

CAPÍTULO V

Do programa de controle médico e saúde ocupacional - PCMSO/SC

1. Caberá aos órgãos e às entidades da administração pública estadual informar aos servidores públicos dos riscos existentes, elaborar e implementar o Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional - PCMSO/SC em seu âmbito de atuação, de acordo com este Capítulo.

Das diretrizes

2. O Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional - PCMSO/SC é parte integrante do conjunto de ações do Programa Estadual de Saúde Ocupacional, iniciativa no campo da saúde dos servidores, devendo estar articulado com o disposto em normas vigentes.

3. O Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional - PCMSO/SC deverá considerar as questões incidentes sobre o indivíduo, e a coletividade de servidores, privilegiando o instrumental clínico-epidemiológico na abordagem da relação entre sua saúde e a segurança no trabalho.

4. O Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional - PCMSO/SC deverá ter caráter de prevenção, rastreamento e diagnóstico precoce dos agravos à saúde relacionada à atividade laboral, inclusive de natureza subclínica, além da constatação da existência de casos de doenças profissionais ou de danos irreversíveis à saúde dos servidores.

5. O Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional - PCMSO/SC deverá ser planejado e implantado com base nos riscos à saúde dos servidores, especialmente os identificados nas avaliações previstas pela Equipe Multiprofissional de Saúde Ocupacional.

Das responsabilidades

6. Compete aos órgãos e às entidades da administração pública estadual garantir a elaboração e efetiva implementação do Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional - PCMSO/SC, bem como zelar pela sua eficácia e ser responsável pela designação da Equipe Multiprofissional de Saúde Ocupacional.

6.1. Custear, sem ônus para os servidores públicos, todos os procedimentos relacionados ao Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional - PCMSO/SC, conforme prevê a Lei nº 14.609, de 7 de janeiro de 2009, que instituiu o Programa Estadual de Saúde Ocupacional do Servidor Público.

6.2. Indicar, dentre os membros da Equipe Multiprofissional de Saúde Ocupacional, 1 (um) coordenador responsável pela execução do Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional - PCMSO/SC.

7. Compete ao coordenador proporcionar realização dos exames médicos e de saúde previstos na Lei nº 14.609, de 7 de janeiro de 2009, ou encarregar os mesmos a profissional especializado, para melhor avaliação, com os princípios da patologia ocupacional e suas causas, bem como com o ambiente, as

condições de serviço e os riscos a que está ou será exposto cada servidor dos órgãos e entidades.

Do desenvolvimento

8. O Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional - PCMSO/SC do servidor público estadual deve incluir, entre outros, a realização obrigatória dos seguintes exames de saúde:

- I** - admissional;
- II** - periódico;
- III** - de retorno ao trabalho;
- IV** - de mudança de função; e
- V** - exoneração/demissão/aposentadoria.

9. Os exames de que trata o item anterior compreendem avaliação clínica, abrangendo anamnese ocupacional e exame físico e mental e exames complementares.

10. Aos servidores cujas atividades envolvam riscos, a periodicidade de avaliação dos indicadores biológicos deverá ser, no mínimo, semestral, podendo ser reduzida a critério do coordenador, ou por notificação do médico do trabalho.

11. Para os servidores expostos a agentes químicos não constantes nos Anexos I e II deste Capítulo, outros indicadores biológicos poderão ser monitorizados, dependendo de estudo prévio dos aspectos de validade toxicológica, analítica e de interpretação desses indicadores.

12. Outros exames complementares usados normalmente em patologia clínica para avaliar o funcionamento de órgãos, entidades e sistemas orgânicos podem ser realizados, a critério do médico do trabalho ou do coordenador dos exames do Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional - PCMSO/SC.

13. O exame admissional deverá ser realizado antes que o servidor assuma suas atividades laborais e é de competência direta da Secretaria de Estado da Administração - SEA, por sua Diretoria de Saúde do Servidor - DSAS.

Exame pericial para admissão

14. No exame médico-pericial para fins de admissão, em todas as suas formas (nomeação, readmissão, aumento de carga horária e reversão), deverá ser feito um prognóstico de vida laboral.

15. Considerar-se-á que o candidato deve ser avaliado no seu aspecto geral, com enfoque nas exigências específicas do cargo a que se propõe.

16. Considerar-se-á, com base em parâmetros técnicos e corroborados pela experiência pericial e clínica, que as doenças eventualmente diagnosticadas, incipientes ou compensadas, não venham a se agravar nem predispor a outras situações que provoquem permanência precária no trabalho, com licenciamentos frequentes e aposentadorias precoces.

17. O ingresso de candidato que apresenta necessidades especiais é regulado por lei própria, entretanto, devendo-se seguir a rotina do exame pericial para admissão, nos aspectos não relacionados às suas limitações.

Avaliação médico-pericial

18. A avaliação médico-pericial constará de exame clínico e análise de exames complementares, solicitados de acordo com a atividade a ser exercida e com as normas vigentes por ocasião da admissão.

19. A relação dos exames constantes no Anexo I deste Capítulo, assim como os formulários utilizados, deverão ser atualizados periodicamente, tendo em vista a constante evolução técnico-científica.

20. Todo candidato deverá ter sua história mórbida pregressa devidamente pesquisada, ser submetido a exame físico completo e ter seus exames complementares obrigatórios avaliados criteriosamente.

21. Em caso de dúvida que possa surgir da análise de que trata o item anterior, deverá o perito subsidiar seu parecer com outros exames complementares ou pareceres especializados que achar necessário.

Resultado da avaliação

22. De acordo com o resultado da avaliação médico-pericial, o candidato poderá ser considerado apto, inapto ou com incapacidade temporária.

23. O laudo contendo o resultado da avaliação será expedido em 2 (duas) vias, devendo nele constar as assinaturas e carimbos do perito examinador e do perito supervisor da unidade pericial mesorregional. O prontuário completo do exame admissional deverá ficar arquivado.

23.1. Quando considerado apto, a primeira via do laudo será entregue ao interessado.

23.2. Se o candidato for considerado inapto, o laudo será encaminhado ao setorial de pessoal para conhecimento, podendo o interessado solicitar recurso. Nesse caso a reavaliação do candidato será feita por junta médica.

23.3. Ao candidato que eventualmente apresentar incapacidade temporária, por problemas passíveis de resolução, será concedido prazo para tratamento a critério do perito, conforme determinação estatutária prevista no Anexo I do Decreto nº 4.167, de 30 de março de 2006, ocasião em que será enviado ofício comunicando à Gerência de Recursos Humanos - GEREH a que o servidor está vinculado, da necessidade de reavaliação após o tratamento.

23.4. O prazo de que trata o item anterior poderá ser prorrogado, conforme prevê o Estatuto.

Considerações gerais

24. Na avaliação ortopédica, será considerado inapto o candidato que apresentar afecção congênita ou adquirida do sistema osteoarticular ou muscular, que o incapacite total ou parcialmente para as atividades do cargo pleiteado.

25. Do ponto de vista cardiológico, não será admitido em cargo ou função pública o portador de doenças cardíacas congênicas ou adquiridas com alterações hemodinâmicas, mesmo que momentaneamente compensadas.

25.1. Serão consideradas, para fins de doenças cardíacas congênicas ou adquiridas com alterações hemodinâmicas, as seguintes arritmias: bradicardia sinusal, extrassístolia isolada (até 5pm), ritmo juncional ou auricular esquerdo, bloqueio de ramo direito do feixe de *Hiss*, Síndrome de *Wolff Parkinson White*, Bloqueio da Divisão Antero Superior - BDAS e hemibloqueio posterior de ramo direito - BIRD, na ausência de sinais de cardiopatia (comprovada por dados clínicos, radiológicos e eletrocardiográficos).

- 26.** Não serão consideradas incapacitantes, para o ingresso em cargo ou função pública, as arritmias acompanhadas de algum sinal de cardiopatia, e as demais arritmias serão sempre analisadas em função da sua repercussão hemodinâmica e em face da cardiopatia que as origina.
- 27.** O exame oftalmológico é indispensável para o exercício em cargo ou função dos portadores de armas e motoristas o ingresso em qualquer cargo/função pública, sendo necessário avaliar sua acuidade visual sem e com correção, fundo de olho, tonometria, biomicroscopia e visão cromática.
- 28.** A acuidade visual mínima pela Escala de *Snellen*, conforme o Anexo IV do Decreto nº 4.167, de 30 de março de 2006, não deverá ser inferior a 20/40 no olho de menor visão quando for indispensável a exigência de visão binocular e nunca inferior a 20/70 quando a visão monocular for suficiente, com ou sem correção de lentes.
- 29.** As oftalmopatias monoculares, congênitas ou adquiridas, que não interferirem na agudeza visual do olho normal, permitem o ingresso em cargos que não exijam visão binocular.
- 30.** O portador de nubéculas ou leucomas terá seu ingresso permitido, desde que tais alterações de córnea não interfiram na visão e não sejam produzidas por distrofias heredo-familiares.
- 31.** Maculopatias serão permitidas desde que a visão não seja inferior a 20/40 no melhor olho e que o cargo não exija visão binocular.
- 32.** Os transtornos de senso cromático contraindicam o ingresso para todos os cargos em que haja necessidade de diferenciar cores como as de guarda rodoviário de trânsito, farmacêuticos, químicos, aviadores, policial, entre outros.
- 33.** Terá direito a ingresso nos cargos de investigador, delegado e escrivão de polícia, o candidato que com ou sem o uso de lentes corretoras possua acuidade visual de 20/40 pela Escala de *Snellen* no pior dos olhos, sendo sempre indispensável a existência de visão binocular.
- 33.1.** Linotipistas, gráficos e fotógrafos deverão ter visão binocular e um mínimo de 2/3 (dois terços) de acuidade visual com ou sem correção no pior dos olhos.
- 33.2.** Laboratoristas, datiloscopistas, papiloscopistas, médicos oftalmologistas, radiologistas e odontólogos deverão ter visão binocular e acuidade visual não inferior a 20/40, com ou sem correção no pior dos olhos.
- 34.** As disfonias e disacusias, alterações que interferem diretamente no exercício do magistério, deverão ser avaliadas considerando os laudos de laringoscopia indireta e audiometria.
- 35.** Neoplasias malignas serão impeditivas para o ingresso, exceto aquelas que apesar de serem histologicamente consideradas malignas, são passíveis de cura a curto prazo.
- 36.** Sintomas e sinais de doenças mentais deverão ser observados no candidato a ingresso, além de antecedentes de tratamento ou internação psiquiátrica.
- 36.1.** Na ocorrência dos antecedentes de que trata o item anterior, a aptidão vai depender da avaliação psiquiátrica da situação atual, das sequelas existentes e do grau de complexidade da função que o candidato irá exercer.
- 37.** A existência de quadro neurológico de caráter evolutivo ou mesmo estabilizado, mas com graves sequelas, não permite o ingresso.

- 38.** As doenças alérgicas em geral não são impedimento para admissão a não ser quando houver alguma complicação, intercorrência ou associação com outra entidade mórbida.
- 39.** Diabetes *mellitus* não é considerada doença incapacitante ao exame admissional quando em tratamento e compensada, devendo-se, entretanto, dar especial atenção para sinais e sintomas de alterações oftalmológicas, vasculares e neurológicas dela decorrentes, que quando presente deverão ser criteriosamente avaliados. As disfunções tireoidianas compensadas permitem o ingresso.
- 40.** O candidato HIV reagente que não apresente sintomas relativos à sua situação básica é considerado apto para o ingresso, aquele que já apresentar repercussões clínicas da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - AIDS deverá ter sua capacidade laborativa avaliada de acordo os critérios internacionalmente aceitos, conforme o Anexo V do Decreto nº 4.167, de 30 de março de 2006.
- 41.** Quadros de tuberculose ativa deverão ser tratados e reavaliados após o tratamento, sendo considerados aptos aqueles candidatos que não apresentarem sequelas incapacitantes originadas da doença.
- 42.** O candidato com diagnóstico de hanseníase será avaliado quanto à sua situação clínica atual, forma da doença e tratamento, sendo que o prognóstico e as sequelas decorrentes nortearão a concessão ou não da aptidão.
- 43.** A existência do diagnóstico de psoríase impedirá o ingresso para atividades que exijam esforços físicos moderados ou intensos, nos casos que estiverem comprometendo as articulações.
- 44.** Quadros comprovados de hepatopatias crônicas com insuficiência hepática são impeditivos para o ingresso.
- 45.** Outras situações detectadas no exame médico-pericial para fins de ingresso, deverão ser avaliadas, de acordo com o conhecimento clínico pericial do examinador, subsidiado de exames complementares e pareceres especializados.
- 45.1.** Ainda persistindo dúvidas quanto à situação avaliada, deverá o perito examinador solicitar composição de junta médica para reavaliação e parecer conclusivo.
- 46.** No exame periódico, de acordo com os intervalos mínimos de tempo discriminados neste item:
- I** - para servidores expostos a riscos ou à situações de trabalho que impliquem desencadeamento ou agravamento de doença profissional e do trabalho, ou, ainda, para aqueles que sejam portadores de doenças crônicas, os exames deverão ser repetidos;
 - II** - a cada ano ou a intervalos menores, a critério do coordenador, ou se notificado pelo médico do trabalho; e
 - III** - para os demais servidores anuais, a cada 2 (dois) anos, para os servidores entre 18 (dezoito) anos e 45 (quarenta e cinco) anos de idade.
- 47.** No exame de retorno ao trabalho, deverá ser realizado obrigatoriamente no primeiro dia da volta ao trabalho de servidor ausente por período igual ou superior a 30 (trinta) dias por motivo de doença ou acidente, de natureza ocupacional ou não, ou parto.
- 48.** No exame de mudança de função, deverá ser realizado obrigatoriamente antes da data da mudança.

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

50. No exame demissional/exoneração/aposentadoria, deverá ser realizado obrigatoriamente a data da homologação, desde que o último exame médico ocupacional tenha sido realizado há mais 135 (cento e trinta e cinco) dias.

51. Para cada exame médico realizado, o médico emitirá o Atestado de Saúde Ocupacional - ASO, em 2 (duas) vias, devendo ser mantido por período mínimo de 20 (vinte) anos após o desligamento do servidor.

51.1. A primeira via do Atestado de Saúde Ocupacional - ASO ficará arquivada no local de trabalho do servidor.

51.2. Segunda via do Atestado de Saúde Ocupacional - ASO será obrigatoriamente entregue ao servidor, mediante recibo na primeira via.

52. O Atestado de Saúde Ocupacional - ASO deverá conter no mínimo:

I - nome completo do servidor, o número de registro de sua identidade e sua função;

II - os riscos ocupacionais específicos existentes, ou a ausência deles, na atividade do servidor incluindo os exames complementares e a data em que foram realizados;

III - indicação dos procedimentos médicos a que foi submetido o servidor;

IV - o nome do médico coordenador, quando houver, com registro no Conselho Regional de Medicina - CRM;

V - definição de apto ou inapto para a função específica que o servidor vai exercer, exerce ou exerceu;

VI - nome do médico encarregado do exame e endereço ou forma de contato; e

VII - data e assinatura do médico encarregado do exame e carimbo contendo seu número de inscrição no Conselho Regional de Medicina - CRM.

53. Os dados obtidos nos exames médicos, incluindo avaliação clínica e exames complementares, as conclusões e as medidas aplicadas deverão ser registrados em prontuário clínico individual, que ficará sob a responsabilidade da Equipe Multiprofissional de Saúde Ocupacional.

54. O Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional - PCMSO/SC deverá obedecer a planejamento em que estejam previstas as ações de saúde a ser executadas durante o ano, devendo estas ser objeto de relatório anual.

55. O relatório anual deverá discriminar, por setores, o número e a natureza dos exames médicos, incluindo avaliações clínicas e exames complementares, estatísticas de resultados considerados anormais, assim como o planejamento para o próximo ano.

56. O relatório anual deverá ser apresentado e discutido na CIPA/SC, quando existente no órgão, sendo sua cópia anexada ao livro de atas daquela Comissão.

57. O relatório anual do Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional - PCMSO/SC poderá ser armazenado na forma de arquivo informatizado, desde que seja mantido de modo a proporcionar acesso imediato.

58. Sendo verificada, através da avaliação clínica do servidor e/ou dos exames constantes no

Anexo I deste Capítulo, apenas exposição excessiva (EE ou SC+) ao risco, mesmo sem qualquer sintomatologia ou sinal clínico, deverá o servidor ser afastado do local de trabalho, ou do risco, até que esteja normalizado o indicador biológico de exposição e as medidas de controle nos ambientes de trabalho tenham sido adotadas.

59. Sendo constatada a ocorrência ou agravamento de doenças profissionais, através de exames médicos que incluam os definidos neste Capítulo, ou sendo verificadas alterações que revelem qualquer tipo de disfunção de órgão ou sistema biológico, através dos exames constantes nos Anexos I e II deste Capítulo, mesmo sem sintomatologia, caberá ao médico-coordenador ou a encarregado:

I - solicitar ao órgão a emissão da Comunicação de Acidente em Serviço - CEAT;

II - indicar, quando necessário, o afastamento do servidor da exposição ao risco, ou do trabalho;

III - encaminhar o empregado público vinculado à Previdência Social para estabelecimento de nexo causal, avaliação de incapacidade e definição da conduta previdenciária em relação ao trabalho; e

IV - orientar os gestores dos órgãos e das entidades da administração pública estadual quanto à necessidade de adoção de medidas de controle no ambiente de trabalho.

Dos primeiros socorros

60. Todos os órgãos e entidades deverão estar equipados com material necessário à prestação dos primeiros socorros, considerando-se as características da atividade desenvolvida, manter esse material guardado em local adequado e aos cuidados de pessoa treinada para esse fim.

ANEXO I

Parâmetros para Controle Biológico da Exposição Ocupacional a alguns Agentes Químicos

Agente Químico	Indicador Biológico		VR	IBMP	Método Analítico	Amostragem	Interpretação	Vigência
	Mat. Biológ.	Análise						
Anilina	Urina Sangue	p-aminofenol e/ou Metahemoglobina	Até 2%	50mg/g creat. 5%	CG E	FJ FJ0-1	EE SC+	
Arsênio	Urina	Arsênio	Até 10ug/g creat.	50ug/g creat.	E ou EAA	FS+T-6	EE	
Cádmio	Urina	Cádmio	Até 2ug/g creat.	5ug/g creat.	EAA	NC T- 6	SC	
Chumbo Inorgânico	Sangue Urina Sangue	Chumbo e Ác. delta amino levulínico ou Zincoprotoporfirina	Até 40ug/100 ml Até 4,5 mg/g creat. Até 40ug/100 ml	60ug/100 ml 10mg/g creat. 100ug/100 ml	EAA E HF	NC T-1 NC T-1 NC T-1	SC SC SC	
Chumbo Tetraetil	Urina	Chumbo	Até 50ug/g creat.	100ug/g creat.	EAA	FJ 0-1	EE	
Cromo Hexavalente	Urina	Cromo	Até 5 ug/g creat.	30ug/ creat.	EAA	FS	EE	
Diclorometano	Sangue	Carboxihemoglobina	Até 1% NF	3,5% NF	E	FJ 0-1	SC +	
Dimetilformamida	Urina	N-Metilformamida		40mg/g creat.	CG ou CLAD	FJ	EE	P-18
Dissulfeto de Carbono	Urina	Ác. 2-Tio-Tiazolidina		5mg/g creat.	CG ou CLAD	FJ	EE	P- 24
Ésteres Organofosforados e Carbamatos	Sangue	Acetil-Colinesterase Eritrocitária ou Colinesterase Plasmática ou Colinesterase Eritrocitária e plasmática (sangue total)	Determinar a atividade pré- ocupacional	30% de depressão da atividade inicial 50% de depressão da atividade inicial 25% de Depresesão da atividade inicial		NC NC NC	SC SC SC	
Estireno	Urina Urina	Ác. Mandélico e/ou Ác. Fenil-Glioxílico		0,8g/g creat. 240mg/g creat.	CG ou CLAD CG ou CLAD	FJ FJ	EE EE	
Etil-Benzeno	Urina	Ác. Mandélico		1,5g/g creat.	CG ou CLAD	FS	EE	
Fenol	Urina	Fenol	20mg/g creat.	250mg/g creat.	CG ou CLAD	FJ 0-1	EE	

Flúor e Fluoretos	Urina	Fluoreto	Até 0,5mg/g	3mg/g creat. no início da jornada e 10mg/g creat. no final da jornada	IS	PP+	EE	
Mercúrio Inorgânico	Urina	Mercúrio	Até 5ug/g creat.	35ug/g creat.	EA A	PU T-12 12	EE	
Metanol	Urina	Metanol	Até 5mg/l	15mg/l	CG	FJ 0-1	EE	
Metil-Etil-Cetona	Urina	Metil-Etil-Cetona		2mg/l	CG	FJ	EE	P-12
Monóxido de Carbono	Sangue	Carboxihemoglobina	Até 1% NF	3,5 NF	E	FJ 0-1	SC +	
N-Hexano	Urina	2,5 Hexanodiona		5mg/g creat.	CG	FJ	EE	P-18
Nitrobenzeno	Sangue	Metahemoglobina	Até 2%	5%	E	FJ 0-1	SC +	
Pentacloro fenol	Urina	Pentaclorofenol		2mg/g creat.	CG ou CLAD	FS +	EE	
Tetracloroetileno	Urina	Ác. Tricloroacético		3,5mg/l	E	FS+	EE	
Tolueno	Urina	Ác. Hipúrico	Até 1,5g/g creat.	2,5 g/g creat.	CG ou CLAD	FJ - 1	EE	
Tricloro etano	Urina	Triclorocompostos Totais		40mg/g creat.	E	FS	EE	
Tricloro etileno	Urina	Triclorocompostos Totais		300mg/g creat.	E	FS	EE	
Xileno	Urina	Ác. Metil-Hipúrico		1,5g/g creat.	CG ou CLAD	FJ	EE	

ABREVIATURAS

IBMP	Índice Biológico Máximo Permitido: é o valor máximo do indicador biológico para o qual se supõe que a maioria das pessoas ocupacionalmente expostas não corre risco de dano à saúde. A ultrapassagem deste valor significa exposição excessiva.
VR	Valor de Referência da Normalidade: valor possível de ser encontrado em populações não expostas ocupacionalmente.
NF	Não-Fumantes.
E	Espectrofotometria Ultravioleta/Visível.
EAA	Espectrofotometria de Absorção Atômica.
CG	Cromatografia em Fase Gasosa.
CLAD	Cromatografia Líquida de Alto Desempenho.
IS	Eletrodo Íon Seletivo.
HF	Hematofluorômetro.

CONDIÇÕES DE AMOSTRAGEM

FJ	Final do último dia de jornada de trabalho (recomenda-se evitar a primeira jornada da semana).
FS	Final do último dia de jornada da semana.
FS+	Início da última jornada da semana.
PP+	Pré e pós a 4a jornada de trabalho da semana.
PU	Primeira urina da manhã.

NC	Momento de amostragem “não crítico”: pode ser feito em qualquer dia e horário, desde que o servidor esteja em trabalho contínuo nas últimas 4 (quatro) semanas sem afastamento maior que 4 (quatro) dias.
T-1	Recomenda-se iniciar a monitorização após 1 (um) mês de exposição.
T-6	Recomenda-se iniciar a monitorização após 6 (seis) meses de exposição.
T-12	Recomenda-se iniciar a monitorização após 12 (doze) meses de exposição.
0-1	Pode-se fazer a diferença entre pré e pós-jornada.
INTERPRETAÇÃO	
EE	O indicador biológico é capaz de indicar uma exposição ambiental acima do limite de tolerância, mas não possui, isoladamente, significado clínico ou toxicológico próprio, ou seja, não indica doença, nem está associado a um efeito ou disfunção de qualquer sistema biológico.
SC	Além de mostrar uma exposição excessiva, o indicador biológico tem também significado clínico ou toxicológico próprio, ou seja, pode indicar uma doença, estar associado a um efeito ou uma disfunção do sistema biológico avaliado.
SC+	O indicador biológico possui significado clínico ou toxicológico próprio, mas, na prática, devido à sua curta meia-vida biológica, deve ser considerado como EE.
VIGÊNCIA	
P-12	A inspeção do trabalho passará a exigir a avaliação deste indicador biológico 12 (doze) meses após a publicação deste Capítulo
P-18	A inspeção do trabalho passará a exigir a avaliação deste indicador biológico 12 (doze) meses após a publicação deste Capítulo
P-24	A inspeção do trabalho passará a exigir a avaliação deste indicador biológico 24 (vinte e quatro) meses após a publicação desta norma
Recomendação: recomenda-se executar a monitorização biológica no coletivo, ou seja, monitorizando os resultados do grupo de servidores expostos a riscos quantitativamente semelhantes.	

ANEXO II

Parâmetros para Controle Biológico da Exposição Ocupacional a alguns Agentes Químicos a alguns Riscos à Saúde

Risco	Exame Complementar	Periodicidade Dos Exames	Método de Execução	Critério de Interpretação	Observações
Ruído	Vide Anexo I - Quadro II				
Aerodispersóides FIBROGÊNICOS	<p>Telerradiografia do tórax</p> <p>Espirometria</p>	<p>Admissional e anual</p> <p>Admissional e bienal</p>	<p>Radiografia em posição pósterio-anterior (PA) Técnica preconizada pela OIT, 1980</p> <p>Técnica preconizada pela American Thoracic Society, 1987</p>	Classificação internacional da OIT para radiografias	
Aerodisper-sóides NÃO-FIBROGÊNICOS	<p>Telerradiografia do tórax</p> <p>Espirometria</p>	<p>Admissional e trienal, se exposição < 15anos Bienal, se exposição > 15 anos</p> <p>Admissional e bienal</p>	<p>Radiografia em posição pósterio-anterior (PA) Técnica preconizada pela OIT, 1980 Técnica preconizada pela American Thoracic Society, 1987</p>	Classificação internacional da OIT para radiografias	
Condições hiperbáricas	Radiografias de articulações coxo-femorais eescápulo-umerais	Admissional e anual			Ver anexo B do Anexo nº 6 da NR 15
Raidações ionizantes	Hemograma completo e contagem de plaquetas	Admissional e semestral			
Hormônios sexuais femininos	Apenas em homens; Testosterona total ou plasmática livre LH e FSH	Admissional e semestral			
Benzeno	Hemograma completo e plaquetas	Admissional e semestral			

ANEXO III

Diretrizes e Parâmetros Mínimos para Avaliação e Acompanhamento da Audição em Servidores Expostos a Níveis de Pressão Sonora Elevados

1. Objetivos

- 1.1. Estabelecer diretrizes e parâmetros mínimos para a avaliação e o acompanhamento da audição do servidor através da realização de exames audiológicos de referência e sequenciais.
- 1.2. Fornecer subsídios à adoção de programas que visem à prevenção da perda auditiva induzida por níveis de pressão sonora elevados e a conservação da saúde auditiva dos servidores.

2. Definições e caracterização

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

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

I - anamnese clínico-ocupacional;

II - exame otológico;

III - exame audiométrico realizado segundo os termos previstos neste Manual; e

IV - outros exames audiológicos complementares solicitados a critério médico.

3. Princípios e procedimentos básicos à realização do exame audiométrico

3.1. Devem ser submetidos a exames audiométrico de referência e sequenciais, no mínimo, todos os servidores que exerçam ou exercerão suas atividades em ambientes cujos níveis de pressão sonora ultrapassem os limites de tolerância estabelecidos nos Anexos I e II deste Capítulo, **independentemente do uso de protetor auditivo.**

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

3.2.1. Aferição acústica anual

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

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

3.2.4. Os procedimentos constantes nos subitens 3.2.1 e 3.2.2 deste Anexo devem seguir o preconizado na norma ISO 8253-1, e os resultados devem ser incluídos em certificado de aferição e/ou calibração que acompanhará o equipamento.

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

3.4. Periodicidade dos exames audiométricos

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

3.4.1.1. No momento da demissão, do mesmo modo como previsto para a avaliação clínica de acordo com os critérios definidos neste Anexo, poderá ser aceito o resultado de exame audiométrico realizado até:

- I** - 135 (cento e trinta e cinco) dias retroativos em relação à data do exame médico demissional de servidor de órgão da administração pública estadual classificada em grau de risco 1 ou 2; e
- II** - 90 (noventa) dias retroativos em relação à data do exame médico demissional de servidor de órgão da administração pública estadual classificada em grau de risco 3 ou 4.

3.4.2. O intervalo entre os exames audiométricos poderá ser reduzido a critério do médico coordenador do Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional - PCMSO/SC, ou por notificação do médico agente de inspeção do trabalho, ou mediante negociação coletiva de trabalho.

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

- I** - nome, idade e número de registro de identidade do servidor;
- II** - nome do órgão da administração pública estadual e a função do servidor;
- III** - tempo de repouso auditivo cumprido para a realização do exame audiométrico;
- IV** - nome do fabricante, modelo e data da última aferição acústica do audiômetro;
- V** - traçado audiométrico e símbolos conforme o modelo constante no Anexo I deste Capítulo; e
- VI** - nome, número de registro no conselho regional e assinatura do profissional responsável pelo exame audiométrico.

3.6. Tipos de exames audiométricos

O servidor deverá ser submetido a exame audiométrico de referência e a exame audiométrico sequencial na forma a seguir descrita:

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

- I** - quando não se possua exame audiométrico de referência prévio; e
- II** - quando algum exame audiométrico sequencial apresentar alteração significativa em relação ao de referência, conforme descrito neste Anexo.

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

3.6.1.1.1. Nos órgãos e nas entidades da administração pública estadual, em que existir ambientes acusticamente tratados, que atenda à norma ISO 8253.1, a cabina audométrica poderá ser dispensada.

3.6.1.2. O servidor permanecerá em repouso auditivo por um período mínimo de 14 (quatorze) horas até o momento de realização do exame audiométrico.

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

3.6.1.4. Vias, frequências e outros testes complementares

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

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

3.6.1.4.3. Segundo a avaliação do profissional responsável, no momento da execução do exame, poderão ser determinados os Limiares de Reconhecimento de Fala - LRFs.

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

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

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

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

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

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

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

4.1.3. são considerados não sugestivos de perda auditiva induzida por níveis de pressão sonora elevados os casos cujos audiogramas não se enquadram nas descrições contidas nos subitens 4.1.1 e 4.1.2 deste Anexo.

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

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

a) a diferença entre as médias aritméticas dos limiares auditivos no grupo de frequências de 3.000, 4.000 e 6.000 Hz iguala ou ultrapassa 10 dB (NA); e

b) a piora em pelo menos uma das frequências de 3.000, 4.000 ou 6.000 Hz iguala ou ultrapassa 15 dB (NA).

4.2.2. São considerados, também sugestivos de desencadeamento de perda auditiva induzida por níveis de pressão sonora elevados, os casos em que apenas o exame audiométrico de referência apresenta limiares auditivos em todas as frequências testados menores ou iguais a 25 dB (NA), e a comparação do audiogramas sequencial com o de referência mostra evolução dentro dos moldes definidos no subitem 2.1 deste Anexo, e preenche um dos critérios abaixo:

a) a diferença entre as médias aritméticas dos limiares auditivos no grupo de frequência de 3.000, 4.000 e 6.000 Hz iguala ou ultrapassa 10 dB (NA); e

b) a piora em pelo menos uma das frequências de 3.000, 4.000 ou 6.000 Hz iguala ou ultrapassa 15 dB (NA).

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

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

b) a piora em uma frequência isolada iguala ou ultrapassa 15 dB (NA).

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

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

5.1. O diagnóstico conclusivo, o diagnóstico diferencial e a definição da aptidão para o trabalho, na suspeita de perda auditiva induzida por níveis de pressão sonora elevados, estão a cargo do médico coordenador do Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional - PCMSO/SC de cada órgão e entidade da administração pública estadual, ou do médico encarregado pelo mesmo para realizar o exame médico, nos moldes previstos do PCMSO/SC, ou, na ausência destes, do médico que assiste ao servidor.

5.2. A perda auditiva induzida por níveis de pressão sonora elevados por si só não é indicativa de inaptidão para o trabalho, devendo-se levar em consideração na análise de cada caso, além do traçado audiométrico ou da evolução sequencial de exames audiométricos os seguintes fatores:

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

6. Em presença de servidor cujo exame audiométrico de referência se enquadre no subitem 4.1.2 deste Anexo, ou que algum dos exames audiométricos sequenciais se enquadre no subitem 4.2.1 ou 4.2.2 ou 4.2.3 deste Anexo, o médico coordenador do Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional - PCMSO/SC, ou o encarregado pelo mesmo do exame médico, deverá:

I - definir a aptidão do servidor para a função, com base nos fatores ressaltados no subitem 5.2 deste Anexo;

II - incluir o caso no relatório anual do Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional - PCMSO/SC;

III - participar da implantação, aprimoramento e controle de programas que visem à prevenção da audição;

IV - progressão da perda auditiva do servidor acometido e de outros expostos ao risco, levando-se em consideração o disposto no Capítulo XI deste Manual, do Programa de Prevenção aos Riscos Ambientais - PPRA/SC; e

V - disponibilizar cópias dos exames audiométricos aos servidores.

6.1. Em presença de servidor cujo exame audiométrico de referência se enquadre no subitem 4.1.3 deste Anexo, ou que algum dos exames audiométricos sequenciais se enquadre nos subitens 4.2.1.a., 4.2.1.b, 4.2.2.a, 4.2.2.b, 4.2.3.a ou 4.2.3.b deste Capítulo, mas cuja evolução foge dos moldes definidos no subitem 2.1 deste Anexo, o médico coordenador do Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional - PCMSO/SC, ou o encarregado pelo mesmo do exame médico, deverá:

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

II - orientar e encaminhar o servidor para avaliação especializada;

III - definir sobre a aptidão do servidor para função;

IV - participar da implantação, aprimoramento e controle de programas que visem à prevenção da progressão da perda auditiva do servidor acometido e de outros expostos ao risco, levando-se em consideração o disposto no Capítulo XI deste Manual, do Programa de Prevenção aos Riscos Ambientais - PPRA/SC; e

V - disponibilizar cópias dos exames audiométricos aos servidores.

ANEXO IV

Traçado Audiométrico

ORELHA DIREITA										ORELHA ESQUERDA									
N Frequência em kHz										N Frequência em kHz									
	-10	0,25	0,5	1	2	3	4	6	8		-10	0,25	0,5	1	2	3	4	6	8
	0										0								
	10										10								
	20										20								
	30										30								
	40										40								
	50										50								
	60										60								
	70										70								
	80										80								
	90										90								
	100										100								
	110										110								
	120										120								
D	130										D	130							
-	D										-	D							

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

1. Os símbolos referentes à via de condução aérea devem ser ligados através de linhas contínuas para a orelha direita e linhas interrompidas para a orelha esquerda.
2. Os símbolos de condução óssea não devem ser interligados.
3. No caso do uso de cores:
 - a) a cor vermelha deve ser usada para os símbolos referentes à orelha direita; e
 - b) a cor azul deve ser usada para os símbolos referentes à orelha esquerda.

ANEXO V

Modelo Sugerido - Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional - Relatório Anual

Responsável:			Data:		
			Assinatura:		
Setor	Natureza do Exame	Nº Anual de Exames Realizados	Nº de Resultados Anormais	$\frac{\text{Nº de Resultados Anormais} \times 100}{\text{Nº Anual de Exames}}$	Nº de Exames para o Ano Seguinte

ANEXO VI

Modelo Sugerido

EXAME MÉDICO					
<input type="checkbox"/> PERIÓDICO		<input type="checkbox"/> RETORNO AO TRABALHO		<input type="checkbox"/> DEMISSIONAL	
<input type="checkbox"/> MUDANÇA DE FUNÇÃO		ANO: _____			
CARGO		SETOR		RISCO OCUPACIONAL	
TEMPO DE EMPRESA					
AVALIAÇÃO OCUPACIONAL					
01 <input type="checkbox"/> ATIVIDADE QUE DESENVOLVE: _____					
ATIVIDADES PARALELAS: _____					
SEU TRABALHO EXIGE:			TRABALHA COM EXPOSIÇÃO À:		
<input type="checkbox"/> 02 - ESFORÇO FÍSICO O MODERADO O GRANDE			<input type="checkbox"/> 08 - ELETRICIDADE		
<input type="checkbox"/> 03 - POSTURA INADEQUADA			<input type="checkbox"/> 09 - PRODUTOS QUÍMICOS		
<input type="checkbox"/> 04 - MANUSEIO DE EQUIPAMENTOS			<input type="checkbox"/> 10 - GASES, NÉVOAS, VAPORES, POEIRA		
<input type="checkbox"/> 05 - CONDUÇÃO DE VEÍCULO: _____			<input type="checkbox"/> 11 - TEMPERATURAS ANORMAIS		
<input type="checkbox"/> 06 - USO DE MICROCOMP.: O DIGIT. O INTERAÇÃO			<input type="checkbox"/> 12 - UMIDADE		
TEMPO/HORAS/DIA: _____			<input type="checkbox"/> 13 - AGENTES BIOLÓGICOS		
<input type="checkbox"/> 07 - USA EPI: _____			<input type="checkbox"/> 14 - RUÍDO		
NUMERE E MENCIONE OS DADOS DE IMPORTÂNCIA					
HISTÓRIA PATOLÓGICA PREGRESSA (após último exame)					
<input type="checkbox"/> 15 - FALTOU POR DOENÇA: _____					
<input type="checkbox"/> 16 - ACIDENTOU-SE: _____					
NUMERE E MENCIONE OS DADOS DE IMPORTÂNCIA					
QUEIXAS ATUAIS					
<input type="checkbox"/> 17 - PATOLOGIAS MEMBROS SUPERIORES			<input type="checkbox"/> 20 - COLUNA		
<input type="checkbox"/> 18 - PATOLOGIAS MEMBROS INFERIORES			<input type="checkbox"/> 21 - OUTRAS PATOLOGIAS		
<input type="checkbox"/> 19 - FEZ ALGUM EXAME:					
NUMERE E MENCIONE OS DADOS DE IMPORTÂNCIA					
HISTÓRICO SOCIAL					
<input type="checkbox"/> 22 - TABAGISMO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			<input type="checkbox"/> 24 - ESPORTES/ATIVIDADES FÍSICAS		
<input type="checkbox"/> 23 - <input type="checkbox"/> ETILISMO <input type="checkbox"/> TÓXICOS <input type="checkbox"/> SOC <input type="checkbox"/> REG			_____		
EXAME FÍSICO					
ALTURA		PESO		IMC	
TEMP.		PA		PULSO	
<input type="checkbox"/> 25 - PELE, FÂNEROS, MUCOSAS, T. CEL. SUB. E GÂNGLIOS			<input type="checkbox"/> 34 - APARELHO GENITOURINÁRIO		
<input type="checkbox"/> 26 - CABEÇA/ORL			<input type="checkbox"/> 35 - EXAME PREVENTIVO: _____		

<input type="checkbox"/> 27 - AUDIÇÃO	<input type="checkbox"/> 36 - SISTEMA OSTEOMUSCULAR
<input type="checkbox"/> 28 - VISÃO	<input type="checkbox"/> 37 - COLUNA VERTEBRAL
<input type="checkbox"/> 29 - PESCOÇO (TIREÓIDE)	<input type="checkbox"/> 38 - SISTEMA NERVOSO / REFLEXOS
<input type="checkbox"/> 30 - TÓRAX (MAMAS, PULMÕES, CORAÇÃO E AXILAS)	<input type="checkbox"/> 39 - PSIQUISMO/STRESS
<input type="checkbox"/> 31 - ABDOMEN/HERNIAS	<input type="checkbox"/> 40 - VARIZES
<input type="checkbox"/> 32 - INTESTINO	<input type="checkbox"/> 41 - SONO
<input type="checkbox"/> 33 - ALIMENTAÇÃO	<input type="checkbox"/> 42 - USO DE MEDICAMENTOS
	<input type="checkbox"/> 43 - OUTROS: _____
NUMERE E MENCIONE OS DADOS DE IMPORTÂNCIA	
EXAMES COMPLEMENTARES	
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
NUMERE E MENCIONE OS DADOS DE IMPORTÂNCIA	
ORIENTAÇÃO	

RESULTADO DO EXAME: <input type="checkbox"/> APTO <input type="checkbox"/> INAPTO	
LOCAL:	DATA:
CIENTE PACIENTE:	MÉDICO EXAMINADOR: