

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ – UFPR  
SETOR DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS  
PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO PÚBLICA EM SAÚDE**

**JANAINA MARIELEN BANDEIRA**

**PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA EM SAÚDE DO TRABALHADOR  
NO MUNICÍPIO DE COLOMBO/ PR**

**Curitiba  
2011**

**JANAINA MARIELEN BANDEIRA**

**PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA EM SAÚDE DO TRABALHADOR  
NO MUNICÍPIO DE COLOMBO/ PR**

Projeto Técnico apresentado como requisito parcial à obtenção do grau de especialista no Curso de Especialização em Gestão em Saúde, Departamento de Administração Geral e Aplicada, Setor de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Ms. Sandra Mara

**Curitiba  
2011**

**“Mais do que máquinas precisamos de humanidade.  
Mais do que inteligência precisamos de afeição e doçura.”**

*(Charles Chaplin)*

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	4
<b>2 OBJETIVO</b>	6
2.1 OBJETIVO GERAL	6
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	6
<b>3 REVISÃO TEÓRICO EMPÍRICA</b>	7
3.1 ARCABOUÇO JURÍDICO INSTITUCIONAL	10
3.1.1 Atuação do Ministério da Saúde e do SUS	10
3.1.2 Atuação do Ministério da Previdência e Assistência social	11
3.1.3 Atuação do Ministério do Trabalho e Emprego	12
3.1.4 Atuação dos Ministérios do Meio ambiente e Desenvolvimento Social	13
3.2 ESTRATÉGIA DO RENAST	13
<b>4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS</b>	15
<b>5 CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO</b>	16
<b>6 PROPOSTA</b>	20
6.1 PLANO DE AÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA	22
6.1.1 Vigilância em Saúde	23
6.1.2 Assistência a Saúde	24
6.1.3 Sistema de Informação	24
6.1.4 Atividades Educativas	25
6.1.5 Controle Social	25
6.1.4 Produção do Conhecimento	25
6.1 RECURSOS	26
6.2 RESULTADOS ESPERADOS	26
6.3 RISCOS E MEDIDAS CORRETIVAS	26
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	27
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	28

## 1 INTRODUÇÃO

Dentre as aspirações mais acalentadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) está a perspectiva de intervenção sobre as causas dos problemas de saúde que afetam a população em territórios determinados. Nesta concepção de saúde, as doenças não são compreendidas apenas na sua dimensão individual, mas, sobretudo na perspectiva coletiva (compreendidas como decorrentes das condições concretas de vida e de trabalho das pessoas). Este modo de ver o processo de adoecimento impõe aos gestores dos vários níveis de atenção uma visão aguçada sobre as situações de risco social, ocupacional e ambiental que possam gerar agravos à saúde da população adstrita. (MARCONATO, 2009).

O SUS ainda não incorporou, de forma efetiva, em suas concepções, paradigmas e ações, o papel do “trabalho” na determinação do processo saúde-doença dos trabalhadores envolvidos nas atividades produtivas, da população em geral e nos impactos ambientais que essas atividades produzem. (HOEFEL, DIAS & SILVA, 2005).

O Acidente do Trabalho e as Doenças do Trabalho, simplesmente inexistentes para os Serviços de Vigilância em Saúde, incidem uma preocupação com o aumento das lesões por causa externa, tão alardeada atualmente, mas sem a conexão desses traumas com a atividade laboral desenvolvida pelo indivíduo na hora do trauma. Será que tantos casos, escondidos sob a denominação genérica não ocultam a dura realidade do mundo do trabalho em nosso país? (OLIVEIRA & MENDES, 1997).

Os acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, na Previdência Social, são regidos pela Lei 8.213, de 24/07/1991, que estabelece que *“acidente do trabalho é o que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa ou pelo exercício do trabalho dos segurados referidos no inciso VII do art.11 desta Lei, provocando lesão corporal ou perturbação funcional, que cause a morte ou a perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho”* (art. 19).

Também são considerados acidentes do trabalho a doença profissional, a doença do trabalho e o acidente ligado ao trabalho que, embora não tenha sido a causa única, haja contribuído diretamente para a morte do segurado. Os acidentes de trabalho

constituem o maior agravo à saúde dos trabalhadores, tornando-se hoje objeto indiscutível em Saúde Pública e nas Políticas Públicas direcionadas ao SUS, com ênfase na prevenção dos agravos à saúde dos trabalhadores. (BRASIL, 1991).

Atualmente a maior parte informações sobre os acidentes de trabalho no Brasil vem do registro de concessão de benefícios da Previdência Social, mas o dado é falho, pois inclui somente o universo dos trabalhadores com carteira assinada, que representa menos de um terço da população economicamente ativa do país.

Com relação a esta temática, o município de Colombo-PR está em processo de estruturação e organização da Vigilância em Saúde do Trabalhador. As ações desenvolvidas neste âmbito são somente a investigação dos casos de óbitos relacionados ao trabalho devido à obrigatoriedade exigida pelo Comitê de Investigação de Óbitos e Amputações do Estado do Paraná. O Serviço de Vigilância Epidemiológica investiga os óbitos e posteriormente o serviço de Vigilância Sanitária. Inspecciona os locais das notificações.

Diante do exposto, este Projeto Técnico visa propor diretrizes para implementação do Programa em Saúde do Trabalhador no Município de Colombo-PR, tendo-se em vista que o diagnóstico da Saúde do Trabalhador, a caracterização dos acidentes de trabalho, bem como o fluxo de atendimento é imprescindível ao papel do gestor de saúde, uma vez que possibilita a criação de indicadores de saúde que subsidiam o processo de tomada de decisões acerca das propostas a serem implementadas nesta esfera, ações de prevenção em saúde que diminuam o ônus social. Também permite reflexão sobre a importância da Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS haja vista que o ambiente, as condições e a organização do trabalho cumprem papel importante no processo saúde/ doença.

## **2 OBJETIVO**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Propor diretrizes para a implantação do Programa em Saúde do Trabalhador no Município de Colombo/ PR.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Realizar revisão-teórica sobre a temática Saúde do Trabalhador;
- Diagnosticar a realidade local de saúde.

### 3 REVISÃO TEÓRICO EMPÍRICA

Pode-se dizer que a organização de uma atenção diferenciada à saúde do trabalhador surge, no mundo ocidental, no século XVIII, na Inglaterra, em decorrência do processo de Revolução Industrial. Pressionados pelos prejuízos econômicos, decorrentes dos altos índices de acidentes e adoecimentos 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. A recomendação de Baker, médico inglês, reflete a prática nascente da medicina do trabalho, em 1883:

...”Coloque no interior da sua fábrica o seu próprio médico que servirá de intermediário entre você, os seus trabalhadores e o público. Deixe-o visitar a fábrica, sala por sala, sempre que existam pessoas trabalhando, de maneira que ele possa verificar o efeito do trabalho sobre as pessoas. E se ele verificar que qualquer dos trabalhadores está sofrendo a influência de causas que possam ser prevenidas, a ele competirá tal prevenção. Dessa forma você poderá dizer: meu médico é a minha defesa, pois a ele dei toda a minha autoridade no que diz respeito à proteção da saúde e das condições físicas dos meus operários; se um deles vier a sofrer qualquer alteração da saúde, o médico deverá ser responsabilizado”. (MENDES & DIAS, 1991).

No Brasil, nos tempos da Colônia ou do Império as normas que disciplinavam o tratamento dos escravos, o que podiam ou não fazer, a proteção à maternidade, a ração alimentar mínima que deveriam receber, ou as alternativas de assistência médica que lhes eram dispensadas podem ser consideradas Políticas de Saúde e Segurança no Trabalho dessa época. (DIAS, 2008).

No início do século XX com a formação da classe operária brasileira, os movimentos reivindicatórios organizados nas duas primeiras décadas, sobretudo as greves de 1917, apontavam para a necessidade de uma abordagem coletiva que atuasse sobre as condições e processo de trabalho. Apesar de algumas conquistas



estes movimentos forma reprimidos e sufocados pela política de cooptação e controle do Estado Novo, em 1930, em sintonia com os interesses do empresariado vinculado à industrialização nascente, para o controle da preservação da mão de obra e garantia da produtividade, por meio da domesticação do trabalhador e disciplinarização dos espaços fabris. Desse confronto de forças, resultou uma política explícita de saúde e segurança no trabalho, traduzida, entre outros instrumentos, em legislação especial, como a Lei de Acidente de Trabalho de 1919, a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensão, do Ministério do Trabalho e na Consolidação das Leis de Trabalho (CLT). (DIAS, 2008).

A Saúde do Trabalhador reflete uma resposta institucional aos movimentos sociais que, entre a metade dos anos 70 e os anos 90, reivindicavam que as questões de saúde relacionadas ao trabalho fizessem parte do direito universal à saúde, incluídas no escopo da Saúde Pública. Entre os fatores que contribuíram para a institucionalização da Saúde do Trabalhador no âmbito do SUS temos o movimento de oposição sindical dos anos 70 e 80, o movimento da Reforma Sanitária, os movimentos pelas Diretas e pela Assembléia Nacional Constituinte e a promulgação da “Constituição Cidadã” em 1988, com a conquista do direito universal à saúde e o advento do SUS. (BRASIL, 2006).

Dessa forma, a configuração da Saúde do Trabalhador se dá diretamente no âmbito do direito à saúde, previsto como competência do SUS. As políticas de saúde do trabalhador têm dimensões sociais e técnicas indissociáveis, apresentando interface com o sistema produtivo, a formação e o preparo da força de trabalho, as questões ambientais e a seguridade social. Neste sentido, as questões de saúde e segurança são transversais às políticas Econômica e de Desenvolvimento, de Indústria e Comércio, Agricultura, Ciência e Tecnologia, Educação e Justiça, entre outras, além das tradicionalmente consideradas na esfera da Saúde, Trabalho, Previdência Social e Meio Ambiente. Devem ser articuladas às estruturas organizadas da sociedade civil, por meio de mecanismos de participação, de modo a possibilitar a negociação e a garantia de condições de trabalho digna, segura e saudáveis para todos os trabalhadores. (DIAS, 2008).

A Vigilância à Saúde do Trabalhador foi regulamentada através da Lei Orgânica da Saúde (LOS) 8080 de 1990, que considerou o trabalho como importante fator determinante/ condicionante da saúde. O artigo 6º da LOS determina que a realização das ações de saúde do trabalhador siga os princípios gerais do SUS e recomenda, especificamente, a assistência ao trabalhador.

Entretanto, a organização compartimentalizada do SUS vem dificultando a implementação de uma atenção integral e integrada aos trabalhadores. Ao longo desses anos, a Saúde do Trabalhador tem estado ora na Estrutura da Vigilância, ora na Assistência ou em outras instâncias administrativas, dependendo da forma institucional vigente. A pouca clareza e mesmo concorrência de atribuições referentes a vigilância e fiscalização dos ambientes e condições de trabalho, entre o Ministério do Trabalho e o SUS é outra dificuldade importante. A II Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (1994) foi um importante momento de mobilização técnica e política e palco de acirrada disputa quanto aos espaços de atuação dos Ministérios de Trabalho e da Saúde. (BRASIL, 2002).

Segundo a portaria 3120 de 1998 o conceito de Vigilância em Saúde do Trabalhador compreende:

... “uma atuação contínua e sistemática, ao longo do tempo, no sentido de detectar, conhecer, pesquisar e analisar os fatores determinantes e condicionantes dos agravos à saúde relacionados aos processos e ambientes de trabalho, em seus aspectos tecnológico, social, organizacional e epidemiológico, com a finalidade de planejar, executar e avaliar intervenções sobre esses aspectos, de forma a eliminá-los ou controlá-los.”

A importância do tema saúde e segurança ocupacional decorrem do fato de estudos mostrarem que no Brasil ocorre cerca de 1 morte a cada 3 horas motivadas pelo risco decorrente dos fatores ambientais do trabalho e ainda cerca de 10 acidentes ocorrem a cada 15 minutos da jornada diária. (MARCONATO, 2009).

Há evidências de que a maioria das vítimas de acidentes ocupacionais é tratada pelo SUS, sendo que este quantitativo não pode ser avaliado atualmente, haja vista que somente uma pequena parte de atendimentos é registrada nos serviços de saúde como fruto de acidente de trabalho, seja por desinformação dos acidentados ou dos

profissionais que tratam deles. A estimativa é de que a subnotificação dos acidentes de trabalho nos serviços de saúde que chegue a 95% no país, ou seja, só 5% dos casos são registrados como tal. (BRASIL, 2006).

A abordagem em Saúde do Trabalhador consiste na promoção de cuidados e proteção em seu local de trabalho, possibilitando minimizar riscos a que estão expostos, fazendo com que participem do seu processo de saúde, objetivando diminuir riscos ocupacionais. (NOGUEIRA, 1983).

As leis orgânicas foram se atualizando e resultaram em exigências legais transformadas em portarias, leis e decretos que foram se modificando e se alterando com o objetivo de adequar a saúde do trabalhador ao ambiente laboral. Nos próximos parágrafos discorreremos a respeito dos termos legais do processo de estruturação das Políticas em Saúde do Trabalhador.

### 3.1 ARCABOUÇO JURÍDICO INSTITUCIONAL

#### 3.1.1 Atuação do Ministério da Saúde e do SUS

O movimento de Saúde do Trabalhador apresentou expressão social na década de 80, contribuindo para que as ações relacionadas a esta temática fossem inscritas como atribuições do SUS, na Constituição de 1988 e na LOS 8.080.

A primeira proposta de um Plano de Saúde do Trabalhador foi apresentada em 1991. Esta preconizava a organização das ações em Centros de Referência em Saúde do Trabalhador como alternativa para potencializar os escassos recursos disponíveis, facilitar o diálogo com o movimento social e capacitar profissionais para desenvolver as ações propostas. (BRASIL, 2001). Foram elaboradas normas, protocolos e diretrizes como a Norma Operacional em Saúde do Trabalhador (NOST), a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho e o Manual de Procedimentos e a Proposta de Política Nacional de Saúde do Trabalhador, em 2001.

A criação da Lista de Doenças relacionadas ao trabalho propicia uma padronização universal e facilita a sua utilização para realização de vigilância, “eventos sentinela” e incorporação de indicadores de saúde dos trabalhadores em banco de dados de morbimortalidade. Esta lista também foi adotada pela Previdência Social para caracterização dos acidentes de trabalho e acesso ao seguro. (BRASIL, 1999).

O Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde abrange conceitos, aspectos, de epidemiologia, quadro clínico, diagnóstico, prevenção e tratamento.

### 3.1.2 Atuação do Ministério da Previdência e Assistência Social

As primeiras leis implementadas referem-se às Leis de Acidentes e Trabalhos de 1919 e a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (Lei Eloy Chaves, 1923). Estas representaram uma conquista de diversos setores inseridos nas atividades econômicas mais organizadas, como ferroviários e portuários.

O Decreto-Lei 3.724/1919 contemplou a história, o papel social, administração, gestão e financiamento e proposta de medidas corretivas para a Previdência Social se crise.

As mudanças ocorridas na legislação do seguro de acidentes de trabalho refletem a correlação de forças entre os interesses daqueles que controlam as atividades produtivas e dos trabalhadores organizados, mediados pela intervenção do Estado. (DIAS, 2008).

A Constituição Federal (CF), em seus artigos 201 e 202, estabelecem as diretrizes para a cobertura dos casos de doença, invalidez e morte com garantia de sustento dos dependentes dos indivíduos de baixa renda, proteção da maternidade e ao trabalhador em situação de desemprego involuntário e a pensão por viuvez.

As Leis 8.212/1991 e 8.213/1991 disciplinam o acesso do trabalhador a Previdência social e dá outras providências complementadas pelo Decreto 3.048 de 1999, que discorre sobre a caracterização dos acidentes de trabalho e procedimentos decorrentes para a concessão do seguro.

Na Previdência Social, as questões referentes à Saúde e Segurança dos Trabalhadores estão sob responsabilidade pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), que é uma seguradora cujo bem segurado é a capacidade laborativa. A mesma está encarregada do pagamento dos benefícios concedidos a partir de laudos periciais e procedimentos de reabilitação visando a re-inserção no trabalho. (DIAS, 2008).

Quando acontece um acidente relacionado ao trabalho ou doença profissional deverá ser comunicado o INSS, pelo empregador, serviço de saúde ou próprio trabalhador, família ou sindicato por meio da Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT).

Outra importante legislação da Previdência Social, prevista no artigo 120 da Lei 8.213/1991, é a proposição de ação regressiva contra o empregador, nos casos de negligência quanto às normas e padrões de Segurança e Higiene do Trabalho, indicados para a proteção individual e coletiva. (BRASIL, 1991).

### 3.1.3 Atuação do Ministério do Trabalho e Emprego

A CF (1988) atribui ao Ministério do Trabalho e Emprego a inspeção do trabalho em todo o território nacional. Para tanto se baseia em dispositivos legais, nas Convenções Internacionais ratificadas pelo Brasil e em atos normativos específicos.

A Legislação Trabalhista vigente, em particular a Consolidação das Leis de Trabalho (CLT), promulgada em 1930, disciplina as relações de trabalho, como o registro do contrato do trabalho, jornada, remuneração, férias, trabalho da mulher e menor e condições de Segurança e Medicina no Trabalho. As prescrições contidas no capítulo V da CLT são complementadas pelas Normas Regulamentadoras (NR) aprovadas pela Portaria 3.214/1978 e suas modificações posteriores e as Normas Regulamentadoras Rurais (NRR), constituindo a referência básica para a inspeção dos ambientes e condições de trabalho. (ATLAS, 2001).

### 3.1.4 Atuação dos Ministérios do Meio Ambiente e do Desenvolvimento Social

As discussões sobre a proposta do Desenvolvimento Sustentável e as críticas ao modelo de desenvolvimento puramente econômico e seus impactos sobre as condições de vida, saúde, doença e sobre o ambiente têm crescido no Brasil aparecendo como eixos na agenda da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (2005) e na 13ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2007.

A criação do Ministério de Desenvolvimento Social (2004), representou um orçamento significativo para a proteção social. Entre as ações desenvolvidas estão Programas de Transferência de Renda (Bolsa Família), segurança alimentar e inclusão social pelo trabalho.

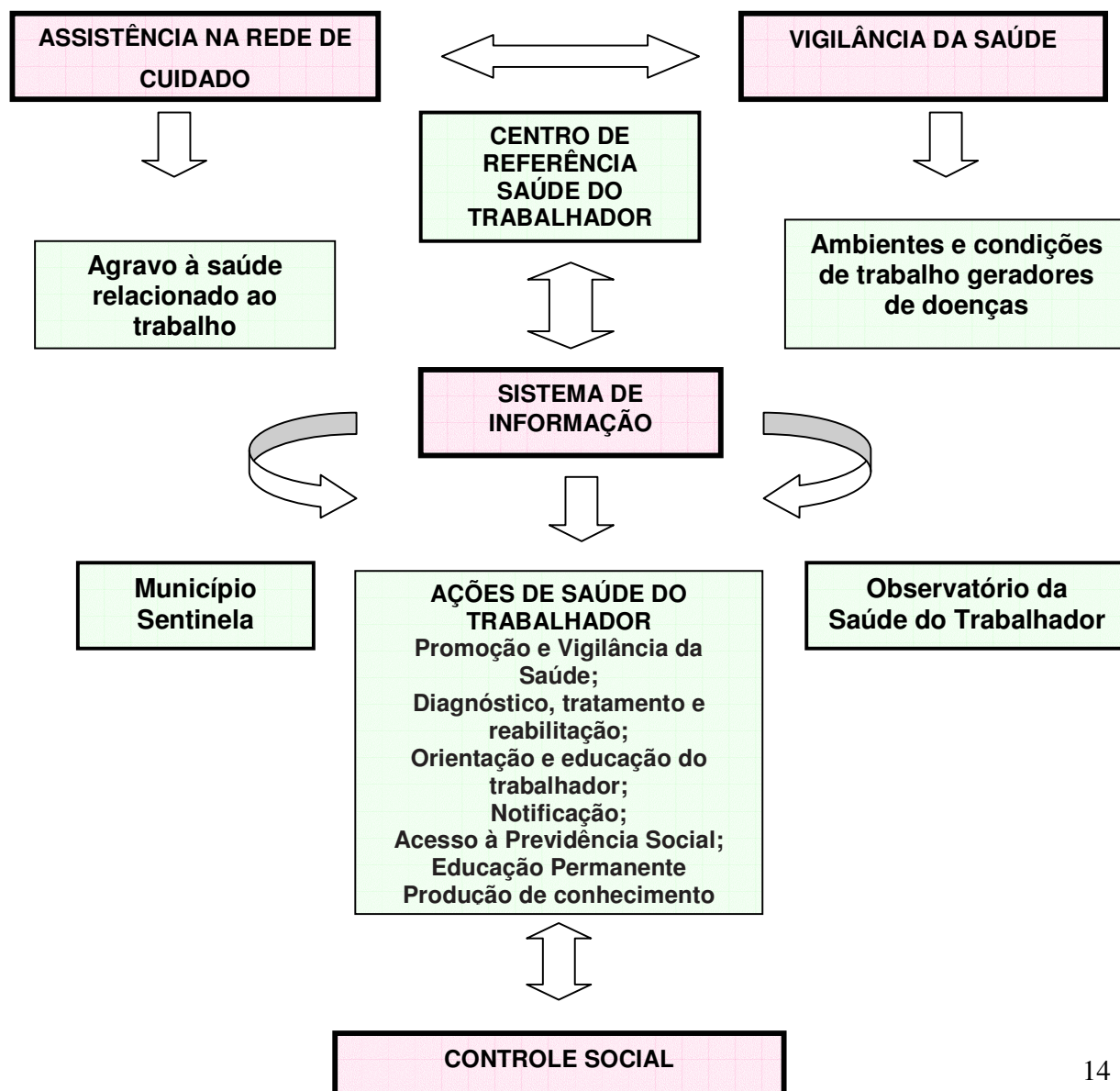
### 3.2 ESTRATÉGIA DA REDE NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO TRABALHADOR (RENAST)

A criação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) foi instituída através da Portaria 1.679/GM de 19 de setembro de 2002, posteriormente revisada e ampliada pela Portaria 2.437/GM de 07 de dezembro de 2005, a partir da necessidade de articulação, no âmbito do SUS, de ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde dos trabalhadores urbanos e rurais independente de vínculo empregatício e tipo de inserção no mercado de trabalho. Esta faz parte de um esforço para a construção de uma política efetiva para a área de saúde do trabalhador e representa atualmente a principal estratégia adotada pela Área Técnica de Saúde do Trabalhador do Ministério para consolidar a institucionalização e fortalecer a Saúde do Trabalhador na rede SUS.

A RENAST está organizada a partir de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, distribuídos de forma regionalizada, assim as ações passam a ser assumidas por toda a rede de serviços, Unidades Básicas de Saúde, Ambulatórios, Pronto-Socorros, e

Hospitais de Média e Alta Complexidade. Configura-se como um avanço, na medida em que se propõe a ser instrumento de gestão para a introdução das ações de Saúde do Trabalhador em todos os níveis de atenção do SUS (básico, especializado e hospitalar). Esta proposta atende a reivindicações antigas, como reconhecimento das unidades que prestam atendimento à saúde do trabalhador, bem como financiamento para os municípios que atuam neste sentido. Em seu arcabouço teórico a RENAST é uma rede nacional de informação e práticas de saúde, organizada com o propósito de programar ações assistenciais, de vigilância e de promoção da saúde, no SUS, na perspectiva da Saúde do Trabalhador. (BRASIL, 2006).

O esquema apresentado abaixo resume o modelo de atenção da RENAST.



#### 4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de um Projeto de Intervenção quali-quantitativo de abordagem exploratória-descritiva.

A pesquisa exploratória proporciona maior familiaridade com o problema com vistas a torná-lo explícito ou a construir hipóteses. Envolve levantamento bibliográfico; entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado; análise de exemplos que estimulem a compreensão. (GIL, 1996).

Para Gil (1996) a pesquisa descritiva visa descrever as características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis.

No primeiro momento foi realizado contato com a coordenadora do departamento da Vigilância Epidemiológica do Município a respeito da proposta de projeto técnico, com afinidade e aceitação pela mesma. Esta nos discorreu sobre as ações em Saúde do Trabalhador desenvolvidas.

No segundo momento foi realizado levantamento bibliográfico sobre a temática em base de dados como a *SciELO*, *Bireme* e *Lilacs* com vistas ao embasamento teórico do trabalho.

Os dados para caracterização do diagnóstico do município foram coletados em fontes secundárias em banco de dados *online* governamentais como: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (IPARDES), Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), Sistema Nacional de Mortalidade (SINAM), Previdência Social e endereços eletrônicos da prefeitura municipal.



## 5 CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO

A história do município de Colombo nos remete aos anos de 1877 quando um grupo de imigrantes italianos chefiados por um padre parte da Itália rumo ao Paraná. A princípio, se estabeleceram nas terras de Morretes e mais tarde se evadiram em direção as Curitiba, ocupando uma região localizada a 23 quilômetros da mesma, denominada na época de “Colônia Alfredo Chaves”. (COLOMBO, 2011).

Quando da chegada dos imigrantes, implantaram-se sistemas ligados ao autoconsumo e venda de excedentes para Curitiba. Além da exploração da madeira e da erva-mate, as parreiras de uva, o milho, o feijão, o gado, as aves e os suínos, em diferentes combinações, fizeram parte dos primeiros sistemas de produção destes agricultores. Eram comuns os sistemas agroflorestais combinando pasto e culturas de subsistência, ao lado da viticultura. (COLOMBO, 2011).

A área total do município corresponde a 197,360 km<sup>2</sup>, dividida em 127,300 km<sup>2</sup> de área rural e 70,60 km<sup>2</sup> de área urbana. (IBGE, 2010).O município conta, atualmente com 42 bairros divididos em rurais e urbanos, e mais de 200 loteamentos, com 70% do território em área de Proteção Ambiental. (COLOMBO, 2011).

De acordo com dados da sinopse preliminar do censo demográfico de 2010 a população do município corresponde a um quantitativo de 212.967 habitantes, sendo 203.203 residentes da área urbana e 9.764 rural. Segundo o sexo temos 105.010 homens e 107.957 mulheres, em sua maioria em idade economicamente ativa dado este diretamente pertinente à ocorrência de agravos e doenças relacionadas ao trabalho. (IBGE, 2010).

A tabela abaixo traz informações da população economicamente ativa segundo o sexo e zona censitária:

URBANA	RURAL	FEMININO	MASCULINO	TOTAL
82.753	3.504	34.909	51.348	86.257

Fonte: IBGE (2000).

Tabela 1- População economicamente ativa segundo a zona e sexo.

Com relação à educação temos uma taxa de 49,1% de analfabetismo na população com faixa etária de 15 anos ou mais. Este elevado índice no município nos faz deduzir que há uma baixa qualificação profissional com nítida influência sobre a questão saúde e segurança ocupacionais. Associado também a este fato tem o alto índice de reprovação e abandono no ensino fundamental e médio:

<b>TAXAS ESTIMADAS</b>	<b>FUNDAMENTAL (%)</b>	<b>MÉDIO (%)</b>
Aprovação	85,0	71,7
Reprovação	12,1	17,1
Abandono	9,0	11,2

Fonte: INEP (2009).

Quadro 1- Taxas educacionais do Município de Colombo/PR.

No campo econômico observamos que existem 3.256 estabelecimentos com um quantitativo de 37.529 empregos. As atividades econômicas que mais empregam os trabalhadores são o comércio varejista (6.830 empregos); a administração pública direta e indireta (4.050 empregos), administradoras de imóveis, valores mobiliários (3.550 empregos) e transporte e comunicações (3.132 empregos), respectivamente. (IBGE, 2010). Os dados podem ser melhor visualizados na tabela abaixo.

<b>ATIVIDADES ECONÔMICAS</b>	<b>ESTABELECEMENTOS</b>	<b>EMPREGOS</b>
Indústria de extração de minerais	13	288
Indústria de produtos minerais não metálicos	95	1.713
Indústria metalúrgica	121	1.709
Indústria mecânica	56	993
Indústria de materiais elétricos e de comunicação	17	287
Indústria de materiais de transporte	24	392
Indústria de madeira e do mobiliário	99	1.382
Indústria do papel, papelão, editorial e	33	715

gráfica		
Indústria têxtil, do vestuário e artefatos de tecidos	27	165
Indústria da borracha, fumo, couros, peles, prod.sim.e ind.diversa	36	436
Indústria química,prod.farmac.,veterin.,perf.,sabões,velas e mat.plást.	74	2.204
Indústria de produtos alimentícios, de bebida e álcool etílico	57	2.105
Serviços industriais de utilidade pública	10	131
Agricultura, silvicultura, criação de animais, extração vegetal e pesca	100	952
Construção civil	274	2.383
Comércio varejista	1.277	6.830
Comércio atacadista	159	1.444
Instituições de crédito, seguro e de capitalização	23	194
Administradoras de imóveis,valores mobil.,serv.téc.n.profis.,aux.ativ.econ.	195	3.550
Transporte e comunicações	201	3.132
Serviços de alojamento,alim.,reparo,manut.,radiodifusão e televisão	258	1.566
Serviços médicos, odontológicos e veterinários	54	395
Ensino	49	513
Administração pública direta e indireta	4	4.050
<b>TOTAL</b>	<b>3.256</b>	<b>37.529</b>

Fonte: IBGE (2010).

Tabela 2- Atividades econômicas do município de Colombo/PR.

A recessão e o desemprego que o Brasil vem apresentando nesta década de 90 fazem com que se observe um retrocesso histórico, ou seja, os trabalhadores que vinham conseguindo grandes avanços no que diz respeito ao controle social dos riscos

inerentes ao processo e ambiente de trabalho, voltaram a se preocupar fundamentalmente com a garantia do emprego. Saúde e segurança deixam momentaneamente de se constituir nas principais bandeiras de luta, em situação semelhante à década de 70. Qualquer programa de atenção à saúde do trabalhador deve contextualizar este pano de fundo social e econômico. (FRIAS JUNIOR, 1999).

No que se refere à renda *per capita*, dados do censo demográfico de 2010 trazem que dos 63.624 domicílios que compunham a amostra 34,17 % (21.740) apresentam rendimento nominal mensal situado entre mais de ½ salário a 1 salário mínimo (s/m); 34% (21.644) entre mais de 1 a 2 salários mínimos e somente 12,7% (807) recebem mais de 5 s/m por mês. (IBGE, 2010).

Estes dados em conjunto com as taxas de analfabetismo nos permitem fazer algumas inferências: o Programa em Saúde do Trabalhador a ser implantado deve priorizar o trabalhador de baixa renda que muitas vezes encontra-se inserido em atividades econômicas sem as mínimas condições laborais, no mercado informal, sem registro em carteira de trabalho.

Com relação ao setor saúde o município conta com 40 estabelecimentos de saúde, destes 27 públicos. (IBGE, 2009). No ano de 2010 temos 1 óbito relacionados a lesões, envenenamentos e causas externas.

Com relação às estatísticas de acidentes de trabalho no município, no ano de 2008 tivemos um total de 725 acidentes de trabalho, destes 459 (63,3%) apresentavam CAT registrada e dentre os motivos 345 casos apresentaram a classificação de motivo típico; 37 relacionados ao trajeto e 17 a doença do trabalho. No mesmo ano apresentou-se 1 óbito. No ano de 2009 tivemos um total de 468 acidentes de trabalho, sendo que 80% (376) apresentaram CAT registrado, com um quantitativo de 301 com motivo típico, 64 relacionados ao trajeto e 11 doenças do trabalho.

## 6 PROPOSTA

Objetivamos propor diretrizes para a implantação do Programa em Saúde do Trabalhador no município de Colombo/PR e longe de pretender esgotar o assunto, buscaremos introduzir fundamentos indispensáveis para a operacionalização do programa. Segundo Adolfo Chorny (2006) existem diferenciadas teorias e métodos de planejamento que diferem conforme os objetivos que se almejam, desde uma simples projeção de tendências, a modelos complexos com base em diferentes marcos teóricos e conceituais. Ao realizar o planejamento, utilizam-se diferentes procedimentos e metodologias advindas de vários modelos. Nesse sentido, não existe o método de planejamento, a ser utilizado em todas as instâncias, capaz de dar conta de todos os casos e de todos os momentos do processo. Na realidade, dependendo de quem planeja, dos objetivos e do momento em que se esteja no processo, são utilizados elementos de diferentes métodos.

Assim, o processo de formulação de uma política pública é determinado por valores, aspirações, crenças e preconceitos dos atores sociais envolvidos, sejam eles indivíduos, grupos, classes, corporações de executivos, a burocracia governamental, legisladores e os partidos políticos. Por outro lado, esse processo também, é condicionado pelo conhecimento disponível, pelas normas e tradições de determinados grupos, e afeta a totalidade ou uma parcela significativa da comunidade. Segundo o mesmo autor, muitas das vezes, as políticas expressam um efeito cumulativo de decisões tomadas de modo consciente, e de outras produzidas de modo não intencional, em um longo período de tempo. Essas características conferem às políticas públicas uma natureza social, comportamental e histórica. (DIAS & MELO, 2002).

Neste sentido, a elaboração do Plano de Ação Saúde do Trabalhador visa operacionalizar as determinações da Portaria GM/MS 2.437/05 que regulamenta as atividades da Renast. A definição da estratégia organizacional é de responsabilidade da administração da secretaria de saúde local, com apoio de outras instituições e entidades, entre elas, a Secretaria Estadual de Saúde, o Conselho de Saúde, a Comissão Bipartite, corpo técnico e comissões técnicas. Em sua forma final, a decisão

estratégica será moldada a partir de fluxos de insumos, decisões e ações de muitas pessoas. O objetivo do planejamento deve ser a definição de ações que respondam às necessidades de saúde da população atendida, maximizando resultados e melhorando constantemente a qualidade dos serviços prestados. (BRASIL, 2006).

Nos termos da Portaria 2.437, as ações em Saúde do Trabalhador deverão estar expressas em Plano de Ação Nacional, de vigência quadrienal, que estabelecerá as diretrizes para a elaboração de Planos Estaduais e Municipais, de duração bienal. Os Planos Estaduais e Municipais devem ser pactuados entre os gestores do SUS, responsáveis pela sua elaboração, aprovados pelas correspondentes instâncias de controle social do SUS e pelas Comissões Intergestores Bipartite - CIB, antes de sua apresentação à Área Técnica de Saúde do Trabalhador, do Ministério da Saúde, para análise, sistematização, adequação e aprovação.(BRASIL, 2006).

As ações de Saúde do Trabalhador compreendem a assistência aos agravos, a vigilância dos ambientes e condições de trabalho (vigilância sanitária), da situação de saúde dos trabalhadores (vigilância epidemiológica) e da situação ambiental (vigilância ambiental); a produção, coleta, sistematização, análise e divulgação das informações de saúde, a produção de conhecimento e as atividades educativas, todas elas desenvolvidos sob o controle da sociedade organizada. A partir das ações assistenciais são identificados os “casos” ou situações de adoecimento relacionados ao trabalho, que são notificados ao Sistema de Informação, desencadeando procedimentos de vigilância da saúde. As ações de vigilância dos ambientes e condições de trabalho, vigilância epidemiológica de agravos e da vigilância ambiental também geram informação e identificam “casos de doentes ou de suspeitos” que são encaminhados à rede de serviços sentinela, para diagnóstico e, se necessário, para tratamento e reabilitação. Fecha-se, dessa forma, o ciclo da atenção integral à saúde dos trabalhadores, que inclui ainda, procedimentos de promoção da saúde definidos e implementados no âmbito do sistema de saúde e fora dele, pelo setor Trabalho, Previdência Social, Meio Ambiente e outros setores de governo responsáveis pelas políticas de desenvolvimento econômico e social. (BRASIL, 2006).

A rigor, não se pode falar de um “modelo de atenção da Renast”, pois esta se organiza na própria rede do SUS, segundo os princípios da universalidade de acesso,

integralidade da atenção, controle social, de modo regionalizado e hierarquizado, privilegiando as estratégias da Atenção Básica e o enfoque da Promoção da Saúde.

Na atualidade, existe consenso de que a inserção efetiva das ações de Saúde do Trabalhador no SUS está diretamente relacionada à sua assimilação pela Atenção Básica. Além dos fatores organizacionais mencionados anteriormente, com o crescimento do trabalho informal, familiar e em domicílio, apenas a Atenção Básica tem a possibilidade de fazer chegar ações de saúde o mais próximo possível de onde as pessoas vivem e trabalham. O acolhimento dos trabalhadores na porta de entrada do sistema, a investigação do trabalho como fator determinante do processo saúde-doença e avaliação e manejo das situações de risco no trabalho, incorporando o saber do trabalhador e o controle social são possibilidades concretas da Atenção Básica. Entretanto, para que isto se efetive, não basta acrescentar mais uma atribuição às já sobrecarregadas equipes de trabalho. É importante que as tarefas sejam redefinidas e redimensionadas, as equipes capacitadas e garantidos os procedimentos de referência e contra-referência necessários. (BRASIL, 2006).

No próximo tópico abordaremos as diretrizes para a implantação de um Programa em Saúde do Trabalhador.

## 6.1 PLANO DE AÇÃO EM SAÚDE DO TRABALHADOR NA ATENÇÃO BÁSICA

O modelo gerencial a ser implantado deve ter dois olhares: um, interno, que implica em uma organização operacional do serviço racional e viável; outro centrado nas demandas da comunidade de trabalhadores quer as espontâneas, quer as direcionadas por categorias entendidas como prioritárias e até mesmo aquelas oriundas do segmento institucional. (DIAS, 2008).

O Programa em Saúde do Trabalhador que idealizamos deve se estratificar em 6 pilares fundamentais: Vigilância em Saúde, Assistência à Saúde, Sistema de Informação, Atividades Educativas, Controle Social e Produção do Conhecimento,

referendados na II Conferência Nacional de Saúde e na Norma Operacional de Saúde do Trabalhador (NOT/SUS-95). Estes pilares serão descritos sucintamente a seguir.

### 6.1.1 Vigilância em Saúde

Por meio dos serviços desenvolvidos pelas Vigilâncias Epidemiológica, Sanitária e Ambiental podem-se realizar ações de cartografia das atividades produtivas no território; identificação e cadastro dos trabalhadores; vigilância das condições e dos ambientes de trabalho; busca ativa de casos de doença relacionada ao trabalho; identificação da necessidade e participação nos processos de Regulação Referência e Contra-referência para níveis mais complexos de cuidado.

A cartografia das atividades produtivas no território permite a realização de um diagnóstico da situação do local de trabalho por meio da classificação de risco dos ambientes, identificando os mais propensos à existência de acidentes de trabalho e planejando ações que minimizem esses fatores determinantes/ condicionantes.

A operacionalização do conceito de vigilância da saúde envolve atividades de produção de conhecimento, baseadas no levantamento e análise sistemática de dados, e de intervenção sobre os ambientes de trabalho e processos de produção, avançando na tentativa de superação de antigas dicotomias individual/coletivo, biológico/social, ocupacional/ ambiental, assistência/vigilância.

A NOST estabelece algumas estratégias para implantação das ações de vigilância em saúde do trabalhador. Como primeira estratégia está a de promover e/ou aprofundar a relação institucional com as estruturas de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária e fiscalização sanitária, buscando a superação da dicotomia existente em suas práticas, em que o objeto de ação da vigilância, em geral, não contempla o processo de produção e sua relação com a saúde dos trabalhadores. A norma recomenda ainda a criação de uma comissão com participação dos trabalhadores, através de suas representações sindicais, vinculada ao Conselho Estadual e municipal de saúde.



### 6.1.2 Assistência à Saúde

Na área da assistência a saúde primeiramente deve-se realizar o diagnóstico das doenças relacionadas ao trabalho e posterior tratamento/ reabilitação, de modo articulado com outros programas de saúde específicos para grupos populacionais, como mulheres, crianças, idosos, portadores de necessidades especiais, entre outros.

Atividades como coleta sistemática da história ocupacional para o estabelecimento, da relação do adoecimento com o trabalho devem ser desenvolvidas. E também referência e contra-referência para níveis mais complexos de cuidado, e encaminhamento ao INSS para o provimento dos benefícios previdenciários correspondentes.

O modelo de atenção à saúde do trabalhador deve apresentar como eixo central garantir o atendimento ao acidentado do trabalho e ao suspeito ou portador de doença profissional ou do trabalho através da rede própria ou contratada, assegurando todas as condições necessárias para o acesso aos serviços de referência, sempre que a situação exigir. Este serviço de referência deve ser capaz de dar suporte técnico para o estabelecimento do nexo entre agravo e trabalho, incluindo a confirmação diagnóstica, o tratamento, a recuperação e a reabilitação do trabalhador. A questão da notificação do agravo, através da Comunicação de Acidente do Trabalho é prioritária.

A otimização do recebimento, a emissão de laudos e relatórios circunstanciados sobre os eventos e posteriormente a alimentação do sistema de dados (informação) são etapas e compromissos fundamentais para qualquer modelo de assistência em saúde do trabalhador que se queira implantar. Sempre lembrando que universalidade, integralidade e equidade de tais ações são postulados não só da área específica de saúde do trabalhador, mas também do SUS.

### 6.1.3 Sistema de Informação

Preconiza-se realizar a notificação dos agravos e das situações de risco para a saúde dos trabalhadores e alimentação do Sistema de Informação (SINAN).

#### 6.1.4 Atividades Educativas

No que se refere a capacitação profissional deve-se realizar orientação dos trabalhadores em nível individual e coletivo, por meio de grupos operativos, de modo permanente e com elaboração e divulgação de material educativo de apoio.

Podem-se realizar palestras, treinamentos, panfletos, jornais, programas de rádio e TV e o desenvolvimento de um programa educativo nas escolas de primeiro e segundo grau, notadamente aquelas que ministram cursos profissionalizantes, seriam estas as prioridades.

#### 6.1.5 Controle Social

A participação social pode ser exercida por meio dos Conselhos e Conferências de Saúde no sentido de planejar, programar, acompanhar e avaliar as ações em saúde propostas e implementadas.

O Conselho de Saúde deve participar da discussão da organização dos processos produtivos e de suas conseqüências sobre a saúde e o ambiente, por meio da criação de Comissão da Saúde do Trabalhador com representatividade no mesmo.

O Plano de Ação em Saúde do Trabalho deve obrigatoriamente ser aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde.

#### 6.1.6 Produção do Conhecimento

Os conhecimentos produzidos a partir da identificação de problemas de saúde e de outras questões relacionadas ao trabalho devem ser divulgados aos interessados.

Para que o Plano seja constantemente revisado pode-se contar com parcerias de grupos de pesquisa e universidades. Em vários estados encontramos os núcleos de saúde do trabalhador (NUSATS).

## 6.2 RECURSOS

Os recursos dispendidos para a implementação do Programa envolvem recurso financeiros e contratação de mais profissionais habilitados,

## 6.3 RESULTADOS ESPERADOS

Espera-se que o Plano de Ação proposto, por meio das diretrizes apresentadas, possa realmente servir de “um caminho a ser seguido” para a implementação do Programa em Saúde do Trabalhador no Município, que se faz necessário.

## 6.4 – RISCOS OU PROBLEMAS ESPERADOS E MEDIDAS PREVENTIVO-CORRETIVAS

Como problema apresenta-se a não aprovação do plano de ação pelo Conselho Municipal de Saúde, e indica-se como medida corretiva à revisão do mesmo.

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Á guisa de conclusão, propor diretrizes para a implantação do Programa em Saúde do Trabalhador significa ampliar o olhar para além da atividade laboral, considerando aspectos das condições de trabalho que refletem diretamente na vida dos trabalhadores e famílias. Para tanto se faz necessário uma abordagem integral, com acolhimento resolutividade e responsabilização.

A expectativa que se tem é que este trabalho possa contribuir efetivamente com a proposta apresentada ao Município de Colombo.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ATLAS. **Segurança e Medicina do Trabalho**. São Paulo: Equipe Atlas (Ed.), 2003.

BRASIL. Constituição, 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil, 1988**. Brasília, 1988. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/Constitui%E7ao\\_Compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Constitui%E7ao_Compilado.htm) Acesso em Setembro de 2011.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 19 set., 1990. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf> Acesso em Setembro de 2011.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.212, de 24 de Julho de 1991. Dispõe sobre a organização da Seguridade Social, institui Plano de Custeio e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 24 jul, 1991. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8212cons.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8212cons.htm) Acesso em Setembro de 2011.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.213, de 24 de Julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 24 jul, 1991 (b). Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8213compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8213compilado.htm) Acesso em Setembro de 2011.

\_\_\_\_\_. Portaria 3120 de 1 de julho de 1998. Aprova a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS. **Diário Oficial da União**. Brasília, 1 jul, 1998. Disponível em <http://www.cvs.saude.sp.gov.br/pdf/98port3120.pdf> Acesso em Setembro de 2011.

\_\_\_\_\_. Portaria 1139 de 7 de setembro de 1999. Aprova a Instrução Normativa de Aposentadorias dos Servidores titulares de cargos efetivo. **Diário Oficial da União**. Brasília, 7 set, 1999. Disponível em <http://www.tjmg.jus.br/institucional/at/pdf/po11391999.PDF> Acesso em Setembro de 2011.

\_\_\_\_\_. Portaria 1139 de 7 de setembro de 1999. Aprova a Instrução Normativa de Aposentadorias dos Servidores titulares de cargos efetivo. **Diário Oficial da União**. Brasília, 7 set, 1999. Disponível em <http://www.tjmg.jus.br/institucional/at/pdf/po11391999.PDF> Acesso em Setembro de 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde do Trabalhador. **Cadernos de Atenção Básica**. Vol 5. Brasília/DF, 2002.

\_\_\_\_\_. 2006. **Manual de Gestão e Gerenciamento: Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador**. Coordenação Técnica de Saúde dos Trabalhadores. Ministério da Saúde. 2006.

CHORNY, A. H. **Planejando**. Curso de Aperfeiçoamento em Gestão de Projetos de Investimento em Saúde. Rio de Janeiro, 2006. p 26.

COLOMBO, Prefeitura Municipal, 2011. Disponível em: <http://www.colombo.pr.gov.br/>. Acesso em setembro de 2011.

DIAS, E.C.; MELO, E. M. **Políticas Públicas em Saúde e Segurança do Trabalho**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2002.

DIAS, E. C. **Contribuição ao estudo da Política Nacional em Saúde do Trabalhador**. Curso de Especialização em Saúde do Trabalhador: Faculdade de Medicina de Botucatu- UNESP, 2008.

FRIAS JUNIOR, C. A. S. **A saúde do trabalhador no Maranhão: uma visão atual e proposta de atuação**. [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 1999.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 3ª. ed. São Paulo: Atlas, 1996.

HOEFEL, M.G.; DIAS, E.C.; SILVA, J.M. **A atenção à Saúde do Trabalhador no SUS: a proposta de constituição da RENAST**. Brasília, Ministério da Saúde, 2005.

IBGE, 2010. Censo Demográfico. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/link.php?uf=pr>. Acesso em Agosto de 2011.

MARCONATO, A. A. M. **Implantação da Notificação de Acidente de Trabalho e Doença relacionada ao Trabalho na região de Tupã: uma análise a partir dos resultados da Capacitação realizada pelo Grupo de Vigilância Sanitária – GVS.XIX – Marília, 2009.** --- p. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização na Área de Saúde do Trabalhador) – Universidade Estadual Paulista – UNESP de BOTUCATU.

MENDES, R. & DIAS, E.C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Rev Saúde públ.**, S.Paulo, 25: 341-9, 1991.

NOGUEIRA, M.J. de C. “Níveis de prevenção em enfermagem do trabalho” **Revista Brasileira Saúde Ocupacional.** V. 11, n. 43. p. 57 – 61, 1983.

OLIVEIRA, P. A. B.; MENDES, J. M. Acidentes do trabalho: violência urbana e morte em Porto Alegre - R.S. **Cad. Saúde Pública**, [S. l.], v. 13, p. 73-83, 1997.