**PCMSO**

**PROGRAMA DE CONTROLE MÉDICO E SAÚDE OCUPACIONAL**

**PRESTADORA DE SERVIÇO: GELAR REFRIGERACAO COMERCIAL LTDA CNPJ: 11.805.967/0001-67**

**TOMADORA DO SERVIÇO: TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO DA 7A. REGIAO CNPJ: 11.805.967/0001-67**

**Vigência**

**Março 2024 a fevereiro 2025**

**Sumário**

1. [– DADOS ADMINISTRATIVOS 3](#_bookmark0)
2. [– GRUPOS HOMOGÊNEOS DE EXPOSIÇÃO 4](#_bookmark1)
3. [– INTRODUÇÃO 5](#_bookmark2)
4. [– OBJETIVOS 5](#_bookmark3)
5. [– NORMAS DE REFERÊNCIA 6](#_bookmark4)
6. [– DESENVOLVIMENTO 6](#_bookmark5)
7. [– AVALIAÇÃO DOS GHE – GRUPOS HOMOGÊNEOS DE EXPOSIÇÃO 8](#_bookmark6)

[ADMINISľRAľIVO 8](#_bookmark7)

[OPERACIONAL 11](#_bookmark8)

1. [– PROCEDIMENTOS EM CASOS DE ACIDENTES 15](#_bookmark9)
2. [– PLANEJAMENTO E ELABORAÇÃO 18](#_bookmark10)
3. [– MÉDICO COORDENADOR 19](#_bookmark11)
4. [– ENCERRAMENTO 19](#_bookmark12)

### 1 – DADOS ADMINISTRATIVOS

* 1. IDENTIFICAÇÃO DA EMPRESA PRESTADORA DE SERVIÇO “TERCERIZADA”

|  |  |
| --- | --- |
| **CNPJ/CAEPÏ** | 11.805.967/0001-67 |
| **NOME EMPRESARIAL** | GELAR REFRIGERACAO COMERCIAL LľDA |
| **NOME DE ÏANľASIA** | \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\* |
| **CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA AľIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL** | 43.22-3-02 - Instalação e manutenção de sistemas centíais de aí condicionado, de ventilação e íefíigeíação |
| **CÓDIGO E DESCRIÇÃO DAS AľIVIDADES ECONÔMICAS SECUNDÁRIAS** | 33.14-7-07 - Manutenção e íepaíação de máquinas e apaíelhos de íefíigeíação e ventilação paía uso industíial e comeícial41.20-4-00 - Constíução de edifícios42.99-5-99 - Outías obías de engenhaíia civil não especificadas anteíioímente 43.21-5-00 - Instalação e manutenção elétíica43.22-3-01 - Instalações hidíáulicas, sanitáíias e de gás 43.99-1-03 - Obías de alvenaíia47.53-9-00 - Coméício vaíejista especializado de eletíodomésticos47.57-1-00 - Coméício vaíejista especializado de peças e acessóíios paía apaíelhos eletíoeletíônicos paía uso doméstico, exceto infoímática e comunicação71.19-7-99 - Atividades técnicas íelacionadas m engenhaíia e aíquitetuía77.29-2-02 - Aluguel de móveis, utensílios e apaíelhos de uso doméstico e pessoa 78.10-8-00 - Seleção e agenciamento de mão-de-obía78.20-5-00 - Locação de mão-de-obía tempoíáíia 81.21-4-00 - Limpeza em píédios e em domicílios |
| **GRAU DE RISCO** | 03 (ľRÊS) |
| **QUANľIDADE DE ÏUNCIONARIOS** | 07 (SEľE) FUNCIONÁRIOS |
| **ENDEREÇO** | LOGRADOURO: AV PONľES VIEIRA | N°: 281 |
| COMPLEMENľO: 285 E 289 | CEP: 60.130-240 |
| BAIRRO/DISľRIľO: SAO JOAO DO ľAUAPE | MUNICÍPIO: FORľALEZA | UF: CE |
| ENDEREÇO ELEľRÔNICO: |

* 1. IDENTIFICAÇÃO DA EMPRESA TOMADORA DO SERVIÇO

|  |  |
| --- | --- |
| **CEI/CNPJ** | 03.235.270/0001-70 |
| **NOME EMPRESARIAL** | ľRIBUNAL REGIONAL DO ľRABALHO DA 7A. REGIAO |
| **NOME DE ÏANľASIA** | \*\*\*\*\*\*\*\* |
| **CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA AľIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL** | 84.23-0-00 - Justiça |
| **CÓDIGO E DESCRIÇÃO DAS AľIVIDADES ECONÔMICAS SECUNDÁRIAS** | Não infoímada |
| **GRAU DE RISCO** | 01 (UM) |
| **ENDEREÇO** | LOGRADOURO: AV SANľOS DUMONľ | N°: 3384 |
| COMPLEMENľO: | CEP: 60.150-162 |
| BAIRRO/DISľRIľO: ALDEOľA | MUNICÍPIO: FORľALEZA | UF: CE |
| ENDEREÇO ELEľRÔNICO: www.tít7.gov.bí |

### 2 – GRUPOS HOMOGÊNEOS DE EXPOSIÇÃO

|  |  |
| --- | --- |
| **GHE** | **SETOR** |
| 01 | ADMINISTRATIVO |
| 02 | OPERACIONAL |

**3 – INTRODUÇÃO**

Este Programa foi elaborado de acordo com os seguintes textos legais:

Norma Regulamentadora nº 07 – NR - 07, aprovada pela Portaria nº 3214, de 08 de junho de 1978, do Ministério do Trabalho e Emprego – MTE;

Portaria nº 24, de 29 de dezembro de 1994, que aprova o texto disposto na NR - 07; Portaria nº 08, de 08 de maio de 1996, que altera a NR - 07;

Portaria nº 1031, de 06 de dezembro de 2018, que altera a NR - 07; Portaria nº 6.734, de 09 de março de 2020, que altera a NR - 07; Portaria nº 8.873, de 23 de julho de 2021, que altera a NR - 07;

Lei nº 6514, de 22 de dezembro de 1977, que altera o Capítulo V do Titulo II da Consolidação das Leis do Trabalho, relativo a segurança e medicina do trabalho e dá outras providências;

Lei nº 8112, de 11 de dezembro de 1990, em seus artigos 69, 72, 186 (parágrafo 2º) e 212;

Além disso, foi utilizada literatura técnica referente à Medicina, Segurança e Higiene no Trabalho, a fim de dotar o órgão de um Programa de Saúde Ocupacional voltado para a promoção e preservação da saúde dos colaboradores no que se refere aos riscos inerentes às atividades desenvolvidas pelos mesmos, em seus vários aspectos.

**4 – OBJETIVOS**

Promover e preservar a saúde dos colaboradores privilegiando o instrumental clínico-epidemiológico na abordagem da relação entre a saúde e o trabalho, considerando aspectos individuais e coletivos;

Rastrear e diagnosticar precocemente agravos à saúde dos colaboradores relacionados ao trabalho, destacando o caráter preventivo;

Ser parte do conjunto de iniciativas do órgão no campo da saúde do colaborador;

Indicar soluções para a melhoria dos ambientes de trabalho e da organização das atividades, individual e coletivamente, a partir da detecção dos problemas;

Conscientizar a direção e os colaboradores quanto à importância do aspecto preventivo para a manutenção da qualidade de vida dentro da Organização;

Contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados aos clientes, através da preservação da saúde ocupacional dos colaboradores;

Formar, através dos registros dos exames médicos ocupacionais, históricos de informações relativas às condições clínicas (físicas e mentais) dos nossos colaboradores.

# 5 – NORMAS DE REFERÊNCIA

NR-01- Programa de Gerenciamento de Risco

NR-05- Comissão Interna de Prevenção de Acidentes

### NR-07- Programa de Controle Médico e Segurança do Trabalho

NR-15- Atividade e Operações Insalubres NR-17-Ergonomia

NR-23- Proteção Contra Incêndios NRB 5413- Índices de Iluminação

**6 – DESENVOLVIMENTO**

**ADMISSIONAL:** Deverá ser realizado antes que o trabalhador assuma suas atividades, e será composto de avaliação clínica e exames específicos.

**PERIÓDICO:** Deverão ser realizados anualmente por avaliação clínica, e exames específicos conforme os riscos encontrados no setor.

**DEMISSIONAL:** será obrigatoriamente realizada em até 10 (dez) dias contados a partir do término do contrato, desde que o último exame médico ocupacional tenha sido realizado há mais de: (Alterado pela Portaria MTB 1.031/2018)

135 (centro e trinta e cinco) dias para as empresas de grau de risco 1 e 2, segundo o Quadro I da NR 4; 90 (noventa) dias para as empresas de grau de risco 3 e 4, segundo o Quadro I da NR 4.

**RETORNO AO TRABALHO:** Será realizado no primeiro dia de Volta ao trabalho do trabalhador ausente por período igual ou superior a 30 Dias, por motivo de doença, acidente de trabalho ou licença maternidade. Será composto de avaliação clínica.

**MUDANÇA DE RISCOS OCUPACIONAIS:** Será realizado antes da data de mudança de função. Entende-se por mudança de função toda e qualquer alteração de atividade, posto de trabalho ou de setor que implique na exposição do trabalhador a risco diferente daquele a que esteve exposto. Será composto de avaliação clínica e exames específicos, conforme o risco encontrado no setor.

Para todos os exames citados e obrigatórios, será emitido o Atestado de Saúde Ocupacional (ASO), em 02 vias:

* A primeira ficará arquivada no Departamento de pessoal da empresa
* A segunda será entregue ao trabalhador, mediante recibo nas demais vias.

**CRITÉRIOS DE APTIDÃO:** Apresentar no momento do exame condições gerais de saúde física e mental compatíveis com o bom desempenho da função, ausência de moléstias infectocontagiosa, ausência de distúrbios ósseos musculares agudos ou crônicos com redução de capacidade labor ativa para a função.

# EXAMES MÉDICOS OCUPACIONAIS

Considerando a necessidade de atualizar as medidas preventivas de medicina do trabalho e adequando a empresa à Portaria nº 21 de 29/12/94, onde aprovou o **PROGRAMA DE CONTROLE MÉDICO DE SAÚDE OCUPACIONAL - PCMSO,** e com o levantamento de todos os riscos ocupacionais por função realizada em todos os setores da empresa, sugerimos exames clínicos específicos para cada função exercida como rotina, visando assim, uma melhor avaliação da saúde do funcionário aos riscos que está exposto.

# PERIODICIDADE DOS EXAMES COMPLEMENľARES

Conforme Portaria nº 19, de 09 de abril de 1998 a **AUDIOMETRIA, NO EXAME ADMISSIONAL:** Deverá ser feita no momento da admissão e anualmente a partir de então. Serão realizadas para os funcionários que trabalham em ambiente onde o nível de ruído esteja acima de 80 decibéis, com **PERIODICIDADE ANUAL** para funcionários que apresentam resultados normais e **SEMESTRALMENTE** para os que apresentarem resultados alterados.

Terão como finalidade a detecção e prevenção das Perdas Auditivas Induzidas pelo Ruído (PAIR), ocorridas em trabalhadores expostos a ruído ocupacional acima dos valores de 80 dB (A), e sem uso de protetor auricular.

Verificamos que não só a saúde de trabalhador estaria seguramente preservada, como também haveria uma grande economia no que tange a mão de obra médica em afastamento do trabalho e custos com exames de Laboratórios frequentes.

* + Serviço de conscientização sobre a necessidade do uso de EPIs.
	+ Troca de todo EPI danificado ou com indevidas condições de uso.
	+ Manter sempre ao alcance do trabalhador tais EPIs.
	+ Fiscalizar **RIGOROSAMENTE** seu uso.
	+ Tomar as medidas administrativas cabíveis junto aos funcionários que não o usar.
	+ Exigir dos funcionários zelo e controle na preservação do EPIs.

# PROGRAMAÇÃO DE EXAMES COMPLEMENľARES

Os Exames Complementares são, obrigatoriamente, custeados pela empresa e compreendem provas laboratoriais de natureza ocupacionais necessárias para o monitoramento da exposição a agentes nocivos. Além dessas, outras provas podem ser solicitadas, a critério médico, para prevenir situações capazes de gerar agravos à saúde dos colaboradores.

Esta programação é definida a partir das informações contidas no PGR - Programa Gerenciamento de Riscos relativas aos ambientes e processos de trabalho e a partir dos exames clínicos dos servidores.

### 7 – AVALIAÇÃO DOS GHE – GRUPOS HOMOGÊNEOS DE EXPOSIÇÃO

**RECONHECIMENTO DOS RISCOS**

|  |
| --- |
| **IDENTIFICAÇÃO DAS ATIVIDADES** |
| **GHE** | **SETOR** | **QUANT. FUNCIONÁRIOS** | **CBO** | **FUNÇÃO** | **DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE** |
| 01 | **ADMINISTRATIVO** | 1 | 9101-10 | Encarregado Geral | Supervisionam manutenção preventiva e preditiva, corretiva e emergencial de máquinas e equipamentos industriais, comerciais e residenciais; estabelecem indicadores de qualidade da manutenção; coordenam a construção de equipamentos para linha de produção de máquinas e equipamentos; elaboram documentação técnica; administram recursos humanos e financeiros, e trabalham de acordo com normas de segurança. |
| **CARACTERIZAÇÃO DO AMBIENTE DE TRABALHO** |
| **Descrição do ambiente** | Teto alvenaria, parede com estrutura de alvenaria e com janelas de vidro, piso com revestimento de cerâmica, Iluminação artificial, ventilação natural artificial. |
| **Máquinas e Equipamentos** | - |
| **AVALIAÇÕES QUANľIľAľIVAS** |
| **RUÍDO – NHO 01** | **LUX – NHO 11** |
| **RUÍDO REGISľRADO** | **LIMIľE DE ľOLERÂNCIA DOSE DIÁRIA DE 08:00 HS** | **LUX REGISľRADO** | **RECOMENDAÇÕES** |
| - | 85 dB (A) | - | - |
| **Paíeceí ľécnico:** Em avaliação presencial realizada na empresa, verificamos que no ambiente de tralho não será necessário avaliação quantitativa, visto que não existe “Ruído” significativo para ser avaliado, conforme planilha de reconhecimento de risco e parâmetros estabelecidos na NHO 01. | **Paíeceí ľécnico:** De acordo com a NHO 11, entende-se por iluminação adequada aquela que apresenta níveis iguais ou superiores ao recomendado pela norma. Portanto, observamos que o local de trabalho se encontra em níveis de iluminamento adequadoao desenvolvimento das atividades. |
| **CALOR IBUľG – NHO 06** |
| **ľAXA MEľABÓLICA POR ľIPO DE AľIVIDADE** | **ľEMPERAľURA** |
| **ľipo de atividade** | **ľaxa Metabólica** | **Nível de ação** | **Limite de toleíância** | **Registíado** |
| **Sentado** | **ľíabalho leve com dois bíaços** | **216 (W)** | **26,9 °** | **29,8 °** | - |
| **RESULľADO DA AVALIAÇÃO DE IBUľGi** |
| ľeímômetío Globo (tg) | ľeímômetío Seco (tbs) | ľeímômetío Úmido (tbn) | Resultado da avaliação de IBUľGi | Obseívação |
| - | - | - | - | - |
| **Parecer técnico:** | Em avaliação presencial realizada na empresa, verificamos que no ambiente não será necessário avaliação quantitativa, visto que não existe “Calor” significativo |

|  |  |
| --- | --- |
|  | para ser avaliado, conforme NR 15 ANEXO N.º 3 e parâmetros estabelecidos na NHO 06. |
| PERIGOS VERIFICADOS NO LOCAL |
| Risco | DESCRIÇÃO DO AGENTE | FONTE GERADORA | PROPAGAÇA O TRAJETÓRIA | DANOS A SAÚDE | PROBABILIDADE | EFEITO | RESULTADO | TIPO DE EXPOSIÇÃO | MEDIDAS DE CONTROLE |
| Físico | N.A. | N.A. | N.A. | N.A. | N.A. | N.A. | N.A. | N.A. | N.A. |
| Químico | N.A. | N.A. | N.A. | N.A. | N.A. | N.A. | N.A. | N.A. | N.A. |
| Biológico | N.A. | N.A. | N.A. | N.A. | N.A. | N.A. | N.A. | N.A. | N.A. |
| Ergonômico | ľíabalho em postuías incômodas ou pouco confoítáveis | Posto de tíabalho | Exigência da atividade | Fadiga, estíesse lombalgias, doíes na coluna, nos músculos e nasaíticulações. | **4**Exposições elevada | **C**Seveíos | 4C ALľO | Habitual | Oíientações Eígonômicas de acoído com a NR 17. |
| Sentado poí longos peííodos | Posto de tíabalho | ľíabalho em pé, tíonco/pesc oço flexionados peímanente mente | Fadiga, estíesse lombalgias, doíes na coluna, nos músculos e nasaíticulações. | **4**Exposições elevada | **C**Seveíos | **4C**ALľO | Habitual | Oíientações Eígonômicas de acoído com a NR 17. |
| Exigência de postuía inadequada | Posto de tíabalho | Ambiente | Fadiga, estíesse lombalgias, doíes na coluna, nos músculos e nasaíticulações. | **2**Exposições a níveis baixos | **C**Seveíos | **2C**MÉDIO | Ocasional | Oíientações Eígonômicas de acoído com a NR 17. |
| Acidentes | Queda | Piso molhado | Ambiente de tíabalho | Lesões no coípo | **2**Exposições a níveis baixos | **B**Píeocupante s | **2B**BAIXO | Ocasional | Uso de equipamento de píoteção coletiva (EPC) placas de sinalização |
| Aííanjo físico inadequado | Desnível do piso, piso | Ambiente de tíabalho | Quedas, lesões no | **2**Exposições a | **C**Seveíos | **2C**MÉDIO | N/A | Sinalização (EPC) |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | iííegulaí, escadas |  | coípo | níveis baixos |  |  |  |  |
| **EPI****Todos os EPIs com C.A. (Certificado de Aprovação).** | Não se aplica |
| **EPC** | Placas de sinalização e extintores correntes de isolamento e sinalização, guarda corpo. |
| **Medidas preventivas sugeridas** | Máscara de tecido, dispense de álcool em gel, sinalização de segurança (saída de emergência) equipamentos de emergência (alarme, bomba de incêndio, extintor, reserva técnica, detector de fumaça). |
| **Medidas de controles propostas** | Manter atualizada a ficha de entrega de EPI, higienização e troca do EPI sempre que necessário, palestras educativas e monitoramento dos exames periódicos. |
| **Recomendações e prevenções** | Manter o ambiente limpo, organizado, sinalizado, realizar pausas durante a jornada de trabalho para a realização de alongamento e/ou ginásticalaboral. |
| EXAMES | ADMISSIONAL | PERIODICO | MUDANÇA DE RISCOSOCUPACIONAIS | REľORNO AOľRABALHO | DEMISSIONAL |
| Exame Clínico Ocupacional | x | x | x | x | x |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICAÇÃO DAS ATIVIDADES** |
| **GHE** | **SETOR** | **QUANT. FUNCIONÁRIOS** | **CBO** | **FUNÇÃO** | **DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE** |
| **02** | **OPERACIONAL** | 4 | 9112-05 | Auxiliar em Refrigeração | Prestam assistência técnica, instalam, realizam manutenção e modernização em aparelhos de climatização e refrigeração, de acordo com normas de segurança e qualidade. Orçam serviços e elaboram documentação técnica. |
| 1 | 7241-30 | Duteiro | Operacionalizam projetos de instalações de tubulações, definem traçados e dimensionam tubulações; especificam, quantificam e inspecionam materiais; preparam locais para instalações, realizam pré-montagem e instalam tubulações. Realizam testes operacionais de pressão de fluidos e testes de estanqueidade. Protegem instalações e fazem manutenções em equipamentos e acessórios. |
| 1 | 7257-05 | Mecânico de Chiller | Avaliam e dimensionam locais para instalação de equipamentos de refrigeração, calefação e ar-condicionado. Especificam materiais e acessórios e instalam equipamentos de refrigeração e ventilação. Instalam ramais de dutos, montam tubulações de refrigeração, aplicam vácuo em sistemas de refrigeração. Carregam sistemas de refrigeração com fluido refrigerante. Realizam testes nos sistemas de refrigeração. |
| **CARACTERIZAÇÃO DO AMBIENTE DE TRABALHO** |
| **Descrição do ambiente** | Teto com estrutura de alvenaria, parede com estrutura de alvenaria, piso industrial, Iluminação artificial, ventilação natural. |
| **Máquinas e Equipamentos** | - |
| **AVALIAÇÕES QUANTITATIVAS** |
| **RUÍDO – NHO 01** | **LUX – NHO 11** |
| **RUÍDO REGISTRADO** | **LIMITE DE TOLERÂNCIA DOSE DIÁRIA DE 08:00 HS** | **LUX REGISTRADO** | **RECOMENDAÇÕES** |
| - | 85 dB (A) | - | - |
| **Paíeceí ľécnico:** Em avaliação presencial realizada na empresa, verificamos que no ambiente de tralho não será necessário avaliação quantitativa, visto que não existe “Ruído” significativo para ser avaliado, conforme planilha de reconhecimento de risco e parâmetros estabelecidos na NHO 01. | **Paíeceí ľécnico:** De acordo com a NHO 11, entende-se por iluminação adequada aquela que apresenta níveis iguais ou superiores ao recomendado pela norma. Portanto, observamos que o local de trabalho se encontra em níveis de iluminamento adequadoao desenvolvimento das atividades. |
| **CALOR IBUTG – NHO 06** |
| **TAXA METABÓLICA POR TIPO DE ATIVIDADE** | **TEMPERATURA** |
| **Tipo de atividade** | **Taxa Metabólica** | **Nível de ação** | **Limite de tolerância** | **Registrado** |
| **Em pé, agachado ou ajoelhado** | **Trabalho pesado com dois braços** | **315 (W)** | **24,6°** | **27,9 °** | - |
| **RESULTADO DA AVALIAÇÃO DE IBUTGi** |
| Termômetro Globo (tg) | Termômetro Seco (tbs) | Termômetro Úmido (tbn) | Resultado da avaliação de IBUTGi | Observação |
| - | - | - | - | - |
| **Parecer técnico:** | Em avaliação presencial realizada na empresa, verificamos que no ambiente não será necessário avaliação quantitativa, visto que não existe “Calor” significativo para ser avaliado, conforme NR 15 ANEXO N.º 3 e parâmetros estabelecidos na NHO 06. |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| PERIGOS VERIFICADOS NO LOCAL |
| Risco | DESCRIÇÃO DO AGENTE | FONTE GERADORA | PROPAGAÇA O TRAJETÓRIA | DANOS A SAÚDE | PROBABILIDADE | EFEITO | RESULTADO | TIPO DE EXPOSIÇÃO | MEDIDAS DE CONTROLE |
| Físico | N.A. | N.A. | N.A. | N.A. | N.A. | N.A. | N.A. | N.A. | N.A. |
| Químico | Píodutos Químicos | Mateíiais de Limpeza | Aí e Cutânea | Píoblemas no tíato íespiíatóíio e Aleígias napele | **2** - Modeíada | **B**Píeocupantes | **2B**BAIXO | Ocasional | Uso de Equipamentos de píoteção (EPI) |
| Poeiías | Aíeia | Aí e Cutânea | Doíes de cabeça, iííitação, doençaspulmonaíes | **2**Exposições a níveis baixos | **B**Píeocupantes | **2B**BAIXO | Habitual | Uso de Mascaías |
| Biológico | N.A. | N.A. | N.A. | N.A. | N.A. | N.A. | N.A. | N.A. | N.A. |
| Ergonômico | ľíabalho em postuías incômodas ou pouco confoítáveis | Posto de tíabalho | Exigência da atividade | Fadiga, estíesse lombalgias, doíes na coluna, nos músculos e nasaíticulações. | **4**Exposições elevada | **C**Seveíos | 4C ALľO | Habitual | Oíientações Eígonômicas de acoído com a NR 17. |
| Postuía em pé poí longos peííodos | Posto de tíabalho | ľíabalho em pé, tíonco/pesc oço flexionados peímanente mente | Fadiga, estíesse lombalgias, doíes na coluna, nos músculos e nasaíticulações. | **4**Exposições elevada | **C**Seveíos | **4C**ALľO | Habitual | Oíientações Eígonômicas de acoído com a NR 17. |
| Levantamento e transporte manual decargas ou | Transporte manual de cargas eequipamento de | Atividades exeícidas no ambiente detíabalho | Lesões ósseo musculaíDORľ – | **4**Exposições elevada | **C**Seveíos | **4C**ALľO | Habitual | Oíientações Eígonômicas de acoído com a NR 17. |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | volumes | uso na atividade laboral. |  | Distúíbio osteomuscul aíes íelacionadosao tíabalho |  |  |  |  |  |
| Exigência de postuía inadequada | Posto de tíabalho | Ambiente | Fadiga, estíesse lombalgias, doíes na coluna, nos músculos e nasaíticulações. | **2**Exposições a níveis baixos | **C**Seveíos | **2C**MÉDIO | Ocasional | Oíientações Eígonômicas de acoído com a NR 17. |
| Acidentes | Queda | Piso molhado | Ambiente de tíabalho | Lesões no coípo | **2**Exposições a níveis baixos | **B**Píeocupante s | **2B**BAIXO | Ocasional | Uso de equipamento de píoteçãocoletiva (EPC) placas de sinalização |
| Aííanjo físico inadequado | Desnível do piso, piso iííegulaí, escadas | Ambiente de tíabalho | Quedas, lesões no coípo | **2**Exposições a níveis baixos | **C**Seveíos | **2C**MÉDIO | N/A | Sinalização (EPC) |
| Queda de objetos | Material e equipamentoutilizados | Ambiente de trabalho | Lesões diversas. | **3**Exposiçõesmodeíada | **C**Seveíos | **3C**MEDIO | Ocasional | Treinamentos, uso de EPI |
| Corte, perfuração | Manuseio de ferramentas. | Ambiente de trabalho | Lesões nocorpo, cortes na pele | **3**Exposiçõesmodeíada | **C**Seveíos | **3C**MEDIO | Ocasional | Treinamentos, uso de EPI |
| Eletíicidade | Fios eneígizados | Manuseio de fios, Instalação elétíica | Lesões na pele aííitmias caídíacas e paíada íespiíatóíia, choques, elétíicos,fatais | **4**Exposições elevada | **C**Seveíos | **4C**ALľO | Ocasional | Uso de Equipamentos de píoteção (EPI) |
| **EPI****Todos os EPIs com C.A. (Certificado de** | Bota de proteção, luva de proteção, óculos de proteção, avental de proteção, máscara de proteção |

|  |  |
| --- | --- |
| **Aprovação).** |  |
| **EPC** | Placas de sinalização e extintores correntes de isolamento e sinalização, guarda corpo. |
| **Outras medidas preventivas existentes** | Máscara de tecido, dispense de álcool em gel, sinalização de segurança (saída de emergência) equipamentos de emergência (alarme, bomba de incêndio, extintor, reserva técnica, detector de fumaça). |
| **Medidas de controles propostas** | Manter atualizada a ficha de entrega de EPI, higienização e troca do EPI sempre que necessário, palestras educativas e monitoramento dos exames periódicos. |
| **Recomendações e prevenções** | Manter o ambiente limpo, organizado, sinalizado, realizar pausas durante a jornada de trabalho para a realização de alongamento e/ou ginástica laboral. |
| EXAMES | ADMISSIONAL | PERIODICO | MUDANÇA DE RISCOSOCUPACIONAIS | REľORNO AOľRABALHO | DEMISSIONAL |
| Exame ClínicoOcupacional | x | x | x | x | x |
| Hemograma completo | x | x | x | x | x |
| Espirometria | x | x | x | x | x |

### 8 – PROCEDIMENTOS EM CASOS DE ACIDENTES

**ACIDENľES DE ľRABALHO, DOENÇAS OCUPACIONAIS E CAľ**

Solicitamos aos responsáveis do Recurso Humanos, Departamento de Pessoal ou a quem de direito, que faça um controle rigoroso dos Acidentes de Trabalhos com afastamento e suas respectivas emissões de CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho), para que se possa fazer um levantamento estatístico dos mesmos não só quantificando como os qualificando para que sejam tomadas medidas preventivas no sentido de se evitar e ou controlar tais acidentes.

Estamos à disposição para atender tais casos ou encaminhá-los aos serviços especializados, porém solicitamos que se cumpra a legislação emitindo CAT para cada Acidente de Trabalho com afastamento, para que possa ser preenchida com dados clínicos.

Orientamos também que sejam emitidos CAT para todos os casos de Doenças Ocupacionais como intoxicações e Perdas Auditivas induzidas pelo Ruído Ocupacional, que forem detectadas nesta empresa (conforme item

7.4.8 da NR 7).

### PRIMEIROS SOCORROS

São cuidados imediatos e imprescindíveis, que devem ser prestados a vítimas acidentadas até a chegada de atendimento médico. Vale lembrar que mesmo que a vítima esteja aparentemente bem, deve ser encaminhada à avaliação de um profissional de saúde.

Conforme item 7.5 da NR-07, todo estabelecimento deverá estar equipado com material necessário a prestação de Primeiros Socorros, manterem essa material em local adequado e aos cuidados de pessoa habilitada para esse fim. Esta empresa poderá montar sua própria estrutura de Primeiros Socorros, orientada por este Coordenador do PCMSO, ou utilizar os serviços de Pronto Atendimento nos Hospitais.

## MALETA DE PRIMEIROS SOCORROS

1. Manter em local arejado e de fácil acesso aos funcionários;
2. Conservação e avaliação periódica do material, assim como as datas de validade e reposição imediata quando necessário.
3. Dar preferência ao manuseio de uma só pessoa treinada em primeiros socorros.



### COMPOSIÇÃO DA MALEľA



|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **QUANľIDADE SUGERIDA** | **MAľERIAIS** | **UľILIZAÇÃO** |
| 01 | Embalagem de soío fisiológico a 0,9% | Limpar o machucado |
| 01 | Solução antisséptica paía feíidas | Desinfectar feridas; |
| 02 Pacote de cada tamanho | Gazes esteíilizadas de vários tamanhos | Cobrir feridas |
| 03 | Ataduías | Ajudam a imobilizar membros ou para segurar compressas no local de uma ferida; |
| 01 Rolo | Rolo de espaíadíapo | Ajudam a imobilizar membros ou para segurar compressas no local de uma ferida; |
| 01 Pacote | Luvas descaítáveis | Proteger do contato direto com sangue e outros fluídos corporais; |
| 01 Pacote | Algodão | Facilita a aplicação de produtos nas bordas da ferida |
| 01 | ľesouía sem ponta | Cortar esparadrapo, gazes ou ataduras, por exemplo; |
| 01 Caixa | Cuíativo tipo band-aid | Cobrir cortes e feridas pequenas; |
| 01 | ľeímômetío | Medir a temperatura corporal; |
| 01 | Colííio lubíificante | Permite lavar os olhos em caso de contato com substâncias irritantes, por exemplo |
| 01 | Pomada paía queimaduía | Hidratam a pele enquanto aliviam a queimação da queimadura; |

**PROCEDIMENľOS EM CASO DE:**

### ÏERIMENľOS LEVES

* + Lave bem as mãos com água e sabão, se possível esfregue-as com escova;
	+ Procurar não respirar, nem tossir sobre o ferimento. Não tocar diretamente o ferimento;
	+ Limpe o ferimento com jatos de soro fisiológico 0,9% ou com gaze esterilizada embebida em solução fisiológica do local mais

limpo para o mais sujo;

* + Embeber a gaze com dersani e aplicar em toda a extensão da lesão incluindo as bordas;
	+ Cobrir o ferimento com gaze seca;
	+ Fixar o curativo com esparadrapo ou dependendo do local com atadura de crepe;
	+ Encaminhar para atendimento médico e profilaxia do tétano;

### PERDA DE CONSCIÊNCIA (DESMAIO, VERľIGEM)

É caracterizada pela perda súbita da consciência, geralmente de curta duração. Causada em geral por uma deficiência do fluxo sanguíneo cerebral, resultante de: Hemorragias graves, stress, emoções, fadiga, problemas neurológicos, falta de alimentação e etc. Ocasionando palidez e baixa pulsação.

### Conduta: Tem como objetivo aumentar o fluxo sanguíneo cerebral.

* Deitar a vítima em uma superfície firme em decúbito dorsal (de costas), com a cabeça lateralizada.
* Elevar as pernas apoiando-as sobre uma superfície firme (cadeira);
* Afrouxe as roupas (principalmente do pescoço e cintura);
* Areje o ambiente;
* Permanecer próximo à vítima durante todo o período de inconsciência;
* Não dar líquidos para vítima beber;
* Após a recuperação da consciência, orientar a vítima para levantar vagarosamente;
* Procure e trate qualquer lesão ocasionada pela queda;
* Encaminhar a vítima para avaliação médica.

## CONVULSÕES (EPILEPSIA)

São distúrbios decorrentes de alterações da atividade cerebral, tendo como causas mais comum: A interrupção da medicação anti-epilética, stress, privação do sono, febre alta, ciclo menstrual, estimulação luminosa, intoxicação, neurocisticercose, traumatismo cranioencefálico, etc.

As convulsões são acompanhadas de perda da consciência repentinamente, levando a ataques violentos, a vítima cai e fica rígida, os lábios ficam arroxeados, o rosto e o pescoço podem ficar congestionados, os maxilares ficam cerrados e a respiração se torna ruidosa, geralmente há excesso de salivação na boca e se a vítima morder a língua ou os lábios, a saliva é sanguinolenta. A bexiga e o intestino podem se descontrolar.

Após alguns minutos os músculos se relaxam, a respiração se normaliza e a vítima recupera a consciência, podendo ficar atordoada ou comportar-se de modo estranho, sem consciência das ações. É possível que fique sonolenta

### O AľENDIMENľO DA VÍľIMA EM CRISE CONVULSIVA CONSISľE

* Não deixar que a vítima se machuque durante a crise;
* Se puder, ampare a vítima antes de cair ou tente atenuar a queda;
* Abra espaço ao seu redor e peça aos curiosos que se afastem;
* Afrouxe a roupa em volta do pescoço e proteja a cabeça, se possível;
* Quando cessarem as convulsões, coloque-a de lado para melhorar a respiração e evitar aspirar vômitos e secreções;
* Fique ao seu lado até sua recuperação total;
* Providencie atendimento médico quando a consciência for recuperada;
* Se a vítima estiver sofrendo o primeiro ataque, se o ataque se repetir, ou se ela ficar inconsciente por mais de 10 minutos, telefone e peça uma ambulância;
* Anote a hora e duração do ataque.

### OBSERVAÇÕES

Lembramos que este Programa, além de estar integrado com a CIPA, no sentido de operacionalização e efetivação do mesmo, também encontra no setor Administrativo, Gerencial e de Recursos Humanos importantes parceiros para que este Programa seja viável. Tal participação é primordial para que os projetos sejam cumpridos e as condutas Médicas Administrativas sejam tomadas.

Logo, existe uma grande responsabilidade por parte da empresa sobre tais condutas, dividindo tal responsabilidade com os Médicos, Coordenadores e Assistentes.

O sucesso deste **PCMSO** pode depender sensivelmente das decisões administrativas, tendo como base à assimilação do seu conteúdo a ciência da necessidade do seu cumprimento.

### 9 – PLANEJAMENTO E ELABORAÇÃO

# CRONOGRAMA DE AÇÕES

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CRONOGRAMA****DE AÇÕES** | **MAR****2024** | **ABR****2024** | **MAI****2024** | **JUN****2024** | **JUL****2024** | **AGO****2024** | **SEľ****2024** | **OUľ****2024** | **NOV****2024** | **DEZ****2024** | **JAN****2025** | **ÏEV****2025** |
| Elaboração do PCMSODocumento-Base | x |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Palestra Sobre Higiene Pessoal eProfissional |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | x |
| Palestra SobreVícios Tecnológicos |  |  |  |  |  |  |  |  |  | x |  |  |
| Palestra Sobre Hábitos de Vida |  |  |  |  |  |  |  | x |  |  |  |  |
| Palestra Sobre PrimeirosSocorros |  |  |  |  |  | x |  |  |  |  |  |  |
| Palestra Sobre Saúde Mental naAtualidade |  |  |  | x |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Palestra Sobre Coronavirus Patologias eVacinação |  | x |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Visita Técnica para relatório analítico doPCMSO |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | x |

**ACOMPANHAMENľO DAS AľIVIDADES DO CRONOGRAMA DE AÇÕES**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DAľA** | **AľIVIDADE** | **QUANľIDADE** | **VISľO DO RESPONSAVEL** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

### – MÉDICO COORDENADOR:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOMES DOS MÉDICOS** | **CPF** | **CRM / CREMEC** | **MUNICIPIO** | **ESTADO** |
| Dr. Roger Catunda Rocha | 454.501.103-91 | 6353 | Fortaleza | CE |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

### – ENCERRAMENTO

O PCMSO – Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional da empresa **GELAR REFRIGERACAO COMERCIAL LTDA,** conforme exigência legal da Norma Regulamentadora NR-07 PCMSO, da Portaria Nº 3214, de 08 de junho de 1978 do Ministério do Trabalho.

Descreve as principais ações a serem desenvolvidas pela da empresa **GELAR REFRIGERACAO COMERCIAL LTDA,** visando a preservação da saúde e da integridade física de seus funcionários.

Representa, pois, o compromisso desta empresa a fazerem tudo que está aqui determinado no Controle Médico e Saúde Ocupacional.

FORľALEZA CE, MARÇO DE 2024

CARIMBO E ASSINAľURA DO REPRESENľANľE DA EMPRESA

ROGER CATUNDA Assinado de forma digital

por ROGER CATUNDA

ROCHA:45450110 ROCHA:45450110391

Dados: 2024.03.12

391

14:04:08 -03'00'

MÉDICO DO TRABALHO DR. ROGER CATUNDA ROCHA

CRM- 6353

**ANEXO**

(RECOMENDAÇÕES EM RELAÇÃO AO COVID – 19)



### INľRODUÇÃO

De acoído com o Ministéíio da Saúde o coíonavííus, denominado SARS-CoV-2 é um Risco Biológico que afeta a população em geíal, a nossa empíesa**,** com o intuito de píotegeí seus funcionáíios deveíá adotaí as medidas estabelecidas:

|  |
| --- |
| OS RISCOS CONSIDERAM-SE PARA ľODAS AS FUNÇÕES |
| **AVALIAÇÃO QUALIľAľIVA** |
| **RISCO BIOLÓGICO** | **POSSÍVEIS ÏONľES GERADORAS** | **MEIOS DE PROPAGAÇÃO** | **AGRAVOS A SAÚDE** | **MEDIDAS DE CONľROLE EXISľENľES** | **ľIPO EXPOSIÇÃO** |
| Vírus (03.01.001) | Posto de trabalho e Contato com Materiais e pessoassupostamente | Ar | Doenças infectocontagiosas | Utilização de EPI’s | Habitual / Intermitente |
| Bactérias (03.01.001) |
|  | Contaminados |  |  |  |  |
| **QUADRO ÏUNCIONAL** |
| **EPI´S** | **RECOMENDAÇÕES** |
| Máscaras | Lave com fíequência as mãos até a altuía dos punhos, com água e sabão, ou então higienize com álcool em gel 70% |

### O QUE É COVID-19

A COVID-19 é uma doença causada pelo coíonavííus, denominado SARS-CoV-2, que apíesenta um espectío clínico vaíiando de infecções assintomáticas a quadíos gíaves. De acoído com a Oíganização Mundial de Saúde, a maioíia (ceíca de 80%) dos pacientes com COVID-19 podem seí assintomáticos ou oligossintomáticos (poucos sintomas), e apíoximadamente 20% dos casos detectados íequeí atendimento hospitalaí poí apíesentaíem dificuldade íespiíatóíia, dos quais apíoximadamente 5% podem necessitaí de supoíte ventilatóíio.

### QUAIS SÃO OS SINľOMAS

Os sintomas da COVID-19 podem vaíiaí de um íesfíiado, a uma Síndíome Gíipal-SG (píesença de um quadío íespiíatóíio agudo, caíacteíizado poí, pelo menos dois dos seguintes sintomas: sensação febíil ou febíe associada a doí de gaíganta, doí de cabeça, tosse, coíiza) até uma pneumonia seveía. Sendo os sintomas mais comuns:

|  |  |
| --- | --- |
| ľosse | Alteíação do paladaí (ageusia) |
| Febíe | Distúíbios gastíintestinais(náuseas/vômitos/diaííeia) |
| Coíiza | Cansaço (astenia) |
| Doí de Gaíganta | Diminuição do apetite (hipoíexia) |
| Dificuldade paía íespiíaí | Dispnéia ( falta de aí) |
| Peída de olfato (anosmia) |  |

### COMO É ľRANSMIľIDO

A tíansmissão acontece de uma pessoa doente paía outía ou poí contato píóximo poí meio de:

|  |  |
| --- | --- |
| ľoque do apeíto de mão contaminadas | ľosse |
| Gotículas de saliva | Cataíío |
| Espiíío | Objetos ou supeífícies contaminadas, como celulaíes, mesas, talheíes, maçanetas, bíinquedos, teclados de computadoí etc |

### DIAGNÓSľICO

O diagnóstico da COVID-19 pode seí íealizado a paítií de cíitéíios como:

|  |
| --- |
| Diagnóstico Clínico |
| Diagnóstico Clínico-Epidemiológico |
| Diagnóstico Clínico-Imagem |
| Diagnóstico Laboíatoíial |
| Diagnóstico Laboíatoíial em Indivíduo Assintomático |

### COMO SE PROľEGER

As íecomendações de píevenção m COVID-19 são as seguintes:

Lave com fíequência as mãos até a altuía dos punhos, com água e sabão, ou então higienize com álcool em gel 70%. Essa fíequência deve seí ampliada quando estiveí em algum ambiente público (ambientes de tíabalho, píédios e instalações comeíciais, etc), quando utilizaí estíutuía de tíanspoíte público ou tocaí supeífícies e objetos de uso compaítilhado.

Ao tossií ou espiííaí, cubía naíiz e boca com lenço ou com a paíte inteína do cotovelo.

Não tocaí olhos, naíiz, boca ou a máscaía de píoteção fácil com as mãos não higienizadas. Se tocaí olhos, naíiz, boca ou a máscaía, higienize sempíe as mãos como já indicado.

Mantenha distância mínima de 1 (um) metío entíe pessoas em lugaíes públicos e de convívio social.

Evite abíaços, beijos e apeítos de mãos. Adote um compoítamento amigável sem contato físico, mas sempíe com um soííiso no íosto.

Higienize com fíequência o celulaí, bíinquedos das cíianças e outío objetos que são utilizados com fíequência. Não compaítilhe objetos de uso pessoal como talheíes, toalhas, píatos e copos.

Mantenha os ambientes limpos e bem ventilados.

Evite ciículação desnecessáíia nas íuas, estádios, teatíos, shoppings, shows, cinemas e igíejas.

Se estiveí doente, evite contato píóximo com outías pessoas, píincipalmente idosos e doentes cíônicos, busque oíientação pelos canais on-line disponibilizados pelo SUS ou atendimento nos seíviços de saúde e siga as íecomendações do píofissional de saúde.

Duíma bem e tenha uma alimentação saudável.

Recomenda-se a utilização de máscaías em todos os ambientes. As máscaías de tecido (caseiías/aítesanais), não são Equipamentos de Píoteção Individual (EPI), mas podem funcionaí como uma baííeiía física, em especial contía a saída de gotículas potencialmente contaminadas.