

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE SISTEMAS  
E SERVIÇOS DE SAÚDE**

**Edilene Peixe de Medeiros**

**Projeto de Intervenção para Qualificação dos  
Profissionais de Saúde no Atendimento de  
Acidentes de Trabalho no Hospital Regional Dr.  
Belarmino Correia em Goiana - PE**

**RECIFE**

**2011**

**EDILENE PEIXE DE MEDEIROS**

**Projeto de Intervenção para Qualificação dos Profissionais de Saúde no  
Atendimento de Acidentes de Trabalho no Hospital Regional Dr. Belarmino  
Correia em Goiana - PE**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviço de Saúde do Departamento de Saúde Coletiva do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães e Fundação Oswaldo Cruz, como para obtenção do título de especialista em Gestão de Sistemas e Serviço de Saúde.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Idê Gomes Dantas Gurgel.

**RECIFE**

**2010**

**Catálogo Na Fonte: Biblioteca Do Centro De Pesquisas Aggeu Magalhães**

---

M488p Medeiros, Edilene Peixe de.

Projeto de Intervenção para Qualificação dos Profissionais de Saúde no Atendimento de Acidentes de Trabalho no Hospital Regional Dr. Belarmino Correia em Goiana / Edilene Peixe de Medeiros – PE. Recife: E. P. Medeiros, 2010.

39 f.

Monografia (Especialização em Gestão de Sistema e Serviço de Saúde)  
Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães e Fundação Oswaldo Cruz.  
Orientadora: Idê Gomes Dantas Gurgel

1. Acidente de Trabalho. 2. Urgência/Emergência. 3. Capacitação. I.  
Gurgel, Idê Gomes Dantas. II. Título.

---

CDU: 614.8

**EDILENE PEIXE DE MEDEIROS**

**Projeto de Intervenção para Qualificação dos Profissionais de Saúde no  
Atendimento de Acidentes de Trabalho no Hospital Regional Dr. Belarmino  
Correia em Goiana - PE**

Monografia apresentada ao Departamento de Saúde Coletiva do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães e Fundação Oswaldo Cruz, como para obtenção do título de especialista em Gestão de Sistemas e Serviço de Saúde.

Data da Apresentação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Ms. Kátia Rejane de Medeiros  
CPqAM/ FIOCRUZ

---

Ms. Domício Aurélio de Sá  
CPqAM / FIOCRUZ

MEDEIROS, Edilene Peixe de. **Projeto de Intervenção para Qualificação dos Profissionais de Saúde no Atendimento de Acidentes de Trabalho no Hospital Regional Dr. Belarmino Correia em Goiana – PE.** Monografia. Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães e Fundação Oswaldo Cruz, Recife: 2011. 39f.

## RESUMO

Após ter sido identificado através de avaliação nos prontuários e fichas de acolhimento do Atendimento da Urgência e Emergência do Hospital Regional Dr. Belarmino Correia, surgiu a proposta de intervenção para capacitar toda a equipe do Hospital Regional Dr. Belarmino Correia, como ferramenta para reorientação da Política de Saúde do trabalhador uma vez que, no ano de 2009, houve o primeiro Seminário coordenado pelo CEREST- Centro de referência do Trabalhador do Estado com os atores das três Unidades Sentinelas da Zona da Mata Norte. É essencial implantar a Política para todos os atores sociais cujas ações e atividades se relacionem com a Saúde do Trabalhador e que 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 da Saúde do Trabalhador no atendimento da Urgência e Emergência do Hospital Belarmino Correia. A metodologia pedagógica problematizadora e discursiva com uma proposta de capacitação direcionada para qualificar e instrumentalizar as equipes da Urgência e Emergência, para o desenvolvimento mais adequado da Política Nacional de Saúde do Trabalhador definida pela RENAST – Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador. O processo pedagógico potencializar as informações e conhecimentos pré-existentes dos participantes, estimulando e provocando permanentemente a troca de experiências e a discussões dos conteúdos. O instrumento utilizado para o desenvolvimento do projeto será um Seminário com duração de oito horas, em duas turmas. A avaliação final será após o GT- Grupo de Trabalhos com discussões e ações construtivas pela equipe, com a provocação de manter a educação permanente pactuada com o CEREST local.

**Palavras-chave:** Acidente de Trabalho. Urgência/Emergência. Capacitação.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>07</b>
<b>2 MARCO TEÓRICO</b>	<b>10</b>
2.1 Acidentes de Trabalho	13
2.2 Capacitação dos profissionais da Saúde	18
2.3 Processo de implantação do CEREST- Goiana	20
2.4 Capacitação como estratégia de consolidação da política de Saúde do Trabalhador no atendimento de Urgência e Emergência no Hospital Regional Dr. Belarmino Correia	23
<b>3 OBJETIVOS</b>	<b>25</b>
3.1 Objetivo geral	25
3.2 Objetivos específicos	25
<b>4 DIRETRIZES</b>	<b>26</b>
<b>5 METAS</b>	<b>27</b>
<b>6 ESTRATÉGIAS</b>	<b>28</b>
<b>7 PLANO OPERATIVO</b>	<b>30</b>
7.1 Instrumentos para capacitação	30
7.2 Período	30
7.3 Área de estudo	30
7.4 População	30
7.5 Conteúdo Programático	30
7.6 Programa de Capacitação para Equipe de Emergência/Urgência do Hospital Regional Dr. Belarmino Correia	31
7.7 Programa da Capacitação para Equipe de Emergência/Urgência do Hospital Regional Dr. Belarmino Correia	31
7.7.1 1º Módulo para Capacitação do Nível Superior / Médio	32
7.8 Local do Evento	34
<b>8 ASPECTOS OPERACIONAIS</b>	<b>35</b>
8.1 Cronograma de atividades	34
8.2 Recursos Humanos	35
8.3 Orçamento para o Seminário	35
8.4 Orçamento para a Capacitação	36
8.5 Fonte de Financiamento	36
<b>9 CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES</b>	<b>37</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>38</b>

## 1 INTRODUÇÃO

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.

No Brasil, a realidade dos Acidentes de Trabalho (AT) é conhecida apenas parcialmente, pois a sua notificação é limitada à Previdência Social. Essa notificação é feita através da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) para os empregados com carteira assinada, excluindo-se os trabalhadores domésticos.

A principal fonte de dados estatísticos sobre acidentes de trabalho no Brasil é o Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), cujos dados oficiais se referem apenas aos acidentes registrados e ocorridos entre os trabalhadores segurados, não estando incluídos aqueles ocorridos com os trabalhadores do setor informal, que representam importante parcela da população economicamente ativa.

Os outros fatores envolvidos são: as restrições que a legislação acidentária progressivamente sofreu na conceituação do acidente e das doenças do trabalho; a falta de conhecimento do procedimento correto de notificação; a ausência de um departamento de saúde do trabalhador nas empresas.

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2000), em 1999, o número de trabalhadores com carteira assinada era de 19,6 milhões, enquanto a população ocupada (incluindo os empregados sem carteira, estatutários, trabalhadores domésticos e aqueles do chamado setor informal) totalizava 71,6 milhões. Pelos números identifica-se que a notificação dos acidentes de trabalho limita-se a pouco mais de um quarto do total de trabalhadores.

Neste quadro o problema dos acidentes de trabalho assume maiores proporções do que as estatísticas existentes permitem estimar, e o seu dimensionamento real, inclusive quanto ao custo social, tem sido dificultado por diversos fatores.

De modo esquemático, pode-se dizer que o perfil de morbimortalidade dos trabalhadores no Brasil, na atualidade, caracteriza-se pela coexistência de: agravos que têm relação com condições de trabalho específicas, como os acidentes de trabalho típicos e as “doenças profissionais”; doenças que têm sua frequência,

surgimento ou gravidade modificado pelo trabalho, denominadas “doenças relacionados ao trabalho” e; doenças comuns ao conjunto da população, que não guardam relação de causa com o trabalho, mas condicionam a saúde dos trabalhadores.

Acidente de trabalho é o que ocorre pelo exercício de trabalho a serviço da empresa provocando lesão corporal ou perfuração funcional que cause morte, perda ou redução, da capacidade para o trabalho permanente ou temporária, nos termos dos artigos 138 a 177 do Regulamento dos Benefícios da Previdência Social (OLIVEIRA, 2002).

O Hospital Belarmino Correia é um hospital de Goiana, pertencente à da rede pública estadual de Pernambuco. Atende diariamente, na emergência e na urgência, a mais de 200 pacientes, vindos de Goiana, Condado, Itaquitinga, Aliança e algumas cidades da Paraíba.

O hospital ganhou este nome em homenagem ao 1º prefeito de Goiana, Belarmino Correia. O HBC foi inaugurado em 28 de setembro de 1924, sendo o governador do Estado o Exmo. Sr. Dr. Sergio Loreto, Diretor de Higiene o Dr. Amaury de Medeiros e o Prefeito o Sr. Dr. Jose H. Cesar de Albuquerque. Havendo ampliação e Reforma devido a demanda reprimida com o incentivo do Governo do estado de Pernambuco, no momento o Diretor do Hospital era o Dr. João Jorge Filho, Governado Exmo. Etelvino Lins de Albuquerque em 1954. Após 29 anos foi contemplado com uma significativa restauração no Governo do Exmo. Sr. Governador Dr. Jarbas Vasconcelos em 1989.

Devido a frequência atendimento de acolhimento no Hospital Belarmino Correia, em Goiana-PE, serem em grande parte devido a atividade do trabalho e a equipe de atendimento não estar capacitada para diferenciar quando se tratar de acidente de trabalho, e através da observação dessa rotina é preciso que haja uma intervenção para que sejam capacitados os profissionais que trabalham na referida Unidade de Saúde, com vistas a uma melhor atenção no que diz respeito à Saúde/Trabalho.

Após ter sido identificado a falta inadequado através de avaliação nos prontuários e fichas de acolhimento do Atendimento da Urgência e Emergência do Hospital Belarmino Correia, surgiu a proposta de intervenção para capacitar toda a equipe, como ferramenta para reorientação da Política de Saúde do trabalhador nesta perspectiva.



É essencial implantar a Política para todos os atores sociais cujas ações e atividades se relacionem com a Saúde do Trabalhador e que 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 da Saúde do Trabalhador no atendimento da Urgência e Emergência do Hospital Belarmino Correia.

No ano de 2009, houve o Primeiro Seminário, Unidade Sentinela de Saúde do Trabalhador gerenciada pela Coordenação Estadual de Atenção à Saúde do Trabalhador, com os atores das três Unidades Sentinelas da Zona da Mata Norte.

O Seminário contou com apresentação temática sobre: Procedimento histórico do trabalho; Sistema Único de Saúde; Sistema de informação. Nestes aspectos, foram vistas as fragilizações das urgências e emergências, com um olhar diferenciado à saúde do trabalhador em relação ao segmento com acidente de trabalho.

Um momento de grande valia em 14 de setembro de 2009, foi inaugurada a Unidade Sentinela em Saúde do Trabalhador, no governo do Exmo. Sr. Dr. Eduardo Henrique Campos Accioly, com a Gerencia Estadual de Atenção à Saúde do Trabalhador, Coordenação CEREST Regional/Goiana Sra. Edilene Peixe de Medeiros e Diretora do Hospital Belarmino Correia Dr. Maria da Conceição Moura Souza.

A justificativa para a escolha do Plano de Intervenção surgiu no ano de 2009, quando à frente da Coordenação do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) de Goiana observei o alto índice de acidentes devido a imprudência do empregador com seus empregados, a falta de conhecimento do trabalhador em se prevenir como também dos seus direitos.

## 2 MARCO TEÓRICO

A organização de uma atenção diferenciada à saúde dos trabalhadores surge, no mundo ocidental, no século XVIII, na Inglaterra, com a Revolução Industrial. Pressionados pelos prejuízos econômicos, decorrentes dos altos índices de acidentes e adoecimento determinados pelas péssimas condições de vida e trabalho e pelas reivindicações dos trabalhadores por mudanças, industriais da época passaram a contratar médicos, atribuindo-lhes a responsabilidade de "cuidar" da saúde dos trabalhadores (DIAS; HOEFEL, 2005).

Na primeira metade do século XX, mudanças nos processos produtivos decorrentes das duas grandes guerras mundiais e os esforços de reconstrução pós-guerra deram forma a novos problemas e necessidades de saúde relacionadas ao trabalho. Outros profissionais se juntaram à equipe médica, enfocando aspectos da higiene, da ergonomia e da segurança do trabalho, conformando a prática da Saúde Ocupacional. Apesar da abordagem multidisciplinar e da ampliação do foco das ações de saúde, estas permaneceram centradas no ambiente de trabalho, atreladas aos parâmetros dos "limites de tolerância" considerados "científicos e seguros", permanecendo o trabalhador um objeto das ações (DIAS; HOEFEL, 2005).

Na Itália, o movimento pela Reforma Sanitária, que envolveu os trabalhadores organizados, técnicos de serviços de saúde e das instituições de ensino e pesquisa, trouxe à cena política as condições de trabalho geradoras de doença e a necessidade de modificá-las. Os trabalhadores assumiram a condução da luta por melhores condições de trabalho e de vida, sob o princípio da "não delegação" (BERLINGUER, 1983; ODDONE, 1986).

Esse movimento chega ao Brasil em meados dos anos de 1970, em momento histórico marcado pelo processo de reorganização social, o fim da ditadura militar e redemocratização no país. Com o apoio dos trabalhadores, em particular dos sindicatos sintonizados com as premissas do "novo sindicalismo" e as formulações teórico-conceituais produzidas pela epidemiologia social, a agenda da Reforma Sanitária Brasileira incluiu as questões de Saúde do Trabalhador (DIAS; HOEFEL, 2005).

Assim, o movimento da Saúde do Trabalhador, no Brasil, toma forma no final dos anos 1970, tendo como eixos: a defesa do direito ao trabalho digno e saudável;

a participação dos trabalhadores nas decisões sobre a organização e gestão dos processos produtivos e a busca da garantia de atenção integral à saúde (DIAS, 1994).

O campo da saúde do trabalhador surge, no Brasil, durante os anos 80, com o compromisso de mudar o complexo quadro de saúde da população. Suas origens são marcadas por movimentos sociais que se configuram como resposta à posturas específicas por parte das empresas e do Estado. É de destacar também que os atores envolvidos no campo são oriundos tanto de setores sindicais quanto profissionais que, através de ações institucionais, atestam sua opção pela centralidade da categoria trabalho.

As mudanças do processo de produção e da organização do trabalho introduzidas pela Industrialização, definiram um novo contexto no plano das relações comerciais, sociais e trabalhistas, e nos assuntos relacionados à incolumidade pública e à saúde do trabalho. Condição agravada pelo abrupto e desordenado adensamento populacional nos centros industriais e seu direto reflexo sanitário e epidemiológico.

Neste contexto, tornou-se indispensável a formulação, por parte do Estado, de normas sanitárias (saúde pública), trabalhistas e de saúde e segurança do trabalho.

A Constituição Federal de 1988 incorporou as questões de Saúde do Trabalhador ao enunciar o conceito ampliado de Saúde, incluindo entre seus determinantes - as condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, emprego - e ao atribuir ao SUS à responsabilidade de coordenar as ações no país. Essa atribuição foi regulamentada, em 1990, pela lei 8.080 que definiu os princípios e a formatação do SUS. Consolidava-se assim, no plano legal e institucional, o campo da Saúde do Trabalhador (BRASIL, 2006).

No Brasil, era atribuição dos Ministérios do Trabalho e da Previdência Social a atenção à saúde dos trabalhadores, a regulação e inspeção das condições de trabalho e a assistência médica. Entretanto, mesmo com as inovações, o texto constitucional manteve algumas dessas atribuições, favorecendo os conflitos entre os setores, particularmente quanto às ações de fiscalização dos ambientes e condições de trabalho.

Ainda nos anos 1990, a Área Técnica de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde (COSAT) concentrou esforços em um amplo processo de capacitação

técnica, para as ações de Vigilância e na Atenção Básica da Saúde; a elaboração de protocolos, normas e diretrizes, entre as quais, a Norma Operacional de Saúde do Trabalhador (NOST); a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho e o Manual de Procedimentos para orientar as ações de Saúde do Trabalhador na rede de serviços de saúde, publicado em 2001; e uma proposta de Política Nacional de Saúde do Trabalhador, colocada em consulta na sociedade, em 2001.

Assim, 21 anos após a regulamentação da atribuição constitucional da atenção integral à saúde dos trabalhadores pela Lei Orgânica da Saúde 8.080/90 e das experiências implementadas na rede pública de serviços de saúde, pode-se dizer que o SUS ainda não incorporou, de forma efetiva, em suas concepções, paradigmas e ações, o lugar que o "trabalho" ocupa na vida dos indivíduos e suas relações com o espaço sócio-ambiental. Ou seja: o papel do "trabalho" na determinação do processo saúde/doença dos trabalhadores diretamente envolvidos nas atividades produtivas, da população em geral e nos impactos ambientais que essas atividades produzem (HOEFEL; DIAS; SILVA, 2005).

Mesmo com a Constituição, foi apenas a partir de 2003, que a Coordenação da Área Técnica de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde priorizou a implementação da RENAST como a principal estratégia da Política Nacional de Saúde do Trabalhador (PNST) para o SUS (BRASIL, 2004).

Para isto, foi organizado um suporte técnico regionalizado para assessorar o processo de implementação da RENAST, prioritariamente nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Também, buscou-se ampliar e consolidar a articulação intra-setorial, no âmbito do Ministério da Saúde, em particular com a Atenção Básica; retomar o processo de discussão técnico-político de definição de uma Política de Saúde do Trabalhador para o SUS e de uma Política Nacional de Saúde do Trabalhador, de caráter intersetorial, envolvendo os Ministérios do Trabalho e Emprego e Previdência (DIAS; HOEFEL, 2005).

Os princípios e diretrizes que norteiam a RENAST são coincidentes com os da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e podem ser resumidos em: I) atenção integral à Saúde dos Trabalhadores; II) articulação intra e intersetoriais; III) informações em Saúde do Trabalhador; IV) apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas; V) capacitação permanente em Saúde do Trabalhador e VI) participação da comunidade na gestão das ações em Saúde do Trabalhador (BRASIL, 2004).

A RENAST está organizada como rede nacional de informação e práticas de saúde: ações assistenciais, de vigilância e promoção da saúde, nas linhas de cuidado da atenção básica, da média e alta complexidade ambulatorial, pré-hospitalar e hospitalar, sob o controle social, nos três níveis de gestão do SUS. Na proposta da RENAST, os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST's) deixam de ser porta de entrada e assumem o papel de suporte técnico, pólo irradiador da cultura da centralidade do trabalho e produção social das doenças, e locus de pactuação das ações de saúde, intra e intersetorialmente, no seu território de abrangência (DIAS; HOEFEL, 2005).

Porém a escassez e inadequação das informações sobre a real situação de Saúde do Trabalhador dificultam a definição de prioridades para o planejamento e intervenções em saúde, além de omitir á sociedade recursos importantes para a melhoria das condições de trabalho.

Sendo amplamente conhecida a subnotificação de eventos e a conseqüente impossibilidade de traçar um diagnóstico da real situação de ocorrência de acidentes de trabalho no Brasil, fato confirmado por diferentes estudos (BINDER; CORDEIRO, 2003; HENNINGTON et al., 2006). Concorre para isso a inexistência de um sistema único que centralize as informações sobre Acidente de Trabalho no país.

Mudar o panorama atual relativo às condições de segurança e saúde do trabalhador brasileiro não é só um desafio de governo, mas da sociedade de uma forma geral, exigindo o envolvimento dos trabalhadores e empresários.

A melhoria nas condições do ambiente e do exercício do trabalho tem como objetivo principal diminuir o custo social com os acidentes de trabalho, valorizar a autoestima e proporcionar a melhoria contínua da qualidade de vida dos trabalhadores.

## 2.1 Acidentes de Trabalho

Foi a partir de 1968 que os acidentes do trabalho passaram a ser conhecidos quantitativamente e tomados como indicadores indiretos das condições de trabalho com a criação do INPS. A criação do INSS - Instituto Nacional do Seguro Social pela Lei nº. 8.029, de 12 de abril de 1990, operou uma fusão dos antigos INPS e IAPAS,

responsáveis, respectivamente, pela concessão de benefícios e arrecadação das contribuições previdenciárias. O novo órgão, uma autarquia federal, passou, pois, a cumular a função de ambos, hoje transformado em INSS.

Segundo estatísticas oficiais da FUNDACENTRO, foram registrados nos últimos 20 anos, mais de 25 milhões de acidentes do trabalho, cuja gravidade expressa-se em quase um milhão de sequelas permanentes e 86 mil óbitos (FUNDACENTRO, 2000).

Com base no diagnóstico realizado, a Secretaria de Segurança e Saúde no Trabalho (SSST) aponta quatro problemas básicos, os quais servem como base para a implantação de um Programa de Melhoria das Condições e dos Ambientes de Trabalho.

Os quatro problemas são: a persistência de uma situação desfavorável no âmbito da saúde e segurança no trabalho; a carência de dados e informações mais precisas sobre o setor; a existência de um arcabouço legal que não atende satisfatoriamente às necessidades impostas pelos avanços tecnológicos e pela evolução das relações de trabalho; as limitações dos instrumentos (modelo) de gestão da (SSST).

No que se refere à capacidade de formulação e de gestão de políticas, o diagnóstico aponta a necessidade de estudos mais aprofundados, pois se o modelo organizacional vem sofrendo alterações ao longo dos últimos anos é imprescindível que o modo de gerenciar a segurança e saúde ocupacional acompanhe estas alterações.

Na prática diária constata-se que os trabalhadores de saúde conhecem os riscos à sua saúde de uma forma genérica, onde o conhecimento demonstrado é fruto da prática cotidiana e não oriundo da existência de um serviço de saúde ocupacional na instituição.

Esse conhecimento, entretanto, não se transforma numa ação segura de prevenção de acidentes e doenças ocupacionais, apontando para a necessidade de uma atuação que venha a modificar essa situação. Representa um esforço de compreensão deste processo como e porque ocorre - e desenvolvimento de alternativas de intervenção que levam a transformação em direção à apropriação pelos trabalhadores da dimensão humana do trabalho.

A saúde do trabalhador e um ambiente de trabalho saudável são valiosos

bens individuais e comunitários, e constituem-se em pré-requisitos fundamentais para a produtividade e o desenvolvimento socioeconômico e sustentável.

Velar pela saúde dos trabalhadores é uma importante estratégia, não somente para garantir o bem-estar dos mesmos, mas também para contribuir positivamente para a produtividade, qualidade dos produtos, motivação e satisfação no trabalho e, portanto, para a melhoria geral na qualidade de vida dos indivíduos e da sociedade como um todo.

Pode-se dizer que a promoção da saúde implica uma combinação de estratégias: ações do Estado (políticas públicas saudáveis), da comunidade (reforço da ação comunitária), de indivíduos (desenvolvimento de habilidades pessoais), do sistema de saúde (reorientação do sistema de saúde) e de parcerias intersetoriais.

Os riscos de acidentes variam para cada ramo de atividade econômica, em função de tecnologias utilizadas, condições de trabalho, mão-de-obra empregada, medidas de segurança, dentre outros fatores.

Essa lesão pode provocar a morte, perda ou redução da capacidade para o trabalho. A lesão pode ser caracterizada apenas pela redução da função de determinado órgão ou segmento do organismo, como os membros.

Além disso, considera-se como acidente de trabalho:

- Acidente que ocorre durante o trajeto entre a residência do trabalhador e o local de trabalho;
- Doença profissional que é produzida ou desencadeada pelo exercício de determinado trabalho;
- Doença do trabalho, a qual é adquirida ou desencadeada pelas condições em que a função é exercida (OLIVEIRA, 2002).

Importante ressaltar, que os acidentes sofridos pelos trabalhadores, no horário e local de trabalho, devidos a agressões, sabotagens ou atos de terrorismo praticados por terceiros ou colegas de trabalho, também são considerados acidentes de trabalho. Também aqueles acidentes sofridos fora do local e horário de trabalho, desde que o trabalhador esteja executando ordens ou serviços sob a autoridade da empresa.

Outra situação seria o acidente que ocorre durante viagens a serviço, mesmo que seja com fins de estudo, desde que financiada pela empresa.

De acordo com Piza (2002), os acidentes de trabalho são caracterizados em três tipos:

1. **Acidente Típico:** é aquele decorrente da característica da atividade profissional que o indivíduo exerce a serviço da empresa.
2. **Acidente de Trajeto:** aquele que ocorre no trajeto entre a residência do trabalhador e o local de trabalho, e vice-versa, considerando a distância e o tempo de deslocamento, compatíveis com o percurso do referido trajeto.
3. **Doença Profissional ou do Trabalho:** doença que é produzida ou desencadeada pelo exercício de determinada função, característica de um emprego específico.

Para que o acidente seja considerado como "acidente de trabalho", é essencial que um perito estabeleça uma relação entre o acidente e a lesão provocada. Nessa situação, o médico perito decidirá se o indivíduo pode voltar ao exercício de sua função ou se necessitará de afastamento permanente ou temporário do emprego (MONTEIRO et al., 2000).

Cabe ressaltar que acidentes e doenças relacionados ao trabalho são agravos previsíveis e, portanto, evitáveis. Em 2003, segundo o Anuário Estatístico da Previdência Social, as lesões de punho e da mão representaram 34,20 % dos acidentes. O trabalho em máquinas e equipamentos obsoletos e inseguros são responsáveis por cerca de 25% dos acidentes do trabalho graves e incapacitantes registrados no país (MENDES et al. 2003).

A adoção das novas tecnologias e métodos gerenciais nos processos de trabalho contribuem para modificar o perfil de saúde, adoecimento e sofrimento dos trabalhadores. Entre as doenças relacionadas ao trabalho mais frequentes estão as Lesões por Esforços Repetitivos/Distúrbios Ósteo-Musculares Relacionados ao Trabalho (LER/DORT); formas de adoecimento mal caracterizadas e sofrimento mental que convivem com as doenças profissionais clássicas, como a silicose, intoxicações por metais pesados e por agrotóxicos.

A elaboração e adoção da Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho (Lista A e Lista B) pelo Ministério da Saúde (Portaria MS N.º 1.339 de 18 de novembro de 1999), em cumprimento do Art. 6º, § 3º, inciso VII, da Lei 8.080/90, representa um subsídio valioso para o diagnóstico, tratamento, vigilância e o estabelecimento da relação da doença com o trabalho e outras providências decorrentes. Na Lista, destinada a uso clínico e epidemiológico, estão relacionadas 198 entidades nosológicas (lista B) e agentes e situações de exposição ocupacional (lista A) codificados segundo a 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-



10) (BRASIL, 2001).

O atual sistema de segurança e saúde do trabalhador carece de mecanismos que incentivem medidas de prevenção, responsabilizem os empregadores, propiciem o efetivo reconhecimento dos direitos do segurado, diminuam a existência de conflitos institucionais, tarifem de maneira mais adequada as empresas e possibilite um melhor gerenciamento dos fatores de riscos ocupacionais.

Em 2003, os gastos da Previdência Social com pagamento de benefícios acidentários e aposentadoria especial (concedida em face de exposição a agentes prejudiciais à saúde ou integridade física, com redução no tempo de contribuição) totalizaram cerca de 8,2 bilhões de reais. Entretanto, os valores são estimados e se referem apenas ao setor formal de trabalho (COELHO et al., 2006).

Apesar do SUS ser responsável por grande parte da assistência médica, hospitalar e ambulatorial às vítimas de agravos relacionados ao trabalho, na rede pública de saúde, não estão disponíveis informações sobre os custos. A ausência de dados consistentes dificulta a identificação e o dimensionamento de fontes de custeio socialmente justas para as ações em SST.

A legislação brasileira considera acidentes de trabalho todos os sofridos pelo empregado no local e durante o trabalho. Apesar de serem tomadas precauções tanto pelos empregadores quanto pelos empregados, existem causas de acidentes imprevisíveis, que não podem ser afastadas por não serem previsíveis.

A capacitação de Recursos Humanos na educação da legislação brasileira não está relacionada somente com a formação, especialização e atualização dos educadores, mas em todas as áreas de formação de técnicos/profissionais e devem ser incorporados conteúdos relacionados à educação e a saúde adequadas entre os diversos atores sociais.

A educação é o elemento da vida social responsável pela organização da experiência dos indivíduos na vida cotidiana, pelo desenvolvimento da sua personalidade e pela garantia da sobrevivência e do funcionamento das próprias coletividades humanas.

Os fatos concretos da educação de cada um e o conjunto do fazer pedagógico são práticas coletivas; necessariamente, nelas, os aspectos cognitivos, afetivos, socioeconômicos, políticos e culturais interagem em função de resultados concretos, sendo assim, a prática social pedagógica se faz pela linguagem, pois,

mesmo a didática que é uma questão de meios, só pode dar conta deles quando se assume como uma questão epistemológica e, mais, uma questão cultural.

Da mesma maneira que na educação, também se podem verificar os possíveis danos na área da Saúde quando se deixa de lado ou quando se nega estar diante de uma prática social, na qual sujeitos se relacionam.

## 2.2 Capacitação dos profissionais da Saúde

A capacitação é uma das estratégias mais usadas para enfrentar os problemas de desenvolvimento dos serviços de saúde. Grande parte do esforço para alcançar a aprendizagem ocorre por meio da capacitação, isto é, de ações intencionais e planejadas que têm como missão fortalecer conhecimentos, habilidades, atitudes e práticas que a dinâmica das organizações não oferece por outros meios, pelo menos em escala suficiente.

No entanto, a capacitação desenvolve-se, também, sob a influência de uma grande variedade de condições institucionais, políticas, ideológicas e culturais, que antecipam e determinam o espaço dentro do qual a capacitação pode operar seus limites e possibilidades.

Um estudo de Davini et al. (2002, p. 27) mostra como se operacionalizam estas condições. Reconhecê-las é a primeira condição para evitar desvios frequentes, tais como:

A simplificação, que reduz o problema da educação de pessoal a uma questão de aplicação de métodos e técnicas pedagógicas, sem a compreensão substancial de seus enfoques e sem a compreensão estratégica do contexto político institucional de realização; a visão instrumental da educação, que pensa os processos educativos apenas enquanto meio/de alcançar um objetivo pontual e não como parte substancial de uma estratégia de mudança institucional; o imediatismo, que acredita na possibilidade de grandes efeitos de um programa educativo de aplicação rápida, quase como em passe de mágica; a baixa discriminação de problemas a superar, cuja solução não depende de capacitação e sim de outros fatores; a tendência em atuar por meio de programas e projetos, cuja lógica é de começo e fim, além de sua dependência de fontes específicas de financiamento: ao invés de fortalecer a sustentabilidade e a permanência das estratégias educativas ao longo do tempo.

O que esperar dos processos de capacitação? O trabalho de Roschke, Brito e Palácios (2002) indica que, geralmente, se deseja:

Melhorar o desempenho do pessoal em todos os níveis de atenção e funções do respectivo processo de produção; contribuir para o desenvolvimento de novas competências, como a liderança, a gerência descentralizada, a auto-gestão, a gestão de qualidade etc.; servir de substrato para transformações culturais de acordo com as novas tendências, como a geração de práticas desejáveis de gestão, a atenção e as relações com a população etc.

Além da ação educacional propriamente dita, portanto, espera-se que os componentes da capacitação sejam parte essencial da estratégia de mudança institucional. Entretanto, poucas vezes se instala uma estratégia global e sustentável que dê lugar à conquista progressiva e sistemática desses propósitos.

Vários novos programas de capacitação significaram um importante avanço em seus enfoques e experiências, considerando estas questões. A maioria, entretanto, mantém um atraso significativo nos estilos e práticas de capacitação, repetindo sempre a mesma fórmula.

Na maioria dos casos, a capacitação consiste na transmissão de conhecimentos dentro da lógica do modelo escolar, com o intuito de atualizar novos enfoques, novas informações ou tecnologias na implantação de uma nova política, como nos casos de descentralização ou priorização da Atenção Primária.

Opondo-se a essa perspectiva a Metodologia da Problematização tem se apresentado como uma alternativa possível e apropriada para atender as novas exigências. Embora ainda não muito utilizada, seja por falta de conhecimento da forma de sua utilização seja por outras razões, como, por exemplo, pela resistência de muitos professores e alunos em romper com a metodologia tradicional, sabe-se que o aprofundamento de seu estudo, bem como sua dimensão, podem contribuir em muito para melhorar a qualidade do ensino praticado em nosso país.

Utilizando-se do esquema do arco de Charlez Maguerez. A primeira etapa é a observação da realidade, quando os alunos são levados a observar a realidade com o objetivo de captar os diferentes aspectos que a envolvem. Ao observar a realidade os alunos expressam suas percepções pessoais, efetuando uma primeira leitura sincrética da realidade e selecionando uma situação a ser problematizada.

Num segundo momento, os alunos destacam do que foi observado o que é verdadeiramente importante, procurando identificar os pontos-chave do problema em questão, as variáveis mais determinantes da situação. Esta etapa “constitui uma das razões mais importantes da superioridade desta Pedagogia sobre outras de transmissão e condicionamento” (BORDENAVE, 1994).

Na terceira etapa, os alunos passam à teorização do problema, procurando saber o porquê das coisas observadas. Nesta fase, a participação do professor é fundamental, pois teorizar é sempre difícil.

Na quarta fase o aluno é levado a formular hipóteses de solução para o problema em estudo e a cultivar a originalidade e a criatividade, pois a teoria é muito fértil, e muitas hipóteses de solução nela baseadas podem não ser válidas na prática. Esta etapa deve conduzir o aprendiz a confrontar suas hipóteses de solução com os condicionamentos e limitações da realidade. É uma confrontação do ideal com o real, o que é considerado por Bordenave (1994) outra vantagem desta pedagogia.

A última fase é o momento em que o aluno pratica e fixa as soluções que o grupo encontrou como viáveis e aplicáveis e aprende a utilizar o aprendido em situações diferentes. É a fase que possibilita intervir na realidade, completando o arco de Maguerez.

A Metodologia da Problematização, portanto, parte de uma crítica do ensino tradicional e propõe um tipo de ensino cujas características principais são a problematização da realidade e a busca de soluções de problemas detectados, possibilitando assim o desenvolvimento do raciocínio crítico do aluno.

As bases pedagógicas da educação problematizadora, segundo Bordenave (1994) “centram-se no papel protagônico do estudante, atuando grupalmente e no papel que atribuem à Realidade, a qual é, ao mesmo tempo, objeto a transformar o agente transformador”.

### 2.3 Processo de implantação do CEREST- Goiana

São várias as Legislações que direcionam a RENAST, porém a que estabelece as diretrizes para a ampliação é a Portaria nº 2437/GM (07/12/05)

Para a implantação dos CEREST`s é necessária a contribuição de todos os atores com interface na Saúde do Trabalhador. É bom lembrar que quando da sua criação a Rede foi resultado de uma parceria do Ministério da Saúde com os diversos segmentos da sociedade, como as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e os Sindicatos de Trabalhadores.

São inúmeras as vantagens para a região que implantar um CEREST, tais como: a qualidade de vida para os trabalhadores e o ganho social de não ter vítimas decorrentes de acidentes e de doenças relacionados ao trabalho onde as causas são passíveis de prevenção em sua maioria, além de minimizar os gastos assistências, previdenciários e indenizatórios decorrentes dos agravos à saúde dos trabalhadores.

Para iniciar o processo de credenciamento é necessário definir politicamente com os gestores municipais nas macro-regiões a localização e a estrutura pedindo a Habilitação (de 30 dias), apresentando o Projeto de funcionamento, a aprovação pela Comissão Intergestores Bipartite e o Termo de Compromisso.

O processo de implantação do CEREST/Goiana foi construído a partir de 2006 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 de Goiana indicado para sediar este Centro. Os passos seguintes foram à aprovação no conselho municipal de saúde de Goiana, o retorno para o referendo da Bipartite Regional e o encaminhamento para a Bipartite Estadual onde foi aprovada e autorizada sua implantação.

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.



Mapa1: Localização e área de abrangência dos CEREST em Pernambuco.

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 Goiana, contempla-se com 26 municípios. A partir de 2006, 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 Técnicos dos CEREST de Pernambuco, teve início 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.

Com a nova distribuição todos os municípios do Estado foram contemplados e o CEREST e Goiana ficou assim definido: Goiana, Camutanga, Macaparana, Aliança, Condado, Itaquitinga, Itambé, Timbaúba, Vicência, 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.

O CEREST de Goiana conta com três Unidades Sentinelas, sendo Hospital Regional Dr. Fernando Salsa – Limoeiro; Hospital Regional Dr. João Coutinho – Timbaúba e o Hospital Regional Dr. Belarmino Correia. Estes hospitais constituem a **“Rede de Serviços Sentinela”**.

Conforme expresso no Manual de Gestão e Gerenciamento da RENAST (BRASIL, 2006, p.38), “as unidades sentinelas em Saúde do Trabalhador são serviços de média e alta complexidade capacitados para identificar, investigar e notificar, quando confirmados, os casos de doenças/agravos e/ou acidentes relacionados ao trabalho. Algumas unidades Sentinela, dependendo do nível de complexidade e capacidade de resolução dos problemas, poderão investigar, diagnosticar, processar as informações e participar do planejamento das ações de vigilância, inclusive contribuindo com a proposição de medidas de intervenção e de mudança dos ambientes e/ou processos de trabalho”.

#### 2.4 Capacitação como estratégia de consolidação da política de Saúde do Trabalhador no atendimento de Urgência e Emergência no Hospital Regional Dr. Berlamino Correia.

Um aspecto importante que vem sendo discutido pela equipe de profissionais de saúde 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 entre outros assuntos, como programa de capacitação, usando como

estratégia os princípios da educação permanente em saúde que seja incorporado 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 (BRASIL, 2004).

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 em 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)

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.



### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Qualificar os profissionais de Saúde do Hospital Regional Dr. Belarmino Correia, para integrar o sistema de Vigilância a Saúde do Trabalhador de Goiana – PE.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- a) Capacitar os profissionais de saúde que atuam no Hospital Regional Dr. Belarmino Correia para o reconhecimento da relação Saúde-Trabalho;
- b) Contribuir para aprimorar as ações de Vigilância em Saúde do Trabalho em Goiana-PE.

## 4 DIRETRIZES

- a) A saúde do trabalhador é fundamental já que estes enquanto trabalhadores, participam do processo de (re) produção do capital em sua totalidade, pois instaura movimentos de sujeição e manutenção, como de resistência e enfrentamento à forças instituídas.
- b) É necessário considerarmos os aspectos teóricos-metodológicos, éticos-políticos e técnicos-operativos da área de saúde que serão decorrentes de toda conjuntura social, econômica, política e cultural que condiciona ou favorece certas formas de investigação e compreensão da realidade como a intervenção sobre a realidade pensada e investigada. Daí que o caráter propositivo do papel do profissional de saúde para intervir-la estará submetido por todos esses aspectos.
- c) O campo da saúde é um espaço coletivo para intervenção de diversos profissionais, não mais centrado na figura do médico, ficou-se explícita a presença dos profissionais de saúde. Estes profissionais conhecem e avaliam as necessidades e as condições de saúde das pessoas e familiares sendo importantes para prevenção e tratamento da doença.
- d) A saúde do trabalhador está pautada pela justiça social, contra o desemprego, e violência e violação dos direitos sociais, discriminação de qualquer grupo social, respeitando a igualdade humana e consolidando a construção da cidadania através reivindicação e da defesa pública de políticas sociais.

## 5 METAS

As metas a serem alcançadas no Projeto de Intervenção para qualificação de profissionais de saúde em atendimento de acidentes de trabalho no Hospital Belarmino Correia em Goiana – PE:

- a) Realizar um Seminário em duas turmas em abril e maio de 2011 e uma capacitação
- b) Qualificar os 232 (duzentos e trinta e dois) profissionais, sendo: 79 Médicos, 03 Psicólogos, 07 Assistentes social, 42 Enfermeiros, 95 Técnicos de Enfermagem; 04 Recepcionistas e 02 digitadores;
- c) Definir um plano de Educação Permanente junto aos profissionais envolvidos;
- d) Elaborar um relatório final a ser encaminhado ao CEREST.

## 6 ESTRATÉGIAS

Inicialmente o projeto será apresentado ao CEREST-Goiana para sua avaliação.

O instrumento utilizado para o desenvolvimento do projeto um Seminário com duração de oito horas em duas turmas e um curso de capacitação dividido em duas turmas, sendo a primeira para o nível superior e a segunda turma para o nível médio, no qual os profissionais participarão de forma organizada.

A avaliação final será após o GT - Grupo de Trabalhos com discussões e ações construtivas pela equipe, com a provocação de manter a educação permanente pactuada com o CEREST local.

Para estabilizar o CEREST e a política de saúde do trabalhador da região Goiana se faz necessário reorientar essa política através de um programa de capacitação na qual, utilizaremos estratégia dos princípios em saúde do trabalhador que seja incorporado 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.

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.

## 7 PLANO OPERATIVO

### 7.1 Instrumentos para capacitação

Os instrumentos utilizados para o desenvolvimento do projeto será um (01) Seminário e uma Capacitação. Contendo protocolos Ficha de notificação Anamnese; Importância da informação e da comunicação; O primeiro atendimento Alimentação de dados; Sistema de informação; Informar para que? Os resultados de um bom sistema de informação e discussões em grupos para aprofundamento dos teores e contribuição da rotina e fluxo dentro da Unidade Sentinela e de avaliação ao final da capacitação.

### 7.2 Período

O período para a execução das atividades e sua previsão são nos meses de abril a maio de 2011.

### 7.3 Área de estudo

Hospital Belarmino Correia, em Goiana-PE, nas áreas de Urgência e Emergência.

### 7.4 População

A equipe do Hospital Regional Dr. Belarmino Correia da Urgência e Emergência constituída por: Atendente, Assistente Social, Enfermeiro, Auxiliar de

Enfermagem, Médico, Vigilante/Segurança, Digitador Unidade Sentinela.

### 7.5 Conteúdo Programático

O conteúdo programático do **Seminário** de Apresentação da Política de Saúde do Trabalhador será composto dos seguintes temas: Política Nacional de Saúde do Trabalhador; a responsabilidade dos CERESTS; O papel dos Sindicatos na efetivação da Política de Saúde do Trabalhador; Consolidação da Política de Saúde do Trabalhador: A responsabilidade do controle social; Saúde do Trabalhador; o papel do Ministério Público; Acolhimento e Humanização.

### 7.6 Programa do Seminário para Equipe de Emergência/Urgência do Hospital Belarmino Correia

HORÁRIOS		DESCRIÇÃO
08:00	08:15	Abertura
08:15	09:00	PNST
09:00	09:50	Processo de Regionalização da ST em PE
09:50	10:10	Intervalo
10:10	10:40	Missão da Unidade Sentinela em ST
10:40	11:00	Processo Saúde/Doença/Trabalho
11:00	12:00	Agravo Relacionados a ST
12:00	13:00	Almoço
13:00	14:00	SINAN/ Portaria 777
14:00	14:30	Acolhimento e Classificação Risco
14:30	14:45	Intervalo
14:45	15:45	Implementar fluxo Acidentado e a Ficha de Notificação da Unidade Sentinela em ST
15:45	17:00	Formação do GT para discussão

### 7.7 Programa da Capacitação para Equipe de Emergência/Urgência do Hospital Regional Dr. Belarmino Correia

O conteúdo programático da Capacitação

**1º Módulo - Históricos e conceitos de processo de trabalho, saúde e doença:**

Conceito de trabalho; Princípios da Política Nacional de Promoção de Saúde do Trabalhador; Função do CEREST; Definição da Rede Sentinela em Saúde do Trabalhador no âmbito do Município, Função do CEREST; Procedimentos de medicina do trabalho; Saúde ocupacional; Saúde do trabalhador; Processo de saúde e doença; Processo de doenças e mortes do trabalhador e conceitos de riscos e cargas de trabalho.

**2º Módulo: Estrutura de normas constitucionais da Saúde do Trabalhador:**

Constituição Federal, 1988; Lei 8080/90; Lei 8142/91; Código Sanitário do Estado de Pernambuco; Lei Orgânica do Município de Goiana; Conceitos: acidente, doença do trabalho, doença relacionada ao trabalho; Direito à saúde do trabalhador; Controle Social; 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, Portaria 0091. Portaria nº 2.728 de 11 de 2009.

**3º - Módulo - Instrumentos e protocolos utilizados para a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador:**

Apontar os principais agravos à saúde do trabalhador na região; monitorar seu trabalho e o que você elabora; ensinar sobre os princípios e fluxos dos Sistemas de Informações do SUS; instruir sobre a utilização de Sistemas de Informações para subsidiar as ações de atenção à saúde do trabalhador; Anamnese; Protocolos e instrumentos para a notificação dos agravos em saúde do trabalhador; Sistema de informação em saúde do trabalhador: SINAN – NET.

*7.7.1 1º Módulo para Capacitação do Nível Superior / Médio*

**1º dia**

HORÁRIOS		DESCRIÇÃO
08:00	08:15	<b>Abertura</b>
08:15	09:00	Históricos e conceitos de processo de trabalho da saúde e doença.
09:00	09:50	Princípios da Política Nacional de Promoção de Saúde do Trabalhador.
09:50	10:10	<b>Intervalo</b>



10:10	10:40	Função do CEREST.
10:40	11:00	Erradicação do trabalho infantil
11:00	12:00	Processo de regionalização
<b>12:00</b>	<b>13:00</b>	<b>Almoço</b>
13:00	14:00	Definição da Rede Sentinela em Saúde do Trabalhador no âmbito do Município.
14:00	14:30	Dinâmica de grupo
<b>14:30</b>	<b>14:45</b>	<b>Intervalo</b>
14:45	15:45	Saúde ocupacional.
15:45	17:00	Saúde do trabalhador.

## 2º Módulo para Capacitação do Nível Superior / Médio

### 2º Dia

HORÁRIOS		DESCRIÇÃO
<b>08:00</b>	<b>08:15</b>	<b>Abertura</b>
08:15	09:00	Processo de saúde e doença.
09:00	09:50	Mortes do trabalhador e conceitos de riscos e cargas de trabalho.
<b>09:50</b>	<b>10:10</b>	<b>Intervalo</b>
10:10	10:40	Estrutura de normas constitucionais da Saúde do Trabalhador
10:40	11:00	Constituição Federal de 1988 As respectivas Leis 8080/90; Lei 8142/91;
11:00	12:00	Código Sanitário do Estado de Pernambuco.
<b>12:00</b>	<b>13:00</b>	<b>Almoço</b>
13:00	14:00	As vigilâncias: Epidemiológica, Ambiental e sanitárias
14:00	14:30	Conceitos de acidentes
<b>14:30</b>	<b>14:45</b>	<b>Intervalo</b>
14:45	15:45	Direitos previdenciários e acidentários
15:45	17:00	Controle social

## 2º Módulo para Capacitação do Nível Superior / Médio

### 3º Dia

HORÁRIOS		DESCRIÇÃO
<b>08:00</b>	<b>08:15</b>	<b>Abertura</b>
08:15	09:00	doença do trabalho e doença relacionada ao trabalho;
09:00	09:50	Direito à saúde do trabalhador;
<b>09:50</b>	<b>10:10</b>	<b>Intervalo</b>
10:10	10:40	Classificação de risco
10:40	11:00	Humanização
11:00	12:00	Controle Social; Direitos previdenciários e acidentários;
<b>12:00</b>	<b>13:00</b>	<b>Almoço</b>
13:00	14:00	Comunicação de Acidente de Trabalho - CAT;
14:00	14:30	Portarias da RENAST: 3120/1998; 2437/2005; 777/04;
<b>14:30</b>	<b>14:45</b>	<b>Intervalo</b>
14:45	15:45	Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho e outras,
15:45	17:00	As Portarias 0091. Portaria nº 2.728 de 11 de 2009.

## 3º Módulo para Capacitação do Nível Superior / Médio

### 4º Dia

HORÁRIOS		DESCRIÇÃO
<b>08:00</b>	<b>08:15</b>	<b>Abertura</b>
08:15	09:00	Instrumentos e protocolos utilizados para a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador.
09:00	09:50	Os principais agravos à saúde do trabalhador na região;
<b>09:50</b>	<b>10:10</b>	<b>Intervalo</b>

10:10	10:40	O trabalho e a sua elaboração;
10:40	11:00	Dinâmica de Grupo
11:00	12:00	Os princípios e fluxos dos Sistemas de Informações do SUS;
<b>12:00</b>	<b>13:00</b>	<b>Almoço</b>
13:00	14:00	Sistemas de Informações para subsidiar as ações de atenção à saúde do trabalhador;
14:00	14:30	Problematização e resolução de casos;
<b>14:30</b>	<b>14:45</b>	<b>Intervalo</b>
14:45	15:15	Relação denexo causal
15:15	17:00	Doenças e trabalho

### 3º Módulo para Capacitação do Nível Superior / Médio 5º Dia

HORÁRIOS		DESCRIÇÃO
<b>08:00</b>	<b>08:15</b>	<b>Abertura</b>
08:15	09:00	Abordagem multiprofissional e interdisciplinar na atenção a Saúde do Trabalhador;
09:00	09:50	O papel dos profissionais de saúde na Atenção à Saúde do Trabalhador
<b>09:50</b>	<b>10:10</b>	<b>Intervalo</b>
10:10	10:40	Assédio Moral
10:40	11:00	Dinâmica de Grupo
11:00	12:00	Anamnese
<b>12:00</b>	<b>13:00</b>	<b>Almoço</b>
13:00	14:00	SINAN – NET 1ª parte
14:00	14:30	SINAN – NET 2ª parte
<b>14:30</b>	<b>14:45</b>	<b>Intervalo</b>
14:45	15:15	Procedimento da Medicina do trabalho
15:15	17:00	Grupo de Trabalho

Conteúdo Programático da **Capacitação** terá análise do relatório preliminar e elaboração do relatório final.

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 e da bibliografia que orienta esse projeto.

#### 7.8 Local do Evento

Cine/Teatro Polyteama de Goiana – PE. , situado na Av. Marechal Deodoro

da Fonseca S/N – Centro - Goiana – PE.

## 8 ASPECTOS OPERACIONAIS

### 8.1 Cronograma de atividades SEMINÁRIO / CAPACITAÇÃO

ATIVIDADES	PREVISÃO DE EXECUÇÃO
1) Apresentação do Projeto	abril/2011
2) Realização do 1º Seminário	abril/2011
3) Síntese e avaliação dos Seminários	abril/2011
4) Realização do 2º Seminário	maio/2011
5) Avaliação do 2º Seminário	maio/2011
6) Elaboração e Apresentação do Relatório conclusivo	maio/2011
7) Avaliações dos dois Seminários	maio/2011

### 8.2 Recursos Humanos

Equipe Multiprofissional do CEREST – Goiana

### 8.3 Orçamento para o Seminário

Item	Vr Unitário	Quantidade	Vr Total
Apostilas	7,30	232	1.693,60
Canetas	0,70	232	162,40
Pastas	1,20	232	278,40
Xérox	1,45	232	336,40
Crachá	1,35	232	313,20
Almoço	12,00	232	2.784,00

Água mineral	3,00	22	66,00
Copo descartável	2,40	5	12,00
Coffee Break	3,70	232	858,40
<b>TOTAL</b>			<b>6.504,40</b>

#### 8.4 Orçamento para a Capacitação

Item	Vr Unitário	Quantidade	Vr Total
Apostilas	7,30	232	1.693,60
Canetas	0,70	232	162,40
Pastas	1,20	232	278,40
Xérox	1,45	232	336,40
Crachá	1,35	232	313,20
Almoço	12,00	1.160	13.920,00
Água mineral	3,00	110	330,00
Copo descartável	2,40	25	50,00
Coffee Break	3,70	1.160	4.292,00
<b>TOTAL</b>			<b>21.376,00</b>

#### 8.5 Fonte de Financiamento

As despesas para a concretização deste estudo será custeada pela CEREST.

Considerando a Portaria N° 204/GM, de 29 de janeiro de 2007, que regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e serviços de saúde na forma de blocos de financiamento e o respectivo monitoramento e controle;

Art. 2º Os Municípios Sentinela serão definidos a partir de dados epidemiológicos, previdenciários e econômicos, que indiquem fatores de riscos

significativos à saúde do trabalhador, oriundos de processos de trabalho em seus territórios.

Art. 7º O CEREST tem por função dar subsídio técnico para o SUS, nas ações de promoção, prevenção, vigilância, diagnóstico, tratamento e reabilitação em saúde dos trabalhadores urbanos e rurais.

Art. 11 Classificar os CERESTs a serem habilitados, segundo os valores de manutenção abaixo:

I - municipais e regionais, sob gestão estadual ou municipal, R\$ 30.000,00 (trinta mil reais) mensais.

## 9 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 humanizada, visando a qualificação dos profissionais de saúde no atendimento de acidentes de trabalho no Hospital Belarmino Correia na Urgência e Emergência.

Com a execução desta proposta espera-se que a Política de Saúde do trabalhador seja implantada, 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; e o fortalecimento do controle social com a implantação das CIST municipais.

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 – Goiana.

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.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, E. C. S.; VENDÚSCOLO, D.M.S.; MESTRINER JÚNIOR, W. A. conformação da odontologia enquanto profissão: uma revisão bibliográfica. **Revista Brasileira de Odontologia**, Rio de Janeiro: v. 59, n. 6, p. 370-373, nov./dez. 2002.

BERLINGUER, G. **A saúde nas fábricas**. São Paulo: Hucitec, 1983.

BORDENAVE, Juan Diaz; PEREIRA, Adair Martins. **Estratégias de ensino-aprendizagem**. 14. ed. Petrópolis: Vozes, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho** (Portaria No. 1.339/GM, de 18 de novembro de 1999). (Série F Comunicação e Educação em Saúde, no. 19) Brasília, DF. Saúde, 2001.

FUNDACENTRO. **Segurança e Medicina do Trabalho**. São Paulo, 2000.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Saúde do Trabalhador para o SUS**. Brasília, DF, 2004.

\_\_\_\_\_. **Programa de qualificação e estruturação da gestão do trabalho e da educação e da educação no SUS – ProgeSUS**. Brasília, DF, 2006.

\_\_\_\_\_. **Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador- Manual de Gestão e Gerenciamento**. Brasília. DF, 2006.

BRINDER, M. C. P.; CORDEIRO, R. Sub – Registro de Acidente do Trabalho em Butucatu – SP. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 4, p.409-416, 2003.

BUSS, P. et al. **Promoção da saúde e a saúde pública**. Rio de Janeiro: Abrasco, 1998.

COELHO, Fábio Alexandre; ASSAD, Luciana Maria; COELHO, Vinícius Alexandre. **Manual de Direito Previdenciário: Benefícios**. São Paulo: Juarez de Oliveira, 2006.

DAVINI, M. C.; NERVI, L.; ROSCHKE, M. A. **Capacitação de pessoal dos serviços de Saúde: projetos relacionados com os processos e reforma setorial**. DF: OPAS, 2002 (Série Observatório Recursos Humanos em Saúde).



DIAS, E.C. **Atenção à saúde dos trabalhadores no setor de saúde (SUS), no Brasil:** realidade, fantasia ou utopia? 1994. Doutorado (Departamento de Medicina Preventiva e Social) – Faculdade de Ciências Médicas/Unicamp, Campinas, 1994.

DIAS, E.C.; HOEFEL, M.G. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n. 4, p. 817-827, out./dez. 2005.

HENNINGTON, E. A.; MONTEIRO, M. O perfil epidemiológico dos acidentes de trabalho no Vale dos Sinos e o sistema de vigilância em saúde do trabalhador. **Historia, Ciências e Saúde** – Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 865-876, out./dez. 2006.

HOEFEL, M.G.; DIAS, E.C.; SILVA, J.M. **A atenção à saúde do trabalhador no SUS:** a proposta de constituição da RENAST. Brasília, 2005. Disponível em: <<http://www.3cnst@saude.gov.br>>. Acesso em: 22 abr. 2010.

MAENO, M.; DO CARMO, J. C. **Saúde do trabalhador no SUS.** São Paulo: Hucitec, 2005.

MENDES, R. et al. **Máquinas e Acidentes de Trabalho.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003. (Coleção Previdência Social; v. 13).

MIDORIKAWA, E. T. **A Odontologia em saúde do trabalhador como uma nova especialidade profissional:** definição do campo de atuação e funções do cirurgião-dentista na equipe de saúde do trabalhador. 2000. Dissertação (Mestrado em Odontologia) Faculdade de Odontologia da Universidade São Paulo, São Paulo, 2000.

MONTEIRO, Antônio Lopes. BERTAGNI, Roberto Fleury de Souza. **Acidentes do Trabalho e Doenças Ocupacionais:** Conceito, Processos de Conhecimento e de Execução e suas Questões Polêmicas. 2. ed. rev. e atual. São Paulo: Saraiva, 2000.

ODDONE, I. et al. **Ambiente de trabalho:** a luta dos trabalhadores pela saúde. São Paulo: Hucitec, 1986.

OLIVEIRA, José. **Acidentes do trabalho.** São Paulo: Saraiva, 2002.

PIZA, Fábio de Toledo. **Informações básicas sobre a saúde e segurança no trabalho.** São Paulo: CIPA, 2002.

ROSCHKE, M.A; BRITO, P.; PALACIOS, M. A. **Gestão de projetos de educação permanente nos serviços de Saúde:** manual do educador. São Paulo: OPAS/OMS, 2002. (Série Paltex, n. 44).