



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA
III Curso de Especialização em Gestão de
Sistemas e Serviços de Saúde



ERNANI MIRANDA PAIVA
INALDA DE MELO SANTOS
REJANE GOMES FERREIRA FERNANDES

**Capacitação Como Ferramenta Para a Reorientação
da Política de Saúde do Trabalhador: uma proposta
para o Centro de Referência Regional em Saúde do
Trabalhador dos Palmares-PE**

Recife
2008

ERNANI MIRANDA PAIVA
INALDA DE MELO SANTOS
REJANE GOMES FERREIRA FERNANDES

**Capacitação Como Ferramenta Para a Reorientação da Política de Saúde do
Trabalhador: uma proposta para o Centro de Referência Regional em Saúde do
Trabalhador dos Palmares-PE**

*Monografia apresentada ao Curso de
Especialização em Gestão de Sistemas e
Serviços de Saúde do Centro de Pesquisas
Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz
para a obtenção do grau de Especialista em
Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.*

ORIENTADORA: DR^a. IDÊ GOMES DANTAS GURGEL

RECIFE
2008

ERNANI MIRANDA PAIVA
INALDA DE MELO SANTOS
REJANE GOMES FERREIRA FERNANDES

**Capacitação Como Ferramenta Para a Reorientação da Política de Saúde do
Trabalhador: uma proposta para o Centro de Referência Regional em Saúde do
Trabalhador dos Palmares-PE**

*Monografia apresentada ao Curso de Gestão de
Sistemas e Serviços de Saúde do Centro de
Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação
Oswaldo Cruz para a obtenção do grau de
Especialista Gestão de Sistemas e Serviços de
Saúde.*

Aprovada em: _____

BANCA EXAMINADORA

Orientador: DR^a. IDÊ GOMES DANTAS GURGEL

Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães – CpqAM

Debatedor: MESTRE JOSÉ CARLOS DE ALMEIDA JUNIOR

Universidade Estácio de Sá.

AGRADECIMENTOS

A Dr^a Idê Gomes Dantas Gurgel, nossa orientadora, pela paciência e sapiência.

Ao Secretário Municipal de Saúde dos Palmares, Dr. Dílson Assunção por nos disponibilizar as informações necessárias a realização do trabalho.

A equipe técnica do CEREST - Palmares pelo rico processo de discussão na elaboração do trabalho.

A Admilson Ramos, Luis Saraiva e José Carlos do Instituto de Estudos em Saúde do Trabalhador – INEST pelas sugestões na elaboração do trabalho.

Ao nosso colega Ubiracy Ricarte de Santana pelo acolhimento e apoio durante todo o curso.

Aos nossos familiares pela compreensão e estímulo dados para a concretização deste trabalho.

Agradecimentos especiais a Prof^a Virgínia Maria Zaia, esposa de Ernani, que nos acolheu em sua casa nos finais de semana e por varias vezes tirou nossas dúvidas.

.

PAIVA, Ernani Miranda. SANTOS, Inalda de Melo. FERNANDES, Rejane Gomes Ferreira. **Capacitação Como Ferramenta Para a Reorientação da Política de Saúde do Trabalhador: uma proposta para o Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador dos Palmares-PE.** 2008. Monografia (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz. Recife, 2008

RESUMO

O objetivo deste projeto foi elaborar uma proposta de capacitação como ferramenta para reorientação da Política de Saúde do Trabalhador para o CEREST/Palmares. Considerando que em Pernambuco a distribuição dos CEREST criou distorções na atuação de todos, deixando desassistidas algumas regiões do Estado, como o Agreste e o Sertão Central, obrigando a realização de uma nova discussão sobre os municípios de abrangência de cada CEREST. Esse processo vem sendo construído desde 2007 pela Coordenação Estadual de Atenção à Saúde do Trabalhador juntamente com os CEREST e culminou com um novo mapa de abrangência para cada Centro. No caso do CEREST / Palmares houve uma redução de municípios da III GERES e inclusão de municípios da V GERES. Devido às extremas desigualdades regionais, nos aspectos sociais, culturais, econômicos e geográficos, entre outros, existe a necessidade de adequação das regras gerais para o nível local, no entanto, estas não devem subtrair direitos garantidos pela legislação e esta é a orientação primordial do manual da RENAST. Por entender que não é possível implantar a política sem que todos os atores sociais cujas ações e atividades se relacionem com a Saúde do Trabalhador tenham conhecimento dela, esta proposta de capacitação se pauta na priorização da qualificação desses atores, procurando fortalecer o papel de cada um na consolidação da Política de Saúde do Trabalhador nos Municípios de abrangência do CEREST/Palmares. A compreensão da Política Nacional de Saúde do Trabalhador em sua dimensão, utilizando como estratégia os processos formativos e as práticas pedagógicas na formação e desenvolvimento dos trabalhadores em saúde nos remeterá a construção de processos educativos de relevância para a transformação dos serviços. Esta proposta se efetivará buscando potencializar as informações e conhecimentos pré-existentes dos participantes, estimulando e provocando permanentemente a troca de experiências e a construção e discussão de novos conteúdos.

Palavras-chave: Capacitação; Saúde do trabalhador; Processos formativos.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Figura 1 - Mapa 1 - Localização e área de abrangência dos CEREST no Estado de Pernambuco no período de 2005 a 2007..... 20
- Figura 2 - Mapa 2 - Localização com nova área de abrangência dos CEREST no Estado de Pernambuco, detalhamento do CEREST - Palmares com unidades sentinela a partir de 2008..... 22

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Público Alvo.....	27
Tabela 2 – Composição das turmas dos seminários.....	30
Tabela 3 – Composição das turmas do curso de capacitação em Saúde do Trabalhador.....	30

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
CEAST	Coordenação Estadual de Atenção à Saúde do Trabalhador
CEO	Centro de Especialidade Odontológica
CEREST	Centro Regional em Saúde do Trabalhador
CESAT	Centro Estadual de Saúde do Trabalhador
CIPLAN	Comissão Interministerial de Planejamento
CIST	Comissão Intersetorial em Saúde do Trabalhador
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNST	Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador
CPqAM	Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único Saúde
DF	Distrito Federal
ESF	Equipes de Saúde da Família
FIOCRUZ	Fundação Osvaldo Cruz
FUNDACENTRO	Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e medicina do Trabalho
GERES	Gerência Regional de Saúde
GM	Gabinete Ministerial
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INEST	Instituto de Estudos em Saúde do Trabalhador
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleos de Atenção a Saúde da Família
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOST	Norma Operacional de Saúde do Trabalhador
OIT	Organização Internacional do Trabalho
PNSST	Programa Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador
RENAST	Rede Nacional de Atenção Integral a Saúde do Trabalhador
SES/PE	Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
SINAN-NET	Sistema Nacional de Informação de Agravos Notificáveis on - line

SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
USF	Unidades de Saúde da Família
VST	Vigilância em Saúde do Trabalhador

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 OBJETIVOS	25
2.1 Objetivo geral.....	25
2.2 Objetivos específicos.....	25
3 METODOLOGIA	26
4 RESULTADOS ESPERADOS	27
4.1 Público alvo.....	27
4.2 Instrumentos para capacitação.....	28
4.3 Conteúdo programático.....	28
4.3.1 Conteúdo programático do seminário de apresentação.....	28
4.3.2 Conteúdo programático do seminário de avaliação.....	28
4.3.3 Conteúdo programático do curso.....	28
4.4 Composição das turmas.....	30
4.4.1 Composição das turmas do seminário.....	30
4.4.2 Composição das turmas do curso.....	30
4.5 Indicadores de resultado.....	30
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	32
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	33
APÊNDICES	35

1 INTRODUÇÃO

Trajectoria Histórica da Construção da Saúde do Trabalhador

Segundo Mendes (1991), a medicina do trabalho, surge na Inglaterra, na primeira metade do século XIX, com a Revolução Industrial quando Robert Dernham proprietário de uma fábrica têxtil, preocupado com o fato de que seus operários não dispunham de nenhum cuidado médico a não ser aquele propiciado por instituições filantrópicas, contatou com o Dr. Robert Baker, seu médico, pedindo-lhe indicações para solucionar o problema.

Baker sugere contratar um médico para a indústria, de inteira confiança, onde este pudesse defendê-lo, responsabilizar-se pela prevenção dos danos à saúde do trabalhador resultante dos riscos do trabalho, pela ocorrência dos problemas de saúde, sendo dos esses serviços centrados na figura do médico.

A implantação deste modelo rapidamente expandiu-se aos países periféricos, com a industrialização e a trans-nacionalização da economia.

A Organização Internacional do Trabalho (OIT), criada em 1919, através da Recomendação 97 (1953) sobre a "Proteção da Saúde dos Trabalhadores", a Conferência Internacional do Trabalho incentivou seus membros que fomentassem a formação de médicos do trabalho qualificados e o estudo da organização de "Serviços de Medicina do Trabalho".

Em 1958, o tema da Conferência Internacional do Trabalho, substituiu a denominação "Serviços Médicos do Trabalho" por "Serviços de Medicina do Trabalho". Em 1959, a experiência dos países industrializados transformou-se na Recomendação 112, sobre "Serviços de Medicina do Trabalho" aprovada pela Conferência Internacional do Trabalho, tornou-se referencial e paradigma para as novas legislações.

A medicina do trabalho constitui fundamentalmente uma atividade médica, e o "locus" de sua prática dá-se tipicamente nos locais de trabalho; Faz parte da sua razão de ser a tarefa de cuidar da "adaptação física e mental dos trabalhadores", supostamente contribuindo na colocação destes em lugares ou tarefas

correspondentes às aptidões. A "adequação do trabalho ao trabalhador", limitada à intervenção médica, restringe-se à seleção de candidatos a emprego e à tentativa de adaptar os trabalhadores às suas condições de trabalho, através de atividades educativas. Atribui-se à medicina do trabalho a tarefa de "contribuir ao estabelecimento e manutenção do nível mais elevado possível do bem-estar físico e mental dos trabalhadores", conferindo-lhe um caráter de onipotência, próprio da concepção positivista da prática médica.

A medicina do trabalho não consegue dar conta dos problemas de saúde causados pelos processos de produção e a "Saúde Ocupacional" surge, nas grandes empresas, multi e interdisciplinar, com a organização de equipes. Influenciada pela saúde pública buscam intervir nos locais de trabalho para controlar os riscos ambientais.

A saúde ocupacional surge nas grandes indústrias no pós-guerra ao se perceber o custo econômico com a falta de trabalhadores; acidentados e impossibilitados de trabalhar e o elevado custo das indenizações pagas pelas seguradoras em decorrência da sobrecarga de trabalho e a exposição dos trabalhadores a novos produtos químicos e a evolução de novos processos industriais. Nos anos cinquenta aumentam os estudos em saúde ocupacional nas escolas de saúde pública – “nos Estados Unidos (Harvard, Johns Hopkins, Michigan, e Pittsburgh) - com forte matiz ambiental. Assim, a saúde ocupacional passa a ser considerada como um ramo da saúde ambiental”.

No Brasil, a adoção e o desenvolvimento da saúde ocupacional deram-se tardiamente, estacando-se a Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, com cursos de especialização e, pós-graduação (mestrado e doutorado). Modelo reproduzido em outras instituições ensino e pesquisa. No Brasil cria-se a Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e medicina do Trabalho - FUNDACENTRO.

Na *legislação*, expressou-se na regulamentação do Capítulo V da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), reformada na década de 70, principalmente nas normas relativas à obrigatoriedade de equipes técnicas multidisciplinares nos locais de trabalho (atual Norma Regulamentadora 4 da Portaria 3214/78); na avaliação

quantitativa de riscos ambientais e adoção de "limites de tolerância" (Normas Regulamentadoras 7 e 15), entre outras. Apesar das mudanças estabelecidas na legislação trabalhista, foram mantidas na legislação previdenciária/acidentária as características básicas de uma prática medicalizada, de cunho individual, e voltado exclusivamente para os trabalhadores engajados no setor formal de trabalho. Caberia, ao encerrar esta parte, saber por que o modelo da saúde ocupacional - desenvolvido para atender a uma necessidade da produção - não conseguiu atingir os objetivos propostos.

Dentre os fatores que poderiam ser listados para explicar sua insuficiência estão: a) o modelo mantém o referencial da medicina do trabalho firmado no mecanicismo; não concretiza o apelo à interdisciplinaridade;

b) a capacitação de recursos humanos, as produções de conhecimento e de tecnologia de intervenção não acompanham o ritmo da transformação dos processos de trabalho;

c) o enfoque no trabalhador continua como "objeto" das ações de saúde, apesar do modelo ser coletivo;

d) a manutenção da saúde ocupacional no âmbito do trabalho, em detrimento do setor saúde.

Nesse intenso processo social de discussões teóricas e de práticas alternativas, ocorrido no mundo ocidental nos últimos vinte anos; ganha corpo à *teoria da determinação social* do processo saúde-doença, cuja centralidade colocada no trabalho – enquanto organizador da vida social - alguns aspectos que, no âmbito das relações trabalho x saúde, conformou à saúde do trabalhador.

O objeto da saúde do trabalhador pode ser definido como o *processo saúde e doença* dos grupos humanos, em sua relação com o trabalho, e tem como principal características ser um campo em construção no espaço da saúde pública. Assim, sua descrição constitui, antes, uma tentativa de aproximação de um objeto e de uma prática, com vistas a contribuir para sua consolidação.

Nessa trajetória; a saúde do trabalhador rompe com a concepção hegemônica que estabelece um vínculo causal entre a doença e um agente específico, ou a um grupo

de fatores de risco presentes no ambiente de trabalho e tenta superar o enfoque que situa sua determinação no social, reduzido ao processo produtivo, desconsiderando a subjetividade.

“Em síntese, por Saúde do Trabalhador compreende-se um corpo de práticas teóricas interdisciplinares — técnicas, sociais, humanas — e interinstitucionais, desenvolvidas por diversos atores situados em lugares sociais distintos e informados por uma perspectiva comum. Essa perspectiva é resultante de todo um patrimônio acumulado no âmbito da Saúde Coletiva, com raízes no movimento da Medicina Social Latino-americana e influenciado significativamente pela experiência italiana”. (MINAYO; THEDIM, 1997, p. 25)

A Saúde do Trabalhador passa a ter nova definição e novo delineamento institucional, a partir da Constituição Federal de 1988, com a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) e sua incorporação como área de competência própria da saúde. Tal resultado, advindo de um processo constituinte com marcada participação dos movimentos social e sindical, ensejou Estado e Municípios a atualizarem seus estatutos jurídicos de forma a acompanhar essas modificações e reforçar suas práticas no campo da Saúde, em especial da Saúde do Trabalhador.

A Resolução CIPLAN n°. 23, de 29 de dezembro 1989 foi um dos primeiros instrumentos legais, em âmbito federal, que tratou de normas específicas para a área de Saúde do Trabalhador, repassando as antigas atribuições do Setor de Assistência ao Acidentado do Trabalho do INAMPS o denominado Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). Em seguida vieram outras portarias como a Portaria MS n°. 3.120, de 1° de julho de 1998, que aprovou a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS; A portaria MS n°. 3.908, de 30 de outubro de 1998, que aprova a Norma Operacional de Saúde do Trabalhador (NOST), que estabelece procedimentos para orientar e instrumentalizar as ações e serviços de saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS). Em 2002 foi aprovada a Portaria n°. 1.679, que dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador no SUS, denominada RENAST. Seu principal objetivo é estimular a criação de Centros Coordenadores de Saúde do Trabalhador nos estados e regiões, de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios e balizada pelas diretrizes da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS-SUS) 01/2002.

Uma política de Saúde do Trabalhador apresenta interfaces com as políticas econômicas, de indústria e comércio, agricultura, ciência e tecnologia, educação e justiça, além de estar diretamente relacionada às políticas do trabalho, previdência social e meio ambiente. A mesma deve estar articulada com as organizações de trabalhadores e as estruturas organizadas da sociedade civil, de modo a garantir a participação e dar subsídios para a promoção de condições de trabalho dignas, seguras e saudáveis para todos os trabalhadores. Tal política deve ser entendida como o instrumento orientador da atuação do setor saúde no campo da saúde dos trabalhadores, com o objetivo de:

- Promover e proteger a saúde dos trabalhadores por meio de ações de promoção, vigilância e assistência;
- Explicitar as atribuições do setor saúde no que se refere às questões de Saúde do Trabalhador de modo a dar visibilidade à questão e viabilizar a pactuação intra e inter-setorial;
- Fomentar a participação e o controle social.

O processo de construção da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – RENAST – definida na Portaria Nº. 1.679/02 – representou o fortalecimento da Política de Saúde do Trabalhador no SUS, reunindo as condições para estabelecer uma política de estado e os meios para sua execução. A RENAST tem como principal objetivo integrar a rede de serviços do SUS, voltados à assistência e à vigilância, para o desenvolvimento das ações de Saúde do Trabalhador.

Essa estratégia está sendo implementada por uma rede regionalizada de 110 Centros de Referência em Saúde do Trabalhador que desempenham na sua área de abrangência, função de suporte técnico, de educação permanente, de coordenação de projetos de assistência, promoção e vigilância à saúde dos trabalhadores. A Portaria GM/MS 2.437 determina a ampliação da Renast de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, por meio da:

- Adequação e ampliação da rede de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST;
- Inclusão das ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Básica;
- Implementação das ações de vigilância e promoção em Saúde do Trabalhador;
- Instituição e indicação de serviços de Saúde do Trabalhador de retaguarda, de média e alta complexidade, já instalados. Aqui chamados de Rede de Serviços Sentinela;
- Caracterização de municípios Sentinela em Saúde do Trabalhador.

A Portaria GM/MS nº 2.437, representou o aprofundamento da institucionalização e do fortalecimento da Saúde do Trabalhador no âmbito do SUS, reunindo as condições para o estabelecimento de uma política de estado e os meios para sua execução, articulando:

- A concepção de uma rede nacional, cujo eixo integrador é a rede regionalizada de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST–, localizados em cada uma das capitais, regiões metropolitanas e municípios sede de pólos de assistência, das regiões e microrregiões de saúde, com a atribuição de dar suporte técnico e científico às intervenções do SUS no campo da Saúde do Trabalhador, integradas, no âmbito de uma determinada região, com a ação de outros órgãos públicos;
- As diretrizes para o desencadeamento de políticas estaduais que nortearão o processo de elaboração de um Plano Estadual de Saúde do Trabalhador, pré-requisito para a habilitação dos Estados aos investimentos definidos na Portaria;
- Política permanente de financiamento de ações de Saúde do Trabalhador, alocando recursos novos, fundo a fundo para os estados e municípios.

Esta estratégia está sendo implementada por uma rede regionalizada de CEREST que desempenha uma função de suporte técnico, de educação permanente, de coordenação de projetos de assistência, promoção e vigilância à saúde dos trabalhadores, no âmbito da sua área de abrangência.

Ainda segundo essa estratégia, os CEREST deixam de ser porta de entrada do Sistema, constituindo-se como centro articulador e organizador no seu território de abrangência, das ações intra e intersetoriais de Saúde do Trabalhador. Assumindo uma função de retaguarda técnica e pólos irradiadores de ações e idéias de vigilância em saúde, de caráter sanitário e de base epidemiológica.

Na Atenção Primária, e mais especificamente no bojo da estratégia de Saúde da Família, definida pelo Ministério da Saúde como um dos eixos organizadores das ações do SUS será concentrado esforços no sentido de garantir o acesso a uma atenção qualificada para estabelecer o nexos causal entre o quadro de morbimortalidade verificado no âmbito dos processos de trabalho de um determinado território.

- E mais a concepção de uma rede nacional, cujo eixo integrador é a rede regionalizada de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST–, localizados em cada uma das capitais, regiões metropolitanas e municípios sede de pólos de assistência, das regiões e microrregiões de saúde, com a atribuição de dar suporte técnico e científico às intervenções do SUS no campo da Saúde do Trabalhador, integradas, no âmbito de uma determinada região, com a ação de outros órgãos públicos;

- As diretrizes para o desencadeamento de políticas estaduais que nortearão o processo de elaboração de um Plano Estadual de Saúde do Trabalhador, pré-requisito para a habilitação dos Estados aos investimentos definidos na Portaria GM/MS nº 2.437 GM/MS;

- Uma política permanente de financiamento de ações de Saúde do Trabalhador, alocando recursos novos, fundo a fundo para os estados e municípios. Esta estratégia está sendo implementada por uma rede regionalizada de CEREST que desempenha uma função de suporte técnico, de educação permanente, de coordenação de projetos de assistência, promoção e vigilância à saúde dos trabalhadores, no âmbito da sua área de abrangência.

Ainda segundo essa estratégia, os CEREST, deixarão de ser porta de entrada do Sistema, constituindo-se como centro articulador e organizador no seu território de abrangência, das ações intra e intersetoriais de Saúde do Trabalhador, assumindo

uma função de retaguarda técnica e pólos irradiadores de ações e idéias de vigilância em saúde, de caráter sanitário e de base epidemiológica.

A Lei Federal nº. 8.080 inserem a Saúde do Trabalhador como campo de atuação do Sistema Único de Saúde e estabelece o que se entende por vigilância sanitária, por vigilância epidemiológica e por saúde do trabalhador.

A saúde dos trabalhadores é condicionada por fatores sociais, econômicos, tecnológicos e organizacionais relacionados ao perfil de produção e consumo, além de fatores de risco de natureza físicos, químicos, biológicos, mecânicos e ergonômicos presentes nos processos de trabalho particulares (PNSST, 2004).

A prática de Vigilância em Saúde do Trabalhador - VST desenvolvidas no Brasil desde 1994 é considerada, no entanto, fugaz e regionalizada (Lacaz *et al.* 2002) . Fugaz, em virtude do grau de instabilidade das experiências e da sua limitada resistência às freqüentes mudanças internas – principalmente no âmbito municipal, que inviabilizam o desenvolvimento de muitas iniciativas, algumas das quais nem chegam a decolar. E regionalizada, por se concentrar principalmente em São Paulo – devido à influência em sua origem do movimento sindical e de sanitaristas da Secretaria de Estado de Saúde – e em algumas regiões no Sudeste e Sul, bem como na Bahia pelo papel estruturante exercido pelo Centro Estadual de Saúde do Trabalhador - CESAT.

Consolidando ainda o processo de Saúde do Trabalhador por parte do controle social foram realizadas ainda três Conferências de Saúde do trabalhador respectivamente nos anos de 1986, 1994 e 2005.

A 1ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador realizada a partir de decisão na VIII Conferência Nacional de Saúde no ano de 1986, teve como principal marca a formulação de conteúdos para a Política Nacional de Saúde do Trabalhador para o País, os quais foram incorporados na Constituição Federal de 1988 e na Lei Orgânica de Saúde - Lei 8080/90.

A 2ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, fórum definido na IX Conferência Nacional de Saúde no ano 1992, teve como tema central expresso na frase "Construindo uma Política de Saúde do Trabalhador" e como temas

complementares: Desenvolvimento, Meio-Ambiente e Saúde; Cenário de Saúde do Trabalhador de 1986 a 1993 e Perspectivas; e, Estratégias de Avanço na Construção da Política Nacional de Saúde do Trabalhador. Estes temas foram apresentados através de exposição ampla e diversificada, contando com a expressão de representantes de grupos e classes de poderes diversos. Nesse evento foram definidas as linhas e estratégias de implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador.

“Trabalhar sim, adoecer não” foi o tema da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (CNST), a realizada em novembro de 2005 Brasília – DF. propôs diretrizes para efetivar a ação articulada dos órgãos setoriais do Estado na execução da política definida e para a ampliação e efetivação do controle social e realizou uma discussão nacional a partir do acúmulo histórico nessa Área, propiciado pela luta dos trabalhadores brasileiros por melhores condições de vida no trabalho.

A Saúde do Trabalhador é uma conquista dos trabalhadores brasileiros, a princípio com a incorporação das questões de saúde e segurança no trabalho pela CLT e, a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, como parte do Direito Universal à Saúde e competência do Sistema Único de Saúde.

1.1 O processo de implantação do CEREST – Palmares e sua nova área de abrangência

O Município dos Palmares; localizado na Mata Sul do Estado de Pernambuco foi escolhido como sede do Centro Referência Regional em Saúde do Trabalhador - CEREST por sua localização, cortado pela BR 101 Sul, por ser pólo regional de desenvolvimento e saúde, e principalmente, no caso da saúde do trabalhador por estar no centro produtivo da cana de açúcar na região. Nele o comércio varejista é o principal empregador de 1525 trabalhadores (25,90%) e a atividade rural é o segundo maior empregador com 1496 trabalhadores (24,40%), ou seja, estas duas categorias representam 51,30% de sua força de trabalho formal.

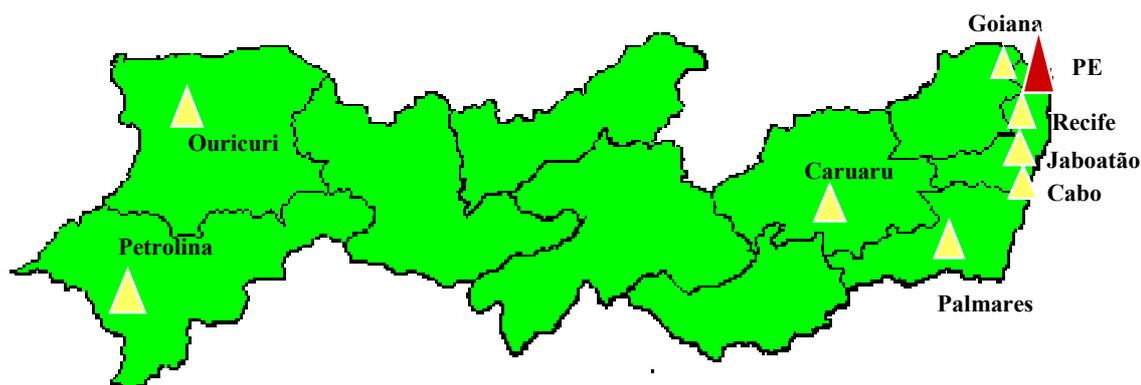
O município dispõe de 03 hospitais: 01 público e regional que atende 22 municípios da III Gerência Regional de Saúde e por sua proximidade com o Estado de Alagoas

presta atendimento ainda a mais 10 municípios deste estado; outros 02 particulares, conveniados com o SUS, com um total de 332 leitos (DATASUS). Têm implantadas 17 Equipes de Saúde da Família - ESF, 115 agentes comunitários de Saúde (SES/PE): 01 Centro Especializado de Odontologia - CEO; 02 Núcleos de Atenção a Saúde da Família – NASF; 02 Centros de Reabilitação e o Centro Regional em Saúde do Trabalhador – CEREST que, tem sob sua responsabilidade 31 municípios da Mata Sul e do Agreste, com o propósito de implantar a política de saúde do trabalhador na região e de reduzir os agravos à saúde do trabalhador (Secretaria Municipal de Saúde).

O processo de implantação do CEREST - Palmares foi construído a partir de uma provocação da Gerência da III Geres que convocou reunião da Bipartite Regional para discutir a política de Saúde do Trabalhador na região; nesta oportunidade foi discutida e aprovada a intenção da solicitação por parte da região para pleitear a instalação de um CEREST, sendo o município dos Palmares indicado para sediar este Centro. Os passos seguintes foram à aprovação no conselho municipal de saúde de Palmares, o retorno para o referendo da Bipartite Regional e o encaminhamento para a Bipartite Estadual onde foi aprovada e autorizada sua implantação.

Vale ressaltar que o CEREST - Palmares foi o único que cumpriu essas etapas, ou seja, sua implantação foi fruto da articulação da Gerência da III GERES e de todos os 22 (vinte e dois) municípios vinculados.

Conforme visualizado no Mapa 1, a distribuição inicialmente definida para os CEREST criou distorções na atuação de todos. Ou seja, no período entre 2005 e 2007 a localização dos CEREST no estado se concentrava em algumas regiões. Implantou-se na Região Metropolitana CEREST em Recife, Jaboatão dos Guararapes e Cabo de Santo Agostinho; na região da Zona da Mata Norte, na cidade de Goiana; na Região da Zona da Mata sul em Palmares; no Agreste, em Caruaru; no Sertão contemplaram-se as cidades de Petrolina e Ouricuri.

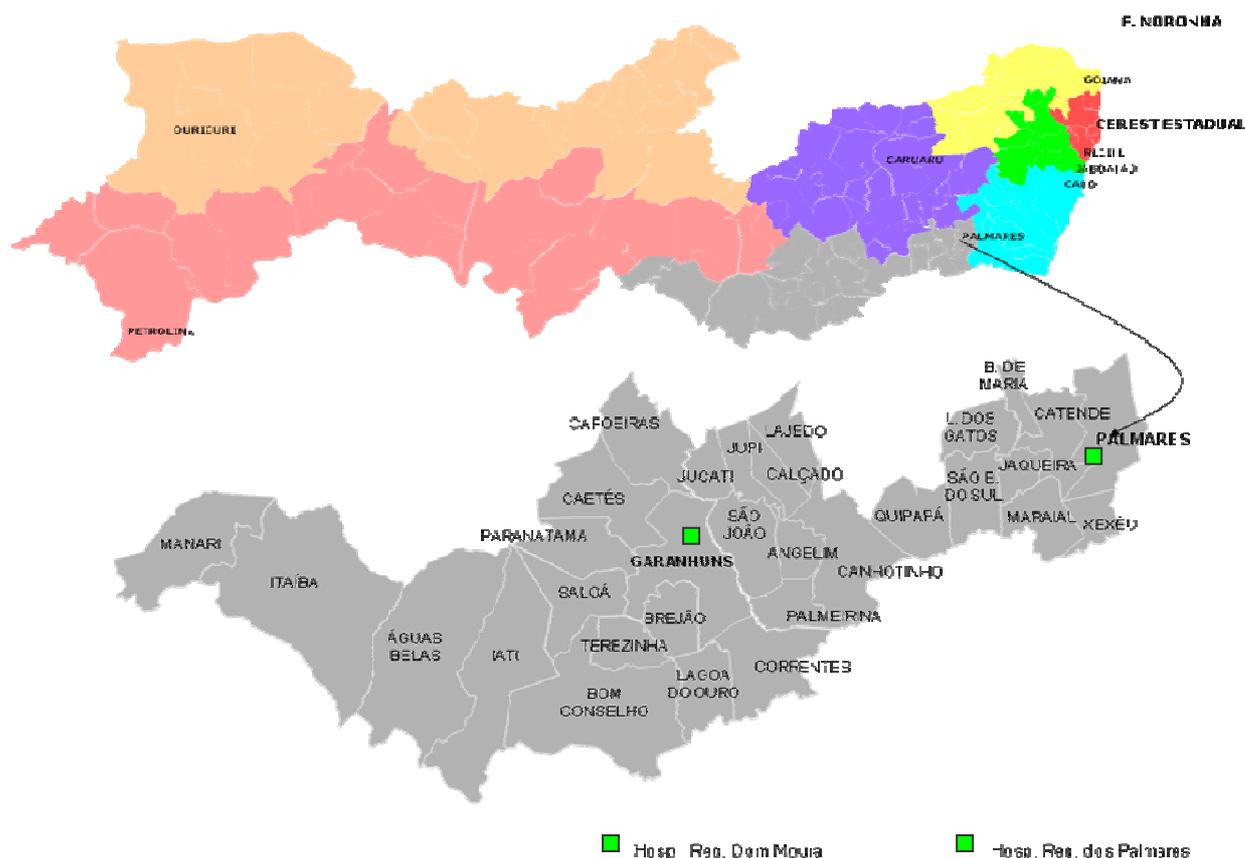


Mapa 1: Localização e área de abrangência dos CEREST no estado de Pernambuco no período de 2005 a 2007.

Fonte: CEAST/SES/PE

Com essa forma de organização, algumas regiões do Estado ficaram desassistidas, como parte do Agreste e o Sertão Central, obrigando a realização de uma nova discussão sobre os municípios de abrangência de cada CEREST. No caso do CEREST - Palmares, no início de suas atividades tinha como campo de atuação os 22 municípios da III GERES (CEAST/SES/PE). A partir de 2007, após realização do Seminário para Elaboração do projeto de Regionalização para o Estado, organizado e coordenado pela Coordenação Estadual de Atenção à Saúde do trabalhador - CEAST, realizado no Município de Itamaracá, tendo como público alvo os Coordenadores e os Técnicos dos CEREST de Pernambuco, teve início um novo processo de reorganização pela Coordenação Estadual de Atenção à Saúde do Trabalhador, juntamente com os CEREST, e culminou com um novo mapa de abrangência para cada CEREST, (Mapa 2). Com a nova distribuição todos os municípios do Estado foram contemplados e os CEREST ficaram assim definidos:; CEREST RECIFE - Recife, Olinda, Paulista, Abreu e Lima, Itapissuma, Itamaracá, Camaragibe, Igarassu; CEREST JABOATÃO DOS GUARARAPES - Jaboatão dos Guararapes, São Lourenço da Mata, Chã de Alegria, Glória de Goitá, Paudalho, Lagoa de Itaenga, Carpina, Moreno, Vitória de Santo Antão, Pombos, Lagoa do Carro, Tracunhaém; CEREST CABO DE SANTO AGOSTINHO -Cabo de Santo Agostinho, Ipojuca, Escada, Primavera, Amaragi, Sirinhaém, Rio Formoso, Tamandaré, Barreiros, São José da Coroa Grande, Barra de Guabiraba, Água Preta, Joaquim Nabuco, Gameleira, Ribeirão, Cortês, Chã de Grande; CEREST GOIANA - Goiana, Camutanga, Macaparana, Aliança, Condado, Itaquitinga, Itambé, Timbaúba, Vitória, Buenos Aires, Nazaré da Mata, Ferreiros, Limoeiro, Araçoiaba, São Vicente

Férrer, Machado, Bom Jardim, Casinhas, João Alfredo, Surubim, Salgadinho, Cumaru, Passira, Feira Nova, Orobó Vertente do Lério; CEREST PALMARES - Palmares, Catende, Jaqueira, Xexéu, Maraial, Belém de Maria, Lagoa dos Gatos, São Benedito do Sul, Quipapá, Capoeiras, Jucati, Jupi, Lajedo, Calçado, Paranatama, Caetés, Garanhuns, São João, Angelim, Canhotinho, Saloá, Terezinha, Brejão, Palmerina, Manari, Itaibá, Águas Belas, Iati, Bom Conselho, Lagoa do Ouro, Correntes; CEREST CARUARU -Caruaru, Santa Cruz do Capibaribe, Taquaritinga do Norte, Vertentes, Santa Maria do Cambucá, Frei Miguelinho, Jataúba, Brejo da Madre de Deus, Toritama, Riacho das Almas, Poção, Belo Jardim, Bezerras, Gravatá, Pesqueira, Sanharó, Tacaimbó, São Caetano, Agrestina, Sairé, Cupira, Camocim de São Felix, Bonito, São José do Monte, Alagoinha, São Bento do Una, Ibirajuba, Jurema, Panelas, Altinho, Cachoeirinha; CEREST PETROLINA -Petrolina, Afrânio, Dormentes, Lagoa Grande, Santa Maria da Boa Vista, Orocó, Cabrobó, Terra Nova, Belém de São Francisco, Petrolândia, Jatobá, Tacaratu, Inajá, Ibimirim, Tupanatinga, Buíque, Pedra, Venturosa, Salgueiro, Carnaubeira da Penha, Itacuruba, Floresta, Betânia; CEREST OURICURI - Ouricuri, Araripina, Ipubi, Exu, Moreilândia, Trindade, Bodocó, Granito, Santa Filomena, Santa Cruz, Paranamirim, Serrita, Cedro, Verdejante, Mirandiba, Custódia, Sertânia, Arcoverde, Solidão, Tabira, São José do Egito, Itapetim, Santa Terezinha, Brejinho, Afogados da Ingazeira, Ingazeira, Tuparetama, Iguaraci, Carnaíba, São José do Belmonte, Santa Cruz da baixa Verde, Triunfo, Serra Talhada, Flores, Calumbi, Quixaba e o CEREST Estadual que da cobertura ao arquipélago de Fernando de Noronha e as unidades sentinela dos Hospitais da Restauração, Barão de Lucena, Otávio de Freitas, Getúlio Vargas, Agamenon Magalhães e apóia as ações do CEREST Recife nos municípios de Olinda, Paulista, Abreu e Lima, Itapissuma, Itamaracá, Camaragibe, Igarassu.



Mapa 2: Localização com nova área de abrangência dos CEREST no estado de Pernambuco, detalhamento do CEREST- Palmares com unidades sentinelas a partir de 2008.
Fonte: CEAST/SES/PE

No CEREST - Palmares, o rearranjo resultou na exclusão de alguns municípios localizados na Zona da Mata Sul e na inclusão de municípios do Agreste, inclusive Garanhuns, aumentando assim de 22 para 31. Desta forma o novo modelo de regionalização implantado ficou com os seguintes municípios: Águas belas, Angelim, Belém de Maria, Bom conselho, Brejão, Caetés, Calçados, Canhotinho, Capoeiras, Catende, Correntes, Garanhuns, Iati, Itaíba, Jaqueira, Jucati, Jupi, Lajedo, Lagoa do ouro, Lagoa dos gatos, Manari, Maraial, Palmares, Palmeirinha, Paranatama, Quipapá, Saloá, São Benedito do sul, São João, Terezinha, Xexéu. Essa reestruturação tem exigido do CEREST/Palmares um novo planejamento de suas ações para atender a todos.

A reorientação da Política de Saúde do Trabalhador do CEREST – Palmares Está fundamentada no novo mapa de abrangência do CEREST, com a inclusão de Municípios da V GERES - Garanhuns - com outro perfil econômico que amplia o quadro epidemiológico de agravos a saúde do trabalhador no âmbito deste CEREST e a necessidade de preparar a equipe técnica do mesmo para essa nova realidade,

juntamente com a necessidade de capacitar a rede de saúde dos municípios para a implantação e consolidação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador.

Outro aspecto importante que vem sendo discutido pela equipe é a questão da assistência. O entendimento da maioria dos técnicos é de que não se deve fortalecer o atendimento no CEREST, mas sim apoiar a rede, inclusive na aquisição de equipamentos e instrumentos que facilitem e agilizem o atendimento aos trabalhadores nas unidades de saúde. Ficando o CEREST com a responsabilidade de planejamento da política no município, articulação com o controle social, trabalhadores, empresas, produção científica e atualização permanente do Sistema Nacional de Informação de Agravos de Notificáveis on-line (SINAN-NET), acompanhar a assistência, as ações da Vigilância em Saúde, capacitar seus técnicos e a rede para ações de promoção e prevenção.

Para consolidar o CEREST e a política de Saúde do Trabalhador na região se faz necessário reorientar essa política através de um programa de capacitação, usando como estratégia os princípios da educação permanente em saúde incorporados à prática dos profissionais da Saúde do Trabalhador e, da rede de assistência, nas diversas temáticas; Qualificando-os para considerar a relação entre trabalho e os processos saúde-doença no desenvolvimento de suas ações, conforme os princípios de regionalização e descentralização preconizados na portaria GM/MS 2437/05, sem perder a visão da totalidade do sistema.

A educação permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das pessoas e das organizações e ao trabalho. (portaria 1996 GM/MS) Seus objetivos são reorganizar os serviços e os processos formativos, transformar as práticas profissionais e das instituições levando em consideração os conhecimentos e as experiências pré-existentes na prática do trabalho, buscar soluções para os problemas, o desenvolvimento do trabalho e a qualidade nos serviços.

Nos serviços de saúde os processos visam o desenvolvimento dos trabalhadores e representam uma série de atividades genericamente denominada de capacitação, treinamento ou cursos. Estas atividades envolvem desde capacitação emergencial, pontual, até processos de formação mais estruturados e contínuos (Souza, et all,

1991).

A Saúde do Trabalhador relaciona-se, de maneira inequívoca e obrigatória, com outras áreas do conhecimento, tantos no campo de atuação dos profissionais da saúde como fora deles. Os diferentes níveis de conhecimento, técnica e complexidade são particularmente importantes, principalmente levando-se conta que as atribuições nessa área são relativamente recentes e grande parte da rede de atendimento ainda não tem familiaridade com o assunto (Maeno, 2005)

A escassez e inconsistência das informações sobre a real situação de saúde dos trabalhadores dificultam a definição de prioridades para as políticas públicas, o planejamento e implementação das ações de saúde do trabalhador, além de privar a sociedade de instrumentos importantes para a melhoria das condições de vida e trabalho (PNSST, Brasília 2004).

No que se refere à saúde do trabalhador é necessário intervir de forma a reforçar a democratização dos locais de trabalho através da promoção e defesa do direito à saúde no trabalho. Assim, as ações nos locais de trabalho sobre as condições laborais fazem parte da sua estratégia, conjugando a política de saúde nos locais de trabalho com a tarefa de formular propostas para a efetivação da política nacional da saúde do trabalhador.

Dentro deste contexto entendemos que, a Secretaria de Saúde procure conhecer as diversas normas, modelos de prevenção e atuação institucional em relação à saúde, trabalho e meio ambiente da área, priorizando o incentivo ao desenvolvimento e à reprodução de modelo de assistência e vigilância, que ofereça possibilidade de capacitação e educação dos técnicos.

Esta proposta tem sua viabilidade fundamentada na própria Política de Saúde do Trabalhador que preconiza a necessidade de constantes atualização e capacitação por parte dos atores que a compõe.

Outro aspecto que salientamos para sua viabilidade é a atual redefinição das áreas dos CEREST, visto que áreas anteriormente contempladas pela regional foram modificadas, mudando assim, os possíveis fatores de riscos e agravos provenientes dos trabalhos desenvolvidos na nova dimensão estabelecida.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Elaborar uma proposta de capacitação com vistas à reorientação da política de saúde do trabalhador do CEREST/Palmares.

2.2 Objetivos específicos

1. Identificar o público alvo a ser capacitado;
2. Definir os tipos e quantidades de capacitações necessárias;
3. Definir o conteúdo programático que será utilizado no curso e seminários.

3 METODOLOGIA

Esse projeto trata da construção de uma proposta de capacitação, direcionada para qualificar e instrumentalizar as equipes de saúde, os trabalhadores, representantes do Ministério Público, da Previdência Social, dos Conselhos Municipais de Saúde e Lideranças Sindicais, dos municípios da área de abrangência do CEREST - PALMARES, para o desenvolvimento mais adequado da Política Nacional de Saúde do Trabalhador definidas pela RENAST.

A partir do perfil de saúde fornecido pelos municípios, a equipe de pesquisadores e do CEREST – Palmares, com o apoio de técnicos do Instituto de Estudos em Saúde do Trabalhador - INEST, elaboraram o programa de capacitação considerando as peculiaridades de cada região. Definindo como instrumentos para o desenvolvimento do projeto dois (02) Seminários e um (01) Curso.

A concepção pedagógica deste Projeto baseia-se em experiências anteriores, aplicadas em diversos processos educativos de formação de profissionais, a exemplo do Projeto Larga Escala, Curso de Atualização em Desenvolvimento de Recursos Humanos (CADRHU).

O material bibliográfico, que embasou esta proposta pedagógica, tem como princípios: indivisibilidade do método-conteúdo, coerência do método com a natureza do objeto e apropriação da estrutura do conhecimento pelo ator da aprendizagem. Dessa forma, buscou-se na construção dos módulos desse curso desenvolver estratégias de problematização da realidade, visando à interação entre sujeito (aluno) e objeto (conteúdo), considerando as formas de aprender do sujeito e recortes do objeto que permitam, a partir do seu referencial de percepção da realidade, reconstruir os seus conhecimentos sobre esta mesma realidade, tornando-o elemento ativo nas transformações necessárias ao Setor Saúde, rumo a melhores condições de vida do trabalhador e da população em geral. .(NOVO)

Após a identificação do público alvo, foi definido um percentual a ser capacitado, o tipo de instrumento e o quantitativo a serem utilizados para as capacitações.

A avaliação será processual com o acompanhamento das ações desenvolvidas pela equipe do CEREST, dos municípios e pesquisadores de acordo com cada curso realizado, através de reunião mensal e de um Seminário ao final do projeto.

4 RESULTADOS

4.1 Público Alvo

A identificação dos participantes foi levantada junto às secretarias de saúde dos municípios envolvidos, da seguinte forma: Secretários de Saúde (01); Os Coordenadores do Controle e Avaliação (01), Programa de Saúde da Família (01), Programa de Saúde Bucal (01); Os Gerentes da Vigilância em Saúde (01): Sanitária (01), Ambiental (01) e Epidemiológica (01); e Técnicos das Vigilâncias: Sanitária (01), Ambiental (01) e Epidemiológica (01); Técnicos de nível superior (03), Nível médio (03) e Agentes Comunitários de Saúde (06) das Unidades de Saúde da Família - USF; Conselheiros Municipais de Saúde (12); Lideranças sindicais (04); Representantes do Ministério Público (01) e Previdência Social das Regionais (03); assim como, os Gerentes (01) e os Coordenadores do Controle e Avaliação (01), Programa de Saúde da Família (01), Programa de Saúde Bucal (01); Gerente Geral (01) e Gerentes da Vigilância em Saúde (01): Sanitária (01), Ambiental (01) e Epidemiológico (01) e Técnico das Vigilâncias: Sanitária (01), Ambiental (01) e Epidemiológica (01) das III e V GERES. (ver tabela 01)

TABELA 01

PÚBLICO ALVO	UNIVERSO TOTAL	% À SER CAPACITADO	UNIVERSO À SER CAPACITADO
Secretário de Saúde	31	100	31
Coordenador do Programa	93	100	93
Gerente e técnico da vigilância em saúde	217	100	217
Técnico de Nível Superior das USF	576	25	144
Técnico de Nível Médio das USF	576	25	144
Agente Comunitário de Saúde	1152	25	288
Conselheiro Municipal de Saúde	372	100	372
Liderança Sindical	124	100	124
Representante do Ministério Público	31	100	31
Representante da Previdência	06	100	06
Gerente da III e V GERES	02	100	02
Coordenador do Programa das GERES	06	100	06
Gerente e Técnico da Vigilância em Saúde nas GERES	14	100	14
TOTAL	3.200	46	1.472

4.2 Instrumentos para Capacitação

Os instrumentos utilizados para o desenvolvimento do projeto serão: dois (02) Seminários; um (01) para apresentação da proposta e um (01) de avaliação ao final da capacitação; Um (01) Curso de Capacitação em Saúde do Trabalhador para quarenta e oito (48) turmas com em média trinta (30) alunos.

4.3 Conteúdo Programático

4.3.1 Seminário de Apresentação da Política de Saúde do Trabalhador

O conteúdo programático do Seminário de Apresentação da Política de Saúde do Trabalhador será composto dos seguintes temas: (01) Política Nacional de Saúde do trabalhador: a responsabilidade dos CERESTS e Municípios; (02) Apresentação do Projeto capacitação do CEREST; (03) O papel dos Sindicatos na efetivação da Política de saúde do trabalhador; (04) Consolidação da Política de Saúde do Trabalhador: A responsabilidade do controle social; (05) Saúde do Trabalhador: o papel do Ministério Público; (06) Saúde do Trabalhador: o papel do Ministério Público.

4.3.2 Seminário de Avaliação

Conteúdo Programático do Seminário de Avaliação será análise do relatório preliminar e elaboração do relatório final

4.3.3 Curso de Capacitação em Saúde do Trabalhador

O conteúdo programático a ser utilizado no curso de capacitação em Saúde do Trabalhador se pautará pelos aspectos históricos e conceituais da saúde do trabalhador, suas particularidades no âmbito do Sistema Único de Saúde,, as determinações presentes na Política Nacional de Saúde do Trabalhador e as definições e orientações que compõem a Rede Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador – RENAST, além de aspectos conceituais já consolidados na corrente da Educação Permanente e da bibliografia que orienta esse projeto. Assim distribuídos:

1º - Módulo - Bases históricas e conceituais do processo trabalho, saúde e doença: Conceito de trabalho e processo de produção; Diferenças conceituais entre medicina do trabalho, saúde ocupacional e saúde do trabalhador; Processo saúde – doença – trabalho; De que adoecem e morrem os trabalhadores?; Conceitos de riscos e cargas do trabalho.

2º - Módulo - Arcabouço jurídico institucional da Saúde do Trabalhador: Constituição Federal, 1988; Lei 8080/90; Lei 8142/91; Constituição do Estado de Estadual 1989; Código Sanitário do Estado de Pernambuco; Lei Orgânica do Município dos Palmares; Conceitos: acidente, doença do trabalho, doença relacionada ao trabalho; Direito à saúde do trabalhador; ** Direitos previdenciários e acidentários; Comunicação de Acidente de Trabalho – CAT; Portarias da RENAST: 3120 / 1998; 2437 / 2005; 777_04; Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho e outras. Declaração dos Direitos Humanos das Nações Unidas – (ONU);

Controle Social:

Constituição Federal, 1988; Lei 8080/90; Lei 8142/91; Constituição do Estado de Estadual 1989; CIPA; CIST; OLT; Declaração dos Direitos da Criança e Adolescente – (UNICEF); Declaração de Otawa, Declaração de Bogotá e outras; Constituição Federal de 1988 – Capítulo da Ordem Social; Leis Nacionais: 8.080/90, 8.142/90, 8.689/93, 9.656/98 e respectivas Medidas Provisórias;

3º - Módulo - Instrumentos e protocolos utilizados para a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador: Identificar alguns dos principais agravos à saúde do trabalhador na região; A abordagem clínica laborativa: Qual é o seu trabalho e o que você faz?; Princípios e fluxos dos Sistemas de Informações do SUS; A utilização de Sistemas de Informações para subsidiar as ações de atenção à saúde do trabalhador; Normatização, protocolos e instrumentos para a notificação dos agravos em saúde do trabalhador; Sistema de informação em saúde do trabalhador: SINAN – NET; Fluxos para outros níveis de atenção.

4.4 Composição das Turmas

4.4.1 Composição do público dos Seminários

TABELA II

PÚBLICO ALVO	UNIVERSO TOTAL	Nº TURMAS	Nº ALUNOS POR SEMINÁRIO
Secretário de Saúde, Gerente da III e V GERES	31+02=33	02	33
Gerente da Vigilância em Saúde e Gerente de Controle e Avaliação dos Municípios e da III e V GERES	31+02+31+02= 66	02	66
Conselheiro Municipal de Saúde, Liderança Sindical, Ministério Público e Previdência Social	62+31+31+04=128	02	128
TOTAL	227	02	454

4.4.2 Composição das turmas do curso de Capacitação em Saúde do Trabalhador

TABELA III

PÚBLICO ALVO	UNIVERSO TOTAL	Nº TURMAS	Nº ALUNOS POR TURMA	CARGA HORÁRIA
Secretário de Saúde, Coordenador de Programa dos Municípios e da III e V GERES, Gerente da III e V GERES	31+93+02+06= 132	04	33	40
Gerente e Técnico da Vigilância em Saúde dos Municípios e da III e V GERES	217+14= 231	08	29	40
Técnico Nível Superior, Técnico Nível Médio e ACS das USF	144+144+288=576	19	30	40
Conselheiro Municipal de Saúde, Liderança Sindical, Ministério Público e Previdência Social	372+124+31+06=533	17	31	40
TOTAL	1472	48		1880

4.5. Indicadores de resultado

- Número de seminário e de turmas do curso realizados;
- Número de participantes por curso

- Número de Municípios com política implantada;
- Inserção da Saúde do Trabalhador nas ações da Atenção Básica (Equipes de Saúde da Família – PSF, Agentes Comunitários de Saúde – ACS),
- Incremento do controle social e da participação dos trabalhadores e sindicatos,
- Aumento na emissão de Comunicações de Acidentes de Trabalho – CAT, com mais registros de agravos (acidentes e doenças do trabalho) no INSS,
- Estabelecimento de mecanismos de articulação intersetorial.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

É sabido que a conclusão desta proposta de capacitação não representa absolutamente o fim da necessidade de um programa de educação permanente, mas caracteriza o início de um processo que deve se tornar perene de forma a garantir a consolidação da política nos municípios de abrangência do CEREST - Palmares.

Com a execução desta proposta espera-se que a Política de Saúde do trabalhador esteja implantada nos municípios de abrangência do CEREST, possibilitando um maior conhecimento dos agravos com a caracterização do perfil epidemiológico desses agravos e uma redução dos mesmos; Uma maior integração com o Ministério Público e a Previdência Social; o fortalecimento do controle social com a implantação das CIST municipais¹.

Espera-se ainda que os profissionais envolvidos nesse processo possam atuar como multiplicadores junto a seus pares consolidando a Política de Saúde do Trabalhador na área de abrangência do CEREST - Palmares.

Os recursos financeiros utilizados para o desenvolvimento desta proposta são provenientes do repasse do Fundo Nacional de Saúde para os CEREST conforme portaria nº. 2.437 de 07 de dezembro de 2005, art. 9º, inciso I, parágrafo único e art. 11º parágrafos 1º e 2º.

¹ É possível articular a implantação das CIST municipais, com o suporte da CIST estadual e em articulação com os CMS e da gestão de cada município. A implementação da política no município deverá ser sempre apoiada pelo CEREST, mas é, ação da gestão municipal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

_____. **Desafios para do Controle Social:** subsídios para a capacitação de conselheiros de saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

Agência Estadual de Planejamento e Pesquisa de Pernambuco – CONDEPE/FIDEM. <www2.condepefidem.pe.gov.br>. Acessado em: julho de 2008

BARROS, Maria Elizabeth Diniz. **O Controle Social e o processo de descentralização dos serviços de Saúde.** *In:* Incentivo à Participação Popular e Controle Social no SUS: textos técnicos para conselheiros de saúde. Brasília: IEC, 1998.

BRASIL, M.S./**Portaria nº 777** de 28 de Abril de 2008

BRASIL, M.S. **Portaria GM/MS Nº 1996**, de 20 de Agosto de 2007

BRASIL, M.S.. **Legislação em saúde:** caderno de legislação em saúde do trabalhador. 2. ed. Brasília, 2005

BRASIL, M.S./M.E.- **Programa Nacional de reorientação da Formação Profissional em Saúde – PRÓ-SAÚDE: Objetivos, implementação e desenvolvimento potencial**, 2007, 86p: il – (série C. projetos, programas e relatórios)

BRASIL, M.S./**Portaria GM/MS Nº 325**, de 21 de Fevereiro de 2008

BRASIL, M.S./SGTES/DEGES, **A educação permanente entra na roda:** pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer, Brasília, editora do M.S., 36p

BRASIL, M.S/ **Portaria GM/MS Nº 2437**, de.2005

BRASIL, Ministério da Saúde, **Ministério da Educação, Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde:** objetivos, implementação e desenvolvimento potencial/Ministério da Saúde, Ministério da Educação, 2007.

BRASIL, **Portaria G.M. nº 1068** de 04 de julho de 2005

BRASIL, **Portaria G.M. nº 1339** de 18 de Novembro de 1999

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil:** promulgada em 05 de outubro de 1988. Organização do texto: Juarez de Oliveira. 4. Ed. São Paulo: Saraiva, 1990. 168p. (Série Legislação Brasileira)

BRASIL. M.S./SGTES/DEGERTS, **Programa de qualificação e estruturação da gestão do trabalho e da educação no SUS - ProgeSUS**, Brasília, Ministério da Saúde, 2006, 60p.: il- (Série A. Normas e Manuais técnicos) (Série Cadernos ProgeSUS; 1)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Curso de capacitação de conselheiros estaduais e municipais de saúde**, Caderno de Atividades Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. Departamento de Gerenciamento de Investimentos, Brasília, 2002

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes nacionais para capacitação de conselheiros de saúde**, Conselho Nacional de Saúde. – Reimpressão. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

CAMARGO, J.A. – **História e Saúde do Trabalhador** – Revista Eletrônica Contexto Social, 05 de abril de 2006.

CARVALHO, Antônio Ivo de. **Conselhos de Saúde no Brasil: participação cidadã e controle social**. Rio de Janeiro: FASE / IBAM, 1995.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR, 1ª, 01 a 05 de dezembro de 1986, Brasília. www.saude.gov.br. Acessado em setembro de 2008.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR, 2ª, 13 a 19 de março de 1994, Brasília. Anais. Ministério da Saúde, Divisão de Saúde do Trabalhador, 2001.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR, 3ª, 24 a 27 de novembro de 2005, Brasília www.saude.gov.br. Acessado em setembro de 2008.

COSTA, E. **Aspectos atuais da Saúde do trabalhador no Brasil**, In Buschinelli, J.T. et al. (org) . Isto é trabalho de gente? Ed. vozes, Petrópolis, 1994

FEUERWERKER, L.C.M., **Educação dos profissionais de saúde hoje** – Problemas, desafios, perspectivas e as propostas do Ministério da Saúde. Revista da ABENO 3(1); 24-27, São Paulo, ABENO

MAENO, M.; Do Carmo, JC. **Saúde do trabalhador no SUS**. São Paulo: Hucitec, 2005.

MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia do trabalho científico**. 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2001

MENDES, R. ; Dias, E.C.- **Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador**, in: Revista de saúde pública. São Paulo 25(5):341-9, 1991

MOTTA, Fernando C. et al. **Jeitinho brasileiro, Controle Social e Competição**. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v.39, n.1, p.6-12, jan/mar 1999

SOUZA, A.M.A. et all, **Processo educativo nos serviços de saúde**. In: OPAS, Série Desenvolvimento de Recursos Humanos, nº 1, Brasília, 1991, 245-260p

SILVA, Megine C.C.; SILVA, Adagilson B. B. Manual de estilo dos trabalhos acadêmicos, segundo as normas de Documentação da ABNT NBR 6023/2002- NBR 10520/2002 – NBR 14724/2005, Recife, Fiocruz, 2009,

APÊNDICES

APÊNDICE A

CRONOGRAMA DO SEMINÁRIO DE APRESENTAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE DO TRABALHADOR E PROJETO DE CAPACITAÇÃO

DATA	HORA	TEMA	RESPONSÁVEL
	8:00	Abertura dos trabalhos	
	08:30	Coordenador do Seminário	
	08:30	Política Nacional de Saúde do trabalhador: a responsabilidade dos CERESTS e Municípios	
	09:00	Apresentação do Projeto capacitação do CEREST	
	09:30	O papel dos Sindicatos na efetivação da Política de saúde do trabalhador	
	10:00	Intervalo	
	10:20	Consolidação da Política de Saúde do Trabalhador: A responsabilidade do controle social	
	10:50	Saúde do Trabalhador: o papel do Ministério Público	
	11:20	A formação dos técnicos como estratégia de consolidação da PNAST	
	11:50	Debate	
	13:30	Encerramento	

APÊNDICE B

CRONOGRAMA SEMINÁRIO DE AVALIAÇÃO DO PROJETO DE CAPACITAÇÃO

DATA	HORA	TEMA	RESPONSÁVEL
	8:00	Abertura dos trabalhos	
	08:30	Coordenador do Seminário	
	08:30	Leitura do Relatório preliminar	
	09:30	Discussão do relatório nos grupos	
	11:00	lanche	
	11:20	Apresentação e discussão do trabalho dos grupos para elaboração do relatório final	
	13:00	encerramento	

APÊNDICE C

CRONOGRAMA DE AULAS DO CURSO DE CAPACITAÇÃO EM SAÚDE DO TRABALHADOR

1º dia

DATA	HORA	TEMA	RESPONSÁVEL
	08h00min	Abertura dos trabalhos	
	08h05min	Dinâmica de apresentação	
	09h00min	<p>Bases históricas e conceituais do processo trabalho, saúde e doença.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Compreendendo os conceitos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Trabalho ○ Processo de produção ○ Processo de trabalho: força de trabalho, meios de produção, matéria prima ○ Divisão do trabalho (divisão social, técnica) ○ Ramos de produção 	
	10h00min	Intervalo	
	10h30min	<ul style="list-style-type: none"> • Diferenças conceituais entre medicina do trabalho, saúde ocupacional e saúde do trabalhador 	
	12h00min	Fim das Atividades	

2º dia

DATA	HORA	TEMA	RESPONSÁVEL
	08h00min	<ul style="list-style-type: none"> • Processo saúde – doença - trabalho: De que adoecem e morrem os trabalhadores? • Compreendendo os conceitos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Fatores de risco do trabalho ○ Cargas de trabalho ○ Epidemiologia das doenças e acidentes de trabalho 	
	10h00min	Intervalo	
	10h20min	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação de Vídeo • Trabalho em grupo: Identificar os principais ramos de produção do município, os possíveis fatores de risco e cargas do trabalho 	
	12h00min	Fim das Atividades	

3º dia

DATA	HORA	TEMA	RESPONSÁVEL
	08h00min	<ul style="list-style-type: none"> • Conceitos: acidente, doença do trabalho, doença relacionada ao trabalho, CAT. 	
	10h00min	Intervalo	
	10h30min	<ul style="list-style-type: none"> • Direito à saúde do trabalhador • Normas Constitucionais e infraconstitucionais relacionadas à Saúde do Trabalhador • Controle Social • Notificação compulsória de agravos relacionados ao trabalho 	
	12h00min	Fim das Atividades	

4º dia

DATA	HORA	TEMA	RESPONSÁVEL
	08h00min	Arcabouço jurídico institucional da Saúde do Trabalhador. <ul style="list-style-type: none"> • Introdução à Seguridade social • Direitos previdenciários e acidentários 	
	09h20min	Instrumentos utilizados para a promoção, prevenção, assistência à saúde e seguridade social.	
	10h00min	Intervalo	
	10h20min	Trabalho de assimilação do tema	
	12h00min	Fim das Atividades	

5º dia

DATA	HORA	TEMA	RESPONSÁVEL
	08h00min	<ul style="list-style-type: none"> • Alguns dos principais agravos à saúde do trabalhador na região LER / DORT / AMERT SOFRIMENTO MENTAL Intoxicações Químicas Acidentes de Trabalho típicos e de trajeto (graves e fatais) Apresentação de vídeo 	
	10h00min	Intervalo	
	10h20min	<ul style="list-style-type: none"> • Alguns dos Principais Agravos À Saúde do Trabalhador Na Região-Continuação • Assédio Moral • PAIR • A Abordagem Clínica Laborativa 	
	12h00min	Fim das Atividades	

6º dia

DATA	HORA	TEMA	RESPONSÁVEL
	08h00min	Trabalho em grupo: identificar os principais agravos relacionados com os fatores de risco e cargas do trabalho presentes nos diferentes processos de produção existentes no município.	
	10h00min	Intervalo	
	10h20min	Apresentação dos resultados do trabalho em grupo e Discussão coletiva	
	12h00min	Fim das Atividades	

7º dia

DATA	HORA	TEMA	RESPONSÁVEL
	08h00min	Princípios do modelo da Vigilância à Saúde	
	10h00min	A vigilância à Saúde do Trabalhador <ul style="list-style-type: none"> • Normatização e instrumentos da vigilância à saúde do trabalhador 	
	10h20min	Intervalo	
	12h00min	<ul style="list-style-type: none"> • Reflexões sobre as atuais políticas sociais no Brasil • A política de saúde do trabalhador e o papel da RENAST. 	
	12h00min	Fim das Atividades	

8º dia

DATA	HORA	TEMA	RESPONSÁVEL
	08h00min	<ul style="list-style-type: none"> • Sistema de informação em saúde do trabalhador – SINAN-NET 	
	10h00min	Intervalo	
	10h30min	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fluxos para outros níveis de atenção 2. Protocolos 	
	12h00min	Fim das Atividades	

9º dia

DATA	HORA	TEMA	RESPONSÁVEL
	08h00min	<ul style="list-style-type: none"> • Utilização do Mapa de Risco como instrumento da Vigilância em Saúde do Trabalhador • Apresentação de vídeo 	
	10h00min	Intervalo	
	10h20min	Construindo o Mapa de Risco	
	12h00min	Fim das Atividades	

10º dia

DATA	HORA	TEMA	RESPONSÁVEL
	08h00min	Trabalho em Grupo: Organizando a Atenção Integral à Saúde do Trabalhador para o município.	
	10h00min	Intervalo	
	10h20min	Apresentação das propostas e debate	
	11h00min	Avaliação do curso	
	12h00min	Encerramento	

APÊNDICE D

PLANILHA DE CUSTO DO PROGRAMA DE CAPACITAÇÃO

Item	R\$ Unitário	Quantidade	R\$ Total
Coordenação do Projeto	2.500,00	15 meses	37.500,00
Coordenação de Curso	1.500,00	15 meses	22.500,00
Apoio Administrativo	600,00	15 meses	9.000,00
Material de Expediente	15.000,00		15.000,00
Elaboração do Projeto	5.000,00	01	5.000,00
Relatório Final	5.000,00	01	5.000,00
Seminário 1	10.000,00	01	10.000,00
Seminário 2	10.000,00	01	10.000,00
Docência	120,00	1880 h/a*	225.600,00
Diárias	100,00	500	50.000,00
Material Didático	15,00	1550 part.**	23.250,00
Combustível	3,00	2.000 lts***	6.000,00
Total			418.850,00

As despesas com lanche serão negociadas com os municípios participantes do Programa de Educação Permanente como estratégia para envolvimento e comprometimento com o programa.

*Hora aula = h/a

**Participantes = part.

***Litros = lts