

# Educação Permanente em Saúde (EPS) e Simulação Realística in situ — Abordagem Estratégica: Ergonomia Hospitalar (NR-17) e Redução de Afastamentos por LER/DORT

Por Cristiano Ricardo · Publicado em 25/06/2024

Tratado técnico de gestão de pessoas em saúde pelo Prof. Cristiano Ricardo sobre educação permanente em saúde (eps) e simulação realística in situ com foco em ergonomia hospitalar (nr-17) e redução de afastamentos por ler/dort, abordando dimensionamento de pessoal, conformidade Cofen/CFM, NR-32, segurança psicológica e People Analytics.

Versão online e eventuais atualizações:

<https://dr.cristianoricardo.com/post/educacao-permanente-eps-ergonomia-hospitalar-nr-17-e-reducao-de-afastamentos-por-lerdort-2024>

---

Tratado de Gestão de Pessoas em Saúde · Educação Corporativa & Treinamento Clínico  
Diretriz Estratégica para Diretores Médicos, Gestores Hospitalares e Lideranças de RH ·  
Ciclo de Governança 2024

Estruturação de programas de Educação Permanente em Saúde (EPS) baseados na pedagogia da problematização e na simulação realística de cenários de parada cardiorrespiratória, intubação difícil e hemorragia pós-parto conduzidos dentro dos próprios setores hospitalares. A condução exitosa do capital humano em instituições hospitalares exige romper com o tradicionalismo burocrático de departamento pessoal e assumir uma postura estratégica fundamentada em People Analytics, conformidade trabalhista-sanitária e segurança psicológica de alta confiabilidade.

## 1. Sumário Executivo e Diagnóstico de Gestão de Pessoas em Serviços de Saúde

O setor hospitalar é, por definição, intensivista em mão de obra humana qualificada. Diferente de indústrias automatizadas, a qualidade do desfecho clínico, a sobrevivência de um paciente crítico e a sustentabilidade econômica de uma operadora repousam integralmente na capacidade, no bem-estar psíquico e na sincronia de equipes multidisciplinares operando sob extrema pressão temporal. O descompasso na gestão de pessoas não resulta apenas em turnover elevado ou passivos trabalhistas; reflete-se diretamente em erros diagnósticos, falhas de medicação, infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) e desumanização do cuidado.

Estudos consolidados de ergonomia e sociologia médica evidenciam que a sobrecarga cognitiva crônica, escalas desarticuladas e a ausência de segurança psicológica criam o cenário

perfeito para a ocorrência de eventos sentinela. A liderança que atua no nível executivo deve enxergar a força de trabalho não como uma linha de custo no balanço patrimonial, mas como o principal ativo intangível gerador de valor em saúde. A presente diretriz estabelece os fundamentos gerenciais, jurídicos e comportamentais para orquestrar essa transformação institucional.

- **Preservação da Capacidade Produtiva e Saúde Mental:** Combate sistêmico à síndrome de Burnout, depressão ocupacional e estresse pós-traumático mediante políticas estruturadas de acolhimento e monitoramento ativo;
- **Conformidade Regulatória e Segurança Jurídica:** Estrito cumprimento das resoluções normativas dos conselhos de classe (Cofen, CFM, CFF), da legislação trabalhista (CLT) e das Normas Regulamentadoras do Ministério do Trabalho (NR-32, NR-17 e NR-7);
- **Alinhamento entre Desempenho Humano e Desfechos Clínicos:** Vinculação clara entre as competências dos colaboradores, a experiência do paciente e a entrega de valor em saúde (Value-Based Healthcare).

## 2. Marco Teórico, Modelos de Competências e Requisitos Legais em Saúde

A gestão do trabalho em saúde requer o domínio de um arcabouço normativo multifacetado. A intersecção entre o Direito do Trabalho, o Direito Médico e os parâmetros regulatórios exige dos gestores conhecimento detalhado sobre jornada de trabalho especial, intervalos de descanso intrajornada, adicional de insalubridade e dimensionamento técnico.

Fundamentos Normativos Mandatórios na Gestão de Equipes de Saúde:

1. Resolução Cofen nº 543/2017: Estabelece parâmetros formais para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem com base nas horas de assistência requeridas por leito e no Índice de Segurança Técnica (IST não inferior a 15%);
2. Norma Regulamentadora NR-32 (Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde): Diretrizes mandatórias para proteção contra riscos biológicos, químicos e radiações ionizantes, obrigatoriedade de vacinação ocupacional completa e proibição de adornos;
3. Resolução CFM nº 2.376/2024: Reconhece formalmente os riscos psicossociais da profissão médica, disciplinando condições dignas de repouso, dimensionamento de plantões e mecanismos institucionais de combate ao esgotamento profissional;
4. Norma Regulamentadora NR-17 (Ergonomia Hospitalar): Parâmetros ergonômicos biomecânicos para movimentação e transporte manual de pacientes, postos de trabalho de enfermagem e mobiliário cirúrgico;
5. Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e Jurisprudência do TST: Regramento sobre a jornada especial 12x36, banco de horas, intervalos de recuperação térmica e térmica em câmaras frias farmacêuticas e adicionais de periculosidade.

Figura 1: Mapeamento Integrado de Competências, Fluxo de Alocação Assistencial e Segurança

Psicológica de Equipes — Ergonomia Hospitalar (NR-17) e Redução de Afastamentos por LER/DORT.

### 3. Governança de Recursos Humanos e Matriz RACI da Liderança Assistencial

A atuação do RH Hospitalar deve estar plenamente articulada com as chefias de serviço médico e coordenações de enfermagem. A ausência de clareza sobre quem decide, quem executa e quem aprova as movimentações de equipe é uma das principais fontes de desgaste institucional. Abaixo, consolida-se a Matriz RACI para os processos-chave de gestão de pessoas:

#### Tabela

| Processo / Ação de Gestão de Pessoas                                                                            | Responsável (R) | Aprovador (A) | Consultado (C) | Informado (I) |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|---------------|----------------|---------------|
| Elaboração do Plano Anual de Educação Permanente em Saúde                                                       |                 |               |                |               |
| Coordenador de Ensino e Pesquisa                                                                                |                 |               |                |               |
| Diretoria de Enfermagem e Médica                                                                                |                 |               |                |               |
| Comissões Hospitalares (CCIH, CFT)                                                                              |                 |               |                |               |
| Conselho                                                                                                        |                 |               |                |               |
| Condução dos Simulados Realísticos nas Unidades de Internação                                                   |                 |               |                |               |
| Facilitadores e Preceptores Clínicos                                                                            |                 |               |                |               |
| Equipe de Enfermagem e Médicos                                                                                  |                 |               |                |               |
| Engenharia Clínica (Apoio)                                                                                      |                 |               |                |               |
| Supervisão                                                                                                      |                 |               |                |               |
| Avaliação de Impacto dos Treinamentos nos Desfechos Clínicos                                                    |                 |               |                |               |
| Analista de Qualidade e Educação                                                                                |                 |               |                |               |
| Gerente de Riscos Assistenciais                                                                                 |                 |               |                |               |
| Gestores Setoriais                                                                                              |                 |               |                |               |
| Diretoria                                                                                                       |                 |               |                |               |
| Execução do Programa de Feedback e PDI para Ergonomia Hospitalar (NR-17) e Redução de Afastamentos por LER/DORT |                 |               |                |               |
| Líder Imediato do Serviço                                                                                       |                 |               |                |               |
| Diretoria de Recursos Humanos                                                                                   |                 |               |                |               |
| Business Partner (BP) Hospitalar                                                                                |                 |               |                |               |
| Colaborador Avaliado                                                                                            |                 |               |                |               |

### 4. Gestão de Riscos Comportamentais, Clima e Absenteísmo

O mapeamento de riscos humanos no ambiente hospitalar deve ser conduzido com o mesmo rigor metodológico dispensado aos riscos de infecção ou falhas tecnológicas. A matriz de riscos comportamentais identifica os modos de falha na alocação de pessoas, a probabilidade de ocorrência, a severidade do impacto clínico-operacional e as contramedidas preventivas:

#### Tabela

| Modo de Falha / Risco Humano                                        | Impacto Clínico & Operacional | Causa Raiz Comportamental | S | O | D | RPN | Contramedida e Barreira Organizacional |
|---------------------------------------------------------------------|-------------------------------|---------------------------|---|---|---|-----|----------------------------------------|
| Cancelamento frequente de treinamentos por sobrecarga assistencial  |                               |                           |   |   |   |     |                                        |
| Desatualização técnica e elevação de falhas em procedimentos        |                               |                           |   |   |   |     |                                        |
| Falta de previsão de cobertura de leitos durante os cursos          |                               |                           |   |   |   |     |                                        |
| 8   4   3   96                                                      |                               |                           |   |   |   |     |                                        |
| Treinamentos modulares de 15 minutos (Rapid Response In-Situ)       |                               |                           |   |   |   |     |                                        |
| realizados no próprio posto de trabalho                             |                               |                           |   |   |   |     |                                        |
| Criação de constrangimento e estresse punitivo durante o debriefing |                               |                           |   |   |   |     |                                        |
| Bloqueio do aprendizado e medo de participar de novos simulados     |                               |                           |   |   |   |     |                                        |
| Instrutores agressivos ou excessivamente críticos                   |                               |                           |   |   |   |     |                                        |
| 8   2   2   32                                                      |                               |                           |   |   |   |     |                                        |
| Capacitação estrita dos facilitadores no método                     |                               |                           |   |   |   |     |                                        |

Debriefing with Good Judgment de Harvard

Desperdício de recursos em tecnologias educacionais sem aderência | Simuladores caros subutilizados e sem integração com a realidade | Falta de plano pedagógico atrelado aos riscos do hospital | 7 | 3 | 2 | 42 | Priorização temática baseada nos incidentes de maior gravidade notificados pelo Núcleo de Segurança

## 5. Segurança Psicológica, Comunicação SBAR e Cultura de Não Silenciamento

A clássica hierarquia autocrática hospitalar — onde o médico detém autoridade incontestável e os demais membros da equipe receiam verbalizar dúvidas — é uma das maiores ameaças à segurança do paciente documentadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS). A segurança psicológica consiste na convicção compartilhada de que o ambiente de trabalho é seguro para a tomada de riscos interpessoais. Em termos assistenciais, significa que uma técnica de enfermagem ou um farmacêutico júnior tem o dever e a tranquilidade moral de alertar o cirurgião mais experiente do hospital diante de uma suspeita de erro.

S — Situação (Situation):

Declaração concisa e direta do problema imediato, identificando o paciente, o leito e a preocupação clínica urgente em menos de 15 segundos.

B — Breve Histórico (Background):

Contexto clínico relevante: diagnóstico de admissão, data cirúrgica, alergias conhecidas e sinais vitais basais de referência.

A — Avaliação (Assessment):

O que o profissional observou: deterioração de escore NEWS-2, queda na saturação de oxigênio ou divergência na prescrição antimicrobiana.

R — Recomendação (Recommendation):

O que se propõe expressamente: avaliação presencial imediata no leito, gasometria arterial estat ou suspensão provisória de infusão.

## 6. Painel de Indicadores de Gestão de Pessoas em Saúde (People Analytics)

A tomada de decisão estratégica em recursos humanos na saúde deve abandonar suposições e operar orientada a dados (People Analytics). A tabela a seguir sintetiza os indicadores de capital humano indispensáveis para auditorias de acreditação ONA Nível 3 e Joint Commission International (JCI):

### Tabela

Indicador de Capital Humano | Fórmula / Algoritmo de Cálculo | Meta Hospitalar |

Periodicidade | Fonte de Dados

Horas Médias de Capacitação Assistencial por Colaborador/Ano | Total de horas de treinamento / Efetivo total |  $\geq 40$  h / ano | Mensal | LMS e Relatórios de Treinamento

Tempo de Resposta em Simulações de Emergência (PCR / AVC) | Segundos até a primeira desfibrilação ou trombolítico |  $\leq 120$  s (Desfibrilação) | Trimestral | Cronometragem em Simulações in situ

Índice de Retenção de Conhecimento Técnico em 6 Meses | Média em pós-testes após 180 dias / Pré-teste |  $\geq 80\%$  | Semestral | Comissão de Educação Continuada

Índice de Retenção Específico em Ergonomia Hospitalar (NR-17) e Redução de Afastamentos por LER/DORT | (Colaboradores Ativos  $\geq 1$  ano / Total no setor)  $\times 100$  |  $\geq 92,0\%$  | Semestral | Gente e Gestão (RH)

Figura 2: Dashboard Executivo de People Analytics em Saúde — Painel de Monitoramento de Retenção, Clima Organizacional, Absenteísmo e Engajamento Médico.

## 7. Procedimentos Operacionais Padrão (POPs de RH), Políticas Internas e Sustentação

A padronização das rotinas de gestão de pessoas através de POPs e Manuais de Conduta Ética garante a previsibilidade e a equidade no tratamento de todos os colaboradores, mitigando sensações de favorecimento ou arbitrariedade. Toda instituição de saúde de médio ou grande porte deve manter formalmente instituídas as seguintes políticas:

- POP-RH-01 — Política de Atração, Seleção e Verificação Ética: Regras para triagem curricular, validação de diplomas perante o MEC e certidões negativas de processos ético-disciplinares nos respectivos conselhos de classe;
- POP-RH-02 — Protocolo de Acolhimento e Prevenção do Burnout: Fluxo confidencial de encaminhamento de profissionais com queixas de esgotamento ao serviço de medicina do trabalho e suporte psicológico externo contratado;
- POP-RH-03 — Gestão de Escalas, Trocas de Plantão e Registro de Ponto: Limitação rigorosa de substituições informais de plantão, com exigência de antecedência mínima de 48 horas e anuência expressa da chefia imediata;
- POP-RH-04 — Mediação Conflitual e Comitê de Conduta: Protocolo investigativo com garantia de ampla defesa e contraditório diante de denúncias de assédio moral, negligência ou discriminação no ambiente assistencial.

## 8. Requisitos de Conformidade Trabalhista, Previdenciária e Normas de Saúde

A sustentabilidade de uma gestão hospitalar depende da blindagem contra passivos trabalhistas vultosos, frequentemente causados por inobservância de normas sanitárias e

ocupacionais:

- Equiparação e Piso Salarial da Enfermagem (Lei nº 14.434/2022): Cumprimento dos pisos nacionais de enfermeiros, técnicos e auxiliares, com atenção especial aos reflexos em encargos sociais e orçamento corporativo;
- Laudo Técnico das Condições Ambientais de Trabalho (LTCAT) e PPP Digital: Manutenção atualizada dos fatores de risco biológico e químico para fins de aposentadoria especial junto ao INSS via eSocial;
- Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO - NR-7): Realização tempestiva de exames admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho e demissionais, com dosagens sorológicas e controle de imunização;
- Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e Assédio (CIPA + A - NR-5): Eleição paritária e atuação fiscalizadora permanente nos postos de assistência e setores de apoio (lavanderia, nutrição, CME);
- Regulamento Sanitário RDC ANVISA nº 63/2011: Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde, incluindo a capacitação permanente dos recursos humanos envolvidos.

## 9. Recomendações Estratégicas para o Gestor e Conclusões Finais

A liderança eficaz em saúde exige uma combinação singular de sensibilidade humana e disciplina de gestão por dados. Diante da crescente escassez de profissionais especializados e dos elevados custos de reposição, as instituições que prosperarão no horizonte até 2040 serão aquelas que transformarem seus hospitais em centros de acolhimento e desenvolvimento profissional contínuo.

1. **Lidere pelo Exemplo e Presença Física (Gemba Walk):** O gestor de saúde que permanece enclausurado em gabinetes perde o contato com as reais dores da equipe de ponta. Percorra as enfermarias e plantões noturnos periodicamente com postura de escuta ativa;
2. **Reconheça Pequenas Vitórias Clínicas:** Celebrar o sucesso de uma extubação difícil, uma cirurgia bem-sucedida ou a ausência de infecções hospitalares no mês fortalece o propósito profissional mais do que meras cobranças de metas financeiras;
3. **Promova o Autocuidado Assistencial:** O profissional de saúde só é capaz de cuidar com excelência quando se sente protegido e cuidado pela instituição que o emprega. A saúde do trabalhador é a primeira barreira de segurança do paciente;
4. **Adote o People Analytics sem Perder a Alma:** Métricas de turnover e produtividade indicam tendências, mas o diálogo individualizado e a empatia na gestão cotidiana resolvem os conflitos e constroem a verdadeira lealdade institucional.

Prof. Cristiano Ricardo dos Santos

Farmacêutico-Bioquímico (CRF-SP 29729) · Mestre em Farmácia · Especialista em Gestão de Pessoas, Liderança Clínica e Governança em Saúde

Publicado no repositório técnico oficial da Rede CR em 25/06/2024 às 00:58