

# Análise dos padrões técnicos de Programas de Controle Médico de Saúde Ocupacional e Atestados de Saúde Ocupacional por meio de auditoria interna

Analysis of technical standards of Occupational Health Monitoring Programs and Occupational Health Attestation through internal audit

Elize Sampaio Nascimento Silva<sup>1</sup>, Tatiana Ferreira Vieira dos Santos<sup>2</sup>

## RESUMO

**Contexto:** Os requisitos mínimos de segurança e saúde ocupacional no Brasil estão estabelecidos pela Constituição, por meio das Normas Regulamentadoras em segurança e saúde do trabalho, as quais não são praticadas por muitas empresas. **Objetivo:** Analisar a qualidade técnica de Programas de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO) e de Atestados de Saúde Ocupacional (ASO). **Método:** Realizou-se auditoria interna em 23 empresas subcontratadas de um grande consórcio na área de construção civil em Pernambuco, de diferentes setores econômicos com até 400 funcionários, identificando a adequação das empresas às normas legais vigentes. **Resultados:** Evidenciaram-se incoerências e não conformidades em 100% dos PCMSO e em 68% dos ASO. **Conclusão:** Há necessidade de maior conhecimento da legislação e aprimoramento de condutas e procedimentos em segurança e Medicina do Trabalho.

**Palavras-chave:** saúde do trabalhador; riscos ocupacionais; auditoria médica.

Recebido em: 22/11/2013 – Aceito em: 11/03/2014

Trabalho realizado no Consórcio RNEST O. C. Edificações – Ipojuca (PE), Brasil.

<sup>1</sup>Especialista em Medicina do Trabalho pela Estácio de Sá – Rio de Janeiro (RJ); Especialista em Ergonomia pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) – Recife (PE); Certificada pela Associação Brasileira de Ergonomia (ABERGO) – Rio de Janeiro (RJ); Especialista em Higiene Ocupacional pela Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais (FELUMMA) – Belo Horizonte (MG); Médica do Consórcio RNEST O. C. Edificações – Ipojuca (PE), Brasil.

<sup>2</sup>Especialista em Enfermagem do Trabalho pelo Instituto de Ensino Superior Santa Cecília (IESC) – Recife (PE); Enfermeira do Consórcio RNEST O. C. Edificações – Ipojuca (PE), Brasil.

Endereço para correspondência: Elize Sampaio – Rua Viscondessa do Livramento, 233, sala 04 – CEP: 52010-060 – Recife (PE), Brasil – E-mail: elizesampaio@hotmail.com

Fonte de financiamento: nenhuma.

## ABSTRACT

**Context:** The minimum requirements for occupational health and safety in Brazil are established by the Constitution through the regulatory standards of safety and occupational health, which are not practiced by many companies. **Objective:** To evaluate the technical quality of Occupational Health Monitoring Programs (OHMP) and of Occupational Health Attestations (OHA). **Method:** A internal audit was conducted in 23 subcontractor companies of a large consortium in construction field in Pernambuco, of different economic sectors with up to 400 employees, identifying the adequacy of companies to current legal requirements. **Results:** Inconsistencies and non-conformities were evidenced in 100% of OHMP and in 68% of the OHA. **Conclusion:** There is need for greater knowledge of legislation and improvement of conducts and procedures on safety and Occupational Medicine.

**Keywords:** occupational health; occupational risks; medical audit.

## INTRODUÇÃO

Auditoria consiste no exame sistemático e independente dos fatos obtidos por meio da observação, medição, ensaio ou outras técnicas apropriadas, de uma atividade, elemento ou sistema, para verificar a adequação aos requisitos preconizados pelas leis e normas vigentes e determinar se as ações e seus resultados estão de acordo com as disposições planejadas. Mediante a análise e verificação operativa, avalia-se a qualidade dos processos, sistemas e serviços e a necessidade de melhoria ou de ação preventiva/corretiva/saneadora<sup>1</sup>.

A auditoria pode e deve ser desempenhada em diversos setores da saúde e por diferentes profissionais, sendo caracterizada por ações administrativas, procedimentos e técnicas observacionais, com o intuito de analisar e assegurar a qualidade, o bom desempenho, a resolubilidade e a efetividade dos serviços prestados. Nesta perspectiva, a auditoria na saúde vem passando por um processo de mudança de conceitos, normas e procedimentos, substituindo antigas práticas voltadas para a assistência individual e focadas no erro. O foco está voltado também para o acompanhamento dos serviços de saúde, das ações preventivas, da qualidade da assistência e da gestão de análise de resultados práticos<sup>2</sup>.

No Brasil, os serviços de segurança e saúde ocupacional carecem de referências técnicas que orientem

a realização do seu trabalho, especificamente na execução dos requisitos previstos na legislação brasileira.

A fim de contribuir com a melhoria dos padrões dos serviços saúde e segurança do trabalho, as organizações podem realizar auditorias internas, visando alcançar o objetivo da elevação dos padrões técnicos e melhoria das condições ambientais do trabalho.

O presente estudo foi realizado por meio de auditoria interna de Programas de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO) e Attestados de Saúde Ocupacional (ASO) das empresas subcontratadas de um grande consórcio do setor de construção civil, em Pernambuco, identificando as incoerências e não conformidades, a fim de contribuir para a melhoria técnica desses documentos e, conseqüentemente, das condições de trabalho.

### Programas e requisitos legais em saúde e segurança do trabalho

A história da legalização de medidas de prevenção de acidentes no Brasil é extensa. Diversas leis foram elaboradas visando à melhoria das condições dos trabalhadores, sendo a principal delas a portaria nº 3.214, de 1978, que aprova as Normas Regulamentadoras (NR) do Capítulo V, Título II, da Consolidação das Leis do Trabalho, relativas à segurança e Medicina do Trabalho. Por meio dessas normas, estabeleceu-se,

segundo critérios de risco e número de empregados das empresas, a obrigatoriedade de serviços e programas responsáveis pelas questões relativas à saúde e segurança no ambiente de trabalho.

Segundo Rocha<sup>3</sup>, no período compreendido entre os anos de 1978 e 1994, a exposição do trabalhador aos riscos ocupacionais ganhou um contingente expressivo de trabalhadores com adoecimento direta ou indiretamente relacionado às questões do trabalho. Esse grupo de trabalhadores, acolhidos pela previdência social, trazia um significativo dispêndio aos cofres previdenciários e também despesas para a Saúde Pública. Era necessário criar um sistema médico preventivo de saúde que acompanhasse a evolução médica dos trabalhadores junto ao seu local de trabalho, com a finalidade de manter sadia a população trabalhadora ativa. Após estudo e discussão, foi criado o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional, introduzido na legislação pela portaria nº 24/1994. Com a criação dos PCMSO, o foco da atenção médica, que, antes de 1978, era a doença em geral e, entre 1978 e 1994, a doença ocupacional, passou a ser a saúde ocupacional. Na NR-7, segundo o texto introduzido pela portaria nº 24/1994, o item 7.2.3 reza explicitamente: “O PCMSO deverá ter caráter de prevenção, rastreamento e diagnóstico precoce dos agravos à saúde relacionados ao trabalho”.

A NR-7 estabelece os parâmetros mínimos para a elaboração e execução do programa, que deve ter como objetivo a compreensão do fenômeno saúde/doença no nível individual e coletivo, a adoção de ações preventivas de saúde, a identificação de outros fatores relacionados ao adoecimento no trabalho e a eliminação ou redução desses fatores. Também estabelece, para cada exame recomendado no PCMSO, a emissão dos ASO, que têm por objetivo atestar a aptidão do candidato ou empregado para determinada função<sup>4</sup>.

Os ASO são parte integrante do ato médico e o profissional deve estar atento para as diversas implicações de natureza ética, de responsabilidade civil e penal envolvidas na emissão e na assinatura do documento<sup>5</sup>.

Todas as empresas, independentemente do número de empregados ou do grau de risco de sua atividade, estão obrigadas a elaborar e instituir o PCMSO, que deve ser planejado e implantado com base nos riscos à saúde, especialmente naqueles identificados nas ava-

liações previstas no Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA). Com base nesse reconhecimento de riscos, deve ser estabelecido um conjunto de exames clínicos e complementares específicos para cada grupo de trabalhadores da empresa, utilizando-se de conhecimentos científicos atualizados e em conformidade com a boa prática médica<sup>6</sup>.

O PCMSO deve obedecer a um planejamento em que estejam previstas as ações de saúde a serem executadas durante o ano, devendo estas ser objeto de relatório anual. Nesse relatório, devem ser discriminados o número e a natureza dos exames médicos, estatísticas de resultados considerados anormais, assim como o planejamento para o ano subsequente. O relatório deve ser apresentado e discutido na Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA), quando existente na empresa<sup>4</sup>.

Todos os dados obtidos nos exames médicos e as conclusões diagnósticas devem ser registrados em prontuário clínico individual e mantidos os registros por período mínimo de 20 anos após o desligamento do trabalhador<sup>4</sup>.

Os PCMSO devem ser coordenados por um médico, com especialização em Medicina do Trabalho, a quem cabe a responsabilidade de executar o programa e realizar os exames previstos ou encarregar um profissional médico e/ou entidades devidamente capacitadas para executá-los.

Ao empregador, compete garantir a elaboração e implementação do PCMSO, tanto quanto zelar pela sua eficácia, mas ao médico do trabalho cabe definir as estratégias de cuidados à saúde dos trabalhadores, assim como identificar, estudar e minimizar possíveis nexos causais entre adoecimento e ambiente/organização de trabalho<sup>7</sup>. Em síntese, na elaboração dos PCMSO, o mínimo requerido é um estudo prévio para reconhecimento dos riscos ocupacionais existentes na empresa, por intermédio de visitas aos locais de trabalho, baseando-se nas informações contidas no PPRA<sup>6</sup>.

O PPRA é regido pelo Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), em consonância com a NR-9, a qual estabelece obrigatoriedade da elaboração e implementação desse programa para todos os empregadores e instituições que admitam trabalhadores como empregados e aborda a importância da proteção da saúde e integridade física dos trabalhadores<sup>8</sup>. Os objetivos do

programa são a prevenção e o controle da exposição ocupacional aos riscos ambientais. Ele pode ser elaborado segundo os conceitos de gerenciamento e gestão, no qual o empregador tem autonomia suficiente para, com responsabilidade, adotar um conjunto de medidas e ações que considere necessárias para garantir a saúde e a integridade física dos seus trabalhadores. O PPRA deve reconhecer os riscos ambientais presentes nos diversos locais de trabalho da empresa<sup>9</sup>.

Um dos riscos a ser analisado, regulamentado recentemente, é o ocasionado pelo trabalho em altura. A nova NR-35 possibilitou aos trabalhadores a melhoria da segurança nos trabalhos executados acima de 2 m do nível inferior e com possibilidade de queda. A norma aponta a preocupação com a condição física do trabalhador e determina que cabe ao empregador a avaliação do estado de saúde dos trabalhadores que exercem atividades em altura (item 35.4.1.2), bem como descreve a necessidade de exames e avaliações, a periodicidade de acordo com os riscos de cada situação, além da condição psicossocial. A NR-35 determina ainda que os exames e a sistemática de avaliação sejam parte integrante dos PCMSO e que a aptidão para trabalho em altura conste nos ASO do trabalhador<sup>10</sup>.

## MÉTODOS

O estudo foi realizado no canteiro de obras de um grande consórcio de construção civil em Pernambuco, por meio de auditoria interna, entre dezembro de 2012 e setembro de 2013, em 23 PCMSO e 519 ASO, de 23 empresas subcontratadas do consórcio, de diferentes ramos econômicos, com número de funcionários variando de 12 a 400. Trata-se de estudo do tipo retrospectivo, de processo e documental, com abordagem quantitativa. Os dados foram coletados por meio de questionário (*check-list*). A análise dos dados foi realizada a partir das respostas obtidas pelo *check-list*, identificando-se as incoerências e não conformidades encontradas nos documentos.

Inicialmente, foi analisada a coerência entre PCMSO e PPRA, no que diz respeito aos riscos ambientais e à distribuição dos Grupos Homogêneos de Exposição (GHE). Posteriormente, analisou-se a coerência entre os riscos a que o trabalhador estava exposto e os procedimentos médicos realizados no desenvolvimento do programa, englobando a identi-

ficação dos riscos ocupacionais, a realização dos exames médicos ocupacionais, a execução e interpretação dos indicadores biológicos, o planejamento anual das ações de saúde, registro dos dados em prontuário clínico individual e a emissão dos ASO.

Na análise dos ASO, foi considerada a coerência entre ASO e PCMSO nos riscos ocupacionais e exames médicos realizados e avaliada também a presença das recomendações descritas no item 7.4.3 da NR-7, que indica o conteúdo mínimo dos ASO: nome completo do trabalhador, número de seu documento de identificação e função; riscos ocupacionais ou ausência deles; indicação dos procedimentos médicos a que foi submetido (incluindo a data de realização); nome do médico coordenador; definição de aptidão; nome do médico encarregado do exame e endereço ou forma de contato; data e assinatura do médico encarregado do exame (com número de inscrição no Conselho de Medicina). Por fim, analisou-se a presença dos requisitos estabelecidos na NR-35 para PCMSO e ASO.

## RESULTADOS

Dentre as empresas analisadas, 3 pertencem ao setor industrial de fabricação e montagem de móveis; 7, ao setor de serviços (envolvendo locação de máquinas, transporte de passageiros, serviços contábeis e de vigilância); e 13, ao setor de construção. As empresas analisadas estavam classificadas com diferentes graus de risco, de acordo com o Quadro I da NR-4 da portaria nº 3.214/78: 4,4% com grau de risco 1, 69,6% com grau de risco 3 e 26,0% com grau de risco 4. Em relação ao número de funcionários, 8 empresas possuíam entre 10 e 20 funcionários; 6, entre 21 e 50; 4, entre 51 e 100 e 5, entre 200 e 400.

Todas as empresas avaliadas apresentaram PPRA e PCMSO, embora nem todas exibissem coerência entre os documentos.

Na análise da consonância entre PPRA e PCMSO de cada empresa, evidenciaram-se incoerências em relação à distribuição dos GHE e aos riscos ocupacionais informados nos documentos (Tabela 1).

Foi evidenciada, em 60,9% das empresas, falta de coerência entre os riscos ocupacionais existentes no ambiente de trabalho e os exames complementares (indicadores biológicos) recomendados nos PCMSO (Tabela 2).

Identificou-se também que 26,1% das empresas não apresentaram cronograma de ações a serem realizadas du-

**Tabela 1.** Consonância entre Programas de Controle Médico de Saúde Ocupacional e Programa de Prevenção de Riscos Ambientais

Achados da pesquisa	n	%
Divergência entre os Grupos Homogêneos de Exposição	9	39,1
Divergência entre os riscos ocupacionais	14	60,9

**Tabela 2.** Incoerência entre riscos ocupacionais e exames recomendados nos Programas de Controle Médico de Saúde Ocupacional

Incoerências	n	%
Exposição à poeira sem monitoramento com espirometria e telerradiografia do tórax	4	17,4
Exposição a ruído sem monitoramento audiológico	7	30,4
Exposição a hidrocarbonetos sem monitoramento biológico	3	13,1

rante o ano; 52,2% não efetuaram avaliação anual do seu programa e 56,6% não apresentaram o relatório anual na CIPA (Tabela 3).

Das 11 (47,8%) empresas que realizaram o relatório anual do programa, 5/11 (45,5%) não informaram as alterações evidenciadas em audiometrias sequenciais de seus colaboradores.

Em relação à periodicidade dos exames, foi evidenciado que 39,1% dos PCMSO não faziam menção à realização da audiometria após 6 meses da admissão (item 3.4.1 do Anexo 1 – NR-7), mesmo com exposição ocupacional ao ruído acima do limite de tolerância (Tabela 4).

Com relação aos audiômetros, deviam ser submetidos a procedimentos de verificação e controle periódico do seu funcionamento — a aferição acústica anual — e os resultados, incluídos em um certificado de aferição e/ou calibração que acompanhava o equipamento (item 3.2 do Anexo 1 – NR-7); 39,1% das empresas não apresentaram a verificação da validação dos certificados de calibração dos audiômetros (Tabela 4).

Nas análises dos ASO, foram identificadas não conformidades para muitas recomendações da NR-7, assim como incoerências entre os procedimentos médicos descritos nos PCMSO e os realizados e descritos nos ASO (Tabela 5).

Conforme item 7.4.5 (NR-7), os dados obtidos nos exames médicos, incluindo avaliação clínica e exames complementares, as conclusões e as medidas aplicadas, deveriam ser registrados em prontuário clínico individual.

**Tabela 3.** Não conformidades do cronograma de ações e relatório anual

Não conformidades identificadas	n	%
Sem cronograma de ações anuais	6	26,1
Sem relatório anual	12	52,2
Sem evidência de apresentação do relatório Anual à CIPA	13	56,6

CIPA: Comissão Interna de Prevenção de Acidentes

**Tabela 4.** Indicação da audiometria semestral e certificado de calibração do audiômetro

Identificação relacionada à audiometria	n	%
Sem indicação de audiometria semestral no PCMSO	9	39,1
Sem evidência do certificado de calibração das cabines audiométricas	9	39,1

PCMSO: Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional

**Tabela 5.** Não conformidades e incoerências identificadas em Atestados de Saúde Ocupacional

Não conformidades e incoerências	n	%
Função indicada no ASO não identificada no PCMSO	10	1,9
Riscos ocupacionais divergentes dos riscos informados no PCMSO	35	6,8
Médico examinador não informado no PCMSO	42	8,1
Médico coordenador não informado	6	1,2
Médico coordenador informado no ASO diferente do informado no PCMSO	12	2,3
Endereço ou forma de contato do médico não informado	8	1,6
Exames recomendados no PCMSO não realizados	46	8,9
ASO sem data	1	0,2
ASO sem assinatura do trabalhador	4	0,8
Exames realizados em uma data e informados no ASO em outra data	2	0,4
Tipo de exame ocupacional não informado	4	0,8
Exames realizados, mas não informados no ASO	1	0,2
Nome do funcionário ilegível	6	1,2
Sem definição de aptidão	2	0,4
ASO concluído após mais de 120 dias da realização dos exames	8	1,6

ASO: Atestado de Saúde Ocupacional; PCMSO: Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional

Todas as empresas apresentaram os registros em prontuário clínico individual.

Quanto à aplicação da NR-35, nos PCMSO e ASO analisados, evidenciou-se que 19 (82,6%) empresas apresentavam funções que exerciam trabalho em altura (conforme descrição das atividades no PPRA) e, em apenas 7/19 (36,8%), foi evidenciada a avaliação do estado de saúde para trabalho em altura descrita nos PCMSO. Dos ASO analisados, 259 (49,9%) foram de funções que exerciam trabalho em altura e, em apenas 93/259 (35,9%), havia a consignação da aptidão descrita nos ASO.

## DISCUSSÃO

O estudo demonstrou a existência de incoerências entre PPRA e PCMSO em todas as empresas analisadas, o que pode ser decorrente da falta de análise dos documentos, não inspeção do ambiente de trabalho pelo médico do trabalho ou elaboração dos PCMSO sem o conhecimento do PPRA.

A incoerência entre os riscos ocupacionais existentes no ambiente de trabalho e os exames complementares recomendados nos PCMSO foi evidenciada em 60,9% das empresas; essa incoerência foi relatada também por Miranda e Dias<sup>6</sup> em 57,1% dos PCMSO por eles analisados, fato que pode ser explicado pelo desconhecimento da legislação pelo médico do trabalho e desejo de redução de custos com exames, pela empresa.

Entre as não conformidades do cronograma de ações e do relatório anual, mais da metade das empresas não realizaram avaliação anual do programa e a apresentação do relatório anual na CIPA, fato também relatado por Miranda e Dias<sup>6</sup>, que evidenciaram, em seus estudos, ausência de relatório anual em 78,6% das empresas analisadas e que 89,3% dos PCMSO ou PPRA não foram apresentados e discutidos na CIPA. Isso pode ser decorrente do desconhecimento da legislação por parte dos médicos e da empresa, assim como a falta de interação entre estes, inexistência de CIPA ou desinteresse dos setores responsáveis.

A não informação das alterações evidenciadas em audiometrias sequenciais no relatório anual, em 5/11 (45,5%) das empresas, decorre da falta de análise dos exames pelo médico coordenador, desejo da empresa de não expor as alterações ou falta de conhecimento das normas regulamentadoras.

Em relação à realização da audiometria após 6 meses da admissão, foi visto que 39,1% das empresas não submeteram seus colaboradores ao exame, mesmo com exposição ocupacional ao ruído acima do limite de tolerância. Isso pode dever-se ao desconhecimento das normas, ao desejo por parte das empresas de reduzir custos e evitar perda de horas trabalhadas para a realização do exame.

Considerando-se a verificação da validação dos certificados de aferição e/ou calibração dos audiômetros, observou-se que cerca de 39% das empresas não realizaram a verificação. Isso pode ser explicado pela falta de informação da empresa que realiza a audiometria, não calibração do audiômetro, falta de interesse do médico e da empresa em realizar a verificação.

Foram identificadas, nos ASO, não conformidades para muitas recomendações da NR-7, assim como incoerências entre os procedimentos médicos descritos nos PCMSO e os realizados e descritos nos ASO, destacando-se a divergência dos riscos entre PCMSO e ASO em 6,8%, a falta da informação do médico que realizou o exame nos PCMSO em 8,1% e a não realização dos exames recomendados em 8,9% dos ASO analisados. Como os exames e a emissão do ASO de todas as empresas analisadas foram realizados em clínicas de saúde ocupacional, ocorre, muitas vezes, a não observação dos riscos e exames informados no PCMSO pela clínica, falta de conferência do ASO pelo médico coordenador e pela empresa.

Quanto à não aplicação da NR-35, cerca de 63% dos PCMSO e 64% dos ASO estavam inadequados, o que se deve, em grande parte, ao desconhecimento da legislação recém-publicada.

## CONCLUSÃO

A saúde e a segurança no trabalho são essenciais em todos os elos da cadeia produtiva; sem elas, não haverá sustentabilidade dos negócios e verdadeiro desenvolvimento social e econômico<sup>11</sup>.

Muito já foi alcançado no campo da saúde do trabalhador. Com a implementação dos programas ambiental (PPRA) e médico (PCMSO), da emissão do atestado de saúde e da valorização da participação do trabalhador, houve mudança do foco na doença para dar ênfase à nova visão de "saúde ocupacional", centrada na saúde de grupos específicos de trabalhadores, avaliando-os individual e coletivamente.

No entanto, ao analisar PCMSO e ASO de 23 empresas, evidenciou-se que 100% das empresas apresentaram algum tipo de incoerência em seu programa de controle médico, assim como 68% dos ASO emitidos apresentaram alguma não conformidade, o que evidencia a baixa qualidade técnica dos documentos.

Conforme Gomez e Costa<sup>12</sup>, na prática, o conceito de saúde ocupacional não conseguiu atingir os objetivos propostos. Segundo Rocha<sup>3</sup>, o conceito integral da Medicina Ocupacional, proposto pela NR-7, ainda não foi efetivamente integrado à rotina de muitos médicos na condução dos PCMSO, e muito ainda precisa ser feito para que exista um sistema de Medicina Ocupacional mais eficaz e comprometido com a saúde dos trabalhadores.

Os PCMSO devem ter por objetivos a promoção e a preservação da saúde do trabalhador, devendo ser a tradução da Medicina do Trabalho no seu amplo campo de atuação, com foco maior na promoção da saúde e contemplando a prevenção em todos os níveis<sup>13</sup>.

Antes de elaborar os PCMSO propriamente ditos, o médico do trabalho deverá interagir com as áreas de segurança, meio ambiente, administrativa e de gestão de pessoas (Recursos Humanos). Para estabelecer nexo entre doença e trabalho e para avaliar capacidade laborativa, o médico do trabalho deve ter identificados os fatores de risco e as exigências físicas e psíquicas no processo e ambiente laboral<sup>13</sup>.

Os médicos do trabalho deverão estar preparados para identificar e tipificar as relações Trabalho-Saúde-Doença,

restaurar a saúde, evitar que o trabalho determine ou contribua para o adoecimento, facilitando, na medida do possível, para que ele se torne uma oportunidade de melhoria da saúde e da qualidade de vida<sup>14</sup>.

É essencial, portanto, que o médico conheça a fundo o posto e o meio ambiente de trabalho e seja consciente de que as descrições padronizadas dos postos de trabalho podem ser excessivamente superficiais e ainda equivocadas. Neste sentido, e levando em consideração o contido na NR-7, quanto à elaboração de um programa de controle da saúde do trabalhador, não é permitida a realização de exames avulsos, ou seja, exames desconectados ou não prescritos em um PCMSO da empresa, pois ferem os princípios da prática ética da Medicina do Trabalho<sup>5</sup>.

Devem-se estabelecer critérios de escolha dos centros de apoio ao diagnóstico, podendo-se tomar como base a certificação do controle de qualidade dos serviços. Nesse sentido, convém lembrar que o item 7.3.2 da NR-7 assinala a responsabilidade do médico coordenador sobre a qualidade dos exames complementares realizados<sup>5</sup>.

É necessário estimular o conhecimento da legislação atual de segurança e saúde do trabalho, aprimorar e difundir condutas e procedimentos nessa área e intensificar a fiscalização, tanto intraempresa (por meio de auditorias internas) quanto externamente (por meio de auditores do trabalho), a fim de se obter um bom padrão técnico dos documentos e alcançar o objetivo pretendido na elaboração, implementação e execução dos programas de segurança e saúde.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de Normas de Auditoria. Brasília: Ministério da Saúde; 1998.
2. Medeiros DCS. O papel do enfermeiro na auditoria de serviços de saúde [Dissertação de Mestrado]. Londrina: Instituto de Ensino Superior de Londrina, Faculdade Integrado INESUL; 2008.
3. Rocha LAR. PCMSO: teoria e prática. São Paulo: LTR; 2011.
4. Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Secretaria de Segurança e Saúde no Trabalho. Norma Regulamentadora nº 7: nota técnica. Brasília: Ministério do Trabalho e Emprego/Secretaria de Segurança e Saúde no Trabalho; 1996.
5. SESI. Divisão de Saúde e Segurança no Trabalho. Referência Técnica: Exames médicos previstos no Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional. SESI-SP e ABRESST. São Paulo: SESI; 2007.
6. Miranda CR, Dias CR. PPRA/PCMSO: auditoria, inspeção do trabalho e controle social. Cad Saúde Pública. 2004;20(1):224-32.
7. Silva-Junior JS, Almeida FSS, Morrone LC. Discussão dos impactos do nexo técnico epidemiológico previdenciário. Rev Bras Med Trab. 2012;10(2):72-9.
8. Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Secretaria de Segurança e Saúde no Trabalho. Norma Regulamentadora nº 9. Brasília: Ministério do Trabalho e Emprego/Secretaria de Segurança e Saúde no Trabalho; 1994.
9. Oliveira JM, Santos FCCA. Programa de prevenção de riscos ocupacionais – PPRA, um mito ou realidade? Rev Gestão & Saúde. 2012;4(2):22-9.
10. Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Secretaria de Inspeção do Trabalho. Norma Regulamentadora nº 35. Brasília: Ministério do Trabalho e Emprego/Secretaria de Segurança e Saúde no Trabalho; 2012.
11. Mendes R, Campos ACC. Saúde e segurança no trabalho informal: desafios e oportunidades para a indústria brasileira. Rev Bras Med Trab. 2004;2(3):209-23.
12. Gomez CM, Costa SMFT. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. Cad Saúde Pública. 1997;13(Supl 2):21-32.
13. Dias EC, Gontijo ED, Oliveira RB. Formação, educação continuada e certificação em Medicina do Trabalho: uma proposta orientada pelas competências requeridas para o exercício profissional. Rev Bras Med Trab. 2003;1(1):6-21.
14. Associação Nacional de Medicina do Trabalho [Internet]. Sugestão 5. Elaboração e desenvolvimento do PCMSO. Maio 2000 [Acessado em: 15 jun. 2014]. Disponível em: <http://www.portalocupacional.com.br/icontrol/images/arquivos/001f38583f.pdf>