

LIVRO DIGITAL

ATUAÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE SAÚDE OCUPACIONAL

SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA



ORGANIZADO POR:

Alessandra da Cruz Serafim

Cintia Koerich

Elaine Cristina Soares da Silveira

Mariana Vieira Villarinho



GOVERNO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

ATUAÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE
SAÚDE OCUPACIONAL

FLORIANÓPOLIS/ SC
2022



Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil).

A886 Atuação da equipe multiprofissional de saúde ocupacional / Organizado por: Alessandra da Cruz Serafim, Cintia Koerich, Elaine Cristina Soares da Silveira, Mariana Vieira Villarinho. – 1. ed. – Florianópolis : Secretaria de Estado da Saúde, 2022.
23.058 kb , pdf.

ISBN 978-65-994295-2-1

1. Saúde ocupacional. 2. Saúde ocupacional – Legislação. 3. Doenças profissionais. I. Serafim, Alessandra da Cruz. II. Koerich, Cintia. III. Silveira, Elaine Cristina Soares da. IV. Villarinho, Mariana Vieira. V. Título.

CDU 614.8

Angela Schmidt da Rosa – Bibliotecária – CRB-14/1171



GOVERNO DO ESTADO DE SANTA CATARINA
Secretaria de Estado da Administração (SEA)
Secretaria de Estado da Saúde (SES)

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DE SANTA CATARINA (ESPSC)
Núcleo de Educação Integrada

Organização

Alessandra da Cruz Serafim
Cintia Koerich
Elaine Cristina Soares da Silveira
Mariana Vieira Villarinho

Autores

Alessandra da Cruz Serafim
Aline Rios Simões
Ana Paula Bett Fortuna Cioccarì
Cintia Koerich
Daniela Brick
Denise Krieger
Elaine Cristina Soares da Silveira
Jane Cristina S. Gesser
Laercio de Campos
Manuela Mendonça Lisboa Beirão
Mariana Vieira Villarinho
Maurício Silva
Paulo César da Silva
Rafaela Luiza Trevisan
Rafaela Marcon Dalponte
Rozilda dos Santos
Sérgio Sousa de Oliveira
Simone da Silva

Colaboradores

Camila do Couto Maia
Carlos Tenedson Aguiar
Danilo Mascarenhas Galvão Santos
Daysi Jung da Silva Ramos
Fernanda Bernardo Martins
Gustavo da Silva
Jony Cesar de Lemos Silva
Maria de Fátima de Souza Rovaris
Ronaldo Xavier Pereira Júnior

Revisão Técnica

Alessandra da Cruz Serafim
Aline Rios Simões
Angela Schmidt da Rosa
Cintia Koerich
Elaine Cristina Soares da Silveira
Justina Inês Sperandio
Laércio de Campos
Mariana Vieira Villarinho
Paula Sanhudo da Silva
Paulo César da Silva
Rafaela Luiza Trevisan
Silvana Silveira de Amorim Melo



Agradecimentos

Somos gratos aos servidores públicos, às instituições e gestores do poder executivo estadual que apoiam a causa da saúde do servidor e são parceiros nas ações de melhoria das condições ambientais, organizacionais e relacionais de trabalho;

Ao Secretário da Secretaria de Estado da Administração (SEA), Jorge Eduardo Tasca, ao Diretor da Diretoria de Saúde do Servidor (DSAS), Fernando Luiz Alves e à Gerente da Gerência de Saúde do Servidor (GESAS), Mariana Vieira Villarinho pela defesa e apoio no desenvolvimento da Rede de Saúde do Servidor no Estado de Santa Catarina;

À Equipe Multiprofissional de Saúde Ocupacional da SES, em especial à Nara Cristiane Côrrea, coordenadora das Equipes Multiprofissionais de Saúde Ocupacional da Secretaria de Estado da Saúde (SES) pela parceria e contribuição dispensada;

À equipe da Escola de Saúde Pública de Santa Catarina (ESPSC/SES) pela parceria estabelecida na revisão, edição, suporte e publicação do curso na Plataforma online e especialmente à Coordenadora do Núcleo de Educação Integrada da Escola de Saúde Pública/SES, Maria de Fátima Rovaris pela dedicação dispensada na construção do curso nessa modalidade de ensino;

Ao Maurício Silva, Assistente Social/SES, pela contribuição especial no Módulo Panorama de Saúde do Servidor - Afastamentos Laborais e Indicadores de Absenteísmo-Doença;

À Equipe do Psicossocial da Gerência da Perícia Médica (GEPEM), pela parceria na elaboração no Módulo Panorama de Saúde do Servidor - Benefícios Periciais, em especial à Manuela Mendonça Lisboa Beirão, Psicóloga; Rozilda dos Santos, Assistente Social e Ana Paula Bett Fortuna Cioccarri, Assistente Social;

À Rafaela Marcon Dalponte, Fisioterapeuta da GEPEM, pela contribuição na construção no Módulo Panorama de Saúde do Servidor - Acidentes em Serviço e Acidente de Trabalho;

À Simone da Silva, Engenheira do Trabalho da Gerência de Controle de Benefícios (GECOB), pela auxílio na elaboração no Módulo Panorama de Saúde do Servidor - Afastamentos Laborais e Indicadores de Absenteísmo-Doença;

Aos "gesaslinos" (servidores da Gerência de Saúde do Servidor) que compartilharam seus conhecimentos para tornar possível a elaboração deste curso;



Ao Roberto Ruiz, Médico do Trabalho da Universidade Federal de Santa Catarina, pela colaboração no planejamento do conteúdo deste curso;

Aos servidores integrantes das Equipes Multiprofissionais de Saúde Ocupacional pela abertura e disponibilidade de receber o conteúdo deste curso de capacitação no sentido de aprimorar sua prática profissional para o acompanhamento da saúde do servidor;

Enfim, a todos e todas, nosso reconhecimento e gratidão pelo valioso auxílio, pois todas as atividades exitosas no serviço público são frutos de ações coletivas de vários parceiros atuais e que nos antecederam.

Gratidão!



Lista de Ilustrações

Figura 1 - Quem somos	17
Figura 2 - Integração das gerências	18
Figura 3 - Rede de saúde do servidor	21
Figura 4 - Portal do servidor	62
Figura 5 - Formulário MLR-122 - Parte 1	63
Figura 6 - Formulário MLR-122 - Parte 2	64
Figura 7 - Formulário MLR-122 - Parte 3	65
Figura 8 - Formulário da CAT	71
Gráfico 1 - LTS Concedidas por Grupo de Patologia, 2017 a 2019	74
Gráfico 2 - LTS Concedidas por Órgão de Lotação, 2017 a 2019	75
Gráfico 3 - Servidores Afastados por LTS por Órgão de Lotação, 2017 a 2019	76
Gráfico 4 - LTSs Concedidas por Mês de Concessão, 2017 a 2019	77
Gráfico 5 - Evolução das Taxas de Afastamento por LTS, 2002 a 2018	78
Gráfico 6 - Evolução das Taxas de Afastamento por LTS, segundo o Sexo, 2002 a 2018	79
Gráfico 7 - Evolução do IAD, 2002 a 2018	81
Gráfico 8 - Readaptações Concedidas por Grupo de Patologia, 2017 a 2019 ..	82
Gráfico 9 - Readaptações Concedidas por Grupo de Patologia, 2019	83
Gráfico 10 - Servidores readaptados por órgão de lotação, 2019	84
Gráfico 11 - Readaptações Concedidas por Órgão de Lotação, 2019	85
Gráfico 12 - Readaptações Concedidas por Órgão de Lotação, 2017 a 2019 ..	86
Gráfico 13 - Readaptações por órgão de lotação, 2019	86
Gráfico 14 - Acidentes em Serviço por Órgão de Lotação, 2017 a 2019	87
Gráfico 15 - Acidentes em Serviço por Órgão de Lotação, 2019	88
Gráfico 16 - Acidentes em Serviço por Tipo de Acidente	89
Gráfico 17 - Acidentes em Serviço por Natureza da Lesão, 2017	90
Gráfico 18 - Acidentes em Serviço por Natureza da Lesão, 2018	91
Gráfico 19 - Acidentes em Serviço Natureza da Lesão, 2019	91
Figura 9 - Exemplo de estruturação do problema 1 de acordo com o Esquema da árvore explicativa	134
Figura 10 - Árvore dos objetivos	135



Lista de Quadros

Quadro 1 - Aplicabilidade das Normas Regulamentadoras (NRs) e da Legislação Estadual sobre Saúde do Servidor	26
Quadro 2 - Classificação da Incapacidade laboral segundo grau, duração, profissão e função	40
Quadro 3 - Grau de parentesco para LTF	46
Quadro 4 - Evolução do caso de Acidente com Exposição a Material Biológico entre servidores públicos estatutários e celetistas em Santa Catarina (SC)	92
Quadro 5 - Fatores que dificultam e fatores que favorecem a atuação interdisciplinar	110
Quadro 6 - Boas práticas que favorecem o exercício da interdisciplinaridade ...	111
Quadro 7 - Diferença entre o Planejamento Normativo Tradicional e o Planejamento Estratégico Situacional	125
Quadro 8 - Principais ações de cada momento do PES	126
Quadro 9 - Critérios de priorização dos problemas	131
Quadro 10 - Exemplo de análise de priorização de problemas	132
Quadro 11 - Exemplo de formulação de soluções para os problemas	136
Quadro 12 - Exemplo de Plano de ação para o problema 1	137
Quadro 13 - Exemplo de análise de recursos críticos	140
Quadro 14 - Exemplo de planilha para acompanhamento do plano de ações ..	142



Lista de Siglas

ACT	Admitido em Caráter Temporário
ARESC	Agência de Regulação de Serviços Públicos
CBMSC	Corpo de Bombeiros Militar do Estado de SC
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CCR	Centro Catarinense de Reabilitação
CENDES	Centro Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social da Universidade Central da Venezuela
CGE	Controladoria Geral do Estado
CIPA	Comissão Interna de Prevenção de Acidentes
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CM	Secretaria Executiva da Casa Militar
CSS	Comissão de Saúde do Servidor
DCIPA	Designado da CIPA
DSAS	Diretoria de Saúde do Servidor
EMSO	Equipe Multiprofissional de Saúde Ocupacional
ENA	Fundação Escola de Governo
EPC	Equipamento de Proteção Coletiva
EPI	Equipamento de Proteção Individual
ESPSC	Escola de Saúde Pública de Santa Catarina
FAPESC	Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Estado de SC
FCC	Fundação Catarinense de Cultura
FCEE	Fundação Catarinense de Educação Especial
FESPORTE	Fundação Catarinense de Esportes
GAB	Gabinete da Vice Governadora/do Governador
GECOB	Gerência de Controle de Benefícios de Saúde
GPEM	Gerência de Perícia Médica
GESAS	Gerência de Saúde do Servidor
GUT	Gravidade, Urgência e Tendência
IGP	Instituto Geral de Perícias de SC
IMA	Instituto do Meio Ambiente de SC
INMETRO	Instituto de Metrologia



Lista de Siglas

IPREV	Instituto de Previdência do Estado de SC
JUCESC	Junta Comercial do Estado de SC
LOA	Lei Orçamentária Anual
LTS	Licença para Tratamento de Saúde
MPT	Ministério Público do Trabalho
MSO	Manual de Saúde Ocupacional
NR	Norma Regulamentadora
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PC	Polícia Civil de SC
PCMSO/SC	Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PGE	Procuradoria Geral do Estado
PMSC	Polícia Militar de SC
PNSST	Política Nacional de Saúde e Segurança do Trabalho
PNSTT	Política Nacional de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora
PPA	Plano Plurianual
PPRPS	Programa de Prevenção de Riscos Psicológicos e Sociais
RH	Recursos Humanos
RSO	Representante de Saúde Ocupacional
SAI	Secretaria Executiva de Assuntos Internacionais
SAN	Secretaria Executiva de Articulação Nacional
SANTUR	Agência de Desenvolvimento do Turismo de Santa Catarina
SAP	Secretaria de Estado da Administração Prisional e Socioeducativa
SAR	Secretaria de Estado da Agricultura e da Pesca
SCC	Secretaria de Estado da Casa Civil
SDC	Secretaria de Estado da Defesa Civil
SDE	Secretaria de Estado do Desenvolvimento Econômico Sustentável
SDS	Secretaria de Estado do Desenvolvimento Social
SEA	Secretaria de Estado da Administração
SECOM	Secretaria de Estado da Comunicação



Lista de Siglas

SED	Secretaria do Estado da Educação
SEF	Secretaria do Estado da Fazenda
SES	Secretaria de Estado da Saúde
SIE	Secretaria de Estado da Infraestrutura e Mobilidade
SIG	Secretaria Executiva da Integridade e Governança
TAC	Termo de Ajustamento de Conduta
UDESC	Universidade do Estado de SC
UTI	Unidade de Terapia Intensiva



SUMÁRIO

Módulo 1: Introdução	14
1 Atuação da Equipe Multiprofissional de Saúde Ocupacional	15
1.1 Objetivos	15
1.2 Saúde Ocupacional x Saúde do Servidor	16
1.3 Gerência de Saúde do Servidor (GESAS)	17
1.4 Lei Estadual de Saúde Ocupacional	18
1.5 Rede de Saúde do Servidor	19
1.6 Equipe Multiprofissional de Saúde Ocupacional (EMSO)	19
1.7 Comissão de Saúde do Servidor	20
1.8 Representante de Saúde Ocupacional	20
1.9 Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA)	20
1.10 Rede de Saúde do Servidor	21
Referências	22
Módulo 2: Legislação sobre saúde do servidor	23
2 Legislação Internacional e Nacional de Saúde Ocupacional	24
2.1 Organização Internacional do Trabalho (OIT)	24
2.2 Convenções Internacionais	25
2.3 Legislação sobre Saúde do Servidor do Estado de Santa Catarina	27
2.4 Responsabilidades do Programa Estadual de Saúde Ocupacional da Lei nº 14.609/09	29
2.5 Dotação Orçamentária da Lei nº 14.609/09	29
2.6 Legislação Estadual sobre Saúde do Servidor	30
2.7 CIPA e Designados da CIPA	31
2.8 Importância da Legislação	34
Referências	35
Módulo 3: Panorama da saúde do servidor/SC	36
3 Benefícios de Saúde	37
3.1 Perícia <i>ex officio</i>	41
3.2 Licença para Tratamento de Saúde (LTS)	42
3.3 Licença para Tratamento de Familiar (LTF)	44
3.4 Readaptação Funcional	47
3.5 Remoção	51



SUMÁRIO

3.6 Horário especial para servidor com deficiência	52
3.7 Aposentadoria por Invalidez	55
3.8 Reversão de Aposentadoria	56
3.9 Benefício Auxílio-doença	57
3.10 Reconsideração Pericial	58
3.11 Interlocução da EMSO	59
4 Acidentes em Serviço	60
4.1 Conceito e Legislação: Acidente em Serviço	60
4.2 Classificação	61
4.3 Comunicação Estadual de Acidente em Serviço	61
4.4 Benefícios associados à CEAS	66
4.5 Pagamento e/ou Ressarcimentos de Despesas	66
4.6 Conversões de LTS para LTA	68
4.7 Aposentadoria por Incapacidade Permanente, Isenção de Imposto de Renda e de parte da Contribuição Previdenciária	69
4.8 Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT)	70
4.9 Notificação das CEAS e CAT	72
5 Afastamentos laborais e indicadores de absenteísmo-doença	72
5.1 Afastamentos laborais	73
5.2 LTS Concedidas por Grupo de Patologia	74
5.3 LTS concedidas por órgão de lotação	75
5.4 Quantidade de servidores afastados por órgão	75
5.5 LTSs Concedidas por mês de concessão	77
5.6 Indicadores de Absenteísmo-doença - Taxas de Afastamento	77
5.7 Evolução das Taxa de Afastamentos por LTS	78
5.8 Taxas de afastamento por LTS, segundo o sexo	79
5.9 Indicadores de absenteísmo-doença	80
5.9.1 Índice de absenteísmo-doença	80
5.10 Readaptações	81
5.10.1 Readaptações por Grupo de Patologia, 2017 a 2019	82
5.10.2 Readaptações por Grupo de Patologia, 2019	83



SUMÁRIO

5.10.3 Readaptações por Órgão de Lotação, 2017 a 2019	83
5.10.4 Readaptações por Órgão de Lotação, 2019	84
5.10.5 Readaptações por Órgão de Lotação, 2017 a 2019	85
5.10.6 Readaptações por Órgão de Lotação, 2019	86
5.11 Acidentes em Serviço	87
5.12 Acidentes em Serviço por Natureza da Lesão	90
5.13 Dados Estatísticos - Boletins	94
5.14 Como solicitar dados?	94
Referências	97
Módulo 4: Equipe Multiprofissional de Saúde Ocupacional	99
6 Equipe Multiprofissional de Saúde Ocupacional (EMSO)	100
6.1 Comissão de Saúde do Servidor (CSS)	101
6.2 Dimensionamento da EMSO	102
6.3 Implantação da EMSO	103
6.4 Atribuições comuns da EMSO	103
6.5 Atuação interdisciplinar da EMSO	108
6.6 A importância da integralidade na saúde do servidor	112
6.7 Integração EMSO	114
6.8 Integração EMSO e Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA)	115
6.9 Intra-setorialidade e Inter-setorialidade na saúde do servidor	116
6.10 O homem na arena	117
Referências	118
Módulo 5: Planejamento Estratégico Situacional	120
7 A importância do Planejamento	121
7.1 Método de planejamento: Planejamento Estratégico Situacional	122
7.2 Método de planejamento	124
7.3 Planejamento Estratégico Situacional (PES)	126
7.4 Momento explicativo: Diagnóstico Situacional	127
7.5 Momento normativo	134
7.6 Momento estratégico	138
7.7 Momento tático-operacional	140
Referências	143



ATUAÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE SAÚDE OCUPACIONAL

MÓDULO 1

Introdução

Alessandra da Cruz Serafim
Cintia Koerich
Elaine Cristina Soares da Silveira
Mariana Vieira Villarinho

1 Atuação da Equipe Multiprofissional de Saúde Ocupacional

Olá,

Seja bem-vindo ao Livro Digital: **“Atuação da Equipe Multiprofissional de Saúde Ocupacional”**.

Com seus estudos você terá acesso a conteúdos fundamentais para desenvolver suas atividades como membro da Equipe Multiprofissional de Saúde Ocupacional (EMSO) de forma interdisciplinar tendo como base o capítulo II do Decreto nº 2.709/2009 (Manual de Saúde Ocupacional) e a Lei nº 14.609/2009.

1.1 Objetivos

- Fornecer informações relevantes sobre saúde do servidor, conforme preconiza as legislações de saúde do servidor;
- Uniformizar as atividades de saúde do servidor no poder executivo estadual;
- Favorecer a implementação de ações priorizando a promoção da saúde, a qualidade de vida no trabalho e a prevenção de acidentes e doenças do trabalho;
- Qualificar a EMSO para atuar de forma interdisciplinar;
- Possibilitar o acompanhamento dos servidores em benefícios de saúde;
- Estimular a análise das demandas institucionais para atender as necessidades dos servidores.



1.2 Saúde Ocupacional X Saúde do Servidor

Apesar da denominação Equipe Multiprofissional de Saúde Ocupacional (EMSO) ainda ser utilizada, visto que está prevista no Manual de Saúde Ocupacional (MSO) e este encontrar-se em processo de revisão de seus marcos conceituais, atualmente se tem discutido a pertinência da substituição do termo “Saúde Ocupacional” pelo termo “Saúde do Servidor”, considerando que:

Saúde Ocupacional possui como base conceitual a ideia de que o objetivo seria adequar o ambiente de trabalho ao homem e cada homem ao seu trabalho, no qual a doença constitui objeto de ação da equipe (LACAZ, 2013).

Saúde do Trabalhador traz a ideia de trabalho em equipe multiprofissional com atuação interdisciplinar com ampla abertura à participação dos trabalhadores, no qual o objeto de ação da equipe é a promoção da saúde (LACAZ, 2013).

Cabe mencionar que o termo “Saúde do Trabalhador” está previsto na Política Nacional de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora (PNSTT) (BRASIL, 2012). Tendo isso por base, considerou-se as especificidades e características próprias do serviço público estadual e o fato de que os servidores públicos representam uma parte específica dos trabalhadores, e desta forma, optou-se por utilizar o termo “Saúde do Servidor” assumindo o seguinte conceito:

Saúde do Servidor: valor social público, relacionados a fatores ambientais, sociais, psicológicos, políticos, econômicos e organizacionais, que afetam o bem-estar e a qualidade de vida dos servidores públicos estaduais no trabalho.



Desta forma, neste curso utilizaremos o termo “Saúde do Servidor” ao nos referirmos às ações realizadas pela Rede de Saúde do Servidor.

1.3 Gerência de Saúde do Servidor (GESAS)

A Gerência de Saúde do Servidor (GESAS), inserida na Diretoria de Saúde do Servidor (DSAS), da Secretaria de Estado da Administração (SEA), objetiva estabelecer políticas e diretrizes para a gestão da saúde e segurança no trabalho dos servidores públicos estaduais.

Destacamos que a SEA, como órgão sistêmico, por meio da GESAS/DSAS é a responsável pelas atividades de normatização, coordenação, supervisão e controle relacionadas à saúde ocupacional do servidor.

Figura 1 - Quem somos

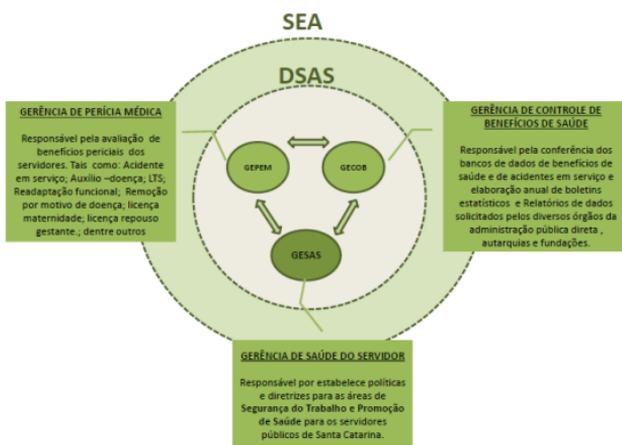


Fonte: Elaboração dos autores (2022).



Representação gráfica da integração das gerências da DSAS/SEA envolvidas na Rede de Saúde do Servidor:

Figura 2 - Integração das gerências



Fonte: Elaboração dos autores (2022).

1.4 Lei Estadual de Saúde Ocupacional

O Governo do Estado de Santa Catarina aprovou em 7 de janeiro de 2009, a Lei nº 14.609, criando o Programa Estadual de Saúde Ocupacional para a Administração Direta, Autárquica e Fundacional, voltado para promoção, recuperação e proteção da saúde, como também à prevenção de doenças profissionais e do trabalho dos servidores públicos.

O programa prevê a descentralização das ações de saúde ocupacional. Foi regulamentado pelo Decreto nº 2.709, em 27 de outubro de 2009, com a instituição do Manual de Saúde Ocupacional (MSO).



Importante mencionar a publicação da IN 08 de 24/06/2019 que objetivou orientar os órgãos e entidades no âmbito do Poder Executivo Estadual quanto à previsão de dotação orçamentária e a implementação do Programa Estadual de Saúde Ocupacional.

1.5 Rede de Saúde do Servidor

As ações de saúde do servidor previstas pela Lei nº 14.609/2009 e Decreto nº 2.709/2009 são realizadas pela Rede de Saúde do Servidor.

A Rede de Saúde do Servidor é composta por Agentes públicos (Equipe Multiprofissional de Saúde Ocupacional, Comissão de Saúde do Servidor, Representante de Saúde Ocupacional e Comissão Interna de Prevenção de Acidentes) que interagem garantindo a integralidade da atenção à saúde do servidor tanto de forma intrassetorial, como intersetorial.

1.6 Equipe Multiprofissional de Saúde Ocupacional (EMSO)

Equipe Multiprofissional de Saúde Ocupacional*: grupo de servidores tecnicamente habilitados, com a função de executar as ações de saúde ocupacional na administração pública estadual.

*O Decreto e o MSO estão em processo de revisão. Desta forma, neste curso utilizaremos a seguinte definição para "Equipe Multiprofissional de Saúde do Servidor": servidores tecnicamente habilitados com a função de desenvolver ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde e proteção da integridade do servidor por meio da interdisciplinaridade na administração pública estadual.



1.7 Comissão de Saúde do Servidor

Comissão nomeada pelos gestores nos órgãos com mais de 250 servidores, até que sejam compostas as Equipes Multiprofissionais de Saúde Ocupacional (EMSOs) em seu órgão de atuação, conforme Instrução Normativa nº 08 de 24/06/2019.

1.8 Representante de Saúde Ocupacional

O Representante de Saúde Ocupacional (RSO) é o servidor voluntário responsável pela coordenação das ações de saúde e segurança do trabalho nos órgãos e entidades estaduais com até 250 (duzentos e cinquenta) servidores conforme Instrução Normativa nº 8 de 24/06/2019.

1.9 Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA)

A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) é composta por servidores eleitos pelos servidores e nomeados pelos gestores de cada estabelecimento dos órgãos e entidades estaduais com o objetivo de prevenir acidentes e doenças decorrentes do trabalho e promover a saúde do servidor.

Nos órgãos desobrigados em constituir CIPA, conforme preconiza o Capítulo III do MSO, o gestor nomeia um servidor para atuar como Designado da CIPA (DCIPA).



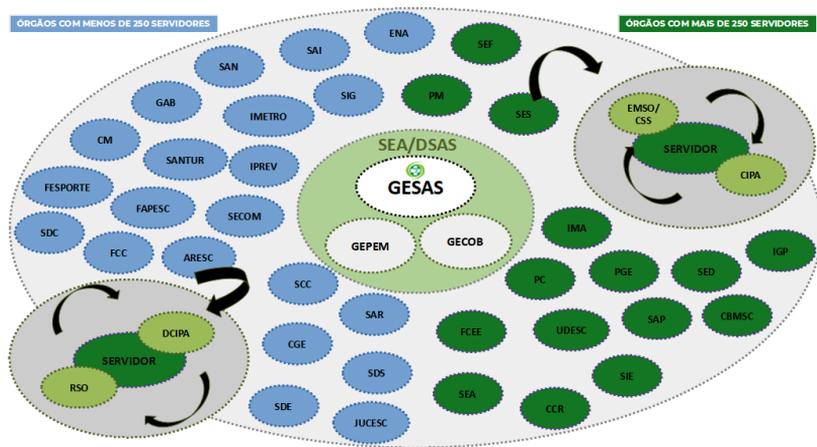
1.10 Rede de Saúde do Servidor

Salientamos a importância das Equipes Multiprofissionais de Saúde Ocupacional (EMSOs) e dos Representantes de Saúde Ocupacional (RSOs) trabalharem em parceria com a CIPA ou Designados da CIPA, a fim de promover a saúde e segurança no ambiente de trabalho.

A cooperação entre os membros da saúde do servidor fortalece a Rede de Saúde do Servidor Estadual em prol à sua saúde e segurança.

Para compreender a Rede de Saúde do Servidor observe a figura:

Figura 3 - Rede de saúde do servidor



Fonte: Elaborado pelos autores (2022).

A figura apresenta a Rede de Saúde do Servidor composta pelos seguintes agentes: EMSO, CSS, CIPA, RSO, DCIPA, GEASAS, GEPEM, GECOB. O órgão com mais de 250 servidores será assistido pela EMSO/CSS e CIPA.



Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012**. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html. Acesso em: 28 jul. 2022.

LACAZ, F. A. C. O campo saúde do trabalhador: epistemologia, desafios e lacunas. In: **Avesso do trabalho III: Saúde do trabalhador e questões contemporâneas**. NAVARRO, V. L.; LOURENÇO, E. A. S. (org.). São Paulo: Outras Expressões, 2013.

SANTA CATARINA. **Decreto n. 2.709, de 27 de outubro de 2009**.

Institui o Manual de Saúde Ocupacional do Servidor Público, no âmbito da administração pública estadual direta e indireta. Florianópolis, SC: Diário Oficial do Estado, 2009.

SANTA CATARINA. Instrução normativa nº 8, de 24 de junho de 2019. Dispõe sobre normas para implementação do Programa Estadual de Saúde Ocupacional da Administração Pública Direta, Autárquica e Fundacional do Poder Executivo Estadual. **Diário Oficial SC**, Florianópolis, n. 21.048, 3 jul. 2019. Disponível em:

http://www.portaldoservidor.sc.gov.br/ckfinder/userfiles/arquivos/Saude_do_servidor/IN_n%C2%B0_8_2019_-_Publicada.pdf. Acesso em: 28 jul. 2022.

SANTA CATARINA. **Lei nº 14.609, de 7 de janeiro de 2009**. Institui o Programa Estadual de Saúde Ocupacional do Servidor Público e estabelece outras providências. Florianópolis: ALESC, 2009. Disponível em:

http://leis.alesc.sc.gov.br/html/2009/14609_2009_Lei.html#:~:text=1%C2%BA%20Fica%20institu%C3%ADdo%20o%20Programa,ocupacional%20dos%20servidores%20p%C3%ABlicos%20estaduais.. Acesso em: 28 jul. 2022.



**ATUAÇÃO
DA EQUIPE
MULTIPROFISSIONAL
DE SAÚDE
OCUPACIONAL**

MÓDULO 2

**Legislação sobre saúde do
servidor**

Laércio de Campos

2 Legislação Internacional e Nacional de Saúde Ocupacional

2.1 Organização Internacional do Trabalho (OIT)

Com a criação da Organização Internacional do Trabalho (OIT) em 1919 pelo Tratado de Versailles a produção de normas sobre Segurança e Saúde do Trabalho começou a ganhar espaço.

Na primeira reunião em 1919 foram adotadas seis convenções que direta ou indiretamente visavam à proteção da saúde, bem-estar e integridade física dos trabalhadores, uma vez que tratavam da limitação da jornada, desemprego, proteção à maternidade, trabalho noturno das mulheres, crianças e adolescentes e idade mínima para admissão ao trabalho.

Para a OIT o trabalho é condição fundamental para a superação da pobreza, da redução das desigualdades sociais, da garantia da governabilidade democrática e o desenvolvimento sustentável.



Clique na imagem e conheça a história da OIT.

Assista o vídeo institucional clicando na imagem ao lado.



2.2 Convenções Internacionais

O Brasil é signatário de Convenções Internacionais sobre Saúde do Trabalhador.

Entre elas destacam-se:

- Convenção nº 161 da OIT (1985) sobre a criação Serviços de Saúde do Trabalho: a expressão designa um serviço investido de funções essencialmente preventivas e encarregado de aconselhar o empregador e os trabalhadores;
- Convenção nº 155 da OIT (1981) sobre Segurança e Saúde dos Trabalhadores que prevê a criação de uma Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho, aprovada em 1981. A Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST) foi instituída apenas em 2011 por meio do Decreto nº 7.602/2011.

A PNSST tem por objetivos a promoção da saúde e a melhoria da qualidade de vida do trabalhador e a prevenção de acidentes e de danos à saúde, relacionados ao trabalho ou que ocorram no curso dele, por meio da eliminação ou redução dos riscos nos ambientes de trabalho.



Clique na imagem para ler a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho.

[Acesse também as convenções da OIT clicando aqui.](#)



- O Capítulo V, do Título II, da CLT denominado “Da Segurança e da Medicina do Trabalho”, do art. 154 ao art. 200 trata sobre diversos temas relacionados à saúde do trabalhador;
- Por Competência Delegada (Art. 200 CLT) o Poder Executivo Federal editou a Portaria 3.214/1978 que criou as Normas Regulamentadoras (NRs);
- As Normas Regulamentadoras (NRs) são aplicáveis, em regra, aos empregados regidos pela CLT, ou seja, não se aplicam aos servidores públicos estatutários do Poder Executivo de Santa Catarina;
- Atualmente existem 37 Normas Regulamentadoras (NRs) que tratam sobre segurança e saúde do trabalhador.



Clique na imagem para acessar a CLT
(Decreto-Lei nº 5.452/1943).

Quadro 1 - Aplicabilidade das Normas Regulamentadoras (NRs) e da Legislação Estadual sobre Saúde do Servidor.

APLICABILIDADE DAS NORMAS DE SEGURANÇA E SAÚDE DO TRABALHO	
<p>Servidores efetivos e ACTs do Poder Executivo de SC</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Lei nº 14.609/2009 Decreto nº 2.709/2009</p>	<p>Empregados regidos pela CLT</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Normas Regulamentadoras (NR) - Portaria nº 3.214/78</p>

Fonte: Elaboração dos autores (2022).



Clique na imagem para acessar o podcast sobre o tema.



2.3 Legislação sobre Saúde do Servidor do Estado de Santa Catarina

No âmbito estadual no serviço público do Poder Executivo até 2009 havia legislação apenas sobre acidente de trabalho, insalubridade, penosidade e “risco de vida”.

O Estatuto dos Funcionários Públicos Civis de Santa Catarina, instituído pela Lei nº 6.745/1985, menciona os acidentes de trabalho nos artigos 116 e 117;

Esses artigos foram regulamentados pelo Decreto nº 665/2016 que dispõe sobre Acidentes em serviço e o pagamento e/ou ressarcimento de despesas decorrentes de acidentes em serviço e doença profissional ou do trabalho.

Observe a redação do art. 116 da Lei n. 6.745/1985:

- Art. 116. Nos casos de acidentes em serviço e de doença profissional, correrão por conta do Estado as despesas com transporte, estadia, tratamento hospitalar, aquisição de medicamentos e de equipamentos ou outros complementos necessários, o que será realizado, se possível, em estabelecimentos localizados no Estado.



§ 1º Entende-se por doença profissional, a que se deve atribuir, como relação de causa e efeito, às condições inerentes ao serviço ou fatos nele ocorridos.

§ 2º Acidente em serviço é o evento danoso que tenha como causa mediata ou imediata, o exercício das atribuições inerentes ao cargo.

- A Lei Complementar nº 81/1993, em seu art. 36, estabeleceu a gratificação pela prestação de serviços em locais insalubres e com “risco de vida”, prevista no inciso II, do art. 85 da Lei 6.745/1985;
- O Decreto nº 4.307/1994, regulamentou os critérios para a concessão das citadas gratificações e o Decreto nº 975/1996 dispôs sobre novos critérios de concessão da gratificação de penosidade, insalubridade e “risco de vida”, incluindo os agentes considerados perigosos, segundo a Norma Regulamentadora - NR 16 (Atividades e Operações Perigosas) do Ministério do Trabalho;
- Atualmente o enquadramento das atividades e/ou operações insalubres e perigosas é feito por meio da Portaria nº 309/2015.

Em 2009 ocorreu a sanção da Lei nº 14.609 de 07 de janeiro de 2009 que instituiu o **Programa Estadual de Saúde Ocupacional do Servidor Público** (SANTA CATARINA, 2009a).



Clique na imagem para acessar o Manual de Saúde Ocupacional.



2.4 Responsabilidades do Programa Estadual de Saúde Ocupacional da Lei n° 14.609/09

- Secretaria de Estado da Administração: normatizar, coordenar, supervisionar e controlar as ações (art. 7º da Lei n° 14.609/2009);
- Demais Órgãos e entidades do Poder Executivo: executar e operacionalizar as ações de saúde do servidor (art. 8º da Lei n° 14.609/2009);

Além disso, o Ministério Público do Trabalho (MPT) tem importante atuação na área de saúde do trabalhador podendo investigar irregularidades; propor aos investigados a regularização administrativa por meio de **Termo de Ajustamento de Conduta** (TAC) e pode inclusive ajuizar Ação Civil Pública quando necessário.

Assista o vídeo do Ministério Público do Trabalho (MPT) clicando na imagem ao lado.



2.5 Dotação Orçamentária da Lei n° 14.609/09

- As despesas decorrentes da execução de ações de saúde ocupacional correrão por conta de dotações próprias do Orçamento Geral do Estado (art. 12 Lei 14.609/09).



- No Plano Plurianual (PPA) a subfunção “331 – Proteção e Benefícios ao Trabalhador”, o Programa 855 – Saúde Ocupacional, a Ação: “Saúde e segurança no contexto ocupacional” e a Subação: “Saúde e segurança no contexto ocupacional – (sigla do órgão ou entidade)”.
- As Subações são inseridas na Lei Orçamentária Anual (LOA) para execução e operacionalização das ações.
- A EMSO deve ficar atenta para requerer ao setor competente a previsão de despesas com saúde do servidor no PPA e na LOA.

2.6 Legislação Estadual sobre Saúde do Servidor

DECRETO Nº 2.709, de 27 de outubro de 2009 instituiu o Manual de Saúde Ocupacional do Servidor Público, no âmbito da administração pública estadual direta e indireta, regulamentando a Lei nº 14.609/2009 (SANTA CATARINA, 2009b).

O Manual de Saúde Ocupacional (MSO) contempla um total de 30 (trinta) capítulos com o propósito de promover ações de prevenção e diagnóstico de acidentes em serviço, doenças profissionais e do trabalho, como também atividades de melhoria das condições ambientais, organizacionais e relacionais de trabalho.

Na sequência serão citados alguns capítulos do MANUAL DE SAÚDE OCUPACIONAL (DECRETO Nº 2.709/2009).



Importante!

O Decreto nº 2.709/2009 que instituiu o Manual de Saúde Ocupacional do Servidor Público está em processo de revisão. Após consulta aos órgãos e entidades para coletar contribuições e considerando as sugestões recebidas, a GESAS está atualizando desde aspectos conceituais, como a exclusão e inclusão de capítulos, como por exemplo, a retirada do Capítulo XI (PPRA) do Manual e inclusão de um Capítulo para tratar especificamente sobre o Gerenciamento de Riscos Ocupacionais em consonância com o que ocorreu nas Normas Regulamentadoras (NRs) Federais.

- **Capítulo II - Equipes Multiprofissionais de Saúde Ocupacional (EMSOs):** As entidades da administração pública estadual manterão, obrigatoriamente, EMSO nos órgãos que possuírem acima de 250 servidores.
- As Equipes Multiprofissionais de Saúde Ocupacional (EMSOs) desenvolverão as ações de saúde ocupacional e serão dimensionadas nos órgãos com mais de 250 servidores, considerando o grau de risco e o número de servidores no estabelecimento, de acordo com o Quadro II do Capítulo II do Manual.
- **Capítulo III - Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA/SC):** Determina que órgãos e as entidades da administração pública estadual manterão, obrigatoriamente, a CIPA ou Designado da CIPA, para ajudar na prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho, e tornar compatível, permanentemente, o trabalho com a preservação da vida e saúde do servidor.



2.7 CIPA e Designados da CIPA

CIPA:

- Composta por representantes dos órgãos (designação) e dos servidores (eleição).
- As CIPAs serão dimensionadas (membros titulares e suplentes) de acordo com o Quadro I do Capítulo III.

Designado da CIPA:

- Servidor designado nos estabelecimentos que não se enquadrarem no dimensionamento do Quadro I do Capítulo III.



COMISSÃO INTERNA DE
PREVENÇÃO DE ACIDENTES

- **Capítulo IV - Equipamento de Proteção Individual (EPI) e Equipamento de Proteção Coletiva (EPC):** Estabelece que o EPI, é todo dispositivo de uso individual destinado a proteger a saúde e a

integridade física do servidor e estabelece, ainda, as obrigações do empregador e do servidor. São exemplos: luvas de proteção, óculos de segurança, capacetes, aventais, calçados, etc.

Neste Capítulo estão previstas as obrigações dos órgãos/entidades e dos servidores quanto ao fornecimento, treinamento e uso dos Equipamentos de Proteção.

- **Capítulo V:** Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO/SC): Estabelece obrigatoriedade da elaboração e implementação do PCMSO, por parte de todos os órgãos e entidades da administração pública estadual, objetivando a promoção e preservação da saúde do conjunto dos servidores.



- **Capítulo VI - Programa de Prevenção de Riscos Psicológicos e Sociais (PPRPS/SC):** Estabelece a obrigatoriedade da elaboração e implementação, por parte dos órgãos e entidades da administração pública estadual do Programa de Prevenção de Riscos Psicológicos e Sociais - PPRPS visando à saúde, o conforto, o bem-estar e a qualidade de vida no trabalho dos servidores.
- **Capítulo XVI - Ergonomia:** Estabelece parâmetros que permitem a adaptação das condições de trabalho às características psicofisiológicas dos servidores, de modo a proporcionar um máximo de conforto, segurança e desempenho eficiente, incluindo os aspectos relacionados ao levantamento, transporte e descarga de materiais, ao mobiliário, aos equipamentos e às condições ambientais do posto de trabalho e à própria organização do trabalho.

Por exemplo, no item 13 do Capítulo XVI, a norma estabelece os requisitos mínimos para assentos de cadeiras dos postos de trabalho, que são:

- I - altura ajustável à estatura do servidor e à natureza da função exercida;
- II - características de pouca ou nenhuma conformação na base do assento;
- III - borda frontal arredondada; e
- IV - encosto com forma levemente adaptada ao corpo para proteção da região lombar.

O presente Capítulo é muito relevante inclusive para postos de trabalho em que são desenvolvidas atividades administrativas.



2.8 Importância da Legislação

A legislação tem papel de destaque na efetivação das ações sobre saúde do servidor. Dessa forma, é importante que os profissionais da EMSO conheçam a Lei nº 14.609/2009 que instituiu o Programa Estadual de Saúde Ocupacional e o Decreto nº 2.709/2009 que instituiu o Manual de Saúde Ocupacional do Servidor Público, no âmbito da administração pública estadual.



Referências

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Presidência da República, 1988. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 12 jul. 2018.

OLVEIRA, S. G. de. Estrutura normativa da segurança e saúde do trabalhador. **Trib. Reg. Trab. 3ª Reg.**, Belo Horizonte, v. 45, n. 75, p. 107-130, jan./jun., 2007.

SANTA CATARINA. **Lei nº 14.609, de 7 de janeiro de 2009**. Institui o Programa Estadual de Saúde Ocupacional do Servidor Público e estabelece outras providências. Florianópolis: ALESC, 2009a. Disponível em:

http://leis.alesc.sc.gov.br/html/2009/14609_2009_Lei.html#:~:text=1%C2%BA%20Fica%20institui%C3%ADdo%20o%20Programa,ocupacional%20dos%20servidores%20p%C3%ABlicos%20estaduais.. Acesso em: 28 jul. 2022.

SANTA CATARINA. **Decreto nº 2.709, de 27 de outubro de 2009**. Institui o Manual de Saúde Ocupacional do Servidor Público, no âmbito da administração pública estadual direta e indireta. Florianópolis, SC: Diário Oficial do Estado, 2009b.



ATUAÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE SAÚDE OCUPACIONAL

MÓDULO 3

Panorama da saúde do servidor/SC

Alessandra da Cruz Serafim
Aline Mari Rueckl
Ana Paula Bett Fortuna Cioccarì
Andrea da Luz Mascarenhas
Daniela Brick
Daniela de Oliveira Vicente
Daniele Cristina Bonetti Marció
Deliana Dall' Orsoletta
Elaine Cristina Soares da Silveira
Elaine Gilmara Souza
Ernesto Nóbrega Pereira Lima
Guerlinda Gomes de Medeiros
Janaina Karpinski Baptista da Silva
Kamilla Valler Custódio
Manuela Mendonça Lisboa Beirão
Mariana Vieira Villarinho
Maurício Silva
Michelle Cristiane Bellincanta Balestrin
Rafaela Luiza Trevisan
Rafaela Marcon Dalponte
Rozilda dos Santos
Sérgio Sousa de Oliveira
Simone da Silva
Thais Thiesen
Vanessa Dal Bosco Susin

Ainda que os fatores individuais, relacionados à personalidade, às vulnerabilidades/idiosincrasias, além dos hábitos, da rotina e das relações fora do trabalho (familiares, afetivas, comunitárias...), possam interferir na atuação profissional e influenciar no processo saúde/doença do servidor, sabemos que os riscos ocupacionais (físicos, químicos, biológicos, ergonômicos, mecânicos, psicológicos e sociais), assim como as condições ambientais, organizacionais e relacionais de trabalho, aos quais os servidores estão submetidos no seu ambiente de trabalho, se sobrepõem, e podem contribuir para vivências de mal-estar, adoecimentos, licenças para tratamento de saúde (LTS), acidentes em serviço e até mesmo incapacidade laboral.

Nesse sentido, ter esse olhar e buscar compreender o processo de saúde e doença dos servidores a partir da articulação das variáveis relacionadas ao trabalho (preponderantes), dentro das organizações, com àquelas que estão para além do ambiente laboral, faz com que seja possível enxergá-lo como um sujeito integral (biopsicossocial), o que poderá possibilitar a melhoria da qualidade de vida, da saúde e da segurança no trabalho.

3 Benefícios de Saúde

Você conhece os benefícios de saúde avaliados pela Perícia Médica Oficial/GEPEM?

Os principais benefícios concedidos aos servidores são:

- Acidente em Serviço;
- Licença para Tratamento de Saúde - LTS;
- Licença para Tratamento de Acidente de Serviço - LTA;
- Licença para Tratamento de Saúde de Pessoa da Família - LTF;



- Readaptação Funcional;
- Remoção e
- Aposentadoria por Invalidez.

É importante conhecer os benefícios de saúde para:

- Orientar os servidores sobre os seus direitos, em caso de doença e/ou incapacidade para o trabalho;
- Observar a possibilidade do absenteísmo-doença, dos servidores de determinado setor, estar associado aos riscos ocupacionais aos quais estão submetidos;
- Promover ações de promoção da saúde e de prevenção de acidentes em serviço e de doenças relacionadas ao trabalho.

Notas importantes sobre os Benefícios de Saúde:

- Podem ser solicitados pelos servidores, chefia, pela própria EMSO ou indicados pela Perícia Médica Oficial/GEPEM;
- São avaliados de forma documental, presencial ou online pela Perícia Médica Oficial/GEPEM/SEA, que poderá ampliar, diminuir ou negar a concessão dos benefícios;
- A declaração de internação hospitalar pode justificar a ausência na avaliação pericial presencial.



Você e sua equipe já acompanham as solicitações de benefício dos servidores?

A avaliação dos benefícios de saúde objetiva analisar a capacidade e a incapacidade laborativa dos servidores.





Você sabe o que é capacidade laborativa?

É quando o servidor possui saúde suficiente ou mínima para o trabalho. O fato de estar doente não significa que esteja incapaz, pois o que importa é a repercussão disso no desempenho das suas atividades laborais.



De acordo com o Decreto nº 3.338/2010 – Manual de Normas Técnicas Médico-Periciais – na avaliação da capacidade laborativa, como no caso da concessão ou não da LTS, assim como da sua suspensão, o perito deve levar em conta a relação entre a patologia apresentada e a incapacidade para o trabalho.



*E a INCAPACIDADE laborativa?
Você sabe o que é?*



De acordo com o Manual, a incapacidade laborativa é a “impossibilidade de desempenho do servidor de executar atividades específicas ao seu cargo, função ou emprego, decorrentes das alterações patológicas consequentes aos agravos apresentados” (SANTA CATARINA, 2010, p. 11).

Deve ser analisada quanto ao grau, à duração e à profissão ou função desempenhada conforme quadro 2.

Quadro 2 - Classificação da Incapacidade laboral segundo grau, duração, profissão e função.

Tipos	Categoria	Descrição
Tipo	Parcial	Permite desempenho de atividades com restrições (capacidade residual), podendo gerar readaptação.
	Total	Impossibilidade de desempenho de atividades, não permitindo atingir a média de rendimento alcançada em condições normais no cargo do examinado.
Duração	Temporária	Quando é esperado recuperação dentro de prazo previsível ou não.
	Permanente	Sem possibilidade de alteração com os recursos da terapêutica, readaptação e reabilitação disponíveis à época da avaliação pericial.
Profissão ou Função	Uniprofissional	A impossibilidade de desempenho alcança apenas uma atividade específica.
	Multiprofissional	O impedimento abrange diversas atividades profissionais.
	Omniprofissional	A incapacidade abrange toda e qualquer atividade laborativa.

Fonte: Manual de Normas Técnicas Médico-Periciais



3.1 Perícia *ex officio*



Você sabe que é possível solicitar avaliação pericial por iniciativa da administração pública (ex officio)?

Esse procedimento é indicado nos casos em que o servidor tenha dificuldade, impedimento para desempenhar suas atividades ou apresente comportamento em desacordo com suas atribuições profissionais.

Também é possível solicitar avaliação pericial para responder quesitos de processos administrativos disciplinares.



Você sabia que a incapacidade laborativa total ou permanente pode resultar em invalidez do servidor?

A invalidez é a incapacidade laborativa total e permanente, para toda e qualquer atividade, insuscetível de recuperação ou readaptação profissional, em consequência de doença ou acidente. Ela resulta no benefício de aposentadoria por invalidez, por tornar o servidor incapaz de prover a sua subsistência e/ou a realização das atividades da vida diária.

A incapacidade laborativa pode resultar em outros benefícios periciais como por exemplo a LTS.



3.2 Licença para Tratamento de Saúde (LTS)

A LTS é concedida ao servidor efetivo que, por motivo de doença, comprovada mediante avaliação médica ou multidisciplinar, esteja momentaneamente incapacitado de comparecer ao seu local de trabalho e desenvolver as suas funções.

Quando a ausência ao trabalho for superior a três dias no mês, exceto para a Secretaria da Saúde, o servidor é avaliado pela Perícia Médica Oficial/GEPEM.



Você e sua equipe sabem quantos servidores estão afastados em LTS em seu órgão?

Fazem algum acompanhamento desses servidores?

Como realizam o acompanhamento?

Para solicitar agendamento de avaliação pericial, o servidor ou pessoa designada por ele, deverá encaminhar atestado médico em até 48 (quarenta e oito) horas; MLR 236 (solicitação de agendamento de Avaliação Pericial); cópia da receita médica ou prescrição de medicação, exames (se houver) e declaração de internação hospitalar, se for o caso.



O atestado deverá ser legível e constar:

- Diagnóstico ou o CID (Código Internacional de Doença),
- Tempo de repouso/afastamento estimado para a recuperação,
- Data de emissão,
- Nome completo do profissional de saúde,
- Número do CRM, CRO ou CRP (Registro no Conselho Regional) e assinatura.

Para fins de avaliação pericial, verificada a necessidade, poderão ser solicitados:

- Avaliação com psicólogo(a) e/ou assistente social a fim de subsidiar a decisão médico pericial;
- Documentos complementares (receituário médico, exames, declarações ou laudos de outros profissionais que acompanham o(a) servidor(a), entre outros).

A LTS pode ser interrompida nos seguintes casos:

- Procedimento *ex officio*;
- A pedido do servidor.

Em ambos os casos, o retorno ocorrerá após o servidor ser considerado apto mediante reavaliação pericial.

Como saber o resultado da avaliação pericial da LTS?

Acessando o Sistema Integrado de Gestão de Recursos Humanos (SIGRH), no Portal do Servidor, no item afastamentos.



A LTS poderá ser concedida em caráter preventivo, em situações específicas, onde as condições do trabalho realizado atuem como agravante da enfermidade ou como fator de risco para o servidor ou para terceiros.



Clique na imagem e acesse mais informações sobre os benefícios de saúde no portal do servidor.

3.3 Licença para Tratamento de Familiar (LTF)

Concedida ao servidor efetivo com impossibilidade comprovada de cumprir sua jornada regular de trabalho, a fim de assistir familiar, por período integral ou com redução de uma quarta parte da jornada de trabalho, pelo período máximo de dois anos. Os dependentes devem constar nos assentos funcionais.

Como a LTF é avaliada?

O servidor informará sobre a situação familiar. Reserva-se ao órgão pericial o direito de verificar, por meio de pesquisa social, a veracidade das informações prestadas. A doença de pessoa da família deverá ser comprovada mediante apresentação de: atestado de saúde, exames complementares, declaração hospitalar e demais documentos pertinentes, que porventura existirem. O familiar doente poderá ser convocado para avaliação médico-pericial, quando necessário.





Em seu órgão, algum servidor encontra-se em LTF?

Você e sua equipe consideram importante acompanhar esses servidores?

Para solicitar agendamento de avaliação pericial, o servidor ou pessoa designada por ele deverá encaminhar atestado médico em até 48 (quarenta e oito) horas; MLR 236 (solicitação de agendamento de Avaliação Pericial); cópia da receita médica ou prescrição de medicação, exames (se houver) e declaração de internação hospitalar, se for o caso.

Modalidades:

A) **Período Integral:** Afastamento do servidor da totalidade da jornada de trabalho com alterações financeiras após 90 dias.

B) **Redução de uma quarta parte da jornada:** Poderá ser concedida com redução de uma quarta parte da jornada de trabalho, sem prejuízo da remuneração, nos seguintes casos: diabetes insulino-dependente com idade até 8 (oito) anos; hemofilia; usuário de diálise peritoneal ou hemodiálise; distúrbios neurológicos e mentais graves e doenças em fase terminal. A reavaliação será realizada no período de no máximo 90 (noventa) dias.

O que deve constar no atestado para avaliação pericial da LTF?

- Nome do familiar;
- Nome do servidor com o grau de parentesco;
- Diagnóstico ou o CID (Código Internacional de Doença) do familiar/paciente;



- Tempo de repouso/afastamento estimado para a recuperação;
- Data de emissão;
- Nome completo do profissional de saúde;
- Número do CRM, CRO ou CRP (Registro no Conselho Regional) e a assinatura.

Quem tem direito de Requerer a LTF? Quadro 3 - Grau de parentesco para LTF

Quadro de Grau de parentesco para LTF		
Órgão	Grau de Parentesco	Exigência
Secretaria da Educação Lei 6844/86	Pai; Mãe; Filho (a); cônjuge	
	Outro parente	Viva às expensas do servidor e conste nos assentamentos funcionais.
Polícia Civil (Lei nº 6843/86)	Pai; Mãe; Filho (a); cônjuge; Avô; Avó, Neto (a); Irmãos	
	Outra pessoa	Viva às expensas do servidor e conste nos assentamentos funcionais.
Demais órgãos Servidores Públicos Lei 6745/85	Pai; Mãe; Filho (a); cônjuge; Avô; Avó, Neto (a); Irmãos	
	Outro parente	Viva às expensas do servidor e conste nos assentamentos funcionais.

Fonte: Elaborado pelos autores (2022).

Como saber o resultado da avaliação pericial da LTF?

Diretamente no Sistema Integrado de Gestão de Recursos Humanos (SIGRH) no Portal do Servidor, item afastamentos.



Clique na imagem e acesse mais informações sobre a licença para tratamento de familiar no portal do servidor.



3.4 Readaptação Funcional

Benefício concedido ao servidor efetivo em consequência de modificações no seu estado físico ou psíquico que acarrete limitações de sua capacidade funcional; não se justificando licença para tratamento de saúde ou aposentadoria por invalidez (Decreto nº 2.121 de 2014).

Permite ao servidor atuar em atividades diversas, relacionadas à sua área de atuação, e compatíveis com a sua condição de saúde naquele momento.

A readaptação não significa mudança do cargo e é concedida pelo prazo máximo de 1 (um) ano, podendo ser prorrogada após reavaliação pericial.



Você e sua equipe sabem quantos servidores estão readaptados em seu órgão?

É realizado o acompanhamento desses servidores durante o período de readaptação?

Consideram que o benefício tem auxiliado para a recuperação da saúde dos servidores?

Como requerer?

Por meio de processo específico, a ser encaminhado via SGPE para SEA/GPEM/PROAP.



Fazem parte deste processo (solicitação inicial):

- MLR 61 – Requerimento de Readaptação Funcional;
- MLR 103 – Relatório de Atividades Compatíveis com a função readaptada (no caso do cargo ocupado pelo servidor estar previsto neste documento). Este deve ser preenchido pelo médico assistente;
- MLR 62* – Relatório do Local de Trabalho para fins de Readaptação;
- Atestado médico descritivo indicando / solicitando a readaptação funcional (médico assistente);
- Cópia de exames comprobatório das limitações apresentadas pelo servidor, se existirem;
- Prescrição medicamentosa, se houver;

* Você e sua equipe poderão elaborar o Relatório de Local de Trabalho juntamente com o servidor e a chefia para auxiliar na mediação e possibilitar que a readaptação seja conduzida da melhor maneira possível.

Ressalta-se a necessidade de observar as perspectivas de setores (e atividades), nos quais o servidor poderá desempenhar as suas funções, considerando-se as necessidades do local de trabalho e as dificuldades do servidor.

Após recebimento do processo de readaptação na Perícia, será providenciado o agendamento das avaliações médica, psicológica e/ou social.

Na readaptação obrigatoriamente deverá ocorrer avaliação psicológica e/ou avaliação social e avaliação médica.



Após a realização das avaliações é emitido o Termo de Inspeção de Saúde que é anexado no processo original e encaminhado à EMSO ou ao Setor de Gestão de Pessoas do órgão de origem do servidor para informar o resultado ao interessado e realizar os procedimentos necessários.

A prorrogação da Readaptação funcional pode ser solicitada por meio de processo específico, a ser encaminhado via SGPE. Fazem parte deste processo:

- MLR 61 – Requerimento de Readaptação Funcional;
- MLR 103 – Relatório de Atividades Compatíveis com a função readaptada (no caso do cargo ocupado pelo servidor estar previsto neste documento);*
- MLR 102 – Relatório de Tratamento Realizado*
- MLR 63 – Relatório de Acompanhamento do Servidor Readaptado
- Atestado médico descritivo indicando/solicitando a readaptação funcional (médico assistente);
- Cópia de exames comprobatórios das limitações apresentadas pelo servidor, se existirem;
- Prescrição medicamentosa, se houver.

* Documentos a serem preenchidos pelo médico assistente

Atenção: A EMSO e/ou o Setorial de Gestão de Pessoas encaminharão a cada seis meses e ao término do período concedido de readaptação o MLR 63 – Relatório de Acompanhamento do Servidor Readaptado dentro dos prazos legais, sob pena de cancelamento do benefício.

Depois do recebimento do processo será providenciado o agendamento das avaliações médica, psicológica e/ou social.



O resultado será registrado no SIGRH e emitido o Termo de Inspeção de Saúde, o qual será anexado ao processo e encaminhado ao Setor de Gestão de Pessoas do órgão, para que este informe o resultado e encaminhe para os procedimentos internos definidos por cada Órgão.

A readaptação funcional pode ser cancelada?

A readaptação funcional, poderá ser cancelada, a qualquer tempo, mediante reavaliação pericial. Pode ser cancelada por:

- Servidor ou chefia imediata ou EMSO por meio de processo encaminhado via SGPE para SEA/GEPEM/PROAP com:
 1. MLR 104 – Requerimento de Cancelamento de Readaptação Funcional;
 2. Atestado médico descritivo solicitando o cancelamento da readaptação.
- Perícia Médica Oficial/GEPEM, se constatada a continuidade de licença para tratamento de saúde (LTS) pelo mesmo motivo que justificou a concessão do benefício.
- Procedimento administrativo, quando comprovada irregularidades na concessão.

Resultado: Será registrado no SIGRH e a informação será anexada ao processo, quando houver, que será devolvido ao Setor de Gestão de Pessoas do Órgão, para que informe ao mesmo e proceda com as providências necessárias.



Clique na imagem e acesse mais informações sobre a readaptação funcional.



3.5 Remoção

É o ato de deslocamento do servidor, a pedido, para outra localidade, desde que comprovada a necessidade por motivo de doença em avaliação pericial multiprofissional.

O servidor poderá ser removido de uma localidade para outra por motivo de doença desde que os dados técnicos apresentados contribuam para a recuperação da saúde, nos seguintes casos:

- Incapacidade laborativa ou agravamento da doença do servidor provocada pelo ambiente de trabalho e/ou localidade onde exerce suas atividades;
- Necessidade de tratamento médico especializado, por período superior a 1 (um) ano, e que não possa ser realizado no município de domicílio, por inexistência de recurso.

Como requerer:

Através da abertura de processo administrativo via SGPe com MLR 144 – Requerimento de Remoção por Motivo de Saúde encaminhado a SEA/GEPEM/PROAP.

Após verificação da situação funcional do servidor, e dos documentos, será realizado o agendamento da avaliação pericial (médico e assistente social ou psicólogo).

Resultado: será incluído no SIGRH e emitido o Termo de Inspeção de Saúde, que será anexado ao processo original e devolvido ao Órgão de Origem, para que este informe de imediato, ao servidor, o resultado da sua solicitação.



Esse benefício destina-se aos servidores que apresentam deficiência de natureza física, mental ou sensorial, com impedimentos de longo prazo, e que estejam impossibilitados de desempenhar atividades específicas ao seu cargo ou função, no período integral da jornada de trabalho.

Você sabe como solicitar o horário especial para servidor com deficiência?

Solicitar junto ao setorial de gestão de pessoas orientações e o preenchimento do formulário padrão Requerimento de Horário Especial para Servidor com Deficiência (MLR-160), o qual deverá ser protocolado e encaminhado à chefia imediata para ciência e preenchimento dos campos específicos (datar e assinar).

Então, o formulário será encaminhado, pelo setor de Gestão de Pessoas, para SEA/GPEM/PROAP, para agendamento da(s) avaliação(ões) pericial(is).

A avaliação pericial objetiva verificar o risco de agravamento do quadro de saúde mediante a permanência em jornada de trabalho integral, a dificuldade de mobilidade, bem como as possíveis consequências disso, para o servidor com deficiência ou para terceiros.

Documentos que deverão ser apresentados para avaliação:

- Atestado médico emitido pelo médico assistente, legível e original;
- Exames comprobatórios pertinentes à limitação física ou funcional;
- Cópia da receita médica ou prescrição de medicação, se houver;
- Documento de identificação com foto (poderá ser cópia).



Resultado pericial:

Após a avaliação pericial será emitido o Termo de Inspeção de Saúde, que será enviado ao setor de Gestão de Pessoas, para informar o servidor e o diretor/gerente da área, quando favorável, da definição do novo horário de trabalho, com especificações das atribuições do cargo e vigência da qualificação, a serem cumpridas pelo servidor no órgão ou entidade.

A conclusão da Junta Médica Oficial terá caráter temporário, podendo ser prorrogada sempre que se fizer necessário, e reavaliada por um período não inferior a dois anos, nem superior a cinco anos.

Após período de vigência é imprescindível novo requerimento de horário especial antes do término do horário especial vigente, desde que se mantenha a incapacidade laborativa parcial.

Observações importantes:

- Não haverá compensação do horário especial concedido ao servidor com deficiência, bem como alteração remuneratória.
- Ao servidor qualificado com deficiência é vedado alterar a carga horária, prestar serviço extraordinário, ocupar vaga excedente no quadro do magistério, estar em escala de sobreaviso e nem realizar hora plantão.
- Antes da concessão do horário especial ao servidor, a Junta Médica Oficial analisará a possibilidade do aproveitamento temporário do mesmo em outra atividade ou local de trabalho por meio do benefício de Readaptação Funcional.



3.7 Aposentadoria por Invalidez

O servidor poderá ser aposentado por invalidez quando comprovada incapacidade total e definitiva para o trabalho, sem possibilidade de readaptação.

Atenção: o que vai gerar a aposentadoria por invalidez permanente é a INCAPACIDADE LABORAL decorrente da patologia ou condição de saúde e não o CID propriamente dito. Será sempre precedida de LTS e o servidor avaliado por Junta Médica a fim de confirmar a indicação do médico assistente ou do médico perito.

A aposentadoria por invalidez permanente terá origem de duas formas:

- Pedido do servidor, por meio de processo próprio junto ao SGPE com:
 1. Atestado médico descritivo do diagnóstico ou com o CID;
 2. Cópia de exames que comprovem o diagnóstico da patologia;
 3. Outros documentos comprobatórios que confirmem o diagnóstico;
- Iniciativa da própria Perícia Médica Oficial/GEPEM após longo período de afastamento em LTS, esgotadas todas as possibilidades de restabelecimento da capacidade laboral do servidor e seu retorno ao trabalho, mesmo que readaptado.

Resultado: será encaminhado com laudo de incapacidade laborativa definitiva, **favorável ou não** pelo indicativo de aposentadoria por invalidez, para o setor de Gestão de Pessoas por meio de Processo específico no SGPE.



Quando a aposentadoria for decorrente de acidente de trabalho, de doença profissional (com caracterização denexo causal entre a patologia e a atividade exercida) ou de doença grave especificada na legislação, será concedida aposentadoria com proventos integrais.

Nas demais patologias a aposentadoria será concedida com proventos proporcionais, ou seja, terá diminuição salarial.



Você e sua equipe conhecem algum servidor que está afastado em licença prolongada?

Já pensaram em estudar o caso junto com os profissionais da Perícia Médica Oficial/ GEPEM para prevenir uma possível aposentadoria por invalidez?

3.8 Reversão de Aposentadoria

É o benefício que permite, ao servidor aposentado, reingresso no serviço público, “quando insubsistentes os motivos da aposentadoria por invalidez, ou a pedido, apurada a conveniência administrativa em processo regular” (Santa Catarina, p. 106).

Como pode ser solicitada?

Em processo específico no SGPE encaminhado ao Setor de Gestão de Pessoas do Servidor. Neste deverá constar a solicitação com a justificativa do servidor para retornar à ativa e documentação médica que comprove a remissão ou cura do quadro que motivou a inatividade do servidor.



Após análise preliminar dos autos pelo setor de Gestão de Pessoas (interesse da administração pública entre outros quesitos previstos em lei) o processo é encaminhado a SEA/GPEM/PROAP para que se proceda o agendamento da(s) avaliação(ões) pericial(is).

É necessário que o servidor tenha condições psíquicas e capacidade laborativa para reassumir integralmente (sem restrições) o cargo de origem.

3.9 Benefício Auxílio-doença

Os servidores ACTs (Admitidos em Caráter Temporário) e comissionados com vínculo CLT, quando apresentarem incapacidade para o desempenho de suas atividades por motivo de saúde, podem solicitar auxílio-doença.

A solicitação deve ser feita por agendamento via processo SGPe com atestado médico legível em até 2 (dois) dias úteis após a solicitação do benefício, além de:

- MLR 236 (solicitação de agendamento de Avaliação Pericial);
- cópia da receita médica ou prescrição de medicação ou exames, se houver;
- declaração de internação hospitalar, se for o caso;

O atestado deverá ser legível e constar:

- Diagnóstico ou o CID (Código Internacional de Doença),
 - Tempo de repouso/afastamento estimado para a recuperação,
 - Data de emissão,
 - Nome completo do profissional de saúde,
- Número do CRM, CRO ou CRP (Registro no Conselho Regional) e assinatura.



Onde são avaliados?

São avaliados inicialmente na Perícia Médica Oficial/GEPEM até 15 dias de afastamento e após esse período necessitam ser encaminhados ao INSS.

Após o retorno do servidor ao trabalho, qualquer afastamento pelo mesmo motivo no período de 60 dias é considerado prorrogação e será necessário encaminhamento direto ao INSS.



Clique na imagem e acesse mais informações sobre o auxílio doença.

3.10 Reconsideração Pericial

O que é possível fazer quando o servidor não concorda com o resultado da Avaliação Pericial?

Nos casos em que o servidor não concorde com o resultado da avaliação pericial, independente do benefício em análise, o servidor possui o direito de solicitar reconsideração pericial.

Esta solicitação deve ser feita por meio do Formulário MLR 153 – Requerimento de Reconsideração de Avaliação Pericial), juntamente com exames complementares e/ou parecer técnico que justifiquem a mudança do parecer anterior, anexar todos estes formulários e demais documentos ao processo original e encaminhar para a Perícia Médica Oficial/GEPEM.



ATENÇÃO: o prazo para o solicitar a reconsideração do benefício é de 48 horas úteis após ciência do resultado ao setor de Gestão de Pessoas.

3.11 Interlocução da EMSO

A EMSO possui um papel muito importante de articulação entre diversos atores, como por exemplo no diálogo entre servidores e chefias e entre servidor e Perícia Médica Oficial/GEPEM.

A troca entre esses atores será fundamental para mediar, tanto situações de saúde/doença, quanto questões administrativas, que poderiam resultar em conflitos e, até mesmo, em adoecimento dos servidores. Poderá auxiliar, também, na obtenção de informações, mediação do retorno ao trabalho, acompanhamento da situação de saúde do servidor, entre outros e ajudar os profissionais da Perícia a conhecerem o caso mais profundamente para detalhá-lo, o que poderá possibilitar uma melhor conclusão acerca dos Benefícios Periciais.

Espera-se que a interlocução da equipe promova o atendimento de qualidade ao servidor, a garantia de seus direitos, e possibilite a redução do índice do absenteísmo-doença e a melhoria da qualidade de vida no trabalho.



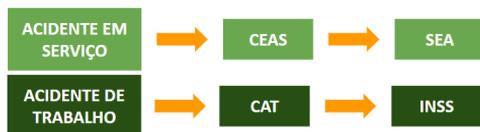
4 Acidentes em Serviço

Acidente de trabalho é a mesma coisa que Acidente em Serviço?



O **acidente em serviço** é o ocorrido com servidores efetivos do Estado. Ele é notificado por meio da Comunicação Estadual de Acidente em Serviço (CEAS), que é encaminhada à SEA.

O **acidente de trabalho** é o ocorrido com servidores regidos pelo Regime Geral da Previdência Social (RGPS), como comissionados puros e admitidos em caráter temporário (ACTs). Ele é notificado por meio da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), junto ao INSS.



4.1 Conceito e Legislação: Acidente em Serviço

De acordo com o Decreto 665, de 05 de abril de 2016, que regulamenta o assunto, “Denomina-se acidente em Serviço o dano físico ou mental sofrido pelo servidor que se relacione, mediata ou imediatamente, com o exercício das funções, atividades e atribuições do cargo por ele ocupado”.

O Acidente em Serviço está previsto no Estatuto do Servidor Público Estadual de Santa Catarina - Lei 6745, de 28 de dezembro de 1985, Artigos 116 e 117.



4.2 Classificação

Os acidentes em serviço podem ser classificados em:

- Típicos: acidentes propriamente ditos com lesão ou contaminação. Ex: perfuração com agulha.
- Trajeto: ocorridos no trajeto casa/local de refeição para trabalho, trabalho para casa/local de refeição.
- Doença:
 1. Profissional: inerentes a determinado ramo de atividade. Ex: silicose.
 2. Do trabalho: apresentam nexos causal com a atividade ou condições ambientais. Ex: lesão osteoarticular por má postura.

4.3 Comunicação Estadual de Acidente em Serviço

Os processos de Comunicação Estadual de Acidente em Serviço (CEAS):

- São apenas para servidores efetivos;
- São abertos pelo servidor e encaminhados ao setorial de Gestão de Pessoas, via SGPe, para verificação da documentação e após para SEA/SACID (Setor de Acidente em Serviço) para análise.
- Os formulários necessários são encontrados no Portal do Servidor.

A documentação utilizada, por sua vez, inclui:

- Formulário MLR 122 e outros documentos comprobatórios do acidente (B.O., exames de imagem, atestados, declaração de trajeto e horário habitual);



- Formulário MLR 216 - Dados e Informações sobre Contaminação por COVID-19 (apenas para os casos de COVID-19);
- Formulário MLR 123 - Notificação e Investigação de Acidente em Serviço com Material Biológico (apenas para os casos de exposição a material biológico);

Formulários no Portal do Servidor:

Figura 4 - Portal do servidor

The screenshot shows the 'Portal do Servidor Público Estadual-SC' website. At the top, there is a navigation bar with links like 'Ir para o Conteúdo', 'Tamanho do Texto', 'Impressão', 'Opacidade', 'Portal da Transparência', and 'Outros sites do Governo'. Below this is the logo and name of the portal, along with a search bar containing the text 'O que você procura?'. A main navigation menu includes 'CONSIGNADOS', 'MANUAIS', 'FORMULÁRIOS', 'GESTÃO DE PESSOAS', 'SAÚDE', 'SER SC', and 'DESENVOLVIMENTO'. The 'FORMULÁRIOS' menu is expanded, showing sub-options: 'Geral', 'Saúde', and 'Previdência'. Below the navigation, there is a search section with the text 'Selecione onde deseja pesquisar:' and three checked checkboxes: 'Todos', 'Nome', and 'Descrição'. A search input field contains 'MLR-122', with 'Buscar' and 'Limpar' buttons below it. To the right, there is a sidebar with 'Acesso às Consultas do Servidor' and 'Contatos da Gestão de Pessoas do seu órgão'. The main content area shows a table of search results under the heading 'Categoria: Formulários'.

Você está aqui: HOME > Arquivos >

Selecione onde deseja pesquisar: Todos Nome Descrição

MLR-122

Buscar Limpar

Categoria: Formulários

Nome do arquivo	Data
(MLR-122) Comunicação Estadual de Acidente em Serviço - CEAS	30/06/2021
Comunicação Estadual de Acidente em Serviço (CEAS) (MLR-122)	27/05/2019

Acesso às Consultas do Servidor

- > Benefícios
- > Contracheque
- > Comprovantes
- > Dados Cadastrais
- > Dados Funcionais
- > Tempo de Serviço de Rendimentos

Selecione seu órgão de pagamento

Selecione

> NÃO TENHO SENHA

Contatos da Gestão de Pessoas do seu órgão

Fonte: SIRGH (2022).



Figura 5 - Formulário MLR-122 - Parte 1:



ESTADO DE SANTA CATARINA

COMUNICAÇÃO ESTADUAL DE ACIDENTE EM SERVIÇO (CEAS)
PARTE 1

DESCRIÇÃO DO ORGÃO/ENTIDADE
[]

REQUERENTE

STATUS DO REQUERENTE
 SERVIDOR ACIDENTADO FAMILIAR CHEFE IMEDIATA OUTRO []

DADOS CADASTRAIS E FUNCIONAIS DO SERVIDOR ACIDENTADO

CPF [] MATRÍCULA [] - [] - []

NOME SOCIAL []

NOME CIVIL COMPLETO (Sem abreviar)
[]

ESTADO CIVIL [] DATA DE NASCIMENTO [] / [] / [] SEXO
 MASCULINO FEMININO

CARGO [] FUNÇÃO/COMPETÊNCIA []

ATIVIDADE QUE EXECUTA
[]

LOCAL DE TRABALHO [] LOCAL DE TRABALHO (SIGLA) []

MUNICÍPIO DO LOCAL DE TRABALHO [] DATA DE ADMISSÃO [] / [] / []

CARGA HORÁRIA [] : [] HORÁRIO DE TRABALHO
 MATUTINO [] : [] AS [] : [] VESPERTINO [] : [] AS [] : [] NOTURNO [] : [] AS [] : []

DADOS DO ACIDENTE

TIPO DE COMUNICAÇÃO
 INICIAL REABERTURA COMPLEMENTAR ÓBITO

LOCAL DO ACIDENTE
 ORGÃO/ENTIDADE DE LOTAÇÃO OUTRO ORGÃO/ENTIDADE PÚBLICA VIA PÚBLICA RODOVIA OUTRO

LOGRADOURO [] COMPLEMENTO []

BAIRRO [] MUNICÍPIO [] CEP []

HOUVE REGISTRO POLICIAL?
 SIM NÃO TIPO
 TÍPICO TRAJETO DOENÇA

DATA [] / [] / [] HORA [] : [] OCORREU APÓS QUANTAS HORAS DE TRABALHO []

DESCRIÇÃO DO ACIDENTE
[]

TAREFA QUE ESTAVA EXECUTANDO
[]

AGENTE CAUSADOR DO ACIDENTE
[]

FORMA DE CONTATO COM O AGENTE CAUSADOR DAS LESÕES
[]

FONTE CAUSADORA DAS LESÕES
[]

NATUREZA DAS LESÕES
[]

PARTES(S) DO CORPO ATINGIDA(S)
[]

MLR-122



A primeira página do formulário MLR-122 deverá ser preenchida com os dados pessoais e funcionais do servidor e detalhes de como ocorreu o acidente em serviço.

Figura 6 - Formulário MLR-122 - Parte 2:

ESTADO DE SANTA CATARINA		COMUNICAÇÃO ESTADUAL DE ACIDENTE EM SERVIÇO (CEAS)	
		PARTE 2	
IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR ACIDENTADO			
NOME SOCIAL ¹			
[]			
NOME CIVIL COMPLETO (Sem abreviar)			
[]			
HOUVE TESTEMUNHA(S)?			
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
+ TESTEMUNHAS			
DADOS DA TESTEMUNHA 1			
NOME CIVIL COMPLETO (Sem abreviar)			
[]			
LOGRADOURO		COMPLEMENTO	
[]		[]	
BAIRRO	MUNICÍPIO	CEP	
[]	[]	[]	
E-MAIL	TELEFONE ([]) [] []	TELEFONE ([]) [] []	
[]	[] [] []	[] [] []	
DECLARO, PARA OS DEVIDOS FINS, SOB AS PENAS PREVISTAS NO ARTIGO Nº 299, DO DECRETOLÉI Nº 2.848, DE 07 DE DEZEMBRO DE 1940 (CÓDIGO PENAL), QUE PRESENCIEI O ACIDENTE OCORRIDO EM (DIÁ/MÊS/ANO) [] / [] / [] , COM O(A) SERVIDOR(A) NOMNADO(A) ACIMA.			
LOCAL		DATA	
[]		[] / [] / []	
ASSINATURA DA TESTEMUNHA 1			
[]			
DADOS DA TESTEMUNHA 2			
NOME CIVIL COMPLETO (Sem abreviar)			
[]			
LOGRADOURO		COMPLEMENTO	
[]		[]	
BAIRRO	MUNICÍPIO	CEP	
[]	[]	[]	
E-MAIL	TELEFONE ([]) [] []	TELEFONE ([]) [] []	
[]	[] [] []	[] [] []	
DECLARO, PARA OS DEVIDOS FINS, SOB AS PENAS PREVISTAS NO ARTIGO Nº 299, DO DECRETOLÉI Nº 2.848, DE 07 DE DEZEMBRO DE 1940 (CÓDIGO PENAL), QUE PRESENCIEI O ACIDENTE EM SERVIÇO OCORRIDO EM (DIÁ/MÊS/ANO) [] / [] / [] , COM O(A) SERVIDOR(A) NOMNADO(A) ACIMA.			
LOCAL		DATA	
[]		[] / [] / []	
ASSINATURA DA TESTEMUNHA 2			
[]			
REQUERENTE			
DATA	REQUERENTE (ASSINATURA DIGITAL)		
[] / [] / []	[]		

MLR-122



A segunda página do formulário MLR-122 diz respeito às testemunhas, sendo necessário assinalar se alguém presenciou o acidente. Se houver, solicitar o preenchimento e assinatura das testemunhas do acidente.

Figura 7 - Formulário MLR-122 - Parte 3:

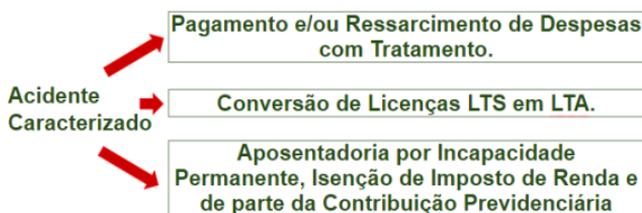
ESTADO DE SANTA CATARINA		COMUNICAÇÃO ESTADUAL DE ACIDENTE EM SERVIÇO (CEAS)	
MÉDICO ASSISTENTE		PARTE 3	
IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR ACIDENTADO			
NOME SOCIAL*			
[]			
NOME CIVIL COMPLETO (Sem sobrenome)			
[]			
LUADE MÉDICO			
AVALIAÇÃO CLÍNICA/DESCRIÇÃO DAS LESÕES			
[]			
CONDIÇÕES PATOLÓGICAS PREEXISTENTES			
[]			
DIAGNÓSTICO PROVÁVEL			
[]			
DURAÇÃO PROVÁVEL DO TRATAMENTO	DURAÇÃO PROVÁVEL DO AFASTAMENTO	DD	
[]	[]	[]	
AVALIAÇÃO FINAL DA GRAVIDADE DA LESÃO			
<input type="checkbox"/> SEM LESÃO. <input type="checkbox"/> LEVE: COM LESÃO SEM PERDA FUNCIONAL DA PARTE DO CORPO ATINGIDA. <input type="checkbox"/> MODERADA: COM LESÃO E PERDA FUNCIONAL TEMPORÁRIA DA PARTE DO CORPO ATINGIDA. <input type="checkbox"/> GRAVE: COM LESÃO E PERDA FUNCIONAL PERMANENTE DA PARTE DO CORPO ATINGIDA. <input type="checkbox"/> ÓBITO.			
DATA	CARTEIRO E ASSINATURA DO MÉDICO ASSISTENTE		
[] / [] / []	[]		
SETORIAL/REGIONAL DE GESTÃO DE PESSOAS			
DATA	SER/IDENTIFICADORA (ASSINATURA DIGITAL)		
[] / [] / []	[]		
NOTAS EXPLICATIVAS			
* DE ADOÇÃO COM O DECRETO Nº. 26 DE 21 DE JANEIRO DE 2016			

A terceira página do formulário MLR-122 é preenchida pelo médico assistente, ou seja, o médico que realizou o primeiro atendimento após o acidente ou aquele que acompanha o tratamento do servidor acidentado. É nesta parte que o servidor do Setorial de Gestão de Pessoas assina, confirmando o adequado e completo preenchimento do formulário e a anexação dos documentos necessários para que seja realizada a análise do processo.



4.4 Benefícios associados à CEAS

A notificação do acidente em serviço através da CEAS é muito importante, uma vez que gera dados que nos permitem identificar os riscos e as causas dos acidentes e doenças do trabalho; dados estes que podem ser utilizados para implementar ações de prevenção de acidentes. Além disso, quando a CEAS for caracterizada, o servidor terá direito à solicitação dos benefícios listados abaixo:



4.5 Pagamento e/ou Ressarcimentos de Despesas

De acordo com o Artigo 116, do Estatuto dos Servidores Públicos Civis do Estado de Santa Catarina, “Nos casos de acidentes em serviço e de doença profissional, correrão por conta do Estado as despesas com transporte, estadia, tratamento hospitalar, aquisição de medicamentos e de equipamentos ou outros complementos necessários...”.

I - a doença profissional, assim entendida a inerente ou peculiar a determinado ramo de atividade e a prevista nas legislações federal e estadual;



II – as doenças do trabalho que, mesmo não disciplinadas por legislação específica, guardem perfeita relação denexo causal com as atividades efetivamente desempenhadas ou com as condições ambientais e/ou ergonômicas inerentes ao exercício dessas atividades”;

É importante lembrar que o pagamento/ressarcimento de despesas é um direito dos servidores efetivos após ter acidente caracterizado. O processo é aberto diretamente pelo servidor no SGPe utilizando os formulários MLR 130 e/ou MLR 179 (no caso de despesas com o Plano SC Saúde) e os documentos (prescrições médicas, relatórios de profissionais de saúde, três orçamentos e documentos comprobatórios de despesas - notas fiscais e demonstrativos de plano de saúde) devem ser anexados ao processo. O processo deve ser encaminhado ao setorial de Gestão de Pessoas, que fará a triagem e conferência de documentos, e após para SEA/SACID para análise.

Os processos de pagamento e/ou ressarcimento de despesas são encaminhados à SEA/SACID, via SGPe, para análise e autorização, sendo que o parecer emitido faz referência apenas aos aspectos técnicos (autorização de execução de procedimentos e compra de medicamentos) e não administrativos e financeiros.

Na utilização do SC Saúde, o órgão de origem do servidor deverá ressarcir a coparticipação ao servidor (30%) e o restante do valor ao próprio SC-Saúde (70%). Tal orientação é regulamentada no Decreto 621/11.

Os valores dos ressarcimentos terão por referência as tabelas dispostas no Sistema de Assistência à Saúde dos Servidores do Estado de Santa Catarina – SC Saúde.



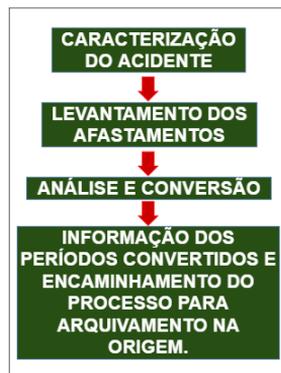
A correlação dos procedimentos, medicamentos ou materiais discriminados pelo servidor nos formulários com os procedimentos das tabelas referência é de competência dos setoriais de Gestão de Pessoas.

ATENÇÃO!

- Os processos de CEAS e de Ressarcimento de Despesas decorrentes de Acidente em Serviço são analisados pela Gerência de Perícia Médica (GEPEM) no setor de Acidente em Serviço (SACID);
- O encaminhamento da CEAS pelo setorial de Gestão de Pessoas deve ser feito, preferencialmente, em até 8 (oito) dias a contar da data do acidente sofrido pelo servidor. A demora na notificação dificulta a avaliação;
- É possível solicitar reconsideração de parecer nos processos de CEAS e Ressarcimento de Despesas, desde que solicitada em até 30 dias após a emissão do primeiro parecer;
- Os processos de solicitação de ressarcimentos seguem prescrição quinzenal.

4.6 Conversões de LTS para LTA

Após a caracterização do acidente é realizada a primeira análise dos períodos de LTS após o acidente. Caso o CID que motivou a LTS seja o mesmo CID caracterizado na CEAS, é realizada a conversão da Licença para Tratamento de Saúde (LTS) em Licença para Tratamento de Saúde decorrente de Acidente em Serviço (LTA). Essa conversão segue o fluxo demonstrado ao lado e a Orientação Técnica Pericial N° 05/2016.



- Caso ocorram novos afastamentos que tenham relação com o acidente em serviço, o processo de CEAS deverá ser reaberto e encaminhado para SEA/SACID requerendo a análise de conversão de LTS em LTA dos períodos específicos;
- Após a conclusão da análise pericial (emissão de pareceres e conversões de LTS em LTA), os processos de CEAS e Ressarcimento de Despesas retornam para órgão de lotação do servidor para que o Setorial de Gestão de Pessoas comunique o servidor acidentado sobre o resultado da análise do processo;
- Concluída a análise pericial, o processo permanece arquivado no órgão de lotação do servidor para que, na necessidade de reabertura para reconsideração de parecer ou análise de conversão de LTS em LTA, seja mais rápida a operacionalização da solicitação.

4.7 Aposentadoria por Incapacidade Permanente, Isenção de Imposto de Renda e de parte da Contribuição Previdenciária

Com a vigência da Lei Complementar nº 773/2021 (Reforma da previdência de Santa Catarina) o servidor que, por ventura, sofra acidente em serviço na qual decorra sua incapacidade laboral terá direito à aposentadoria por incapacidade permanente decorrente de acidente de trabalho, nos termos do artigo 70, §5º, I da Lei Complementar nº 412/2008.

Os servidores aposentados por acidente em serviço possuem direito à isenção de imposto de renda e de parte da contribuição previdenciária, nos termos do artigo 61 da LC 412/2008 c/c artigo 6º, inciso XIV da Lei 7713/1988.



4.8 Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT)

A Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), é o documento emitido para os servidores regidos pelo RGPS a fim de reconhecer o acidente de trabalho ou de trajeto, bem como a doença ocupacional.

Pode ser registrada pela instituição, pelo próprio servidor, dependente, entidade sindical, médico ou a autoridade pública junto à Previdência Social.

O registro pode ser online, desde que preenchidos todos os campos obrigatórios. O sistema também permite gerar o formulário da CAT em branco para ser preenchido de forma manual.

Caso não seja possível o registro online, a CAT poderá ser emitida em uma das agências do INSS.



Clique na imagem e acesse mais informações pela Central de Atendimento INSS - Telefone: 135.



Figura 8 - Formulário da CAT

		2. Tipo de CAT COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DO TRABALHO - CAT (PAR AFASTAMENTO AO DESEMPENHO DESEU TRABALHO)		
1 - Existente 1- Empregado 2 - Sindicato 3 - Médico 4 - Segurado ou dependente 5 - Autoridade Pública		2 - Tipo de CAT 1 - Início 2 - Reabertura 3 - Comunicação de fato em / / /		
3 - RAZÃO SOCIAL/RAZÃO Empregado		4 - Tipo: 1-COC 2-CBI 3-CRF 4-NIT 5 - CNAE		
6 - Endereço: Rua/Av/Temp. Bairro CEP		7 - Município 8 - UF 9 - Telefone		
10 - Nome		11 - Nome da mãe		
12 - Data de Nasc: 13 - Sexo 1 - Masc 2 - Fem		14 - Estado civil 1-Gar 2-Casado 3-Viúvo 4-Sep. 5-Outro 6-IGN		
15 - CPF/5ª data de emissão 16-CPF		17 - Carteira de identidade Data de emissão: Origem Exp. 18-UF 19-PIS/PASEP 20-Renúncia Mensal		
21 - Endereço: Rua/Av/Temp. Bairro CEP		22 - Município 23 - UF 24 - Telefone		
25 - Nome da ocupação 26 - CBO 27 - Filiação e previdência Social		28 - UF 29 - PIS/PASEP 30 - Remuneração Mensal		
30 - Data do acidente 31 - Hora do acidente 32 - Após quantas horas de Trabalho?		33 - Havia afastamento? 34 - Último dia de Trabalho		
35 - Local do Acidente 36 - CBOC 37 - Município do local do Acidente		38 - UF 39 - Expont. do local do acidente		
40 - Partes(s) do corpo atingidas(s)		41 - Agente causador		
42 - Descrição da situação do acidente ou doença		43 - Houve lesão? potest? 1-Sim 2-Não		
44 - Houve morte? 1-Sim 2-Não		45 - Agente causador		
47 - Nome Não houve testemunhas do ocorrido.		48 - Endereço: Rua/Av/Temp. Bairro CEP		
49 - Nome 50 - Endereço: Rua/Av/Temp. Bairro CEP		51 - Município 52 - UF Telefone		
53 - Cidade de atendimento médico Local e data		54 - Data Assinatura do emissor 55 - Hora		
56 - Houve internação? 1-SIM 2- NÃO		57 - Duração provável do tratamento 15 dias		
58 - Deverá o acidentado afastar-se do trabalho durante o tratamento? 1-SIM 2- NÃO		59 - Descrição e natureza da lesão		
60 - Diagnóstico provável		61 - CID - 10 S. 4.0.0		
62 - Observações		63 - Observações		
64 - Realizada em / / 65 - Categoria de atividade		66 - Número de acidente Nota:		
67 - Informados os demais de segundo a legislação de benefícios acidentários? 1-Sim 2-Não		68 - Tipo 1-Tipo 2-Doença 3-Tipo		
69 - Matrícula do servidor		1 - A inexistência das declarações desta comunicação implicará nas sanções previstas nos Arts. 171 e 288 do Código Penal. 2 - A comunicação de acidente do trabalho deverá ser feita até o 7º dia útil após o acidente, sob pena de multa. 3 - A comunicação do acidente do trabalho reger-se-á pelo Art. 104 do Dec. 3.119/07. 4 - Os conceitos de acidentes do trabalho e doença ocupacional estão definidos nos arts. 131 e 132 do Dec 3172/07. 5 - A caracterização do acidente reger-se-á pelo art. 135 do Dec 3172/07.		
70 - Assinatura do servidor		71 - Assinatura do emissor		
A COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE E OBRIGATORIA, MESMO NO CASO EM QUE NÃO HAJA AFASTAMENTO DO TRABALHO.				



4.9 Notificação das CEAS e CAT

O preenchimento adequado da CEAS (servidores efetivos) e da CAT (servidores regidos pelo RGPS) e a juntada dos documentos comprobatórios é de fundamental importância para o reconhecimento dos fatores envolvidos no acidente ou doença profissional. Desta forma, os direitos dos servidores serão assegurados e os dados obtidos poderão ser utilizados para implementação de ações de promoção da saúde e de prevenção de acidentes do trabalho e doenças ocupacionais.

A EMSO e a CIPA poderão, por meio da análise destas comunicações, qualificar sua prática, objetivando o aprimoramento das condições de trabalho e a prevenção de possíveis danos à saúde.



5 Afastamentos laborais e indicadores de absenteísmo-doença

Você sabe quais são os motivos que mais afastam o servidor público do trabalho?

Estas respostas você poderá obter a partir dos dados estatísticos que serão apresentados neste módulo. Os dados estatísticos além de demonstrar um panorama sobre os afastamentos laborais, readaptações e acidentes em serviço, e indicadores de absenteísmo-doença, ainda servem para realizar o diagnóstico da sua instituição a fim de embasar o planejamento das atividades de sua equipe.

5.1 Afastamentos laborais

Os afastamentos por motivo de saúde, no contexto do servidor estadual, acontecem, na sua grande maioria, por meio da concessão do benefício Licença para Tratamento de Saúde – LTS.

Ao considerar o Grupo de Patologia que gera o afastamento por LTS, percebe-se que, ao longo dos anos, os Transtornos Mentais e Comportamentais (Capítulo V da CID 10) se mantém como principal causa de afastamento dos servidores, seguidos pelas Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo (Capítulo XIII da CID 10).



5.2 LTS Concedidas por Grupo de Patologia

Percebe-se que, juntos, os transtornos mentais e comportamentais e as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo correspondem a quase 60% dos afastamentos.

Gráfico 1 - LTS Concedidas por Grupo de Patologia, 2017 a 2019.



Para mais informações acesse os Boletins Estatísticos. [Clique aqui.](#)

Fonte: Adaptado de SIGRH (2021).

Você sabe quais as principais patologias que geram afastamento por motivo de saúde no seu órgão?



Sugestão de leitura complementar para a reflexão: **Perfil epidemiológico dos servidores públicos afastados do trabalho por transtornos mentais de 2010 a 2013.**

Autores: Davi Baasch; Rafaela Luiza Trevisan; Roberto Moraes Cruz.

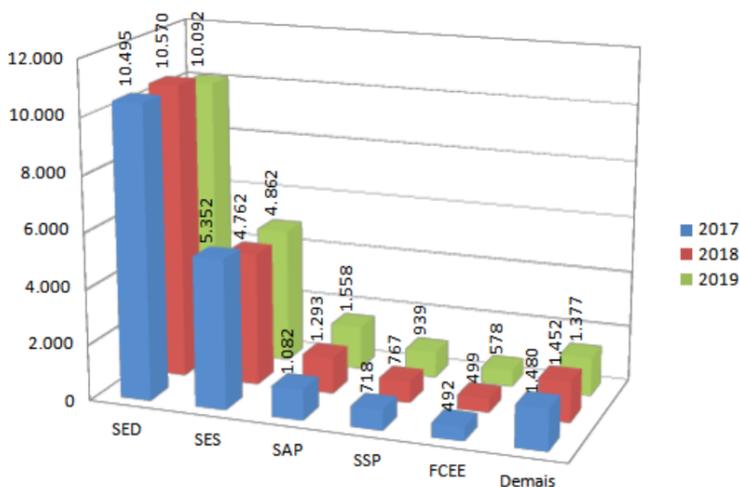
Clique na imagem para acessar.



5.3 LTS concedidas por órgão de lotação

Em relação ao número de LTS concedidas por órgão de lotação, a Secretaria de Estado da Educação – SED, apresentou o número de 10.092 benefícios, valor que representa 52,0% das LTSs concedidas no ano. Em seguida, da mesma forma que nos anos anteriores, seguem a Secretaria de Estado da Saúde – SES, com 4.862 benefícios (25,1%) e Secretaria de Administração Prisional e Socioeducativa – SAP, com 1.558 (8,0%).

Gráfico 2 - LTS Concedidas por Órgão de Lotação, 2017 a 2019.



Fonte: Adaptado de SIGRH (2021).

5.4 Quantidade de servidores afastados por órgão

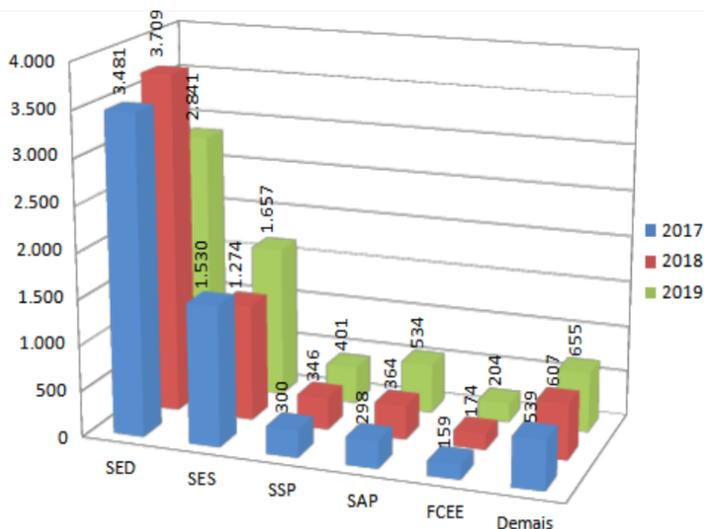
Sabemos que um servidor pode ter mais de um benefício concedido em determinado ano.



Dessa forma, é importante também analisar a quantidade de servidores afastados por órgão de lotação.

Percebe-se que a SED se mantém com maior número de servidores afastados, com valor de 2.841 em 2019 (45,2%), seguida pela SES, com 1.657 (26,3%) e Secretaria de Estado da Segurança Pública - SSP, com 401 (6,4%). Houve, portanto, uma inversão entre a SAP e a SSP, quando se trata de servidores afastados ao comparar o gráfico 2 e 3.

Gráfico 3 - Servidores Afastados por LTS por Órgão de Lotação, 2017 a 2019.



Fonte: Adaptado de SIGRH (2021).

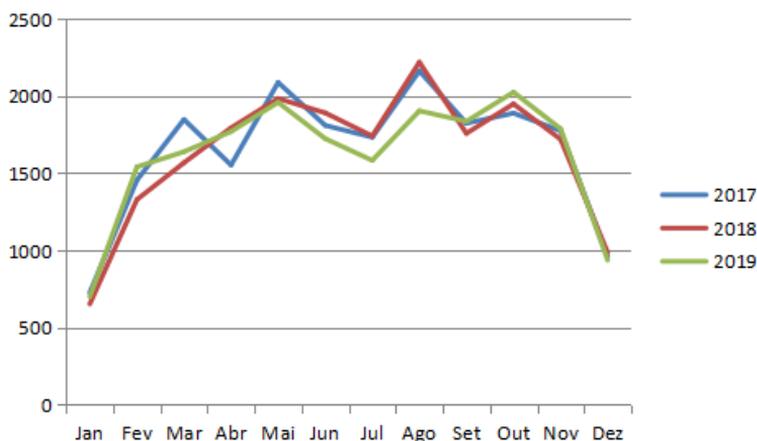
Você sabe o quantitativo de servidores em afastamento por motivo de saúde no seu órgão nos últimos anos?



5.5 LTSs Concedidas por mês de concessão

No que se refere ao mês de concessão da LTS, verificam-se alguns pontos, como crescimento abrupto a partir de fevereiro, com alguns picos ao longo do ano, e redução a partir de novembro. Em janeiro e dezembro, o número de LTS concedida é menor, possivelmente associado às férias escolares no estado, uma vez que a maior parte dos servidores pertence à SED.

Gráfico 4 - LTSs Concedidas por Mês de Concessão, 2017 a 2019.



Fonte: Adaptado de SIGRH (2021).

5.6 Indicadores de Absenteísmo-doença - Taxas de Afastamento

Quando se considera o número de servidores afastados em relação ao número total de servidores lotados, têm-se as taxas de afastamento.



Pela evolução da taxa de afastamento por LTS dos servidores dos anos de 2002 a 2018, observa-se que ela se mantém com variação crescente ao longo do período.

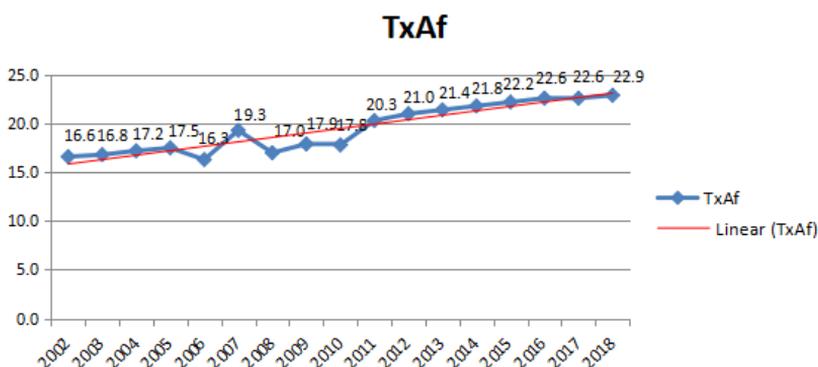
A taxa inicial foi de 16,6%, em 2002, e finalizou com 22,9%, em 2018, último ano já computado para efeito de taxa. A menor taxa ocorreu em 2006 (16,3%) e a maior em 2018 (22,9%), conforme a linha de tendência apresentada no gráfico 5.

5.7 Evolução das Taxa de Afastamentos por LTS

A fórmula utilizada no cálculo da taxa é:

$TxAf = (\text{número de servidores afastados} / \text{número de servidores lotados}) \times 100$

Gráfico 5 - Evolução das Taxas de Afastamento por LTS, 2002 a 2018.



Fonte: Adaptado de SIGRH (2021).



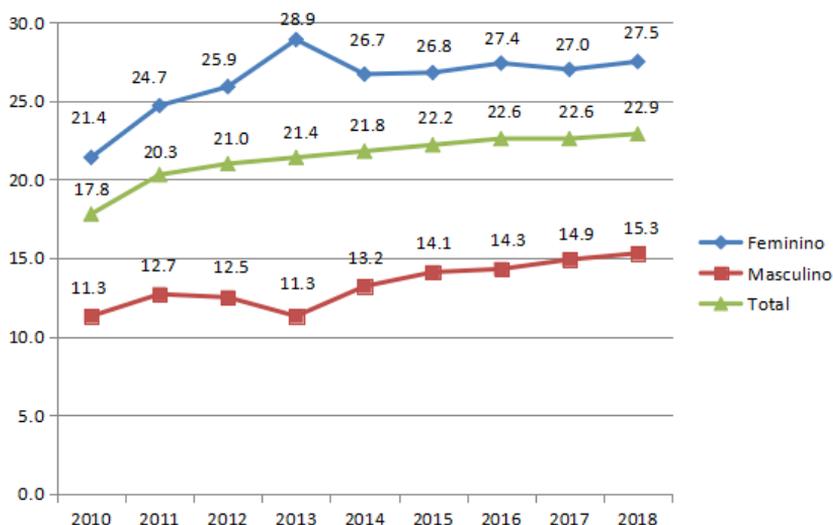
5.8 Taxas de afastamento por LTS, segundo o sexo

As taxas de afastamento por LTS também podem ser demonstradas segundo o sexo. Nesse sentido, para o sexo feminino, as taxas foram mais elevadas ao longo de todo o período, representando o dobro ou mais do que as dos homens. Para ambos os sexos, porém, foi ascendente.

A Fórmula utilizada foi, nesse caso, é a seguinte:

$TxAf \text{ por sexo} = (\text{número de servidores afastados por sexo} / \text{número de servidores lotados por sexo}) \times 100$

Gráfico 6 - Evolução das Taxas de Afastamento por LTS, segundo o Sexo, 2002 a 2018.



Fonte: Adaptado de SIGRH (2021).



Quais são os motivos que contribuem para as mulheres apresentarem taxas de afastamento superiores aos dos homens no Estado de Santa Catarina?



5.9 Indicadores de absenteísmo-doença

5.9.1 Índice de absenteísmo-doença

Índice de Absenteísmo-doença - IAD é um conceito que reflete a falta do servidor ao trabalho decorrente de LTS. O indicador mede o percentual de dias de trabalho perdidos em decorrência de adoecimento do servidor.

A Fórmula do IAD utilizada pelo Estado é a seguinte:

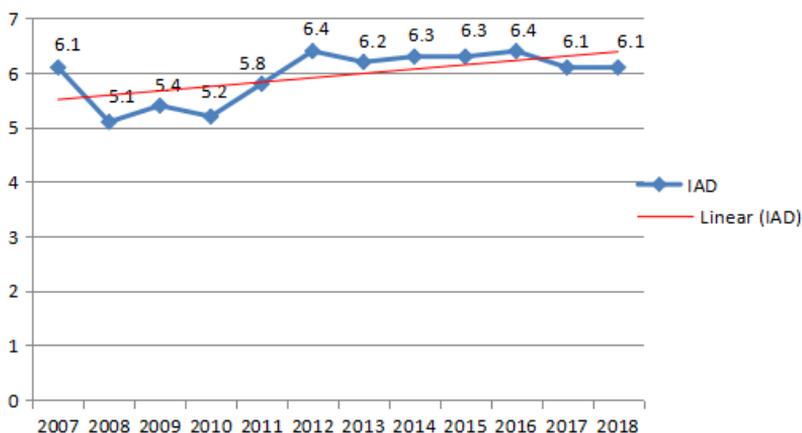
$$\text{IAD} = \left[\frac{\text{total de dias de LTS ano}}{\text{dias trabalhados ano} \times \text{servidores lotados}} \right] \times 100$$

Segundo Bispo (2007 apud AGUIAR; OLIVEIRA, 2009), são considerados adequados IADs de até 2,7%. O IAD aceito pela Organização Internacional do Trabalho é de 2,5% (LEÃO et al.; 2015).

Ao verificar o gráfico a seguir, nota-se que todos os valores encontrados estão acima do valor considerado aceitável, com medida de 6,0%. Ou seja, existe a necessidade de investigação para conhecer as causas do absenteísmo, bem como da implantação de programas de melhoria da saúde do trabalhador e controle dos afastamentos.



Gráfico 7 - Evolução do IAD, 2002 a 2018.



Fonte: Adaptado de SIGRH (2021).



*Você sabe qual o índice de absenteísmo-doença do seu órgão no último ano?
Como você e sua equipe poderiam atuar para diminuir esse índice?*

5.10 Readaptações

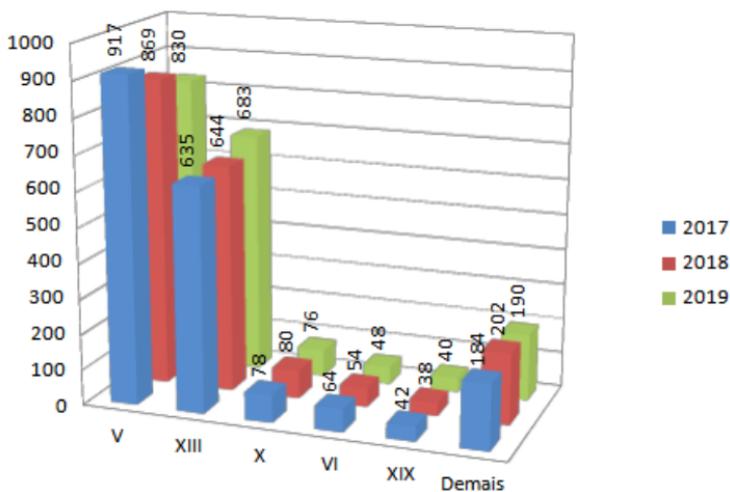
Outro benefício importante na avaliação do quesito saúde do servidor é a readaptação. Nele, o servidor passa a exercer outras atividades, de acordo com as limitações na condição de saúde que apresentar.



Segundo o motivo que gerou a concessão da readaptação, percebe-se que o maior está relacionado aos transtornos mentais e comportamentais (Capítulo V), o que representou, em 2019, 44,5% de todas as concessões. Em seguida, em todo o período mostrado, aparecem as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (Capítulo XIII), com 36,6% em 2019.

5.10.1 Readaptações por Grupo de Patologia, 2017 a 2019

Gráfico 8 - Readaptações Concedidas por Grupo de Patologia, 2017 a 2019.

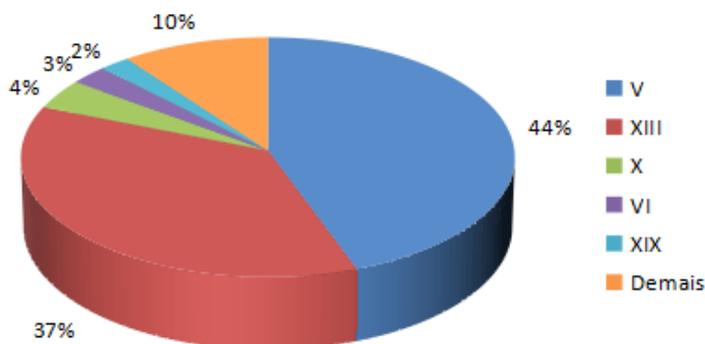


Fonte: Adaptado de SIGRH (2021).



5.10.2 Readaptações por Grupo de Patologia, 2019

Gráfico 9 - Readaptações Concedidas por Grupo de Patologia, 2019.



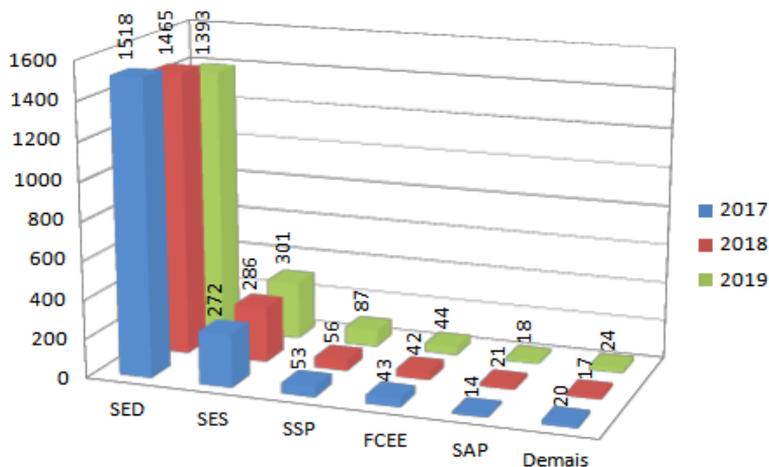
Fonte: Adaptado de SIGRH (2021).

5.10.3 Readaptações por Órgão de Lotação, 2017 a 2019

Quanto ao órgão de lotação, a maior parte das readaptações concedidas nos últimos três anos foi referente à SED, com 1393 em 2019, seguida pela SES, com 301, e SSP, com 87.



Gráfico 10 - Servidores readaptados por órgão de lotação, 2019.



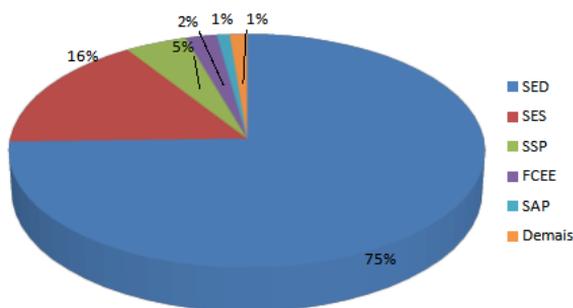
Fonte: Adaptado de SIGRH (2021).

5.10.4 Readaptações por Órgão de Lotação, 2019

A SED, dessa forma, compôs 74,6% do número absoluto de readaptações concedidas em 2019.



Gráfico 11 - Readaptações Concedidas por Órgão de Lotação, 2019.



Fonte: Adaptado de SIGRH (2021).

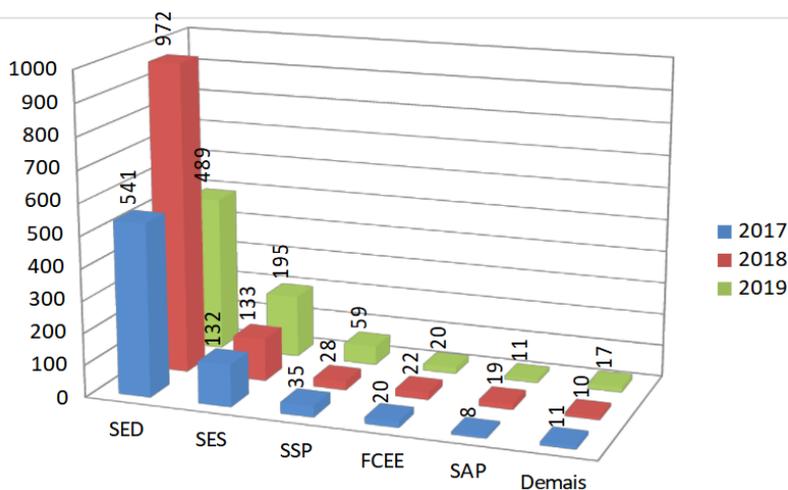
5.10.5 Readaptações por Órgão de Lotação, 2017 a 2019

Considerando o número de servidores que foram readaptados por órgão de lotação, a SED se manteve na liderança nos três anos considerados, com aumento no ano de 2018. Os órgãos com mais servidores readaptados em seguida foram, também, a SES e a SSP.

Percebe-se que a SED sozinha respondeu por 62% dos servidores readaptados em 2019.



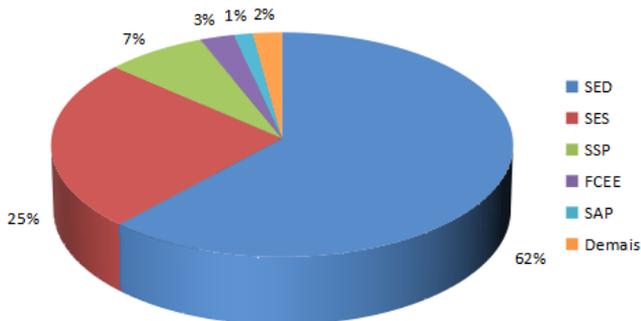
Gráfico 12 - Readaptações Concedidas por Órgão de Lotação, 2017 a 2019.



Fonte: Adaptado de SIGRH (2021).

5.10.6 Readaptações por Órgão de Lotação, 2019

Gráfico 13 - Readaptações por órgão de lotação, 2019.



Fonte: Adaptado de SIGRH (2021).



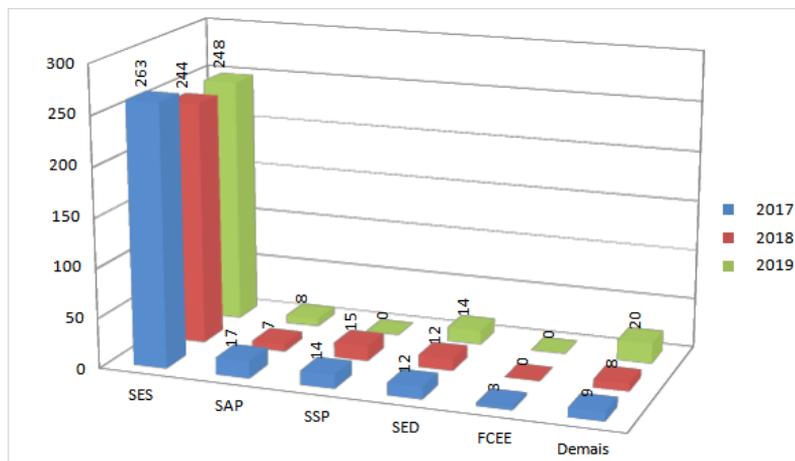


*Você sabe quantos servidores estão readaptados em seu órgão?
Você conhece o perfil desses servidores?*

5.11 Acidentes em Serviço

Um dos benefícios de segurança do trabalho avaliados pela Perícia Oficial em Saúde do Estado é o acidente em serviço. Segundo o órgão de lotação, percebe-se que a grande maioria dos acidentes ocorreu na SES, no período considerado.

Gráfico 14 - Acidentes em Serviço por Órgão de Lotação, 2017 a 2019.

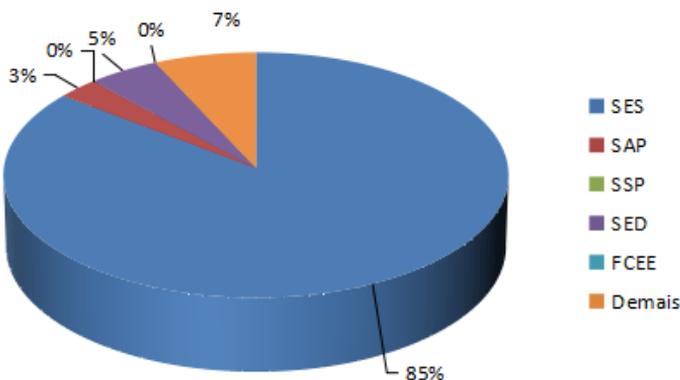


Fonte: Adaptado de SIGRH (2021).



Percebe-se que, em 2019, por exemplo, 85,5% dos acidentes caracterizados ocorreram com servidores da SES. Em segundo lugar, aparece a SED, com 4,8% e, em terceiro, a SAP, com 2,8%.

Gráfico 15 - Acidentes em Serviço por Órgão de Lotação, 2019.



Fonte: Adaptado de SIGRH (2021).

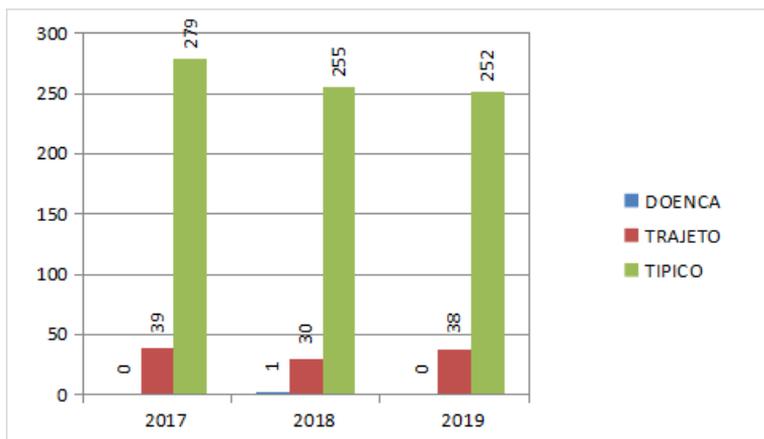


Você acha que seu órgão tem subnotificação de doença do trabalho? Que ações você e sua equipe poderão realizar para aumentar a notificação?

Dentro do conceito de acidentes, são apresentados os acidentes típicos, os acidentes de trajeto e as doenças (profissionais e do trabalho). Segundo essa classificação, tem-se que mais de 80% dos acidentes caracterizados são típicos.



Gráfico 16 - Acidentes em Serviço por Tipo de Acidente.



Fonte: Adaptado de SIGRH (2021).

O gráfico 16 mostra que, nos três anos estudados, somente uma doença relacionada ao trabalho foi notificada dentre todos os servidores estatutários de SC. Nas outras fontes de dados disponíveis do INSS, trabalhadores que fazem trabalho igual, mas com contrato de trabalho diferente (CLT) os números são bem diferentes (SmartLab, 2022).

Estes casos, notificados pela CAT do INSS, de trabalhadores realizando “atividades de atendimento hospitalar”, nos mesmos anos selecionados (2017 a 2019), dos 5.640 acidentes notificados, 770 geraram afastamentos, sendo 497 por doenças relacionadas ao trabalho.

Observa-se que 83% destas doenças tiveram somente dois diagnósticos: 298 casos foram de doença do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo, e 115 casos de doenças mentais e comportamentais relacionadas ao trabalho, dentre outras. Esses dois diagnósticos representaram 54% do total dos 770 afastamentos.



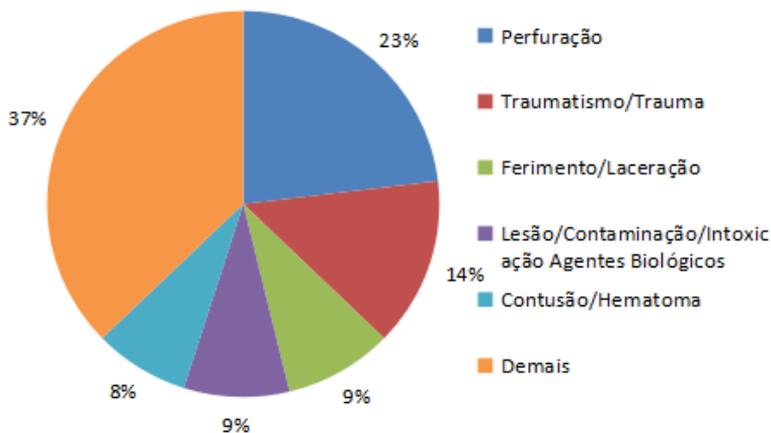


Clique na imagem e acesse mais informações.

5.12 Acidentes em Serviço por Natureza da Lesão

Ao considerar a natureza da lesão ocorrida no acidente, nota-se que a lesão que acontece com maior frequência é a perfuração, seguida de traumatismo/trauma em todos os anos mostrados.

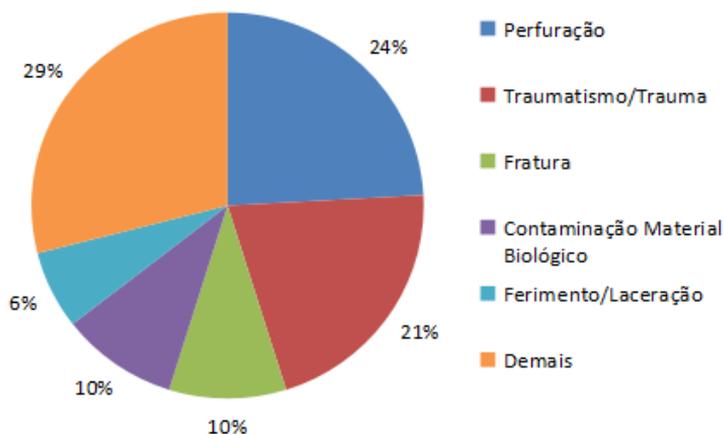
Gráfico 17 - Acidentes em Serviço por Natureza da Lesão, 2017.



Fonte: Adaptado de SIGRH (2021).

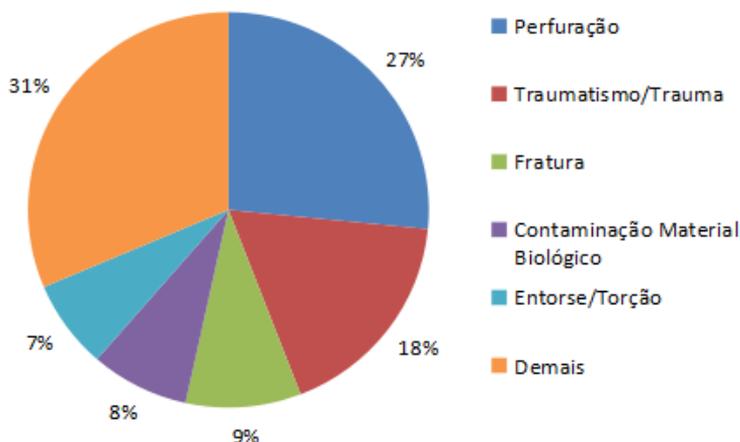


Gráfico 18 - Acidentes em Serviço por Natureza da Lesão, 2018.



Fonte: Adaptado de SIGRH (2021).

Gráfico 19 - Acidentes em Serviço Natureza da Lesão, 2019.



Fonte: Adaptado de SIGRH (2021).



Como no Estado de SC a prevalência da natureza da lesão dos acidentes em serviço está relacionada à perfuração, a qual pode estar relacionada à exposição por material biológico, vamos explorar alguns dados sobre Acidente com Exposição a Material Biológico disponíveis no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) do Ministério da Saúde. O SINAN é uma fonte de dados para informações sobre a saúde dos trabalhadores, independente de seu vínculo trabalhista.

Esse tipo de acidente gera afastamento do trabalho por poucos dias, mas, pode infectar o trabalhador com hepatites do tipo B ou C, e/ou o vírus do HIV. O quadro 01 mostra a evolução do caso entre servidores públicos estatutários e celetistas.

Quadro 4 - Evolução do caso de Acidente com Exposição a Material Biológico entre servidores públicos estatutários e celetistas em Santa Catarina (SC).

Acidente com Exposição a Material Biológico em SC							
Frequência por Situação Mercado de Trabalho e Evolução do Caso							
Período 2017 - 2019							
Situação Merc. de Trabalho	Alta com conversão sorológico	Alta sem conversão sorológico	Alta paciente fonte negativo	Abandono	Óbito outra causa	Ignorado Branco	Total
Servidor Público Estatutário	7	329	707	57	0	374	1474
Servidor Público Celetista	3	104	287	6	0	167	567
Total:	10	433	994	63	0	541	2041

Fonte: SINAN, 2022.





Clique na imagem e acesse mais informações.

No quadro 01, observa-se que dez servidores públicos se infectaram devido ao Acidente com Exposição a Material Biológico, sendo sete estatutários e três celetistas. O banco não apresenta informação referente à doença que causou a infecção. Observa-se um total de 1.474 Acidente com Exposição a Material Biológico registrados com estatutários registrados no SINAN, porém a Comunicação Estadual de Acidente em Serviço (CEAS) registrou apenas 786 acidentes típicos (gráfico 16) apontando subnotificação da CEAS.

Como o Acidente com Exposição à Material Biológico apresenta risco potencial de contaminação por HIV e Hepatites, torna-se essencial uma atenção especial da EMSO para a vacinação dos trabalhadores expostos a esse tipo de acidente.



*Qual o tipo de acidente em serviço mais prevalente em seu órgão?
Como você e sua equipe poderão atuar para diminuir o número de acidentes em serviço?*



Clique na imagem para ter acesso público às informações do SINAN.



5.13 Dados Estatísticos - Boletins

A Gerência de Controle de Benefícios de Saúde – GECOB, da Diretoria de Saúde do Servidor – DSAS, da Secretaria de Estado da Administração – SEA, possui como uma das suas atribuições o fornecimento de dados relativos a avaliações periciais de saúde e segurança do trabalho. Ela emite, periodicamente, Boletins Estatísticos de Benefícios e Saúde e Boletins Estatísticos de Acidentes em Serviço, onde são mostradas diferentes distribuições de frequência por variáveis como idade, tempo de serviço e grupo de patologia.

Os Boletins Estatísticos já elaborados podem ser encontrados no Portal do Servidor Público Estadual – SC (Saúde – Controle de Benefícios de Saúde – Estatística – Dados Estatísticos), no site:

<http://www.portaldoservidor.sc.gov.br/conteudo/estatistica>

5.14 Como solicitar dados?

A GECOB fornece dados sob a forma de **Banco de Dados** e de **Relatório de Dados**, de acordo com a necessidade do solicitante.

Bancos de Dados são arquivos ou conjuntos de arquivos inter-relacionados com registros sobre temas diversos (pessoas ou lugares, por exemplo). Os dados se relacionam por meio de variáveis de forma a criar informações para o desenvolvimento de pesquisas ou estudos científicos.



Nesse caso, a Gerência de Controle de Benefícios de Saúde (GECOB) extrai do SIGRH os dados periciais, solicitados por interessados em fazer pesquisas, e transforma os dados pessoais em dados anonimizados, impossibilitando a identificação dos indivíduos.

No caso dos **Relatórios de Dados**, a GECOB trata os dados, utilizando estatística descritiva para realizar distribuições de frequência (com quantitativos e percentuais), sob a forma de quadros e tabelas, com as variáveis solicitadas (quantidade de afastamentos por motivo de doença de cada órgão do Poder Executivo, por exemplo). Os relatórios são, na maioria das vezes, solicitados por outros órgãos para servir de base para ações de saúde e segurança do trabalho.

Para solicitar dados, é necessário observar as Orientações Técnicas, disponíveis no Portal do Servidor Público Estadual – SC (Saúde – Orientações Técnicas), no site:

<http://www.portaldoservidor.sc.gov.br/conteudo/orientacoes-tecnicas>

Importante: Até o momento, os dados fornecidos pela GECOB são até o ano de 2020. Dados mais atualizados poderão ser solicitados no RH.

Considerando-se o que foi visto nesse módulo, os benefícios periciais e os dados referentes aos benefícios concedidos, é importante destacar as altas prevalências de adoecimento dos servidores públicos, especialmente em decorrência dos Transtornos Mentais e Comportamentais (TMC) e das Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo (DME).



Neste sentido é interessante observar o que trata o Nexo Técnico Epidemiológico (NTEP), que consiste na relação estatística-epidemiológica que se estabelece entre o Código Internacional de Doença (CID) e o setor de atividade da empresa (Classificação Nacional de Atividades Econômicas – CNAE).

Por exemplo, ainda que haja características individuais, os servidores da Secretaria de Estado da Educação (SED) têm a maior prevalência de TMC, e os servidores da Secretaria de Estado da Saúde (SES) a maior prevalência por DME, no estado de Santa Catarina. Na SED, os TMC consistem na principal causa de LTS há mais de uma década e cerca de 12% dos servidores desta pasta se afastam do trabalho pelo menos uma vez por ano, em virtude dos TMC (vide Boletins Estatísticos DSAS/SEA/GECOB).

A OMS estima que cerca de 5% da população geral sofre de TMC. Ora, se temos uma categoria profissional que apresenta uma prevalência, deste tipo de adoecimento, que é mais do que o dobro esperado para a população, isto não parece ser uma coincidência. Assim, poder-se-ia pensar no nexo técnico epidemiológico, dado que esta categoria de trabalhadores parece conter no seu *modus operandi* especificidades que podem ser diretamente relacionadas ao adoecimento por transtornos mentais.



Referências

- AGUIAR, G. de A. S.; OLIVEIRA, J. R. de. Absenteísmo: suas principais causas e consequências em uma empresa do ramo de saúde. **Revista de Ciências Gerenciais**, v. 13, n. 8, 2009.
- BASTOS, V. G. A.; SARAIVA, P. G. C.; SARAIVA, F. P. Absenteísmo-doença no Serviço Público Municipal da Prefeitura Municipal de Vitória. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, v. 14, n. 3, p. 192-201, 2016. Disponível em: <https://www.rbmt.org.br/details/111/pt-BR/absenteismo-doenca-no-servico-publico-municipal-da-prefeitura-municipal-de-vitoria>. Acesso em: 02 dez. 2021.
- LEÃO, A. L. M.; BARBOSA-BRANCO, A.; NETO, E. R.; RIBEIRO, C. A. N.; TURCHI, M. D. Absenteísmo-doença no serviço público municipal de Goiânia. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, n. 1, p. 262-277, 2015.
- OBSERVATÓRIO DE SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO. Smartlab. **Promoção do meio ambiente do trabalho guiada por dados**. [2021]. Disponível em: <https://observatoriosst.mpt.mp.br/>. Acesso em 13 dez. 2021.
- SANTA CATARINA. **Decreto nº 2.121, de 1º de abril de 2014**. Regulamenta o benefício da readaptação funcional de servidores públicos civis dos órgãos e das entidades da administração direta, autárquica e fundacional do Poder Executivo estadual e estabelece outras providências. Florianópolis, 2014. Disponível em: <http://server03.pge.sc.gov.br/LegislacaoEstadual/2014/002121-005-0-2014-003.htm>. Acesso em: 28 jul. 2022.
- SANTA CATARINA. **Decreto nº 665, de 5 de abril de 2016**. Dispõe sobre a caracterização de acidente em serviço e o pagamento e/ou ressarcimento de despesas aos servidores públicos ocupantes de cargo de provimento efetivo, regidos por estatuto, em decorrência de acidente em serviço ou de doença profissional ou do trabalho, no âmbito da administração direta, autárquica e fundacional do Poder Executivo estadual. Florianópolis: Diário Oficial do Estado de Santa Catarina, 23 dez 1996. Disponível em: <http://server03.pge.sc.gov.br/LegislacaoEstadual/2016/000665-005-0-2016-005.htm>. Acesso em: 01 ago. 2018.
- SANTA CATARINA. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN**. 2022. Disponível em: <http://tabnet.dive.sc.gov.br/>. Acesso em: 13 jan. 2022.
- SANTA CATARINA. **Lei Complementar nº 412, de 26 de junho de 2008**. Dispõe sobre a organização do Regime Próprio de Previdência dos Servidores do Estado de Santa Catarina. Florianópolis, 2008.
- SANTA CATARINA. **Lei Complementar nº 773, de 11 de agosto de 2021**. Altera a Lei Complementar nº 412, de 2008, que dispõe sobre a organização do Regime Próprio de Previdência dos Servidores do Estado de Santa Catarina. Florianópolis: Diário Oficial do Estado de Santa Catarina, 12 ago. 2021.



SANTA CATARINA. **Lei nº 6.745, de 28 de dezembro de 1985**. Estatuto dos Funcionários Públicos Civis do Estado. Florianópolis: Diário Oficial do Estado de Santa Catarina, 30 dez 1985.

SANTA CATARINA. Portal do servidor público estadual. Florianópolis, 2022. Disponível em: <https://www.portaldoservidor.sc.gov.br>. Acesso em: 13 dez. 2021.

SANTA CATARINA. Portal do servidor público estadual. **Orientação Técnica Pericial nº 5, de 2016**. Conversão de Licença de Tratamento de Saúde para Licença de Tratamento de Saúde decorrente de Acidente em Serviço. Florianópolis, 2016. Disponível em: [http://www.portaldoservidor.sc.gov.br/ckfinder/userfiles/arquivos/Manuais%20%20e%20Formularios/SIGRH/Documentos_de_Links/Orientacao_Tecnica__Pericial_n%C2%BA_5_\(24_11_2016\).PDF](http://www.portaldoservidor.sc.gov.br/ckfinder/userfiles/arquivos/Manuais%20%20e%20Formularios/SIGRH/Documentos_de_Links/Orientacao_Tecnica__Pericial_n%C2%BA_5_(24_11_2016).PDF). Acesso em: 01 ago. 2018.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Administração. **Manual de normas técnicas médico-periciais**. 2. ed. Florianópolis, SC: DIOESC, 2010. (Instituído pelo decreto nº 3.338/2010.).



ATUAÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE SAÚDE OCUPACIONAL

MÓDULO 4

Equipe Multiprofissional de Saúde Ocupacional

Alessandra da Cruz Serafim
Cintia Koerich
Denise Krieger
Elaine Cristina Soares da Silveira
Paulo César da Silva

6 Equipe Multiprofissional de Saúde Ocupacional (EMSO)

Compõe a Rede de Saúde do Servidor e deve ser estabelecida nos órgãos públicos do poder executivo com mais de 250 servidores.

O Capítulo II do Manual de Saúde Ocupacional (MSO), em atualização, destina-se à Equipe Multiprofissional de Saúde Ocupacional (EMSO) e apresenta os seguintes profissionais que podem integrá-la:

- Assistente Social
- Enfermeiro do Trabalho
- Engenheiro de Segurança do Trabalho
- Fisioterapeuta do Trabalho*
- Fonoaudiólogo**
- Médico do Trabalho
- Psicólogo do Trabalho
- Técnico de Enfermagem do Trabalho
- Técnico de Segurança do Trabalho
- Técnico em atividades administrativas

*Os órgãos contarão com 1 (um) fisioterapeuta do trabalho para cumprir as determinações de saúde ocupacional previstas em lei.

**A Secretaria de Estado da Educação (SED), a Fundação Catarinense de Educação Especial (FCEE) e a Fundação Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC) contarão com 1 (um) fonoaudiólogo integrando as EMSOs.



6.1 Comissão de Saúde do Servidor (CSS)

Como já vimos anteriormente a IN SEA 08/2019 dispõe sobre normas para implementação do Programa Estadual de Saúde Ocupacional da Administração Pública Direta, Autárquica e Fundacional do Poder Executivo Estadual.

Instrui sobre a Comissão de Saúde do Servidor (CSS), até que seja composta a EMSO, a fim de auxiliar no estudo, dimensionamento e implantação das EMSOs.

Esse dispositivo ainda versa sobre:

- a obrigatoriedade de cada órgão prever rubrica de saúde ocupacional para executar as ações;
- os Representantes de Saúde Ocupacional (RSO) para os órgãos com menos de 250 servidores;



Clique na imagem para acessar a **instrução normativa** que dispõe sobre normas para implementação do Programa Estadual de Saúde Ocupacional da Administração Pública Direta, Autárquica e Fundacional do Poder Executivo Estadual.

As Comissões de Saúde do Servidor (CSSs) são constituídas por servidores nomeados nos órgãos com mais de 250 servidores, em seu respectivo órgão de atuação, segundo IN SEA 08/2019.



São 14 órgãos centrais que devem instituir Comissão de Saúde do Servidor (CSS) até que se tenha EMSO:

- Corpo de Bombeiro (CBM);
- Fundação Catarinense de Educação especial (FCEE);
- Instituto de Meio Ambiente (IMA);
- Instituto Geral de Perícias (IGP);
- Polícia Civil (PC);
- Polícia Militar (PM);
- Procuradoria Geral do Estado de Santa Catarina (PGE);
- Secretaria de Estado da Administração Prisional e Socioeducativa (SAP);
- Secretaria de Estado da Administração (SEA);
- Secretaria de Estado da Educação (SED);
- Secretaria de Estado da Fazenda (SEF);
- Secretaria de Estado da Infraestrutura (SIE);
- Secretaria de Estado da Saúde (SES);
- Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC).

6.2 Dimensionamento da EMSO

A composição da equipe é realizada conforme o grau de risco da atividade principal do órgão ou entidade e o número total de servidores, conforme os Quadros I e II do Capítulo II do Manual de Saúde Ocupacional (MSO).



Confira se sua equipe está completa.
Você percebe a necessidade de outros profissionais?



6.3 Implantação da EMSO

A implantação da EMSO nos órgãos do poder executivo estadual está em processo de formação.

- As EMSO precisam ser constituídas em 14 órgãos centrais e em 15 unidades descentralizadas da SES tais como: hospitais, maternidades, o Laboratório Central de Saúde Pública (LACEN) e o Centro Catarinense de Reabilitação (CCR).

6.4 Atribuições comuns da EMSO

Consoante ao item 4 do Capítulo II do Manual de Saúde Ocupacional (MSO), destaca-se algumas atribuições comuns a todos os profissionais da equipe:

- Desenvolver programas e ações de promoção de saúde, prevenção e reabilitação profissional de acordo com as características de cada local de trabalho;
- Promover relações sociais de trabalho saudáveis;
- Participar da inspeção e avaliação das condições de trabalho;
- Analisar informações estatísticas relativas à Saúde Ocupacional;
- Realizar discussões de casos clínicos;
- Articular-se, colaborar e estabelecer parcerias com órgãos e entidades relacionadas à Saúde Ocupacional;
- Planejar e executar programas de Saúde Ocupacional com a participação dos servidores;



- Promover, ministrar e participar de debates, encontros, campanhas, seminários, palestras, reuniões, treinamentos com o objetivo de divulgar ações de Saúde Ocupacional;
- Promover a Semana de Saúde Ocupacional;
- Manter relatório das atividades da EMSO, com banco de dados atualizados, emitindo relatórios periódicos;
- Seguir orientações e normatizações da Secretaria de Estado da Administração.

A atuação compartilhada entre os profissionais de áreas diferentes que compõe a EMSO permite:

- Conhecer o perfil dos servidores de seu órgão, suas características, demandas e necessidades de saúde e de segurança;
- Definir objetivos comuns à equipe;
- Realizar o planejamento das ações e construção de projetos;
- Realizar o acompanhamento, avaliação das ações e fazer os ajustes necessários.

Atribuições dos profissionais da EMSO

Além das atribuições comuns, cada profissional da EMSO possui atribuições específicas.

Veja as funções dos profissionais da equipe no item 14 do capítulo II do Manual de Saúde Ocupacional (MSO).





Clique na imagem para acessar o **Manual de Saúde Ocupacional**.

Atuação da EMSO

- Como já vimos, a EMSO é composta por vários profissionais, qualificados em diferentes áreas do conhecimento.
- É fundamental que esses profissionais consigam desempenhar suas ações de forma INTEGRADA e isso exige uma atuação INTERDISCIPLINAR.



Vamos refletir sobre sua equipe:
*Como sua equipe vem desenvolvendo suas atribuições específicas e em comum?
 Estão encontrando alguma dificuldade?*

A saúde do trabalhador configura-se como um campo de práticas e saberes multiprofissionais, interdisciplinares e intersetoriais (BRASIL, 2012; MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997).

A partir do século XX, observou-se diversas transformações econômicas, sociais, culturais e tecnológicas com reflexos nas organizações.



Diante das demandas atuais da sociedade, para que possa ser apreendida em toda a sua dimensão e complexidade, a saúde do trabalhador necessita da integração de diferentes áreas do conhecimento essenciais a este campo, como a sociologia, a economia, a política, o direito, as engenharias, as ciências biológicas e médicas (STRAUSZ; GUILAMA; OLIVEIRA, 2019), visto que, abarca questões que só poderão ser percebidas e respondidas quando se ultrapassarem as barreiras disciplinares (CESCO, 2011) e setoriais (GARCIA et al, 2014).

- Apesar da denominação “Equipe MULTIPROFISSIONAL de Saúde Ocupacional”, é importante que a atuação da EMSO seja INTERDISCIPLINAR.
- Nesse material assumimos esses dois termos previstos na Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), a qual reforça que:

“A implementação da PNSTT prevê a articulação de ações que requerem mudanças substanciais nos processos de trabalho em saúde, na organização da rede de atenção e na atuação multiprofissional e interdisciplinar, que contemplem a complexidade das relações trabalho-saúde” (BRASIL, 2012).



Cabe apresentar a diferença conceitual entre os termos MULTIPROFISSIONAL e INTERDISCIPLINAR:

- Os prefixos “multi” e “inter” expressam o nível de interação entre diferentes áreas de conhecimentos ou de núcleos profissionais:
 - “Multi” significa “muito”, “vários”, “múltiplas”.
 - “Inter” significa “entre”, “dentro”, “que une duas partes ou mais”.
- A palavra profissional faz referência ao campo de práticas ou prática que exige qualificação.
- Já a palavra disciplina se refere a campos de conhecimentos ou áreas de estudos (COSTA et al, 2018).

Diante do exposto podemos considerar as seguintes definições conceituais:

- **MULTIPROFISSIONAL** - se refere a diferentes áreas de atuação profissional que mantém uma relação de independência. Estas caminham em paralelo, com limitada interação (COSTA et al, 2018).
- **INTERDISCIPLINAR** - se refere a diferentes áreas do conhecimento que mantém uma relação de interdependência, com interação marcada pela colaboração entre os diferentes saberes, em torno de um objetivo em comum (COSTA et al, 2018).

Enquanto que o multiprofissional visa a reunião de diversas profissões, o interdisciplinar é composto por conhecimentos diversificados, visto que a equipe é composta por profissionais com diferentes saberes, qualificações e funções que se integram e complementam.



6.5 Atuação interdisciplinar da EMSO

- A interdisciplinaridade se refere a forma como nos relacionamos com o conhecimento, seja sua produção, seja sua aplicação. É a busca de soluções para problemas que não estão sendo possíveis de serem resolvidos a partir da disciplinaridade, ou seja, das disciplinas como partes isoladas.
- Assim, a missão da interdisciplinaridade é reconectar as partes, ou seja, as disciplinas, entendendo que o todo é mais que a soma das partes. E é nas relações e interações entre as partes, nas regiões de fronteira entre as disciplinas, ou seja, onde elas se encontram, que pode existir a interdisciplinaridade (MORIN, 2011).



Vamos entender melhor a importância da interdisciplinaridade para a saúde do servidor?

Atuar de forma diz respeito a interação de cada profissional que compõe a EMSO com seus conhecimentos, experiências e percepções de mundo particulares para a construção de uma nova perspectiva, um novo saber para intervenção na prática.

A interdisciplinaridade pode ser entendida como um trabalho que envolve diversas ações, saberes e relações de interação dinâmica entre diversas disciplinas, exigindo permeabilidade entre os saberes (BRASIL, 2009).



A ideia é formar consensos para atuação, a partir da exploração da zona de convergência entre as disciplinas. Esse processo é dinâmico e nos proporciona compreender melhor a realidade a partir de vários prismas, uma vez que o próprio conhecimento compartilhado se produz e potencializa na dinâmica das relações e interações profissionais (MORIN, 2010).

Vamos entender como isso pode ocorrer na prática?

É por meio da comunicação/diálogo no cotidiano laboral que podem existir as trocas de saberes e a construção de um conhecimento novo. Para tanto, precisamos de espaços adequados a este fim, estar aberto a ouvir, buscar compreender o que é falado, expor nosso conhecimento a respeito do assunto. Dessa forma, oportunizaremos momentos para que novas ideias e perspectivas surjam, a partir do conhecimento que é compartilhado.

Saber administrar o processo de trabalho para que a atuação da equipe seja interdisciplinar, implica em saber lidar com os fatores que dificultam essa atuação, tendo em mente que seus benefícios tanto para o profissional da EMSO como para o próprio processo de trabalho e organização são muito maiores.

SER INTERDISCIPLINAR É SER RESILIENTE É ARRISCAR-SE NA BUSCA DO NOVO

Vamos conhecer alguns fatores que dificultam e outros que favorecem a atuação interdisciplinar?

No quadro 5 apresentamos alguns exemplos.



Quadro 5 - Fatores que dificultam e fatores que favorecem a atuação interdisciplinar.

Fatores que DIFICULTAM a atuação interdisciplinar	Fatores que FAVORECEM a atuação interdisciplinar
Relações de poder	Cooperação; Parceria
Individualismo	Responsabilidade coletiva
Conflitos	Diálogo; Empatia
Resistência	Flexibilidade
Formação profissional	Transversalidade
Fragmentação do processo de trabalho	Integração; articulação de saberes e práticas
Atuação apenas por demanda espontânea	Planejamento
Cultura institucional	Inovação; Problematização do processo de trabalho

(REEVES; XYRICHIS; ZWARENSTEIN, 2018; SILVA; SÁ; MIRANDA, 2015; FREIRE, 2010)



Vamos refletir sobre a importância da atuação interdisciplinar para a saúde do servidor?

Quais os aspectos positivos de se ter uma atuação interdisciplinar?

Como podemos lidar com conflitos e entraves no processo de trabalho interdisciplinar?

Como você pode contribuir para que a atuação da sua equipe seja interdisciplinar?



Sugestão de leitura complementar para a reflexão: **Comunicação não violenta**

Autor: Marshall B. Rosenberg. Clique na imagem para acessar.



As pesquisas científicas trazem algumas práticas que por apresentarem bons resultados quando implementadas são consideradas “Boas práticas”.

No quadro 6 apresentaremos algumas “Boas práticas” que favorecem o exercício da interdisciplinaridade e sua aplicação na prática da EMSO:

Quadro 6 - Boas práticas que favorecem o exercício da interdisciplinaridade

Boas práticas	Definição	Exemplos práticos
Foco no servidor	Estimular a participação ativa do servidor em todo processo de planejamento e ações de saúde permite perceber as necessidades sob sua óptica (LACAZ, 2013)	Considerar as demandas CIPA, que representa os servidores, e de outros servidores da instituição no planejamento e ações
Trabalho em equipe	Possui potencial de, por um lado, produzir melhores resultados na atenção à saúde, por outro, melhorar a satisfação no trabalho por parte dos profissionais (PEDUZZI et al, 2020)	Realizar o planejamento em conjunto a fim de construir objetivos em comum para a equipe
Espaços de interação profissional (presencial e ON-line)	Os órgãos devem dispor de espaços colegiados, a exemplo dos núcleos e comissões, que possam ser compartilhados diariamente pelos profissionais no sentido de favorecer a interação e o trabalho em equipe (FERREIRA et al , 2017)	Prever espaços formais e permanentes de discussão podendo integrar outros setores e servidores do órgão
Projetos em comum	Projetos com metas compartilhadas potencializam a interação profissional (KOERICH; ERDMANN; LANZON, 2020)	Construir projetos com metas compartilhadas e a participação ativa de todos os membros da equipe, inclusive de outros setores do órgão

Fonte: Elaborado pelos autores (2022).



Quadro 6 - Boas práticas que favorecem o exercício da interdisciplinaridade (continuação)

Boa prática	Definição	Exemplos práticos
Educação permanente	Baseada na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais, é realizada no cotidiano de trabalho a partir dos problemas enfrentados nesse ambiente e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que os profissionais já possuem (BRASIL, 2009)	Trabalhar ações educativas em equipe buscando parceria com o setor de educação permanente (treinamento) do órgão, escolas e Instituições de Ensino Superior (parcerias externas)
Apoio dos gestores	O apoio dos gestores nos projetos e ações relacionados à saúde do servidor está diretamente relacionado ao sucesso de sua implantação (MARTINS et al, 2017)	Apresentar projetos construídos pela equipe ao gestor, expondo a importância de cada profissional, objetivos claros e resultados favoráveis à instituição
Instrumentos padronizados	Instrumentos padronizados podem aumentar a eficiência dos processos e favorecer a comunicação e interação profissional (KOERICH; ERDMANN; LANZON, 2020)	Utilizar ou construir instrumentos em conjunto de acordo com a especificidade de cada órgão (a exemplo dos Protocolos; POPs; mapa de risco)
Parcerias intra e intersetoriais	Trazem a perspectiva de integração que possibilita a mudança de valores e da cultura organizacional (KOERICH; ERDMANN; LANZON, 2020)	Realizar parcerias visando a inovação na área de saúde do trabalhador (a exemplo de Benchmarking de instituições públicas/privadas)

Fonte: Elaborado pelos autores (2022).

6.6 A importância da integralidade na saúde do servidor

O uso da tecnologia no mundo contemporâneo traz consigo mudanças no modo de viver e se relacionar e isso envolve o mundo do trabalho. A inclusão do trabalho home office, ou de outras modalidades de trabalho, traz consigo uma mudança de paradigma em relação à saúde do servidor.



Nesse sentido, é preciso ampliar o olhar para além do ambiente e processo laboral e considerar os reflexos do trabalho e das condições de vida dos servidores e de suas famílias a partir da integralidade da atenção.

Ter um olhar ampliado sobre a própria concepção de integralidade nos ajuda a perceber esse servidor como ser único e complexo inserido em diversos contextos sociais, onde desempenha diferentes papéis que o integram enquanto indivíduo e que de certa forma influenciam nas dimensões saúde e trabalho.

A separação do corpo e alma, do sujeito e objeto, da emoção e razão, existência e essência, qualidade e quantidade traz em si a necessidade de mudança em relação ao paradigma cartesiano, já que a separação do ser humano em seus aspectos biológico, social e psíquico, como componentes diversos, não responde mais às necessidades humanas (MORIN, 2011).

Desta forma, ao se falar em atenção integral, se torna essencial considerar todos os papéis que o servidor desempenha na sociedade, e os aspectos que o compõem, para que possamos a partir dessa perspectiva atuar sobre suas necessidades de saúde e bem estar com maior chance de atendê-las.



Vamos refletir sobre a integralidade na saúde do servidor?

Como é possível realizar as ações de saúde com os servidores trabalhando de forma remota (home office)?

Como utilizar a tecnologia a favor da saúde do servidor?

Como promover o autocuidado e a autoresponsabilização do servidor por sua saúde?



Sugestão de leitura complementar para a reflexão: **Você já ouviu falar em NOMOFOBIA?**

Autores: Aline Rios Simões; Denise Krieger; Justina Ines Sperandio.

Clique na imagem para acessar.



6.7 Integração EMSO

Dentro dos órgãos, além da integração entre os profissionais da EMSO é imprescindível sua interação com outras comissões, programas e setores, como:

Setor de Recursos Humanos (RH), direção, Setor/Comissão de Educação Permanente/treinamentos, Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA), Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), Setor/Comissão de Vigilância Epidemiológica, Setor/Comissão de Humanização, Programa de Vacinação, Programa de produtos químicos e contamináveis, entre outros, com o objetivo de melhoria contínua dos processos relacionados à saúde do servidor.

Alguns exemplos dessa integração foram apresentados como exemplos práticos no quadro 2.

6.8 Integração EMSO e Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA)

É importante que EMSO e a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) atuem em conjunto, assim como mantenham um bom relacionamento com todos os setores do órgão, particularmente daqueles cuja colaboração é indispensável para o completo sucesso dos programas, projetos e ações.



A respeito da integração com a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) cabe a EMSO:

- Acompanhar as atividades da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA), em caso de ausência dos responsáveis;
- Abrir canais de comunicação com a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) e demais servidores;
- Trabalhar em conjunto e ter objetivos em comum (os objetivos do grupo devem perpassar os interesses individuais);
- Buscar uma postura proativa, evitando ações reativas.
- Compartilhar novidades, atualizações e matérias referentes à saúde do servidor;
- Manter-se atualizada para que possa proporcionar educação permanente;
- Auxiliar a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) na elaboração de ações de prevenção de acidentes e doenças do trabalho;
- Apoiar a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) na inspeção e avaliação das condições de trabalho com vistas na prevenção e no controle dos danos à saúde dos servidores;
- Participar das reuniões e dos grupos de trabalho junto à Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA);
- Estimular e colaborar com a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) e gestores na elaboração de eventos voltados a despertar a consciência de prevenção entre os servidores, utilizando os indicadores de saúde e segurança mais significativos dentro da realidade de cada órgão/entidade.

Vamos refletir sobre a atuação da EMSO e da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA)?





Como tem sido a atuação da EMSO junto a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) no seu órgão? Foi possível desenvolverem ações em conjunto? Quais aspectos positivos e negativos foram vivenciados?

6.9 Intrasetorialidade e Intersetorialidade na saúde do servidor

A integração da EMSO e a eficácia das ações, em prol da saúde do servidor, depende da qualidade das interações da Rede de Saúde do Servidor com diferentes áreas, setores e poderes para atendimento às necessidades da saúde do servidor de forma intra e intersetorial.

Apresentaremos os seguintes conceitos para intrasetorialidade e intersetorialidade:

Intrasetorialidade: articulação de serviços e ações que se relacionem, complementem, otimizem recursos e resultem na atenção integral à saúde do servidor.

Intersetorialidade: articulação entre sujeitos de setores sociais diversos, saberes, poderes e vontades que visam enfrentar problemas complexos e produzir impacto sobre a saúde do servidor.





Você consegue perceber a importância da intrasetorialidade e da intersetorialidade para o crescimento e fortalecimento da Rede de Saúde do Servidor?

O importante é que as EMSOs busquem parcerias, seja com as EMSOs de outros órgãos, seja com instituições formadoras ou setores com experiências exitosas na temática buscando inovar e fortalecer as ações voltadas à saúde do servidor.

6.10 O homem na arena

Não é o crítico que importa; nem aquele que aponta onde foi que o homem tropeçou ou como o autor das façanhas poderia ter feito melhor.

O crédito pertence ao homem que está por inteiro na arena da vida, cujo rosto está manchado de poeira, suor e sangue; que luta bravamente, que erra, que decepciona, porque não há esforço sem erros e decepções; mas que, na verdade, se empenha em seus feitos; que conhece o entusiasmo, as grandes paixões; que se entrega a uma causa digna; que, na melhor das hipóteses, conhece no final o triunfo da grande conquista e que, na pior, se fracassar, ao menos fracassa ousando grandemente.

Trecho do discurso “Cidadania em uma República” (ou “O Homem na Arena”), proferido na Sorbonne por Theodore Roosevelt, em 23 de abril de 1910.



Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012**. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Brasília, DF: MS, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html. Acesso em: 28 jul. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, DF: MS, 2009. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33856/396770/Pol%C3%ADtica+Nacional+de+Educa+%C3%A7%C3%A3o+Permanente+em+Sa%C3%BAde/c92db117-e170-45e7-9984-8a7cdb111faa>. Acesso em: 28 jul. 2022.
- CESCO, S. Interdisciplinaridade e temas socioambientais. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 25, n. 72, p. 327-330, maio/ago., 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142011000200026. Acesso em: 28 jul. 2022.
- COSTA, M. V.; PEDUZZI, M.; FREIRE FILHO, J. R.; SILVA, C. B. G. **Educação interprofissional em saúde**. Natal: SEDIS-UFRN, 2018. Disponível em: <https://neipc.ufes.br/sites/neipc.ufes.br/files/field/anexo/educacao-interprofissional-em-saude.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2019.
- FERREIRA, A. I.; SILVA, C. M.; SIQUEIRA, M. V.; GOMES, S. S.; ARAUJO, A. B. G.; BRANDÃO, G. C. G. Uma reflexão pelo caminhar da cogestão e educação permanente em saúde. **Revista Ciência & Saúde online**, Campina Grande, PB, v. 6, n. 3, p. 47-54, 2017. Disponível em: <http://www.ufcg.edu.br/revistasaudeciencia/index.php/RSCUFCEG/article/view/481/306>. Acesso em: 28 jul. 2022.
- FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2010.
- GARCIA, L. M. T.; MAIO, I. G.; SANTOS, T. I.; FOLHA, C. B. J. C.; WATANABE, H. A. W. Intersetorialidade na saúde no Brasil no início do século XXI: um retrato das experiências. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 966-980, out./dez., 2014.
- KOERICH, C.; ERDMANN, A. L.; LANZONI, G. M. M. Interação profissional na gestão da tríade: educação permanente em saúde, segurança do paciente e qualidade. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 28, e33792020, p. 1-10. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4154.3379>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/j8tf6FjjXzWD3JSbssf7XXf/?lang=en>. Acesso em: 28 jul. 2022.
- LACAZ, F. A. C. O campo saúde do trabalhador: epistemologia, desafios e lacunas. In: NAVARRO, V. L.; LOURENÇO, E. A. S. (org.). **Avesso do trabalho III: saúde do trabalhador e questões contemporâneas**. São Paulo: Outras Expressões, 2013.
- MARTINS, M. I. C.; OLIVEIRA, S. S.; ANDRADE, E. T.; STRAUZZ, M. C.; CASTRO, L. C. F.; AZAMBUJA, A. A política de atenção à saúde do servidor público federal no Brasil: atores, trajetórias e desafios. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1429-1440, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.33542016>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/XhKw5hgKmxssdJDhDjyNmGH/?lang=pt>. Acesso em: 28 jul. 2022.



MINAYO-GOMEZ, C. M.; THEDIM-COSTA, S. M. F. A construção do campo de saúde do trabalhador: percurso e dilemas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13 (Supl.2), p. 21-32, 1997. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1997000600003>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/XhKw5hgKmXssdJdHdJyNmGH/?lang=pt>. Acesso em: 28 jul. 2022.

MORIN, E. **A cabeça bem feita**: repensar a reforma, reformar o pensamento. 17. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. 2. ed. rev. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: UNESCO, 2011.

PEDUZZI, M.; AGRELI, H. L. F.; SILVA, J. A. M. D.; SOUZA, H. S. D. Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. **Trabalho, Educação e Saúde**, [s. l.], v. 18 (Supl.1), e0024678, p. 1-20, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00246>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/RLtz36Ng9sNLHknn6hLBQvr/?lang=pt>. Acesso em: 28 jul. 2022.

REEVES, S.; XYRICHIS, A.; ZWARENSTEIN, M. Teamwork, collaboration, coordination, and networking: why we need to distinguish between different types of interprofessional practice. **Journal of Interprofessional Care**, [s. l.], v. 32, n. 1, p. 1-3, nov. 2018. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13561820.2017.1400150>. Acesso em : 28 jul. 2022.

SANTA CATARINA. **Decreto nº 2.709, de 27 de outubro de 2009**. Institui o Manual de Saúde Ocupacional do Servidor Público, no âmbito da administração pública estadual direta e indireta. Florianópolis, SC: Diário Oficial do Estado, 2009.

SANTA CATARINA. **Instrução normativa nº 8, de 24 de junho de 2019**. Dispõe sobre normas para implementação do Programa Estadual de Saúde Ocupacional da Administração Pública Direta, Autarquia e Fundacional do Poder Executivo Estadual. Diário Oficial SC, Florianópolis, n. 21.048, 3 jul. 2019. Disponível em: http://www.portaldoservidor.sc.gov.br/ckfinder/userfiles/arquivos/Saude_do_servidor/IN_n%C2%B0_8_2019_-_Publicada.pdf. Acesso em: 28 jul. 2022.

SANTA CATARINA. **Lei nº 14.609, de 7 de janeiro de 2009**. Institui o Programa Estadual de Saúde Ocupacional do Servidor Público e estabelece outras providências. Florianópolis: ALESC, 2009. Disponível em: http://leis.alesc.sc.gov.br/html/2009/14609_2009_Lei.html#:~:text=1%C2%BA%20Fica%20institui%C3%ADdo%20o%20Programa,ocupacional%20dos%20servidores%20p%C3%BAblicos%20estaduais.. Acesso em: 28 jul. 2022.

SILVA, A. M.; SÁ, M. C.; MIRANDA, L. Entre 'feudos' e cogestão: paradoxos da autonomia em uma experiência de democratização da gestão no âmbito hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p. 3063-3072, out. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015001003063. Acesso em: 28 jul. 2022.

STRAUSZ, M. C; GUILAMA, M. C. R; OLIVEIRA, S. S. A intervenção em saúde do trabalhador na perspectiva dos atores históricos do campo. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, [s. l.], v. 44, e25, p. 1-12, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/2317-6369000015118>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbso/a/tCSQf6NVWQK9QhVJwCkHm8r/?lang=pt>. Acesso em: 28 jul. 2022.



ATUAÇÃO
DA EQUIPE
MULTIPROFISSIONAL
DE SAÚDE
OCUPACIONAL

MÓDULO 5

**Planejamento Estratégico
Situacional**

Aline Rios Simões
Cintia Koerich
Paulo César da Silva

7 A importância do Planejamento

O Manual de Saúde Ocupacional do Estado traz, no seu capítulo II, uma descrição sobre a composição das Equipes Multiprofissionais de Saúde Ocupacional, descrevendo suas atribuições enquanto responsáveis pela Saúde Ocupacional dos servidores.

Sendo fundamental para nortear a tomada de decisão e para atingir os objetivos propostos, o planejamento é uma ferramenta que possibilita a organização das atividades.

Todos os dias, a todo instante, na economia familiar, nas atividades laborais ou na organização do dia a dia, o planejamento é uma ferramenta de uso comum que se mostra cada vez mais importante diante das múltiplas tarefas que desempenhamos. Seja numa ida ao mercado ou numa atividade como uma viagem, por exemplo, fazemos algum tipo de planejamento. Fazemos isso de forma intuitiva, sem muita rigidez no processo.

Planejar consiste em definir antecipadamente quais são os objetivos e os planos necessários para alcançá-los em determinado período, ou seja, à prévia tomada de decisão, estabelecem-se os cursos de ação e os meios adequados para atingir a meta (CHIAVENATO, 2011).

Planejar não significa responder de forma casual a um problema. Pelo contrário, as ações tomadas no momento de planejar buscam atingir de forma consistente um objetivo previamente definido, contando com os conhecimentos e experiências de cada profissional.



Segundo Carlos Matus, planejar é “preparar-se para a ação”. Ele entende o planejamento como um processo dinâmico e contínuo que precede e preside a ação, e que envolve aprendizagem-correção-aprendizagem (MATUS, 1989).

O exercício sistemático do planejamento tende a reduzir a incerteza envolvida no processo decisório e, conseqüentemente, provocar o aumento da probabilidade de alcance dos objetivos, desafios e metas estabelecidos.

Sem planejamento, o caminho a ser trilhado torna-se mais confuso, além de se tornar propenso a prejuízos causados por decisões equivocadas baseadas em opiniões pessoais ou ações desnecessárias, que podem limitar os processos ao invés de se aproximar do resultado esperado.

“Para quem não sabe onde quer chegar, qualquer caminho serve.”

Lewis Carroll

Assim, para alcançar objetivos mais complexos, como é o caso das ações no campo da saúde do trabalhador, é necessário definir prioridades, analisar os riscos, estabelecer metas visando o melhor caminho de chegar ao resultado final com êxito. Para tanto, precisamos definir um método de planejamento.

Esse método deve ser realizado de forma participativa, compartilhando diferentes saberes (interdisciplinaridade) e diferentes ações (intersectorialidade) (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). É necessário também refletir sobre o planejamento das ações como um processo dinâmico, flexível e que seja entendido por todos os envolvidos.



No campo da saúde do trabalhador o planejamento das ações de saúde voltadas para os trabalhadores deve estar pautado na observância da realidade onde esse trabalhador se encontra inserido, em seu processo de trabalho, assim como nas singularidades desse trabalhador, necessitando de estratégias específicas que visem à execução de ações de promoção, prevenção e atenção integral à saúde (FONSECA; BRAGA; DIAS, 2019), incluindo de proteção e recuperação da saúde (GALINDO; GURGEL, 2016), respeitando os aspectos legais envolvidos.

7.1 Método de planejamento: Planejamento Estratégico Situacional

O método é uma ferramenta necessária para estruturar procedimentos, recursos, linguagem que serão utilizados no alcance dos objetivos. Quando o planejamento envolve muitas pessoas, a escolha do método auxilia no compartilhamento das informações e na participação dos envolvidos no processo.

IMPORTANTE: Planejar não é simplesmente elaborar um plano. Segundo Matus (1989): “o plano é um produto momentâneo de um processo de planejamento. É um instrumento que permite compartilhar e negociar ações”. Já o planejamento envolve um processo permanente de revisão e redirecionamento dos objetivos, corrigindo os erros de percurso e minimizando entraves, levando em conta a governabilidade das ações.

Convidamos você e sua equipe para realizar um exercício de planejamento tendo por base o método do Planejamento Estratégico Situacional - PES, por entendermos ser o mais



flexível, ou seja, é possível adaptá-lo às constantes mudanças de uma situação real, permite aos atores exercitar um planejamento mais participativo e interdisciplinar, além de possibilitar a análise pontual de aspectos essenciais para alcance dos objetivos.

7.2 Método de planejamento

Para entender melhor vamos ver a diferença entre o planejamento normativo e o PES?

No Planejamento Normativo Tradicional existe uma separação entre o sujeito e o objeto de atuação, o diagnóstico não leva em consideração os diferentes atores sociais e é realizado pelo planejador, exclui a dimensão política e trabalha em uma perspectiva fechada, sem considerar os desvios e entraves que poderão surgir ao longo do processo (LACERDA; BOTELHO; COLUSSI, 2016).

Já o Planejamento Estratégico Situacional (PES) leva em consideração o momento atual do órgão ou entidade, mas de forma a permanecer flexível para se adaptar às constantes mudanças de uma situação real (MATUS, 1989). Propõe o planejamento como um processo participativo, possibilitando a incorporação dos pontos de vista dos vários atores e setores sociais, permitindo que exponham suas demandas, propostas e estratégias de solução, numa perspectiva de negociação dos diversos interesses em jogo.

Essa participação enriquece o processo de planejamento, criando corresponsabilidade dos atores com a efetivação do plano de ação, dando mais legitimidade e, mesmo, viabilidade política ao plano (MATUS, 1989; CAMPOS; FARIAS; SANTOS, 2010).



O quadro 7 ilustra as principais diferenças entre o Planejamento Normativo Tradicional e o Planejamento Estratégico Situacional.

Quadro 7 - Diferença entre o Planejamento Normativo Tradicional e o Planejamento Estratégico Situacional.

Planejamento normativo	Planejamento estratégico situacional
Um único ator que planeja, demais envolvidos são somente executores 	Diferentes atores sociais interpretam e explicam a realidade. 
Diagnóstico resulta de constatações objetivas 	Diagnóstico resulta de constatações objetivas e subjetivas 
Conhecimento único e objetivo da realidade. 	Conhecimento e explicação da realidade dependem da inserção de cada ator. São sempre parciais e múltiplos. 
Pressupõe de que todas as variáveis são previsíveis e controláveis 	Não há uma única explicação para os problemas, nem uma única técnica de planejamento. 
Verticalização do processo 	Horizontalização do processo 
Diagnóstico pronto 	Explicações situacionais 

Fonte: Adaptado de Misoczki, Guedes (2016, p. 20-21)..



7.3 Planejamento Estratégico Situacional (PES)

O PES foi proposto por Carlos Matus em 1989. Matus (1996) identifica quatro momentos, sendo estes: explicativo, normativo, estratégico e tático operacional, que caracterizam o processo de PES. Esses momentos, apesar de suas especificidades, encontram-se intimamente articulados na prática do planejamento, constituindo uma relação de complementaridade, dando-lhe caráter processual e dinâmico. Veja a seguir no quadro 8 as principais ações que a equipe deverá desenvolver em cada momento do PES:

Quadro 8 - Principais ações de cada momento do PES.

Momentos	Principais ações
Explicativo	Identificar e selecionar os problemas; Analisar e priorizar os problemas; Estruturar os problemas por meio de descritores de causas e consequências.
Normativo	Definir os objetivos e metas a serem alcançados; Estabelecer estratégias e ações para superar os nós críticos.
Estratégico	Identificar os recursos críticos (obstáculos) para o desenvolvimento do plano; Formular estratégias para alcance dos objetivos traçados.
Tático operacional	Definem e implementam os instrumentos para acompanhamento e avaliação do plano de ação, ou seja, a gestão do plano.

Fonte: MATUS (1996).



7.4 Momento explicativo: Diagnóstico Situacional

O diagnóstico corresponde ao momento explicativo do PES, é uma primeira etapa a qual fornece a base para ponderar as possibilidades e alternativas existentes de forma a atingir os ideais e metas pretendidos (MATUS, 1989).

A partir do diagnóstico busca-se identificar aspectos importantes que constituem o contexto onde os atores estão inseridos (realidade), considerando as condições de saúde e riscos, de forma que um conhecimento sobre o assunto possa ser consolidado e a partir disso a equipe consiga tomar decisões e desenvolver o planejamento estratégico das ações.

O diagnóstico deve considerar as habilidades individuais e/ou coletivas dos servidores/colaboradores, bem como o ambiente da instituição interno e externo, a capacidade produtiva, a estrutura de poder, a forma como os setores se relacionam, os objetivos da instituição, a fim de levantar seus principais problemas.

Ao realizar o levantamento de informações deve-se ter em mente que a instituição possui os aspectos levantados acima, ou seja, é preciso considerar se o servidor está lotado em local que aproveita suas competências, quais as prioridades do gestor, como o ambiente externo e o interno podem impactar na saúde do servidor, dentre outros.

A fase de diagnóstico corresponde ao momento explicativo do PES onde os atores:

- Identificam e selecionam os problemas mais relevantes sobre os quais pretendem intervir;



- Analisam e priorizam os problemas segundo os critérios definidos;
- Estruturam os problemas por meio de descritores de causas e consequências.

O primeiro passo do diagnóstico situacional é a identificação e seleção dos problemas.

Primeiramente é preciso apresentar o conceito de problema que assumimos neste curso:

Problema: definido como um distanciamento entre uma situação real e uma situação ideal/desejada. Depende de uma análise de determinada situação como inaceitável e ao mesmo tempo possível de ser transformada (CAMPOS; FARIAS; SANTOS, 2010).

Desta forma para realizar a análise de determinada situação/realidade se torna essencial coletar o máximo de informações possíveis sobre as atividades que o órgão/instituição desempenha e após discutir e avaliar os dados coletados para identificar e selecionar os problemas.

Ao selecionar os problemas, estes devem ser descritos de forma completa para facilitar a análise, ou seja, na sua descrição deve-se informar o tamanho, a população, a localização e a temporalidade do problema (LACERDA; BOTELHO; COLUSSI, 2016).

Para realizar o levantamento de informações, para então identificar e selecionar os problemas você e sua equipe podem utilizar alguns instrumentos como:



- Método de estimativa rápida (método utilizado para elaboração de um diagnóstico de saúde de determinado local.

Saiba mais acessando:

[Planejamento, avaliação e programação das ações de saúde](#)

- Informações estatísticas disponibilizadas pelo RH da instituição ou GECOB/SEA;

Saiba mais acessando:

[IV Boletim estatístico de acidentes em serviço 2020](#)

Saiba mais acessando:

[VI Boletim estatístico de benefícios de saúde do servidor 2020](#)

Saiba mais acessando: [Orientação técnica nº 12/2021](#)

- Instrumentos construídos em conjunto (formulários, questionários) considerando as especificidades de cada local de trabalho;
- Mapa de riscos e plano de ação elaborados pela CIPA da instituição (utilizar dados ou comparar com os problemas identificados);
- Inspeção in loco (entrevista, observação passiva);
- Observação ativa (observações anotadas (pode-se utilizar roteiro) e comparadas com as de outros membros da equipe durante a análise dos dados; dentre outros.

Saiba mais acessando:

[Planejamento, avaliação e programação das ações de saúde](#)

Para operacionalizar o diagnóstico é importante que você e sua equipe programem reuniões para análise da situação a partir dos dados coletados/levantados, para identificação e seleção dos problemas relacionados à saúde do servidor na instituição em que você trabalha.



O **segundo passo** do diagnóstico situacional após a identificação e seleção dos problemas é a análise e priorização dos problemas selecionados. A equipe precisa analisar e priorizar os problemas mais relevantes sobre os quais pretende intervir.

A análise e priorização dos problemas implica em eleger o que deverá ser alvo da intervenção. Importante mencionar que o problema não priorizado não é eliminado da agenda (FERREIRA; SILVA; MIYASHIRO, 2017).

Nesse processo de análise e priorização, é preciso considerar que os recursos são limitados e, por isso, é necessário direcionar a atuação e ações dos atores envolvidos no processo de planejamento, para problemas de maior relevância, ou seja, para os quais há capacidade real de intervenção (FERREIRA; SILVA; MIYASHIRO, 2017).

Para priorização dos problemas alguns instrumentos podem ser utilizados como:

- Técnica de priorização (GUT) (trabalho em grupo, por meio da construção de consensos, utilizada para priorizar problemas a partir de sua classificação conforme critérios.

Saiba mais acessando: [Planejamento em Saúde](#)

- Método CENDES-OPAS (critérios objetivos geralmente utilizados para a priorização de problemas de saúde

Saiba mais acessando: [Planejamento na Atenção Básica](#)



Ou ainda a equipe pode utilizar os critérios de priorização dos problemas sugeridos no quadro 3 abaixo:

Este quadro foi construído a partir da combinação dos critérios previstos na Técnica de priorização (GUT) e no Método CENDES-OPAS.

Quadro 9 - Critérios de priorização dos problemas.

Magnitude	Urgência	Governabilidade	Valor atribuído
O problema atinge poucas pessoas e com baixa frequência.	O problema pode esperar para ser resolvido.	Problema fora de controle. Interferem na realidade, mas não há poder de intervenção sobre ele.	1
O problema atinge muitas pessoas, mas com baixa frequência; Ou atinge poucas pessoas com muita frequência.	O problema deve ser resolvido o mais rápido possível.	Problema de baixo controle. Necessita de estratégias de convencimento de outros atores para potencializar a atuação sobre o mesmo.	2
O problema atinge muitas pessoas com muita frequência.	A ação para resolução do problema deve ser imediata.	Problema de controle total. Sua solução depende apenas do interesse dos atores envolvidos no planejamento.	3

Fonte: Elaborado pelos autores (2022).

IMPORTANTE: Os problemas prioritários serão os que atingirem maior nota após a soma dos critérios (nesse caso são atribuídas notas de 1 a 3 para cada critério de acordo com quadro acima).

A seguir, segue o quadro 10 com exemplo de uma situação hipotética de análise de priorização de problemas. Esse exemplo leva em consideração um hospital e será utilizado durante todo o processo de planejamento neste curso.



Quadro 10 - Exemplo de análise de priorização de problemas.

Problemas selecionados	Magnitude	Urgência	Governabilidade	Nota	Classificação
Elevado número de afastamento por doença osteomuscular na unidade de internação B	3	3	2	8	1°
Elevado grau de insatisfação profissional na instituição	3	2	2	7	2°
Elevado número de servidores em readaptação funcional na instituição	1	1	2	4	3°
Elevado número de acidentes por perfuro cortante na UTI	2	3	3	8	1°

Fonte: Elaborado pelos autores (2022).

IMPORTANTE: Quando houver empate na análise dos critérios de priorização, como critério de desempate a equipe pode eleger o problema para o qual possui maior governabilidade.

O terceiro passo do diagnóstico situacional após a análise e priorização dos problemas selecionados é a estruturação dos problemas. Nessa fase estruturamos cada problema identificando suas causas e consequências. As consequências do problema é o que observamos quando levantamos as informações, ou seja, o que é perceptível para os atores, o resultado da existência do problema.

Identificar as causas quer dizer identificar os nós críticos do problema, e a sua identificação é fundamental, pois, para solucionar o problema devemos atacar as suas causas (LACERDA; BOTELHO; COLUSSI, 2016; CAMPOS; FARIAS; SANTOS, 2010).



Cada problema deverá ser analisado individualmente.

Para o levantamento dos nós críticos (causas) pode-se utilizar:

- Tempestade de ideias (brainstorming); (técnica de grupo para levantamento de ideias sobre uma questão ou um tema.

Saiba mais acessando: [Planejamento em saúde.](#)

- Inspeção in loco;
- Entrevista com servidores/chefias.

Na seleção dos nós críticos (causas) decidimos sobre quais causas devemos atuar, ou seja, aquelas consideradas mais importantes na origem do problema.

O nó crítico também traz a ideia de algo sobre o qual eu posso intervir, ou seja, está dentro do meu espaço de governabilidade ou seu enfrentamento pode ser viabilizado pelos atores que estão planejando (LACERDA; BOTELHO; COLUSSI, 2016; CAMPOS; FARIAS; SANTOS, 2010).

Para estruturação dos problemas alguns instrumentos podem ser utilizados como:

- Esquema/diagrama da árvore explicativa;

Saiba mais acessando: [Ferramenta usada para visualizar a estrutura de um problema.](#)

- Fluxograma;

Saiba mais acessando: [Representação gráfica do problema.](#)



Nesse curso optamos por apresentar o Esquema da árvore explicativa.

Figura 9 - Exemplo de estruturação do problema 1 de acordo com o Esquema da árvore explicativa.



- Potencial risco de contaminação por agente patogênicos.
- Elevado número de abertura de CEAS, com potencial de afastamento do servidor.
- Ansiedade e instabilidade emocional por parte do servidor acidentado
- Sensação de insegurança no trabalho
- Elevado número de acidentes por perfuro cortante na UTI
- Material disponível inadequado
- Sobrecarga de trabalho
- Manuseio incorreto do material pelos servidores
- Ausência de ações protetivas eficientes

Fonte: Elaborado pelos autores (2022).

7.5 Momento normativo

O momento normativo é onde acontece a formulação de soluções para o enfrentamento dos problemas identificados, priorizados e analisados no momento explicativo. É o momento de elaboração de propostas de solução, ou seja, onde definimos onde queremos chegar.

A formulação de soluções é caracterizada pela definição dos objetivos, tanto geral quanto específicos, assim como das metas. Os objetivos garantem a direcionalidade das ações (plano de ação) (LACERDA; BOTELHO; COLUSSI, 2016).

Assim, é no momento normativo do PES que os atores:

- Definem os objetivos e metas a serem alcançados;



- Estabelecem estratégias e ações para superar os nós críticos (principais causas do problema) por meio do plano de ação;

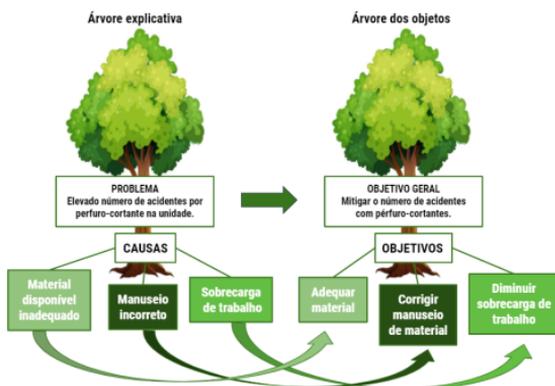
IMPORTANTE: Lembre-se as causas são os nós críticos do problema e é sobre elas que a equipe deve atuar.

A partir da árvore explicativa que montamos no momento explicativo, podemos gerar a árvore dos objetivos, a qual representará a situação futura a ser alcançada após a resolução dos problemas. Assim, a solução do problema será representada pelo objetivo geral e a solução das causas será representada pelos objetivos específicos (LACERDA; BOTELHO; COLUSSI, 2016).



Sugestão de instrumento para formulação das soluções: Tempestade de ideias (*brainstorming*).

Figura 10 – Árvore dos objetivos.



Fonte: Adaptado de Lacerda, Botelho, Colussi (2016).



A partir dos descritores dos problemas, ou seja, das causas, podemos formular as metas (M) e quantificar o que desejamos alcançar (FERREIRA; SILVA; MIYASHIRO, 2017; LACERDA; BOTELHO; COLUSSI, 2016).

Assim, considerando o modelo da árvore dos objetivos acrescentaremos as metas no exemplo prático no quadro 11.

Quadro 11 - Exemplo de formulação de soluções para os problemas:

Problema	Objetivo geral	Causa/definição do problema	Objetivo específico/solução do problema	Metas
Elevado número de acidentes por perfuro cortante na unidade de terapia intensiva.	Mitigar o número de acidentes com pérfuro-cortantes.	Manuseio incorreto do material pelos servidores.	Corrigir manuseio de material.	M: reduzir em 70% os acidentes com pérfuro-cortantes.
		Material disponível inadequado.	Adequar material.	M: troca de 100% do material pérfuro-cortante para itens com dispositivos de segurança.
		Sobrecarga de trabalho.	Diminuir sobrecarga de trabalho.	M: adequar em pelo menos 90% o número de servidores da escala de trabalho na unidade.

Fonte: Elaborado pelos autores (2022).

Essa é a hora também de definir o conteúdo propositivo do plano de ação. Para o êxito do plano de ação, cada ação deve estar relacionada a um objetivo específico. Além disso, é preciso que os recursos, os responsáveis, os prazos e os produtos esperados sejam bem definidos conforme exemplo do quadro 12 (LACERDA; BOTELHO; COLUSSI, 2016).



Quadro 12 - Exemplo de Plano de ação para o problema 1:

Objetivo específico	Ações/ projeto/ programa	Detalhamento das ações	Recursos*	Responsável	Participantes	Prazo	Produtos
Corrigir manuseio de material	Orientar servidores quanto ao uso correto e seguro de perfuro-cortantes	Produzir material educativo	Profissional capacitado para elaboração do material	Médico e Enfermeiro	EMSO	19 de maio a 20 de junho	Material educativo construído
		Realizar treinamento prático	Profissional capacitado	Téc. de enfermagem e Enfermeiro	Profissionais da unidade de terapia intensiva	21 de junho a 21 de julho	Treinamento prático realizado
		Solicitar liberação da chefia e construir cronograma de treinamento	Liberação dos servidores pela chefia da UTI	Psicóloga e Assistente social	chefia da UTI	19 de maio a 20 junho	Liberação negociada e cronograma construído
		Providenciar espaço físico para realização do treinamento	Liberação do espaço físico pelo setor responsável	Téc. de segurança e Engenheiro	Responsável pelo espaço físico na unidade/ órgão	19 de maio a 20 de junho	Espaço físico liberado
Adequar material	Buscar junto ao setor de compras a adequação na descrição para compra de perfuro cortante	Adequar a descrição do material junto ao setor de compra	Profissional responsável pela descrição do produto	Enfermeiro e téc. de enfermagem	Setor de compras	19 de maio a 20 de junho	Descrição adequada do material
		Acompanhar a compra do material com a descrição adequada	Financeiro	Engenheiro e técnico de segurança	Gerência administrativa	20 de junho a 21 de julho e acompanhar	Compra do material adequado realizada
Diminuir sobrecarga de trabalho	Buscar adequar o número de servidores necessários para atuação na UTI	Discutir a adequação do dimensionamento dos servidores da UTI	Profissional responsável pelo dimensionamento de servidores na instituição	Enfermeiro e assistente social	Gerência de Enfermagem; gerência médica; gerência administrativa; setor de RH	19 de maio a 20 junho	Dimensionamento adequado
		Discutir, se necessário, a possibilidade de contratação de pessoal	Abertura de processo seletivo	Médico e psicólogo		20 de junho a 20 de julho e acompanhar	Contratação de pessoal

Fonte: Elaborado pelos autores (2022).

* os recursos podem ser cognitivo; político; administrativo.



7.6 Momento estratégico

No momento estratégico analisamos a viabilidade e factibilidade das propostas de solução elaboradas no plano de ação desenhado no momento normativo, ou seja, quais obstáculos precisamos superar para atingir os objetivos (LACERDA; BOTELHO; COLUSSI, 2016).

Nesse momento os atores:

- Identificam os recursos críticos (obstáculos) para o desenvolvimento do plano;
- Formulam estratégias para alcance dos objetivos traçados.

Vamos discutir melhor o que seria a viabilidade e factibilidade das propostas?



A **Viabilidade** é a possibilidade política para realizar um projeto. Esta possibilidade vai depender do grau de apoio, de rejeição ou de indiferença que diferentes atores ou grupos sociais importantes no enfrentamento do problema venham a manifestar (LACERDA; BOTELHO; COLUSSI, 2016).

Já a **Factibilidade** significa a existência de recursos financeiros, tecnológicos e de gerenciamento para a realização da ação/projeto/programa (LACERDA; BOTELHO; COLUSSI, 2016).

Assim, as ações que dependem de outros atores sociais e dos recursos que eles controlam, precisam de algo além da sua vontade de fazer: precisam de capacidade de convencimento, precisam de argumentos que garantam o apoio dos outros atores para os seus projetos (LACERDA; BOTELHO; COLUSSI, 2016).



Nesse momento é importante sabermos quais são os **Recursos Críticos** do nosso plano de ação.

São considerados **Recursos Críticos** aqueles indispensáveis para a execução de uma operação e que não estão disponíveis, ou não estão sob o controle dos atores que planejam e, por isso, é importante que a equipe tenha clareza de quais são esses recursos, para criar estratégias para que se possa viabilizá-los (FERREIRA; SILVA; MIYASHIRO, 2017).

Para tanto, primeiramente, é preciso analisar as **ações/projeto/programa** propostos no plano de ação, separando-os em dois grupos (LACERDA; BOTELHO; COLUSSI, 2016).

GRUPO 1. As que podem ser realizadas apenas pela sua equipe com os recursos que ela possui;

GRUPO 2. As que precisarão de outros recursos e apoios para serem realizadas.

As ações separadas no **GRUPO 2** deverão ser analisadas segundo os recursos críticos, ou seja, a equipe deve identificar com mais detalhes os **atores sociais** interessados ou envolvidos nas ações/projetos/programas assim como **recursos necessários** (LACERDA; BOTELHO; COLUSSI, 2016). No quadro 8 apresentamos um exemplo e análise de recursos críticos.

IMPORTANTE: O resultado dessa análise poderá indicar a inclusão de outras ações no plano de ação.



Quadro 13 - Exemplo de análise de recursos críticos:

Ações/projeto/ programa	Recursos críticos (Necessários à execução da ação; podem ser cognitivo; político; administrativo)	Atores (Identificar o ator que controla os recursos críticos)	Estratégia (De convencimento; que viabilizam o plano)
Orientar os servidores quanto ao uso correto e seguro de perfuro- cortantes	Liberação dos servidores pela chefia da UTI	Chefia da UTI	Apresentar projeto da capacitação
Buscar junto ao setor de compras a adequação na descrição para compra de perfuro cortante	Financeiro	Gerente administrativo	Apresentar descrição adequada e consequências do uso de material inadequado
Buscar adequar o número de servidores necessários para atuação na UTI	Abertura de processo seletivo	Gerente de enfermagem; Gerente médico; Setor de RH; Gerente administrativo	Apresentar estudo de dimensionamento adequado

Fonte: Elaborado pelos autores (2022).

7.7 Momento tático-operacional

No momento tático-operacional executamos, acompanhamos e avaliamos o plano de ação.

É a hora de intervir na prática para alcançar a mudança!!

Nesse momento os atores:

- Definem e implementam os instrumentos para acompanhamento e avaliação do plano de ação, ou seja, a gestão do plano.

Algumas ações podem facilitar a gestão do plano de ação para você e sua equipe:

- Disponibilizar o plano de ação para todas as pessoas envolvidas na sua execução;



- Agendar reuniões de gerenciamento;
- Manter o plano atualizado mensalmente e sempre que uma ação for executada.

A gestão do plano de ação é importante para verificar a alteração da situação-problema. A não alteração da situação-problema indica operações insuficientes ou má formulação do plano de ação e, desta forma, a necessidade de reformulação, correção e ajustes considerando os diferentes momentos do PES (FERREIRA; SILVA; MIYASHIRO, 2017).

Definimos no momento normativo um plano de ação com responsabilidades e prazos de execução das ações, aliado a estratégias de viabilidade e factibilidade. Porém, é necessário o acompanhamento da realização das ações deste plano pelo **coordenador da equipe** juntamente com os **responsáveis pelas ações** (LACERDA; BOTELHO; COLUSSI, 2016).

É possível avaliar o plano de ação de diversas formas: a partir do grau de satisfação dos usuários (neste caso dos servidores), do cumprimento de metas e ações, da relação custo-benefício, ou do impacto dos resultados (neste caso sobre a saúde dos servidores). Uma vez definidos tais aspectos, podem-se eleger os indicadores que serão utilizados na avaliação das ações (LACERDA; BOTELHO; COLUSSI, 2016).

Os produtos (descritores de resultados) identificados no momento normativo poderão compor minimamente o leque de indicadores de avaliação. Outros indicadores de natureza política, por exemplo, poderão ser acrescentados, como indicadores que mensuram o grau de sucesso das estratégias de viabilidade e factibilidade* do plano de ação conforme ilustrado no quadro 9 (LACERDA; BOTELHO; COLUSSI, 2016).



O quadro 14 apresenta um exemplo de planilha para acompanhamento do plano de ação.

Quadro 14 - Exemplo de planilha para acompanhamento do plano de ações:

Produto (descritores/ indicadores de resultados)	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Material educativo construído	Médico e Enfermeiro	19 de maio a 20 de junho	implantado		
Treinamento prático realizado	Téc. de enfermagem e Enfermeiro	21 de junho a 21 de julho	Em andamento		
Liberação negociada e cronograma construído	Psicóloga e Assistente social	19 de maio a 20 junho	atrasado	Dificuldade de liberação devido ao quantitativo reduzido de servidores	21 de julho a 25 de setembro
Espaço físico liberado	Téc. de segurança e Engenheiro	19 de maio a 20 de junho	atrasado	depende da liberação	21 de julho a 25 de setembro
Projeto de capacitação apresentado aos gestores*	Coordenador projeto	01 a 19 de maio	implantado		

Fonte: Elaborado pelos autores (2022).

É importante que o acompanhamento dos indicadores de avaliação seja realizado de forma participativa por toda a equipe para que a mesma possa redefinir estratégias de enfrentamento quando necessário e que esses dados sejam publicizados na instituição para todos os servidores e para os gestores.

Lembrete: o PES é dinâmico, ele não tem uma data fim, no entanto, é importante sempre revisar as ações e alinhar as propostas anualmente.



Referências

- CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: Nescon/UFGM, 2010. 110p. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/Modulo_Planejamento-2010.pdf. Acesso em: 28 jul. 2022.
- CHIAVENATO, I. **Introdução à teoria geral da administração**. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.
- FERREIRA, S. C. C.; SILVA, L. B.; MIYASHIRO, G. M. Planejamento em saúde. In: GONDIM, G. M. M.; CHRISTÓFARO, M. A. C.; MIYASHIRO, G. M. (org.). **Técnico de vigilância em saúde: fundamentos**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2017. v. 2. p. 137-164. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/39910/2/T%c3%a9cnico%20de%20Vigil%c3%a2ncia%20em%20Sa%c3%bade%20v.2%20-%20Planejamento%20em%20sa%c3%bade.pdf>. Acesso em: 28 jul. 2022.
- FONSECA, B. M. C.; BRAGA, A. M. C. B.; DIAS, E. C. Planejamento de intervenções em saúde do trabalhador no território: uma experiência participativa. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 44, n. e36, p.1-9, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/2317-6369000015018>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbso/a/BWm6LNYPsm6Cq5YD63LpjQ/?lang=pt>. Acesso em: 28 jul. 2022.
- GALINDO, A. G.; GURGEL, A. M. Planejamento de ações de saúde do trabalhador no SUS: uma análise dos planos municipais de saúde da VI Regional de Saúde de Pernambuco. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, v. 10, n. 4, p. 1-20, 2016. DOI: <https://doi.org/10.29397/reciis.v10i4.1155>. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1155>. Acesso em: 28 jul. 2022.
- LACERDA, J. T.; BOTELHO, L. J.; COLUSSI, C. F. (org.). **Planejamento na atenção básica**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2016. Disponível em: <https://unasus.ufsc.br/atencaobasica/files/2017/10/Planejamento-na-Aten%C3%A7%C3%A3o-B%C3%A1sica-ilovepdf-compressed.pdf>. Acesso em: 28 jul. 2022.
- MATUS, C. **El método PES: planificación estratégica situacional**. 2. ed. La Paz: Editorial Cereb, 1996.
- MATUS, C. Fundamentos da planificação situacional. In: RIVERA, F. J. U. (org.). **Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico**. São Paulo: Cortez, 1989. p. 105-176.
- MISOCZKY, M. C. A.; GUEDES, P. **Planejamento e programação na administração pública**. 3. ed. rev. atual. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração UFSC, 2016. 180p. Disponível em: https://educapes.capes.gov.br/bitstream/capes/401413/1/Planejamento_Programacao_Adm_Publica_3ed_GRAFICA.pdf. Acesso em: 28 jul. 2022.



ATUAÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE SAÚDE OCUPACIONAL

