

Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast): reflexões sobre a estrutura de rede

doi: 10.5123/S1679-49742011000100010

National Network for Whole Health Care Workers: Reflections About Network Structure

Luís Henrique da Costa Leão

Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro-RJ, Brasil

Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos

Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro-RJ, Brasil

Resumo

Objetivo: analisar a experiência de oito anos da Renast destacando diversos aspectos de sua dinâmica de funcionamento. **Metodologia:** por meio de uma abordagem metodológica qualitativa, realizou-se uma revisão do conceito de rede, aplicada ao campo da Saúde, nas bases de dados Scielo, Medline e Lilacs, e procurou-se descrever a criação e implementação da Renast a partir de análise de documentos primários. **Resultado:** demonstram a necessidade de amadurecimento da Renast, para sua efetiva estruturação em rede. **Conclusão:** considera-se que a perspectiva de rede pode ser uma utopia para seu avanço. **Palavras-chave:** saúde do trabalhador; rede; rede de atenção à saúde.

Summary

Objective: analyze the experience of eight years of Renast highlighting various aspects of their working dynamics. **Methodology:** through a qualitative methodological approach, a revision of the concept of network was done, applied on the health, in Scielo, Medline and Lilacs data bases. Beyond, was realized the description of Renast creation and implementation from primary documents. **Result:** demonstrate the need for maturation of Renast for its effective organization in network. **Conclusion:** the network perspective may be an utopia for its development. **Key words:** occupational health; network; Renast.

Endereço para correspondência:

Avenida Leopoldo Bulhões, 1480, Manguinhos, Rio de Janeiro-RJ, Brasil. CEP: 21041-210
E-mail: luis_leao@hotmail.com

Introdução

A proposta de uma rede de saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS) surgiu em decorrência de uma revisão crítica que se fazia aos centros de referência e programas de saúde do trabalhador que não estabeleciam vínculos mais sólidos com as estruturas orgânicas de saúde, mantendo-se isolados e marginalizados. Alguns, inclusive, foram criados e desapareceram no decorrer das décadas de 1980/90.

Além disso, esses centros não dispunham de qualquer mecanismo mais efetivo de comunicação e relação entre si. Embora sua existência fosse considerada estratégica para a consolidação da área de saúde do trabalhador no SUS, observava-se um esgotamento de sua capacidade de contribuir para novos avanços. Assim, *"se por um lado, a estratégia adotada de nuclear as ações de Saúde do Trabalhador em Centros de Referências permitiu avanços setoriais, acúmulo de experiências e conhecimentos técnicos, capacitação dos profissionais, facilitando, ainda que de modo fragmentado, a luta dos trabalhadores por melhores condições de vida e de trabalho, por outro, tem contribuído para manter a área à margem das políticas de saúde do SUS, na medida que estes centros têm 'ficado de fora' do sistema como um todo"*.¹

A marginalidade institucional e a falta de recursos, inclusive pela ausência de financiamento das ações, provocou um debate, na coordenação nacional de saúde do trabalhador, entre 1999 e 2002, no sentido de rever a estrutura da área como um todo. Nesse contexto *"tornou-se urgente e necessário, para a própria sobrevivência da área, o desenvolvimento de novas estratégias visando romper com este 'gueto' e mergulhar profundamente nas políticas de saúde do SUS. Para tanto, deve-se garantir a inserção de suas práticas, tanto assistenciais como as de vigilância, em todos os níveis do modelo técnico-assistencial adotado pelo SUS"*.¹

Em 1999, por exemplo, entre os dias 16 e 18 de julho, foi realizado em Brasília o "Encontro Nacional de Saúde do Trabalhador: Desafios para a construção de um modelo estratégico", evento que reuniu representantes de vários órgãos públicos, setores governamentais, universidades e movimentos sindicais, como Ministério da Saúde, Ministério do Desenvolvimento, Central Única dos Trabalhadores (CUT), Conselho Nacional de Secretários de Saúde

(Conass), Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), entre tantos outros.

O encontro, de grande relevância social e política, contou com a presença de quase 500 pessoas. Seu objetivo foi avaliar a trajetória da Saúde do Trabalhador desde a promulgação da Constituição Federal, buscar compreender o cenário que se vivia, à época, no mundo do trabalho e propor novas formas de atuação para a promoção da vida dos trabalhadores, subsidiando o planejamento de ações da área no Brasil, no que tange à vigilância, assistência, informação, formação de recursos humanos, entre outros.²

Naquele momento, pontos críticos da área foram notados, como a necessidade de organizar a saúde do trabalhador em todos os níveis da atenção, unificar as várias práticas por meio de protocolos, elaborar projeto nacional de capacitação e formação, aumentar a articulação entre gestores e movimentos sociais, criar novas metodologias para a vigilância em saúde do trabalhador, construir indicadores para o planejamento das ações, rever o modelo calcado nos centros de referência, no sentido de sua avaliação, e redefinir seu papel de pólo de difusão e de realização de ações, entre outras coisas.²

Tendo como princípio formulador básico a ideia da integração e harmonização das iniciativas institucionais do campo, a rede abriria espaços de debate mais qualificados para a institucionalidade da saúde do trabalhador no SUS.

Havia um consenso entre os técnicos, na ocasião, de que a constituição de uma rede integradora poderia servir como fator impulsionador da consolidação da área no SUS, trazendo novos aportes para a constituição de uma cultura mais sólida do campo. Tendo como princípio formulador básico a ideia da integração e harmonização das iniciativas institucionais do campo, a rede abriria espaços de debate mais qualificados para a institucionalidade da saúde do trabalhador no SUS.

Nesse sentido, em 2000, é realizado um encontro sobre a criação da Rede de Saúde do Trabalhador por iniciativa de técnicos da Coordenação de Saúde do Trabalhador (Cosat), da Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde (MS). Ao mesmo tempo, outra proposta de rede era gestada por assessores da

Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) do mesmo Ministério da Saúde. A primeira proposta de rede acabou se perdendo, e em meio a conflitos no âmbito do MS, em 2002, foi criada a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast), pela Portaria GM/MS nº 1.679, de 19/09/2002, proposta que expressou o desejo de apenas um grupo.³

A Renast, cuja finalidade era criar uma rede, como o próprio nome preconiza, articulando as ações de saúde do trabalhador no contexto do SUS, conferindo organicidade aos serviços existentes no país e buscando dar visibilidade à área na estrutura do SUS, foi sendo revista por meio de novas normativas, que também dispõem sobre sua estruturação. Em 2005, portanto, a Renast foi revista e ampliada, por meio da Portaria GM/MS nº 2.437, de 07/12/2005, e novamente em 2009, pela necessidade de adequação ao Pacto Pela Vida e em Defesa do SUS, com a Portaria nº 2.728, de 11/11/2009.

Neste texto, a partir de uma breve discussão sobre o conceito de rede, aplicada ao campo da Saúde, procura-se resgatar a história da Renast, debater sua organização e dinâmica de ação, destacando as dificuldades de sua estruturação em rede.

Metodologia

No que tange à metodologia, esta é uma pesquisa qualitativa, de cunho bibliográfico, constituindo uma revisão crítica da literatura sobre os conceitos de rede e análise de documentos primários relacionados à Renast.

Além de levantamento de literatura em geral, como textos, livros e documentos relacionados ao constructo “rede”, realizou-se uma revisão sobre o conceito de rede nas bases de dados indexadas Scielo, Medline e Lilacs, relacionando-o com os temas “saúde” e “saúde do trabalhador”.

Como estratégia de busca nessas bases de dados, utilizou-se os termos “rede”, “saúde”, “saúde do trabalhador”, fazendo os cruzamentos entre eles da seguinte maneira: rede AND Saúde e Rede AND Saúde do Trabalhador. Em um segundo momento, realizou-se a busca por meio do termo “renast”, a fim de verificar publicações específicas sobre essa temática.

Como critérios de inclusão de publicações encontradas, optou-se por analisar textos que tinham como objeto o conceito de rede relacionado à área da Saúde, bem como textos cuja temática central era

a Renast. Foram excluídas diversas publicações que analisavam problemas de saúde, questões relativas à saúde e trabalho que não analisavam a organização das ações e serviços de saúde na rede SUS, bem como textos que não possuíam relação com a Renast. Esse levantamento bibliográfico, realizado em fevereiro de 2009, foi atualizado em outubro desse mesmo ano.

Os artigos de periódicos, textos e documentos primários analisados referem-se ao período entre 1988 e novembro de 2009. A publicação da Portaria nº 2.728, em novembro de 2009, foi o elemento de delimitação e recorte de tempo da presente investigação documental.

Nas bases de dados na internet, identificamos grande quantidade de artigos relacionados à rede, nas mais variadas áreas do conhecimento. No entanto, quanto à relação entre “rede” e “saúde”, a produção diminui. Por exemplo: ao realizarmos a busca através do descritor “rede”, na base de dados Scielo, são encontrados 119 artigos; porém, ao cruzarmos com o descritor “saúde”, o número reduz para 23. Já na busca pelo cruzamento de “rede” com “saúde do trabalhador”, nenhum artigo foi encontrado. Na Lilacs, o número de artigos para “rede” e “saúde do trabalhador” identificados segundo os critérios desta pesquisa é de 55. Destes, apenas um sobre a Renast, e alguns que mencionam os programas de saúde do trabalhador e as redes de atenção à saúde em geral. Quanto à Renast propriamente dita, pode-se dizer que não existem muitas análises e publicações, indicando que ainda é baixa a produção em torno desse tema. Por exemplo, apenas três estudos são encontrados no Lilacs, a partir da busca por “Renast”.

Alguns livros e artigos não indexados também foram importantes para a realização da pesquisa sobre o conceito de rede, mostrando toda a polissemia do conceito. Por se tratar de um elemento de discussão que permeia vários campos do saber, passando pela biologia, cibernética, filosofia, sociologia, antropologia e administração, fizemos uma revisão conceitual nessas áreas do saber, destacando a relação deste constructo com o campo da Saúde, pois interessava, justamente, investigar a relação entre a origem e usos dos conceitos de rede e sua aplicação no âmbito da saúde pública.

Fez-se necessário, também, utilizar a técnica de análise documental das fontes primárias utilizadas na pesquisa, como Leis e Portarias federais, textos de encontros de profissionais do Ministério da Saúde, notícias veiculadas em canais do Ministério da Saúde,

informativos internos, relatórios de encontros regionais, estaduais e nacionais de saúde do trabalhador, entre outros.

A análise dos dados foi efetuada por meio do método de Análise de Conteúdos, de acordo com a proposta de Bardin. Essa técnica, de uso variado e adequado às pesquisas qualitativas, permite a verificação da hipótese e questão levantadas e a descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos em documentos e textos, bem como as condições de produção de suas mensagens.⁴

Resultados

Sobre o conceito de rede – a palavra 'rede' tornou-se familiar, recentemente, em vários contextos, sobretudo, na organização de serviços públicos de saúde. Contudo, na familiaridade da palavra, pode se esconder a polissemia e a complexidade do conceito, sendo utilizada de forma indistinta em diversos campos. Nohria considera que *"esta proliferação indiscriminada do conceito de rede ameaça relegá-lo ao status de uma metáfora evocativa, aplicada tão espontaneamente que acaba significando qualquer coisa"*.⁵ Daí, a importância de transformar a familiaridade em estranhamento, para favorecer a compreensão do conceito. Então, o que é uma rede? O que significa? Qual sua origem e conceituação?

Mais recentemente, a expressão rede ganhou *status* diferenciado no vocabulário da academia, em textos e documentos de organizações privadas e movimentos sociais, e de modo relevante, como expressão na configuração de políticas públicas. Sua utilização, embora diversa, imprime a ideia de vínculos, contatos, ligações, entrelaçamentos, acordos, conexões, agenciamentos, colaborações, articulações de pessoas e instituições. Dessa forma, empresas, instituições e serviços públicos têm se organizado em torno de novas configurações de serviços em redes. Surgem, também, agrupamentos de movimentos sociais convergindo em redes e atuando em temas como justiça, meio ambiente, saúde, direitos humanos, entre outros.

O conceito moderno de rede tem marcado presença na nova ordem econômica global e na organização do mundo contemporâneo: *"Conquanto as noções mais típicas do neoliberalismo – mercado, concorrência, privatização, individualismo, competitividade, eficácia, eficiência, etc. – se mantenham e continuem até a assumir um lugar preponderante nos dias de*

hoje, a nova lógica reticular ou conexcionista tem vindo a incorporar outras noções, como as de rede, pacto, parceria, contrato, solidariedade, inclusão, coesão social, entre outras, em torno de um ideal de colaboração, diálogo e consenso".⁶

O surgimento do pensamento sistêmico, na primeira metade do século XX, com a Teoria Geral dos Sistemas desenvolvida principalmente por Ludwig von Bertalanffy, além de representar uma revolução na história do pensamento científico ocidental, contribuiu para o desenvolvimento da noção de rede como organização lógica da vida. O pensamento sistêmico emerge como arcabouço conceitual geral, para unificar várias disciplinas científicas isoladas e fragmentadas.⁷

Aplicado de forma pioneira na biologia e, posteriormente, na psicologia da *gestalt* e na ecologia, o pensamento sistêmico é holístico e integrador, opondo-se frontalmente ao pensamento mecanicista, reducionista, atomizado e fragmentário. Entre essas matrizes de pensamento, há tensão entre as partes e o todo. O mecanicismo privilegia as partes, enquanto o sistêmico, o todo, pois o todo é mais do que a soma das partes. Capra⁷ assinala: *"De acordo com a visão sistêmica, as propriedades essenciais de um organismo, ou sistema vivo são propriedades do todo, que nenhuma das partes possui. Elas surgem das interações e das relações entre as partes. Essas propriedades são destruídas quando o sistema é dissecado, física ou teoricamente, em elementos isolados. Embora possamos discernir partes individuais em qualquer sistema, essas partes não são isoladas, e a natureza do todo é sempre diferente da mera soma de suas partes"*. Podemos inferir que as características-chaves do pensamento sistêmico são a mudança das partes para o todo, seus níveis de complexidade e a percepção da vida como rede de relações.

A Teoria Geral dos Sistemas passou a ser aplicada às teorias de administração, durante os anos 1960, com uma crescente difusão dos estudos organizacionais que enfocam as formas, vantagens e configurações de organizações em rede, intra e inter-organizacionais. A noção de rede, de maneira geral, vem sendo idealizada como um formato organizacional democrático e participativo, segundo o qual as relações interinstitucionais caracterizam-se pela não-centralidade, não-hierarquização do poder, tendentes à horizontalidade, complementaridade e abertas ao pluralismo de ideias.⁸

Trata-se de um arranjo organizacional, formado por um grupo de atores que se articula para realizar objetivos complexos, inalcançáveis de forma isolada. Nesse sentido, os princípios fundamentais da aplicação dos conceitos de rede são a interação, o relacionamento, a ajuda mútua, o compartilhamento, a integração e a complementaridade.⁹

Relevantes contribuições para a discussão do conceito de rede podem ser encontradas, também, nos escritos do pensador francês Edgar Morin, em seus estudos sobre a complexidade. Segundo esse autor, há necessidade de um pensamento que compreenda o conhecimento do todo e das partes como interdependente e que examine fenômenos multidimensionais, em vez de isolar suas dimensões. Destarte, é preciso substituir um pensamento que isola e separa por um pensamento que distingue e une.¹¹ Ou seja, um paradigma da complexidade que aspire ao conhecimento multidimensional, oposto ao pensamento simplicador e mutilador, que quer o uno e não o múltiplo, que caracterizou, inclusive, a formação da ciência moderna.¹⁰ *"A visão simplificada diria: a parte está no todo. A visão da complexidade diz: não apenas a parte está no todo; o todo está na interior da parte que está no interior do todo".*¹⁰

A complexidade é, portanto, o que está junto, é o tecido composto por fios diferentes, que se transformam em uma só coisa, sem destruir, por outro lado, a variedade e diversidade daquilo que o tece. *"Certamente, a ambição do pensamento complexo é dar conta das articulações entre domínios disciplinares, que são quebrados pelo pensamento disjuntivo (que é um dos aspectos principais do pensamento simplicador); este isola o que separa e oculta tudo que o liga, interage, interfere."*¹⁰

No âmbito das ciências sociais existem autores que tratam da temática "redes sociais". Contudo, a ideia de redes sociais nasce mesmo na antropologia social e a primeira aproximação pode ser atribuída a Lévi-Strauss, em sua análise etnográfica das estruturas de parentesco. Assim, o conceito de rede tem a ver com a concepção de algo que é construído nas relações do cotidiano, como redes de vizinhança, parentesco, amizade. Ressaltam-se, neste campo, os estudos das redes primárias, para indicar formas específicas de interação entre os indivíduos de determinados agrupamentos.¹²

Recentemente, por intermédio dos estudos do sociólogo espanhol Manuel Castells, a noção de rede

ganha relevo. No primeiro volume ("A Sociedade das Redes") de sua obra "A era da informação: Economia, Sociedade e Cultura", o autor analisa a nova tendência do capitalismo, agora global, incrementado pelas novas tecnologias da informação e comunicação. Sua preocupação é caracterizar a dinâmica da sociedade na era da informação, pois a revolução da tecnologia e da informação vêm possibilitando um arranjo em forma de rede, em escala global. Como consequência, as redes constituem a nova morfologia social da contemporaneidade. Essa nova estrutura social questiona a era industrial desenvolvida até então, pois o capital se torna global e estrutura-se em torno de uma rede de fluxos financeiros. Em suas palavras: *"o poder dos fluxos é mais importante que os fluxos do poder"*.¹³

Com o propósito de conceituar rede, Castells elege três principais componentes: um conjunto de nós interconectados; estruturas abertas de expansão ilimitada; e a capacidade de ser instrumento apropriado para o funcionamento da economia capitalista. De acordo com seu pensamento, esse conjunto de nós interconectados é capaz de expandir-se integrando novos nós, desde que haja comunicação dentro da rede e que os nós compartilhem os mesmos valores e objetivos. Para que a rede funcione e desempenhe apropriadamente seu papel, dois de seus atributos são fundamentais: conectividade, que é a capacidade estrutural de facilitar a comunicação sem ruídos entre seus componentes; e coerência, que se refere à cooperação e ao compartilhar de objetivos comuns entre os atores da rede.

Percebe-se, assim, que o conceito de rede implica uma multiplicidade de conceitos díspares, heterogêneos, ligados uns aos outros por construtos comuns, tais como integração, nós, pontos, linhas, vínculos, conexão, que, independentemente do conceito adotado, tende a consolidar a cultura da cooperação.¹⁴

No que tange à relação entre o termo rede e os serviços de saúde no Brasil, é possível perceber mudanças de concepção, conforme descrevem Zambenedetti e Silva,¹⁵ ao analisarem a noção de rede no processo de reforma sanitária e psiquiátrica do Brasil. Os autores apontam, por exemplo, a importância da 3ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 1963, onde foram debatidos os problemas de concentração política, administrativa e geográfica dos dispositivos assistenciais, fazendo emergir a proposta de criação de uma rede básica de serviços médico-sanitários, cuja possibilidade de realização foi interrompida com o gol-

pe de 1964. *"Em várias passagens dessa Conferência menciona-se a palavra 'rede' – rede hospitalar nacional, rede de ambulatórios, rede nosocomial, rede básica –, designando meramente um conjunto de serviços com características comuns. A ideia de rede está fortemente vinculada à melhor distribuição dos serviços de saúde, à constituição e ramificação desses serviços pelo território nacional"*.¹⁵

Em 1977, nas discussões da 6ª CNS, na qual se falava em expansão da assistência à saúde, a ideia da articulação entre os órgãos que executam ações de saúde ganha relevo *"não apenas como um mero conjunto de serviços de características semelhantes e bem distribuídos espacialmente, mas como um conjunto de serviços complementares uns aos outros, que devem conformar um sistema, exigindo ordenação, normatização, racionalização. A rede confunde-se com a própria ideia de 'sistema' ou de 'estrutura' e expressa tanto o caráter de 'fazer circular' quanto o de 'controlar' a partir da articulação dos diferentes serviços situados nos estratos do sistema. Não se trata apenas de ter uma rede, mas de funcionar em rede, de modo articulado, tendo em vista um viés topológico-espacial"*.¹⁵

O SUS é, na verdade, uma grande rede de saúde do Brasil, elaborada em contraposição ao modelo de assistência à saúde verticalizado, fragmentado e centralizado, que caracterizou a atuação em saúde por longos anos.

Nas 7ª e 8ª CNS (1980 e 1986), entretanto, ganha corpo a noção de rede regionalizada e hierarquizada, ou seja, organizada em torno de um território espacial e em níveis de complexidade. É esta a ideia presente na construção do SUS, referendado pela Constituição Federal de 1988, conforme o seu artigo 198: "As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III – participação da comunidade."¹⁶

O SUS é, na verdade, uma grande rede de saúde do Brasil, elaborada em contraposição ao modelo de assistência à saúde verticalizado, fragmentado e centralizado, que caracterizou a atuação em saúde por longos anos. Ao longo da década de 1990, *"foi possível iniciar um processo de construção de estrutura alternativa à lógica hierarquizada, marcada por decisões centralizadas, típicas do 'modelo INPS'. A arma mais eficiente para enfrentar a extrema verticalização de estruturas decisórias é sempre a ideia de rede que privilegia interações organizacionais"*.¹⁷

É no contexto da rede SUS que surge a Renast, cujo papel era unir e criar interações entre os serviços de saúde do trabalhador, a rede de saúde do Brasil e demais segmentos da sociedade responsáveis e engajados na questão da saúde dos trabalhadores.

Sobre o processo de construção da Renast – no decorrer da década de 1990, várias iniciativas foram tomadas no sentido de consolidar a área de saúde do trabalhador no SUS. Podem ser destacadas: a realização da 2ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, em 1994; a elaboração da Norma Operacional de Saúde do Trabalhador (Nost - Portaria 3.908/98); a publicação da Portaria nº 3.120/98, que instituiu a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador; e da Portaria nº 1.339/99, que instituiu a Listagem de Doenças Relacionadas ao Trabalho. Ao final da década, integrantes da área técnica (Cosat - Coordenação de Saúde do Trabalhador), abrigada na Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde, formularam uma proposta para a constituição de uma Renast.

Tendo em vista a dispersão das ações nos centros e programas de saúde do trabalhador, os técnicos da Cosat propuseram a criação de uma rede que agregasse, articulasse e integrasse os diversos programas e profissionais de saúde do trabalhador distribuídos nos estados e municípios brasileiros. Encontro ocorrido em Brasília, em agosto de 2000, com a participação de vários coordenadores e técnicos de programas, debateu a criação da Rede Nacional de Saúde do Trabalhador. A estrutura apresentada e analisada no encontro propunha a organização em torno de núcleos de inteligência, em níveis nacional, estadual, regional, consorcial e municipal, os quais estabeleceriam redes de formulações, informações, articulações, capacitações, estudos, pesquisas e projetos estratégicos.¹⁸ Ademais, foi proposta a criação de uma rede virtual de

comunicação, que contribuiria para consolidar a organização da rede. Uma das primeiras iniciativas nessa direção foi a criação do InfoRedeST, um informativo bimensal destinado a "*estabelecer um canal permanente de comunicação entre todas as instâncias de Saúde do Trabalhador, tais como os centros, programas e serviços municipais e estaduais do SUS, além dos demais setores com interesse nessas questões ou que venham participando de ações relacionadas à atuação na área de saúde do trabalhador, tais como universidades, órgãos públicos, sindicatos e profissionais de saúde, entre outros*".¹⁹

Preconizava-se também o desenvolvimento de pesquisas multicêntricas concentradas em torno de eixos comuns e articulados, de modo a evitar que se constituíssem em experiências isoladas, pontuais e repetitivas. Era uma tentativa de integração entre projetos estratégicos de saúde do trabalhador que vinham se desenvolvendo em pesquisas dispersas pelo país, cuja mesma fonte de financiamento não impedia a duplicação dos instrumentos e meios, sem qualquer controle. Uma vez configurada a rede, a Cosat, enquanto coordenação técnica nacional, poderia fortalecer cada um dos projetos, particularmente, e seu conjunto, na medida em que impedisse sua duplicação, otimizando a utilização de recursos financeiros e o intercâmbio técnico-científico.²⁰

A proposta original da Renast não se efetivou, contudo, devido a dificuldades de articulação na própria estrutura ministerial. Até 2002 existiam duas secretarias no Ministério da Saúde: a Secretaria de Políticas de Saúde (SPS), na qual situava-se a Cosat, e a SAS, que abrigava desde 1999 uma assessoria de saúde ocupacional. A fragmentação institucional no MS refletia o próprio campo da saúde do trabalhador, cuja dificuldade em estabelecer articulações e conexões havia suscitado o propósito de constituição da rede.³

Sem que fossem superadas as dificuldades de articulação interna, em 2002, e sob críticas de diversos setores – Cosat, Conass, CUT, entre outros –, por intermédio da Portaria n° 1.679/2002, foi instituída a Renast, baseada na versão elaborada pela SAS. As críticas recaíam, principalmente, sobre o processo de elaboração, em que ficou patente a desarticulação das áreas de política e assistência do MS e as divergências entre elas sobre o modelo da rede. Os técnicos da Cosat discordavam da tônica assistencialista da Renast.³

Assim instituída, a Renast, textualmente, tinha o propósito de articular ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde dos trabalhadores urbanos e rurais, independentemente do vínculo empregatício e tipo de inserção no mercado de trabalho, de forma regionalizada e hierarquizada. A rede desenvolver-se-ia de maneira articulada entre as esferas de governo (MS e secretarias estaduais e municipais) e a organização de ações de saúde do trabalhador articular-se-ia em três contextos: rede de atenção básica e do programa Saúde da Família; rede de centros de saúde do trabalhador (estaduais e regionais); e ações na rede assistencial de média e alta complexidade.

Na Renast, os Cerest seriam serviços articuladores da rede e de retaguarda do SUS, conforme se lê no texto da Portaria n° 1.679. "*Os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador devem ser compreendidos como pólos irradiadores [...] assumindo a função de suporte técnico e científico [...]. Suas atividades só fazem sentido se articuladas aos demais serviços da rede do SUS, orientando-os e fornecendo retaguarda nas suas práticas, de forma que os agravos à saúde relacionados ao trabalho possam ser atendidos em todos os níveis de atenção do SUS, de forma integral e hierarquizada. Em nenhuma hipótese, os CRST poderão assumir atividades que o caracterizem como porta de entrada do sistema de atenção*".²¹

A Portaria n° 1.679, portanto, possibilitou a habilitação de centros de referência em todo o país. Especialmente por meio de incentivos financeiros, rubricados na alta complexidade do MS, grande parte dos centros já existentes e outros tantos criados no período passaram a se habilitar na Renast, de modo a receber um aporte mensal de recursos que se propunha a financiar ações em sua área de abrangência, de acordo com critérios estabelecidos na Portaria.

Apesar desse aporte financeiro e aumento de número de Cerest no Brasil, é possível dizer que a Renast, como estratégia de articulação das ações de saúde do trabalhador no SUS, a par dos avanços, obteve resultados situados aquém das expectativas iniciais.^{3,22}

Nos três anos seguintes, a necessidade de efetuar ajustes e incorporar novas formas de atuação da Renast convergiu para a publicação da Portaria n° 2.437/2005. O documento visava ampliar e fortalecer a Renast, mediante: organização de serviços e municípios-sentinelas; implementação de ações de vigilância e

promoção da saúde; fortalecimento do controle social; e aumento do repasse financeiro.

De acordo com o texto dessa Portaria, o principal objetivo da Renast seria integrar a rede de serviços do SUS voltados à assistência e à vigilância, a fim de desenvolver as ações de saúde do trabalhador. Desse modo, os Cerests atuariam como unidades especializadas de retaguarda técnica para as ações, conforme o anexo IV dessa normativa. Nessa Portaria, foi adotada, oficialmente, a nomenclatura de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, e recomendada sua denominação em todos os estados da Federação.²³

Tanto a Portaria n° 1.679/2002 quanto a Portaria n° 2.437/2005 estabeleciam a relação de profissionais que deveriam compor os recursos humanos dos Cerest, fazendo parte da equipe médicos, enfermeiros, técnicos de segurança do trabalho, entre outros. A Portaria de 2005 recomendava que os profissionais de nível superior comprovassem experiência (mínimo de dois anos) em serviços de saúde do trabalhador ou especialização em Saúde Pública ou Saúde do Trabalhador.

A necessidade de adequação da Portaria n° 2.437 ao Pacto pela Vida e de Gestão, de 2006, motivou a publicação de outra normativa: a Portaria n° 2.728/2009, que volta a dispor sobre a implementação da Renast.²⁴ Em seu texto, ressalta a exigência de pactuação nas comissões intergestoras bipartite e tripartite (CIB e CIT), seguindo a lógica de gestão do sistema que busca o consenso interfederativo, consoante com o SUS. Contudo, várias iniciativas são elencadas na Portaria, como pontos de pactuação futura, dependentes de realidades contextuais muito distintas em nosso país. O fato vislumbra novas dificuldades.

A Portaria, todavia, mantém as mesmas diretrizes de inclusão, implementação e fomento da Renast, fato que demonstra as dificuldades de implementação das ações propostas nas Portarias anteriores.

Em síntese, a Renast é definida como uma rede nacional de informação e práticas de saúde, organizada com o propósito de implementar ações assistenciais, de vigilância e de promoção, qualificando a atenção à saúde já exercida pelo SUS. Sua estrutura intenciona, a partir de centros de referência, serviços de saúde de retaguarda de média e alta complexidade e municípios-sentinela organizados em torno de um dado território, estabelecer fluxos de atenção aos trabalhadores em todos os níveis, de modo articulado com as vigilâncias sanitária, epidemiológica e ambiental.¹

A organização de municípios-sentinela que propiciem a produção, sistematização e disponibilização da informação em saúde do trabalhador deve ser definida "a partir de dados epidemiológicos, previdenciários e econômicos, que indiquem fatores de riscos significativos à saúde dos trabalhadores, oriundos de processos de trabalho em seus territórios" e pactuada na CIB e na CIT, de acordo com Portaria n° 2.728/2009.

Até março de 2009, a Renast possuía 178 Cerest habilitados no Brasil, conforme essa mesma Portaria indica,²⁴ e diversos serviços médicos e ambulatoriais de média e alta complexidade constituintes da rede sentinela, responsáveis pelo diagnóstico de doenças e acidentes relacionados ao trabalho e pelo seu registro no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), conforme preconiza a Portaria GM/MS n° 777, de 28/04/04.²⁵

Embora a Renast tenha sido concebida como rede de informação, vigilância, capacitação, assistência, investigação, pesquisa, controle social, comunicação e educação em saúde do trabalhador, sua trajetória vem denotando impasses e obstáculos para sua efetiva implementação.

Andrade e Kassawara,²² em pesquisa de 2004, realizada em cinco Cerest regionais, três estaduais e um municipal, localizados em três estados brasileiros, verificaram concentração na assistência, inexistência de um sistema de capacitação, inexistência de um sistema de informação e falta de canais de comunicação, entre outros problemas apontados pelos membros entrevistados nesses centros.

Noutra pesquisa, realizada em 2006, em vários municípios do estado da Bahia, grande parte das atividades dos Cerest se concentravam em "*consultas em medicina do Trabalho*".²⁶

Em 2008, um encontro realizado no Norte Fluminense evidenciou alguns pontos críticos na região: escassez de ação de vigilância em saúde do trabalhador, baixa articulação intra-setorial, inexistência de pactos intersetoriais e baixa comunicação em saúde do trabalhador entre os municípios da região.²⁷

A análise de algumas normativas da Renast permite perceber tentativas de mudanças para engendrar maiores articulações no contexto da Rede. Por exemplo, a Portaria n° 1.679 faz alusão a uma rede de saúde de caráter mais intra-setorial; já a 2.437 e a 2.728 ampliam essa visão sob uma lógica de rede intra e inter-setorial.

Todavia, os exemplos acima citados demonstram a dificuldade de implementação de ações em rede apenas por medidas normativas, sem maior participação das partes envolvidas no processo, inclusive as representações dos trabalhadores.

São ainda escassos os trabalhos analíticos sobre a estruturação e funcionamento da Renast. Com a informação acumulada no convívio com profissionais e atores da área técnica de Saúde do Trabalhador do MS e dos Cerest, e a análise de textos e documentos relacionados à Renast, é possível, entretanto, discutir o estado das práticas da Renast.

Discussão

Tendo-se refletido sobre o sentido e significado da palavra rede e a descrição da Renast, discute-se aqui a relação entre o conceito de rede e a configuração da Renast – desde que esta não tem atuado, a rigor, na perspectiva de rede. A Renast, assim, encontra dificuldades em sua estruturação como rede. Para se chegar a essa conclusão, nossa reflexão se baseia nos seguintes pontos de crise da Renast: 1) a ausência de uma concepção de integralidade; 2) a ênfase desproporcional em uma das partes da atenção – o assistencialismo; 3) a ausência de mecanismos visceralmente mais sólidos e compulsórios de articulação e comunicação; 4) a heterogeneidade da inserção institucional dos centros de referência; 5) o reconhecimento impróprio dos membros dos Cerest em relação a seu papel; e 6) a ausência de uma missão estruturante. Vejamos um a um desses pontos.

1) A ausência de uma concepção de integralidade

O SUS tem como um de seus primados doutrinários a questão da integralidade. De um lado, sua ideia é fundamentada no contraponto ao modelo teórico-conceitual fragmentador e redutor da saúde à biologia, ao cuidado segmentado e ao modelo assistencial hospitalocêntrico;²⁸ de outro lado, "*o princípio da integralidade tem repercussões sobre o arranjo das instituições governamentais voltadas para formular e implementar as políticas de saúde*".²⁹

Considerando que a Renast pretende ser uma rede de atenção integral, seus pilares estruturadores das ações e serviços deveriam buscar, mais claramente, contrapor-se ao modelo fragmentador, inserindo-se de

forma mais ostensiva na formulação das políticas de saúde voltadas aos trabalhadores. Nessa perspectiva, a Renast deveria atuar como estratégia estruturante de ações e serviços menos assentados no modelo assistencial e mais nas práticas de vigilância da saúde, na atenção primária, na educação popular e na educação permanente dos profissionais do sistema de saúde como um todo, para ficar em alguns.

Para ser coerente com a integralidade, a Renast deve à doutrina um comportamento holístico sobre as relações saúde-trabalho que, embora a Lei regente do SUS tenha apontado, não foi considerado. Podemos destacar, entre as atividades previstas na Lei Orgânica de Saúde, a vigilância epidemiológica e sanitária, a promoção, a proteção, a assistência, a recuperação, a reabilitação, a realização de estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais, a normatização, a fiscalização e o controle da produção, a avaliação de impactos tecnológicos, a comunicação e informação sobre os riscos, a normatização, fiscalização e controle dos serviços nas instituições e empresas públicas e privadas, a revisão periódica da listagem oficial de doenças e, finalmente, a postura de poder público garantidor da recusa ao trabalho em situação de risco iminente à saúde dos trabalhadores.³⁰

A Portaria n° 2.728, de certa forma, aponta na direção da integralidade ao preconizar a implantação das ações de promoção, assistência e vigilância em saúde do trabalhador na rede SUS, inclusive indicando o estabelecimento de instrumentos que possam favorecer a integralidade. Entretanto, a ênfase da Renast tem se voltado ao assistencialismo, como veremos adiante.

2) A ênfase desproporcional em uma das partes da atenção – o assistencialismo

Lourenço e Bertani³¹ afirmam que apesar do campo saúde do trabalhador ter sido construído com a participação de vários atores sociais e políticos e de ter sido reconhecido no plano legal, não foram efetivadas novas práticas para além da assistência médica, salvo algumas ações inusitadas, todavia focais. Embora se perceba, em algumas regiões, ações efetivas de vigilância e capacitação, por exemplo, a tônica do modelo Renast recaiu sobre a assistência, conforme o próprio texto de sua fundação: Portaria n° 1.679; e o manual de gestão da Renast, de 2006.

A ênfase na assistência médica caracterizou a organização da Renast como favorecedora de uma lógica mecanicista (lógica das partes), em detrimento de uma perspectiva holística (lógica do todo) mais condizente com a real efetivação de uma rede. Desde sua formulação, a ênfase assistencial refletia o financiamento da Renast originado na rubrica da alta complexidade ministerial. Uma tendência ao predomínio das ações de assistência em detrimento das ações de vigilância e promoção da saúde do trabalhador, de certo modo, impediu uma vocação de cunho mais preventivo. Se um determinado fator componente da estrutura da rede retém maior ênfase, afrouxam-se os laços com outros fatores, comprometendo a estrutura reticular.

No processo de elaboração da Portaria nº 1.679/2002, o foco assistencial da Renast já era assinalado: *"Apesar das críticas e dos desencontros institucionais observados no processo de elaboração desse instrumento, em particular à ênfase nas ações assistenciais, a portaria foi apoiada pelos profissionais e técnicos dos CRST e setores do movimento dos trabalhadores, que reconheceram na iniciativa uma oportunidade de institucionalização e fortalecimento da Saúde do Trabalhador, no SUS"*.³²

Nessa linha, a Renast passou a ser confundida com uma nova rede de assistência à saúde do trabalhador paralela à rede de serviços de saúde já existente no SUS. No anúncio ministerial feito por ocasião do lançamento da Portaria nº 1.679/2002, no Informe Saúde, ano VI, nº 182, de setembro de 2002, lia-se: *"Trabalhadores terão rede de assistência no SUS"*.³³ Além da ênfase na assistência, o anúncio denota uma perspectiva de compartimentalização e distanciamento das práticas correntes da rede SUS.

Conforme informações do próprio sítio eletrônico oficial do MS, acessadas no início de 2009, por exemplo, *"os Centros de Referência prestam assistência aos trabalhadores que adoecem ou se acidentam, promovem, protegem e recuperam os trabalhadores, além de investigar as condições de segurança dos ambientes de trabalho"*.³⁴

O Manual de Gestão e Gerenciamento da Renast, lançado em 2006 pelo MS, corrobora esse entendimento ao atribuir aos Cerest *"ações assistenciais individuais, como atendimento, acolhimento do usuário, consultas, exames e orientações"*.³⁵

A própria denominação 'centro de referência', presente nas normativas da Renast (Portarias nº 1.679,

2.437 e 2.728), carrega um sentido organizacional de perspectiva ambulatorial e curativa, ou mesmo de centro especializado em tratamentos. A lógica assistencialista e o enfoque 'medicocêntrico', provenientes da cultura da doença, por certo, está por trás dessa nomenclatura. O modelo favorece a convergência de ações assistenciais em saúde do trabalhador para os centros de referência e impede a dispersão das ações sistêmicas a partir dos centros, na medida em que os serviços do SUS demandam aos Cerest o atendimento aos acidentados e doentes do trabalho. Uma desejada ação centrífuga para consolidar a saúde do trabalhador no SUS acaba em ação centrípeta, que favorece o isolamento e a imobilidade.

No ano 2000, a proposta original da Renast, formulada pela Cosat, estruturava não centros de referência e sim núcleos de inteligência que fomentariam políticas locais de saúde do trabalhador, agregando agentes e setores intra e inter-institucionais, atores e movimentos sociais e instâncias públicas em torno da relação saúde-trabalho, nos processos produtivos do seu raio de abrangência.

Os técnicos da Cosat que se contrapunham à ênfase no assistencialismo, à época da publicação da Portaria nº 1.679/2002, emitiram parecer sobre esta, na qual assim se expressavam: *"em síntese, o modelo de atenção a partir da estruturação de centros de referência, funcionou e vem funcionando, como porta de entrada de casos e, muitas vezes, como clínicas de atendimento de acidentados de trabalho"*.³⁶

Ainda que as Portarias nº 1.679, 2.437 e 2.728 proibam expressamente que os Cerests assumam funções correspondentes aos Serviços Especializados de Segurança e Medicina do Trabalho, ou funcionem como porta de entrada do sistema de saúde, a nomenclatura e modelo Cerest favorece a ênfase na atuação mais assistencial que preventiva, principalmente em regiões onde o controle social em saúde do trabalhador esteja enfraquecido, e os Cerests desarticulados em relação às estruturas das secretarias de saúde.

A Portaria GM/MS nº 1.956, de 14/08/2007, que dispõe sobre a coordenação das ações relativas à saúde do trabalhador no âmbito do Ministério da Saúde, determina que a gestão e a coordenação das ações de Saúde do Trabalhador promovidos pelo MS sejam exercidas pela Secretaria de Vigilância em Saúde. Esta mudança, de cunho institucional, na área técnica da Saúde do Trabalhador pode representar um avanço na

proposição das ações da Renast, no sentido de auxiliar na implementação de ações sistemáticas de vigilância em saúde do trabalhador em detrimento das assistenciais, independentemente das configurações regionais onde estejam inseridos determinados Cerests.³⁷

3) A ausência de mecanismos visceralmente mais sólidos e compulsórios de articulação e comunicação

A ligação entre os Cerest, cuja capacidade de comunicação em rede, fazendo-os dialogar, permite a ampla circulação de informação e estabelece mecanismos de cooperação entre si, não é identificada na Renast. A parceria e a conectividade são ainda incipientes e dependentes de ações voluntaristas de alguns técnicos dessas instâncias. Nos últimos anos, foram realizados alguns encontros, conferências e eventos sobre temas de saúde do trabalhador promovidos pela coordenação nacional e pelos próprios Cerest, sem qualquer garantia de comunicação contínua e sistemática entre eles.

Apesar das atuais possibilidades oferecidas pela informática, de rapidez na comunicação e na estocagem e circulação da informação, o que pode conferir eficácia às redes,¹¹ entre os Cerest, não se verificam mecanismos efetivos de comunicação com a missão de conectá-los permanentemente entre si. O fato favorece o isolamento e o distanciamento entre esses serviços.

Disseminados pelo território brasileiro, os centros componentes do modelo Renast parecem manter sua identidade de rede tão somente na uniformização da nomenclatura Cerest, cujas atividades são desuniformes, erráticas e inconsistentes, no sentido da consolidação da política.

O que se observa é um conjunto de serviços de saúde do trabalhador desarticulados, sem efetividade e sem constituir uma rede, sob a perspectiva sistêmica. Como vimos, o pensamento sistêmico considera que nas partes isoladas umas das outras, não são encontradas as propriedades do todo: "*a natureza do todo é sempre diferente da mera soma de suas partes*".⁷ O conjunto dos Cerest, no Brasil, não configura um sistema reticular e sim, tão-somente, um somatório de partes isoladas, desconectadas e dispersas entre si, em que a lógica sistêmica não impera. De acordo com Castells,¹³ sem conectividade e coerência não existe rede. É o caso dos Cerest, componentes de grande relevância na Renast. Segundo a Portaria n° 2.728,

inclusive, a implementação da Renast dar-se-ia por meio da "*estruturação da rede de Centros Referência em Saúde do Trabalhador, entre outras ações, elencadas no texto*".²⁴

Desde o início da Renast, algumas iniciativas foram tomadas pelo MS no sentido de estabelecer mecanismos de informação e articulação, ainda que tímidas. Uma delas foi a criação do Observatório de Saúde do Trabalhador em parceria com a Organização Panamericana da Saúde, que atendia a demandas antigas como: organizar uma inteligência central para a Renast; estabelecer indicadores de saúde do trabalhador e eventos sentinela; e, entre outros, estabelecer indicadores de gestão e de avaliação da qualidade dos dispositivos da Renast. Segundo informações do próprio sítio eletrônico,³⁸ em fevereiro de 2009, o observatório havia sido visitado 86.121 vezes desde dezembro de 2003 (1.360 visitas por mês, em média). Porém, só havia informações sobre a Renast referentes ao ano de 2003. Mesmo depois da publicação da Portaria de 2005, não havia sido inserido algo novo. Por exemplo, no quadro "Envie-nos sua experiência", havia apenas um relato. Essa escassez de participação aponta para a ausência de intercâmbio, a fraca articulação e, enfim, a falta de uma perspectiva de rede entre os atores institucionais da Renast.

A criação da Biblioteca Virtual em Saúde do Trabalhador, outra iniciativa, pode contribuir para a pesquisa, disponibilizando dados e outros recursos para atualização das equipes dos Cerest e pesquisadores da área. Porém, a difusão de material na internet não é suficiente para a estruturação de uma rede: "*A ênfase na articulação, na comunicação e no financiamento precisa culminar num estágio superior, que é o do trabalho permanente da rede como um todo, para além dos momentos ocasionais de reuniões e da mera difusão pela Internet*".³⁹

Em matéria de comunicação, o Ministério da Saúde, em 2007, desenvolveu um informativo denominado COSAT Informa! ..., com o objetivo de "*orientar e manter informadas as equipes dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador sobre as atividades desenvolvidas pelo Ministério da Saúde, bem como sobre temas relevantes relacionados à Saúde do Trabalhador*".⁴⁰

Iniciado em janeiro de 2007, o informativo teve cinco edições que funcionaram como um jornal mural para os Cerest. A estratégia durou pouco tempo,

até a última edição, no mês de julho do mesmo ano. Embora tenha sido uma boa iniciativa, são necessários outros mecanismos horizontais de comunicação, mais condizentes com a noção de rede.

Por certo, a disponibilização de recursos financeiros mensais da Renast para o funcionamento dos Cerest deveria estabelecer mecanismos mais orgânicos de articulação e comunicação, exigindo contrapartidas de cada nível local nessa direção. A ausência de indicadores de resultados de constituição de rede é um fator central do problema. A tendência tem sido de exigir indicadores de avaliação dos Cerest na linha assistencial, o que agrava o problema.

4) A heterogeneidade da inserção institucional dos centros de referência

A falta de padronização da inserção dos Cerest nas secretarias estaduais e municipais de saúde ainda é um ponto crítico da saúde do trabalhador no SUS, uma vez que, com a criação e implantação da Renast, persistem problemas dessa ordem.

Ainda nos anos de 1999 e 2000, foi feita pela Cosat, por meio do informativo em rede (InfoRedeST), uma tentativa de levantamento da inserção institucional dos programas de saúde do trabalhador, estimados em 150 à época. Seu objetivo era, a partir de um diagnóstico, avançar na padronização das estruturas que, inseridas em inúmeros *locus*, não guardavam qualquer coerência político-institucional entre si.

Havia, ainda, uma discrepância de denominações que refletia, concretamente, a falta de uma perspectiva comum e integradora.¹⁹ A questão se reportava aos primeiros programas de saúde do trabalhador da década de 1980, que surgiram como experiências isoladas e desconectadas entre si.

As inserções dos programas de saúde do trabalhador, anteriores à criação da Renast, eram muito variadas, ora em setores de Vigilância Epidemiológica, de Vigilância Sanitária, da Rede Assistencial, e mesmo ligados diretamente à gestão.

Com a Renast, as diversas designações dos programas, como coordenação, departamento, divisão, núcleo, centro, entre outras, foi padronizada como Cerest, embora alguns centros ainda exibam outra denominação, tais como o Cesat (Bahia) e o Nusat (Rio de Janeiro). Contudo, a esperada padronização de sua inserção institucional não ocorreu. O fato de as secretarias estaduais e municipais possuírem

estruturas organizacionais bastante distintas entre si não justifica a ausência de uma padronização mínima. A recomendação da Portaria n° 2.437 para a adoção da nomenclatura Cerest por parte dos estados da Federação pode ser uma tentativa na direção da padronização. Porém, tanto esta Portaria da Renast quanto as outras, 1.679 e 2.728, não determinam a inserção padrão dos Cerest.

Desse modo, a despeito de a designação Centro de Referência em Saúde do Trabalhador ter sido oficializada, não houve a homogeneização da inserção dos Cerest nas estruturas do SUS. Os Cerest continuam vinculados a distintas áreas do setor Saúde, o que pode repercutir na gestão dos centros, trazendo dificuldades à integração institucional e, mesmo, à organização das ações, dependendo de sua inserção.

Trata-se de um ponto crítico para além da governabilidade da própria Renast, que deve ser levado às instâncias de pactuação do SUS como parte da política nacional para a área, o que é, isso sim, função da Renast. É preciso refletir sobre qual tipo de estruturação da área poderia melhor dar conta da complexidade da atenção à saúde do trabalhador. Conhecendo-se o desenho organizativo das estruturas existentes, pode-se adotar um modelo mais adequado às diversas realidades, segundo a articulação em rede, o que até hoje não foi realizado. As inserções diferenciadas na estrutura do SUS, seja na assistência, na vigilância ou em gerências diversas acarretam disparidades na utilização dos recursos, na autonomia decisória, no alcance das ações e nos níveis de interlocução intra e intersetoriais.³

5) O reconhecimento dos membros dos Cerest em relação a seu papel

Consideramos que, de uma maneira geral, existe um reconhecimento inadequado do papel dos profissionais de saúde inseridos nos centros de referência da Renast. Não parece haver clareza da missão institucional da Renast, ao contrário de outras redes de saúde de âmbito nacional que *"já superaram esta etapa do debate estrutural, como os programas de saúde da mulher, da criança e do adolescente, do idoso, entre outros, que concentram sua atuação no desenvolvimento de políticas de saúde e não na criação de instâncias executoras de ações assistenciais"*.³

Considerando que a capacidade instalada da rede SUS é a responsável pelo atendimento da população,

inclusive trabalhadora, as estratégias de implementação de políticas públicas, como a Renast, por exemplo, devem se pautar em "*ações de inteligência da gestão, no sentido de aprimorar as ações assistenciais, sim, mas também encontrar soluções para outras questões como normatização, informação, ensino, pesquisa, relações sociais e intersetoriais, definição de novas políticas*".³ A rigor, os profissionais dos Cerest não atuam nessa linha, na parcela que lhes compete. É evidente que o problema não reside nos profissionais em si mas na própria fragilidade dos mecanismos de capacitação da Renast.

Há uma tendência, pode-se considerar como louvável, dos profissionais dos Cerest estabelecerem estratégias de acolhimento dos trabalhadores. Ocorre que o acolhimento individualizado, similar à assistência ambulatorial comum, tende a criar mais problemas do que soluções. Analisando o trabalho do assistente social no campo da saúde do trabalhador, Lúcia Freire, em sua tese de doutorado (1998), observa: "*O assistente social, potencialmente, tanto pode contribuir para reforçar a alienação – no avesso do seu discurso humanista tradicional – como também para elucidar e desencadear mediações em relação a situações e processos sociais, no sentido do seu entendimento mais amplo – no local de trabalho e na sociedade – e na direção do enfrentamento das contradições, expressas na realidade cotidiana, posição que tenho denominado **avesso do avesso***".⁴¹

Nessa linha, o profissional promotor da atenção integral, seja o assistente social, o médico, o psicólogo, o fonoaudiólogo, entre os demais membros dos Cerest, pode cair nessa armadilha do avesso do discurso. O contraponto à alienação desse discurso passa pela revisão do papel dos Cerest e da própria Renast como um todo, "*na medida de sua capacidade de fazer mediações com o coletivo de trabalhadores, sinalizando para a capacidade de intervenção sobre os processos determinantes dos problemas. Buscar, enfim, o avesso do avesso*".³

6) A ausência de uma missão estruturante

A Renast é entendida como uma estratégia de implementação das ações e serviços no SUS, com respeito às relações saúde-trabalho. Historicamente, a responsabilidade pública no trato com as questões de saúde no trabalho esteve à margem das políticas de saúde pública e do aparato institucional da Saúde.

A inclusão da saúde do trabalhador no espectro de atuação do SUS buscou trazer para seu âmbito essa nova responsabilidade pública, cuja implementação de ações e serviços afins deveria acompanhar a construção do próprio sistema. Consideramos que esse é o objetivo maior da Renast, no sentido de auxiliar o SUS a se tornar apto a lidar com essas questões inéditas em seu cardápio executivo.

A Renast não deve ser entendida como uma estrutura perene, ou como um fim em si mesmo. É factível compreender que o êxito da missão estruturante das ações e serviços no sistema de saúde decretará o fim da necessidade de existir da Renast. Uma vez que a doença e o acidente de trabalho sejam vistos pelo SUS como agravos epidemiológicos de interesse da saúde pública, que os sistemas de informações gerem indicadores fíeis da realidade, que a vigilância sanitária inclua o trabalho como categoria central a ser observada, que os profissionais de saúde, como um todo, sejam capazes de reconhecer o trabalho como determinante do processo saúde-doença e que a gestão do SUS reconheça a magnitude, a relevância e a transcendência do tema para um agir responsável em saúde pública, estará concluída a missão da Renast.

As dificuldades de compreensão da Renast com esse sentido decorrem, em grande parte, da própria atuação do SUS como um "*sistema não sistêmico*",³ cuja missão constitucional de interpenetrar as demais políticas públicas de interesse da saúde não é obedecida. É com esse espírito que vemos a Renast, com uma missão provisória na construção do SUS mas com um potencial inovador de contribuição para atuações mais sistêmicas, tanto na perspectiva intra-setorial quanto intersetorial.

O papel estruturante intra-setorial é bem evidente, aplicando-se às inúmeras variáveis de atenção no setor Saúde propriamente dito. Seja na atenção básica, na média e alta complexidade, nas diversas vigilâncias, seja na educação permanente ou nas distintas políticas específicas, e ainda no controle social, a Renast é o ponto focal de introyecção da relação saúde-trabalho nas práticas correntes do SUS.

Na questão da intersetorialidade, a saúde do trabalhador, necessariamente, só avançará com a implicação das diversas estruturas do aparelho de Estado e da sociedade que lhes dizem respeito – direto e indireto – no desenvolvimento de políticas públicas e privativas. O destaque, nessa questão, fica por conta da sociedade organizada representativa dos trabalhadores, em cujo

comprometimento com a saúde do trabalhador no SUS reside a possibilidade de mudança de cultura e perenidade de suas ações e serviços.

Enfim, a Renast não deve ser estruturante de si própria em que seus centros passem a se ver inseridos no SUS, em uma perspectiva de isolamento de serviços ensimesmados.

Considerações finais

É possível dizer que no contexto da Renast há um culto à palavra rede, e não uma cultura de rede.

A falta de comunicação entre os Cerests, poucas articulações intra e intersetoriais e o predomínio da concepção assistencialista em saúde do trabalhador evidenciam o embasamento mecanicista, segmentado e fragmentado da Renast. A lógica das partes prevalece. Para avançar na perspectiva da rede, a Renast depende de uma matriz diferente, calcada em uma lógica do todo, na perspectiva sistêmica, integradora e totalizadora.

O caminho para o avanço da saúde do trabalhador no Brasil é a construção de estruturas condizentes com o paradigma sistêmico e holístico da concepção de rede, capaz de incentivar o estabelecimento de articulações múltiplas, a criação de projetos multicêntricos e trans-disciplinares, ações intersetoriais e trans-setoriais, o desenvolvimento de mecanismos de comunicação e interlocução entre as instâncias governamentais, sociais, possibilitando o protagonismo dos trabalhadores como sujeitos de transformação, sob a perspectiva teórica das relações do trabalho com o processo saúde-doença.

Não há solução fácil para problemas crônicos de ordem econômica e social, enfim, estrutural. Uma utopia do pensamento sistêmico, algo que impulsiona à ação e não do inatingível, estende-se à prática mediante o estabelecimento de redes, integrando instituições, atores sociais, ações e serviços tão diversos entre si, no tecido social e político brasileiro, esta pode ser a utopia da Renast.

Os problemas de saúde da população brasileira decorrentes das condições de trabalho são fenômenos de dimensões profundas e complexas demais para serem resolvidas, ou pelo menos, minimizadas por ações assistenciais realizadas nos Cerest. Como o estabelecimento de conexões, é possível ao Estado brasileiro uma atuação mais eficaz, mais próxima de sua vocação

constitucional que passa por garantir aos cidadãos direito à saúde no trabalho e, enfim, à dignidade.

O campo da saúde do trabalhador no Brasil tem uma bela história de pessoas, instituições e movimentos organizados que lutaram e lutam, desde a Reforma Sanitária da década de 1970, por sua concretização e institucionalização. Ao mesmo tempo, possui uma história de invisibilidade e isolamento.

'Fazer' saúde do trabalhador, de acordo com os princípios fundadores do Modelo Operário Italiano, que engloba a participação dos trabalhadores e a transformação das condições de trabalho e saúde, envolve a necessidade de diálogo entre órgãos governamentais e extra-governamentais, trabalhadores e suas representações, entendendo a Renast como algo não estanque, fixo, imóvel. Se o SUS é uma construção contínua, repensada para aprimorar seu funcionamento e eficiência, a Renast será parte dessa construção na medida de impedir a cristalização de guetos e paralelismos ao próprio SUS. *"A concepção sistêmica de rede persegue a ideia de articulação intra e inter-setorial nos diversos níveis do SUS de forma a estabelecer mecanismos de comunicação entre os setores próprios, entidades e instituições que atuam na questão saúde e trabalho, permitindo-lhes uma melhor definição de papéis, uma melhor compreensão das realidades locais e garantindo a atuação conjunta na capacitação e na disseminação de conhecimentos e informações."*⁴²

O campo da saúde do trabalhador no Brasil tem uma bela história de pessoas, instituições e movimentos organizados que lutaram e lutam, desde a Reforma Sanitária da década de 1970, por sua concretização e institucionalização.

A constituição de uma Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador que vá além de uma simples nomenclatura moderna, que encarne e dissemine a cultura de rede efetiva, que possibilite intervenções nos determinantes da saúde dos trabalhadores, que engendre ações de promoção, prevenção, assistência básica, cuidado e reabilitação é o nosso desejo. E, por certo, de todos os que têm compromisso com a saúde do trabalhador no Brasil.

Referências

1. Hoefel MG, Dias EC, Silva JM. A Atenção à Saúde do Trabalhador no SUS: a proposta de constituição da RENAST. In: 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador. Coletânea de textos, Brasília: Ministério da Saúde; 2005. p.63.
2. Ministério da Saúde. Encontro Nacional de Saúde do Trabalhador: desafio da construção de um modelo estratégico. In: Anais do Encontro Nacional de Saúde do Trabalhador; 1999 junhos 16 a 18; Brasília, Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
3. Vasconcellos LCF. Saúde, trabalho e desenvolvimento sustentável: apontamentos para uma política de Estado [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro (RJ): Fundação Oswaldo Cruz; Escola Nacional de Saúde Pública - 2007.
4. Deslandes SF, Cruz Neto O, Gomes R. Análise de dados em pesquisa qualitativa. In: Minayo MCS. Organizadora. Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes; 1994. p.67-80.
5. Nohria N. Is a network perspective a useful way of Studying Organizations? In: Hickman, Gill Robinson. Leading organizations: perspectives for a new era. California: Sage Publications; 1998. p.287-301.
6. Ferreira FI. Uma análise crítica das políticas de parceria: a metáfora da rede. In: 5ª Congresso Português de Sociologia; 2004; Braga, Portugal. Braga: Universidade do Minho; 2004. p.29.
7. Capra F. A teia da vida: uma nova compreensão científica dos sistemas vivos. São Paulo: Cultrix; 1998.
8. Tureta C, Reis A, Ávila S. Da teoria sistêmica ao conceito de redes interorganizacionais: um estudo exploratório da teoria das organizações. In: 2º Seminário de Gestão de Negócios, Curitiba: Centro Universitário; 2005.
9. Migueletto DCR. Organizações em Rede [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro (RJ): Fundação Getúlio Vargas, Escola Brasileira de Administração Pública; 2001.
10. Morin E. Introdução ao pensamento complexo. Lisboa: Instituto Piaget; 1999.
11. Morin E. A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2003.
12. Acioli S. Redes sociais e teoria social: revendo os fundamentos do conceito. Londrina: Informação & Informação. 2007;12(N. esp):1-12.
13. Castells M. A sociedade em rede. São Paulo: Paz e Terra; 2000.
14. Maia PRS, Novak F, Almeida JAG, Silva DA. Bases conceituais para uma estratégia de gestão: o caso da Rede Nacional de Bancos de Leite Humano. Cadernos de Saúde Pública. 2004;20(6):1700-1708.
15. Zambenedetti G, Silva RAN. A noção de rede nas reformas sanitária e psiquiátrica no Brasil. Psicologia em Revista (Belo Horizonte). 2008;14(1):131-150.
16. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal; 1988.
17. Trevisan L. Das pressões às ousadias: o confronto entre a descentralização tutelada e a gestão em rede no SUS. Revista de Administração Pública. 2007;41(2):237-354.
18. Vasconcellos LCF. Rede Nacional de Saúde do Trabalhador. Texto preparado para debate na Coordenação de Saúde do Trabalhador. Brasília: Ministério da Saúde; 2000 [mimeografado].
19. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Cosat. Informativo em Rede - Saúde do Trabalhador no SUS. Brasília: Ministério do Trabalho; 2000 [mimeografado].
20. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Cosat. Multiprojetos Concêntricos de Saúde do Trabalhador no SUS. Documento apresentado na Oficina para a construção de metodologia de articulação interprojetos. Rio de Janeiro: Cesteh/ Ensp/Fiocruz; 2002 [mimeografado].
21. Portaria nº 1679, de 19 de setembro de 2002. Dispõe sobre estruturação da rede nacional de atenção integral à saúde do trabalhador no SUS e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 20 de setembro de 2002. Seção 1.
22. Andrade ET, Kassawara ME. Centro de Referência em Saúde do Trabalhador: variações sobre um modelo idealizado [Monografia]. Rio de Janeiro (RJ): Fundação Oswaldo Cruz, Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2004.

23. Portaria nº 2.437, de 07 de dezembro de 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. Diário Oficial da União, Brasília, p.78, 09 de dezembro de 2005. Seção 1.
24. Portaria nº 2.728, de 11 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, p. 75-77, 12 novembro de 2009. Seção 1.
25. Portaria nº 777, de 28 de abril de 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. Diário Oficial da União, Brasília, nº 81 - 29 de abril de 2004. Seção 1.
26. Chagas ESB, Oliveira MCG, Gomes SM. Rede de Atenção Integral da Saúde do Trabalhador (Renast): a Gestão Descentralizada no Estado da Bahia. [Monografia]. Salvador (BA): Universidade Federal da Bahia; 2006.
27. Secretaria de Saúde e Defesa Civil do Estado do Rio de Janeiro. Relatório do I Encontro Regional da Saúde do Trabalhador do Norte Fluminense, 2008. Rio de Janeiro: Sesdec; 2008.
28. Camargo Jr KR. Um ensaio sobre a (in) definição de integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizador. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2003.
29. Mattos RA. Integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizador. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2003. p.38.
30. Brasil. 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, 20 set. 1990.
31. Lourenço EAS, Bertani IF. Saúde do trabalhador no SUS: desafios e perspectivas frente à precarização do trabalho. São Paulo: Revista Brasileira de Saúde Ocupacional. 2007;32(115):121-134.
32. Dias EC, Hoefel MG. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. Ciência e Saúde Coletiva. 2005;10(4):817-828.
33. Ministério da Saúde. Informe Saúde, Ano VI, nº 182, quarta semana de setembro de 2002. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
34. Ministério da Saúde. Saúde do Trabalhador [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2009 [acessado em 02 fev. 2009]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=928.
35. Ministério da Saúde. Coordenação Técnica de Saúde dos Trabalhadores. Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador. Manual de gestão e gerenciamento. Brasília: RENAST; 2006.
36. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Técnica de Saúde dos Trabalhadores - Cosat. Parecer sobre a proposta de portaria SAS que dispõe sobre a estruturação da rede nacional de atenção à saúde do trabalhador no SUS e dá outras providências. 27/06/2002 [mimeografado].
37. Portaria nº 1.956, de 14 de agosto de 2007. Dispõe sobre a coordenação das ações relativas à saúde do trabalhador no âmbito do Ministério da Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, p. 157, 15 de agosto 2007. Seção 1.
38. Ministério da Saúde. Saúde do Trabalhador [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2009 [acessado em 04 fev. 2009]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=928.
39. Nogueira RP. Redes de Investigação em Saúde. In: Fórum nacional de redes em saúde. Belo Horizonte: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005. p.64.
40. Ministério da Saúde. Coordenação Técnica de Saúde dos Trabalhadores-Cosat. Informa nº 1. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
41. Freire LMB. Saúde do Trabalhador e Serviço Social - Possibilidades pelo avesso do avesso [Tese de Doutorado]. São Paulo (SP): Pontifícia Universidade Católica; 1998.
42. Otani K. Rede de Saúde do Trabalhador para o Estado de São Paulo. São Paulo em Perspectiva. 2003;17(1):86-97.

Recebido em 04/01/2010
Aprovado em 15/08/2010