

## O FINANCIAMENTO NA INDUÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE DO TRABALHADOR NO BRASIL: O CASO DA RENAST\*

Jorge Mesquita Huet Machado\*\*  
Ana Paula Lopes dos Santos\*\*\*

### 1 INTRODUÇÃO

Ao final da década de 1980, houve uma expansão das ações de saúde do trabalhador como parte da oferta de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente em função de iniciativas tomadas por parte de algumas Secretarias Estaduais de Saúde, em resposta a demandas sindicais, contando muitas vezes com apoio de instituições acadêmicas, onde atuavam pesquisadores e professores ligados ao movimento da Reforma Sanitária brasileira. Essas experiências foram desenvolvidas com ênfase em processos de implantação de ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador (Visat) e também motivadas por morbidades emblemáticas, como o caso das Lesões por Esforços Repetitivos (LER), que se tornaram epidêmicas em algumas regiões do país (RIBEIRO, 1997), além das lutas pela saúde dos sindicatos dos trabalhadores da indústria química do ABC e dos metalúrgicos de Santos.

Uma característica marcante do mesmo período foi a consolidação de uma orientação legal e metodológica para a execução das ações de Saúde do Trabalhador. A partir da prescrição constitucional de 1988, regulamentada a seguir pela Lei Orgânica da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1990) e pela Norma Operacional da Saúde do Trabalhador (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998).

Dessa forma, as ações de saúde do trabalhador foram institucionalizadas nas três esferas de gestão do SUS – federal, estadual e municipal –, seguindo diferentes modelos, organizadas a partir da compreensão da inserção diferenciada dos trabalhadores nos processos de trabalho e traduzidas em ações integradas de

\* Agradecimentos a Helenice Costa, por propiciar nossa aproximação ao processo existente de acompanhamento da Renast, e a Viviam Stuart, por sugestões e discussões fundamentais para precisão e delimitação do texto final. A Cosat, por abrir suas portas para nossa participação no processo de aperfeiçoamento das políticas de saúde do trabalhador no Brasil.

\*\* Fundação Oswaldo Cruz/Diretoria Regional de Brasília/Grupo de Pesquisa Saúde, Trabalho e Ambiente. jorge-mhm@fiocruz.br

\*\*\* Fundação Oswaldo Cruz/Diretoria Regional de Brasília/Grupo de Pesquisa Saúde, Trabalho e Ambiente. analuar@gmail.com

assistência e vigilância, com a participação dos trabalhadores, estruturadas nos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (DIAS, 1994).

Quanto ao financiamento, a tônica do período que se inicia em 1988 e se estende até 2002 é a sua descontinuidade; seu suporte principal estava no repasse de recursos das administrações estaduais e municipais, com reduzida indução federal. Tal situação provocava instabilidade institucional e os serviços de saúde do trabalhador eram criados por iniciativa dos técnicos envolvidos, apoiados por projetos acadêmicos e pelo movimento sindical, sem uma política institucional definida por parte dos gestores federais, estaduais e municipais. (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997; MINAYO-GOMEZ; LACAZ, 2005).

## **2 A REDE NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DOS TRABALHADORES**

A partir de 2002, a Coordenação da Área Técnica de Saúde do Trabalhador (Cosat), que após 2009 (Decreto 6.860/09) passou a denominar-se Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador (CGSAST) do Ministério da Saúde, priorizou a implementação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast), Portaria 1.679/02 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002), como a principal estratégia da Política Nacional de Saúde do Trabalhador para o SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). Nesse sentido, a Renast passou a representar uma síntese, ou a principal iniciativa, de âmbito nacional, do que acontece no campo da saúde do trabalhador no SUS, nos estados e nos municípios. Registra-se ainda, na formulação desse modelo, uma influência decorrente das experiências realizadas no estado de São Paulo, pelo acúmulo existente naquela região.

Com a Renast foi estabelecido fluxo relativamente estável de financiamento aos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) habilitados à rede. Deve ser ressaltado que, devido aos distintos cenários pré-existentes, a implantação da Renast se apresenta de forma heterogênea, conforme tradição, entendimentos e possibilidades regionais que definem o quê e como fazer, ou seja, apesar das diretrizes definidas na Portaria 1.679/02, não se observa um padrão comum de atividades desenvolvidas pela rede.

É importante destacar que alguns serviços de saúde do trabalhador do SUS permanecem fora do processo de habilitação da Renast, pois estão voltados a vigilâncias, serviços laboratoriais e supervisão de serviços regionais. Esses serviços compõem a Renast na organização da atenção integral em saúde do trabalhador, nas suas respectivas regiões de abrangência.

Com a Portaria 2.437/2002 da Renast, são instituídos os Cerest regionais, que passam a ser responsáveis por uma microrregião, mesmo sendo pertencentes a um município. Isso gerou potencial de conflitos e requer uma política de saúde regional intermunicipal, ou seja, é necessário estabelecer processos de regionalização de ações de saúde e fortalecimento de redes de referência intermunicipais.

Com base na experiência adquirida nos primeiros dois anos e meio de Renast, o texto da Portaria 1.679/2002 foi revisado e, em 2005, publicada a Portaria 2.437/2005 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005), que dispõe sobre a ampliação dos serviços de saúde do trabalhador e de seu fortalecimento no interior do SUS. Entre novidades e mudanças trazidas pelo novo texto estão: a) adequação e ampliação do quantitativo de Cerest para 200 até 2010; b) proposta de estrutura para a Renast, que passa a ser organizada a partir das Coordenações Estaduais de Saúde do Trabalhador, dos Cerest e da rede de serviços sentinela (Unidades de Serviços de Saúde pactuadas para notificação de agravos relacionados ao trabalho no Sinan); c) mudanças no processo de habilitação dos Cerest, cuja gestão passa a ser tanto municipal quanto estadual; d) definição mais clara dos mecanismos de controle social, dos critérios de habilitação e acompanhamento dos Cerest – o funcionamento do serviço deverá ser atestado pelo gestor estadual do SUS, observada a inscrição no Cadastro de Estabelecimentos de saúde (CNES) e realizada a alimentação do Sistema de Informações Ambulatoriais SIA/SUS.

Posteriormente, nova Portaria da Renast foi publicada, a Portaria 2.728, de 11/11/09 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009), criando a possibilidade de organização de Cerest de abrangência estadual, regional e municipal, com revisão das atribuições dos três níveis de gestão na Saúde do Trabalhador, em conformidade com o Pacto pela Saúde – Portaria 399, de 22/02/2006 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a).

Segundo essa última regulamentação, os repasses de recursos federais para as ações desenvolvidas pelos Cerest devem ser feitos mensalmente pelo Fundo Nacional de Saúde, por meio de operação fundo a fundo; ou seja, no caso dos Cerest estaduais, o recurso é encaminhado ao Fundo Estadual de Saúde, enquanto para os Cerest regionais é encaminhado aos Fundos Municipais de Saúde do município sede da região territorial onde o Cerest se encontra localizado.

Os Cerest credenciados à rede, a partir de 2005, passaram a receber financiamento federal específico, mensal, fixo, de R\$ 30 mil, para os centros regionais, e de R\$ 40 mil para os centros estaduais. Além desse, há o recurso de incentivo para a implantação do Cerest, no valor de R\$ 50 mil, que pode ser utilizado para aquisição de equipamentos e/ou organização da sua infraestrutura.

Outras três importantes Portarias, que serão listadas a seguir, do próprio Ministério da Saúde, também definem a linha de repasse de recursos federais para estados e municípios destinados às ações de saúde do trabalhador, assim como definem o controle social tanto dos recursos quanto das ações envolvidas. A Portaria 204/2007 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007) trata do financiamento e da transferência de recursos federais para ações e serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com respectivo monitoramento e controle; a Portaria 3.332/2006 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006d) dá orientações gerais relativas aos instrumen-

tos do Sistema de Planejamento do SUS e a Portaria 598/2006 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006b) define a pactuação no âmbito das Comissões Intergestores Bipartite dos processos administrativos relativos à gestão do SUS.

As restrições ao uso dos recursos estão disciplinadas na Portaria 204/2007, especialmente no artigo 6º, § 2º.<sup>1</sup> A partir de 2005, os recursos destinados às ações de saúde do trabalhador, provenientes do próprio Ministério da Saúde, estão no Bloco de Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar. Vale ressaltar que esta última Portaria já incorpora as mudanças efetivadas com a Portaria 699 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006c), que regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão, aprovados pelo Ministério da Saúde em 2006.

Nesse sentido, os recursos são repassados pelo governo federal aos estados e municípios, via Fundo Nacional de Saúde, e os empenhos por parte das secretarias estaduais e municipais se restringem aos gastos com ações de saúde do trabalhador expressos nos planos de saúde, aprovados pelos Conselhos Estaduais de Saúde, no caso dos Cerest estaduais, e pelos Conselhos Municipais de Saúde, para os Cerest regionais.

Os procedimentos realizados pelos Cerest devem ser cadastrados, informados e notificados no Sistema de Informação Ambulatorial, SIA/SUS. A não alimentação do SIA/SUS por prazo superior a 90 dias implica a suspensão do repasse de recursos. A execução financeira dos recursos repassados deve ser fiscalizada pelo Conselho de Saúde e pela Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (Cist), assim como deve ser expressa nos planos de saúde municipais, estadual e nacional.

### 3 PANORAMA DO FINANCIAMENTO DA RENAST OBSERVADO EM JULHO DE 2008

Em consideração ao dimensionamento da Renast, observa-se ampliação dos serviços voltados para a atenção em saúde do trabalhador no SUS, que se estende por todas as regiões do país, com a criação de pelo menos 106 novos Centros (tabela 1).

TABELA 1

#### Serviços de saúde do trabalhador ligados ao SUS, por regiões do Brasil – 2002 e 2008

Regiões	Estaduais 2002	Estaduais 2008	Municipais 2002	Regionais 2008	Total 2002	2002 (%)	Total 2008	2008 (%)
Sul	3	3	2	15	5	8,77	18	11,04
Sudeste	7	4	37	66	44	77,19	70	42,94
Centro-Oeste	1	4	–	7	1	1,75	11	6,75

(Continua)

1. Entre as restrições explícitas nessa Portaria está o uso de recursos para pagamento de: servidores inativos; servidores ativos, exceto aqueles contratados exclusivamente para desempenhar funções relacionadas aos serviços do respectivo bloco, previstos no próprio Plano de Saúde; gratificação de função de cargos comissionados, exceto aqueles diretamente ligados às funções relacionadas aos serviços do respectivo bloco, previstos no próprio Plano de Saúde (Portaria 204, 29 de janeiro de 2007, art. 6º, § 2º).

(Continuação)

Regiões	Estaduais 2002	Estaduais 2008	Municipais 2002	Regionais 2008	Total 2002	2002 (%)	Total 2008	2008 (%)
Norte	2	7	–	8	2	3,52	15	9,21
Nordeste	2	8	3	41	5	8,77	49	30,06
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>26</b>	<b>42</b>	<b>137</b>	<b>57</b>	<b>100</b>	<b>163</b>	<b>100</b>

Fonte: Lacaz *et al.* (2003) e Consolidado dos relatórios financeiros da Renast, julho de 2008.

Ao compararmos o número de serviços de saúde do trabalhador no ano de 2002 com o número de serviços em 2008, é possível observar considerável aumento em sua quantidade: passaram de 57 para 163 em todo o Brasil. Tal resultado pode ser, em parte, explicado pela indução do financiamento efetuado pela Renast a partir de 2003. A expansão dos serviços apoiou-se no fortalecimento das estruturas estaduais e na ampliação do processo de municipalização. Ademais, os Cerest de administração municipal passam a ter abrangência regional, na tentativa de criação de polos que ampliassem a cobertura. Observa-se, no período de 2003 a 2008, uma triplicação de Centros municipais e regionais e a extensão de cobertura para quase a totalidade dos estados. Até mesmo em Sergipe, onde não há cobertura via Secretaria de Saúde estadual, foi criado um Cerest regional na capital e uma instância de coordenação estadual ainda não habilitada como Cerest.

De 2002 a 2008 observou-se também o credenciamento de mais 44 Cerest na Região Nordeste e 26 na Região Sudeste. Foi mantida a concentração de serviços na região Sudeste, mas com outra ordem de intensidade: em 2002 essa concentração de Centros no Sudeste era de 77,19% e caiu para 42,94% em 2008.

Tal incremento no número de Cerest constituiu, por si mesmo, importante impacto ocorrido pelo potencial de difusão das ações de saúde do trabalhador no SUS, na busca do princípio da universalização. Esses dados revelam mudança na lógica de implantação dos serviços de saúde do trabalhador no SUS, um início de amadurecimento institucional no qual as ações começam a ser disseminadas segundo uma lógica de política de saúde pública.

Dessa forma, a Renast introduziu uma tendência de consolidação do número de Cerest, à medida que estabeleceu repasse de recursos financeiros de forma contínua, em contraposição ao observado em 2003, momento em que havia grande instabilidade organizacional dos serviços, pela priorização espasmódica das ações por parte dos gestores (LACAZ *et al.*, 2003). Essa expansão da rede de Cerest é derivada do novo modelo de financiamento e, sob esse ponto de vista, é positiva.

Na tabela 2 são apresentados os dados da síntese do acompanhamento realizado pela Cosat em relação aos critérios de credenciamento e financiamento dos Cerest. Abaixo observamos que, no Consolidado dos Relatórios

Financeiros da Renast, de julho de 2008, um total de 163 Cerest estavam habilitados, sendo oito deles em processo de credenciamento. Desse total, 26 eram Cerest de caráter estadual e 137 de caráter municipal/regional.

TABELA 2

**Número de Cerest estadual e regional, por regiões, e índice de concentração de Cerest, por milhão de habitantes**

Região	Número de Cerests habilitados na Renast			
	Estadual	Regional	Total	Cerest/10 <sup>6</sup> hab.
Sul	3	15	<b>18</b>	0,83
Sudeste	4	66	<b>70</b>	1,15
Centro-Oeste	4	7	<b>11</b>	1,24
Norte	7	8	<b>15</b>	1,62
Nordeste	8	41	<b>49</b>	1,19
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>137</b>	<b>163</b>	

Fonte: Consolidado dos Relatórios Financeiros da Renast, julho de 2008.

Está na região Sudeste a grande concentração de Cerest, 70 unidades, o que corresponde a 42,94% do total do país. O estado de São Paulo possui o maior número: são 42 Cerest habilitados (25% do total). Em segundo lugar no número de Cerest está a região Nordeste, com 49 centros habilitados. Já a região Norte apresenta o menor número de Cerest Regionais em relação às outras regiões do Brasil. Essa situação corresponde à concentração populacional das regiões, pois se inverte no caso da região Norte, passando a ser a região de maior proporção de Cerest por habitante. A região de menor proporção de Cerest é a Sul, que mostra situação relativamente mais homogênea para o país.

Contudo, quando se relaciona o número de Cerest por milhão de habitantes, a situação se modifica. A região Norte apresenta índice de 1,62 Cerest por milhão de habitantes, a região Sudeste, 1,15 por milhão, e a Nordeste, o índice de 1,19 por milhão, conforme tabela 2 (acima).

Na tabela 3, são apresentados os saldos do orçamento segundo os relatórios financeiros de 124 Cerest, enviados à Cosat em julho de 2008, representando número expressivo dos que prestaram conta à Cosat (76,06%). Do total, 39 Cerest não apresentaram essa informação, sendo 17 da região Sudeste e 12 da região Nordeste.

**TABELA 3**  
**Número de Cerest estadual e regional, por estado, e existência de registro de saldo nos Cerest, saldo total e saldo médio por estado – julho de 2008**  
 (Em R\$ 1,00)

Estado/ Região	Número total de Cerests	Possui registro de saldo?			Saldo total	Saldo Médio
		Sim	Não Inf.	Não Inf. (%)		
Santa Catarina	7	6	1	14,28	<b>1.068.475,12</b>	178.079,18
Rio Grande do Sul	8	7	1	12,5	<b>2.441.183,54</b>	348.740,50
Paraná	3	3	–	0	<b>1.660.964,32</b>	553.654,77
Subtotal Sul	18	16	2	11,11	<b>5.170.622,98</b>	323.163,93
Espírito Santo	3	3	–	0	<b>468.857,87</b>	156.285,95
Minas Gerais	15	10	5	33,33	<b>1.459.036,76</b>	145.903,67
Rio de Janeiro	10	1	9	90	<b>429.166,14</b>	429.166,14
São Paulo	42	39	3	7,14	<b>10.408.584,17</b>	266.886,77
Subtotal Sudeste	70	53	17	24,28	<b>12.765.645,53</b>	240.861,23
Mato Grosso	2	2	0	0	<b>145.680,77</b>	72.840,38
Goiás	5	3	2	40	<b>1.248.199,32</b>	416.066,44
Distrito Federal	1	1	–	0	<b>1.346.267,27</b>	1.346.267,27
Mato Grosso do Sul	3	3	–	0	<b>243.059,39</b>	81.019,79
Subtotal Centro-Oeste	11	9	2	18,18	<b>2.983.206,75</b>	331.467,41
Amazonas	3	2	1	33,33	<b>265.437,43</b>	132.718,71
Roraima	1	1	–	0	<b>284.607,81</b>	284.607,81
Acre	1	1	–	0	<b>813.084,79</b>	813.084,79
Amapá	1	1	–	0	<b>480.000,00</b>	480.000,00
Tocantins	3	3	–	0	<b>819.096,18</b>	273.032,06
Pará	4	–	4	100	–	–
Rondônia	2	1	1	50	<b>552.587,43</b>	552.587,43
Subtotal Norte	15	9	6	40%	<b>3.214.813,64</b>	357.201,51
Sergipe	1	1	0	0	<b>42.630,00</b>	42.630,00
Alagoas	3	2	1	33,3	<b>634.252,7</b>	317.126,35
Rio Grande do Norte	4	3	1	25	<b>371.604,79</b>	123.868,26
Piauí	2	1	1	50	<b>277.159,59</b>	277.159,59
Pernambuco	9	7	2	22,22	<b>1.346.885,69</b>	192.412,24
Ceará	8	5	3	37,5	<b>903.382,69</b>	180.676,54
Bahia	14	13	1	7,14	<b>1.866.651,9</b>	143.588,60
Paraíba	4	3	1	25	<b>599.581,2</b>	199.860,4
Maranhão	4	2	2	50	<b>424.304,25</b>	212.152,12
Subtotal Nordeste	49	37	12	24,48%	<b>6.466.452,81</b>	174.768,99
<b>Total</b>	<b>163</b>	<b>124</b>	<b>39</b>	<b>23,92%</b>	<b>30.600.741,71</b>	<b>246.780,16</b>

Fonte: Consolidado dos Relatórios Financeiros da Renast, julho de 2008.

Foi observada a dificuldade na realização do empenho dos recursos financeiros em termos gerais, o que gerou saldo médio de R\$ 246.780,17 de valores excedentes por Cerest registrados na Cosat em julho de 2008. Esse é um dado que requer avaliação mais detalhada porque, diante do montante mensal do repasse realizado a estados e municípios credenciados – R\$ 40 mil e R\$ 30 mil, respectivamente –, esse valor médio de saldo corresponde a quase oito meses de repasses, no caso dos municípios, e seis meses no caso dos estados. Esses dados sugerem que houve, além de dificuldades do próprio Cerest, represamento na execução financeira por parte dos gestores nos estados e nos municípios

Na região Norte, a média do saldo dos Cerest foi da ordem de R\$ 357.201,51, bem maior do que a média do país, de R\$. 246.780,17, em julho de 2008. Esse desempenho deveu-se, provavelmente, à concentração de Centros Estaduais, que têm financiamentos maiores, aliados à baixa tradição na realização de ações em saúde do trabalhador em alguns dos estados da região. Já a região Nordeste apresentou o menor saldo médio, que foi da ordem de R\$ 174.768,99, por Cerest, em julho de 2008.

No que diz respeito ao empenho dos recursos por estado da Federação, entre os Cerest que apresentaram os melhores fluxos orçamentários e, portanto, os menores saldos médios, estão os do estado de Sergipe (R\$ 42.630,00), de Mato Grosso (R\$ 72.840,38) e do Mato Grosso do Sul (R\$ 81.019,79), no período de referência, julho de 2008. Em Mato Grosso do Sul, todos os Cerest apresentaram o conjunto das informações e cumpriram 100% dos requisitos de habilitação da Renast: existência de Plano aprovado e registrado em ata do Conselho Municipal de Saúde, existência de Comissão Interinstitucional de Saúde do Trabalhador (Cist), equipe mínima e execução orçamentária das ações realizadas. No entanto, no Pará, nenhum dos quatro Cerest habilitados apresentou a informação sobre saldo disponível em julho de 2008 à Cosat.

Em sete estados, num total de 11 Cerest, o saldo médio foi acima de R\$ 400 mil em julho de 2008: Distrito Federal e Acre, com saldos superiores a R\$ 800 mil, Paraná, Rondônia, Amapá, Rio de Janeiro e Goiás. O Distrito Federal, que possui apenas um Cerest, tem o maior saldo e, portanto, a maior dificuldade de estabelecimento de fluxo orçamentário. Isso porque esse valor de saldo corresponderia a cerca de 45 meses (aproximadamente quatro anos) de repasses financeiros da Renast, sem execução e sem que a instância federal de acompanhamento executasse qualquer medida de controle. Em Goiás, o Cerest Regional de Goiânia possuía saldo de R\$ 1.106.952,73 em julho de 2008, muito superior aos outros Cerest desse estado. Assim, os dois maiores saldos estão na região Centro-Oeste, próximos à capital do país, o que sugere que o melhor ou o pior desempenho não está relacionado à proximidade do gestor federal, e sim à possibilidade de ocorrer interação de apoio técnico para viabilizar a execução



financeira, entre estado e municípios, com a Cosat. Não houve por parte do Ministério da Saúde, nesse período até 2008, nenhuma ação estruturada para reversão dessas situações; apenas houve descontinuidade dos empenhos, sem atingir diretamente as regiões com mais dificuldades.

Nos estados do Acre, Rondônia, Amapá e Rio de Janeiro, os saldos apresentados correspondem aos resultados obtidos a partir de apenas uma unidade. No estado do Rio de Janeiro, cuja média de saldo é superior a R\$ 400 mil, conforme tabela 3 (acima), entre os dez Cerest existentes, apenas um apresentou o balanço de execução dos repasses. Além disso, cinco deles não enviaram o atestado de funcionamento à Cosat e três não enviaram qualquer informação. Esse fato sinaliza grave problema no fluxo de informações, provavelmente localizado no âmbito do estado, que em 2007 concentrou suas forças no debate do controle social, provocado pelo conflito entre o Conselho Estadual de Saúde e o Conselho Estadual de Saúde do Trabalhador (Consest/RJ). Devido à premissa determinada pelo primeiro desses conselhos em estabelecer relação orgânica e hierárquica em relação ao segundo. Outros 114 Cerest, conforme dados da tabela 3, possuíam saldos médios, em julho de 2008, entre R\$ 100 mil e R\$ 400 mil, o que demonstra dificuldade generalizada para a execução financeira. Esses números mostram baixo empenho na execução dos repasses da Renast, inclusive para estruturas antigas que desempenhavam ações de saúde do trabalhador antes mesmo da sua implantação em 2002. Para essas estruturas mais antigas e para os centros estaduais e regionais, a dificuldade de ser estabelecidos fluxos contínuos de recursos é ainda mais evidente, pois os volumes de recursos recebidos foram relativamente de maior vulto.

Há uma difusão de Cerest com dificuldades de execução orçamentário-financeira em todas as regiões. Mesmo no Nordeste, que apresenta coletivamente melhor desempenho, existem dois Cerest no grupo com maiores dificuldades de execução orçamentária. A concentração dos saldos nessas instituições demonstra que os problemas na utilização dos repasses não é só um componente sistêmico, pois também está relacionado à interação dos Cerest com o Ministério da Saúde e à motivação regional de realização das ações em saúde do trabalhador, que muitas vezes passam por períodos de retração.

Na região Sudeste, o estado de São Paulo, que abrange o maior número de Cerest, possui também o maior saldo: R\$ 10.408.584,17 (ver tabela 3), o que corresponde a quase 1/3 do saldo total dos Estados da Federação, ainda que o saldo médio do estado esteja somente 5% acima do saldo médio nacional. O caso do município de São Paulo é emblemático, nesse vai e vem de possibilidades, pois o formato de Centro de Referência em Saúde do Trabalhador tem início nesse município em 1990 e representa marco histórico na discussão do modelo de saúde do trabalhador. Os cinco Cerest do município de São Paulo (Sé, Freguesia do

Ó, Santo Amaro, Mooca e Lapa) possuem juntos saldo total de R\$ 2.648.070,91 e saldo médio de R\$ 529.614,18. Dada a antiguidade desses Cerest (a maioria deles foi criada no início da década de 90) e a experiência adquirida ao longo dos anos, antes da Renast, outros fatores podem estar relacionados à dificuldade de execução orçamentária.

Contraditoriamente, o mesmo município, em outro período, apresentava investimentos significativos com recursos próprios, o que reforça a tese de que a capacidade de execução dos recursos sofre influências periódicas de cunho político-administrativo relacionado aos gestores. Portanto, a maior preocupação do estado de São Paulo, no que diz respeito à execução orçamentária em saúde do trabalhador, recai sobre a própria sede de sua capital.

Paralelamente, os gestores municipais vêm fazendo algumas reflexões sobre o impacto da Renast, conforme a justificativa apresentada no texto de convocação de evento do Conselho dos Secretários Municipais de Saúde de São Paulo, Consems/SP, realizado em março de 2008:

[...] no estado de São Paulo, são 42 Cerests municipais habilitados na RENAST e essa 'realidade' parece não ter alterado significativamente a 'realidade' de ações desenvolvidas no SUS. Muitos municípios habilitados implantaram o serviço a partir da habilitação, mas têm dificuldades de formação das equipes e no desempenho de seu papel. É sabido que não existem muitos profissionais com formação ou experiência específica nesta área, o que dificulta a realização das ações, além de questões políticas locais e desconhecimento dos próprios secretários de saúde. (Consems/SP, 2008)

Essa afirmação aponta para dificuldades não só na aplicação de recursos, mas relacionadas à própria natureza e ao impacto das ações de saúde do trabalhador, que necessitam de postura política dos profissionais e gestores envolvidos, diante dos conflitos de interesses entre trabalhadores e empregadores inerentes ao contexto do campo da Saúde do Trabalhador.

Do mesmo modo, no Encontro Estadual da Renast (São Paulo, março de 2008), os gestores nacionais debateram a execução orçamentária dos Cerest, ressaltando que as dificuldades estão relacionadas à tentativa de empenho dos recursos em atividades não planejadas previamente ou mesmo em reformas de construção civil, que estão fora do escopo do que é permitido nas Portarias Ministeriais. Nesse sentido, os gestores nacionais sinalizaram que nos estados e municípios sede dos Cerest existem tentativas de redirecionar a verba de saúde do trabalhador para outras necessidades das Secretarias de Saúde. Diante do impasse, a política adotada no período 2007-2008 pela Cosat foi a retração dos repasses, sem análise das dificuldades de empenho dos recursos e sem adequada indução aos propósitos da Renast. Essa retração e a liberação de empenhos foi revertida a partir de 2009, acompanhada de forte empenho para fortalecer a descentralização do acompa-

nhamento, com incentivo a maior protagonismo dos estados e maior presença sistemática da CGSAST, gerando fortalecimento dos processos de gestão dos Cerest.

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nos resultados apresentados podemos apontar, sinteticamente, algumas questões referentes ao processo da implantação das ações em saúde do trabalhador no SUS, a partir do financiamento dos Cerest.

1. Há um processo em curso de introdução de ações institucionais induzidas principalmente por aportes financeiros sistemáticos, que exige tempo de maturação. O aumento do número de Cerest em cinco anos (2002 a 2008) é bastante significativo, quase da ordem de 3 vezes. Há a duplicação dos Cerest estaduais que passam a abranger praticamente todas as unidades federadas, sendo a única exceção o estado de Sergipe, em que a própria Coordenação Estadual de Saúde do Trabalhador optou por não habilitar nenhum Cerest estadual em consonância com a estratégia geral da Secretaria de Estado de Saúde de Sergipe que englobou toda a Vigilância em Saúde, a Atenção Primária em Saúde e a Média e Alta Complexidade. A expansão dos Cerest regionais é ainda mais significativa e importante nas regiões Nordeste, Norte e Centro-Oeste, e as ações de saúde do trabalhador passam a ter abrangência nacional. O positivo dessa indução é que a simples presença de um Cerest impõe o debate da agenda da saúde do trabalhador para o município ou o estado. Isso porque, para que o recurso do Cerest seja repassado, é necessário planejar as ações em Saúde do Trabalhador, pautar esse plano no Conselho de Saúde, organizar uma equipe mínima de trabalho e uma Cist. Dessa forma, o cumprimento desses critérios de credenciamento, por si mesmo, já inicia a discussão da importância do trabalho como determinante da saúde.
2. A meta estabelecida pela Portaria 2.437/2005 para ampliação do número de Cerest até final de 2010 era da ordem de 200 serviços, em todo Brasil. Até a data prevista observou-se a habilitação de 190 unidades, correspondendo a 95% de cumprimento do objetivo estabelecido em 2005. Entre os critérios definidos para a ampliação da rede destaca-se a capacidade de serviços de saúde instalada no município e na região da implantação. No entanto, o número ideal de Cerest, as situações de risco e o perfil epidemiológico da população de trabalhadores adstrita e da sua área de abrangência ainda estão por ser definidos.
3. Foi evidenciada, pelo levantamento realizado na Cosat, a presença de grande parte dos recursos financeiros federais transferidos aos Cerest, pelo Ministério da Saúde, sem aplicação nas Secretarias Estaduais e

Municipais de Saúde, o que demonstra sistemática dificuldade na utilização desses recursos. Essa tendência geral é acentuada por dificuldades diversas, de ordem local e nacional.

A orientação adotada no período 2007-2008 pela Cosat, como forma de indução ao melhor desempenho orçamentário, parece ter sido da retração dos repasses de recursos, ao invés de viabilizar maior assistência a estados e municípios para superar os entraves na execução orçamentária. A hipótese geral que está na raiz do acúmulo de recursos financeiros não aplicados por estados e municípios é a dificuldade de priorização e inserção de ações de saúde do trabalhador nos planos de saúde municipais e estaduais.

Nesse cenário, gestores de municípios e estados passam a pressionar a liberação dos recursos originalmente destinados aos Cerest para ser gastos em outros fins, a partir da evidência da incapacidade da Rede em propor estratégia alternativa para execução dos recursos segundo os mecanismos de gestão instituídos. A retração de repasses financeiros por parte do Ministério da Saúde, citada anteriormente, resultou em instabilidade de fluxo de repasse, posteriormente recomposta. Entretanto, deve ser ressaltado que há ainda a necessidade de acompanhamento sistemático, por parte da CGSAST, dos problemas identificados na execução financeira dos Cerest, para que sejam criados mecanismos de superação dos entraves, antes mesmo da retração dos recursos. O envolvimento dos estados no processo de acompanhamento regional e sua presença sistemática, com discussões de conteúdo das atividades dos Cerest, bem como a utilização de encontros estaduais e macrorregionais da Renast, que podem ser espaços estratégicos para a interação e a discussão dos problemas de gestão apontados pode representar um caminho a ser fortalecido.

Os princípios gerais da atenção integral, a interação entre ações de assistência, vigilância e promoção à saúde permanecem como pano de fundo, mas não são operacionalizados como critérios de habilitação e repasse de recursos da Renast. A indução dessa política, com uma carga de conceitos e pressupostos a instâncias com pouca ou mesmo sem tradição na execução das ações de saúde do trabalhador, traz a necessidade de ajustes, que deveriam estar pactuados e submetidos a processo de acompanhamento contínuo e participativo. Quanto à indução de ações efetivas e estruturantes em relação à saúde dos trabalhadores, o modelo de institucionalização da saúde do trabalhador no SUS pela Renast fundamentado em indução financeira nos parece frágil, necessitando de maior interação e mais discussões, tanto de conteúdo como de processo, para além da formulação genérica da construção da atenção integral à saúde dos trabalhadores.

4. A capacitação das equipes para realização de sua missão, aprofundando processos de formação de recursos humanos para operação dos Cerest,

o que é explicitado na Portaria 2.437/2005 da Renast, ainda carece de um processo institucional de apoio e revisão centrada nos conteúdos da referida Portaria.

5. A definição da Renast como rede de atenção integral à saúde dos trabalhadores traz em si um conflito. Isso porque a Renast é, ao mesmo tempo, instância de alocação de recursos federais para estados e municípios, de consolidação das informações e de difusão dos fluxos de referência e contrarreferência nos distintos níveis de atenção. Essa tripla função acarreta a priorização de uma ou de outra atividade e a existência de uma indefinição na sua já combatida relação intrassetorial, que é apontada como dificuldade, antes mesmo da implantação da própria Renast.
6. Em síntese, podemos dizer que o financiamento da Renast propiciou maior difusão dos Cerest e, conseqüentemente, das ações de saúde do trabalhador no SUS. Nesse momento, para o amadurecimento institucional dos Cerests e da própria Renast, torna-se 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 implantada. A adequação e a difusão das informações para a reflexão sobre as ações de saúde dos trabalhadores no SUS é um elemento estruturante no processo de integração da Renast, nos moldes de uma autêntica Rede.

## REFERÊNCIAS

CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DE SÃO PAULO (Consems). **Convite do XXII Congresso de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo**. Fevereiro de 2008. Material não publicado.

DIAS, E. C. **Atenção à saúde dos trabalhadores no setor saúde (SUS), no Brasil: realidade, fantasia ou utopia?** Tese [Doutorado]. Campinas: Departamento de Medicina Preventiva e Social, Universidade Estadual de Campinas, 1994.

LACAZ, F. A.; MACHADO, J. M. H.; PORTO, M. F. S. Estudo da Situação e Tendências da Vigilância em Saúde do Trabalhador no Brasil. **Relatório final convênio Abrasco-OPAS**, 2003. Material não publicado.

MINAYO-GOMEZ, C. E.; LACAZ, F. A. C. Saúde do Trabalhador: novas-velhas questões. **Ciência e Saúde Coletiva**. 2005; 10 (4): 797-807, Rio de Janeiro..

MINAYO-GOMEZ, C. E.; THEDIM-COSTA, S. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. **Cadernos de Saúde Pública**. 1997; 13 Suppl 2: 21-32.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Lei 8.080. Dispõe sobre a Lei Orgânica da Saúde. **Diário Oficial da União**. 19 set. 1990.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria 3.908. Aprova a Norma Operacional de Saúde do Trabalhador no SUS. **Diário Oficial da União**. 10 nov. 1998.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria 1.679. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde dos trabalhadores. **Diário Oficial da União**. 19 set 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Saúde do Trabalhador para o SUS**. Brasília, 2004. (mimeo).

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria 2.437. Dispõe sobre a ampliação da Renast. **Diário Oficial da União**. 7 dez. 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria 399. Regulamenta as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde. **Diário Oficial da União**. 22 fev. 2006a.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria 598. Define que os processos administrativos relativos à gestão do SUS sejam definidos e pactuados no âmbito das Comissões Inter gestores Bipartite. **Diário Oficial da União**. 23 mar. 2006b.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria 699/GM. Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão. **Diário Oficial da União**. 30 mar. 2006c.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria 3.332. Aprova orientações gerais relativas aos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS. **Diário Oficial da União**. 28 dez. 2006d.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria 204. Dispõe sobre o financiamento e a transferência de recursos federais para as ações e serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com respectivo monitoramento e controle. **Diário Oficial da União**. 29 jan. 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria 2.728. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast) e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. 11 nov. 2009.

RIBEIRO, H. P. Lesões por Esforços Repetitivos (LER): uma doença emblemática. **Cadernos de Saúde Pública**. 1997; 13 Suppl 2: 85-93.