde distribuídas nos Grupos relacionados no § 3º do artigo 1º.

§ 1º Os percentuais ora instituídos incidirão a cada período completo de 12 (doze) horas de trabalho efetivamente realizadas, em regime de plantão.

§ 2º A remuneração só será paga se cumprido efetiva e integralmente o plantão, não sendo devida nas faltas, ainda que abonadas, atrasos e saídas antecipadas no referido plantão, bem como licenças e afastamentos de qualquer espécie, inclusive férias.

Art. 6º Fica criada Gratificação Especial pela Prestação de Serviços Assistenciais em Saúde, fixada de acordo com a categoria profissional e a Unidade da Saúde, aos Profissionais da Saúde ocupantes de cargo ou funções de Médico, Cirurgião-Dentista, Biólogo, Biomédico, Educador de Saúde Pública, Enfermeiro, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Médico-Veterinário, Nutricionista, Ortopedista, Psicólogo, Químico, Terapeuta Ocupacional, Auxiliar de Enfermagem, Auxiliar Técnico de Saúde, Auxiliar de Serviços de Saúde e Atendente de Enfermagem, (vetado) nos percentuais estabelecidos no artigo 7º desta Lei, observado o disposto no §§ 1º e 2º deste artigo.

§ 1º A gratificação especial será concedida exclusivamente aos servidores das categorias referidas no "caput" não submetidos ao regime de plantão que prestam serviços assistenciais nas Unidades de Saúde, (vetado).

§ 2º As Gratificações Especiais pela prestação de serviços assistenciais à saúde só serão pagas aos servidores de que trata este artigo, desde que observadas, além do disposto no § 1º, as seguintes condições:

I — estejam cumprindo a jornada de trabalho a que estiverem submetidos diariamente;

II — estejam cumprindo a jornada de trabalho exclusivamente nas Unidades de Saúde definidas na § 1º deste artigo e na forma a ser regulamentada pela Secretaria Municipal de Saúde — SMS;

III — se o profissional não cameter, durante o mês de incidência, faltas, ainda que abonadas, atrasos ou saídas antecipadas, mesmo que compensados.

§ 3º — O pagamento da Gratificação Especial de que trata o "caput" deste artigo cessará nos períodos de licença do profissional, faltas, abonadas ou não, e afastamentos de qualquer natureza, inclusive férias.

Art. 7º — A Gratificação Especial de que trata o artigo 6º será devida nas seguintes percentuais:

I — 75% (setenta e cinco por cento) sobre o padrão inicial da carreira de Médico, na Tabela J-40, para os Médicos;

II — (vetado);

III — 40% (quarenta por cento) sobre o padrão inicial da respectiva carreira do Profissional da Saúde na Tabela J-40, para as demais carreiras referidas no "caput" do artigo 6º desta Lei.

Art. 8º — As Gratificações Especiais referidas nos artigos 1º e 6º e a remuneração do regime de plantão de que trata o artigo 4º não se incorporam, tampouco se tornam permanentes, aos vencimentos ou prontos dos servidores, não servindo de base para cálculo de qualquer indenização ou vantagem pecuniária, inclusive 1/3 (um terço) de férias, décimo terceiro salário, adicionais por tempo de serviço e sexta parte.

Art. 9º — As disposições desta Lei aplicam-se, no que couber, aos servidores do Hospital do Servidor Público Municipal — HSPM, que fica incluído no Grupo II, de que trata o § 3º do artigo 1º desta Lei.

Art. 10. (Vetado).

Art. 11. (Vetado).

Art. 12. As despesas com a execução desta Lei, correrão por conta das dotações orçamentárias próprias, suplementadas se necessário.

Art. 13. Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário, em especial o artigo 71 da Lei n. 11.410", de 13 de setembro de 1993, e o artigo 78 da Lei n. 11.511", de 19 de abril de 1994.

ANEXO I A QUE SE REFERE O INCISO I DO ART. 1º DA LEI Nº 11.716,
DE 3 DE JANEIRO DE 1995

TABELA A:
Plantão de fins de semana, feriados, pontas facultativas municipais:

Unidades de Saúde dos Grupos	Percentual sobre o padrão inicial da respectiva carreira dos servidores de que trata o artigo 1º
Grupo I	14,5%
Grupo II	10 %

TABELA B:
Plantão de fins de semana, feriados, pontas facultativas municipais:

Unidades de Saúde dos Grupos	Percentual sobre o padrão inicial da carreira de médico (VETADO) na tabela J-40
Grupo I	14,5%
Grupo II	10 %

ANEXO II A QUE SE REFERE O INCISO II DO ART. 1º DA LEI Nº 11.716,
DE 3 DE JANEIRO DE 1995

TABELA A:
Plantão de segunda a sexta-feira:

Unidades de Saúde dos Grupos	Percentual sobre o padrão inicial das respectivas carreiras dos servidores de que trata o artigo 1º
Grupo I	8,5%
Grupo II	8 %

TABELA B:
Plantão de segunda a sexta-feira:

Unidades de Saúde dos Grupos	Percentual sobre o padrão inicial da carreira de médico (VETADO) na tabela J-40
Grupo I	8,5%
Grupo II	8 %

ANEXO III A QUE SE REFERE O ARTIGO 5º DA LEI Nº 11.716,
DE 3 DE JANEIRO DE 1995

Plantão referente ao artigo 5º:

Unidades de Saúde dos Grupos	Percentual sobre o padrão inicial da carreira de médico ou cirurgião dentista na tabela J-40
Grupo I	20%
Grupo II	15%

**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO**

Secretaria Geral Parlamentar
Secretaria de Documentação
Equipe de Documentação do Legislativo

Bruno Lucchetti

RF 11.455

PROJETO DE LEI 01-00528/2015 do Vereador Toninho Vespoli (PSOL)

"Dispõe sobre a atenção à saúde ocupacional dos profissionais de enfermagem.

A Câmara Municipal de São Paulo, DECRETA :

Artigo 1º - Ficam asseguradas aos profissionais de enfermagem, em exercício em estabelecimentos ou serviços públicos e privados do Município, as medidas protetivas aplicadas às demais categorias profissionais da saúde, as estabelecidas na legislação aplicável à categoria profissional de enfermagem, em especial a Norma Regulamentadora 32 - NR 32, asseguradora de critérios de segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde, bem como as previstas na presente Lei e em seu Anexo Único.

Parágrafo único - Para fins de cumprimento desta lei, fica o Poder Executivo autorizado a expedir medidas obrigatórias aos estabelecimentos ou serviços públicos e privados de saúde.

Artigo 2º - Caberá ao Gestor da unidade de saúde, em conjunto com o responsável Técnico da Enfermagem, tomar as providências necessárias à garantia da manutenção da saúde dos trabalhadores de enfermagem, em todos os seus aspectos, de maneira que o disposto nesta lei seja plenamente observado.

Parágrafo único - As Comissões de Ética de Enfermagem, onde houver, poderão assessorar os gestores e gerentes dos estabelecimentos nas questões envolvendo a saúde ocupacional do profissional de enfermagem.

Artigo 3º - O Gestor deverá designar profissional enfermeiro, com especialização em Saúde Ocupacional, como responsável pelo acompanhamento da saúde ocupacional dos demais profissionais de enfermagem da instituição, respeitadas as atribuições e as peculiaridades de cada instância.

Artigo 4º - Nas atividades que envolvam riscos ocupacionais como os referidos no Anexo Único, os profissionais de enfermagem deverão, sempre, ter acesso à proteção coletiva e, em caráter complementar, aos equipamentos de proteção individual.

Artigo 5º - As medidas elencadas no Anexo Único desta lei deverão ser tomadas sem prejuízo de outras normativas de âmbito federal, estadual ou municipal destinada a proteger a saúde ocupacional dos profissionais de enfermagem.

Artigo 6º - Os estabelecimentos ou serviços de saúde, públicos e privados, deverão providenciar a realização de exame médico periódico adequado para cada risco ocupacional específico, com o objetivo de prevenir ou diagnosticar precocemente agravos à saúde dos profissionais de enfermagem constantes de seus quadros.

§ 1º - A realização dos exames previstos no "caput" não exclui a necessidade de consentimento do profissional para sua execução, assegurando-se que, em caso de recusa, o profissional de enfermagem deverá assinar termo de responsabilidade que permanecerá arquivado na instituição.

§ 2º - Relativamente aos exames de monitorização biológica de que trata o Item 3 do Anexo Único desta lei, não há a necessidade de que sejam realizados em mais do que um dos vínculos de trabalho do profissional de enfermagem, desde que os riscos sejam os mesmos.

Artigo 7º - Os estabelecimentos e serviços de saúde, por meio dos responsáveis previstos nesta lei, ficam obrigados a informar aos profissionais de enfermagem os riscos ocupacionais existentes nas suas atividades, os resultados dos exames médicos e

complementares aos quais estes forem submetidos e os resultados das avaliações ambientais realizadas nos locais de trabalho.

Artigo 8º - Ficam proibidos plantões superiores a 24 (vinte e quatro) horas ininterruptas.

Artigo 9º - A cada 6 (seis) horas de jornada de trabalho, fica assegurado ao profissional de enfermagem a concessão de intervalo para repouso ou alimentação de, no mínimo, 1 (uma) hora.

Artigo 10- Para jornadas de trabalho-dia de 12 (doze) horas, fica assegurado ao profissional de enfermagem a concessão de intervalo para repouso ou alimentação de, no mínimo, 2 (duas) horas.

Artigo 11 - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação. Às Comissões competentes."

"ANEXO ÚNICO

Quando da aplicabilidade e/ou da fiscalização das medidas obrigatórias a serem adotadas pelos estabelecimentos e serviços de saúde na proteção da saúde ocupacional dos profissionais de enfermagem, deverão ser observados:

1 - Em relação aos riscos laborais potencialmente presentes nos ambientes de trabalho dos estabelecimentos de saúde, abaixo transcritos, devem ser providenciadas as medidas de proteção pertinentes, sem prejuízo de outras que se fizerem necessárias:

A - RISCOS BIOLÓGICOS:

Nas atividades de pronto atendimento, prontos socorros, traumatologia, moléstias infectocontagiosas, cirurgia, análises clínicas, anatomia patológica, serviços de verificação de óbito e outros serviços com riscos de exposição a fluidos orgânicos potencialmente contaminados:

A.1 - MEDIDAS DE PROTEÇÃO:

A. 1.1 - Os profissionais de enfermagem deverão ter acesso a dispositivos de proteção adequados, tais como: óculos de proteção, aventais impermeáveis, luvas, toucas e máscaras;

A. 1.2 - imunização contra agentes biológicos, tais como: hepatite B, Gripe (Influenza) e demais doenças evitáveis por vacinação;

A. 1.3 - em casos de acidentes do tipo perfurocortante com material potencialmente contaminado, não de ser adotadas medidas de quimioprofilaxia de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde, devendo seus fluxogramas de procedimentos ser devidamente registrados.

B - RISCOS FÍSICOS:

Nas atividades em que existe a presença de ruídos acima do limite de tolerância, radiações ionizantes (RX e radiação gama):

B. 1 - MEDIDAS DE PROTEÇÃO:

B.1.1 - No caso de presença de radiações ionizantes: proteção coletiva, tais como: paredes e anteparos protetores plumbíferos. Como proteção individual: luvas, aventais, óculos e protetores de tireóide plumbíferos;

B.1.2 - fornecimento e controle adequado do dosímetro, em caso de exposição a radiações ionizantes;

B.1.3 - no caso de exposição a ruído acima do limite de tolerância biológico (LTB), fornecimento de protetores auriculares.

C- RISCOS QUÍMICOS:

Nas atividades em que existe a presença de gases anestésicos, vapores e poeiras tóxicos, tais como: centrais de esterilização, centro cirúrgico, preparo de quimioterapia, patologia clínica e medicina legal:

C. 1 - MEDIDA DE PROTEÇÃO:

Bruno Lucchetti

RF 11.455

C 1.1 - Ventilação local exaustora, capelas com fluxo laminar e, na impossibilidade do controle eficaz dessa forma ou em caráter complementar, o uso de máscaras com filtros adequados.

D - RISCOS PSICOSSOCIAIS E AGENTES ERGONÔMICOS:

Nas atividades em que existam movimentos repetitivos e/ou posturas corporais inadequadas, grande demanda de atendimentos em condições penosas, altamente estressantes ou regimes de plantão de 12 e 24 horas:

D. 1 - MEDIDAS DE PROTEÇÃO:

D. 1.1 - Os profissionais de enfermagem deverão ter suas escalas diárias de trabalho elaboradas de forma que permitam pausas compensatórias em ambiente específico, amplo, arejado, provido de mobiliário adequado e com área útil compatível com a quantidade de profissionais diariamente em serviço, dotado ainda de conforto térmico e acústico adequado para repouso, alimentação, higiene pessoal e necessidades fisiológicas;

D. 1.2 - Os ambientes, tais como: centros cirúrgicos, prontos socorros e consultórios, deverão possuir um grau de iluminação, temperatura e acústica adequados às tarefas executadas.

D. 2 - MEDIDAS COMPLEMENTARES:

D. 2.1 - Serviços de pronto socorro geral e/ou psiquiátrico deverão contar com pessoal preparado e treinado para a adequada contenção de pacientes agitados e/ou agressivos;

D. 2.2 - Em locais de trabalho sabidamente violentos e que exponham a risco a integridade física dos profissionais de enfermagem no atendimento de pronto-socorro, deverá haver a manutenção de profissionais da área de segurança, pública ou privada.

2 - Estando a profissional de enfermagem em período de gestação, deverá ser garantida, à mesma, a não atuação em áreas de risco à saúde materno-fetal, e garantida a proteção efetiva nas atividades habituais.

3 - Relativamente ao que trata o artigo 6º da presente Lei, além da anamnese e exame físico, deverão ser realizados os seguintes exames complementares:

3.1 - hemograma completo, anual, para os profissionais de enfermagem que atuem em procedimentos cirúrgicos, radiodiagnósticos, radioterapêuticos e no preparo de quimioterapia;

3.2 - RX de tórax anual e PPD para aqueles expostos a BK;

3.3 - os profissionais de enfermagem do trabalho expostos aos ambientes de produção deverão ser submetidos aos exames complementares previstos no PCMSO da empresa onde atuem;

3.4 - para os profissionais de enfermagem expostos a agentes carcinogênicos e/ou teratogênicos, desde que existentes, exames de monitorização biológica específicos para os riscos envolvidos.

3.5 - DE FORMA COMPLEMENTAR:

3.5.1 - Que sejam disponibilizados, pelos estabelecimentos e serviços de saúde, exames complementares para detecção precoce de agravos à saúde, relacionados a gênero, idade e estilo de vida dos profissionais de enfermagem que lhe prestem serviço;

3.5.2 - Que sejam disponibilizados, pelos estabelecimentos e serviços de saúde, programas permanentes de prevenção e redução de riscos ocupacionais para os profissionais de enfermagem que lhe prestem serviço."

Este texto não substitui o publicado no Diário Oficial da Cidade em 07/10/2015, p. 368

Para informações sobre este projeto, visite o site www.camara.sp.gov.br.



CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO

Secretaria Geral Parlamentar
Secretaria de Documentação
Equipe de Documentação do Legislativo

Bruno Lucchetti

RF 11.455

PROJETO DE LEI 01-00401/2016 do Vereador Toninho Paiva (PR)

"Acrescenta parágrafo ao artigo 3º da Lei nº 13.998, de 10 de junho de 2005, para prover, aos acompanhantes dos pacientes internados na Rede Pública Municipal de Saúde, acomodações adequadas e as principais refeições diárias, e dá outras providências.

A Câmara Municipal de São Paulo DECRETA:

Art. 1º - Fica acrescido ao artigo 3º da Lei nº 13.998, de 10 de junho de 2005, o seguinte parágrafo:

"§ 1º - Prover, aos acompanhantes dos pacientes internados nas unidades da Rede Pública Municipal de Saúde, acomodações adequadas e as principais refeições diárias.

Art. 2º - As despesas decorrentes da execução desta lei correrão por conta das dotações orçamentárias próprias, suplementadas se necessário.

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

Sala das Sessões, Às Comissões competentes."

Este texto não substitui o publicado no Diário Oficial da Cidade em 03/08/2016, p. 90

Para informações sobre este projeto, visite o site www.camara.sp.gov.br.

RECEBIDO
 Comissão de Constituição e Justiça
 Em 19/05/17 às 16:00

 Márcia Yoshimi Taniguchi Hosi
 Auxiliar Operacional
 RF 11.328

Ao Vereador / À Vereadora
RINALDO DI GIULIO
 Para Relatar.
 Sala da Comissão de Constituição, Justiça e
 Legislação Participativa
 Em 22/05/2017

 Presidente
 Obs: O prazo para manifestação é de 8 dias nos
 termos do § 3º do artigo 63 do RI

RECEBIDO NA PROCURADORIA DA CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO
 SETOR DO PROCESSO LEGISLATIVO
 EM 01/06/17 às 15 HS
 POR Karl
 SAÍDA 19/06/17 às 18 H ASS: Karl

Segue 1 juntado(s) _____, nesta data, documento(s)
 apel de informação rubricado 2 sob folha(s)
36 a 40. Em 29/6/17.

Rafael Roberto Godoi
 RF 11.327-56P-12



CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO

Folha nº 36 do Proc.
Nº 24 de 2017
Rafael Robles Godoy
RF 11.327-SGP-12/17

PAR

pi0274-17

885/2017

PARECER Nº DA COMISSÃO DE CONSTITUIÇÃO, JUSTIÇA E LEGISLAÇÃO PARTICIPATIVA SOBRE O PROJETO DE LEI Nº 0274/17.

Trata-se de projeto de lei, de autoria da nobre Vereadora Adriana Ramalho, que dispõe sobre a disponibilização dos locais de descanso para os profissionais de enfermagem nos equipamentos de saúde no município de São Paulo.

Nos termos da justificativa, a falta de locais apropriados ao descanso é uma das dificuldades mais apontadas por esses profissionais, que se submetem a longas jornadas de trabalho, resultando na exaustão física e psíquica, o que pode ocasionar sérios problemas com seus pacientes, além de acidentes de trabalho, o que revela a necessidade de aprovação da presente proposta.

Sob o aspecto jurídico, o projeto reúne condições para prosseguir em tramitação.

Em primeiro lugar, cumpre asseverar que a matéria que constitui o cerne do projeto não diz respeito ao direito do trabalho – o que atrairia a competência legislativa privativa da União, nos termos do art. 22, inciso I, da Constituição Federal –, uma vez que a proposta visa regulamentar a disponibilização de espaços adequados para o descanso dos profissionais de enfermagem.

Desse modo, a matéria de fundo versada no projeto concerne à proteção do meio ambiente do trabalho e, portanto, meio ambiente em sentido amplo, tema para o qual o Município detém competência legislativa suplementar, conforme art. 24, inciso VI c/c art. 30, incisos I e II, da Constituição Federal.

A manutenção de um meio ambiente saudável e equilibrado, além de se tratar de assunto que, por óbvio, é de interesse de todos, uma vez que é imperiosa à sobrevivência humana e à sadia qualidade de vida, foi alçada à categoria de princípio constitucional impositivo, quando a Constituição Federal determinou ao Poder Público em todas as suas esferas, Federal, Estadual e Municipal (artigos 225 e 23, inciso VI), o poder-dever de defender e preservar o meio ambiente para as presentes e futuras gerações.

Atenta a tal panorama, a Lei Orgânica do Município de São Paulo também prevê o poder-dever do Município de zelar pelo meio ambiente:

“Art. 7º É dever do Poder Municipal, em cooperação com a União, o Estado e com outros Municípios, assegurar a todos o exercício dos direitos individuais, coletivos, difusos e sociais estabelecidos pela Constituição da República e pela Constituição Estadual, e daqueles inerentes às condições de vida na cidade, inseridos nas competências municipais específicas, em especial no que respeita a:

I – meio ambiente humanizado, sadio e ecologicamente equilibrado, bem de uso comum do povo, para as presentes e futuras gerações” (grifamos)



**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO**

pl0274-17

Folha nº 34 do Proc.
Nº 749 de 20 17
Rafael Robles Godoi
RF 11.327-SGP-12

Já no art. 181 da Lei Maior Local vislumbra-se a diretriz traçada ao Poder Público para que elabore uma política de cunho participativo de proteção ao meio ambiente:

"Art. 181 - O Município, mediante lei, organizará, assegurada a participação da sociedade, sistema de administração da qualidade ambiental, proteção, controle e desenvolvimento do meio ambiente e uso adequado dos recursos naturais, para coordenar, fiscalizar e integrar as ações de órgãos e entidades da administração pública direta e indireta, no que respeita a:

I - formulação de política municipal de proteção ao meio ambiente"

Diante de tal panorama, não se pode perder de vista que o meio ambiente do trabalho, à vista do ordenamento jurídico pátrio, inequivocamente integra o conceito de meio ambiente, conforme preceitua a própria Constituição Federal em seu artigo 200, VIII:

"Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

(...)

*VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, **nele compreendido o do trabalho.**" (grifamos)*

No mesmo sentido, a Lei Orgânica do Município de São Paulo também deixa claro que o meio ambiente do trabalho integra o conceito de meio ambiente. Note-se:

"Art. 190 - As normas de proteção ambiental estabelecida nesta Lei, bem como as dela decorrentes, aplicam-se ao ambiente natural, construído e do trabalho." (grifamos)

Ademais os artigos 219 e 220, também integrantes da Lei Orgânica Municipal, dispõem expressamente acerca de medidas voltadas à preservação da saúde e segurança do trabalhador. Transcreve-se:

"Art. 219 - O Município, coordenando sua ação com a União, o Estado e as entidades representativas dos trabalhadores, desenvolverá ações visando à promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, através de:

*I - controle das condições de segurança, redução e eliminação das nocividades do trabalho, **promovendo condições dignas e seguras de trabalho;***

II - vigilância sanitária e epidemiológica;

III - assistência às vítimas de acidentes do trabalho e portadores de doenças profissionais e do trabalho.

§ 1º - É garantido aos trabalhadores o direito de acompanhar, através de suas representações sindicais e de locais de trabalho, as ações de controle e avaliação dos ambientes e das condições de segurança de trabalho.



**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO**

pl0274-17

Folha nº 38 do Proc.
Nº 274 de 20 17
Rafael Robles Godoi
RF 11.327-SGP-12

§ 2º - *Em condições de risco grave ou iminente no local de trabalho, será lícito ao empregado interromper suas atividades, sem prejuízo de quaisquer direitos, até eliminação do risco.*

§ 3º - *As licenças para construir, os autos de conclusão e as licenças para instalação e funcionamento somente serão expedidos mediante prévia comprovação de que foram atendidas as exigências legais específicas, a cada caso, **relativas à segurança, integridade e saúde dos trabalhadores e usuários.***

§ 4º - *O auto de vistoria de segurança deverá ser renovado periodicamente, para verificação de obediência ao disposto no parágrafo anterior.*"(grifamos)

Pelos motivos *supra*, é inequívoco que o Município de São Paulo possui competência para legislar sobre meio ambiente do trabalho, especialmente para estabelecer normas pertinentes à saúde e segurança do trabalhador, sempre mais protetivas do que as regras já positivadas pela União.

Destaque-se que, estando o projeto em análise relacionado com a política municipal de meio ambiente, é necessária a realização de ao menos duas audiências públicas, nos termos do art. 41, inciso VIII e X, da Lei Orgânica do Município.

Para a sua aprovação a propositura dependerá do voto favorável da maioria absoluta dos membros da Câmara, nos termos do art. 40, § 3º, inciso XII da Lei Orgânica do Município.

Não obstante, é necessária a apresentação de Substitutivo para: i) adequar a redação do projeto às diretrizes da Lei Complementar nº 95/98, que dispõe sobre a elaboração, a redação, a alteração e a consolidação das leis; ii) adequar a redação do projeto no que tange aos equipamentos públicos de saúde a fim de preservar o princípio da harmonia e independência entre os Poderes, bem compatibilizar o texto com a Lei Complementar nº 101/00, Lei de Responsabilidade Fiscal; e iii) especificar o valor da multa, em atenção ao princípio da legalidade, o qual é mera sugestão, podendo ser revisto e adequado pela comissão de mérito, conforme se entender pertinente.

Ante o exposto, na forma do Substitutivo que segue, somos, **PELA LEGALIDADE:**

SUBSTITUVO Nº _____ DA COMISSÃO DE CONSTITUIÇÃO,
JUSTIÇA E LEGISLAÇÃO PARTICIPATIVA AO PROJETO DE LEI Nº 0274/17.

Dispõe sobre a disponibilização dos locais de descanso para os profissionais de enfermagem nos equipamentos de saúde no Município de São Paulo, e dá outras providências, e dá outras providências.

**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO**

pl0274-17

Folha nº 39 do Proc.
Nº 274 de 20 17
Rafael Robles Godoi
RF 11.327-SGP-12

A Câmara Municipal de São Paulo DECRETA:

Art. 1º Os equipamentos de saúde, públicos ou privados, localizados no município de São Paulo ficam obrigados a disponibilizar, para os profissionais de enfermagem, locais de repouso, com as condições adequadas de conforto e salubridade, para os períodos reservados a esse fim.

§ 1º Os equipamentos de saúde da rede privada terão o prazo de 60 (sessenta) dias para se adequarem ao disposto neste artigo.

§ 2º Os equipamentos de saúde da rede pública promoverão a adequação ao disposto neste artigo, de acordo com a viabilidade técnica e econômica, a critério do Executivo, e observados os requisitos da Lei Complementar nº 101/00 – Lei de Responsabilidade Fiscal.

Art. 2º Os locais para repouso devem contar com, no mínimo, as seguintes características:

- I - ser destinados especificamente para o descanso dos trabalhadores;
- II - ser providos de mobiliário adequado;
- III - ser dotados de conforto térmico e acústico;
- IV - ser equipados com instalações sanitárias; e
- V - ter área útil compatível com a quantidade de profissionais diariamente em serviço.

Art. 3º A ausência das áreas de descanso ou das condições adequadas para descanso dos trabalhadores de que trata essa lei, enseja a aplicação das seguintes sanções administrativas aos responsáveis pelo equipamento:

- I – advertência;
- II – multa no valor de R\$ 1.000 (mil reais).

Parágrafo único. O valor da multa de que trata o inciso II deste artigo será atualizado anualmente pela variação do índice de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA, calculado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, acumulada no exercício anterior, sendo que no caso de extinção desse índice, será adotado outro, criado por legislação federal, que reflita a perda do poder aquisitivo da moeda.

Art. 4º As despesas decorrentes da execução desta lei correrão por conta de dotações orçamentárias próprias, suplementadas se necessário.



**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO**

pl0274-17

Folha nº 40 do Proc.
Nº 274 de 2017
Rafael Robles Godoy
RF 11.327-SGP-12

Art. 5º Esta lei deverá ser regulamentada no prazo de 90 (noventa) dias, a contar da data de sua publicação.

Art. 6º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Sala da Comissão de Constituição, Justiça e Legislação Participativa, em 28/06/17

MARIO COVAS NETO

REIS

JANAÍNA LIMA

EDIR SALES

JOSE POLICE NETO

RINALDI BISILIO

SANDRA TADEU

CAIO MIRANDA

ZÉ TURIN

CLAUDINHO DE SOUZA

PUBLICADO NO DIÁRIO OFICIAL

DE 01 / 07 / 17

Pág. 93 Col. 1

Conferido Rafael Robles Godoi
RF 11.327 - SGP.13

A Comissão de ADM
Em 31/7/17 às 19.20
Rafael Robles Godoi
RF 11.327-SGP-12

RECEBIDO
Comissão de Administração Pública
Em 10/08/17 às 12h
Elaine Gonçalves Gavioli
Secretária da Comissão
RF - 100495

AO Vereador / A Vereadora
ALFREDO
Para relatar
Sala da Comissão de Administração Pública.

Em 01/08/17
Termo de

Obs. O prazo para apresentação é de 8 dias, nos termos do § 3º art. 60 do RI

CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO

... juntado ... nesta data documento ... rubricado ...

... 41 e 42 e folha ... de informação nº ...

... 13/09/17

... Elaine Gonçalves Gavioli

PARECER Nº 1223/2017 DA COMISSÃO DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA SOBRE O PROJETO DE LEI Nº 274/2017.

Trata-se de Projeto de Lei, de iniciativa da Vereadora Adriana Ramalho, que “dispõe sobre a disponibilização dos locais de descanso para os profissionais de enfermagem nos equipamentos de saúde no município de São Paulo.”

Conforme a exposição de motivos que acompanha a iniciativa, o repouso - durante a jornada de trabalho dos profissionais de enfermagem, em local com as condições adequadas - é essencial tanto para a saúde desses profissionais, quanto para o bom desempenho de suas funções.

A Comissão de Constituição, Justiça e Legislação Participativa manifestou-se pela **legalidade** da propositura, porém na forma de **SUBSTITUTIVO** para: *i) adequar a redação do projeto às diretrizes da Lei Complementar nº 95/98, que dispõe sobre a elaboração, a redação, a alteração e a consolidação das leis; ii) adequar a redação do projeto no que tange aos equipamentos públicos de saúde a fim de preservar o princípio da harmonia e independência entre os Poderes, bem como compatibilizar o texto com a Lei Complementar nº 101/00, Lei de Responsabilidade Fiscal; e iii) especificar o valor da multa, em atenção ao princípio da legalidade[...].*

Nos termos do projeto e já considerando o SUBSTITUTIVO da CCJLP, os equipamentos de saúde, públicos ou privados, localizados no município de São Paulo serão obrigados a disponibilizar aos profissionais de enfermagem áreas de repouso com condições adequadas de conforto e salubridade.

Para que estas áreas de descanso conformem-se com as regras deste projeto, elas deverão ter, ao menos, as seguintes características:

- I - destinação específica para o descanso dos trabalhadores;*
- II - Mobiliário adequado;*
- III - Conforto térmico e acústico;*
- IV - Instalações sanitárias; e*
- V - Área útil compatível com a quantidade de profissionais diariamente em serviço.*

Folha nº 42 do proc.
nº 1-274 de 20 17

Elaine Gonçalves Gavioli
RF 000455

Em não havendo adoção de tais medidas pelas instituições de saúde, consta na propositura a previsão de aplicação de advertência e multa.

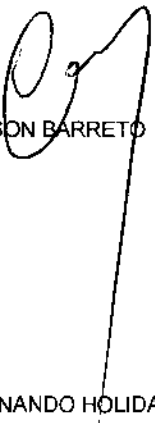
Ante o exposto, a Comissão de Administração Pública é favorável ao projeto, nos termos do SUBSTITUTIVO da CCJLP.

Sala da Comissão de Administração Pública, em 13/09/17


GILSON BARRETO


TONINHO PAIVA


ANTÔNIO DONATO


FERNANDO HOLIDAY


ANDRÉ SANTOS


ALFREDO

PATRÍCIA BEZERRA

Relatório 1242/2017

PUBLICADO NO DIARIO OFICIAL

DE 15/09/17

Pág. 70 Col. 2ª

Conferido [assinatura]

A Comissão de

Em 15/09/17

Elaine Gonçalves Gavioli

CPF: 100.485

*Saúde, Promoção Social,
Trabalho, Idoso e
Mulher*