

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



“Proposição de um instrumento com indicadores nacionais para monitoramento dos CEREST”

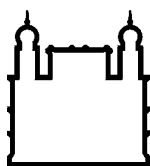
por

Camila Corrêa Jacques

Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre Modalidade Profissional em Saúde Pública e Meio Ambiente.

Orientador principal: Prof. Dr. Bruno Milanez
Segunda orientadora: Prof.^a Dr.^a Rita de Cássia Oliveira da Costa Mattos

Rio de Janeiro, dezembro de 2009.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Esta dissertação, intitulada

“Proposição de um instrumento com indicadores nacionais para monitoramento dos CEREST”

apresentada por

Camila Corrêa Jacques

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Maria da Graça Luderitz Hoefel

Prof.^a Dr.^a Liliane Reis Teixeira

Prof. Dr. Bruno Milanez – Orientador principal

Dedico este trabalho aos meus pais que sempre souberam me mostrar, com muito amor, carinho e paciência a importância da educação e do estudo.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, pelo auxílio na digitação, motivação e suporte durante todo o período de realização do mestrado.

À minha irmã e meu cunhado que me acolheram no Rio de Janeiro com muito carinho.

Aos meus orientadores que tiveram paciência comigo e me ajudaram na superação dos obstáculos e dificuldades para a elaboração deste trabalho.

Ao Ministério da Saúde por ter me proporcionado esta oportunidade singular de realização desse mestrado que muito vem contribuindo para o meu aperfeiçoamento profissional.

Aos meus colegas e, agora, amigos de mestrado que dividiram junto angústias, sofrimentos, alegrias e satisfações no decorrer do curso, em especial, àqueles que me auxiliaram nos processos difíceis impostos pelas novas ferramentas da informática.

Aos meus colegas de trabalho que compreenderam minhas ausências e junto participaram de discussões pertinentes a este trabalho.

Às minhas amigas e amigos e a todos aqueles que participaram, de modo direto ou indireto, na construção de mais esta etapa da minha vida.

E, principalmente, a todos os coordenadores de CEREST que, com boa vontade, acrescentaram mais uma tarefa às muitas que realizam e que entenderam a importância da participação para a elaboração deste trabalho.

A todos o meu Muito Obrigada!

“O dado é muito mais resultado teórico, do que achado, pois, para ‘achar’, é mister antes ‘decidir’ o que achar e como achar”.

Thomaz Kuhn

“É preciso construir a necessidade de construir caminhos, não receitas que tendem a destruir o desafio da construção”.

Pedro Demo

RESUMO

Os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) são eixos estruturantes da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), coordenados pela CGSAT (Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador) do Ministério da Saúde. Com o objetivo de construir indicadores nacionais para monitoramento dos CEREST, elaborou-se uma primeira listagem de indicadores com base nas determinações previstas pela Portaria GM/MS nº 2.437/2005. A listagem foi enviada aos 173 coordenadores dos CEREST, habilitados até dezembro de 2008, para avaliação em uma escala do tipo Likert, a partir de critérios estabelecidos, conformando um modelo participativo de pesquisa. Retornaram 84 (48,55%) avaliações cuja análise foi realizada globalmente e segundo a abrangência, data de habilitação e localização dos CEREST. Consideraram-se aprovados os indicadores com 75% ou mais de aceitação, resultando em um instrumento final com 12 indicadores para os CEREST estaduais e 13 indicadores para os CEREST regionais, já que houve diferença significativa ($p=0,003$) entre os percentuais de avaliação considerando a abrangência dos Centros. O instrumento resultante visa contribuir para o acompanhamento e futura avaliação da implantação e implementação da RENAST, estratégia fundamental da Política Nacional de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde.

Palavras-chave: Saúde do Trabalhador; RENAST; CEREST; Avaliação de Políticas Públicas, Indicadores.

ABSTRACT

This research proposes a framework of indicators to monitor the activities of the Workers' Health Reference Centers (CEREST). CEREST are structural elements of the National Network of Integral Attention to Workers' Health (RENAST) and are coordinated by the General Coordination on Works' Health of the Ministry of Health (CGSAT). In order to build this framework, we first elaborated a list of indicators based on the regulation that defines the CEREST's responsibilities. As a strategy to build a participative approach, a Likert scale questionnaire was sent to 173 CEREST coordinators, who were asked to evaluate the preliminary list of indicators. After the return of the questionnaires (48,55%), the answers were analysed, considering the CEREST scope (State and Regional), date of accreditation and locality. Indicators with approval rate higher than 75% were included in the proposed framework. This instrument consisted in 12 indicators for State CEREST and 13 indicators for Regional CEREST, since there was a significant difference ($p=0,003$) between these two groups. It is expected that the final framework might contribute to the monitoring and further evaluation of RENAST as well as the National Policies for Worker's Health.

KEYWORDS: Worker's Health; RENAST; CEREST; Public Policies Analysis; Indicators.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	1
OBJETIVOS	8
REFERENCIAL TEÓRICO	9
1.- SAÚDE DO TRABALHADOR: A TRAJETÓRIA DA RENAST	9
1.1.- SAÚDE DO TRABALHADOR NO SUS	9
1.2.- A ESTRATÉGIA DA RENAST	13
2.- AVALIAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS: A CONSTRUÇÃO DE INDICADORES	20
2.1.- IMPORTÂNCIA DA AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS	20
2.2.- INDICADORES DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS	26
MÉTODO	31
RESULTADOS E DISCUSSÕES	40
1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA E ANÁLISE DA PARTICIPAÇÃO	40
2. CARACTERIZAÇÃO E ANÁLISE DOS INDICADORES	44
3. INSTRUMENTO COM INDICADORES NACIONAIS PARA MONITORAMENTO DOS CEREST	57
CONCLUSÕES	60
REFERÊNCIAS	63
ANEXOS	69

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1: Portarias e datas de habilitação dos CEREST	70
ANEXO 2: Transcrição dos anexos IV e V da Portaria GM/MS nº 2.437/2005	75
ANEXO 3: Instrumento de avaliação de indicadores	79
ANEXO 4: Carta da pesquisadora	85
ANEXO 5: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	86
ANEXO 6: Tabelas com números brutos e percentuais da avaliação realizada pelos coordenadores dos CEREST	87
ANEXO 7: Instrumento de monitoramento dos CEREST com indicadores nacionais aprovados	91

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Caracterização da amostra em proporção ao universo, em percentual, segundo a abrangência, a habilitação e a localização dos CEREST	86
TABELA 2: Números brutos e percentuais dos resultados das avaliações dos indicadores pelos CEREST	86
TABELA 3: Números brutos e percentuais dos resultados das avaliações dos indicadores pelos CEREST, segundo a abrangência	87
TABELA 4: Números brutos e percentuais dos resultados das avaliações dos indicadores pelos CEREST, segundo a Portaria de habilitação	88
TABELA 5: Números brutos e percentuais dos resultados das avaliações dos indicadores pelos CEREST, segundo a localização geográfica	89

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Número de CEREST habilitados por ano	15
QUADRO 2 - CEREST habilitados por estado e região até dezembro de 2008	16
QUADRO 3 – Relação entre tipos de indicadores	32
QUADRO 4 - Classificação, por tema, das funções dos CEREST regionais e estaduais segundo a Portaria GM/MS nº 2.437/2005	33
QUADRO 5 - Propriedades propostas para indicadores	34

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: Caracterização da amostra em proporção ao universo segundo a abrangência, a habilitação e a localização	41
FIGURA 2: Percentual dos resultados das avaliações dos indicadores pelos CEREST	45
FIGURA 3: Percentual dos resultados das avaliações dos indicadores pelos CEREST estaduais	50
FIGURA 4: Percentual dos resultados das avaliações dos indicadores pelos CEREST regionais	50
FIGURA 5: Percentual dos resultados das avaliações dos indicadores pelos CEREST habilitados pela Portaria GM/MS nº 1.679/2002	53
FIGURA 6: Percentual dos resultados das avaliações dos indicadores pelos CEREST habilitados pela Portaria GM/MS nº 2437/2005	53
FIGURA 7: Percentual dos resultados das avaliações dos indicadores pelos CEREST segundo a área de localização - Região Macro Sul	55
FIGURA 8: Percentual dos resultados das avaliações dos indicadores pelos CEREST segundo a área de localização - Região Macro Norte	55

LISTA DE ABREVIATURAS/ SIGLAS

- CEREST - Centro(s) de Referência em Saúde do Trabalhador
- CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
- CIB – Comissão Intergestores Bipartite
- CIST – Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador
- CIT – Comissão Intergestora Tripartite
- CLT – Consolidação das Leis do Trabalho
- CNS – Conselho Nacional de Saúde
- CNST – Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador
- CONASS – Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
- CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
- CGSAT – Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador
- COSAT – Coordenação Nacional de Saúde do Trabalhador
- DATASUS – Departamento de Informática do Ministério da Saúde
- DIESAT – Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho
- FNS – Fundo Nacional de Saúde
- FUNDACENTRO – Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho
- GEISAT – Grupo Executivo Interministerial em Saúde do Trabalhador
- GM/MS – Gabinete do Ministro/Ministério da Saúde
- LDO – Lei de Diretrizes Orçamentárias
- LOA – Lei Orçamentária Anual
- LOS – Lei Orgânica da Saúde
- OIT – Organização Internacional do Trabalho
- OMS – Organização Mundial da Saúde
- OPAS – Organização Panamericana da Saúde
- PEA - População Economicamente Ativa
- PLANEJASUS – Sistema de Planejamento do SUS

PNSST – Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalho

PNST - Política Nacional de Saúde do Trabalhador

PPA – Plano Pluri-Anual

PST's – Programas de Saúde do Trabalhador

RENAST – Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador

RIPSA – Rede Interagencial de Informações para a Saúde

SAS – Secretaria de Atenção à Saúde

SINAN – Sistema Nacional de Informação de Agravos de Notificação

SUS – Sistema Único de Saúde

SVS – Secretaria de Vigilância em Saúde

INTRODUÇÃO

As mudanças sociais e políticas ocorridas no Brasil, a partir das décadas de 1980 e 1990, associadas ao contexto da Reforma Sanitária, foram determinantes nas propostas de reformulação das políticas de saúde no âmbito de suas relações com o trabalho. Pode-se destacar, como um de seus principais resultados, a definição da área da Saúde do Trabalhador no campo de abrangência da saúde pública, delegando ao Sistema Único de Saúde (SUS) assumir o papel legal nesta área.

Com a Constituição Federal de 1988¹ e a Lei Orgânica da Saúde², a Saúde do Trabalhador se inscreve definitivamente como política de saúde e se consolida com a criação de uma área específica dentro do Ministério da Saúde. A Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador (CGSAT) coordena as ações de Saúde do Trabalhador em articulação com os três níveis de gestão do SUS (federal, estadual e municipal), sendo responsável pela proposição e formulação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador (PNST).

Uma das metas institucionais da CGSAT é a construção da atenção integral, equânime e universal à saúde dos trabalhadores, definindo um modelo estruturado em redes e que dê visibilidade à problemática das relações entre saúde e trabalho. Nessa linha, com o objetivo de articular ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde dos trabalhadores urbanos e rurais, independente do vínculo empregatício e do tipo de inserção no mercado de trabalho, cria-se a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) através da Portaria do Ministério da Saúde de nº 1.679, em setembro de 2002³.

A instituição da RENAST, com a atribuição prioritária de regulamentar a implantação de uma política de atenção à saúde dos trabalhadores, pressupõe um modelo integrado de intervenção no processo saúde/doença e a articulação dos diferentes dispositivos, equipamentos e serviços da rede do SUS. A RENAST constitui-se como uma rede de abrangência nacional com conexões nos diferentes níveis de gestão, com produção de informação e com a implantação de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) estaduais e regionais⁴.

Assim, a utilização de um sistema sob a forma de uma rede universal e regionalizada vem a se constituir ferramenta estratégica para a disseminação das práticas no campo da Saúde do Trabalhador no SUS, em todos os níveis de atenção. Segundo Hoefel, Dias e Silva⁵, apesar das dificuldades e críticas, em especial, em função do caráter assistencialista das ações da Rede, a estratégia da RENAST foi assumida pela CGSAT (antes denominada de COSAT – Coordenação Nacional de Saúde do Trabalhador) como forma de viabilizar a inserção da Saúde do Trabalhador no SUS.

A RENAST tem como objetivo criar ferramentas que possibilitem ao SUS uma intervenção eficaz sobre os fatores de risco e condicionamentos de agravos à saúde. A Rede tem, também, o objetivo de promover a produção de diagnósticos de doenças relacionadas ao trabalho por meio da criação dos CEREST integrados ao sistema hierarquizado de atenção à saúde. A RENAST se propõe a qualificar essa atenção e a determinar que o SUS, como um todo, incorpore e funcione sob a perspectiva da Saúde do Trabalhador, já que, no contexto social contemporâneo, o ser humano se constitui enquanto ser trabalhador⁶.

Segundo a Portaria GM/MS nº 1.679/2002³, os CEREST se constituem ferramentas estratégicas na disseminação das práticas em Saúde do Trabalhador no SUS. Estes Centros devem ser compreendidos enquanto pólos irradiadores, em um determinado território, da concepção da produção social das doenças a partir da explicitação das relações entre processo de produção e processo saúde/doença, assumindo o papel de suporte técnico e científico junto aos profissionais de todos os serviços da rede do SUS.

Tal proposta também se expressa na 27ª resolução da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (3ªCNST)⁷ ao prever que suas atividades só fazem sentido se articuladas com os demais serviços da rede do SUS, orientando-os e fornecendo retaguarda às 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.

Nesse sentido, as atividades dos CEREST devem estar articuladas com os demais serviços da rede do SUS e com outros setores do governo que possuem interfaces com a área da Saúde do Trabalhador. Eles devem oferecer um suporte, traduzido na função de inteligência, acompanhamento e práticas conjuntas de intervenção especializada, incluindo ações de vigilância e a formação de recursos humanos^{8:9}. Segundo tal entendimento, os CEREST deixam de ser porta de entrada ao Sistema de Saúde e se constituem em suporte técnico e científico dos princípios e fundamentos teóricos da Saúde do Trabalhador¹⁰.

Até o final do ano de 2008, haviam sido criados 173 CEREST no Brasil, sendo 26 estaduais e 147 regionais. Alguns desses CEREST foram habilitados quando da criação da

RENAST, pela Portaria GM/MS nº 1.679/2002³, e outros, quando da ampliação da RENAST, pela Portaria GM/MS nº 2.437/2005¹¹.

Apesar da existência de um conjunto de produções textuais acerca da implantação e implementação da RENAST, constatam-se, ainda, muitas dificuldades na incorporação das ações de Saúde do Trabalhador pelo SUS. O campo da Saúde do Trabalhador ainda é novo e, muitas vezes, desconhecido para alguns profissionais da rede do SUS. Assim, torna-se de fundamental importância o trabalho dos CEREST.

Os CEREST são serviços proeminentes dentro da RENAST. A RENAST é uma estratégia da diretriz de atenção integral à saúde dos trabalhadores da Política Nacional de Saúde do Trabalhador (PNST)¹². Os princípios e diretrizes que a norteiam são coincidentes com os da PNST e se inscrevem na política nacional do Ministério da Saúde. A estratégia da RENAST é um processo de implementação contínuo que requer processos, também contínuos, de avaliação.

Os Centros de Referência possuem uma lista de funções (23 funções para os CEREST estaduais e 26 para os regionais), segundo a Portaria GM/MS nº 2.437/2005¹¹. Essa gama de funções e as diversidades do território brasileiro exigem e, ao mesmo tempo, dificultam um monitoramento no âmbito nacional das atividades realizadas. O Brasil, além de grande diversidade regional, convive com diferentes estágios de economia e processos de trabalho/produção em um mesmo território o que, por sua vez, determina modos diferentes de adoecer e de morrer dos trabalhadores¹³. Esses diferentes mapas produtivos devem ser levados em conta na definição das prioridades locais/regionais para as ações no campo da Saúde do Trabalhador.

Também é importante assinalar que os CEREST se instalaram em diferentes períodos históricos. Em alguns estados do Brasil ocorriam movimentos mais organizados em Saúde do Trabalhador e existiam Programas de Saúde do Trabalhador (PST's). Esses PST's deram origem a alguns CEREST e, quando da criação da RENAST, em 2002, já dispunham de um acúmulo de conhecimentos e de práticas em Saúde do Trabalhador, ao contrário de outros CEREST que só se constituíram mais tarde.

Esses diferenciais compõem um quadro de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador muito diversificado no desempenho de suas funções dentre aquelas determinadas pela Portaria GM/MS nº 2.437/2005¹¹: alguns priorizam ações de assistência, enquanto outros, ações de vigilância. O que os CEREST devem fazer é objeto de discussões correntes na RENAST, que permeiam a construção do modelo de atenção à saúde dos trabalhadores no SUS¹⁴.

Ainda, a Portaria de ampliação da RENAST, ao prever sua coordenação pela CGSAT com a participação dos níveis estadual e municipal de gestão do SUS, impõe que essa área técnica conheça, monitore e avalie as funções desenvolvidas pelos diferentes CEREST espalhados pelo território nacional. Importante assinalar que a ampliação da RENAST dá-se de diversas formas, como pela inclusão das ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Básica, implementação das ações de vigilância e promoção da saúde do trabalhador e outras. Assim, a RENAST é mais do que um conjunto de CEREST; é uma rede abrangente ainda em fase de implantação e implementação nos estados. De todas as suas etapas, os CEREST são os que estão mais consolidados e, por isso, optou-se por envolvê-los neste trabalho. A diversidade de atores e realidades em cada CEREST faz com que estes adotem diferentes estratégias e desenvolvam atividades diferenciadas, tornando-se um desafio para a CGSAT que é responsável pelo planejamento da RENAST.

O planejamento no contexto do setor saúde, juntamente com as atividades de monitoramento e avaliação, é fundamental no processo de consolidação do SUS¹⁵. A avaliação, por sua vez, se constitui em importante etapa de qualquer planejamento, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS). Para Cohen e Franco¹⁶, a avaliação deve estar voltada para a maximização da eficácia dos programas e para a obtenção da eficiência na utilização de recursos. Portanto, ela é necessária e aplicável à RENAST que recebe aporte financeiro do Governo Federal.

Conforme Faria¹⁷, a avaliação é a última etapa do "ciclo de políticas" e definida como "(1) atividade destinada a aquilatar os resultados de um curso de ação cujo ciclo de vida se encerra; (2) fornecer elementos para o desenho de novas intervenções ou para o aprimoramento de políticas e programas em curso; e (3) como parte da prestação de contas e da responsabilização dos agentes estatais" (p. 97). Para o autor, as tradicionais divisões do ciclo da política são as fases de formulação, de implementação e de controle dos impactos das políticas, onde se insere a avaliação. Nesse sentido, a avaliação da RENAST constitui-se uma etapa importante dentro da Política Nacional de Saúde do Trabalhador.

Para Braga Junior⁹, a avaliação é um conjunto de ações que permite emitir um juízo de valor sobre algo que está acontecendo e pode se constituir em uma ferramenta auxiliar para a qualificação dos processos de gestão. Ela é utilizada, também, para serviços e sistemas de saúde com o objetivo de verificar sua adequação aos critérios e parâmetros da eficácia (grau de atingimento das metas), eficiência (recursos envolvidos) e efetividade (impacto). Conforme o mesmo autor, o monitoramento é o conjunto de ações de acompanhamento de um determinado plano, programa, atividade, ação ou processo, devendo estar baseado em

informações e indicadores predefinidos que fornecem a dimensão da ação que vem sendo implementada, apontando os indicativos de correção de rumos.

Conforme o documento das Diretrizes do Pacto pela Saúde,¹⁸ o sistema de planejamento do SUS se baseia nas responsabilidades compartilhadas, além da participação social e integração intra e intersetorial. Assim, a função de monitoramento e avaliação cabe às três instâncias de gestão do SUS. Na proposta deste trabalho, não há intenção de se sobrepor aos estados e municípios nessa função, mas de atender ao papel reservado à CGSAT, enquanto instância nacional.

Com base nessas considerações e nas premissas de que saúde e ambiente são processos indissociáveis na busca pela sustentabilidade e de que saúde, trabalho e ambiente se articulam na formulação de políticas públicas em Saúde do Trabalhador, conforme expresso nas Resoluções da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador⁷ justifica-se, assim, a proposição de um estudo desta natureza. No momento de elaboração desta pesquisa, a Portaria GM/MS nº 2.437/2005, que serviu de base para a proposição dos indicadores, estava em processo de revisão para adaptação ao Pacto pela Saúde, lançado em 2006, publicado na Portaria GM/MS nº 399/2006¹⁹ e regulamentado na Portaria GM/MS nº 699/2006²⁰.

O Pacto pela Saúde determina mudanças significativas na gestão do SUS, como a substituição do atual processo de habilitação pela adesão solidária aos termos de compromisso de gestão. Determina, também: a regionalização solidária e cooperativa como eixo estruturante do processo de descentralização, a integração das formas de repasse dos recursos federais e a unificação dos vários pactos existentes.

Assim, em uma primeira versão de revisão da Portaria GM/MS nº 2.437/2005,¹¹ é possível que as funções determinadas para os CEREST sejam excluídas desse documento. Segundo entendimento do Grupo de Trabalho de Vigilância em Saúde (GTVS), que discutiu as mudanças para a Portaria, as funções dos CEREST não devem ser definidas em Portaria Nacional visto serem serviços de saúde vinculados à estrutura organizacional do estado/município. Tal posicionamento não é compartilhado pelos autores que produziram o Relatório Técnico de Minas Gerais¹⁴, que entendem que cabe ao nível federal a definição do papel e das atribuições dos CEREST.

Diante da possibilidade da nova Portaria, a partir da revisão da Portaria anterior, de não incluir as funções dos CEREST, caberá ao Ministério da Saúde a elaboração de diretrizes nacionais que nortearão os Centros de Referência na execução de suas funções e atribuições. Tais diretrizes deverão se basear nas proposições da Portaria existente (Portaria GM/MS nº 2.437/2005¹¹), com os necessários ajustes e aperfeiçoamentos.

Deve-se ter em mente que o objetivo principal dos CEREST é o de contribuir para a efetivação das ações de Saúde do Trabalhador no SUS. Mesmo em processo de revisão, não havia indicativos, no momento de realização da pesquisa, de alteração nas funções dos CEREST, visto a sua complexidade, o que exigiria um longo tempo de debates e discussões e uma mobilização nacional. Diante disso, foi mantida a utilização do texto da Portaria em vigor para o estabelecimento dos indicadores que, posteriormente, contribuirão para o monitoramento/avaliação do funcionamento desses Centros que articulam a Saúde do Trabalhador no SUS.

Importante salientar que o presente trabalho não se propõe a uma avaliação dos CEREST ou da pertinência de suas ações e, sim, a proposição e avaliação de indicadores a serem usados para monitoramento das ações desenvolvidas. Indicadores são instrumentos criados para avaliar objetivos e metas, servindo para o acompanhamento e monitoramento de ações e serviços diversos. Um dos atributos que deve ter um indicador é a capacidade de representar e responder a prioridades em saúde, sendo ferramenta de uso fundamental para gestão e avaliação²¹.

O método de construção e avaliação dos indicadores propostos contou com a participação dos CEREST. Eles constituem o grupo de interesse ou implicados que, segundo Furtado²², devem ser incluídos em processos participativos de forma a evitar ou minimizar eventuais efeitos negativos de uma avaliação, relevante justificativa para a sua utilização.

A proposição desses indicadores proporciona uma visão do que os 173 CEREST fazem, que ações priorizam e quais são as mais ausentes. Tal visualização possibilita uma maior transparência e o conhecimento do que o outro faz, subsidiando uma auto-avaliação; ainda, permite a troca de informações, corroborando com a noção de rede, própria à RENAST. A CGSAT, enquanto coordenação geral e nacional poderá, então, visualizar essas ações potenciais e carenciais para o exercício de sua função de assessoria técnica no encaminhamento da resolução dos problemas.

Com base em tais justificativas, estruturou-se este trabalho que tem como questão norteadora central:

- Quais indicadores de monitoramento dos CEREST podem ser propostos?

A partir da questão norteadora central, emergem algumas questões derivadas como:

- Quais aspectos históricos auxiliam na compreensão da criação da RENAST e dos CEREST?
- Quais argumentos justificam a implantação da avaliação das políticas públicas?

- De que modo o modelo participativo pode ser incorporado na avaliação de indicadores para o monitoramento dos CEREST?

Portanto, o objeto deste trabalho é a proposição de indicadores nacionais para o monitoramento dos CEREST estaduais e regionais. Para fundamentá-lo, o Referencial Teórico deste estudo aborda os temas: Saúde do Trabalhador no SUS, Trajetória da RENAST, Políticas Públicas e Indicadores. No capítulo dedicado ao Método, descrevem-se as etapas do trabalho, a caracterização do objeto de estudo, os referenciais que justificam as escolhas metodológicas, os procedimentos de coleta e análise dos dados e os aspectos éticos da pesquisa. A seguir, descrevem-se e analisam-se os dados coletados e como resultado, propõe-se um instrumento com indicadores nacionais para o monitoramento dos CEREST, que possam contribuir no processo de avaliação da RENAST.

A proposta se fundamenta na concepção de que as informações sobre a implantação e implementação da RENAST podem se tornar importantes fontes históricas para a sua compreensão. Ainda, podem auxiliar os diferentes processos de implantação de políticas públicas com base em indicadores e/ou outros mecanismos de avaliação.

Além disso, pressupõe-se a necessidade de sistematizar e divulgar as ações dos CEREST, eixos estruturantes de implementação da RENAST. Outrossim, compartilha-se da concepção de que é através de um processo de avaliação que é possível re-direcionar rumos, corrigir desvios, reforçar aspectos positivos e subsidiar projetos futuros. E, por fim, de que a construção de indicadores nacionais permitirá o monitoramento contínuo dessa Rede, o acompanhamento de sua trajetória e a possibilidade de análises diversas.

Tal posicionamento é reforçado por autores como Machado e Santos,²³ que enfatizam a necessidade de criação de indicadores a fim de acompanhar a execução dos custos orçamentários e a efetividade das ações desenvolvidas pelos CEREST. Para os autores, a escassez de informações básicas sobre a situação dos serviços deve ser superada e se torna evidente a necessidade de aprimoramento dos instrumentos, dos mecanismos de acompanhamento e aperfeiçoamento das ações desenvolvidas, a fim de qualificar o potencial existente da Rede instalada.

OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL:

- Contribuir para o processo de avaliação da RENAST através da proposição de indicadores nacionais de monitoramento dos CEREST estaduais e regionais.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar possíveis indicadores para o monitoramento dos CEREST;
- Construir um instrumento de avaliação dos indicadores com a participação dos CEREST;
- Propor indicadores nacionais de monitoramento dos CEREST.

REFERENCIAL TEÓRICO

1.- SAÚDE DO TRABALHADOR: A TRAJETÓRIA DA RENAST

1.1.- SAÚDE DO TRABALHADOR NO SUS

Como afirma Bernardes²⁴, existem formas e formas de se contar histórias e trajetórias. A forma como se conta influencia o quê e como serão contadas; ainda, os fatos presentes acabam por re-significar o passado. O processo histórico que define a trajetória é contínuo, mas não linear. Não é uma linha reta, possui idas e vindas, desvios, inversões, etc.

Assim, todos os acontecimentos do presente possuem relações com os fatos do passado, o que pressupõe a não existência de rupturas históricas, pois essas são, em realidade, lentamente preparadas. É com base nessa perspectiva que se apresenta a trajetória da RENAST, contextualizando-a no cenário das políticas públicas em saúde no Brasil.

Os fundamentos da RENAST se reportam à noção de saúde enquanto um direito do ser humano, reconhecido pela Declaração Universal dos Direitos Humanos e consagrado pela Constituição Brasileira de 1988¹, em seu artigo 196:

"A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação".

A Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Internacional do Trabalho (OIT) prevêm, como direito de todo cidadão, o trabalho saudável e seguro. O entendimento do trabalho e da saúde no contexto da vida prioriza um olhar particularizado para o objeto central da Saúde do Trabalhador, definido pela relação entre o processo de trabalho e o processo saúde-doença. A área da Saúde do Trabalhador tem como pilar o compromisso com a mudança no quadro de saúde da população trabalhadora, a partir do agir político, jurídico, técnico e ético¹³.

De acordo com tal acepção, saúde e doença são processos dinâmicos articulados com o desenvolvimento produtivo da humanidade em um determinado momento histórico. E, ainda, os modos de inserção dos trabalhadores nos contextos de trabalho são decisivos na configuração de seus modos de adoecer e morrer²⁵. Tal determinação não se restringe aos trabalhadores diretamente envolvidos nas atividades produtivas, mas à população em geral de um determinado contexto social e dos impactos ambientais decorrentes dessas atividades.

A relação entre trabalho e saúde/doença é reconhecida em relatos históricos desde a Antigüidade. No entanto, o estudo de Ramazzini, *'De Morbis Artificum Diatriba'*, publicado em 1700, é considerado a primeira descrição sistematizada de doenças associadas ao exercício de determinadas ocupações. Para Dejourns, a análise da relação trabalho e saúde apresenta três períodos distintos com três diferentes prioridades²⁶.

Um primeiro período tem como foco central a preocupação com a sobrevivência e a miserabilidade dos trabalhadores, vistas suas precárias condições de vida e de trabalho. Mendes e Dias²⁷ referem-se ao aumento da frequência de registros de distúrbios relacionados ao trabalho a partir do século XVIII, seja pela crescente mobilização social, seja pela introdução de processos mecânicos nos ambientes de trabalho. Começam a ser criadas, em consequência, as primeiras leis de proteção aos trabalhadores por iniciativa do Estado. Concomitantemente, na primeira metade do século XIX, a Medicina do Trabalho surge como especialidade médica na Inglaterra, propondo, entre outras ações, a colocação de médicos no interior das fábricas.

A introdução do modelo taylorista-fordista^a nos processos de trabalho, no início do século XX, coincide com o que Dejourns²⁶ reconhece como um segundo período em que o foco da atenção é o impacto do trabalho sobre o corpo dos trabalhadores. As preocupações se referem aos acidentes de trabalho e às doenças relacionadas ao uso e/ou exposição a agentes tóxicos nos espaços laborais.

Também se constata, em tal período histórico, uma expansão dos serviços de Medicina do Trabalho e uma preocupação de alguns organismos internacionais, como a OIT, de formar profissionais para este fim. Na perspectiva de Mendes e Dias²⁷, como essas iniciativas não promoveram a resolução dos problemas de saúde relacionados ao trabalho, foi proposta a ampliação da atuação médica associada à intervenção sobre o ambiente laboral, com instrumental oferecido por outras profissões. Para os autores, constitui-se o que ficou

^a Sistema de organização do trabalho, baseado na separação das funções de concepção e de planejamento das funções de execução, na fragmentação e na especialização das tarefas, no controle de tempos e movimentos. O processo de produção fordista fundamenta-se na linha de montagem acoplada à esteira rolante^{28:29}.

conhecido como Saúde Ocupacional, com ênfase na higiene industrial. No Brasil, esse movimento se expressa na legislação, com a edição de algumas Normas Regulamentadoras na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT)³⁰ e, também, com a criação de algumas instituições voltadas ao tema, como a Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho (FUNDACENTRO).

O final da década de 1960 assiste à proposição de novos questionamentos sobre as relações entre trabalho e saúde, dando início ao processo de inclusão dos trabalhadores nas discussões. Para Dejours²⁶, o ano de 1968, considerado o início do terceiro período, é um marco decisivo para a eleição da saúde como preocupação prioritária. É o que Mendes e Dias²⁷ referem como "promoção da saúde", enquanto processo de educação para modificar o comportamento das pessoas e seu estilo de vida. Segundo os autores, a introdução de profundas mudanças nos processos de trabalho, a partir da década de 1970, é decisiva para a inclusão de novos riscos decorrentes da organização do trabalho, "não medicalizáveis" e determinantes para a constituição do campo da Saúde do Trabalhador.

Segundo Nardi³¹, a construção do campo da Saúde do Trabalhador, como reivindicação do movimento sindical e dos técnicos de saúde ligados à Reforma Sanitária, expressa uma profunda discordância com a prática da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional, criticando o envolvimento excessivo dos médicos com o capital. Por outro lado, os setores da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional expressam críticas à Saúde do Trabalhador, referindo-se ao excesso de influência das Ciências Sociais e a um envolvimento ideológico de esquerda.

O termo Saúde do Trabalhador se refere a um campo do saber e do fazer que visa a compreender e intervir nas relações entre o trabalho e o processo saúde/doença. Enquanto campo de saber se apresenta como um modelo teórico de orientação às ações na área de atenção à saúde no seu sentido mais amplo, "desde a promoção, prevenção, cura e reabilitação, incluídas, aí, as ações de vigilância sanitária e epidemiológica"³¹(p. 219).

Segundo Hoefel, Dias e Silva⁵, no Brasil, o movimento em prol da saúde dos trabalhadores tem como marco o final dos anos de 1970. Para as autoras, tal movimento tem como eixos a defesa do direito ao trabalho digno e saudável, a participação dos trabalhadores nas decisões sobre a organização e a gestão dos processos produtivos e a busca pela garantia de atenção integral à saúde. Inscreve-se em um contexto social e político de redemocratização do país e é fundamentado nos princípios do movimento da Reforma Sanitária, que propõe uma concepção de saúde pública para o conjunto da sociedade brasileira, incluindo a Saúde do Trabalhador.

A Saúde do Trabalhador se constitui em uma área da saúde pública que tem como objetivos "(...) a promoção e a proteção da saúde do trabalhador, por meio do desenvolvimento de ações de vigilância dos riscos presentes nos ambientes e condições de trabalho, dos agravos à saúde do trabalhador e a organização e a proteção da assistência aos trabalhadores, compreendendo procedimentos de diagnóstico, tratamento e reabilitação de forma integrada no Sistema Único de Saúde (SUS)"³² (p. 17).

Segundo Lacaz³³, a Saúde do Trabalhador é um

“(...) campo de práticas e conhecimentos cujo enfoque teórico-metodológico, no Brasil, emerge da Saúde Coletiva, buscando conhecer (e intervir) (n)as relações trabalho e saúde-doença, tendo como referência central o surgimento de um novo ator social: a classe operária industrial, numa sociedade que vive profundas mudanças políticas, econômicas, sociais” (p. 758).

O autor aponta a contraposição deste campo com as práticas e os conhecimentos do campo da Saúde Ocupacional. Ele relata ainda que a Saúde do Trabalhador se identifica com os discursos da Medicina Social Latino-Americana quanto à determinação social do processo saúde-doença, com os discursos da Saúde Pública pela perspectiva pragmática e com os discursos da Saúde Coletiva ao abordar a inserção dos processos produtivos na análise da morbidade e mortalidade das classes e grupos sociais.

O conteúdo do texto constitucional¹ expressa os princípios e diretrizes que pautaram as discussões no campo da saúde e que precederam a sua promulgação. No Brasil, até 1988, a saúde era apenas um benefício previdenciário (restrito aos contribuintes), um serviço comprado na forma de assistência médica ou uma ação de misericórdia oferecida aos que não tinham acesso à Previdência e nem recursos para a assistência privada. Tal modelo, que dissociava as ações individuais das ações coletivas e excluía grande parte da população, contribuiu para perpetuar péssimas condições de saúde e de qualidade de vida da população. As discussões e ações que antecederam o texto constitucional, no âmbito da saúde em geral, e no da Saúde do Trabalhador, em particular, são decisivos para as mudanças propostas.

Lacaz³³ se refere ao engajamento de setores do movimento sindical em questões relacionadas à saúde dos trabalhadores no início dos anos de 1980, em São Paulo. Tal engajamento é contemporâneo à criação do Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho (DIESAT), órgão com importante papel na superação do modelo do assistencialismo médico muito presente dentro dos sindicatos, propondo que tal atribuição caberia à rede pública.

O envolvimento da rede de saúde pública na atenção à saúde dos trabalhadores se concretiza através dos Programas de Saúde do Trabalhador (PST's) que datam de 1984³⁴. A VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, reafirmou a saúde como direito de cidadania e como dever do Estado; a 1ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, realizada neste mesmo ano, marcou a institucionalização política deste movimento, determinante para uma prática diferenciada que considerasse os impactos do trabalho sobre o processo saúde/doença.

Nesse sentido, a Constituição¹, na seção que regula o direito à saúde, em seu artigo 200, expressa:

"Ao Sistema Único de Saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da Lei (...) II- executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de Saúde do Trabalhador; (...) VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho".

A Lei Orgânica da Saúde – LOS², que regulamentou o SUS e suas competências no campo da Saúde do Trabalhador, aponta o trabalho como fator determinante/condicionante da saúde. Em seu artigo 6º define Saúde do Trabalhador como

"(...) um conjunto de atividades que se destina, através de ações de vigilância epidemiológica e sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e à reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho".

Nas palavras de Dias e Hoefel¹⁰, "consolida-se, assim, no plano legal e institucional, o campo da Saúde do Trabalhador".

1.2.- A ESTRATÉGIA DA RENAST

A trajetória do campo da Saúde do Trabalhador no Brasil precede a criação da Rede Nacional de Saúde do Trabalhador. Com relação ao seu percurso no Brasil, Lacz³⁵ identifica, por volta do ano de 1984, sua inserção como prática de saúde pública através dos PST's. Estes são criados na rede da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo. Já na década de 1990, inicia-se o processo de municipalização e os PST's passam a ter sua localização física em Centros de Saúde²³.

No início da década de 1990, a estratégia do Ministério da Saúde é privilegiar a organização das ações em Centros de Referência, enquanto serviços específicos em apoio à rede de saúde. Alguns autores, como Gomes e Lacaz,³⁶ e Dias e Hoefel¹⁰, assinalam que a criação dos Centros de Referência contribuiu para a fraca articulação da Saúde do Trabalhador com a rede do SUS, embora enalteçam o seu papel para a construção de concepções teóricas e ações de intervenção específicas. Ao comparar os PST's com os CEREST, Lacaz³⁷ refere que os primeiros tiveram uma clara abordagem no âmbito da Saúde Pública, buscando integrar-se à rede de saúde, enquanto os CEREST representaram o privilégio a uma instância especializada para uma rede pouco envolvida com os problemas de saúde dos trabalhadores. Segundo o mesmo autor, a criação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) deveria caminhar para a superação da dicotomia entre as ações em Saúde do Trabalhador e a Rede Básica de Saúde.

A RENAST foi criada pela Portaria GM/MS nº 1.679, em setembro de 2002³, e tem como objetivos integrar e articular a Atenção Básica, a Média e Alta complexidade ambulatorial, pré-hospitalar e hospitalar, sob o controle social, nos três níveis de gestão: municipal, estadual e nacional. Fundamenta-se na compreensão da relação entre o trabalho e o processo saúde/doença e na centralidade do trabalho no contexto contemporâneo brasileiro. Para os trabalhadores é importante estabelecer a relação trabalho e saúde/doença, pois a partir daí é possível coletivizar o fenômeno e estabelecer procedimentos que visem modificar as condições e ambientes de trabalho.

Segundo consta na referida Portaria, a estruturação da RENAST se organiza e se implanta através de ações na rede de Atenção Básica e no Programa Saúde da Família, na rede assistencial de Média e Alta complexidade do SUS e na rede de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador. Aos CEREST cabe o papel de pólos irradiadores da cultura da produção social das doenças e da centralidade do trabalho nesse processo, provendo suporte técnico e informações, viabilizando ações de vigilância, facilitando processos de capacitação para técnicos, para o controle social e para toda a rede do SUS, além de executar, organizar e estruturar a assistência de Média e Alta complexidade relacionada com os problemas e agravos à saúde relacionados com o trabalho.

A Portaria GM/MS nº 1679/2002³ previa a implantação de 130 CEREST entre 2002 e 2004, sendo 27 estaduais e 103 regionais. Classificava esses CEREST em A, B e C conforme a população a que se reportava, o que determinava o repasse financeiro (variável de R\$ 12.000,00 a R\$ 40.000,00). Nessa lógica, a RENAST representou uma ampliação da proposta dos CEREST com dotação orçamentária própria.

Na interpretação de Vasconcellos³⁸, a Portaria GM/MS nº 1679/2002³ é, na realidade, uma segunda RENAST, já que no ano de 2000 teria sido lançada uma primeira RENAST de caráter distinto, por não privilegiar a perspectiva assistencial. O autor se refere à existência de duas Secretarias estratégicas dentro do Ministério da Saúde: uma de enfoque regulador e financiador das ações de assistência e de caráter operacional (Secretaria de Assistência à Saúde - SAS), onde foi criada a Assessoria de Saúde Ocupacional, e outra voltada para a formulação de políticas (Secretaria de Políticas de Saúde - SPS), onde se fazia presente a Área Técnica de Saúde do Trabalhador.

Embora a prevalência do caráter assistencialista, a publicação da referida Portaria representou uma tentativa de integração das duas Secretarias e contou com o apoio dos CEREST e dos movimentos dos trabalhadores que a reconheceram como uma expressão da institucionalização da Saúde do Trabalhador¹⁰. Também contou com o apoio dos PST's já estruturados e em funcionamento, pois tais Programas passaram a contar com recursos financeiros (e se transformaram em CEREST).

Para Drumond e Galvão (apud Vasconcellos³⁸), o apoio dos PST's à criação da RENAST foi um estímulo adicional para novas discussões e para a implantação de novos CEREST. Na opinião de Machado e Santos²³, a expansão do número de CEREST provocados pela indução via repasse financeiro foi significativa e por si só impôs o debate sobre Saúde do Trabalhador nas diferentes regiões.

Em dezembro de 2005, foi publicada a Portaria GM/MS nº 2.437¹¹ de ampliação da RENAST através da adequação e habilitação de novos Centros de Referência (que passariam para 200). Até dezembro de 2008, havia 173 CEREST. O número de CEREST habilitados em cada ano é apresentado no Quadro 1.

QUADRO 1: Número de CEREST habilitados por ano

Ano	Número
2002 (Portaria GM/MS nº 1.679/2002)	18
2003 (Portaria GM/MS nº 1.679/2002)	41
2004 (Portaria GM/MS nº 1.679/2002)	47
2005 (Portaria GM/MS nº 1.679/2002)	4*
2006 (Portaria GM/MS nº 2.437/2005)	40
2007 (Portaria GM/MS nº 2.437/2005)	11
2008 (Portaria GM/MS nº 2.437/2005)	12
Total	173

* O número reduzido de habilitações se deve a realização da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador que exigiu grande mobilização nacional.

O Quadro 2 apresenta o número de CEREST por estado e por região. Os números das Portarias e as datas de habilitação de cada CEREST são apresentados no Anexo 1.

QUADRO 2: CEREST habilitados por estado e região até dezembro de 2008

REGIÕES/ESTADOS	NÚMERO
Região Norte	15
Acre	01
Amapá	01
Amazonas	03
Pará	04
Rondônia	02
Roraima	01
Tocantins	03
Região Nordeste	51
Alagoas	03
Bahia	15
Ceará	08
Maranhão	04
Paraíba	04
Pernambuco	09
Piauí	02
Rio Grande do Norte	04
Sergipe*	03
Região Sudeste	72
Espírito Santo	03
Minas Gerais	17
Rio de Janeiro	10
São Paulo	42
Região Sul	22
Paraná	05
Rio Grande do Sul	10
Santa Catarina	07
Região Centro-Oeste	12
Distrito Federal	01
Goiás	05
Mato Grosso	03
Mato Grosso do Sul	03
Total	173

* Todos os estados têm um CEREST estadual e os outros, quando existentes, são regionais. A exceção é o Estado de Sergipe que, por opção, não possui um CEREST estadual, sendo todos regionais.

Além da ampliação do número de CEREST, a Portaria GM/MS nº 2.437/2005¹¹ previu o desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Básica e de ações de vigilância e promoção em Saúde do Trabalhador. Também foi proposta a estruturação de uma rede de Serviços Sentinela de diferentes níveis de complexidade capaz de atender as vítimas

de agravos à saúde relacionados ao trabalho e a proposição de procedimentos para a notificação compulsória no Sistema Nacional de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) dos agravos constantes da Portaria GM/MS nº 777³⁹, de 28 de abril de 2004, agravos estes relacionados ao trabalho.

Os CEREST que estavam previstos na Portaria GM/MS nº 1.679/2002³ e que não haviam sido habilitados até a publicação da Portaria GM/MS nº 2.437/2005¹¹ passaram a cumprir os requisitos da nova Portaria. Tal Portaria re-classificou os CEREST e re-definiu os valores de incentivo (para R\$ 50.000,00) e os valores de repasse mensal (para R\$ 40.000,00 para os estaduais e R\$ 30.000,00 para os regionais), provenientes do Fundo Nacional de Saúde (FNS) e repassados aos Fundos de Saúde dos estados, municípios e distrito federal. Os recursos são repassados para gastos em ações relacionadas nos Planos de Saúde aprovados pelos respectivos Conselhos de Saúde, que são, também, responsáveis pela fiscalização da execução financeira dos recursos repassados.

Outra modificação foi em relação ao número de CEREST por estado e sua localização, que passaram a ser definidos pelos estados e não mais pelo Ministério da Saúde. A ampliação do número de CEREST é feita mediante o pleito pactuado nas Comissões Intergestoras Bipartite (CIB), aprovados pelo Ministério da Saúde segundo os critérios definidos pela referida Portaria. Entre os critérios de habilitação dos serviços estão: a existência e aprovação do Plano de Saúde, a institucionalização do controle social e a composição da equipe mínima de profissionais para cada CEREST.

A RENAST, criada pela Portaria GM/MS nº 1.679/2002³, ampliada pela Portaria GM/MS nº 2.437/2005¹¹, foi revisada para adaptação ao Pacto pela Saúde, lançado em 2006. Tal Pacto contempla três dimensões: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão, e foi publicado e regulamentado nas Portarias GM/MS nº 399,¹⁹ de 22 de fevereiro de 2006, e nº 699,¹⁰ de 30 de março de 2006, e apresentado no texto 'Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida em Defesa do SUS e de Gestão do Ministério da Saúde', de 2006¹⁸.

O Pacto pela Saúde é o resultado de um trabalho que envolveu o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), sendo aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) na reunião da Comissão Intergestora Tripartite (CIT^b) e que propõe diversas mudanças para a gestão do SUS.

^b A CIT é um colegiado de negociação e articulação entre os gestores dos três níveis do SUS referentes à elaboração de propostas para a implantação e operacionalização do SUS, sendo formado, paritariamente, por representantes do Ministério da Saúde, CONASS e CONASEMS.

Segundo o texto que o apresenta, o Pacto pela Vida se dá a partir da definição de prioridades estaduais ou regionais que podem ou não ser agregados às prioridades nacionais, podendo variar de um ano para o outro e representando o compromisso entre os gestores do SUS com relação às prioridades escolhidas. No ano de 2007, a Saúde do Trabalhador integra o Pacto pela Vida do Ministério da Saúde como uma prioridade nacional. O Pacto em Defesa do SUS busca desenvolver e articular ações que visem qualificar e assegurar o SUS como política pública, conforme os princípios constitucionais¹⁸.

Já o Pacto de Gestão, citado no mesmo documento, estabelece diretrizes para a gestão do sistema nos aspectos da descentralização, regionalização, financiamento, planejamento, programação pactuada e integrada, regulação, participação e controle social, gestão do trabalho e educação na saúde. A implantação do Pacto de Gestão promove inovações nos processos e instrumentos de gestão na busca de uma maior efetividade, eficiência e qualidade e na redefinição das responsabilidades coletivas com vistas à equidade social¹⁸.

Para o campo da Saúde do Trabalhador, algumas alterações quanto ao financiamento do SUS são importantes. Tal financiamento, responsabilidade das três esferas de gestão (municipal, estadual e federal), dá-se, preferentemente, na modalidade fundo a fundo, à semelhança do recurso da RENAST. Esse repasse segue as prescrições da Lei nº 8.142⁴⁰, de dezembro de 1990, e das normas do Sistema de Planejamento do SUS⁴¹.

O Pacto de Gestão resultou na publicação da Portaria GM/MS nº 204⁴², de 29 de janeiro de 2007, que regulamentou o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde na forma de blocos de financiamento e, com isso, os recursos da RENAST passaram a ser repassados em dois blocos. No bloco da Gestão do SUS ocorre a liberação do incentivo de R\$ 50.000,00 para o CEREST e, no bloco da Média e Alta Complexidade, os repasses mensais. Tais recursos são aplicados pelas Secretarias de Saúde e fiscalizados pelo Conselho de Saúde e pela Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (CIST). Ainda com relação a recursos para a RENAST, a Lei nº 8.142/1990⁴⁰, ao fixar os recursos federais destinados à cobertura de ações e serviços de saúde para serem recebidos pelos municípios, estados e distrito federal, determina que estes devem ter por base o Plano de Saúde e o Relatório de Gestão.

Segundo as Portarias GM/MS nº 3.085/2006⁴³ e nº 3.332/2006⁴⁴ esses são os instrumentos básicos do sistema de planejamento do SUS. O Plano de Saúde norteia a

definição da Programação Anual e o Relatório Anual de Gestão apresenta os resultados alcançados^{15;41}.

A Lei nº 8.080/1990² define que o processo de planejamento e orçamento do SUS

“(…) será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos municípios, dos estados, do distrito federal e da União” (artigo 36).

O processo ascendente de planejamento definido pela Lei Orgânica da Saúde é um grande desafio para os gestores, tendo em vista a complexidade do perfil epidemiológico brasileiro e a diversidade dos municípios. No entanto, é um dos mecanismos relevantes na observância do princípio de unicidade do SUS e da participação social, pois levam em conta as peculiaridades e necessidades próprias de cada local.

Algumas alterações com relação à gestão, financiamento e planejamento propostas pelo Pacto pela Saúde e documentos correlatos reforçaram a necessidade de revisão da Portaria GM/MS nº 2.437/2005¹¹, em especial, quanto a esses itens. Também, a mudança da CGSAT de Secretaria dentro do Ministério da Saúde determinou outra perspectiva que deve se expressar na proposta de revisão da RENAST, pois quando da publicação da Portaria GM/MS nº 2.437/2005¹¹, a CGSAT fazia parte do Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde - SAS (antiga Secretaria de Assistência à Saúde que se juntou a outras áreas), e a partir de agosto de 2007, ela passou a fazer parte junto à Coordenação Geral de Vigilância em Saúde Ambiental do Departamento de Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). Em meados de 2009, uma Portaria instituiu legalmente o Departamento.

Ainda, são necessárias as inclusões das alterações propostas (resultantes) como resultado das deliberações da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador⁷, realizada em Brasília, em novembro de 2005, que não foram contempladas no texto da Portaria. Tal Conferência, com três eixos estruturantes^c, teve como resultado 362 resoluções. Entre o total de resoluções aprovadas, há questões referentes à RENAST que não foram incorporadas à Portaria de dezembro de 2005, visto o tempo exíguo entre a realização da Conferência e a edição da referida Portaria. Importante aludir a que as resoluções da 3ª Conferência

^c Eixo I: Como garantir a integralidade e a transversalidade da ação do Estado em saúde dos (as) trabalhadores (as); Eixo II: Como incorporar a saúde dos (as) trabalhadores (as) nas Políticas de Desenvolvimento Sustentável no país; Eixo III: Como efetivar e ampliar o Controle Social em saúde dos (as) trabalhadores (as).

representam, na perspectiva de Lacaz³³, um retrocesso a alguns princípios característicos do modelo da Saúde Ocupacional, desconsiderando, inclusive o papel do SUS e enfatizando a matriz fiscalizadora e a noção de riscos de acidentes e doenças.

No campo da Saúde do Trabalhador estão presentes, de forma latente ou explícita, as contradições que marcam as relações entre capital e trabalho e as diferentes concepções que permeiam as práticas dos profissionais com atribuições e compromissos diferenciados por área. As relações trabalho-saúde situam-se no entrecruzamento dos desígnios do capital com as possibilidades de transformação social derivadas do pólo trabalho, dentro de um dinamismo dialético, nas palavras de Lacaz³³. Embora exista a positividade do exercício interprofissional, na prática, encontram-se barreiras que se refletem na manutenção de ilhas de saber/poder e no receio de construir pontes entre as diversas áreas de conhecimento¹³.

No processo de construção da RENAST, mudanças no percurso impõem adaptações e, assim, novas conformações vão se fazendo necessárias. As diferentes formas de inserção de cada CEREST nas estruturas organizacionais de cada estado, por exemplo, suas origens em diferentes contextos históricos e políticos, seus tempos de funcionamento (alguns são PST's transformados em CEREST e outros, recém habilitados, já com outra estrutura no Ministério da Saúde), entre outros fatores, expressam-se em ações muito diferenciadas conforme cada realidade local. A própria Portaria de criação da RENAST³ abre a possibilidade para ações diferenciadas, diversidade essa que dificulta o monitoramento nacional. Importante compreender a RENAST a partir de sua inserção no conjunto das políticas públicas em saúde no Brasil.

2.- AVALIAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS: A CONSTRUÇÃO DE INDICADORES

2.1. IMPORTÂNCIA DA AVALIAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS

As mudanças econômicas, políticas e sociais são responsáveis por significativas alterações na vida das pessoas e contribuem na determinação de políticas públicas a serem implementadas pelo Estado. Conforme Hoefel,⁴⁵ as políticas públicas se alteram de acordo com as necessidades do Estado em intervir para regular conflitos ou interesses sociais diversos. Para Guimarães (apud Ministério da Saúde¹²), a formulação de uma política pública é o processo de transformação de demandas sociais em escolhas políticas.

A Saúde do Trabalhador, enquanto questão vinculada às políticas mais gerais de caráter econômico e social, implica desafios das mais diversas ordens, pois a área da saúde é co-responsável pela resolução de diversos problemas relacionados à alimentação, à moradia, ao saneamento básico, ao meio ambiente, ao trabalho, à renda, ao lazer, etc. Tais fatores se apresentam como fatores determinantes e condicionantes da saúde, e o SUS tem o desafio de pautá-los nas agendas dos governos para suscitar mudanças no contexto social. Formular uma política de Saúde do Trabalhador significa, portanto, contemplar essa gama de condicionantes do processo saúde-doença.

Uma das diretrizes do SUS é a descentralização das ações de saúde, que demanda a necessidade de políticas públicas em saúde nas três esferas de governo e de pactuação entre essas instâncias. Tal abrangência faz da área da saúde uma das políticas setoriais de maior impacto entre as políticas públicas do país.

O planejamento das ações em Saúde do Trabalhador é um dos caminhos na definição de prioridades para as políticas públicas em saúde, além de funcionar como importante instrumento para a melhoria das condições de trabalho. O planejamento é previsto na Constituição Federal de 1988¹ como um processo inerente a todas as esferas de gestão; sua construção ascendente contribui para que cada esfera de governo dê observância aos princípios e diretrizes do SUS⁴⁶.

Segundo a Portaria GM/MS nº 3.085/2006⁴³, o Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS) é a atuação contínua, articulada, integrada e solidária das três esferas de gestão do SUS. Este sistema tem por objetivo coordenar o processo de planejamento do SUS, considerando as diversidades existentes e contribuindo, dessa forma, para a consolidação, resolutividade e qualidade da gestão, das ações e dos serviços prestados à população⁴¹.

Tal Portaria estabelece os instrumentos básicos do planejamento: o Plano de Ação (com a respectiva Programação Anual) e o Relatório de Gestão. Estes devem estar de acordo com o Plano Pluri-Anual (PPA), com a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA) em cada nível de gestão¹⁵.

Além da Portaria GM/MS nº 3.085/2006⁴³, também são importantes instrumentos legais do PlanejaSUS: a Portaria GM/MS nº 3.332/2006⁴⁴, que aprova orientações gerais relativas aos instrumentos; a Portaria GM/MS nº 376/2007⁴⁷, que institui o incentivo financeiro para organização e implementação do PlanejaSUS; e, a Portaria GM/MS nº 1.229/2007⁴⁸, relativa ao fluxo do Relatório Anual de Gestão dos municípios, estados, distrito federal e União.

Todo o arcabouço legal acerca do planejamento das ações dentro do SUS é de grande valia para as áreas específicas no âmbito da saúde, pois através de seus Planos de Ação se vislumbra a prática de Programas e a garantia de recursos. Assim, são instrumentos de grande utilidade para a área de Saúde do Trabalhador e um meio pelo qual podem ser garantidos os recursos da RENAST.

A área de Saúde do Trabalhador se caracteriza por uma multiplicidade disciplinar e temática, o que se reflete no desafio de construir uma política transdisciplinar e construtivista que dê conta da dinâmica do trabalho na sua relação com o processo saúde/doença. Assim sendo, as políticas públicas no âmbito da Saúde do Trabalhador devem se constituir em ações implementadas pelo Estado que garantam que o trabalho seja realizado em condições que contribuam para a melhoria da qualidade de vida dos trabalhadores¹².

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador – PNST, de responsabilidade da CGSAT, deve estar em consonância com os princípios e diretrizes do SUS, inclusive à universalidade do acesso à saúde, ampliando para fins dessa Política a abrangência da categoria de trabalhador. A Portaria GM/MS nº 1.125/2005⁴⁹ estabelece que

“(…) toda a Política de Saúde do Trabalhador para o SUS tenha como propósito a promoção da saúde e a redução da morbimortalidade dos trabalhadores, mediante ações integradas, intra e intersetorialmente, de forma contínua, sobre os determinantes dos agravos decorrentes dos modelos de desenvolvimento e processos produtivos, com a participação de todos os sujeitos sociais envolvidos”.

As diretrizes da Política Nacional de Saúde do Trabalhador compreendem: Atenção Integral da Saúde, articulação intra e intersetorial, estruturação da Rede de Informações em Saúde do Trabalhador, apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas em Saúde do Trabalhador, desenvolvimento e capacitação de recursos humanos e participação da comunidade na gestão dessas ações.

A articulação intersetorial se expressa na construção da Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalho – PNSST - ⁵⁰pelos ministérios da Saúde, da Previdência Social e do Trabalho e Emprego. Tal Política, elaborada pelo Grupo Executivo Interministerial em Saúde do Trabalhador – GEISAT (instituído pela Portaria Interministerial MT/MS/MPAS nº 7/1997) fez uma proposta observando as interfaces existentes e ações comuns entre os diversos setores de Governo. A proposta, colocada em consulta pública e apresentada em Encontro Nacional, reflete o esforço de superação da fragmentação e superposição das ações desenvolvidas.

Com relação à articulação intersetorial, outros exemplos de ações conjuntas na área de Saúde do Trabalhador podem ser citados: os termos de cooperação técnica com o Ministério das Minas e Energia e com a Secretaria de Portos, convênios com o Ministério da Cultura, parcerias com o Ministério do Meio Ambiente, entre outros. Também é importante destacar a articulação intrasetorial dentro e fora do Ministério da Saúde, articulando e envolvendo as diversas áreas e níveis de complexidade dentro da saúde com vistas à proposição de políticas públicas em Saúde do Trabalhador.

É no âmbito da diretriz da Atenção Integral da Saúde da Política Nacional de Saúde do Trabalhador que está a estratégia da RENAST com sua rede de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador. A RENAST se inscreve na PNST em consonância com os princípios e diretrizes do SUS, enfatizando a necessidade de atenção integral aos trabalhadores em sentido amplo, avançando na perspectiva da transdisciplinaridade e propondo uma atuação que amplie a garantia de direitos. Enquanto política pública, a RENAST deve ser avaliada como as demais. A adoção de sistemas de planejamento e avaliação pode significar a garantia de sucesso, a possibilidade de re-direcionamento de rumos e, no caso da RENAST, a continuidade do seu financiamento.

A avaliação é uma atividade que acompanha a própria história da humanidade. Esta atividade é inerente ao processo de aprendizagem e, na atualidade, está voltada a diferentes e diversas realidades. Muitas questões podem ser discutidas acerca do uso da avaliação, dos elementos que a constituem e do seu potencial no âmbito das políticas públicas.

Neste âmbito, a avaliação é ainda pouco utilizada no Brasil^{51;52;53}. Foi na década de 1990 que se assistiu um fortalecimento da avaliação, sendo implementados sistemas de avaliação de escopo variável. Hoje, a avaliação, como parte integrante da política, é uma ferramenta indispensável a ser incorporada na rotina de serviços de saúde, recomendada, também, pela Organização Mundial da Saúde e pela Organização Panamericana de Saúde. Para Faria¹⁷, apesar do ‘boom’ das últimas décadas na estruturação do campo da análise de políticas públicas, o campo é, ainda, incipiente e fragmentado.

Segundo Minayo, Assis e Souza⁵³, a avaliação pode ter diversos usos, entre eles o de dar respostas à utilização de recursos públicos, orientar investidores, responder aos interesses das instituições e de gestores e buscar melhor adequação de suas atividades. Autores como Habicht, Victora e Voughan⁵⁴ discutem a importância da avaliação para a tomada de decisões, entendendo a avaliação como um processo que busca determinar, sistemática e objetivamente, a relevância, efetividade, eficiência e/ou impactos de atividades em relação a objetivos predefinidos. Para os autores, avaliar significa estimar o quanto um programa/serviço logrou

alcançar os objetivos definidos, além de ser um instrumento para subsidiar a implementação de medidas que visem melhorias, podendo ser realizada através de indicadores.

Para Weiss⁵⁵, existem diferentes tipos de avaliação, estando, principalmente, relacionados com necessidades de informações para o processo decisório e para o aprendizado organizacional. Para este autor, os diferentes tipos de avaliação se constituem em poderosos instrumentos para gestores, formuladores e implementadores de políticas públicas, estando, em geral, vinculados a questões de efetividade, eficiência e eficácia. Costa e Castanhar⁵⁶ complementam quando apontam que a necessidade de buscar eficiência e maior impacto dos gastos públicos tem levado a um aprimoramento nos instrumentos de avaliação das políticas públicas.

Na perspectiva de Frey⁵⁷, é na fase de avaliação das políticas públicas que se apreciam os Programas já implementados. Para o autor, a avaliação pode levar à suspensão ou ao fim do ciclo político, ou, à iniciação de um novo ciclo. Portanto, a avaliação é imprescindível para o desenvolvimento e adaptação das formas e instrumentos da ação pública. É a visão do processo de implementação e de avaliação como partes do ciclo da política que fornece elementos para a reflexão sobre os determinantes centrais da intervenção e que devem ser considerados em uma estratégia de avaliação dirigida aos gestores^{58;59}.

Carvalho e colaboradores⁶⁰ destacam a importância da institucionalização da avaliação, permitindo o desenvolvimento de serviços de qualidade compatíveis com a realidade local. No mesmo sentido, para Faria¹⁷, a institucionalização da avaliação garante a racionalização dos processos decisórios e a legitimação das políticas e dos programas.

Todos os autores citados reforçam a importância da avaliação em políticas públicas como elemento de qualidade de gestão, permitindo que a tomada de decisão seja mais técnica e gerencial e reforçando e/ou re-direcionando as políticas públicas e as ações daí derivadas. Assim, um dos principais objetivos da avaliação é contribuir para o aperfeiçoamento do que está sendo avaliado. Logo, a avaliação não é um fim em si mesmo, mas o meio através do qual se pode alcançar o pretendido. A avaliação deve caracterizar-se como um processo, construída e avaliada segundo o contexto específico em que será empregada. Deve ter um foco definido com base na política que estará sendo avaliada.

Existem diversos tipos e classificações de avaliação. As pesquisas de avaliação de políticas públicas com foco na análise de resultados ou no funcionamento do programa assumem, em geral, duas naturezas específicas: somativa e formativa. A avaliação somativa tem como interesse analisar a efetividade do programa e é geralmente produzida quando do término deste, constituindo-se em elemento fundamental para a sua continuidade ou não. Já a

avaliação formativa objetiva conhecer os pontos críticos do programa com o propósito de realizar possíveis correções de etapas e procedimentos e é realizada durante a sua implementação^{22; 59}.

Guba e Lincoln⁶¹ dividem o campo da avaliação no que chamam de quatro gerações. A primeira geração se caracteriza pela mensuração de resultados, a produtividade. A segunda geração busca compreender como as coisas funcionam, como os resultados são atingidos. Já a terceira geração introduz o julgamento e o estabelecimento de méritos e, a quarta geração surge para superar os problemas e as limitações presentes nas três anteriores, propondo como base uma avaliação inclusiva e participativa.

A avaliação inclusiva e participativa de quarta geração inclui grupos de interesse em todo o processo e objetiva evidenciar as diferentes percepções dos grupos implicados, além de criar um espaço para a construção comum de mudanças. Os grupos de interesse, chamados *stakeholders*, vêm sendo envolvidos cada vez mais nas diversas etapas da avaliação⁵⁷.

Outra proposta participativa é a chamada Paidéia ou Método da Roda, elaborada por Campos⁶². Segundo o autor, o Método da Roda se propõe a trabalhar objetivando a constituição de coletivos organizados e traz como contribuição a introdução de um elemento não pertencente ao grupo (externalidade), o que propicia a superação de auto-referências e pontos cegos presentes na quarta geração de Guba e Lincoln, acima referidos.

Para Furtado²², é importante o alinhamento entre a avaliação de quarta geração e o Método da Roda, pois ambos se baseiam no referencial participativo e construtivista. Além disso, estimulam o diálogo para a superação de questões inerentes a um processo participativo de avaliação de natureza subjetiva.

No Brasil, é reconhecida a hegemonia da perspectiva gerencialista de avaliação, com desenho característico *top down*. O pressuposto é de que os resultados seriam assumidos pelos encarregados das decisões quanto à melhoria das políticas; porém, o esperado *feed back* com frequência não acontece, o que corroborou para a popularização das metodologias participativas de avaliação.

Importante ressaltar que, independente dos diversos usos da avaliação, e que são muitos, ela se constitui em importante instrumento para a continuidade de qualquer política pública, em especial aquelas que envolvem recursos financeiros como a Política Nacional de Saúde do Trabalhador. Mesmo a avaliação voltada aos propositores e gerenciadores de políticas públicas pode incluir abordagens participativas que garantem melhor engajamento dos segmentos avaliados.

O Sistema de Saúde tem o desafio de garantir sua viabilidade e sustentabilidade social, política e econômica. Para tanto, precisa demonstrar seu desempenho na atenção à população, através do desenvolvimento de sistemas de avaliação⁶³. Nesse sentido, é necessário o conhecimento de cada parte do sistema, o monitoramento dos processos e resultados, além de dispor de informações confiáveis, atualizadas e pertinentes. Assim, o monitoramento é condição *a priori* da avaliação.

Hartz⁶⁴ distingue monitoramento de avaliação, embora lembre sua inter-relação, mas ressalte suas especificidades. Para o autor, o monitoramento das rotinas de saúde está voltado para a análise continuada dos sistemas de informação, incentiva a produção e qualificação dos serviços, possibilita a avaliação e agilidade na correção dos rumos. Já a avaliação, como afirma também Braga Junior⁹, implica emissão de juízo de valor.

As dificuldades do processo de avaliação são diversas, tanto conceituais como operacionais. Importante assinalar que avaliar é atribuir valor e que os resultados de qualquer avaliação é sempre uma aproximação da realidade e que julgamentos de valor estarão sempre presentes, em graus diversos.

A crescente importância atribuída à articulação entre conhecer e agir, isto é, que é preciso conhecer para poder agir (informação), constitui-se em elemento central no desenvolvimento do monitoramento e da avaliação em saúde. Segundo Novaes⁶⁵, para avaliar uma política ou a estratégia de implementação de uma política é preciso conhecê-la na teoria e na prática. Uma das maneiras de obter esse conhecimento é através de indicadores.

2.2.- INDICADORES DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

O termo indicador é originário do latim *indicare*, que significa descobrir, apostar, anunciar, estimar. É uma ferramenta de todo o processo político de tomada de decisão, pois deve ser capaz de informar de forma resumida um conjunto de dados e de facilitar a comunicação entre os diversos atores envolvidos⁶⁶.

Pode-se entender os indicadores como “medidas-síntese” que contêm informações relevantes sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, assim como do desempenho do sistema de saúde²¹. Eles são instrumentos criados e utilizados para avaliar se objetivos e metas foram atingidos e servem para o acompanhamento e monitoramento

contínuo de ações e intervenções. Devem ser analisados e interpretados com facilidade, compreensíveis para os usuários, especialmente gestores e representantes do controle social⁶⁷.

Apesar do relato do uso de indicadores desde algum tempo, sua utilização ganhou corpo científico em meados dos anos de 1960⁶⁸. A partir da década de 1980, o emprego de indicadores cresceu entre gestores e tomadores de decisão devido à necessidade de planejamento para formulação e implementação das políticas públicas. Desde então, tem-se constatado um uso crescente, tornando-se uma ferramenta estratégica para o estabelecimento de políticas e prioridades. O uso de indicadores para o monitoramento contínuo das ações, atrelado a sistemas de informação, é estratégico para a institucionalização do acompanhamento sistemático dos serviços de saúde⁶⁹.

Um indicador é constituído por um conjunto de dados e informam sobre determinado fenômeno, tornando-se uma fonte de informação. Para Jannuzzi⁶⁸, a principal diferença entre dados coletados e indicadores construídos a partir deles é o conteúdo informativo presente no indicador, ou seja, o valor contextual da informação presente. Os indicadores representam muito mais do que um conjunto de dados, pois adicionam valores aos mesmos, convertendo-os em informações a serem usadas pelos tomadores de decisão.

Os indicadores são representações da realidade e não a realidade. Os dados utilizados para a construção destes representam eventos empíricos da realidade social e, dependendo de como os dados são utilizados, podem alterar a realidade, prejudicando a qualidade dos indicadores. A qualidade de um indicador depende dos componentes usados em sua formulação e da precisão dos sistemas de informação empregados.

Estão vinculados a indicadores critérios de confiabilidade e de validade, entendidos como a busca pela precisão e exatidão, desdobrando a validade em medidas de sensibilidade e de especificidade. Outros aspectos como simplicidade, disponibilidade, robustez, sinteticidade, discriminabilidade, poder de cobertura, relevância social, inteligibilidade de sua construção, comunicabilidade, periodicidade de atualização, factibilidade para a obtenção, desagregabilidade e historicidade também devem estar presentes, pois são importantes para que um indicador tenha credibilidade e seja aceito como medida de referência⁶⁶.

Como os indicadores são criados a partir de informações, é importante estar atento as limitações do processo informativo, pois informar é um processo dinâmico e complexo que envolve componentes políticos, econômicos, conceituais, ideológicos, tecnológicos, entre outros. Um levantamento do Ministério da Saúde registrou a presença de mais de 200 sistemas de informação no âmbito do SUS incompatíveis entre si o que gera dificuldades na transformação dos dados em informações. Assim, mesmo com vários sistemas de informação

em uso, a análise dos dados e a institucionalização da avaliação com fins de planejamento ficam prejudicadas⁶⁹.

Os indicadores podem ser classificados em diversos itens. Segundo Jannuzzi⁶⁸, uma primeira classificação tem como critério a área temática da realidade social a que se referem, podendo ser indicadores de saúde, educacionais, de mercado de trabalho, demográficos, etc., inclusive podendo ser classificados em mais de uma temática. Muitas vezes essas temáticas se constituem em sistemas de indicadores como os indicadores de Desenvolvimento Humano (IDH) e os indicadores sócio-econômicos.

Também são possíveis outras tipologias como classificá-los em objetivos (quantitativos e construídos a partir de dados estatísticos públicos) e subjetivos (qualitativos e construídos a partir da avaliação da população em geral ou de especialistas sobre um determinado item). Ou indicadores de categoria simples ou composta, conforme a complexidade metodológica da sua construção e da quantidade de dados usados na sua definição. Ainda, podem ser classificados em indicadores descritivos (descrevem a realidade sem significado valorativo) ou normativos (refletem juízo de valor). Jannuzzi⁶⁸ observa que o indicador sempre tem uma natureza normativa originária da ideologia de sua construção.

Segundo Santos e Victora⁷⁰, além de diversos tipos de classificação de indicadores, há diferentes tipos de indicadores. A escolha do tipo de indicador a ser usado depende do que vai ser avaliado e de quem utilizará os resultados para a tomada de decisões.

O modelo de avaliação de programas desenvolvido por Habicht, Victora e Vanghan⁵⁴ utiliza dois eixos. O primeiro eixo se refere ao tipo de indicadores necessários que dependerá daquilo que será medido: o processo, o resultado ou ambos. Para os autores, indicadores de oferta, utilização e cobertura analisam o processo, enquanto indicadores de impacto analisam o resultado. Avaliações de processo têm como objetivo produzir conhecimento sobre o que está sendo ofertado à população, sendo útil para a retro-alimentação do programa; avaliações de impacto fornecem informações relevantes para uso local com possibilidade de generalizações.

O indicador específico a ser utilizado na avaliação depende das características do programa. A população a que o programa se dirige gera indicadores de cobertura. A natureza do programa, os instrumentos, os equipamentos e os recursos humanos são utilizados para a formulação de indicadores de oferta. Os registros sobre a implementação do programa construídos ao longo do tempo são úteis para a construção dos indicadores de utilização e oferta. Através dos objetivos do programa é possível construir indicadores de impacto⁵⁴.

Em suma, tem-se que: indicadores de oferta visam responder se ações ou atividades do programa estão disponíveis para a população alvo, se são acessíveis e se a qualidade é adequada; indicadores de utilização respondem se os indivíduos da população-alvo estão participando das atividades oferecidas pelo programa; indicadores de cobertura permitem avaliar a proporção da população-alvo atingida pelo programa, sendo necessário conhecer o denominador (número que se pretende alcançar com as atividades do programa); e, indicadores de impacto avaliam se os objetivos do programa foram alcançados.

O segundo eixo se refere ao tipo de influência da avaliação necessária para se afirmar que os resultados observados, tanto de processo quanto de impacto, foram efetivamente decorrentes da exposição à intervenção⁷⁰. Para os autores que desenvolveram o modelo, são identificados três níveis de inferência causal: adequação, plausibilidade e probabilidade.

As avaliações de adequação são mais simples e julgam se os objetivos foram alcançados. Avaliações de plausibilidade analisam se os objetivos foram alcançados devido ao programa e avaliações de probabilidade estimam qual a probabilidade estatística de que o programa tenha realmente efeito. Muitas decisões podem ser tomadas baseadas em análises de adequação e plausibilidade; avaliações mais complexas, como impacto de um programa, só devem ser feitas após se saber se o programa está sendo bem ofertado e se está atingindo a população prevista⁷⁰. Assim, os tipos de delineamentos utilizados nas avaliações dependerão da natureza dos programas e do que se quer obter.

Em outra classificação, Donabedian⁷¹ identifica três tipos de indicadores: estrutura, processo e resultado. Os indicadores de estrutura incluem os recursos ou insumos utilizados no sistema de saúde; os de processo englobam as atividades e procedimentos envolvidos na prestação de serviços; e os de resultado refletem as respostas das intervenções para a população beneficiada. Para Santos Filho⁶⁹, do ponto de vista metodológico e operacional, essa classificação pode ser utilizada para avaliar a qualidade dos serviços de saúde. Complementa apontando que os indicadores de resultado, efeitos ou impacto avaliam as mudanças na saúde das populações e apresentam dificuldades quando se tem uma política abrangente, como é o caso da Política Nacional de Saúde do Trabalhador (PNST).

Constata-se a inexistência de conflito entre os modelos propostos por Donabedian e por Habicht, Victora e Vanghan, podendo-se estabelecer uma correspondência entre os indicadores de estrutura e de processo do primeiro autor com os de oferta dos outros autores. Porém, é importante ressaltar que a proposição de Habicht, Victora e Vanghan está mais voltada para a saúde pública, tendo como público alvo o grupo a ser atingido pelo programa, e

o de Donabedian está mais direcionado para a avaliação de serviços, onde a população-alvo é a usuária do serviço.

Ainda, é necessário ter em mente que um bom indicador deve ser quantitativo (mensurável), factual (ter o mesmo significado para várias pessoas), válido (medir o que se propõe a medir), confiável (pode ser checado) e sensível (reflete as mudanças na situação). Devem ser construídos a partir dos objetivos, da estrutura e do funcionamento do programa/serviço⁶⁷.

Alguns indicadores são mais sensíveis às mudanças nos/dos serviços de saúde e este é um critério para orientar sua seleção. Em última análise, o uso de indicadores deve permitir o acompanhamento/monitoramento sistemático dos serviços, contribuindo para o aprimoramento da qualidade das ações ofertadas.

MÉTODO

O trabalho científico se pauta por alguns pressupostos (o que é ciência, o que é realidade, o que é neutralidade/objetividade, entre outros) e por um instrumental que o viabilize. Este instrumental não é apenas material, mas, também, um conhecimento sobre como operar o material, o que perceber, o que destacar, entre outras coisas. Como ponderam VÍctora, Knauth e Hassen⁷², toda a metodologia traz consigo um conjunto de pressupostos sobre a realidade, bem como um instrumental composto por uma série de conceitos, pelo treinamento do olhar e por técnicas de observação da realidade.

Além dos pressupostos e do instrumental, o trabalho científico implica uma coerência entre o método proposto e o objeto de pesquisa. No caso deste trabalho, o objeto é a construção de indicadores nacionais de monitoramento dos CEREST estaduais e regionais e tomou como base as determinações da Portaria GMMS nº 2.437/2005¹¹. Para tanto, fez-se uso de uma abordagem quantitativa e de uma análise de caráter quanti-qualitativo.

Ainda, o trabalho científico requer a elaboração de um referencial teórico que embase a construção de seu objeto, seus objetivos e suas questões norteadoras, permitindo responder a algumas dessas questões com base na literatura pesquisada. Neste estudo, o referencial teórico contemplou a Saúde do Trabalhador no SUS, a contextualização do surgimento da RENAST e dos CEREST, objeto do monitoramento, e referenciais que justificam o acompanhamento desses serviços por meio de indicadores.

A pesquisa foi dividida em quatro etapas: a fase exploratória, a fase do trabalho de campo, a fase de análise e tratamento do material e a fase de devolução dos dados levantados e analisados. A fase exploratória incluiu a definição do objeto, dos objetivos, das questões norteadoras, da amostra e da listagem preliminar de indicadores, bem como a consulta e elaboração do referencial teórico. A fase do trabalho de campo consistiu no envio de um instrumento com propostas de indicadores para avaliação pelos coordenadores dos CEREST e seu recolhimento. Na fase de análise e tratamento do material foram feitas as análises quantitativas e qualitativas e a discussão com base no referencial teórico. Por fim, na última etapa, o resultado, com os indicadores melhor avaliados, constituiu um instrumento de

monitoramento dos CEREST estaduais e regionais que será proposto à CGSAT e enviado a todos os participantes a título de devolução.

Os indicadores propostos se enquadram como indicadores descritivos e indicadores de saúde. Os indicadores de saúde foram utilizados intencionalmente com o propósito de avaliar e fornecer subsídios ao planejamento em saúde, permitindo o acompanhamento das flutuações e tendências históricas. Também, podem ser classificados como indicadores de processo, segundo a proposta de Habicht, Victora e Voughan⁵⁴, e como indicadores de estrutura e de processo, na classificação de Donabedian⁷¹, conforme o Quadro 3.

QUADRO 3: Relação entre tipos de indicadores.

Habicht, Victora e Voughan ⁵⁴	Donabedian ⁷¹
Processo: oferta (acesso e qualidade), utilização (participação) e cobertura (população atingida)	Estrutura (recursos e insumos) Processo (atividades)
Resultado (impacto)	Resultado (impacto)

Para a construção do instrumento de proposição de indicadores nacionais para monitoramento dos CEREST estaduais e regionais foram utilizadas as determinações da Portaria GM/MS nº 2.437/2005¹¹ que define 26 funções para os CEREST regionais e 23 para os estaduais. Apesar do processo de revisão da referida Portaria e da possibilidade de transferência do detalhamento das funções dos CEREST para outro documento, optou-se pelo seu emprego para a proposição de indicadores visto que tal detalhamento tem origem na Portaria GM/MS nº 1.679/2002³ de criação da RENAST e já é de amplo conhecimento e uso pela Rede^d.

Mesmo amplamente divulgado, muitos CEREST, nos seus exercícios cotidianos de trabalho, ainda se perguntam sobre suas atribuições. Tal incerteza se deve, em parte, às determinações presentes na Portaria GM/MS nº 2.437/2005¹¹, que não define com clareza algumas ações, como por exemplo, a quem cabe a vigilância em Saúde do Trabalhador⁵⁰. No entanto, optou-se por utilizar as determinações da referida Portaria, pois a discussão sobre o papel dos CEREST, discussão esta que permeia toda a trajetória da RENAST na busca de um modelo de atenção integral à saúde dos trabalhadores, é ampla e abrangente e não é objeto deste trabalho.

^d A nova Portaria da RENAST (Portaria GM/MS nº 2.728/2009) foi publicada em novembro de 2009, o que impediu sua utilização na pesquisa. As funções dos CEREST não foram mantidas no corpo da referida Portaria e serão objeto de um Manual a ser elaborado pelo Ministério da Saúde.

Para a construção de indicadores foi feita a leitura, o levantamento e a classificação por temas das funções dos CEREST, previstas pela Portaria em questão, conforme o Quadro a seguir.

QUADRO 4: Classificação, por tema, das funções dos CEREST regionais e estaduais segundo a Portaria GM/MS nº 2.437/2005¹¹

TEMA	CEREST REGIONAIS	CEREST ESTADUAIS
Pólo de educação permanente/ capacitação/ Pesquisa e convênios	2, 5, 6, 9, 10, 16, 26*	5, 6, 16, 17, 21
Rede Sentinela, Notificações da Portaria GM/MS nº777, Fluxos de Referência e Contra-Referência/ Sistemas de Informação	14, 17, 19	8, 10, 12, 22, 23
Utilização dos Protocolos / CEREST e Nexo causal	20	15, 18, 19
Vigilância	4, 13, 18, 22, 23, 24	9, 14
Articulação intra e intersectorial/ Controle Social/ Trabalho infantil/ Observatório Estadual	1, 3, 7, 8, 11, 12, 15, 21, 25	1, 2, 3, 4, 7, 11, 13, 20

* Os números se referem às funções determinadas pela Portaria GM/MS 2.437/2005 (Anexo 2).

Agruparam-se, dentre as 23 funções determinadas para os CEREST estaduais e as 26 para os CEREST regionais, aquelas que versavam sobre um mesmo tema ou temas similares com o objetivo de não tornar excessivamente extensa a listagem de indicadores (cerca de 50, no caso de um indicador para cada função). Tal agrupamento foi dificultado pela repetição de funções descritas de forma diferenciada, mas importante para identificar ações semelhantes previstas para os CEREST estaduais e regionais.

Apesar da pouca clareza, constataram-se alguns conjuntos temáticos presentes nos dois tipos de CEREST, como: ações de educação/capacitação, pesquisas e convênios, ações de articulação intra e intersectorial, ações de assistência, ações de vigilância e organização da rede para as notificações. Essa semelhança e essa classificação foram usadas como critério para a proposição de indicadores.

Além desses, foram propostos dois indicadores relacionados aos recursos provenientes do Ministério da Saúde, tema de discussão corrente junto a RENAST (esses recursos são repassados do FNS diretamente para os estados e para os municípios; tais recursos nem sempre são pontuais, pois são de difícil operacionalização para algumas regiões). Os

conjuntos temáticos serviram como referências para consulta a fontes como RIPSAs (Rede Interagencial de Informações para a Saúde), OPAS (Organização Panamericana da Saúde), DATASUS (Departamento de Informática do Ministério da Saúde) e CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) que fundamentaram a elaboração dos indicadores que compuseram o instrumento enviado aos coordenadores para avaliação.

Elaborou-se um instrumento com dezoito indicadores. Concomitantemente, foram organizados os principais critérios para a seleção de indicadores identificados na literatura sobre monitoramento, avaliação e construção de indicadores. Foram pesquisadas três fontes sobre propriedades a serem avaliadas em indicadores, conforme o Quadro 5.

QUADRO 5 – Propriedades propostas para indicadores.

MS – Rede Carmen ⁶⁷	OPAS ²¹	Jannuzzi ⁶⁸
Mensurável (quantitativo)	Mensurabilidade (fáceis de conseguir)	Factibilidade para obtenção (mensurabilidade)
Factual (mesmo significado para diferentes pessoas - comunicabilidade)	Comunicabilidade (compreensíveis)	Comunicabilidade
Válido (mede o que se propõe a medir)	Validade (capacidade de se medir o que se pretende – sensibilidade e especificidade)	Validade Especificidade Sensibilidade
Confiável (pode ser checado)	Confiabilidade (reproduz os mesmos resultados quando aplicado em situações semelhantes)	Confiabilidade
	Relevância (responde a prioridades em saúde)	Relevância para a agenda política
	Analizados e interpretados com facilidade	
	Custo-efetividade (justificado pelos resultados)	
Sensível (reflete as mudanças na situação)		
		Inteligibilidade
		Cobertura
		Periodicidade de atualização
		Desagregabilidade
		Historicidade

Um exame do Quadro 5 indica que os critérios Mensurabilidade, Comunicabilidade, Validade e Confiabilidade são apontados pelas três fontes consultadas, embora nem sempre com conceitos similares. O critério Validade inclui a noção de Sensibilidade e Especificidade,

na proposição da OPAS e Jannuzzi; já ser sensível é um critério autônomo na proposição do MS e não possui o mesmo significado que Sensibilidade. A Relevância é um critério apontado por duas das fontes consultadas. Os demais critérios foram nomeados por apenas uma fonte.

Como seria muito complexa e exaustiva a análise de todos os critérios para os diferentes indicadores propostos, estipulou-se usar no instrumento de avaliação dos indicadores enviado para os CEREST os critérios repetidos em pelo menos duas das referências usadas no Quadro 4. Os critérios Sensibilidade e Especificidade estão incluídos no critério Validade, conforme proposta da OPAS. Foram feitas algumas adaptações já que as referências citadas nem sempre usaram a mesma denominação para conteúdos semelhantes. Com base nessas considerações, os critérios escolhidos foram:

- validade: se o indicador mede o que se propõe a medir; é sensível a mudanças e específico ao tema;
- confiabilidade: se os dados usados pelo indicador podem ser checados e verificados posteriormente;
- mensurabilidade: se o indicador é quantitativo e os dados fáceis de conseguir;
- comunicabilidade: se o indicador é compreensível e possui o mesmo significado para diferentes pessoas;
- relevância: se o indicador é relevante para a agenda política de saúde e, no caso deste trabalho, se é relevante para a RENAST.

Com base nesses critérios foi construída uma escala tipo Likert de cinco graduações para que os coordenadores dos CEREST pudessem avaliar cada um dos indicadores propostos. Em um item positivo, um resultado de 5 foi estabelecido como ‘aprovo totalmente’, um resultado de 4 como ‘aprovo’, e assim por diante, até o resultado 1 para o ‘desaprovo totalmente’. Nos itens negativos se inverteu o sistema de correção. A proposta de inclusão de itens positivos e negativos teve o objetivo de evitar que os respondentes se posicionassem mais à direita ou à esquerda da escala automaticamente, sem uma análise mais reflexiva da questão proposta⁷³.

O instrumento com os indicadores propostos e os critérios de avaliação, juntamente com um texto de abertura explicativo da pesquisa e instruções de preenchimento (Anexo 3) foi montado em formSUS^e. Durante a construção desse instrumento foi exigida muita atenção

^e O formSUS é um serviço de uso público, com normas de utilização definidas e compatíveis com a legislação e com a Política de Informação e de Informática do SUS. É uma ferramenta que permite a criação de formulários, testes, avaliações, entre outros, sendo desenvolvido em software livre e acessado pela internet. É um meio que possibilita a coleta e análise dos dados e foi desenvolvido pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS) do Ministério da Saúde (<http://formsus.datasus.gov.br>).

visto a complexidade da plataforma utilizada, que tem como vantagem facilitar a análise dos dados e disponibilizar relatórios com índices percentuais. Para a construção de um instrumento claro, objetivo e de fácil compreensão por diferentes respondentes, algumas limitações foram impostas, como, por exemplo, a eliminação de justificativas para as respostas, a restrição a perguntas abertas e a diminuição no tamanho dos temas.

O instrumento construído em formSUS se constituiu em um questionário auto-aplicativo, com estrutura aberta, incluindo o universo de CEREST existentes desde a criação da RENAST pela Portaria GM/MS nº 1.679/2002³ até dezembro de 2008, totalizando 173 Centros, sendo 26 estaduais e 147 regionais. Antes do envio do instrumento aos participantes, este foi apresentado e discutido com alguns pesquisadores da FIOCRUZ, especialistas da área e funcionários do Ministério da Saúde. Tal processo teve o objetivo de torná-lo mais compreensível e resultou em pequenas mudanças no seu conteúdo (que foram incorporadas), visto que não foi possível a realização do pré-teste devido ao tempo restrito para a pesquisa.

Este instrumento foi enviado, por via eletrônica (e-mail), aos CEREST. No e-mail constava o link do formulário através do qual o coordenador acessava o instrumento, uma carta da pesquisadora com as justificativas para o estudo (Anexo 4) e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 5). Visando minimizar possíveis perdas na devolução, combinou-se o ato de gravar após o preenchimento do instrumento com a aceitação do Termo de Consentimento e a transferência automática dos dados para a pesquisadora.

Os contatos com os participantes se fizeram, em uma primeira vez, nos dias 7 e 10 de agosto de 2009, através do e-mail institucional da pesquisadora. Como havia um *link* no e-mail, houve bloqueio do setor de informática do Ministério da Saúde de alguns deles, problema não solucionado, o que demandou o re-envio através do e-mail pessoal da pesquisadora, no dia 14 de agosto. Além disso, foram realizados contatos telefônicos e mais dois re-envios eletrônicos aos que não responderam (31 de agosto e 10 de setembro, este último com prazo de finalização da coleta). Procurou-se estimular ao máximo a participação, visto a adoção de um modelo de avaliação participativa relativa à construção do instrumento.

Ao se propor um modelo participativo na elaboração dos indicadores está se resgatando o caráter relacional do processo de construção do conhecimento. Como assinala Noronha⁷⁴, isto significa considerar que há um sujeito (e/ou uma instituição) informado historicamente e que se relaciona com o objeto, construindo-o e sendo ao mesmo tempo construído no processo. Tal relação é fundamental no processo de avaliação.

Pedrosa⁷⁵ reforça a importância da avaliação participativa em saúde como instrumento capaz de viabilizar a transformação a partir do envolvimento de diversos atores. Tais posicionamentos fundamentam a escolha do modelo participativo e justificam sua utilização desde a construção do instrumento que, posteriormente será usado para acompanhamento/monitoramento e, futuramente, para avaliação dos CEREST. Espera-se que a compreensão sobre a necessidade e a importância de ações de monitoramento em nível nacional se expresse no engajamento e adesão à pesquisa.

Devido ao tempo restrito, não foi feita a aplicação do instrumento resultante com os indicadores melhor avaliados pelos CEREST, mas tão somente a construção e proposição de indicadores nacionais para monitoramento desses Centros, de modo participativo. Ademais, a decisão sobre a utilização ou não do instrumento proposto caberá à política e à gestão da CGSAT.

Importante referir que quando se fala em modelo participativo não está se referindo à pesquisa participante enquanto método de pesquisa. A pesquisa participante é mais abrangente, pois pressupõe a realização concomitante da investigação e da ação, a participação conjunta de pesquisadores e pesquisados, a proposta político-pedagógica a favor dos oprimidos e o objetivo de mudança ou transformação social⁷⁶.

Até o encerramento do prazo estipulado para os CEREST se manifestarem (16 de setembro de 2009), obteve-se 84 formulários preenchidos, que constituíram a amostra trabalhada na análise dos dados. A análise foi dividida em três partes: a primeira sobre a caracterização e participação da amostra, incluindo as respostas a uma pergunta aberta acerca da opinião sobre o instrumento; a segunda, com a análise do instrumento propriamente dito (os indicadores), realizada por blocos/temas, junto com a análise de uma segunda pergunta aberta referente à sugestão de indicadores; e, uma terceira parte em que se apresenta o instrumento final, objeto deste estudo.

As respostas às questões abertas foram agrupadas por temas comuns. Tal agrupamento foi realizado por dois juízes: a pesquisadora e um especialista em análise de conteúdo. Posteriormente, foram discutidos os agrupamentos e proposto um consenso que norteou a análise do conteúdo das respostas.

Na descrição dos dados, além de resultados totais, apresentam-se as respostas agrupadas em categorias baseadas no percurso da RENAST para comparação, quais sejam:

- abrangência: CEREST estaduais e CEREST regionais;
- habilitação: CEREST habilitados pela Portaria GM/MS nº 1.679/2002 e CEREST habilitados pela Portaria GM/MS nº 2.437/2005;

- regiões: denominada de macro sul, incluindo os CEREST das regiões geográficas sul e sudeste e denominada de macro norte, incluindo os CEREST das regiões geográficas norte, nordeste e centro-oeste.

Para a análise dos dados, empregou-se os programas estatísticos do Excel (97-2003) e o SPSS (versão 15.0 e 17.0). A plataforma do formSUS, utilizada para elaboração e aplicação do instrumento, permitiu a migração dos dados para a plataforma Excel que ensejou a construção das ferramentas de apresentação: tabelas e gráficos. As medidas estatísticas de significância (qui-quadrado) foram empregadas com base no programa SPSS.

A opção por uma análise quanti-qualitativa foi feita tendo em vista as características de cada abordagem. Ao se obter dados quantitativos de base probabilística foi possível tecer um panorama geral e o conhecimento de tendências e padrões em cada um dos agrupamentos propostos; as perguntas em aberto forneceram dados de ordem qualitativa que explicam, em parte, as tendências e padrões constatados. Tal composição permitiu enriquecer a análise dos dados e as considerações apresentadas acerca do objeto pesquisado.

Na análise, as respostas da escala de Likert foram agrupadas em: desaprovo (graduações 5 e 4), aprovo (graduações 1 e 2), indiferente e não se aplica/não respondeu. Com relação à avaliação dos indicadores pelos CEREST, utilizou-se o seguinte critério: indicadores com aprovação abaixo de 70% foram descartados, indicadores com aprovação entre 70 e 75% foram objetos de reflexão e indicadores com 75% ou mais de aprovação foram incluídos na versão final. A partir do processo analítico procedeu-se à última etapa, qual seja a construção do instrumento de monitoramento dos CEREST com os indicadores melhor avaliados, sua proposição à CGSAT e, posteriormente, a devolução aos participantes como forma de retorno às suas contribuições.

Importante registrar os limites e dificuldades durante todas as etapas da pesquisa, limites estes que se configuram como vieses da pesquisa, a saber: vieses na seleção dos indicadores, vieses na composição da amostra já que houve dependência do engajamento espontâneo dos respondentes, vieses de informação e de fontes de contato com os participantes, vieses de confundimento e vieses de aferição tendo em vista a natureza do próprio instrumento. Procurou-se sempre identificá-los e minimizá-los o máximo possível.

Com relação ao Referencial Teórico, procurou-se incluir temas referentes à aplicabilidade de instrumentos de monitoramento e avaliação, úteis quando da conclusão de todo o processo. Priorizou-se um modelo de construção participativa, pois se partiu da convicção de que a construção dos indicadores com o envolvimento ativo dos CEREST – agentes que posteriormente sofrerão a ação – minimizará as dificuldades de sua aplicação. No

entanto, vale lembrar que todo o monitoramento/avaliação é um processo e, portanto, mutável e adaptável às novas realidades.

Para a pesquisa foram adotados os preceitos da ética aplicáveis ao presente estudo, conforme Resolução CNS 196, com submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), por meio do Processo e Parecer de nº 94/2009, e o preenchimento ou aceitação, pelos participantes, do Termo de Consentimento Livre e Informado, com as informações pertinentes à pesquisa e o caráter sigiloso quanto à identificação dos participantes e a origem das informações que constam do resultado do trabalho.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados obtidos e sua discussão são apresentados em três segmentos: caracterização da amostra e análise da participação, caracterização e análise dos indicadores e proposição do instrumento final com indicadores nacionais para monitoramento dos CEREST.

Indicadores de resultado (impacto) não foram propostos neste momento, pois, primeiramente, buscou-se propor indicadores que permitissem o conhecimento das ações desenvolvidas pelos CEREST. Assim, os indicadores propostos podem subsidiar o monitoramento dos Centros e a realização, futuramente, de avaliações de eficácia e eficiência, além de inferir o cumprimento das metas e a utilização dos recursos. Posteriormente, no decorrer do processo, será possível a proposição e construção de indicadores de resultado (impacto) que permitirão a avaliação da efetividade das ações desenvolvidas pelos CEREST, uma das principais atribuições da CGSAT.

Em nenhum momento se teve a pretensão de que os indicadores propostos dessem conta de todas as ações desenvolvidas pelos CEREST, nem que todas as ações apontadas pelos indicadores nacionais fossem realizadas por todos os CEREST, mas sim, que representassem a maior parte deles. O que se buscou é que este instrumento se constitua em um primeiro passo para dar visibilidade às atividades desenvolvidas pelos CEREST, contribuindo para o funcionamento em Rede e permitindo a troca de conhecimentos entre os Centros.

1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA E ANÁLISE DA PARTICIPAÇÃO

O universo da pesquisa foram os 173 CEREST existentes desde a criação da RENAST, em 2002, até dezembro de 2008, que foram agrupados segundo a abrangência, a habilitação e a localização. A figura 1, a seguir, expõe as proporções do universo e da amostra

e seus respectivos agrupamentos. A tabela referente à Figura 1 encontra-se anexa (anexo 6) e apresenta os números absolutos e percentuais, e seus respectivos agrupamentos.

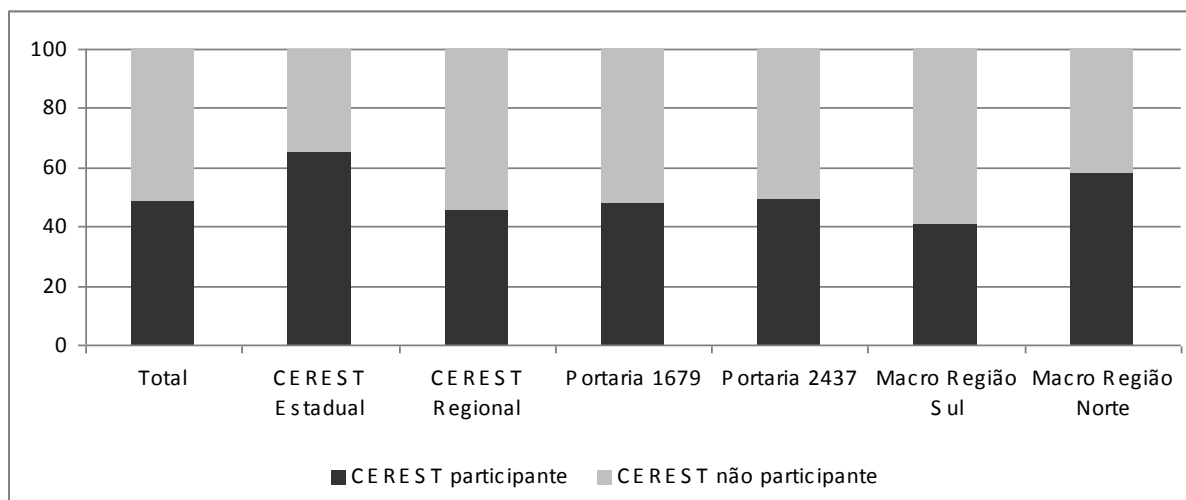


FIGURA 1 – Caracterização da amostra em proporção ao universo segundo a abrangência, a habilitação e a localização.

A primeira coluna mostra o percentual dos respondentes (84) em relação ao universo (173) dos CEREST, correspondendo a 48,55%. Tal percentual foi considerado satisfatório visto as inúmeras dificuldades encontradas para a coleta de dados, dificuldades estas que ganham representatividade tendo em vista às atribuições da CGSAT enquanto coordenação nacional.

Também foram dificuldades o tempo restrito e o cronograma previsto para a coleta de dados, por se tratar de um trabalho acadêmico. Coincidiu, ainda, com o envio aos CEREST de dois outros questionários institucionais, pela CGSAT, também na plataforma do formSUS, o que levou muitos coordenadores a não os identificarem como instrumentos distintos e se absterem de responder acreditando que já o haviam preenchido. Tais questionários institucionais ainda estão em fase de coleta de dados já que não alcançaram a totalidade dos CEREST, o que corrobora com a constatação da necessidade de um intervalo longo de tempo para resposta pelos Centros de Referência.

Ainda, apesar da autorização formal do Ministério da Saúde e do Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP/FIOCRUZ, em alguns estados se fazia necessária a autorização de outras instâncias de poder, o que inviabilizou a participação de pelo menos 5 CEREST de um mesmo local, pois não houve tempo hábil para todos os trâmites burocráticos. Tal exigência é representativa da tensão entre as instâncias de governo que no âmbito da RENAST se

expressa na gestão dos CEREST regionais, dos CEREST estaduais e na coordenação geral, pela CGSAT, em nível federal.

A maior dificuldade, no entanto, foi com relação aos contatos com os respondentes. Foram muitos os e-mails que retornaram porque o endereço eletrônico estava incorreto; alguns números de telefone do cadastro eram inexistentes; alguns CEREST não possuíam contato cadastrado por falta de registro ou porque na região em que se localizam não há rede de internet ou de telefonia; telefones cadastrados eram particulares de coordenadores; alguns Centros não tinham coordenadores, ou os coordenadores estavam em férias ou há pouco tempo na função e não se sentiam habilitados a responder.

Essas dificuldades sinalizam para o questionamento: como acompanhar/monitorar esses serviços se o próprio contato não é viabilizado? Este parece ser o primeiro desafio: o de construir uma rede atualizada de comunicação entre a Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde e os estados e os CEREST. A comunicação e a troca contínua de informações e sua atualização são fundamentais para qualquer ação de planejamento, acompanhamento, monitoramento, avaliação⁶⁵.

Com relação à abrangência, havia, até dezembro de 2008, 26 CEREST estaduais e 147 regionais. Apenas o estado de Sergipe não possuía, por opção, um CEREST estadual. Entre os respondentes, 17 foram coordenadores de Centros estaduais (65,38%) e 67 de Centros regionais (45,58%), conforme pode ser visualizado nas segunda e terceira colunas da Figura 1. Houve maior facilidade de contato para a participação dos coordenadores estaduais (só 2 não foram contatados) o que pode ter se refletido na maior proporção de respostas entre esses.

Considerando-se o período de habilitação, dos 173 CEREST existentes até dezembro de 2008, 110 foram habilitados pela Portaria GM/MS nº 1.679/2002 e 63 pela Portaria GM/MS nº 2.437/2005. Houve um percentual semelhante de participação: 53 (48,18%) entre os habilitados pela primeira Portaria e 31 (49,21%) entre os CEREST habilitados pela segunda Portaria, como se visualiza nas colunas correspondentes da Figura 1.

Quanto à distribuição geográfica dos Centros de Referência, constata-se uma maior concentração desses serviços na região sudeste, com 72 CEREST em quatro estados. O destaque fica para o Estado de São Paulo, concentrando 42 serviços. Segue-se a região sul, com 22 CEREST em três estados, a região norte com 15 em sete estados, a região nordeste com 52 em nove estados e a região centro-oeste com 12 em três estados mais o distrito federal.

Para facilitar a visualização na caracterização da amostra, agruparam-se os CEREST em dois grandes blocos conforme a região geográfica. O bloco denominado de macro norte

englobou as regiões norte, nordeste e centro-oeste e o bloco chamado macro sul, as regiões sul e sudeste. Consultando as duas últimas colunas da Figura 1, constata-se uma proporção maior de respondentes entre os coordenadores da região macro norte (58,23% - 46 respondentes para um total de 79 CEREST) do que da região macro sul (40,43% - 38 respondentes para um total de 94 existentes). Encontram-se na região macro sul os CEREST que não responderam à pesquisa porque não obtiveram autorizações especiais em tempo hábil, o que pode explicar em parte, a diferença nos percentuais de participação.

Ainda com relação à participação, buscou-se conhecer a opinião dos respondentes acerca do instrumento proposto através da pergunta aberta: o que você achou do instrumento? Houve a manifestação de um CEREST, no início da pesquisa, sobre a impossibilidade de responder ao instrumento visto a sobrecarga de trabalho do CEREST, mas o grande número de manifestações em uma questão de preenchimento não obrigatório serviu para minimizar tal comentário.

Dos 84 CEREST que participaram do estudo, 70 responderam a questão aberta. A análise das respostas permitiu classificá-las em dois grandes blocos: aquelas referentes ao instrumento em si (43) e aquelas que se reportavam ao instrumento como orientador da avaliação das ações dos CEREST (27).

De uma maneira geral, as manifestações foram positivas (67%). Elas continham elogios quanto à pertinência, aplicabilidade, adequação, clareza, abrangência, praticidade do instrumento e estímulo à padronização das ações planejadas e a auto-avaliação. São ilustrativos:

“É um instrumento claro, objetivo e de grande relevância”.

“Um importante passo para a construção de indicadores factíveis com a atuação dos CEREST a partir de suas realidades, possibilitando o planejamento das ações dentre patamares reais de avaliação”.

“Acho excelente a possibilidade de avaliar a atuação dos CEREST desta forma, a partir de indicadores (...) e o instrumento traz o que de mais relevante e comum deve ser desenvolvido pelos CEREST”.

Os comentários negativos (33%) se focalizaram, principalmente, no instrumento em si, qualificando-o como complexo, confuso e não adequado à realidade; no entanto, o contrário dessas qualificações (simples, claro e adequado) também foi apontado como positivo. São exemplos de comentários negativos:

“Considero como mais um instrumento que não condiz com a realidade dos CEREST; a atual política de Saúde do Trabalhador não atende aos anseios e necessidades dos trabalhadores e da população em geral”.

“Um pouco confuso, pois não consegui saber se referia a opinião do serviço oferecido pelos CEREST ou o que eu acho que seria ideal para os CEREST”.

O último exemplo é ilustrativo da não compreensão, por alguns coordenadores, dos propósitos da pesquisa já que não houve tempo hábil para maiores esclarecimentos. Outro respondente que desaprovou os indicadores argumentou que não tinha dados para preenchê-los.

Em síntese cabe assinalar as ambigüidades e contradições das avaliações, o que reforça a percepção sobre a diversidade dos CEREST existentes no Brasil e evidencia o grande desafio que é construir indicadores nacionais para realidades diferentes. A positividade e o conteúdo das avaliações dos coordenadores sobre a proposta vão ao encontro de todo um referencial teórico que aponta para a importância da avaliação de políticas públicas^{53;54;55;60}.

2. CARACTERIZAÇÃO E ANÁLISE DOS INDICADORES

A caracterização e análise dos indicadores foram realizadas com base na amostra total dos respondentes e na amostra classificada de acordo com a abrangência (estadual ou regional), habilitação (Portarias 1.679 ou 2.437) e localização (macro norte ou macro sul). Ainda, para facilitar a compreensão dos resultados em cada categoria de classificação, propôs-se uma separação por tema à semelhança do instrumento enviado aos CEREST.

Procedeu-se, também, a análise da segunda pergunta aberta, com o levantamento de indicadores sugeridos pelos participantes. Dos 84 CEREST que participaram, 21 responderam a essa questão, com 35 sugestões de indicadores, que estão apontados quando da análise por tema.

A Figura 2, a seguir, apresenta uma visão global da avaliação, pelos CEREST, dos indicadores propostos.

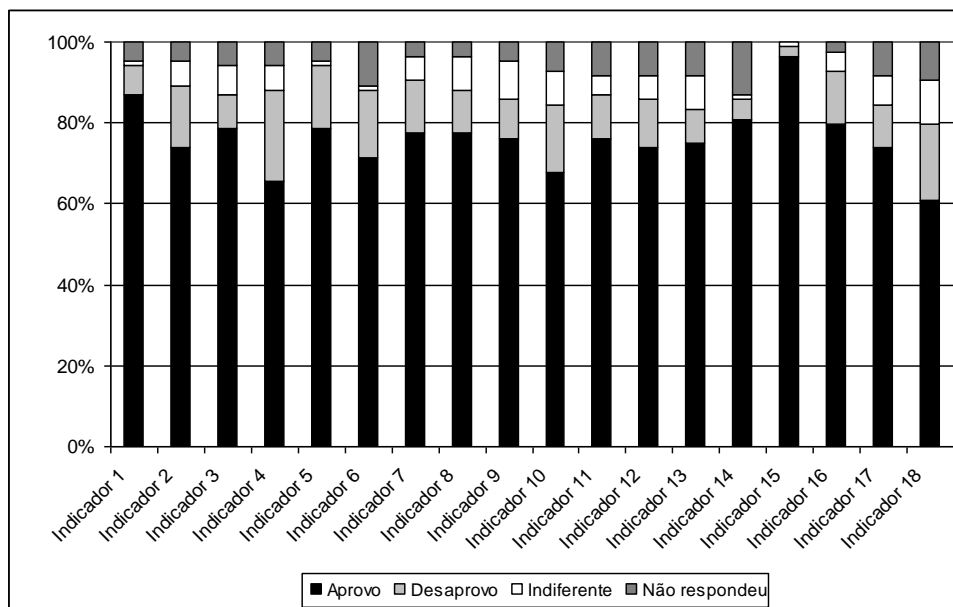


FIGURA 2: Percentual dos resultados das avaliações dos indicadores pelos CEREST (n= 84).

Constata-se, de modo geral, uma boa aceitação dos indicadores, já que nenhum teve menos de 60% de aprovação. A Tabela 2, referente à Figura 2, encontra-se em anexo (Anexo 6) e contém os números absolutos e os percentuais relativos a cada indicador.

Apresenta-se, em seguida, a análise segundo cada um dos temas e seus respectivos indicadores, conforme o instrumento enviado aos CEREST.

Tema 1: Notificação e sistemas de informação.

Indicador 1: número de notificações de agravos relacionados ao trabalho realizado pelo CEREST^f.

Indicador 2: participação dos CEREST no total de notificações de acidentes de trabalho no SINAN.

Indicador 3: participação do CEREST no total de notificações de doenças relacionadas ao trabalho no SINAN.

Indicador 4: relação – notificações do SINAN/CAT.

Tais indicadores foram propostos com o objetivo de avaliar o papel dos CEREST nas notificações no SINAN e qual a relação dessas notificações com as CAT's, instrumento do Ministério da Previdência para os trabalhadores formais. Mesmo ciente de que a CAT se refere somente ao setor formal, o propósito foi verificar se o número de CAT é maior que o

^f Os métodos de cálculo e os conceitos referentes a cada indicador estão detalhados no instrumento (Anexo3).

número de notificações no SINAN, que abrange toda a população trabalhadora. Tais indicadores foram adaptados de outros da OPAS/RIPSA, com exceção do indicador 4.

A observação da Figura 2 revela menor aceitação dos indicadores 2 e 4, com 15,48% e 22,62% de desaprovação, respectivamente. Pode-se levantar a hipótese de que tal resultado expresse a dificuldade dos CEREST em contatar com acidentes de trabalho, em geral atendidos em outras unidades sentinelas.

Com relação à sugestão de indicadores pelos respondentes nesse tema (resposta a pergunta aberta) tem-se: número de unidades sentinela, número de notificações na rede sentinela, número de CEREST capacitados para o SINAN, relação entre o tempo da notificação e a investigação do caso, entre outros. Há, também, algumas sugestões de indicadores referentes a acidentes de trabalho (acidentes graves e fatais investigados), embora a pouca aceitação dos indicadores 2 e 4 propostos que versam sobre o tema.

Tema 2: Vigilância.

Indicador 5: número de trabalhadores cobertos pelas ações de vigilância realizadas pelos CEREST.

Indicador 6: percentual das ações de vigilância do CEREST descentralizadas.

Houve dificuldades na construção desses indicadores, pois são muitas as interpretações sobre o que constitui ações de vigilância. Optou-se por adaptar de outros indicadores do DATASUS usado no SUS referentes às inspeções sanitárias em estabelecimentos, restringindo-se o conceito de ações de vigilância para ações de vigilância em ambientes de trabalho.

Consultando-se a Figura 2, verifica-se que o indicador 5 teve 78,57% de aprovação e o indicador 6, 71,43% (este último com 16,67% de reprovação e 10,71% que não responderam). Os respondentes apresentaram sugestões de indicadores para este tema como: número de vigilâncias que geraram modificações e identificação dos ramos produtivos que receberam ações de vigilância.

Tema 3: Assistência.

Indicador 7: número de atendimentos realizados pelo CEREST.

Indicador 8: número de relações causais com o trabalho estabelecidas pelo CEREST.

Indicador 9: percentual de relações causais estabelecidos pelos CEREST em relação ao total de consultas realizadas no CEREST.

Indicador 10: abrangência geográfica dos atendimentos realizados pelo CEREST.

A proposição de indicadores referentes à assistência foi polêmica. Esse é um assunto controverso entre os CEREST e presente em muitas discussões na RENAST. Ainda, sabe-se que há CEREST que realizam atendimentos e estão inseridos na rede de saúde e CEREST que prestam assistência e ficam à margem do SUS, constituindo-se em ‘guetos’ da Saúde do Trabalhador. Optou-se pela inclusão desses indicadores, pois se acredita que é necessário conhecer quantos CEREST fazem atendimentos e como fazem; ainda, que alguns CEREST criados antes da existência da RENAST têm um histórico de assistência e estão integrados às redes de saúde locais. A elaboração desses indicadores se fundamentou em indicadores do DATASUS e da OPAS/RIPSA.

Recorrendo à Figura 2, constata-se uma aprovação de 77,38%, 77,38%, 76,19% e 67,86% para os indicadores 7, 8, 9 e 10, respectivamente, sendo que este último teve 16,67% de reprovação. Tal indicador inclui ações em municípios fora do município sede o que determina dificuldades burocráticas e administrativas. Constatou-se um número de respostas na coluna indiferentes entre 8% e 10% o que pode ser atribuído a maior ou menor ênfase ao atributo assistência conferido pelos CEREST.

Com relação ao tema Assistência, houve sugestões dos seguintes indicadores: número de atendimentos em Saúde do Trabalhador no SUS, número de laudos com apresentação de nexos do agravo com o trabalho e número de agravos de LER/DORT sobre os demais agravos.

Tema 4: Articulação interinstitucional e controle social.

Indicador 11: parcerias em ações de vigilância.

Indicador 12: relações com o SUS.

Indicador 13: número de reuniões do Conselho de Saúde com pauta sobre Saúde do Trabalhador.

A elaboração desses indicadores procurou contemplar a articulação interinstitucional dos CEREST e a inserção na rede local e nas instâncias de controle social. Apenas o indicador 11 foi adaptado do DATASUS já que para os dois outros não foram encontradas fontes para apoio.

Conforme se verifica na Figura 2, os indicadores tiveram 76,19% (indicador 11), 73,81% (indicador 12) e 75,00% (indicador 13), com um percentual de 8,33% de não respondentes para os três indicadores e de 8,33% de indiferentes para o indicador 13. Houve oito sugestões de indicadores para este tema, como: número de núcleos em Saúde do Trabalhador na área de abrangência, criação de ouvidoria, atendimento pelo CEREST das

necessidades da região, número de recomendações aos órgãos de controle social e relação do CEREST regional com o colegiado gestor.

Tema 5: Pesquisa e educação.

Indicador 14: atualização profissional dos trabalhadores do CEREST.

Indicador 15: número de ações educativas.

Indicador 16: abrangência das ações educativas realizadas pelos CEREST.

Tais indicadores foram propostos tomando como referência os conteúdos das Portarias GM/MS nº 1.679/2002³ e GM/MS nº 2.437/2006¹¹ que apontam como principal missão dos CEREST serem pólos irradiadores de conhecimentos para os profissionais da rede do SUS. A discussão sobre o papel dos CEREST acompanha a trajetória da RENAST, conforme assinalado por Gomes e Lacaz³⁶ e Dias e Hoefel¹⁰. O indicador 14 foi adaptado da OPAS/RIPSA e os indicadores 15 e 16 de indicadores da CAPES.

Consultando a Figura 2, percebem-se os elevados índices de aprovação desses indicadores: 80,95%, 96,48% e 79,76%, com destaque para o indicador 15, o com maior aprovação no instrumento. Tais percentuais de aprovação são indicativos da assimilação pelos CEREST da política em Saúde do Trabalhador e do papel que devem desempenhar como Centros de Referência nessa política. Algumas sugestões de indicadores para esse tema foram: número de estagiários no CEREST e relação entre o número de ações educativas realizadas e os resultados obtidos.

Tema 6: Recursos financeiros.

Indicador 17: relação entre o total de recursos financeiros utilizados e o total de recursos recebidos pelo CEREST.

Indicador 18: relação entre recursos financeiros utilizados em recursos humanos sobre o total de recursos utilizados pelo CEREST.

O tema foi proposto diante das freqüentes discussões na RENAST sobre recursos financeiros. As dificuldades na utilização dos recursos e as diferentes maneiras de empregá-los são recorrentes desde a criação da RENAST quando ficou prevista a concessão de recursos financeiros a partir de critérios estabelecidos para cada tipo de serviço. A fonte dos indicadores foi a OPAS/RIPSA.

A controvérsia em relação ao tema se expressa na avaliação dos indicadores 17 e 18, conforme figura 2. O indicador 17 teve 73,81% de aprovação; o indicador 18, 60,71% de aprovação, 19,05% de desaprovação, 10,71% de indiferentes e 9,52% que não responderam,

sendo o indicador com menor aprovação do instrumento. Com relação a tal tema, os respondentes sugeriram: recursos utilizados para atividades fins e não de manutenção do CEREST, número de municípios atendidos em relação aos recursos recebidos e proporção de funcionários com vínculos permanentes (concursados) com relação ao número total de funcionários.

Quando da proposição dos indicadores que constituíram o instrumento enviado aos CEREST, alguns se apresentam como números absolutos e outros em forma de percentual. A diferença se deve ao tipo de informação que se deseja obter ou à dificuldade com a obtenção de determinados dados para o cálculo de percentuais, em especial em algumas localidades mais distantes, em que as estatísticas oficiais não permitem, por exemplo, informações acerca da População Economicamente Ativa (PEA), importante para algumas avaliações em Saúde do Trabalhador.

Em síntese: considerando os resultados de forma global, alcançaram aprovação onze indicadores (indicadores 1, 3, 5, 7, 8, 9, 11, 13, 14, 15 e 16) e desaprovação três (indicadores 4, 10 e 18). Os dois primeiros indicadores reprovados se referem à relação na notificação no SINAN/CAT e à abrangência da área geográfica da assistência prestada pelos CEREST. São aspectos de difícil operacionalização, pois os acidentes de trabalho nem sempre são notificados por CEREST, mas por outros serviços de saúde e as CAT se referem somente a trabalhadores formais; os atendimentos fora do município sede são mais difíceis por questões administrativas e de locomoção. O indicador 18, também reprovado, refere-se ao pagamento dos recursos humanos com recursos dos próprios CEREST, tema controverso na Rede. Os indicadores 2, 6, 12 e 17, com índices de aprovação entre 71 e 74%, foram objetos de análise com base nas categorias de classificação da amostra.

Os indicadores sugeridos pelos CEREST para serem agregados ao instrumento foram muito variados, não se encontrando uma prevalência nas sugestões. Algumas das sugestões poderão se constituir em bons indicadores no futuro, embora outros, mesmo sendo relevantes, são de difícil operacionalização e não dispõem de informação que permitam sua aplicabilidade.

Com base na categorização da amostra quanto à abrangência, portaria de habilitação e localização geográfica, outras análises dos dados coletados foram realizadas. Os resultados das avaliações dos CEREST agrupados enquanto CEREST estaduais e CEREST regionais estão representados nas Figuras 3 e 4 respectivamente. A Tabela 3, referente às duas figuras, encontra-se em anexo (Anexo 6).

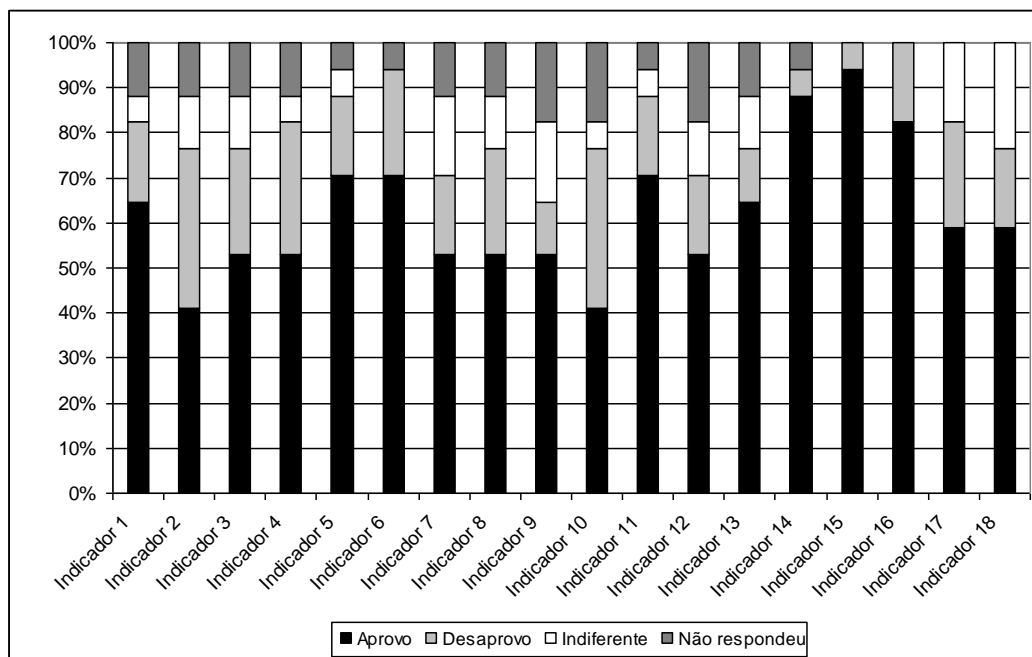


FIGURA 3: Percentual dos resultados das avaliações dos indicadores pelos CEREST estaduais (n= 17).

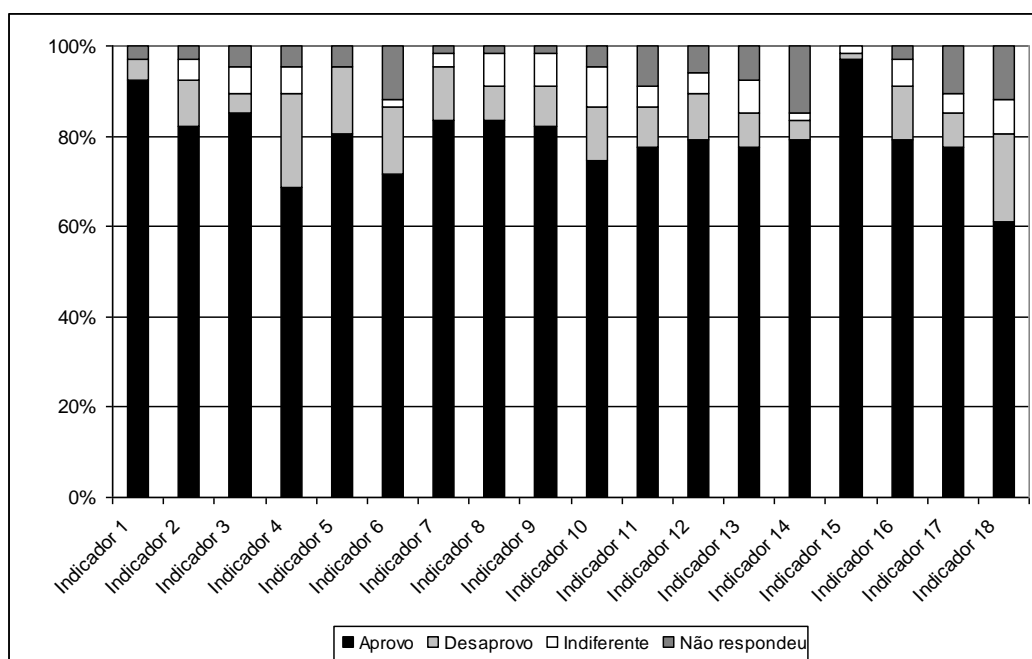


FIGURA 4: Percentual dos resultados das avaliações dos indicadores pelos CEREST regionais (n=67).

O exame das duas figuras, de modo comparativo, demonstra uma maior aprovação dos indicadores pelos CEREST regionais do que pelos CEREST estaduais. No tema sobre

Notificações e sistemas de informação, verifica-se uma grande diferença entre as avaliações, com destaque para o indicador 2 (participação do CEREST no total das notificações de acidentes de trabalho no SINAN), com 41,18% de aprovação entre os CEREST estaduais e 82,09% entre os regionais, o que reforça a interpretação sobre a pouca acessibilidade desses serviços aos acidentes de trabalho, em especial os de abrangência estadual. O indicador 4 apresentou um percentual de aprovação inferior a 70% tanto nos CEREST estaduais como nos regionais, com desaprovação maior nos primeiros.

As avaliações são semelhantes com relação ao tema Vigilância, exceto quanto ao indicador 5 (número de trabalhadores cobertos pelas ações de vigilância) que teve 80,60% de aprovação entre os CEREST regionais e 70,59% entre os estaduais. O tema seguinte, em que foram propostos quatro indicadores de Assistência, apresentou diferenças relevantes nos percentuais de aprovação quando comparadas as duas modalidades de CEREST: os CEREST estaduais tiveram percentuais de 52,94% (para os indicadores 7, 8 e 9) e 41,18% (para o indicador 10) e os CEREST regionais, percentuais de 83,58% (para os indicadores 7 e 8), 82,09% (para o indicador 9) e 74,63% (para o indicador 10).

Os indicadores 7 e 8 deste tema apresentaram 17,65% de indiferentes e 11,76% de não respondentes entre os CEREST estaduais. Ainda, tal ausência de resposta pode ser indicativa da não realização de atividades desta natureza pelos CEREST estaduais, ao contrário dos CEREST regionais, inseridos na rede de assistência de seus municípios. Nesse tema, o indicador com menor percentual de aprovação foi o indicador referente à abrangência da assistência realizada pelos CEREST (indicador 10), a semelhança do que ocorreu no tema referente à Articulação interinstitucional e controle social.

As diferenças entre os CEREST estaduais e regionais quanto à aceitação dos indicadores de Assistência deve-se, em grande parte, à distribuição, ao número e ao papel dos CEREST no Brasil. Nos estados com apenas um CEREST (estadual), este tem diferentes atribuições do que aqueles estados com CEREST regionais distribuídos no território e na capital, os quais assumem, em geral, as tarefas de assistência, ficando o CEREST estadual com ações estratégicas e políticas. O número de respostas do tipo não se aplica ou não responderam é maior entre os CEREST estaduais, o que corrobora com a constatação de que estes Centros não desenvolvem determinadas atividades, visto sua abrangência estadual.

Com referência aos três indicadores referentes à Articulação interinstitucional e controle social, também se percebe diferenças nos percentuais de aprovação entre os CEREST estaduais e regionais. O destaque recai no indicador 12 (relações com o SUS) com 11,76% de indiferente e 17,65% de não respondente entre os CEREST estaduais, correspondendo em

torno de 30%, percentual maior que o dos CEREST regionais (4,48% e 5,97% respectivamente), o que reforça a diferença de papéis em que a ação estratégica e política desenvolvida prioritariamente por estes implicam menor relação com o SUS.

No tema sobre Pesquisa e educação, tanto os CEREST estaduais como regionais propõem elevados percentuais de aprovação. Destaque especial ao indicador 15 (número de ações educativas) com 94,12% de aprovação entre os coordenadores dos serviços estaduais e 97,01% entre os coordenadores dos serviços regionais.

Com relação ao tema Recursos financeiros, representados pelos indicadores 17 e 18, houve menor aprovação entre os CEREST estaduais, com 58,82% para os dois indicadores. 77,61% dos CEREST regionais aprovam o indicador 17 e, apenas 61,19% aprovam o indicador 18 (recursos financeiros do CEREST para recursos humanos). No entanto, um CEREST regional sugeriu que “os recursos humanos deveriam ser remunerados pelos recursos financeiros (verba própria) dos CEREST regionais”.

De modo geral, pode-se concluir que há diferenças entre os CEREST determinadas pela abrangência destes e que se refletem na aprovação de indicadores, em especial naqueles que têm relação direta com a abrangência dos serviços, como os indicadores 5, 7, 8, 9 e 10. Os CEREST estaduais, nos estados com maior número de CEREST regionais, inclusive localizados nas capitais, desenvolvem mais ações políticas e estratégicas, o que se reflete na aprovação de indicadores de tarefas.

A análise das respostas dos coordenadores dos CEREST referente à proposição de indicadores foi também segmentada conforme a Portaria de habilitação destes CEREST: habilitados pela Portaria GM/MS nº 1.679/2002 e habilitados pela Portaria GM/MS nº 2.437/2005. Os percentuais de avaliação estão representados nas Figuras 5 e 6. A Tabela 4 (Anexo 6) apresenta os números absolutos e percentuais respectivos.

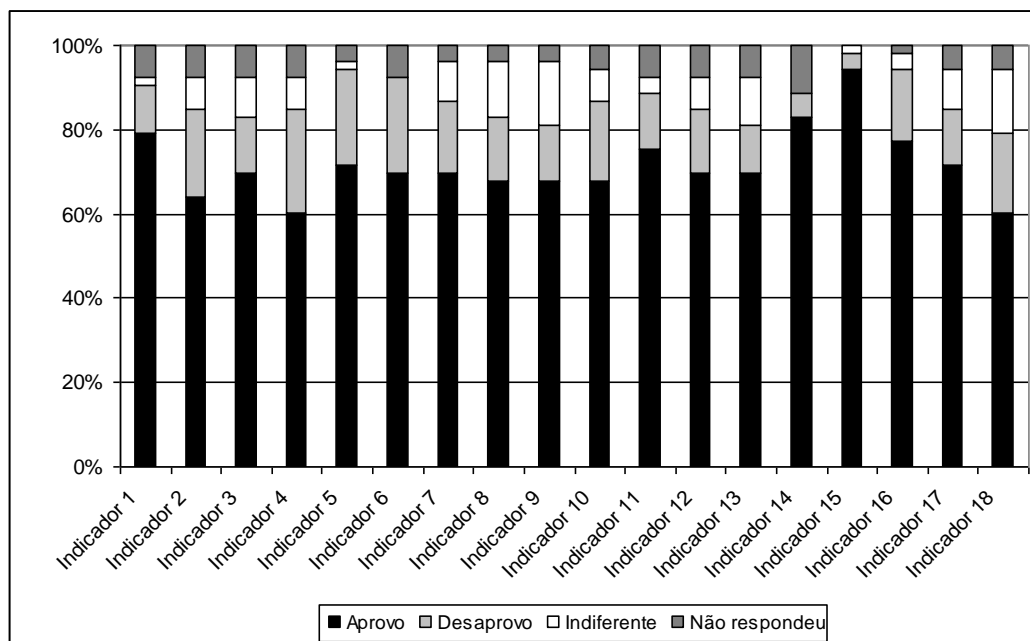


FIGURA 5: Percentual dos resultados das avaliações dos indicadores pelos CEREST habilitados pela Portaria GM/MS nº 1.679/2002 (n=53).

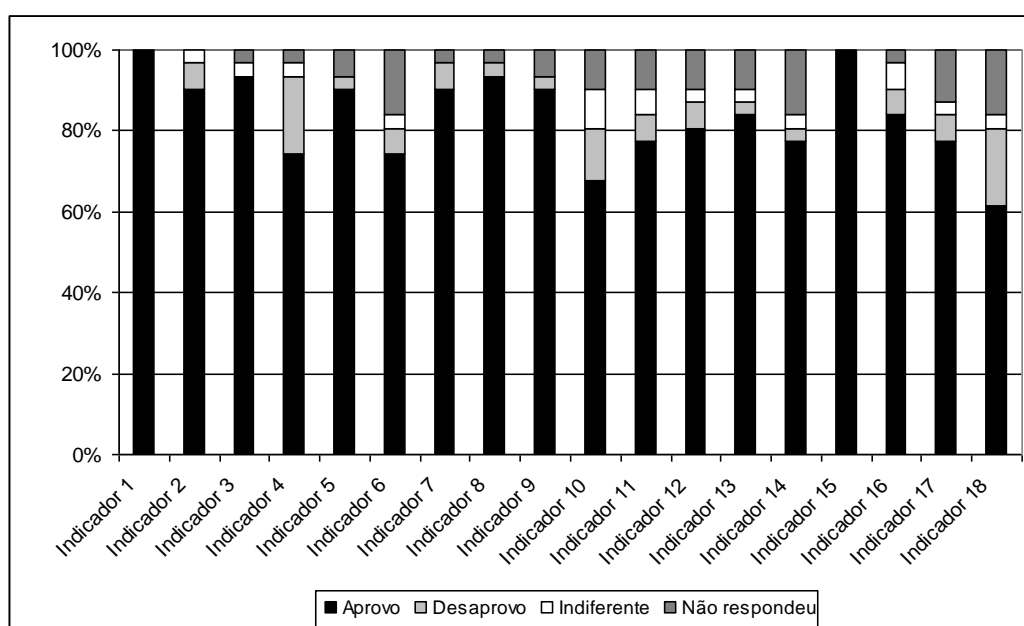


FIGURA 6: Percentual dos resultados das avaliações dos indicadores pelos CEREST habilitados pela Portaria GM/MS nº 2.437/2005 (n=31).

Constata-se nas Figuras 5 e 6 que os percentuais de aprovação são levemente superiores entre os CEREST habilitados pela Portaria GM/MS nº 2.437/2005. Registre-se à exceção o indicador 14 (atualização profissional dos trabalhadores do CEREST), melhor aprovado pelos CEREST habilitados pela Portaria GM/MS nº 1.679/2002.

No primeiro tema (Notificações e sistemas de informação), representado pelos indicadores de 1 a 4, percebe-se maior percentual de aprovação entre os CEREST habilitados pela Portaria GM/MS nº 2.437/2005 (100%, 90,32%, 93,55% e 74,29%) em relação aos percentuais de aprovação pelos CEREST habilitados pela Portaria GM/MS nº 1.679/2002 (79,25%, 64,15%, 69,81% e 60,38%). Destaque para indicador 1 (número de notificações de agravos relacionados com o trabalho) com 100% de aprovação.

No tema seguinte (Vigilância), também se constata diferenças sensíveis entre os dois grupos. Os indicadores 5 e 6 têm 22,64% de desaprovação pelos CEREST habilitados pela Portaria GM/MS nº 1.679/2002 e de 3,23% e 6,45%, respectivamente, de desaprovação entre os CEREST habilitados pela Portaria GM/MS nº 2.437/2005. Pode-se supor que tais diferenças se devem ao fato de que alguns serviços foram criados quando a CGSAT já estava na Secretaria de Vigilância do Ministério da Saúde (mudança que aconteceu em agosto de 2007), o que influenciou na maior ênfase às ações de vigilância.

Com relação ao tema Assistência, há semelhança no índice de aprovação do indicador 10 (67%); os indicadores 7, 8 e 9 obtiveram uma aprovação acima de 90% entre os CEREST habilitados pela Portaria GM/MS nº 2.437/2005 e menor que 70% entre os habilitados pela Portaria GM/MS nº 1.679/2002. Também referente ao tema Articulação interinstitucional e controle social há diferenças, verificando-se percentuais de desaprovação dos indicadores 11, 12 e 13 levemente superiores entre os CEREST habilitados pela Portaria GM/MS nº 1.679/2002.

No tema sobre Pesquisa e educação, os indicadores foram aprovados nos dois grupos. O indicador 15 (número de ações educativas) foi o que recebeu maior percentual de aprovação (94,34% entre os CEREST habilitados pela Portaria GM/MS nº 1.679/2002 e 100% entre os CEREST habilitados pela Portaria GM/MS nº 2.437/2005). Também há semelhanças entre os dois grupos com relação ao tema Recursos financeiros, com destaque para o indicador 18, referente ao pagamento dos recursos humanos, que teve baixa aprovação (60%).

Em suma, constatou-se uma tendência à melhor aprovação pelos CEREST habilitados pela Portaria GM/MS nº 2.437/2005. Tal tendência verificada na análise do tempo de habilitação dos CEREST pode estar relacionada com uma melhor aderência a projetos/programas institucionais entre os serviços com menor tempo de funcionamento.

A amostra também foi agrupada segundo a região de localização. A figura 7 representa os CEREST da região macro sul (CEREST das regiões geográficas sul e sudeste) e a figura 8

os CEREST da região macro norte (CEREST das regiões geográficas norte, nordeste e centro-oeste). A tabela 5, referente às figuras 7 e 8, encontra-se em anexo (anexo 6).

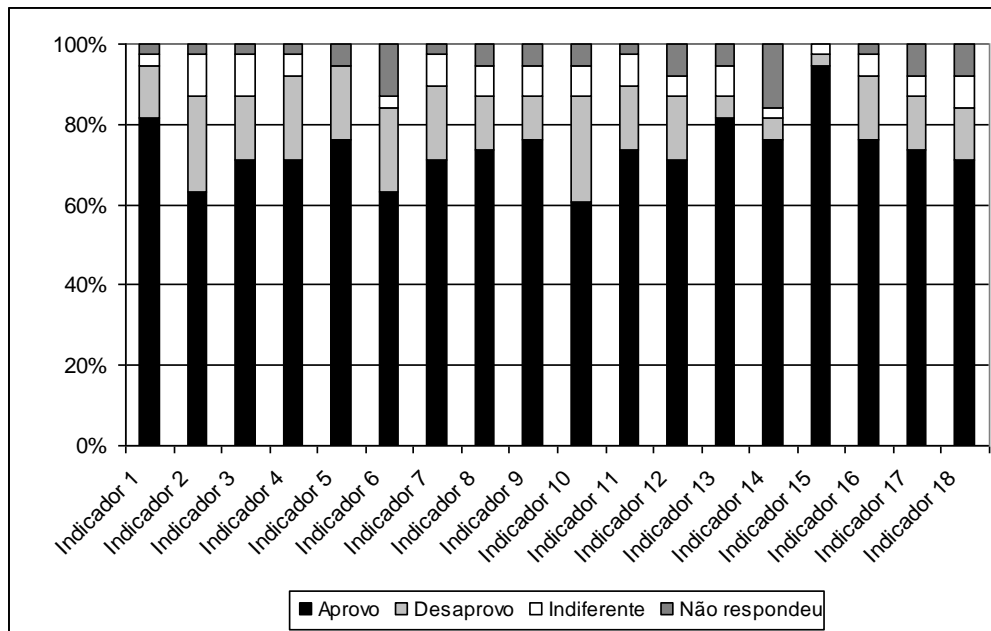


FIGURA 7: Percentual dos resultados das avaliações dos indicadores pelos CEREST segundo a área de localização – região Macro Sul (n=38).

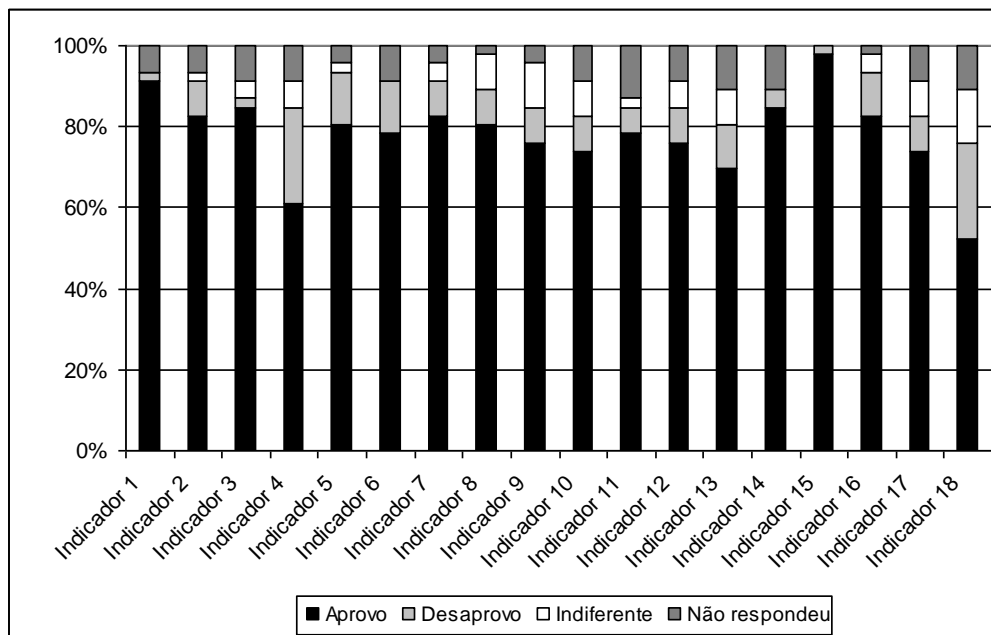


FIGURA 8: Percentual dos resultados das avaliações dos indicadores pelos CEREST segundo a área de localização – Região Macro Norte (n=46).

Uma interpretação global das Figuras 7 e 8 aponta para uma tendência a maior aprovação pelos CEREST da região macro norte, exceto para os indicadores 4, 9, 13 e 18. Os indicadores 1, 2 e 3 (referentes ao tema Notificação e sistemas de informação) apresentam aprovação acima de 80% pelos da região macro norte e grande variação nas avaliações dos CEREST da macro sul, em que o indicador 2 (notificação de acidentes de trabalho) apresentou 63,16% de aprovação e 23,68% de desaprovação. Tal diferença entre as regiões pode ser determinada pelas características das unidades sentinelas/notificadoras da região, ou seja, pode ser que na região macro sul os acidentes de trabalho estejam sendo notificados, na sua maior parte, por outros serviços que não os CEREST.

No tema Vigilância, o indicador 5 tem avaliações similares e o indicador 6, que versa sobre a abrangência das ações de vigilância, apresentou 63,16% de aprovação e 13,04% de desaprovação entre os CEREST da região macro sul e 78,26% de aprovação e 13,04% de desaprovação entre os da região macro norte. Entre CEREST da região macro sul houve dificuldades na implantação de ações de vigilância em determinadas realidades, o que pode ter influenciado nos resultados da avaliação.

O tema sobre Assistência teve maior percentual de aprovação entre os CEREST da região macro norte para os indicadores 7, 8 e 10.; para o indicador 9, os percentuais se assemelham. Importante destacar que o indicador 10, sobre a abrangência dos atendimentos realizados pelos CEREST, teve 60,53% de aprovação na região macro sul e 73,91% na região macro norte. Chama atenção o fato de que na região macro norte, onde os CEREST são em menor número e, portanto, mais dispersos, indicadores sobre abrangência são mais bem avaliados.

Referente ao tema articulação interinstitucional e controle social, as respostas foram similares para os indicadores 11, 12 e 13 entre os CEREST das duas macro regiões. A exceção fica para indicador 13 (número de reuniões do Conselho de Saúde sobre Saúde do Trabalhador) que apresentou 8,70% de indiferentes, 10,87% de não respondentes e 69,57% de aprovação dos CEREST da região macro norte e 81,58% de aprovação para os CEREST da região macro sul.

O indicador 14 do tema sobre Pesquisa e educação, teve 15,79% de não respondentes e aprovação de 76,28% na região macro sul, enquanto na região macro norte teve 84,78% de aprovação. O indicador 15 continuou a ser o de mais alta aprovação, alcançando 94,74% na região macro sul e 97,83% na região macro norte.

No tema sobre Recursos financeiros, expresso pelos indicadores 17 e 18, o destaque recai no indicador 18, com 71,05% de aprovação entre os CEREST da região macro sul e

apenas 52,17% entre os CEREST da região macro norte. Tal indicador aborda a utilização do recurso financeiro em recursos humanos e a diferença encontrada pode estar relacionada às dificuldades sociais e econômicas quanto aos recursos humanos, mais frequentes na região macro norte.

A comparação das respostas dos coordenadores dos CEREST, agrupados por área geográfica, revela menor aprovação de indicadores de abrangência entre aqueles localizados na região macro sul. É ilustrativa dessa tendência à menor aprovação entre os indicadores daqueles referentes à abrangência das ações de vigilância ou de assistência. São justamente os CEREST da região macro norte que possuem maior área de abrangência, pois são em menor número do que os existentes na região macro sul.

Assim, com base na distribuição da amostra, segundo a abrangência, a portaria de habilitação e a região geográfica de localização, verificaram-se algumas diferenças nos percentuais de avaliação realizada pelos coordenadores dos CEREST sobre os indicadores propostos. De modo geral, constataram-se índices de aprovação mais elevados entre os CEREST regionais do que entre os CEREST estaduais, entre os CEREST habilitados pela Portaria GM/MS nº 2.437/2005 e entre os CEREST da região macro norte. Tal constatação representa uma mesma tendência já que a Portaria referida habilitou preferencialmente CEREST regionais e da região macro norte por se tratar de uma Portaria mais recente e que abrangeu estados com uma menor trajetória em Saúde do Trabalhador.

3. INSTRUMENTO COM OS INDICADORES NACIONAIS PARA MONITORAMENTO DOS CEREST

A partir das diferenças apresentadas na segmentação da amostra, empregaram-se medidas estatísticas para conhecer os níveis de significância entre essas diferenças, entre elas empregou-se o teste de qui quadrado. No entanto, vários indicadores não puderam ter seus valores trabalhados, visto os números pouco expressivos encontrados.

Na categoria abrangência (estadual e regional), o teste de significância pode ser empregado para análise dos resultados dos indicadores 2 ($p=0,003$), 4 ($p=0,340$) e 10 ($p=0,008$). O indicador 2 obteve um $p < 0,05$, indicando diferença significativa, assim como o indicador 10, com $p < 0,05$. O indicador 2, em que se poderia segmentar, teve uma aprovação

de 73,81%, percentual que remete ao grupo de indicadores com dúvidas sobre sua utilização ou não.

Na categoria habilitação, o qui quadrado pode ser utilizado para os indicadores 4 ($p=0,431$) e 18 ($p=0,914$); na categoria localização para os indicadores 4 ($p=0,599$), 5 ($p=0,512$), 6 ($p=0,244$), 16 ($p=0,436$) e 18 ($p=0,130$). Não foram encontradas diferenças significativas nas categorias referidas. Tais resultados embasaram a decisão de não propor indicadores diferenciados para os esses diferentes segmentos dos CEREST.

Foram considerados aprovados (mais de 75%) os indicadores 1, 3, 5, 7, 8, 9, 11, 13, 14, 15 e 16, mantidos no instrumento final; os indicadores 4, 10 e 18 foram excluídos (aprovação menor que 70%). Os demais (2, 6, 12 e 17), com percentuais de aprovação entre 70% e 75% foram analisados individualmente.

No primeiro tema, foram aprovados os indicadores 1 e 3; o indicador 4 foi excluído. Tal indicador foi o de menor aceitação em todas as categorias de distribuição da amostra, com referências negativas nas perguntas abertas. Já o indicador 2 aponta a participação dos CEREST no total de notificações de acidentes de trabalho no SINAN e foi proposto como uma tentativa de verificar o quanto o CEREST estaria assumindo tal notificação que deveria ser da Rede já que esses Centros não são, em sua maioria, sentinela para notificação de acidentes de trabalho. No entanto, encontrou-se significância ($p=0,003$) nos percentuais de aprovação entre os CEREST estaduais e regionais (41,18% de aprovação entre os estaduais e 82,09% entre os regionais). Assim, optou-se por mantê-lo para os CEREST regionais, visto o significativo percentual de aprovação.

No bloco de indicadores de Vigilância, o de número 5 foi aprovado. O indicador 6, sobre abrangência das ações de vigilância (71,43% de aprovação), reflete as dificuldades de realizar ações de vigilância em ambientes de trabalho, objeto de discussões recorrentes acerca da competência e legalidade dessas ações. Optou-se por excluir este indicador, pois talvez não seja o momento oportuno de quantificar essas operações.

Com relação aos indicadores de Assistência, o indicador 7, 8 e 9 foram mantidos e excluído o indicador 10 sobre a abrangência dos atendimentos realizados pelos CEREST. Mesmo com diferença significativa ($p=0,008$) entre os CEREST estaduais e regionais, tal indicador foi descartado do instrumento por não atingir o percentual de 70% de aprovação. Já no bloco de Articulação interinstitucional e controle social foram mantidos os indicadores 11 e 13. O indicador 12, que não alcançou os percentuais de aprovação ou reprovação empregados, buscou verificar a relação dos CEREST com a rede do SUS, propondo identificar entre os atendimentos realizados pelos CEREST aqueles que vieram referenciados

pela rede de saúde local. Pode-se argumentar que neste momento ainda é difícil reconhecer a origem do encaminhamento, portando não oportuna sua proposição até porque, em muitos casos, a rede de saúde, incluindo a do trabalhador, ainda está sendo estruturada.

No tema Pesquisa e educação, os três indicadores propostos (14, 15 e 16) foram aprovados. Tal aprovação remete a conclusão de que a missão dos CEREST, como educadores e multiplicadores, está assumida pelos serviços participantes da pesquisa.

Com relação ao último tema do instrumento, Recursos financeiros, o indicador 18 que se refere ao uso destes para recursos humanos foi excluído. Este é um tema de discussão recorrente na RENAST, sem ainda posições mais consensuais, tanto que o indicador 17 não teve um percentual de aprovação acima de 75%. No entanto, o acompanhamento da utilização dos recursos pelos CEREST já é realizada pela CGSAT; ainda, o monitoramento da utilização dos recursos federais é função do Ministério da Saúde, devendo ser acompanhada e instruída pelas áreas técnicas afins. Ademais, entre os diversos usos da avaliação está o de dar respostas à utilização de recursos públicos⁵³, o que reforça a decisão de manter este indicador.

O instrumento final contém os seguintes indicadores: 1, 2 (só para os CEREST regionais), 3, 5, 7, 8, 9, 11, 13, 14, 15, 16 e 17. Entre os propostos estão àqueles classificados como indicadores de oferta, de utilização e de cobertura⁵⁴ ou, segundo outra classificação, como indicadores de estrutura e processo⁷¹. Através deles será possível o acompanhamento dos recursos e insumos, da estrutura dos serviços, sua cobertura e atividades e procedimentos realizados. Não estão sendo propostos indicadores de resultado (de impacto), pois ainda se faz necessário conhecer os serviços para então criar indicadores que permitam verificar se os objetivos da criação dos CEREST como eixos estruturantes da RENAST foram alcançados.

O instrumento final apresenta 13 indicadores, sendo que um deles só para os CEREST regionais (anexo 7). Vale ressaltar que indicadores são construídos com base em informações⁶⁹ e dados gerados nos serviços. Muitos dos indicadores propostos ou aqueles sugeridos pelos coordenadores dos CEREST requerem informações de fontes diversas e de qualidade, o que sinaliza para a necessidade de registrá-las e obtê-las para que sejam factíveis de utilização. É importante registrar que a informação de qualidade auxilia os processos de decisão e de organização dos serviços⁵⁵.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O instrumento com os indicadores nacionais melhor avaliados pelos coordenadores dos CEREST, que se constituiu em objeto deste trabalho, será proposto à Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador (CGSAT) do Ministério da Saúde como uma ferramenta de gestão para o monitoramento das ações desenvolvidas por esses Centros. Tais indicadores foram propostos com base nas determinações da Portaria GM/MS nº 2.437/2005 com o propósito de explicitar algumas das ações realizadas pelos CEREST.

No entanto, não se teve a pretensão de incluir todas as ações que são executadas, visto a abrangência dessas. Ainda, sabe-se que as ações são diversas, diferenciadas e de acordo com as demandas locais, ou seja, os CEREST exercem diferentes funções dentre as determinadas pela referida Portaria, o que definiu algumas opções. É o caso, por exemplo, do indicador 2 que é proposto só para os CEREST regionais no documento final.

A exclusão do detalhamento das funções dos CEREST no corpo da nova Portaria da RENAST apresenta aspectos positivos como a flexibilidade para a proposição de ações em acordo com as demandas e estruturas de saúde locais. Por outro lado, tal ausência dificultará a proposta de ações pelo desconhecimento e pouca clareza sobre o papel dos CEREST, visto que algumas dessas atribuições constarão de um manual anexo a ser elaborado. Nesse sentido, a construção e utilização de um instrumento, com indicadores nacionais, poderão servir como elementos norteadores para a proposição de ações pelos CEREST.

Importante assinalar, também, as influências da trajetória histórica de criação da RENAST e de habilitação dos CEREST sobre as avaliações dos participantes. Constatou-se maior desaprovação dos indicadores entre os CEREST habilitados há mais tempo (pela Portaria GM/MS nº 1.679/2002), onde se incluem todos os CEREST estaduais e maior número de CEREST das regiões sul e sudeste.

A RENAST representou mais uma etapa do processo de consolidação da Saúde do Trabalhador no âmbito da Saúde Pública a partir da Constituição de 1988. Os CEREST têm características muito diferenciadas em todo o Brasil, muitas derivadas do momento histórico em que foram criados. Atividades de assistência ainda são rotineiras em algumas regiões pela tradição desses serviços. Tais diferenças, construídas historicamente com e na saúde do trabalhador, expressam as dificuldades de construção de indicadores nacionais e o desafio na construção de políticas públicas nacionais pela diversidade do território brasileiro. As avaliações emitidas pelos CEREST foram coerentes com suas trajetórias, abrangências e localizações.

As políticas públicas, enquanto instrumentos do Estado, refletem as demandas sociais e as escolhas políticas dos governos. A Política Nacional de Saúde do Trabalhador se inscreve como tal e deve estar em consonância com os princípios e diretrizes do SUS, inclusive a universalidade do acesso à saúde, ampliando para fins desta, a abrangência da categoria de trabalhador.

Os indicadores propostos representam um primeiro passo para o processo de avaliação da RENAST. Assim, tal como um processo, são necessários aprimoramentos e adaptações contínuas no sentido de que, cada vez mais, os indicadores representem o trabalho desenvolvido pelos CEREST.

O instrumento proposto, além de subsidiar o monitoramento das ações dos CEREST pela CGSAT, permite que cada Centro avalie seu funcionamento em comparação aos demais com todas as vantagens que a auto-avaliação institucional acarreta. Serve, também, de estímulo para a geração e armazenamento de informações pelos e entre os CEREST, que buscarão, cada vez mais, o aprimoramento dessas informações. Com o registro, instaura-se a possibilidade concreta de acompanhar o percurso histórico e os resultados da Política Nacional de Saúde do Trabalhador.

Cabe registrar que é necessário aprimorar os processos de comunicação e de geração de informação dentro da RENAST. O contato contínuo entre os CEREST, os estados e a CGSAT é uma necessidade e pressupõem registros atualizados e de fontes confiáveis. As dificuldades enfrentadas na coleta de dados refletem o quanto esse processo está incompleto. Recomenda-se, como um primeiro passo, a implantação de um sistema de comunicação entre os CEREST e a CGSAT. Tal implantação, além de útil para o cumprimento da função de monitoramento pela CGSAT, contribui na implantação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador de modo geral, já que adquire um caráter normativo como pontua Jannuzzi⁶⁸.

O modelo participativo para a construção do instrumento final, através da submissão à avaliação pelos coordenadores dos indicadores inicialmente propostos, teve o objetivo de qualificar este instrumento e estimular a participação futura no processo de monitoramento. Acredita-se que a participação na pesquisa poderia ter sido maior se o tempo de pesquisa fosse maior e não tivessem ocorrido os problemas de contato para a coleta de dados. Mesmo assim, alcançou-se cerca de 50% de adesão em um processo não obrigatório e um alto percentual de respostas às perguntas abertas opcionais, o que são indicadores de assentimento. Instrumentos institucionais de preenchimento obrigatório enfrentam problemas similares.

Para finalizar, reafirma-se a certeza de que as informações obtidas através de indicadores viabilizam o monitoramento de serviços, o acompanhamento da trajetória da

RENAST, o aprimoramento da qualidade das ações ofertadas, a avaliação da implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e corroboram para a melhoria de vida dos trabalhadores. Ainda, contribui-se na construção de indicadores que, futuramente, auxiliarão na avaliação desses e de outros serviços de saúde de um modo geral, uma dificuldade recorrente nesta área.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. *Constituição da República Federativa do Brasil*. 17 ed., São Paulo: Saraiva; 1997.
2. Brasil. *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 – e legislação Correlata*. 2ed., Porto Alegre: Corag; 2002.
3. Brasil. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº 1.679, de 19 de setembro de 2002 – Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador no SUS*. Disponível no site www.saude.gov.br Acesso em 14/09/2008.
4. Silveira A M, Ribeiro FSN, Lino AFPF. O Controle Social no SUS e a RENAST. In: Ministério da Saúde. *3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador – Coletânea de textos*. Brasília; 2005. p. 105-110.
5. Hoefel MG, Dias EC, Silva JM. A Atenção à Saúde do Trabalhador no SUS: a proposta da RENAST In: Ministério da Saúde. *3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador – Coletânea de textos*. Brasília; 2005. p. 61-67.
6. Antunes R. *Adeus ao trabalho?* Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. São Paulo: Cortez; 1995.
7. Ministério da Saúde. *Resoluções da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador*. Disponível no site www.saude.gov.br Acesso em 14/09/08.
8. Braga D. Gestão da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – RENAST In: Ministério da Saúde. *3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador – Coletânea de textos*. Brasília; 2005. p. 83-90.
9. Braga D. *Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – Manual de Gestão e Gerenciamento*. São Paulo:Hemeroteca Sindical Brasileira; 2006.
10. Dias E, Hoefel MG. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. *Rev C S Col* 2005; 10(4): p.817-828.
11. Brasil. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº2.437, 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 e dá outras providências*. Disponível no site www.saude.gov.br Acesso em 14/09/2008.

12. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde do Trabalhador*. Brasília: Ministério da Saúde. Documento em elaboração 2004.
13. Minayo-Gomez C, Thedim-Costa SMFT. A construção do campo da Saúde do Trabalhador: percurso e dilemas. *Cad de Saúde Pública* 1997; 13 (2): 21-32.
14. Dias EC, coordenadora. *Implementação das ações de Saúde do Trabalhador no SUS, no Estado de Minas Gerais, no período de 2002-2007: diagnóstico de situação e recomendações para o aperfeiçoamento do processo* [Relatório Técnico]. Belo Horizonte:SES/MG; UFMG; CEREST-MG; 2008.
15. Ministério da Saúde. *Cadernos de Planejamento nº2 – Instrumentos Básicos*. Brasília : Ministério da Saúde; 2006.
16. Cohen E, Franco R. *Avaliação de projetos sociais*. Petrópolis: Vozes; 1998.
17. Faria CP de. A política da avaliação de Políticas Públicas. *Rev Brasileira de Ciências Sociais* 2005; 59 (20):97-109.
18. Ministério da Saúde. *Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em defesa do SUS e de Gestão*. Série Pactos pela Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, v. 1; 2006.
19. Brasil. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2006 – Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido Pacto*. Disponível no site www.saude.gov.br Acesso em 08/10/2008.
20. Brasil. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº 699, de 30 de maio de 2006 – Regulamenta as diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão*. Disponível no site www.saude.gov.br Acesso em 08/10/2008.
21. Organização Panamericana de Saúde. *Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações*. Brasília:OPAS; 2008.
22. Furtado JP. Um método construtivista para avaliação em saúde. *Rev C S Col*, 2001; 6 (1):165-181.
23. Machado JMH, Santos APL. *O financiamento na indução de ações em Saúde do Trabalhador: o caso da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador*. No prelo.
24. Bernardes J. História. In: Jacques MG et al., organizadores. *Psicologia Social contemporânea*. Petrópolis: Vozes; 1998. p. 19-35.
25. Laurell AC, Noriega M. *Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário*. São Paulo: Hucitec, São Paulo; 1986.

26. Dejours C. *A loucura do trabalho*; estudo de psicopatologia do trabalho. 3.ed., São Paulo: Cortez-Oboré; 1988.
27. Mendes R, Dias E. Da Medicina do Trabalho à Saúde do Trabalhador. *Rev de Saúde Pública* 1991; 25 (5): 341-349.
28. Cattani AD. Taylorismo. In: Cattani AD, organizador. *Trabalho e tecnologia*; dicionário crítico. Petrópolis: Vozes; 1997. p. 247-249.
29. Larangeira S. Fordismo e Pós-Fordismo. In: Cattani AD, organizador. *Trabalho e tecnologia*; dicionário crítico. Petrópolis: Vozes; 1997. p. 89-94.
30. Brasil. *Consolidação das Leis do Trabalho e Legislação complementar*. 96 ed., São Paulo, Atlas; 1996.
31. Nardi H. Saúde do Trabalhador. In: Cattani AD, organizador. *Trabalho e tecnologia*; dicionário crítico. Petrópolis: Vozes; 1997. p. 219-224.
32. Ministério da Saúde. *Doenças Relacionadas ao Trabalho*: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
33. Lacaz, FAC. O campo da Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. *Cad de Saúde Pública* 2007; 23(4):757-766.
34. Freitas CU, Lacaz F, Rocha L. Saúde pública e ações de Saúde do Trabalhador: uma análise conceitual e perspectivas de operacionalização programática na rede básica da Secretaria de Estado da Saúde. *Sociedade, Direito, Saúde* 1985; 2 (1): 3-10.
35. Lacaz FAC. Reforma Sanitária e Saúde do Trabalhador. *Saúde e Sociedade* 1994; 3 (1):41-59.
36. Gomez CM, Lacaz F. Saúde do Trabalhador: novas-velhas questões. *Rev C S Col* 2005; 10 (4): 797-807.
37. Lacaz FAC. Sobre a necessidade de revisão do modelo de Atenção à Saúde dos Trabalhadores no Sistema Único de Saúde. *Rev C S Col* 2000; 5 (supl 2000):489-499.
38. Vasconcellos, LCF de. *Saúde e trabalho e desenvolvimento sustentável: apontamentos para uma política de Estado* [tese]. Rio de Janeiro, Fiocruz; 2007.
39. Brasil. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº777, 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*. Disponível no site www.saude.gov.br Acesso em 14/09/2008.
40. Brasil. *Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 – Dispõe sobre a participação da comunidade na Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências*

intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e da outras providências. 2ed., Porto Alegre: Corag; 2002.

41. Ministério da Saúde. *Cadernos de Planejamento nº1 – Organização e funcionamento do Sistema de Planejamento do SUS.* Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
42. Brasil. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº 204, de 29 de janeiro de 2007 – Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle.* Disponível no site www.saude.gov.br Acesso em 08/10/2008.
43. Brasil. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº3.085, de 01 de dezembro de 2006 – Regulamenta o Sistema de Planejamento do SUS.* Disponível no site www.saude.gov.br Acesso em 08/10/2008.
44. Brasil. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº3.332, de 28 de dezembro de 2006 – Aprova orientações gerais relativas aos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS.* Disponível no site www.saude.gov.br Acesso em 08/10/2008.
45. Hoefel MG. Reflexões sobre as novas políticas sociais no Brasil e a Saúde do Trabalhador. In: Ministério da Saúde. *3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador – Coletânea de textos.* Brasília; 2005. p. 68-72.
46. Ministério da Saúde. *Cadernos de Planejamento nº3 – Estudo sobre o arcabouço legislativo do planejamento da saúde.* Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
47. Brasil. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº 376, de 29 de janeiro de 2007 – Institui o incentivo financeiro para o Sistema de Planejamento do SUS.* Disponível no site www.saude.gov.br Acesso em 08/10/2008.
48. Brasil. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº1229, de 24 de maio de 2007 – Aprova as orientações gerais para o fluxo do Relatório Anual de Gestão dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União.* Disponível no site www.saude.gov.br Acesso em 08/10/2008.
49. Brasil. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº 1.125, de 06 de julho de 2005 - Dispõe sobre os propósitos da política de saúde do trabalhador para o SUS.* Disponível no site www.saude.gov.br Acesso em 14/09/2008.
50. Brasil. Ministério da Saúde. *Portaria MPS/MS/MTE nº 800, de 03 de maio de 2005 – Publica o texto base da minuta da Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador.* Disponível no site www.saude.gov.br Acesso em 08/10/2008.
51. Silva LM, Formigli VL. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. *Cad de Saúde Pública*, 1994; 10 (1): 80-91.

52. Hartz ZM, Silva LM. *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Salvador/ Rio de Janeiro: EDUFBA/ FIOCRUZ; 2005.
53. Minayo MC, Assis SG, Souza ER. *Avaliação por triangulação de métodos: Abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.
54. Habicht JP, Victora CG, Vanghan JP. Evaluation designs for adequacy, plausibility and probability of public health programme performance and impact. *Intern J. Epidemiology* 1999; 28:10-18.
55. Weiss CH. How can theory-based evaluation make greater headway? *Evaluation Rev* 1997, 21(4): 501-524.
56. Costa FL, Castanhar JC. Avaliação de programas públicos: desafios conceituais e metodológicos. *Rev de Administração Pública* 2003; 37(5): 969-992.
57. Frey K. Políticas Públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. *Planejamento e Políticas Públicas* 2000; 21: 211-230.
58. Silva PLB, Melo MB de. O processo de implementação de políticas públicas no Brasil: características e determinantes da avaliação de programas e progressos. *Caderno n. 48* 2000; Campinas: Núcleo de Estudos de Políticas Públicas/ Universidade Estadual de Campinas.
59. Silva PLB, coordenador. Modelo de avaliação de programas sociais prioritários. Relatório Final. *Caderno n. 48* 1999; Campinas: Núcleo de Estudos de Políticas Públicas/ Universidade Estadual de Campinas.
60. Carvalho EF. et al. Avaliação da Vigilância Epidemiológica em âmbito municipal. *Rev Brasileira de Saúde Materno-Infantil* 2005; 5 (1): 533-562.
61. Guba EG, Lincoln YS. *Forth generation evaluation*. Newbury Park: Sage Publications; 1989.
62. Campos GWS. *Um método para análise e co-gestão de coletivos: a construção do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o Método da Roda*. São Paulo: Hucitec; 2000.
63. Viacava F, Almeida C, Caetana R, Fausto M, Macinko J, Martins M. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. *Rev C S Col* 2004; 9 (3): 711-724.
64. Hartz ZM. Pesquisa em avaliação da atenção básica: a necessária complementação do monitoramento. *Divulgação saúde para debate*, 2000: 21: 29-35.
65. Novaes HMD. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. *Rev de Saúde Pública*, 2000; 34: 54-59.

66. Sobral A . *Indicadores de sustentabilidade ambiental e bem-estar para municípios da região do Médio Paraíba, Estado do Rio de Janeiro* [dissertação]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2008.
67. Ministério da Saúde. *Guia metodológico de avaliação e definição de indicadores crônicos não transmissíveis e Rede Carmem*. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
68. Jannuzzi PM. *Indicadores sociais no Brasil: conceitos, fontes de dados e aplicações*. Campinas:Alínea; 2006.
69. Santos- Filho S.B. Perspectivas da avaliação na Política Nacional de Humanização em Saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Rev C S Col* 2007; 12 (4): 999-1010.
70. Santos IS, Victora CG. Serviços de saúde: epidemiologia, pesquisa e avaliação. *Cad de Saúde Pública* 2004; 20 (2): 5337-5341.
71. Donabedian A . *La calidad de la atención médica: definición y metodos de evaluación*. México: La Prensa Médica Mexicana; 1984.
72. Víctora CG, Knauth DR, Hassen MN. *Pesquisa qualitativa em saúde*. Porto Alegre: Tomo Editorial; 2000.
73. New directions for evaluation, no. 115, Fall 2007 .Wiley Periodicals, Inc. Published online in Wiley InterScience (www.interscience.wiley.com) • DOI: 10.1002/ev.233 29-36.
74. Noronha O. Pesquisa participante: repondo questões teórico-metodológicas. In: Fazenda I, organizadora. *Metodologia da pesquisa educacional*. São Paulo: Cortez; 1989. p. 137-143.
75. Pedrosa JI. Perspectivas na avaliação em promoção da saúde: uma abordagem institucional. *Rev C S Col* 2004; 9 (3): 617-626.
76. Brandão CR. *Repensando à pesquisa participante*. 2.ed., São Paulo: Brasiliense; 1985.
77. CAPES. Avaliação Trienal 2007 (Triênio 2004-2006). Ciências da Saúde. Disponível no site www.capes.gov.br . Acesso em 05/05/2009.
78. DATASUS. Departamento de Informática do Ministério da Saúde. Disponível no site www.datasus.gov.br . Acesso em 05/05/2009.

ANEXOS

ANEXO 1: Portarias e datas de habilitação dos CEREST por estado e região.

CEREST	PORTARIA E DATA DE HABILITAÇÃO
REGIÃO NORTE	
Acre	
CEREST Estadual	Portaria SAS, nº 249, 29/08/03
Amapá	
CEREST Estadual	Portaria SAS, nº 56, 04/03/04
Amazonas	
CEREST Estadual	Portaria SAS, nº 109, 09/05/03
CEREST Regional Manaus	Portaria SAS, nº 653, 19/09/06
CEREST Regional Tefé	Portaria SAS, nº 48, 31/12/07
Pará	
CEREST Estadual	Portaria SAS, nº 109, 09/05/03
CEREST Regional Belém	Portaria SAS, nº 250, 29/08/03
CEREST Regional Marabá	Portaria SAS, nº 614, 17/08/06
CEREST Regional Santarém	Portaria SAS, nº 614, 17/08/06
Rondônia	
CEREST Estadual	Portaria SAS, nº 387, 10/12/03
CEREST Regional Cacoal	Portaria SVS, nº 72, 20/08/08
Roraima	
CEREST Estadual	Portaria SAS, nº 135, 23/04/04
Tocantins	
CEREST Estadual	Portaria SAS, nº 135, 23/04/04
CEREST Regional Palmas	Portaria SAS, nº 135, 23/04/04
CEREST Regional Araguaína	Portaria SAS, nº 614, 17/08/06
REGIÃO NORDESTE	
Alagoas	
CEREST Estadual	Portaria SAS, nº 109, 09/05/03
CEREST Regional Arapiraca	Portaria SAS, nº 177, 19/05/04
CEREST Regional Maceió	Portaria SAS, nº 48, 31/12/07
Bahia	
CEREST Estadual	Portaria SAS, nº 994, 19/12/02
CEREST Regional Camaçari	Portaria SAS, nº 994, 19/12/02
CEREST Regional Vitória da Conquista	Portaria SAS, nº 994, 19/12/02
CEREST Regional Jequié	Portaria SAS, nº 250, 29/08/03
CEREST Regional Teixeira de Freitas	Portaria SAS, nº 135, 23/04/04
CEREST Regional Barreiras	Portaria SAS, nº 177, 19/05/04
CEREST Regional Feira de Santana	Portaria SAS, nº 177, 19/05/04
CEREST Regional Itabuna	Portaria SAS, nº 177, 19/05/04
CEREST Regional Juazeiro	Portaria SAS, nº 177, 19/05/04
CEREST Regional Conceição do Coité	Portaria SAS, nº 776, 28/12/04
CEREST Regional Santo Antônio de Jesus	Portaria SAS, nº 653, 19/09/06
CEREST Regional Itaberaba	Portaria SAS, nº 653, 19/09/06
CEREST Regional Salvador	Portaria SAS, nº 614, 17/08/06

CEREST Regional Jacobina	Portaria SAS, nº 48, 31/12/07
CEREST Regional Alagoinha	Portaria SVS, nº 113, 23/12/08
Ceará	
CEREST Estadual	Portaria SAS, nº 109, 09/05/03
CEREST Regional Horizonte	Portaria SAS, nº 177, 19/05/04
CEREST Regional Juazeiro do Norte	Portaria SAS, nº 177, 19/05/04
CEREST Regional Sobral	Portaria SAS, nº 177, 19/05/04
CEREST Regional Fortaleza	Portaria SAS, nº 614, 17/08/06
CEREST Regional Aracati	Portaria SAS, nº 48, 31/12/07
CEREST Regional Quixeramobim	Portaria SAS, nº 48, 31/12/07
CEREST Regional Tianguá	Portaria SAS, nº 48, 31/12/07
Maranhão	
CEREST Estadual	Portaria SAS, nº 135, 23/04/04
CEREST Regional Imperatriz	Portaria SAS, nº 135, 23/04/04
CEREST Regional São Luis	Portaria SAS, nº 747, 06/10/06
CEREST Regional Caxias	Portaria SAS, nº 48, 31/12/07
Paraíba	
CEREST Estadual	Portaria SAS, nº 109, 09/05/03
CEREST Regional Campina Grande	Portaria SAS, nº 388, 10/12/03
CEREST Regional João Pessoa	Portaria SAS, nº 614, 17/08/06
CEREST Regional Patos	Portaria SAS, nº 48, 31/12/07
Pernambuco	
CEREST Estadual	Portaria SAS, nº 653, 19/09/06
CEREST Regional Recife	Portaria SAS, nº 249, 29/08/03
CEREST Regional Goiana	Portaria SAS, nº 177, 19/05/04
CEREST Regional Jaboatão dos Guararapes	Portaria SAS, nº 177, 19/05/04
CEREST Regional Petrolina	Portaria SAS, nº 177, 19/05/04
CEREST Regional Cabo de Santo Agostinho	Portaria SAS, nº 653, 19/09/06
CEREST Regional Caruaru	Portaria SAS, nº 653, 19/09/06
CEREST Regional Ouricuri	Portaria SAS, nº 653, 19/09/06
CEREST Regional Palmares	Portaria SAS, nº 653, 19/09/06
Piauí	
CEREST Estadual	Portaria SAS, nº 307, 02/10/03
CEREST Regional Bom Jesus	Portaria SAS, nº 653, 19/09/06
Rio Grande do Norte	
CEREST Estadual	Portaria SAS, nº 135, 23/04/04
CEREST Regional Natal	Portaria SAS, nº 455, 27/08/04
CEREST Regional Caicó	Portaria SAS, nº 653, 19/09/06
CEREST Regional Mossoró	Portaria SAS, nº 653, 19/09/06
Sergipe	
CEREST Regional	Portaria SAS, nº 177, 19/05/04
CEREST Regional Lagarto	Portaria SVS, nº 99, 24/10/08
CEREST Regional São Francisco de Canindé	Portaria SVS, nº 114, 31/12/08
REGIÃO SUDESTE	
Espírito Santo	
CEREST Estadual	Portaria SAS, nº 109, 09/05/03
CEREST Regional Cachoeiro do Itapemirim	Portaria SAS, nº 113, 21/02/05
CEREST Regional Colatina	Portaria SAS, nº 113, 21/02/05

Minas Gerais	
CEREST Estadual	Portaria SAS, nº 994, 19/12/02
CEREST Regional Belo Horizonte	Portaria SAS, nº 994, 19/12/02
CEREST Regional Betim	Portaria SAS, nº 994, 19/12/02
CEREST Regional Contagem	Portaria SAS, nº 994, 19/12/02
CEREST Regional Juiz de Fora	Portaria SAS, nº 994, 19/12/02
CEREST Regional Governador Valadares	Portaria SAS, nº 250, 29/08/03
CEREST Regional Ipatinga	Portaria SAS, nº 250, 29/08/03
CEREST Regional Andradas	Portaria SAS, nº 219, 18/06/04
CEREST Regional Uberlândia	Portaria SAS, nº 219, 18/06/04
CEREST Regional Araxá	Portaria SAS, nº 455, 27/08/04
CEREST Regional Poços de Caldas	Portaria SAS, nº 455, 27/08/04
CEREST Regional Sete Lagoas	Portaria SAS, nº 209, 28/05/05
CEREST Regional Barbacena	Portaria SAS, nº 747, 06/10/06
CEREST Regional Uberaba	Portaria SAS, nº 747, 06/10/06
CEREST Regional Ubá	Portaria SVS, nº 72, 20/08/08
CEREST Regional Montes Claros	Portaria SVS, nº 102, 25/11/08
CEREST Regional Passos	Portaria SVS, nº 102, 25/11/08
Rio de Janeiro	
CEREST Estadual	Portaria SAS, nº 135, 23/04/04
CEREST Regional Rio de Janeiro Centro	Portaria SAS, nº 135, 23/04/04
CEREST Regional Rio de Janeiro Tijuca	Portaria SAS, nº 135, 23/04/04
CEREST Regional Duque de Caxias	Portaria SAS, nº 135, 23/04/04
CEREST Regional Niterói	Portaria SAS, nº 135, 23/04/04
CEREST Regional Angra dos Reis	Portaria SAS, nº 614, 17/08/06
CEREST Regional Cabo Frio	Portaria SAS, nº 614, 17/08/06
CEREST Regional Campos dos Goytacazes	Portaria SAS, nº 614, 17/08/06
CEREST Regional Nova Iguaçu	Portaria SAS, nº 614, 17/08/06
CEREST Regional Volta Redonda	Portaria SAS, nº 614, 17/08/06
São Paulo	
CEREST Estadual	Portaria SAS, nº 994, 19/12/02
CEREST Regional São Paulo Centro	Portaria SAS, nº 994, 19/12/02
CEREST Regional São Paulo Leste	Portaria SAS, nº 994, 19/12/02
CEREST Regional São Paulo Norte	Portaria SAS, nº 994, 19/12/02
CEREST Regional São Paulo Oeste	Portaria SAS, nº 994, 19/12/02
CEREST Regional São Paulo Sul	Portaria SAS, nº 994, 19/12/02
CEREST Regional Bauru	Portaria SAS, nº 140, 03/06/03
CEREST Regional Botucatu	Portaria SAS, nº 140, 03/06/03
CEREST Regional Osasco	Portaria SAS, nº 140, 03/06/03
CEREST Regional Piracicaba	Portaria SAS, nº 140, 03/06/03
CEREST Regional Ribeirão Preto	Portaria SAS, nº 140, 03/06/03
CEREST Regional Araraquara	Portaria SAS, nº 250, 29/08/03
CEREST Regional Araçatuba	Portaria SAS, nº 250, 29/08/03
CEREST Regional Campinas	Portaria SAS, nº 250, 29/08/03
CEREST Regional Franca	Portaria SAS, nº 250, 29/08/03
CEREST Regional Guarulhos	Portaria SAS, nº 250, 29/08/03
CEREST Regional Indaiatuba	Portaria SAS, nº 250, 29/08/03
CEREST Regional Marília	Portaria SAS, nº 250, 29/08/03

CEREST Regional Rio Claro	Portaria SAS, nº 250, 29/08/03
CEREST Regional Santo André	Portaria SAS, nº 250, 29/08/03
CEREST Regional Santos	Portaria SAS, nº 250, 29/08/03
CEREST Regional São Jose do Rio Preto	Portaria SAS, nº 250, 29/08/03
CEREST Regional Sorocaba	Portaria SAS, nº 250, 29/08/03
CEREST Regional Assis	Portaria SAS, nº 135, 23/04/04
CEREST Regional Avaré	Portaria SAS, nº 135, 23/04/04
CEREST Regional Bebedouro	Portaria SAS, nº 135, 23/04/04
CEREST Regional Jundiaí	Portaria SAS, nº 135, 23/04/04
CEREST Regional São João da Boa Vista	Portaria SAS, nº 135, 23/04/04
CEREST Regional São Jose dos Campos	Portaria SAS, nº 135, 23/04/04
CEREST Regional Amparo	Portaria SAS, nº 219, 18/06/04
CEREST Regional Cruzeiro	Portaria SAS, nº 219, 18/06/04
CEREST Regional Franco da Rocha	Portaria SAS, nº 219, 18/06/04
CEREST Regional Mauá	Portaria SAS, nº 219, 18/06/04
CEREST Regional Presidente Prudente	Portaria SAS, nº 219, 18/06/04
CEREST Regional Registro	Portaria SAS, nº 219, 18/06/04
CEREST Regional Batatais	Portaria SAS, nº 653, 19/09/06
CEREST Regional Cubatão	Portaria SAS, nº 653, 19/09/06
CEREST Regional Diadema	Portaria SAS, nº 653, 19/09/06
CEREST Regional Ilha Solteira	Portaria SAS, nº 653, 19/09/06
CEREST Regional Itapeva	Portaria SAS, nº 653, 19/09/06
CEREST Regional Pindamonhagaba	Portaria SAS, nº 653, 19/09/06
CEREST Regional São Bernardo do Campo	Portaria SAS, nº 653, 19/09/06
REGIÃO SUL	
Paraná	
CEREST Estadual	Portaria SAS, nº 249, 29/08/03
CEREST Regional Londrina	Portaria SAS, nº 250, 29/08/03
CEREST Regional Cascavel	Portaria SAS, nº 119, 24/02/05
CEREST Regional Apucarana	Portaria SVS, nº 78, 18/09/08
CEREST Regional Irati	Portaria SVS, nº 78, 18/09/08
Rio Grande do Sul	
CEREST Estadual	Portaria SAS, nº 219, 18/06/04
CEREST Regional Porto Alegre	Portaria SAS, nº 994, 19/12/02
CEREST Regional Ijuí	Portaria SAS, nº 994, 19/12/02
CEREST Regional Santa Cruz do Sul	Portaria SAS, nº 994, 19/12/02
CEREST Regional Pelotas	Portaria SAS, nº 250, 29/08/03
CEREST Regional Santa Maria	Portaria SAS, nº 219, 18/06/04
CEREST Regional Palmeira das Missões	Portaria SAS, nº 747, 06/10/06
CEREST Regional Caxias do Sul	Portaria SAS, nº 48, 31/12/07
CEREST Regional Erechim	Portaria SVS, nº 78, 18/09/08
CEREST Regional Passo Fundo	Portaria SVS, nº 72, 20/08/08
Santa Catarina	
CEREST Estadual	Portaria SAS, nº 249, 29/08/03
CEREST Regional Blumenau	Portaria SAS, nº 250, 29/08/03
CEREST Regional Joinville	Portaria SAS, nº 250, 29/08/03
CEREST Regional Chapecó	Portaria SAS, nº 653, 19/09/06
CEREST Regional Criciúma	Portaria SAS, nº 653, 19/09/06

CEREST Regional Florianópolis	Portaria SAS, nº 653, 19/09/06
CEREST Regional Lages	Portaria SAS, nº 653, 19/09/06
REGIÃO CENTRO-OESTE	
Distrito Federal	
CEREST Estadual	Portaria SAS, nº 387, 10/12/03
Goiás	
CEREST Estadual	Portaria SAS, nº 614, 17/08/06
CEREST Regional Goiânia	Portaria SAS, nº 109, 09/05/03
CEREST Regional Ceres	Portaria SAS, nº 455, 27/08/04
CEREST Regional Anápolis	Portaria SAS, nº 48, 31/12/07
CEREST Regional Formosa	Portaria SAS, nº 48, 31/12/07
Mato Grosso	
CEREST Estadual	Portaria SAS, nº 135, 23/04/04
CEREST Regional Cuiabá	Portaria SAS, nº 614, 17/08/06
CEREST Regional Colider	Portaria SVS, nº 98, 24/10/08
Mato Grosso do Sul	
CEREST Estadual	Portaria SAS, nº 249, 29/08/03
CEREST Regional Dourados	Portaria SAS, nº 250, 29/08/03
CEREST Regional Corumbá	Portaria SAS, nº 747, 06/10/06

ANEXO 2: Transcrição dos anexos IV e V da Portaria GM/MS 2.437/2005.

Funções dos Centros de Referências Regionais em Saúde do Trabalhador (CEREST - REGIONAL)

Aos CEREST Regionais, enquanto unidades especializadas de retaguarda para as ações de Saúde do Trabalhador no SUS, compete:

- 1) atuar como agentes facilitadores na descentralização das ações intra e intersetorial de Saúde do Trabalhador;
- 2) realizar e auxiliar na capacitação da rede de serviços de saúde, mediante organização e planejamento de ações em saúde do trabalhador em nível local e regional;
- 3) ser referência técnica para as investigações de maior complexidade, a serem desenvolvidas por equipe interdisciplinar e, quando necessário, em conjunto com técnicos do CEREST estadual;
- 4) dispor de delegação formal da vigilância sanitária nos casos em que a saúde do trabalhador não estiver na estrutura da vigilância em saúde ou da vigilância sanitária;
- 5) propor e assessorar a realização de convênios de cooperação técnica com os órgãos de ensino, pesquisa e instituições públicas com responsabilidade na área de saúde do trabalhador, de defesa do consumidor e do meio ambiente;
- 6) realizar intercâmbios com instituições que promovam o aprimoramento dos técnicos dos CEREST para que estes se tornem agentes multiplicadores;
- 7) subsidiar a formulação de políticas públicas e assessorar o planejamento de ações junto aos municípios;
- 8) assessorar o poder legislativo em questões de interesse público;
- 9) contribuir no planejamento e na execução da proposta de formação profissional da rede do SUS e nos pólos de capacitação;
- 10) facilitar o desenvolvimento de estágios, trabalho e pesquisa com as universidades locais, as escolas e os sindicatos, entre outros;
- 11) contribuir nos projetos das demais assessorias técnicas municipais;
- 12) fomentar as relações interinstitucionais;
- 13) articular a vigilância em saúde do trabalhador com ações de promoção como proposta de Municípios saudáveis;
- 14) apoiar a organização e a estruturação da assistência de média e alta complexidade, no âmbito local e regional, para dar atenção aos acidentes de trabalho e aos agravos contidos na Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho, que constam na Portaria nº 1339/GM, de 18 de novembro de 1999, e aos agravos de notificação compulsória citados na Portaria GM nº 777, de 28 de abril de 2004:
 - a) acidente de trabalho fatal;
 - b) acidentes de trabalho com mutilações;
 - c) acidente com exposição a material biológico;
 - d) acidentes do trabalho com crianças e adolescentes;
 - e) dermatoses ocupacionais;
 - f) intoxicações exógenas, por substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados;
 - g) lesões por esforços repetitivos (LER), distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT);
 - h) pneumoconioses;
 - i) perda auditiva induzida por ruído (PAIR);
 - j) transtornos mentais relacionados ao trabalho; e

- l) câncer relacionado ao trabalho;
- 15) prover subsídios para o fortalecimento do controle social na região e nos municípios do seu território de abrangência;
 - 16) participar do Pólo Regional de Educação Permanente de forma a propor e pactuar as capacitações em Saúde do Trabalhador consideradas prioritárias;
 - 17) estimular, prover subsídios e participar da pactuação da Rede de Serviços Sentinela em Saúde do Trabalhador na região de sua abrangência;
 - 18) subsidiar a pactuação da inclusão de ações em Saúde do Trabalhador na PPI da vigilância, em sua área de abrangência;
 - 19) estabelecer os fluxos de referência e contra-referência com encaminhamentos para níveis de complexidade diferenciada;
 - 20) desenvolver práticas de aplicação e de treinamento regional para a utilização dos Protocolos em Saúde do Trabalhador, visando à consolidação dos CEREST como referências de diagnóstico e de estabelecimento da relação entre o quadro clínico e o trabalho;
 - 21) fornecer subsídios para a pactuação das ações em Saúde do Trabalhador nas agendas municipais de saúde em sua área de cobertura, assim como na Programação Pactuada e Integrada - PPI, em conjunto com o setor de planejamento, controle e avaliação;
 - 22) prover suporte técnico especializado para a rede de serviços do SUS efetuar o registro, a notificação e os relatórios sobre os casos atendidos e o encaminhamento dessas informações aos órgãos competentes, visando às ações de vigilância e proteção à saúde;
 - 23) prover suporte técnico às ações de vigilância, de média e alta complexidade, de intervenções em ambientes de trabalho, de forma integrada às equipes e aos serviços de vigilância municipal e/ou estadual;
 - 24) prover retaguarda técnica aos serviços de vigilância epidemiológica para processamento e análise de indicadores de agravos à saúde relacionados com o trabalho em sua área de abrangência;
 - 25) desenvolver ações de promoção à Saúde do Trabalhador, incluindo ações integradas com outros setores e instituições, tais como Ministério do Trabalho, da Previdência Social e Ministério Público, entre outros;
 - 26) participar, no âmbito do seu território de abrangência, do treinamento e da capacitação de profissionais relacionados com o desenvolvimento de ações no campo da Saúde do Trabalhador, em todos os níveis de atenção.

Atribuições dos Centros de Referências Estaduais em Saúde do Trabalhador (CEREST - ESTADUAL)

Ao CEREST estadual compete:

- 1) participar na elaboração e na execução da Política de Saúde do Trabalhador no Estado;
- 2) participar do planejamento das Ações em Saúde do Trabalhador no âmbito estadual;
- 3) participar de parcerias e de articulações para o desenvolvimento de ações intersetoriais em Saúde do Trabalhador no âmbito estadual;
- 4) acompanhar e auxiliar no Planejamento dos CEREST Regionais, respeitando a autonomia e a realidade regional;
- 5) participar do Pólo Estadual de Educação Permanente, apontando as necessidades de capacitação e formação em saúde do trabalhador no âmbito estadual, assim como de colaborações na elaboração de programas de formação, especialização e qualificação de profissionais de saúde para execução das ações nessa área;
- 6) promover e estimular intercâmbio técnico-científico entre instituições nacionais, estrangeiras e Secretarias Estaduais de Saúde – SES.

- 7) estruturar o Observatório Estadual de Saúde do Trabalhador;
- 8) estimular, prover subsídios e participar da pactuação para definição da Rede Sentinela de Serviços em Saúde do Trabalhador no Estado;
- 9) contribuir para as ações de Vigilância em Saúde, com subsídios técnicos e operacionais para a vigilância epidemiológica, ambiental e sanitária;
- 10) definir as linhas de cuidado para todas os agravos de notificação compulsória dispostos na Portaria nº 777/04/GM, a serem seguidas para a atenção integral dos trabalhadores usuários do SUS;
- 11) contribuir na identificação e avaliação da saúde de adolescentes e crianças submetidas a situações de trabalho, assim como atuar com outros setores de governo e da sociedade na prevenção do trabalho infantil;
- 12) determinar fluxos de referência e contra-referência de cada linha de cuidado de atenção integral à Saúde do Trabalhador;
- 13) subsidiar a pactuação da inclusão de ações em Saúde do Trabalhador na agenda estadual de saúde e na PPI, em conjunto com os setores de planejamento, controle e avaliação;
- 14) subsidiar a pactuação da inclusão de ações em Saúde do Trabalhador na PPI da vigilância;
- 15) desenvolver práticas de aplicação, validação e capacitação de Protocolos de Atenção em Saúde do Trabalhador, visando consolidar os CEREST como referências de diagnóstico e de estabelecimento da relação entre o quadro clínico e o trabalho;
- 16) desenvolver estudos e pesquisas na área de Saúde do Trabalhador e do meio ambiente, atuando em conjunto com outras unidades e instituições, públicas ou privadas, de ensino e pesquisa ou que atuem em áreas afins à saúde e ao trabalho;
- 17) dar suporte técnico para o aperfeiçoamento de práticas assistenciais interdisciplinares em Saúde do Trabalhador, organizadas na forma de projetos;
- 18) propor normas relativas a diagnóstico, tratamento e reabilitação de pacientes portadores de agravos à saúde decorrentes do trabalho;
- 19) promover eventos técnicos, elaboração de protocolos clínicos e manuais;
- 20) prestar suporte técnico para que os Municípios executem a pactuação regional, a fim de garantir, em toda a área do Estado, o atendimento aos casos de doenças relacionadas ao trabalho;
- 21) participar, no âmbito de cada Estado, do treinamento e da capacitação de profissionais relacionados com o desenvolvimento de ações no campo da Saúde do Trabalhador, em todos os níveis de atenção: Vigilância em Saúde, PSF, Unidades Básicas, Ambulatórios, Pronto-Socorros, Hospitais Gerais e Especializados;
- 22) apoiar a organização e a estruturação da assistência de média e alta complexidade, no âmbito estadual, para dar atenção aos acidentes de trabalho e aos agravos contidos na Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho, que constam na Portaria nº 1339/GM, de 18 de novembro de 1999, e aos agravos de notificação compulsória citados na Portaria GM nº 777, de 28 de abril de 2004:
 - a) acidente de trabalho fatal;
 - b) acidentes de trabalho com mutilações;
 - c) acidente com exposição a material biológico;
 - d) acidentes do trabalho com crianças e adolescentes;
 - e) dermatoses ocupacionais;
 - f) intoxicações exógenas, por substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados;
 - g) lesões por esforços repetitivos (LER), distúrbios osteomusculares relacionadas ao trabalho (DORT);
 - h) pneumoconioses;
 - i) perda auditiva induzida por ruído (PAIR);

- j) transtornos mentais relacionados ao trabalho; e
 - l) câncer relacionado ao trabalho;
- 23) todos os CEREST estaduais deverão dispor de bases de dados disponíveis e atualizados, no mínimo com os seguintes componentes para sua respectiva área de abrangência:
- a) mapa de riscos no trabalho;
 - b) mapa de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho;
 - c) indicadores sociais econômicos de desenvolvimento, força de trabalho e IDH;
 - d) informações sobre benefícios pagos pela Previdência Social e outros órgãos securitários;
 - e) capacidade Instalada do SUS;
 - f) PPI; e
 - g) estrutura regional e funcionamento do INSS e da Delegacia Regional do Trabalho.

ANEXO 3: Instrumento de avaliação de indicadores

INTRUMENTO DE AVALIACAO DE INDICADORES DOS CEREST (FormSUS)

Prezado(a) Coordenador(a):

O instrumento a seguir busca avaliar diferentes indicadores que poderão ser usados para acompanhar, futuramente, as atividades dos CEREST estaduais e regionais. Por meio deste instrumento, gostaria de solicitar sua opinião sobre a pertinência e a validade desses indicadores. Em outras palavras, sua participação consiste em comentar sobre os indicadores propostos, e não fornecer dados ou informações sobre o CEREST que coordena.

Após concluir sua avaliação, ao gravar, o formulário será transferido automaticamente para a pesquisadora. Buscando minimizar as perdas na devolução, convencionou-se o ato de gravar ao final com a aceitação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Configura-se, assim, um modelo de avaliação participativa quanto à construção do instrumento de acompanhamento. Espera-se que a compreensão dos CEREST acerca da necessidade e importância do acompanhamento nacional, somado a sua participação, aumente as chances de sucesso desse processo conforme os princípios dos modelos participativos.

Os indicadores foram propostos a partir das determinações da Portaria GM/MS nº 2437/2005, mesmo esta estando em processo de revisão. Eles foram fundamentados em fontes como Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA), Organização Panamericana da Saúde (OPAS), Departamento de Informática do Ministério da Saúde (DATASUS) e Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Para todos os indicadores será considerado o período de um ano.

Em nenhum momento se tem a pretensão de que os indicadores propostos dêem conta de todas as ações desenvolvidas pelos CEREST, nem que todas as ações apontadas pelos indicadores sejam realizadas por todos os CEREST, mas sim, que representem parte deles. O que se pretende é que este se constitua um primeiro passo para dar visibilidade às atividades desenvolvidas pelos CEREST, contribuindo para o funcionamento em Rede e permitindo a troca de conhecimentos entre os Centros. Ao final do trabalho, pretende-se dispor de um instrumento de acompanhamento dos CEREST estaduais e regionais que possa auxiliar em uma futura avaliação da RENAST.

Os critérios escolhidos para avaliação dos indicadores, construídos com base na literatura sobre o tema, foram:

- validade: se o indicador mede o que se propõe medir; é sensível a mudanças e específico ao tema;
- confiabilidade: se os dados usados pelo indicador podem ser verificados posteriormente;
- mensurabilidade: se o indicador é quantitativo e os dados fáceis de conseguir;
- comunicabilidade: se o indicador é compreensível e possui o mesmo significado para diferentes pessoas;

- relevância: se o indicador é relevante para a agenda política de saúde e, no caso deste trabalho, se é relevante para a RENAST.

Com base nesses critérios você deve avaliar cada um dos indicadores de acordo com a seguinte escala:

- em branco – o indicador não se aplica ao CEREST em questão, ou você não se sente confortável para responder;
- 1 – desaprovo totalmente
- 2 – desaprovo
- 3 – indiferente
- 4 – aprovo
- 5 – aprovo totalmente

Exemplo:

Indicador 16 - Número de reuniões do conselho de saúde com pauta sobre Saúde do Trabalhador

Método de cálculo: Número de reuniões do Conselho de Saúde onde a Saúde do Trabalhador foi ponto de pauta sobre o número total de reuniões do Conselho. Conceito: Os CEREST devem acompanhar a pauta do Conselho Estadual de Saúde; enquanto que os CEREST regionais a pautas do Conselho Municipal de Saúde, do seu município sede.

Com base nos critérios de validade, confiabilidade, mensurabilidade, comunicabilidade e relevância, você irá avaliar o indicador e aprová-lo ou desaprová-lo. Você não responderá com o dado.

Desde já, agradeço sua participação.

Maiores esclarecimentos podem ser obtidos por meio do (61) 3213 8466 ou camila.jacques@saude.gov.br

IDENTIFICAÇÃO

Estado.

Abrangência do CEREST.

Município sede do CEREST.

Telefone para contato:

Tema 1 - Notificações e sistemas de informações

Indicador 1 - Número de notificações de agravos relacionados ao trabalho realizados pelo CEREST.

Método de cálculo: Total das notificações de agravos relacionados ao trabalho realizados pelo CEREST. Conceito: Considere como agravos relacionados ao trabalho aqueles listados na Portaria GM/MS 777/04 (acidentes e doenças).

- em branco – o indicador não se aplica ao CEREST em questão, ou você não se sente confortável para responder;
- 1 – desaprovo totalmente
- 2 – desaprovo
- 3 – indiferente
- 4 – aprovo
- 5 – aprovo totalmente

Indicador 2 - Participação do CEREST no total das notificações de acidentes de trabalho no SINAN.

Método de cálculo: Total de notificações de acidentes de trabalho realizadas pelo CEREST (regional ou estadual) sobre o total de notificações de acidentes de trabalho nos municípios ou estado de abrangência do CEREST (X 100). Conceito: Considere como acidente de trabalho de notificação compulsória aqueles listados na Portaria GM/MS 777/04.

Indicador 3 - Participação do CEREST no total de notificações de doenças relacionadas ao trabalho no SINAN.

Método de cálculo: Total de notificações de doenças relacionadas ao trabalho realizadas pelo CEREST (regional ou estadual) sobre o total de notificações de doenças relacionadas ao trabalho nos municípios ou estado de abrangência do CEREST (X 100). Conceito: Considere como doenças relacionadas ao trabalho aquelas listadas na Portaria GM/MS 777/04.

Indicador 4 - Relação: Notificações do SINAN/CAT:

Método de cálculo: Total de notificações de agravos (acidentes e doenças) relacionados ao trabalho no SINAN (municipal ou estadual) sobre o total de CAT emitidas para os municípios ou estado de abrangência do CEREST. Conceito: Considere como agravos (acidentes e doenças) relacionados ao trabalho aqueles listados na Portaria GM/MS 777/04.

Tema 2: Vigilância

Indicador 5 - Número de trabalhadores cobertos pelas ações de vigilância realizadas pelo CEREST.

Método de cálculo: Total de trabalhadores das empresas onde foram realizadas ações de vigilância pelos técnicos do CEREST. Conceito: Considere como ações de vigilância as visitas aos ambientes de trabalho.

Indicador 6 - Percentual das ações de vigilância do CEREST descentralizadas.

Método de cálculo: Total de ações de vigilância realizadas fora do município sede sobre o total de ações de vigilância realizadas pelo CEREST (X 100). Conceito: Considere como ações de vigilância as visitas aos ambientes de trabalho.

Tema 3 - Assistência

Indicador 7 - Número de atendimentos realizados pelo CEREST.

Método de cálculo: Número total dos atendimentos realizados pelo CEREST. Conceito: Considere como atendimento as consultas (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas etc), os procedimentos e as atividades de acolhimento.

Indicador 8 - Número de relações causais com o trabalho estabelecidos pelo CEREST.

Método de cálculo: Número total de relações causais entre agravo (doença/acidente) e o trabalho estabelecidos pelo CEREST. Conceito: Considere relação causal a relação entre o agravo (conseqüência) e o trabalho (causa).

Indicador 9 - Percentual de relações causais estabelecidas pelo CEREST em relação ao total de consultas realizadas no CEREST.

Método de cálculo: Total de relações causais entre agravo (acidente e doença) e trabalho estabelecidas pelo CEREST sobre o total de consultas realizadas pelo CEREST (X 100). Conceito: Considere relação causal a relação entre o agravo (conseqüência) e o trabalho (causa).

Indicador 10 – Abrangência geográfica dos atendimentos realizados pelo CEREST.

Método de cálculo: Total de atendimentos a pessoas que vivem ou trabalham fora do município sede sobre o total de atendimentos realizados pelo CEREST. Conceito: Considere como atendimento as consultas (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas etc), os procedimentos e as atividades de acolhimento.

Tema 4 - Articulação interinstitucional e controle social

Indicador 11 - Parcerias em ações de vigilância.

Método de cálculo: Total de ações em parceria de vigilância sobre o total de ações de vigilância realizadas somente pelo CEREST (X 100). Conceito: Considere como ações de

vigilância em parceria as visitas aos ambientes de trabalho realizadas pelos técnicos do CEREST em conjunto com outras entidades públicas que não da área da saúde, tais como o Ministério Público do Trabalho, Ministério do Trabalho e outros.

Indicador 12 - Relações com o SUS.

Método de cálculo: Total de atendimentos feitos no CEREST referenciados pela rede do SUS em relação ao total dos atendimentos feitos pelo CEREST (X 100). Conceito: Considere como atendimento as consultas (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas etc), procedimentos e atividades de acolhimento.

Indicador 13 - Número de reuniões do Conselho de Saúde com pauta sobre Saúde do Trabalhador.

Método de cálculo: Número de reuniões do Conselho de Saúde onde a Saúde do Trabalhador foi ponto de pauta sobre o total de reuniões do Conselho. Conceito: Os CEREST devem acompanhar a pauta do Conselho Estadual de Saúde; enquanto que os CEREST regionais a pautas do Conselho Municipal de Saúde, do seu município sede.

Tema 5 - Pesquisa e educação

Indicador 14: Atualização profissional dos trabalhadores do CEREST.

Método de cálculo: Número de postos de trabalho do CEREST que possuem pós-graduação sobre o número total de postos de trabalho do CEREST (X 100). Conceito: Considere como curso de pós-graduação aperfeiçoamento, especialização, mestrado e doutorado em saúde pública/coletiva ou saúde do trabalhador.

Indicador 15: Número de ações educativas.

Método de cálculo: Total das ações educativas realizadas pelo CEREST para não trabalhadores do CEREST. Conceito: Considere ações educativas cursos, palestras, oficinas e seminários.

Indicador 16 - Abrangência das ações educativas realizadas pelo CEREST.

Método de cálculo: Somatório do produto do número de alunos pelo total de horas das ações educativas realizadas para não-trabalhadores do CEREST (número de alunos do curso 1 X carga horária do curso 1) + (número de alunos do curso 2 X carga horária do curso 2) + Conceito: Considere ações educativas cursos, palestras, oficinas e seminários.

Tema 6 - Recursos financeiros

Indicador 17 - Relação entre o total de recursos financeiros utilizados e o total de recursos recebidos pelo CEREST.

Método de cálculo: Recursos financeiros utilizados pelo CEREST sobre o total de recursos recebidos. Conceito: Considere apenas os recursos referentes à Portaria GM/MS 2437/05, fornecidos pelo Ministério da Saúde.

Indicador 18 - Relação entre recursos financeiros utilizados em recursos humanos sobre o total de recursos utilizados pelo CEREST:

Método de cálculo: Recursos financeiros utilizados em recursos humanos pelo CEREST sobre o total de recursos utilizados. Conceito: Considere apenas os recursos referentes à Portaria GM/MS 2437/05, fornecidos pelo Ministério da Saúde.

O que você achou deste instrumento?

Caso você queira, sugira um Indicador.

Gravar

Atenção: Ao gravar aguarde a tela de confirmação. Somente se aparecer a mensagem de confirmação seus dados terão sido gravados.

Clique aqui em caso de dúvidas relativas a este formulário.

ANEXO 4: Carta da pesquisadora.

Prezado(a) Coordenador(a) de Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST)

Meu nome é Camila Jacques e trabalho como assessora técnica da Coordenação Nacional de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde (COSAT) desde 2004. Este ano estou tendo a oportunidade de fazer um mestrado profissional em Saúde Pública e Meio Ambiente na Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP – FIOCRUZ). Meu trabalho final será a construção de um instrumento de acompanhamento dos CEREST estaduais e regionais.

Optei por este tema diante da necessidade que temos na COSAT de conhecer as atividades desenvolvidas pelos diferentes CEREST. As ações desenvolvidas por esses Centros são muito diversas e diferenciadas, determinadas pela sua história e sua inserção na rede de saúde local. Essa diversidade, riquíssima e que não pode ser desconsiderada, é um grande desafio para o planejamento de ações de assessoria e cooperação técnica e, portanto, exige instrumentos de acompanhamento específicos. Na proposta deste trabalho, não há intenção de se sobrepor aos estados e municípios na função de avaliação, mas de atender ao papel reservado à COSAT, enquanto instância nacional.

Importante salientar que o presente trabalho não se propõe a uma avaliação dos CEREST ou da pertinência de suas ações e, sim, a proposição de indicadores a serem usados para acompanhamento das ações desenvolvidas, o que, futuramente, poderá contribuir para um melhor conhecimento do funcionamento da RENAST.

Sua participação não é obrigatória, mas muito importante para a minha pesquisa e para a avaliação da RENAST e dos CEREST como principais estratégias para efetivação da Saúde do Trabalhador no SUS. O link para sua participação encontra-se logo abaixo, seguido do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Ao clicar no link você abrirá o questionário pela internet onde terão as instruções e os itens a serem avaliados por você. O preenchimento das respostas levará mais ou menos 5 minutos do seu tempo. Esta pesquisa estará disponível para ser respondida pela internet até o dia 31 de agosto.

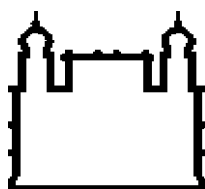
Desde já agradeço sua participação e estou à disposição para maiores esclarecimentos.

Atenciosamente,

Camila Jacques (61-3213 8466 ou camila.jacques@saude.gov.br)

Link para participação da pesquisa:

ANEXO 5: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Comitê de Ética em Pesquisa



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Você está sendo convidado(a) para participar na avaliação dos indicadores propostos para comporem o instrumento de monitoramento dos CEREST. Esses indicadores foram construídos com base nas determinações da Portaria GM/MS nº 2.437/2005, que está em processo de revisão. Você foi selecionado por ser coordenador de um CEREST, habilitado desde a criação da RENAST, em 2002, até o final de 2008.

Sua participação não é obrigatória, mas muito importante para a minha pesquisa e para a avaliação da RENAST e dos CEREST como principais estratégias para efetivação da Saúde do Trabalhador no SUS. Você estará participando da construção de um instrumento que permitirá dar visibilidade às ações dos CEREST, facilitar o funcionamento em Rede e o apoio mútuo entre os diversos Centros e a COSAT.

As informações obtidas serão confidenciais e com sigilo assegurado sobre sua participação. O resultado final disponibilizado publicamente não permite qualquer identificação de caráter particular. O instrumento composto pelos indicadores melhor avaliados pelos CEREST será disponibilizado para todos os CEREST participantes para o acompanhamento pelos próprios Centros de Referência das atividades desenvolvidas.

Você deve ficar com este Termo onde consta o meu telefone e endereço institucional e os do Comitê de Ética em Pesquisa. Estou à disposição para qualquer esclarecimento, em qualquer momento do processo de pesquisa.

Camila Corrêa Jacques

Telefones: (61) 3213 8466

SCS: Bloco A- Quadra 4 – Ed. Principal, 5ª andar. CEP: 70304-000

Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/ENSP

Telefone CEP: (21) 2598 2863

Rua Leopoldo Bulhões nº 1480, sala 314 - Manguinhos, Rio de Janeiro

CEP: 21041-210

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. Ao preencher o formulário e gravar as informações, você estará automaticamente consentindo sua participação.

Coordenador do CEREST _____

ANEXO 6: Tabelas com números brutos e percentuais da avaliação realizada pelos coordenadores dos CEREST.

TABELA 1: Caracterização da amostra em proporção ao universo, em percentual, segundo a abrangência, a habilitação e a localização dos CEREST.

	Total	CEREST Estadual	CEREST Regional	Portaria 1679	Portaria 2437	Região Macro Sul	Região Macro Norte
CEREST participante	48,55	65,38	45,58	48,18	49,21	40,43	58,23
CEREST não participante	51,45	34,62	54,42	51,82	50,79	59,57	41,77

TABELA 2: Números brutos e percentuais dos resultados das avaliações dos indicadores pelos CEREST.

	Total			
	Aprovo	Desaprovo	Indiferente	Não respondeu
Indicador 1	73 (86,90%)	6 (7,14%)	1 (1,19%)	4 (4,76%)
Indicador 2	62 (73,81%)	13 (15,48%)	5 (5,95%)	4 (4,76%)
Indicador 3	66 (78,57%)	7 (8,33%)	6 (7,14%)	5 (5,95%)
Indicador 4	55 (65,48%)	19 (22,62%)	5 (5,95%)	5 (5,95%)
Indicador 5	66 (78,57%)	13 (15,48%)	1 (1,19%)	4 (4,76%)
Indicador 6	60 (71,43%)	14 (16,67%)	1 (1,19%)	9 (10,71%)
Indicador 7	65 (77,38%)	11 (13,10%)	5 (5,95%)	3 (3,57%)
Indicador 8	65 (77,38%)	9 (10,71%)	7 (8,33%)	3 (3,57%)
Indicador 9	64 (76,19%)	8 (9,52%)	8 (9,52%)	4 (4,76%)
Indicador 10	57 (67,86%)	14 (16,67%)	7 (8,33%)	6 (7,14%)
Indicador 11	64 (76,19%)	9 (10,71%)	4 (4,76%)	7 (8,33%)
Indicador 12	62 (73,81%)	10 (11,90%)	5 (5,95%)	7 (8,33%)
Indicador 13	63 (75,0%)	7 (8,33%)	7 (8,33%)	7 (8,33%)
Indicador 14	68 (80,95%)	4 (4,76%)	1 (1,19%)	11 (13,10%)
Indicador 15	81 (96,43%)	3 (3,57%)	1 (1,19%)	0 (0%)
Indicador 16	67 (79,76%)	11 (13,10%)	4 (4,76%)	2 (2,38%)
Indicador 17	62 (73,81%)	9 (10,71%)	6 (7,14%)	7 (8,33%)
Indicador 18	51 (60,71%)	16 (19,05%)	9 (10,71%)	8 (9,52%)

TABELA 3: Números brutos e percentuais dos resultados das avaliações dos indicadores pelos CEREST, segundo a abrangência.

Indicador.	Estadual (17 CEREST – 65,38%)				Regional (67 CEREST – 45,58%)			
	Aprovo	Desaprovo	Indiferente	Não respondeu	Aprovo	Desaprovo	Indiferente	Não respondeu
Indicador 1	11 (64,71%)	3 (17,65%)	1 (5,88%)	2 (11,76%)	62 (92,54%)	3 (4,48%)	0 (0%)	2 (2,99%)
Indicador 2	7 (41,18%)	6 (35,29%)	2 (11,76%)	2 (11,76%)	55 (82,09%)	7 (10,45%)	3 (4,48%)	2 (2,99%)
Indicador 3	9 (52,94%)	4 (23,53%)	2 (11,76%)	2 (11,76%)	57 (85,07%)	3 (4,48%)	4 (5,97%)	3 (4,48%)
Indicador 4	9 (52,94%)	5 (29,41%)	1 (5,88%)	2 (11,76%)	46 (68,66%)	14 (20,90%)	4 (5,97%)	3 (4,48%)
Indicador 5	12 (70,59%)	3 (17,65%)	1 (5,88%)	1 (5,88%)	54 (80,60%)	10 (14,93%)	0 (0%)	3 (4,48%)
Indicador 6	12 (70,59%)	4 (23,53%)	0 (0%)	1 (5,88%)	48 (71,64%)	10 (14,93%)	1 (1,49%)	8 (11,94%)
Indicador 7	9 (52,94%)	3 (17,65%)	3 (17,65%)	2 (11,76%)	56 (83,58%)	8 (11,94%)	2 (2,99%)	1 (1,49%)
Indicador 8	9 (52,94%)	4 (23,53%)	2 (11,76%)	2 (11,76%)	56 (83,58%)	5 (7,46%)	5 (7,46%)	1 (1,49%)
Indicador 9	9 (52,94%)	2 (11,76%)	3 (17,65%)	3 (17,65%)	55 (82,09%)	6 (8,96%)	5 (7,46%)	1 (1,49%)
Indicador 10	7 (41,18%)	6 (35,29%)	1 (5,88%)	3 (17,65%)	50 (74,63%)	8 (11,94%)	6 (8,96%)	3 (4,48%)
Indicador 11	12 (70,59%)	3 (17,65%)	1 (5,88%)	1 (5,88%)	52 (77,61%)	6 (8,96%)	3 (4,48%)	6 (8,96%)
Indicador 12	9 (52,94%)	3 (17,65%)	2 (11,76%)	3 (17,65%)	53 (79,10%)	7 (10,45%)	3 (4,48%)	4 (5,97%)
Indicador 13	11 (64,71%)	2 (11,76%)	2 (11,76%)	2 (11,76%)	52 (77,61%)	5 (7,46%)	5 (7,46%)	5 (7,46%)
Indicador 14	15 (88,24%)	1 (5,88%)	0 (0%)	1 (5,88%)	53 (79,10%)	3 (4,48%)	1 (1,49%)	10 (14,93%)
Indicador 15	16 (94,12%)	1 (5,88%)	0 (0%)	0 (0%)	65 (97,01%)	1 (1,49%)	1 (1,49%)	0 (0%)
Indicador 16	14 (82,35%)	3 (17,65%)	0 (0%)	0 (0%)	53 (79,10%)	8 (11,94%)	4 (5,97%)	2 (2,99%)
Indicador 17	10 (58,82%)	4 (23,53%)	3 (17,65%)	0 (0%)	52 (77,61%)	5 (7,46%)	3 (4,48%)	7 (10,45%)
Indicador 18	10 (58,82%)	3 (17,65%)	4 (23,53%)	0 (0%)	41 (61,19%)	13 (19,40%)	5 (7,46%)	8 (11,94%)

TABELA 4: Números brutos e percentuais dos resultados das avaliações dos indicadores pelos CEREST, segundo a Portaria de habilitação.

	Portaria 1679/2002 (53 CEREST – 48,18%)				Portaria 2437/2005 (31 CEREST – 49,21%)			
	Aprovo	Desaprovo	Indiferente	Não respondeu	Aprovo	Desaprovo	Indiferente	Não respondeu
Indicador 1	42 (79,25%)	6 (11,32%)	1 (1,89%)	4 (7,55%)	31 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Indicador 2	34 (64,15%)	11 (20,75%)	4 (7,55%)	4 (7,55%)	28 (90,32%)	2 (6,45%)	1 (3,23%)	0 (0%)
Indicador 3	37 (69,81%)	7 (13,21%)	5 (9,43%)	4 (7,55%)	29 (93,55%)	0 (0%)	1 (3,23%)	1 (3,23%)
Indicador 4	32 (60,38%)	13 (24,53%)	4 (7,55%)	4 (7,55%)	23 (74,19%)	6 (19,35%)	1 (3,23%)	1 (3,23%)
Indicador 5	38 (71,70%)	12 (22,64%)	1 (1,89%)	2 (3,77%)	28 (90,32%)	1 (3,23%)	0 (0%)	2 (6,45%)
Indicador 6	37 (69,81%)	12 (22,64%)	0 (0%)	4 (7,55%)	23 (74,19%)	2 (6,45%)	1 (3,23%)	5 (16,13%)
Indicador 7	37 (69,81%)	9 (16,98%)	5 (9,43%)	2 (3,77%)	28 (90,32%)	2 (6,45%)	0 (0%)	1 (3,23%)
Indicador 8	36 (67,92%)	8 (15,09%)	7 (13,21%)	2 (3,77%)	29 (93,55%)	1 (3,23%)	0 (0%)	1 (3,23%)
Indicador 9	36 (67,92%)	7 (13,21%)	8 (15,09%)	2 (3,77%)	28 (90,32%)	1 (3,23%)	0 (0%)	2 (6,45%)
Indicador 10	36 (67,92%)	10 (18,87%)	4 (7,55%)	3 (5,66%)	21 (67,74%)	4 (12,90%)	3 (9,68%)	3 (9,68%)
Indicador 11	40 (75,47%)	7 (13,21%)	2 (3,77%)	4 (7,55%)	24 (77,42%)	2 (6,45%)	2 (6,45%)	3 (9,68%)
Indicador 12	37 (69,81%)	8 (15,09%)	4 (7,55%)	4(7,55%)	25 (80,65%)	2 (6,45%)	1 (3,23%)	3 (9,68%)
Indicador 13	37 (69,81%)	6 (11,32%)	6 (11,32%)	4 (7,55%)	26 (83,87%)	1 (3,23%)	1 (3,23%)	3 (9,68%)
Indicador 14	44 (83,02%)	3 (5,66%)	0 (0%)	6 (11,32%)	24 (77,42%)	1 (3,23%)	1 (3,23%)	5 (16,13%)
Indicador 15	50 (94,34%)	2 (3,77%)	1 (1,89%)	0 (0%)	31 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Indicador 16	41 (77,36%)	9 (16,98%)	2 (3,77%)	1 (1,89%)	26 (83,87%)	2 (6,45%)	2 (6,45%)	1 (3,23%)
Indicador 17	38 (71,70%)	7 (13,21%)	5 (9,43%)	3 (5,66%)	24 (77,42%)	2 (6,45%)	1 (3,23%)	4 (12,90%)
Indicador 18	32 (60,38%)	10 (18,87%)	8 (15,09%)	3 (5,66%)	19 (61,29%)	6 (19,35%)	1 (3,23%)	5 (16,13%)

TABELA 5: Números brutos e percentuais dos resultados das avaliações dos indicadores pelos CEREST, segundo a localização geográfica.

	Regiões Sul/Sudeste (38 CEREST – 40,43%)				Regiões Norte/Nordeste/Centro-Oeste (46 CEREST – 58,23%)			
	Aprovo	Desaprovo	Indiferente	Não respondeu	Aprovo	Desaprovo	Indiferente	Não respondeu
Indicador 1	31 (81,58%)	5 (13,16%)	1 (2,63%)	1 (2,63%)	42 (91,30%)	1 (2,17%)	0 (0%)	3 (6,52%)
Indicador 2	24 (63,16%)	9 (23,68%)	4 (10,53%)	1 (2,63%)	38 (82,61%)	4 (8,70%)	1 (2,17%)	3 (6,52%)
Indicador 3	27 (71,05%)	6 (15,79%)	4 (10,53%)	1 (2,63%)	39 (84,78%)	1 (2,17%)	2 (4,35%)	4 (8,70%)
Indicador 4	27 (71,05%)	8 (21,05%)	2 (5,26%)	1 (2,63%)	28 (60,87%)	11 (23,91%)	3 (6,52%)	4 (8,70%)
Indicador 5	29 (76,32%)	7 (18,42%)	0 (0%)	2 (5,26%)	37 (80,43%)	6 (13,04%)	1 (2,17%)	2 (4,35%)
Indicador 6	24 (63,16%)	8 (21,05%)	1 (2,63%)	5 (13,16%)	36 (78,26%)	6 (13,04%)	0 (0%)	4 (8,70%)
Indicador 7	27 (71,05%)	7 (18,42%)	3 (7,89%)	1 (2,63%)	38 (82,61%)	4 (8,70%)	2 (4,35%)	2 (4,35%)
Indicador 8	28 (73,68%)	5 (13,16%)	3 (7,89%)	2 (5,26%)	37 (80,43%)	4 (8,70%)	4 (8,70%)	1 (2,17%)
Indicador 9	29 (76,32%)	4 (10,53%)	3 (7,89%)	2 (5,26%)	35 (76,09%)	4 (8,70%)	5 (10,87%)	2 (4,35%)
Indicador 10	23 (60,53%)	10 (26,32%)	3 (7,89%)	2 (5,26%)	34 (73,91%)	4 (8,70%)	4 (8,70%)	4 (8,70%)
Indicador 11	28 (73,68%)	6 (15,79%)	3 (7,89%)	1 (2,63%)	36 (78,26%)	3 (6,52%)	1 (2,17%)	6 (13,04%)
Indicador 12	27 (71,05%)	6 (15,79%)	2 (5,26%)	3 (7,89%)	35 (76,09%)	4 (8,70%)	3 (6,52%)	4 (8,70%)
Indicador 13	31 (81,58%)	2 (5,26%)	3 (7,89%)	2 (5,26%)	32 (69,57%)	5 (10,87%)	4 (8,70%)	5 (10,87%)
Indicador 14	29 (76,32%)	2 (5,26%)	1 (2,63%)	6 (15,79%)	39 (84,78%)	2 (4,35%)	0 (0%)	5 (10,87%)
Indicador 15	36 (94,74%)	1 (2,63%)	1 (2,63%)	0 (0%)	45 (97,83%)	1 (2,17%)	0 (0%)	0 (0%)
Indicador 16	29 (76,32%)	6 (15,79%)	2 (5,26%)	1 (2,63%)	38 (82,61%)	5 (10,87%)	2 (4,35%)	1 (2,17%)
Indicador 17	28 (73,68%)	5 (13,16%)	2 (5,26%)	3 (7,89%)	34 (73,91%)	4 (8,70%)	4 (8,70%)	4 (8,70%)
Indicador 18	27 (71,05%)	5 (13,16%)	3 (7,89%)	3 (7,89%)	24 (52,17%)	11 (23,91%)	6 (13,04%)	5 (10,87%)

ANEXO7: Instrumento de monitoramento dos CEREST com indicadores nacionais aprovados.

Tema 1 - Notificações e sistemas de informações

Indicador 1 - Número de notificações de agravos relacionados ao trabalho realizados pelo CEREST.

Método de cálculo: Total das notificações de agravos relacionados ao trabalho realizados pelo CEREST. Conceito: Considere como agravos relacionados ao trabalho aqueles listados na Portaria GM/MS 777/04 (acidentes e doenças).

Indicador 2 - Participação do CEREST no total das notificações de acidentes de trabalho no SINAN (só para os CEREST Regionais).

Método de cálculo: Total de notificações de acidentes de trabalho realizadas pelo CEREST (regional ou estadual) sobre o total de notificações de acidentes de trabalho nos municípios ou estado de abrangência do CEREST (X 100). Conceito: Considere como acidente de trabalho de notificação compulsória aqueles listados na Portaria GM/MS 777/04.

Indicador 3 - Participação do CEREST no total de notificações de doenças relacionadas ao trabalho no SINAN.

Método de cálculo: Total de notificações de doenças relacionadas ao trabalho realizadas pelo CEREST (regional ou estadual) sobre o total de notificações de doenças relacionadas ao trabalho nos municípios ou estado de abrangência do CEREST (X 100). Conceito: Considere como doenças relacionadas ao trabalho aquelas listadas na Portaria GM/MS 777/04.

Tema 2: Vigilância

Indicador 4 - Número de trabalhadores cobertos pelas ações de vigilância realizadas pelo CEREST.

Método de cálculo: Total de trabalhadores das empresas onde foram realizadas ações de vigilância pelos técnicos do CEREST. Conceito: Considere como ações de vigilância as visitas aos ambientes de trabalho.

Tema 3 - Assistência

Indicador 5 - Número de atendimentos realizados pelo CEREST.

Método de cálculo: Número total dos atendimentos realizados pelo CEREST. Conceito: Considere como atendimento as consultas (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas etc), os procedimentos e as atividades de acolhimento.

Indicador 6 - Número de relações causais com o trabalho estabelecidos pelo CEREST.

Método de cálculo: Número total de relações causais entre agravo (doença/acidente) e o trabalho estabelecidos pelo CEREST. Conceito: Considere relação causal a relação entre o agravo (consequência) e o trabalho (causa).

Indicador 7 - Percentual de relações causais estabelecidas pelo CEREST em relação ao total de consultas realizadas no CEREST.

Método de cálculo: Total de relações causais entre agravo (acidente e doença) e trabalho estabelecidas pelo CEREST sobre o total de consultas realizadas pelo CEREST (X 100).

Conceito: Considere relação causal a relação entre o agravo (conseqüência) e o trabalho (causa).

Tema 4 - Articulação interinstitucional e controle social

Indicador 8 - Parcerias em ações de vigilância.

Método de cálculo: Total de ações em parceria de vigilância sobre o total de ações de vigilância realizadas somente pelo CEREST (X 100). Conceito: Considere como ações de vigilância em parceria as visitas aos ambientes de trabalho realizadas pelos técnicos do CEREST em conjunto com outras entidades públicas que não da área da saúde, tais como o Ministério Público do Trabalho, Ministério do Trabalho e outros.

Indicador 9 - Número de reuniões do Conselho de Saúde com pauta sobre Saúde do Trabalhador.

Método de cálculo: Número de reuniões do Conselho de Saúde onde a Saúde do Trabalhador foi ponto de pauta sobre o total de reuniões do Conselho. Conceito: Os CEREST devem acompanhar a pauta do Conselho Estadual de Saúde; enquanto que os CEREST regionais a pautas do Conselho Municipal de Saúde, do seu município sede.

Tema 5 - Pesquisa e educação

Indicador 10: Atualização profissional dos trabalhadores do CEREST.

Método de cálculo: Número de postos de trabalho do CEREST que possuem pós-graduação sobre o número total de postos de trabalho do CEREST (X 100). Conceito: Considere como curso de pós-graduação aperfeiçoamento, especialização, mestrado e doutorado em saúde pública/coletiva ou saúde do trabalhador.

Indicador 11: Número de ações educativas.

Método de cálculo: Total das ações educativas realizadas pelo CEREST para não trabalhadores do CEREST. Conceito: Considere ações educativas cursos, palestras, oficinas e seminários.

Indicador 12 - Abrangência das ações educativas realizadas pelo CEREST.

Método de cálculo: Somatório do produto do número de alunos pelo total de horas das ações educativas realizadas para não-trabalhadores do CEREST (número de alunos do curso 1 X carga horária do curso 1) + (número de alunos do curso 2 X carga horária do curso 2) +
Conceito: Considere ações educativas cursos, palestras, oficinas e seminários.

Tema 6 - Recursos financeiros

Indicador 13 - Relação entre o total de recursos financeiros utilizados e o total de recursos recebidos pelo CEREST.

Método de cálculo: Recursos financeiros utilizados pelo CEREST sobre o total de recursos recebidos. Conceito: Considere apenas os recursos referentes à Portaria GM/MS 2437/05, fornecidos pelo Ministério da Saúde.