

# Construção da RENAST em Minas Gerais: a contribuição dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), 2002-2007

## *Construction of the National Network of Comprehensive Workers' Health Care in the State of Minas Gerais: The Contribution of the Workers' Health Reference Centers, 2001-2007*

Elizabeth Costa Dias<sup>1</sup>; Cláudia Vasques Chiavegatto<sup>2</sup>; Thais Lacerda e Silva<sup>3</sup>; Juliana do Carmo Reis<sup>4</sup>; Jandira Maciel da Silva<sup>5</sup>

### RESUMO

**Introdução:** Os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador são considerados o eixo da implantação da RENAST, sendo responsáveis pelo apoio técnico das ações de saúde do trabalhador nas diferentes instâncias e serviços do SUS. **Objetivos:** O estudo busca conhecer a situação de organização e funcionamento dos CEREST Regionais, contribuindo para o processo de avaliação do desenvolvimento da RENAST no estado de Minas Gerais, no período de 2002 a 2007. **Métodos:** A combinação de instrumentos envolveu a análise dos planos de trabalho dos CEREST, entrevistas com coordenadores e representantes do controle social e realização de grupos focais com as equipes técnicas. **Resultados:** Os resultados mostram dificuldades na definição do papel do CEREST, dilemas sobre a priorização de ações de assistência ou vigilância, necessidade de capacitação das equipes e dificuldades para articulações intra e intersetoriais. **Conclusões:** Nas recomendações, destacam-se: a necessidade de que os Planos de Trabalho levem em consideração o perfil produtivo regional além da adoção de práticas de avaliação contínua e aperfeiçoamento da gestão, a pactuação de indicadores e metas, e inclusão sistemática dos procedimentos de assistência e vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental que envolvem a saúde dos trabalhadores, nos sistemas de registro do SUS.

**Palavras-chave:** Saúde do Trabalhador; Sistema Único de Saúde, Avaliação em Saúde; Políticas Públicas de Saúde.

### ABSTRACT

*This study is an assessment of the National Network of Comprehensive Workers' Health Care (RENAST) in the state of Minas Gerais focusing on 15 Workers' Health Reference Centers (CEREST). It was based on a documental analysis of work plans; interviews with coordinators; focus groups with staff, interviews with members of the social control. Results addressed the following main issues: the CEREST roles; the meaning of being a Reference Center in the field of Workers' Health; the dilemma: prioritization been focused on health care or on surveillance; staff training and qualification; and inter-sector relationships: how they should be established? As an outcome, we recommend a review of the act that created RENAST, in order to clarify its role and responsibilities, as well as the criteria for the recognition and appointment of CEREST; the need of a continuous evaluation process and definition of indicators and goals to be achieved; the development of planning processes and their monitoring by the current SUS monitoring and surveillance systems.*

**Key words:** Occupational Health; Single Health System; Health Evaluation; Health Public Policy.

<sup>1</sup>Médica Sanitarista e do Trabalho, Professora do Departamento de Medicina Preventiva e Social – Faculdade de Medicina / CEREST-Hospital das Clínicas da UFMG  
<sup>2</sup>Médica do Trabalho, mestranda do Programa de Pós Graduação em Saúde Pública da UFMG  
<sup>3</sup>Fisioterapeuta, Mestranda do Programa de Pós Graduação em Saúde Pública e Meio Ambiente da ENSP/Fiocruz  
<sup>4</sup>Psicóloga e pesquisadora da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte  
<sup>5</sup>Médica Sanitarista – Professora do Departamento de Medicina Preventiva e Social – Faculdade de Medicina / CEREST-Hospital das Clínicas da UFMG

*Instituição:*  
 Centro de Referência Estadual de Saúde do Trabalhador – Hospital das Clínicas da UFMG

*Endereço para correspondência:*  
 Av. Alfredo Balena 190 – 8 andar – sala 817  
 30130-100 Belo Horizonte  
 Email – bethdias@medicina.ufmg.br

## INTRODUÇÃO

O desafio de desenvolver o cuidado da saúde dos trabalhadores, considerando sua inserção particular nos processos produtivos, ou na perspectiva da *Saúde do Trabalhador*, no Sistema Único de Saúde (SUS), conformou, a partir de 2002, a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), enquanto estratégia para cumprir essa responsabilidade, definida pelo preceito institucional e regulamentado no parágrafo 6º da Lei Orgânica da Saúde de 1990.<sup>1</sup>

A RENAST foi instituída a partir da publicação da Portaria GM/MS N.º. 1679, de 19 de setembro de 2002, tendo por eixo o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST)<sup>2</sup> considerado “polo irradiador das ações de Saúde do Trabalhador no SUS” e responsável pela articulação de ações intra e inter-setoriais, para prover atenção integral aos trabalhadores, no país.

Apesar das críticas esboçadas naquele momento, quanto aos limites da estratégia centrada no modelo dos Centros de referência, sucessores das iniciativas ou Programas de Saúde do Trabalhador implementados nos anos 1980, entre elas, a baixa cobertura da população trabalhadora, a desarticulação das ações no conjunto das estruturas do SUS, reforçadoras do “gueto da Saúde do Trabalhador” e a fraca articulação intersetorial<sup>3,4</sup>, a implementação da RENAST passou a ser priorizada pela área técnica de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde, atual Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador (CGSAT), vinculada ao Departamento de Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador (DSAST) da Secretaria de Vigilância da Saúde, para o desenvolvimento de suas políticas.

Apoiada nas deliberações da III Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, a Portaria 2.437 de 05 de dezembro de 2005<sup>5</sup> ampliou a rede de CEREST e enfatizou as ações de vigilância e o envolvimento da Atenção Básica de Saúde (ABS), além de propor duas estratégias complementares: a rede de serviços de média e alta complexidade, denominada *Serviços Sentinela* e os *Municípios Sentinela em Saúde do Trabalhador*. Apesar desses avanços, o novo instrumento manteve o excesso de atribuições para os CEREST: 26 funções para os Centros Regionais e 22 atribuições para os de nível estadual. Além disso, não definiu critérios para priorização das ações nem prescreveu a exigência de que o Plano de Trabalho para habilitação do CEREST estivesse essencialmente vinculado

às necessidades regionais definidas a partir do perfil produtivo e da força de trabalho de seu território de abrangência.

Quase que simultaneamente à publicação da nova Portaria, foi firmado, em fevereiro de 2006, o Pacto pela Vida e em Defesa do SUS<sup>6</sup>, elaborado por técnicos do Ministério da Saúde, representantes do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e do Conselho Nacional de Secretários Estaduais (CONASS) e aprovado pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), mudando a lógica de organização e de funcionamento do SUS e consolidando a Atenção Primária de Saúde como eixo ordenador da atenção à saúde do SUS.

Assim, os CEREST se viram diante da necessidade de se adequar às exigências da Portaria 2437/05 e ao novo modelo desenhado para o sistema de saúde, em um cenário de grandes transformações no mundo do trabalho, decorrentes dos processos de re-estruturação produtiva e de suas consequências para a vida social, o perfil do trabalho, dos trabalhadores e das formas de adoecimento relacionadas aos processos produtivos.<sup>7</sup>

É nesse contexto que a Coordenação de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (CAIST) da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais encomendou ao Centro de Referência Estadual de Saúde do Trabalhador de Minas Gerais (CEREST – MG), sediado no Hospital das Clínicas da UFMG, o estudo do processo de implementação dos Centros regionais, com o objetivo de *conhecer a situação de organização e funcionamento dos CEREST Regionais, na perspectiva de organização da RENAST no estado de Minas Gerais, de modo a contribuir para dar visibilidade ao trabalho desenvolvido, facilitar o planejamento e a gestão das ações de Saúde do Trabalhador, além de fomentar a cultura de avaliação das ações de saúde*.

Apesar de a proposta da RENAST ultrapassar, conceitualmente, os limites dos Centros de Referência, a ênfase dada às ações desenvolvidas pelos CEREST foi proposital, uma vez que concentram ou coordenam a maioria das ações na rede. Este texto registra uma síntese desse trabalho e tem a finalidade de contribuir para o aperfeiçoamento da estratégia da RENAST em Minas e no país.

É importante registrar que, em Minas Gerais, a implementação da RENAST dá continuidade às ações de Saúde do Trabalhador na rede de serviços de saúde, iniciadas nos anos 1980, e é orientada pelo Plano

de Trabalho elaborado em 2002 pela CAIST-SES/MG, tendo por eixo os CEREST, responsáveis pelo apoio técnico e disseminação das ações de saúde do trabalhador nas diferentes instâncias e Serviços do SUS.

Também deve ser mencionado que, em 11 de novembro de 2009, foi publicada a Portaria GM/MS Nº. 2.728, que alterou a conformação da RENAST<sup>8</sup>.

## METODOLOGIA

O estudo, de natureza exploratória, descreve a organização e o funcionamento dos 15 CEREST Regionais habilitados até 2006, em Minas Gerais, observando-se que, no município de Belo Horizonte, além do CEREST Barreiro, foram estudadas a Gerência de Saúde do Trabalhador e a Unidade Centro Sul. Foi utilizada a abordagem qualitativa incluindo: a) consulta documental dos planos de trabalho de 2006; b) grupos focais com as equipes técnicas e administrativas dos CEREST e c) entrevistas com os coordenadores dos CEREST e representantes do controle social.

Os roteiros para as entrevistas e o grupo focal foram construídos tomando como referência as prescrições da Portaria 2.437/2005<sup>5</sup>, buscando identificar as instalações, as práticas, as estratégias e as dificuldades para o desenvolvimento das ações de Saúde do Trabalhador pelos CEREST. O roteiro do grupo focal incluiu o histórico do CEREST, características da equipe, estrutura física e organizacional, ações desenvolvidas, resultados e ações de articulação intra e inter-setoriais. Nas entrevistas com os representantes do controle social, foram abordados: a inserção do entrevistado no Conselho de Saúde, os processos de capacitação, a organização da RENAST e o papel do CEREST e a participação em conferências de saúde. As visitas da equipe de pesquisa aos CEREST ocorreram no período de setembro a novembro de 2007.

As entrevistas e o grupo focal foram gravados em fita cassete e transcritas, na íntegra, pelo entrevistador. O material produzido das transcrições foi tratado segundo o método da análise de conteúdo proposto por Bardin<sup>9</sup>, buscando identificar os núcleos de sentido para o objeto em estudo. Foram preparadas matrizes de análises a partir da seleção das falas consideradas mais representativas e sintéticas das idéias e separadas por categorias temáticas. Em seguida, essas categorias foram analisadas buscando-se sintetizar o conteúdo das falas que descreviam traços gerais.

A participação no estudo foi voluntária, tendo os participantes firmado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG (Processo No. 0389.0.203.000-07).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estudo pode ser considerado uma fotografia do processo de desenvolvimento da RENAST em Minas Gerais, no período de 2002 a 2007, com foco na atuação dos CEREST regionais. Os resultados sugerem que os CEREST compartilham diversas questões e dilemas, entre eles, a falta de clareza sobre seu papel, as dificuldades no desenvolvimento de ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador, assim como dificuldades para o estabelecimento de articulações inter e intra setoriais que possibilitem a melhoria da qualidade da atenção na rede do SUS e garantam atendimento integral à saúde dos trabalhadores. A seguir, serão detalhados e discutidos algumas questões e dilemas que o desenvolvimento da pesquisa permitiu elucidar.

### O PAPEL DO CEREST E AS AÇÕES DE ASSISTÊNCIA E VIGILÂNCIA DA SAÚDE

Nas falas dos atores envolvidos na implementação dos CEREST Regionais em Minas Gerais apareceram, com frequência, questionamentos quanto ao *papel a ser desempenhado pelo CEREST*, por exemplo:

*Precisamos discutir mais com a RENAST, a gente precisa entender qual é o papel da RENAST. [...] porque cada CEREST está tendo um entendimento.*

Observa-se que, além das dificuldades relativas ao papel a ser cumprido pelo CEREST, surge a confusão, quase uma superposição entre RENAST e CEREST que aparecem como sinônimos. Alguns depoimentos sugerem que a RENAST não é reconhecida como uma das estratégias para execução de ações de Saúde do Trabalhador na rede do SUS, mas confunde-se com a própria Política Nacional de Saúde do Trabalhador.

*Eu vejo muita dificuldade, primeiro a questão do modelo, qual é o nosso papel na RENAST [...] o paciente*

*entra aqui pra unidade e fica aqui um ano, dois anos, três anos, entendeu,? Então questiono assim: é o nosso papel como referência; nós somos referência, nós temos que capacitar os médicos pra estar dando acompanhamento pra esses pacientes, não é a gente que tem que acompanhar. (Coordenador)*

Nos relatos também aparecem dúvidas quanto ao significado da expressão “ser referência técnica em Saúde do Trabalhador”. Que ênfase deve ser dada às ações: na esfera da assistência ou da vigilância, qual o nível de complexidade da atenção e qual é a localização adequada do CEREST na organização do SUS. Essas observações corroboram registros na literatura, técnica especializada<sup>3,4,10</sup> e sinalizam a necessidade de esclarecimentos e normatização, pela Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde.

Para que se entenda melhor o dilema *assistência x vigilância* é importante resgatar o processo de construção das ações de Saúde do Trabalhador na rede de serviços de saúde, no Brasil, nos anos 1980. Naquele momento, já se observavam diferentes opções quanto ao modelo de atuação. Em alguns Programas de Saúde do Trabalhador (PST), a ênfase nas ações assistenciais era justificada pela necessidade de desvelar o adoecimento relacionado ao trabalho, mascarado ou escondido pelos serviços médicos das empresas. Essa escolha direcionou a capacitação técnica dos profissionais e a elaboração de protocolos de condutas diante dos agravos relacionados ao trabalho. Em outras situações, foram priorizadas as ações de vigilância dos ambientes e condições de trabalho, geralmente em parceria com as organizações de trabalhadores. De certa forma, esse desconforto permanece e se reflete nas práticas dos CEREST, como expresso no depoimento a seguir:

*Essa dificuldade é uma dificuldade da gente também; nós passamos um bom tempo de RENAST aí, tentando assimilar uma esquizofrenia da instituição. Quer dizer, é vigilância ou é assistência? Não pode ser assistência e aquela coisa... e a gente só fazia assistência aqui! E a vigilância distante. (Equipe)*

Os resultados do estudo sugerem que, em Minas Gerais, nos Centros que existiam antes da Portaria 1.679/02<sup>2</sup>, as práticas assistenciais são mais valorizadas e orientam a estrutura física, a composição das equipes de saúde, e a organização de suas tarefas.

Esses resultados corroboram aqueles do estudo de Santos<sup>11</sup> sobre as ações desenvolvidas pelo CEREST no Espírito Santo onde, no período que antecede a RENAST, predominavam as ações de assistência, em detrimento das de vigilância, à semelhança de um Centro de Especialidades em Doenças Ocupacionais.

De modo geral, as ações assistenciais foram avaliadas pelos participantes do estudo como resolutoras; porém, os fluxos de referência e contra-referência funcionam de modo precário. Verificou-se que, apesar de os CEREST se situarem na média complexidade, alguns deles continuam com o acesso direto e atendem a demanda espontânea, contrariando o modelo assistencial do SUS e favorecendo a prática “fura fila”.

A ênfase nas ações de vigilância para transformar as condições de trabalho geradoras de doença e morte dos trabalhadores também aparece nas falas dos coordenadores e técnicos. Entretanto, chama a atenção a confusão conceitual sobre o que se considera como “ação de vigilância”. Sob essa denominação, aparecem ações pontuais de vistoria de ambientes de trabalho desencadeadas por denúncias de trabalhadores e sindicatos; visitas a locais de trabalho com o objetivo de estabelecer a relação doença-ocupação e atividades educativas direcionadas aos trabalhadores. Entre as dificuldades para o desenvolvimento das ações de vigilância, enfatizaram-se o despreparo técnico dos profissionais e a falta de suporte especializado.

É importante destacar que alguns CEREST possuem atividades de vigilância bem estruturadas, definidas por critérios epidemiológicos, baseadas no cadastro de atividades produtivas e indicadores de morbi-mortalidade do município ou da região, com acompanhamento das mudanças introduzidas nos processos de trabalho. Em alguns casos, observou-se que as ações de vigilância são realizadas em parceria com a Vigilância Sanitária do município e/ou com os Auditores do Trabalho das Superintendências Regionais do Trabalho do Ministério do Trabalho e Emprego.

Além das dificuldades relatadas para o acesso aos ambientes de trabalho, os coordenadores referiram conflitos com os gestores municipais, desencadeados pelas ações de vistoria e fiscalização das condições de trabalho. Tais ações podem ir de encontro a interesses econômicos e políticos. Podem prejudicar a arrecadação do município e o patrocínio das campanhas eleitorais. A fala a seguir exemplifica esse achado:



*Nós somos o que incomoda a gestão, uma vez que os patrocinadores das campanhas dos prefeitos são os empresários e trabalhamos na contramão do que eles pensam. (Coordenador)*

A partir dos relatos, é possível concluir que as atividades de vigilância necessitam ser apoiadas e articuladas com as demais vigilâncias – epidemiológica, sanitária e ambiental - e desenvolvidas por equipes capacitadas, com suporte técnico de complexidade crescente, à semelhança das ações assistenciais.

## AS EQUIPES DO CEREST

Os resultados desvelam as dificuldades encontradas pelos CEREST para a formação de suas equipes, segundo as prescrições da Portaria 2437/05, particularmente, para a incorporação de médicos e de profissionais com formação em Saúde do Trabalhador. É interessante registrar que a composição da equipe mínima estabelecida pela Portaria parece mais orientada para as ações assistenciais do que para as de vigilância, fato registrado por um gestor:

*A equipe mínima que a RENAST preconiza, não sei para qual clientela foi pensada, não sei para qual serviço a equipe mínima foi pensada. (Coordenador)*

Observou-se que as equipes dos CEREST são frequentemente formadas pela transferência de servidores de outros Serviços, a pedido, ou por processos administrativos ou pela designação após aprovação em concursos públicos, sem que seja exigida ou prevista formação ou experiência com o tema. Entretanto, é consensual, entre gestores e equipes, que a RENAST favoreceu o aumento do número de profissionais vinculados aos CEREST, tanto naqueles organizados após a Portaria, quanto nos que existiam antes da Portaria, pois permitiu a contratação de profissionais de novas categorias.

Os concursos públicos têm permitido o ingresso de jovens profissionais, com formação acadêmica recente e mais disponibilidade para o trabalho nos CEREST. Entretanto, em poucos casos, os concursos foram direcionados à área de Saúde do Trabalhador, o que reforça a necessidade de capacitação das equipes.

O compartilhamento da carga horária de trabalho nos CEREST com outros Serviços de saúde foi um problema frequentemente mencionado pelos

gestores. Horários fracionados e compartilhados refletem sobre a qualidade e a quantidade das ações em Saúde do Trabalhador desenvolvidas pelos Centros, aspecto também identificado por Santos<sup>12</sup> no estudo mencionado.

Diagnóstico realizado em 2008, por Carvalho<sup>12</sup>, demonstrou que, dos 15 CEREST em funcionamento no Estado de Minas Gerais, apenas dois apresentavam a equipe mínima completa como prescreve a Portaria. Entre as causas do problema estão: dificuldades para contratação de profissionais principalmente de médicos, prescrição engessada da Portaria sobre a composição da equipe e limitação para a utilização dos recursos financeiros do CEREST. Nesse estudo, a autora observou que a média de idade dos profissionais de 14 dos CEREST de Minas Gerais é de 39 anos, com tempo médio de trabalho na rede SUS de nove anos, sendo de quatro anos no CEREST. Sobre o vínculo empregatício, 70% dos trabalhadores são efetivos e 30% contratados.

Este estudo revelou grande variação na formação e na experiência dos profissionais dos CEREST, o que se reflete nas ações desenvolvidas. Nos serviços que existiam antes da Portaria 1.679/02, há muitos profissionais que participaram do movimento de construção do campo da Saúde do Trabalhador no Brasil, nos anos 1980 e 1990. Têm formação em Saúde do Trabalhador e suas práticas por vezes se confundem com a militância no movimento.

Nos CEREST mais recentes, os profissionais não têm essa experiência e demandam formação especializada. Merece registro a presença significativa de profissionais que, apesar de não terem formação específica em Saúde do Trabalhador, pela trajetória no SUS e pela ampla rede de relações, facilitam as articulações intra e intersetoriais.

Apesar das dificuldades identificadas, o trabalho em equipe é valorizado:

*A equipe é muito entrosada e isso é outra coisa que dá força pra gente. Temos uma relação aberta de discussão dos casos, a equipe tem um trabalho interdisciplinar com respeito. (Equipe)*

Sobre os critérios de escolha dos coordenadores dos CEREST, observou-se que são consideradas as articulações políticas, a atuação prévia na área ou a aprovação em concurso público. As formações são diversificadas e todos os gestores possuem especialização em Saúde do Trabalhador ou Gestão em Saúde.

O tema da capacitação das equipes aparece de modo recorrente como o maior “nó crítico” para o pleno desenvolvimento dos CEREST e, por conseguinte, da RENAST, o que reforça a importância dos processos de capacitação e educação permanente. Não que a capacitação seja uma solução mágica para todos os problemas. Relatos de coordenadores e de profissionais das equipes dos CEREST sugerem a expectativa de que, ao concluir um Curso de Especialização em Saúde do Trabalhador, o profissional passe a desempenhar todas as atividades próprias da área, o que não se concretiza na prática. O formato e os conteúdos dos processos de capacitação precisam ser revistos, de modo a atender as necessidades prioritárias dos Serviços, em sintonia com a Política de Educação Permanente do SUS. Entre os temas mais solicitados para capacitação estão: Vigilância em Saúde do Trabalhador, Epidemiologia, Ergonomia e Toxicologia.

Sobre os Cursos de Especialização em Saúde do Trabalhador no Brasil, estudo recente realizado por Ramos<sup>13</sup> mostrou que, apesar de seu início em 1986, ainda oferecem poucas vagas, observando-se um incremento da oferta de cursos pelas escolas privadas, a partir da RENAST, bem como a adoção da modalidade de ensino à distância. Os cursos são heterogêneos, em forma e conteúdo; apresentam fragilidades teórico-conceituais importantes. Os processos de seleção desses cursos valorizam a inserção dos candidatos nos Serviços de saúde e 86% dos alunos são oriundos desses Serviços.

## ARTICULAÇÃO INTRA E INTERSETORIAL E COM O CONTROLE SOCIAL

Os depoimentos e a análise dos Planos de Trabalho mostram, com destaque, a interlocução com a Atenção Básica de Saúde, particularmente na oferta de cursos e em outras formas de capacitação para os profissionais das equipes de Saúde da Família. Porém, não são detalhadas as ações nem definidos os fluxos de referência e contra-referência. Alguns relatos destacam a importância de instrumentos facilitadores da articulação com as Vigilâncias Sanitária e Epidemiológica. Citam-se, por exemplo, protocolos, guias, inclusão de itens específicos nos Códigos Municipais de Saúde e reivindicação de que técnicos do CEREST sejam reconhecidos como autoridades sanitárias.

A articulação intersetorial, particularmente com instâncias do Ministério do Trabalho e Emprego e a Previdência Social (INSS) aparece de modo contraditório nos relatos das equipes, sendo em alguns casos descrita como possível e em outros como limitada ou inexistente:

*Nós temos aqui em nível de INSS uma articulação legal. (Coordenador)*

*Assim, Ministério do Trabalho que tem aqui é difícil pra gente conversar! (Equipe)*

Apesar dos investimentos, particularmente no nível federal, para se construir uma instância facilitadora dessa articulação e da realização conjunta da III CNST, as experiências são tímidas e, na maioria das vezes, apoiadas em relações pessoais.

A importância atribuída ao controle social para o sucesso das atividades do CEREST aparece claramente nos depoimentos, refletindo a crença de que um Conselho bem estruturado é essencial para o provimento e a gestão de recursos, particularmente, diante das mudanças nos processos de financiamento e de repasse de recursos para a RENAST.

*A gente espera que possa ter uma melhoria das nossas relações com o controle social.[...] esses recursos que eles trouxeram pra RENAST, não é um recurso eterno [...] e a hora que esse recurso for retirado, a manutenção dos Centros de Referência, ela vai se dar competindo com os recursos do fundo municipal e regional de saúde. Aí a gente vai ter que ter um controle social do nosso lado, reconhecendo a importância do trabalho, pra que ele vá conosco disputar esses recursos. (Equipe)*

Entretanto, os entrevistados desse grupo revelaram pouca familiaridade com o campo da Saúde do Trabalhador, a RENAST, o CEREST e mesmo com o papel dos Conselhos de Serviço, sinalizando a necessidade de reforço dos processos de capacitação. A capacitação está prevista nos Planos de Trabalho mas é considerada insuficiente:

*Nós do Conselho não tivemos capacitação específica pra que a gente pudesse ter um maior embasamento. (Conselheiro)*

Entre os representantes do controle social entrevistados, observou-se que a maioria foi indicada por

sindicatos de trabalhadores, associações de portadores de doenças relacionadas ao trabalho ou por trabalharem em órgãos públicos como o INSS. Além de participar dos Conselhos de Serviço do CEREST, integram o Conselho Municipal de Saúde e muitos já participaram de Conferências de Saúde e Conferências de Saúde do Trabalhador. É possível perceber que os Conselhos de Serviço estão em processo de construção, com relatos de dificuldades para a obtenção de *quorum* nas reuniões mensais.

## SOBRE A GESTÃO DOS CEREST

Os resultados do estudo apontam que a gestão dos CEREST, particularmente em seus processos de articulação intra e intersetorial, representa o maior desafio para a efetiva implementação da RENAST no país. É importante reconhecer que a elaboração do Plano de Trabalho, apesar das fragilidades identificadas, tem contribuído para que os gestores, as equipes e o controle social se familiarizem com princípios de planejamento e gestão em saúde, promovendo avanços na gestão dos CEREST. Em Minas Gerais, cada CEREST elabora anualmente dois planos de trabalho: um no âmbito municipal e outro no âmbito regional, submetidos, respectivamente, à aprovação do Conselho Municipal de Saúde e da Comissão Intergestora Bipartite (CIB).

A aprovação na CIB reforça o envolvimento dos gestores dos municípios, facilita a divulgação das atividades dos CEREST, a adequação da infra-estrutura e a pactuação de exames e consultas especializadas. É também importante na busca de superação dos descompassos decorrentes da modalidade de repasse dos recursos financeiros da RENAST, diretamente do Fundo Nacional de Saúde (FNS) ao Fundo Municipal de Saúde (FMS) do município- sede do CEREST, para financiar as ações na micro-região, conforme prescrito na Portaria 2.437/05. Essa dificuldade é expressa na fala de um gestor:

*O que a gente tem tido mais dificuldade é essa questão de quando você pensa nas ações regionais com recurso municipal, ele acaba se tornando um recurso municipal. (Coordenador)*

Além disso, foram identificados problemas com o repasse de recursos que deveriam ser aportados pelo Estado e pelos demais municípios da região,

complementarmente ao repasse do Fundo Nacional de Saúde para financiar procedimentos e ações pactuadas destinadas a garantir a atenção integral aos trabalhadores de uma dada região. A partir do Pacto em Defesa do SUS, desaparece a destinação “carimbada” ou exclusiva dos recursos para ações de Saúde do Trabalhador, visto que tais recursos passam a ser transferidos no bloco da média e alta complexidade, exigindo assertividade na elaboração dos Planos de Trabalho, negociação política para sua aprovação e competência para a execução e o acompanhamento. Devem constar do Plano Plurianual de Saúde do município as metas relativas à Saúde do Trabalhador, com dotação orçamentária suficiente para a execução do plano operacional dos CEREST.

As limitações observadas nos Planos de Trabalho dos CEREST parecem estar relacionadas à indefinição de seu papel no atual modelo assistencial do SUS e à ausência de diagnóstico prévio sobre o perfil produtivo e da força de trabalho no território de influência do CEREST. Na totalidade dos Planos, não estão definidas as metas nem detalhados os fluxos de referência e contra-referência, procedimentos de notificação previstos na Portaria 777/04<sup>14</sup>. Tampouco estão colocados os procedimentos para utilização dos recursos na execução e na avaliação das ações.

A partir de 2007, a equipe técnica da CAIST-MG vem desenvolvendo mecanismos de suporte técnico para auxiliar as equipes dos CEREST na formulação dos Planos de Trabalho. Para isso, foi elaborada matriz organizada nos eixos: a) ações de promoção, prevenção e proteção; b) diagnóstico, tratamento e reabilitação física; e c) desenvolvimento institucional e gestão, buscando garantir que ações consideradas essenciais ou estratégicas sejam contempladas por todos os Centros. Além disso, os Planos devem conter a estimativa dos recursos financeiros definidos segundo as metas estabelecidas e os meios para viabilizá-las.<sup>15</sup>

É importante lembrar que essas dificuldades em relação ao planejamento das ações dos CEREST não são exclusivas do campo da Saúde do Trabalhador. Campos<sup>16</sup> registra dificuldades semelhantes das equipes de saúde, com repercussões importantes para a qualidade dos serviços.

Essa constatação reforça a necessidade de se investir na preparação dos profissionais de saúde e de se definirem, com mais clareza, as atribuições dos CEREST, viabilizando o trabalho de referência técnica em uma micro-região, no âmbito da assistência e da vigilância em Saúde do Trabalhador.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

Apesar das limitações de estudos dessa natureza, é possível concluir que a implementação dos CEREST Regionais em Minas Gerais avança na institucionalização da atenção à saúde dos trabalhadores no SUS. A Saúde do Trabalhador, além de ser uma prática recente nos Serviços públicos de saúde, envolve aspectos complexos que extrapolam sua capacidade de intervenção. Desse modo, propiciar atenção integral, com qualidade, eficácia e eficiência aos trabalhadores no SUS continua a ser um desafio.

Considerando as orientações do Pacto pela Saúde e a transferência da área técnica de Saúde do Trabalhador do âmbito da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) para a Secretaria de Vigilância da Saúde (SVS) no nível central (Ministério da Saúde) - iniciativa que começa a ser reproduzida nos estados e municípios de maior porte - o modelo assistencial da RENAST necessita ser revisto, incorporando as ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Básica de Saúde e no conjunto da rede SUS. Nesse sentido, é necessário que se redefinam o papel e a estrutura dos CEREST Sua distribuição deve atender os critérios de regionalização adotados em cada unidade da federação. É necessário que se avance no aprimoramento do processo de financiamento de suas ações, na composição e na capacitação de suas equipes na elaboração e na disponibilidade de guias e instrumentos de trabalho.

É essencial superar as dificuldades e os dilemas que se colocam pela existência de três modelos básicos de CEREST: o de Centro de Especialidades - o mais clássico - herdado dos momentos iniciais da instituição do movimento da Saúde do Trabalhador, onde predominam as ações assistenciais; o de Centro de Referência ou de "Casa do Trabalhador", também herdado dessa fase inicial, onde o CEREST aparece como unidade de atendimento e prestação de serviços ao trabalhador, envolvendo acolhimento, ações de assistência, vigilância, atividades educativas e orientação quanto a direitos trabalhistas e previdenciários e, finalmente, o terceiro modelo, mais afinado com a proposta da Portaria, onde o CEREST se organiza para ser um polo de articulação intra e intersetorial das ações de Saúde do Trabalhador na rede SUS, na perspectiva do matriciamento.

Os resultados desse estudo recomendam que, além da revisão dos atos normativos que orientam a RENAST em Minas Gerais, seja definida uma política

de capacitação em Saúde do Trabalhador, em consonância com a Política de Educação Permanente para o SUS. A formação de uma rede, envolvendo os CEREST estadual e regionais, em parceria com outras instituições de ensino e pesquisa, permitirá ampliar e potencializar os processos de qualificação profissional e a produção de conhecimentos, a preparação de material pedagógico, protocolos e instrumentos de trabalho, para efetivamente apoiar o desenvolvimento das ações de Saúde do Trabalhador no SUS.

## AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem à equipe técnica da CAIST/SES/MG, Kátia Rita Gonçalves; Soraya Wingester Villas Boas e Carla Annunciatta de Carvalho e do CEREST-MG, a Andréa Maria Silveira e a Cely de Paula Fagundes, ao pesquisador Augusto Campos e aos coordenadores e equipes técnicas dos CEREST regionais, e representantes do controle social.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Presidência da República. Lei nº 8.080, de 19 set. 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. [Citado em 2010 jan. 24]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm)
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1679/GM, de 19 set. 2002. Dispõe sobre a estruturação da rede nacional de atenção integral à saúde do trabalhador no SUS e dá outras providências. Ministério da Saúde - Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. [Citado em 2010 jan. 24]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-1679.htm>
3. Dias EC, Hoefel MG. O desafio de implementar as ações de Saúde do Trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. *Ciênc Saúde Coletiva*, 2005; 10(4):817-28.
4. Vasconcellos LCF. Saúde, trabalho e desenvolvimento sustentável: apontamentos para uma política de Estado [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 2007.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2437/GM, de 7 dez. 2005. Dispõe sobre a ampliação e o fortalecimento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador - RENAST no Sistema Único de Saúde - SUS e dá outras providências. [Citado em 2010 jan. 24]. Disponível em: <http://www.ronichira.t5.com.br/galeria/cerest/doc/PORT%202437%20RENAST.pdf>.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 399/GM, de 22 fev. 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. [Citado em 2010 mar. 11]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>.



7. Gomes CM, Lacaz FAC. Saúde do Trabalhador: novas - velhas questões. *Ciêns Saúde Coletiva*. 2005; 10(4):797-807.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria No. 2.728, de 11 de nov. 2009. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e dá outras providências. [Citado em 2010 mar. 11]. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria\\_renast\\_2728.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_renast_2728.pdf).
9. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1988.
10. Lacaz FAC. O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23(4):757-66.
11. Santos APL. Entre o imediatismo e o planejamento: o desafio da construção da Vigilância em Saúde do Trabalhador no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do Espírito Santo [dissertação]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ-ENSP; 2001.
12. Carvalho CA. O perfil dos trabalhadores dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador de Minas Gerais (CEREST-MG). Trabalho de Conclusão de Curso. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2008.
13. Ramos JCL. Especialização em Saúde do Trabalhador no Brasil: estudo dos cursos realizados no período de 1986 a 2006 [dissertação]. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia; 2008.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 777, de 28 abr. 2004. Dispõe sobre os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador em rede de serviços sentinela específica, no Sistema Único de Saúde – SUS. [Citado em 2010 mar. 11]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-777.htm>
15. Minas Gerais. Secretaria Estadual de Saúde. Coordenação de Atenção Integral em Saúde do Trabalhador. Planilhas-guia para elaboração dos Planos de Trabalho dos CEREST do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte: Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais; 2008. (mimeo).
16. Campos RO. Planejamento e razão instrumental: uma análise da produção teórica sobre planejamento estratégico em saúde nos anos noventa, no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2000; 16(3):723-31.