



Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast): uma rede que não enreda¹

Luís Henrique da Costa Leão

Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos

Introdução

A proposta de uma rede de saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS) surgiu em decorrência de uma revisão crítica sobre a inserção e a dinâmica dos centros de referência e programas de saúde do trabalhador, constituídos nas décadas de 1980-1990. Sem estabelecerem vínculos mais sólidos com as estruturas orgânicas de saúde, mantendo-se isolados e marginalizados, alguns desses centros foram

1. Este texto foi publicado com pequenas modificações em Leão e Vasconcellos (2011).

criados e desapareceram no decorrer das duas décadas sem consolidarem a área de saúde do trabalhador no campo da saúde.

Além disso, esses centros não dispunham de qualquer mecanismo mais efetivo de comunicação e relação entre si. Embora sua existência fosse considerada estratégica para a consolidação da área de saúde do trabalhador no SUS, observava-se um esgotamento de sua capacidade de contribuir para novos avanços. Assim,

se por um lado, a estratégia adotada de nuclear as ações de Saúde do Trabalhador em Centros de Referências permitiu avanços setoriais, acúmulo de experiências e conhecimentos técnicos, capacitação dos profissionais, facilitando, ainda que de modo fragmentado, a luta dos trabalhadores por melhores condições de vida e de trabalho, por outro, tem contribuído para manter a área à margem das políticas de saúde do SUS, na medida em que estes centros têm “ficado de fora” do sistema como um todo. (Hoefel, Dias e Silva, 2005, p. 63.)

A marginalidade institucional e a falta de recursos, inclusive pela ausência de financiamento das ações, provocaram um debate, entre 1999 e 2002, na coordenação nacional de saúde do trabalhador no sentido de rever a estrutura da área como um todo:

[...] tornou-se urgente e necessário, para a própria sobrevivência da área, o desenvolvimento de novas estratégias visando romper com este “gueto” e mergulhar profundamente nas políticas de saúde do SUS. Para tanto, deve-se garantir a inserção de suas práticas, tanto assistenciais como as de vigilância, em todos os níveis do modelo técnico-assistencial adotado pelo SUS. (Hoefel, Dias e Silva, 2005, p. 63.)

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

Em decorrência do debate que se deu no âmbito do Ministério da Saúde naquele período, em 2002 foi criada a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast), pela Portaria GM/MS 1.679, de 19 de setembro de 2002.

Na sequência de sua institucionalização, uma série de problemas foi exibida pela Renast, cuja finalidade era criar uma rede, como o próprio nome preconiza, articulando os antigos centros de referência e programas de saúde do trabalhador, conferindo organicidade às ações e aos serviços existentes no país e buscando dar visibilidade à área na estrutura do SUS. Em decorrência de dificuldades, em 2005, a Renast foi revista e ampliada, por meio da Portaria GM/MS 2.437, de 7 de dezembro de 2005, e reeditada pela Portaria GM/MS 2.728, de 11 de novembro de 2009.

Decorridos alguns anos de experiência, a saúde do trabalhador no SUS continua enfrentando antigos problemas, inclusive alguns dos que motivaram a formulação da Renast.

Neste capítulo, a partir de uma breve discussão sobre o conceito de rede aplicada ao campo da saúde, procuramos resgatar a história da Renast e debater sua organização e dinâmica de ação, destacando as dificuldades de sua estruturação em rede.

Algumas palavras sobre o conceito de rede

A palavra “rede” tornou-se familiar, recentemente, em vários contextos, sobretudo, na organização de serviços públicos de saúde. Contudo, na familiaridade da palavra podem se esconder a polissemia e a complexidade do conceito, utilizado de forma indistinta em diversos campos. Nohria (1998, p. 289) considera que “esta proliferação indiscriminada do conceito de rede ameaça relegá-lo ao *status* de uma metáfora evocativa, aplicada tão espontaneamente que acaba significando qualquer coisa”. Daí, a importância de transformar a familiaridade em estranhamento para favorecer a compreensão do

conceito. Então, o que é uma rede? O que significa? Qual sua origem e conceituação?

Na linguagem popular, “rede” evoca imagens como instrumento de pesca, objeto esportivo, local de descanso, equipamento de segurança. Mais recentemente, ganhou *status* diferenciado no vocabulário da academia, em textos e documentos de organizações privadas, de movimentos sociais e, de modo relevante, como expressão na configuração de políticas públicas. Sua utilização, embora diversa, imprime a ideia de vínculos, contatos, ligações, entrelaçamentos, acordos, conexões, agenciamentos, colaborações, articulações de pessoas e instituições. Dessa forma, empresas, instituições e serviços públicos têm se organizado em torno de novas configurações de serviços em redes. Surgem também agrupamentos de movimentos sociais convergindo em redes em prol de temas como justiça, meio ambiente, saúde, direitos humanos.

O conceito moderno de rede foi incorporado ao senso comum, acompanhando a nova ordem econômica global e a configuração do mundo contemporâneo. Sobre essa ideia, Ferreira (2004, p. 29) assim se expressa:

Conquanto as noções mais típicas do neoliberalismo – mercado, concorrência, privatização, individualismo, competitividade, eficácia, eficiência, etc. – se mantenham e continuem até a assumir um lugar preponderante nos dias de hoje, a nova lógica reticular ou conexonista tem vindo a incorporar outras noções, como as de rede, pacto, parceria, contrato, solidariedade, inclusão, coesão social, entre outras, em torno de um ideal de colaboração, diálogo e consenso.

A noção de rede remonta ao século XII, quando passou a ser usada por médicos para designar o aparelho sanguíneo e as fibras do corpo humano (Musso, 2004). No século XVII, William Harvey, em seus clássicos estudos sobre a circulação sanguínea, consolida a ideia de rede numa perspectiva sistêmica. Mas foi o químico francês Antoine-Laurent de Lavoisier, na passagem do século XVIII para

o século XIX, o responsável por criar “instrumentos teóricos que estão na origem do conceito científico de redes”, pois com a química “aparece a verdadeira ciência da ligação e da comunicação das substâncias” (Santos, 2006, p. 176).

Claude Henri de Saint-Simon, um dos pensadores precursores da sociologia nos séculos XVIII-XIX, com sua “fisiologia social”, preconizou um conceito de rede como sistemas de fluxos, distinguindo corpo bruto e corpo organizado. O próprio organismo humano, segundo ele, pode ser definido como uma rede de circulação (vasos, artérias etc.). A ênfase de seus estudos era assegurar a passagem do sistema feudal ao sistema industrial. Essa passagem do que chamava “dominação” à associação só poderia ser assegurada com o desenvolvimento das redes de comunicação entre os membros (D’Avila Neto, 2003).

Outro marco importante é o surgimento, na primeira metade do século XX, do pensamento sistêmico, que além de representar uma revolução na história do pensamento científico ocidental contribuiu para o desenvolvimento da noção de rede, designando-a como a lógica de organização da vida (Capra, 1998). Emerge daí o pensamento sistêmico na biologia, na psicologia da *Gestalt* e na ecologia, sendo que os pioneiros foram os biólogos, ao conceberem os organismos vivos como totalidades integradas. Como característica fundamental, o pensamento sistêmico é holístico e integrador, opondo-se frontalmente ao pensamento mecanicista, reducionista, atomizado e fragmentário. Entre essas matrizes de pensamento há tensão entre as partes e o todo. O mecanicismo privilegia as partes, enquanto o sistêmico, o todo, pois o todo é mais do que a soma das partes. Para demonstrar a prevalência do todo sobre as partes, Capra (1998) exemplifica dizendo que o sabor do açúcar não está presente nos átomos de carbono, de hidrogênio e de oxigênio, que o constituem:

De acordo com a visão sistêmica, as propriedades essenciais de um organismo, ou sistema vivo, são propriedades do todo, que nenhuma das partes possui. Elas surgem das interações e das relações entre as partes. Essas propriedades são destruídas quando o sistema é dissecado, física ou teoricamente, em elementos isolados. Embora possamos discernir partes individuais em qualquer sistema, essas partes não são isoladas, e a natureza do todo é sempre diferente da mera soma de suas partes. (Capra, 1998, p. 39.)

Podemos inferir que as características-chave do pensamento sistêmico são a mudança das partes para o todo, os seus níveis de complexidade e a percepção da vida como rede de relações.

Desde a década de 1920, quando os ecologistas começaram a estudar teias alimentares, o padrão de rede foi reconhecido como o único padrão de organização comum a todos os sistemas vivos (Ayres, 2001). De acordo com Capra, a rede é o padrão da vida:

Onde quer que encontremos sistemas vivos – organismos, partes de organismos ou comunidades de organismos – podemos observar que seus componentes estão arranjados à maneira de rede. Sempre que olhamos para a vida, olhamos para redes. (Capra, 1998, p. 67.)

Alexander Bogdanov, pesquisador russo, desenvolveu uma teoria sistêmica conhecida como tectologia, a “ciência das estruturas”, cujo principal objetivo era esclarecer e generalizar os princípios de organização de todas as estruturas vivas e não vivas. A tectologia pode ser considerada a precursora da teoria geral dos sistemas, desenvolvida por Ludwig von Bertalanffy. Na década de 1940, o pensamento sistêmico emerge como um movimento científico, considerando-o como arcabouço conceitual geral para unificar várias disciplinas científicas isoladas e fragmentadas (Capra, 1998).

A teoria geral dos sistemas passou a ser aplicada às teorias de administração durante os anos 1960, com uma crescente difusão dos estudos organizacionais que enfocam as formas, vantagens e configurações de organizações em rede, intra e interorganizacionais.

Balestrin e Vargas (2004) reportam-se ao levantamento efetuado por Oliver e Ebers, no período de 1980 a 1996, que constatou uma expressiva participação de artigos que tratavam explicitamente sobre o tema redes interorganizacionais em algumas das principais publicações sobre administração. A temática das redes é aplicada, nesse campo, a diversas formas de relação entre firmas, como alianças estratégicas, terceirização, subcontratação, consórcios e cooperação entre pequenas e médias empresas, entre outras.

A noção de rede, de maneira geral, vem sendo idealizada como um formato organizacional democrático e participativo, segundo o qual as relações interinstitucionais caracterizam-se pela não centralidade, não hierarquização do poder, tendentes à horizontalidade, complementaridade e abertas ao pluralismo de ideias (Tureta, Reis e Ávila, 2005). Trata-se de um arranjo organizacional formado por um grupo de atores que se articula para realizar objetivos complexos, inalcançáveis de forma isolada. Nesse sentido, os princípios fundamentais da aplicação dos conceitos de rede são a interação, o relacionamento, a ajuda mútua, o compartilhamento, a integração e a complementaridade (Migueletto, 2001).

Os fundamentos epistemológicos do conceito de rede também foram apresentados por Michel Serres, nos anos 1960, com a busca de uma ontologia de rede voltada para uma revisão da modernidade, fundada no pensamento de Descartes. Para Serres, um diagrama de rede é constituído por uma pluralidade de pontos interligados entre si por uma pluralidade de ramificações ou caminhos. Um ponto está na interseção de vários caminhos, do mesmo modo que um caminho se relaciona com muitos pontos. Serres apresenta a noção de rede para fundamentar sua filosofia da ciência, na qual cada ciência aparece como um subconjunto em uma rede e, como tal, é agitada por práticas de interferências, cruzamentos com outros conjuntos, interseções, mestiçagens (Moraes, 2000).

Bruno Latour, por sua vez, desenvolve a teoria do ator-rede, na qual a noção de rede refere-se a fluxos, circulações, alianças, movimentos, em que os atores envolvidos interferem e sofrem interferências constantes. Ela é composta de séries heterogêneas de elementos, animados e inanimados, conectados e agenciados (Freire, 2006). Tanto para Serres como para Latour, o conceito de rede é o fio condutor de uma filosofia da ciência, uma vez que a prática científica é díspar e heterogênea.

No âmbito das ciências sociais, existem autores que tratam da temática “redes sociais”, mas a ideia de redes sociais nasce mesmo na antropologia social, e a primeira aproximação pode ser atribuída a Lévi-Strauss, em sua análise etnográfica das estruturas de parentesco. Assim, o conceito de rede tem a ver com a concepção de algo que é construído nas relações do cotidiano, como redes de vizinhança, de parentesco, de amizade. Ressaltam-se, nesse campo, os estudos das redes primárias, para indicar formas específicas de interação entre os indivíduos de determinados agrupamentos (Acioli, 2007).

No final dos anos 1990, emergem outros estudos denominados “nova ciência das redes” (*network analysis*), tornando crescente o conceito de rede social na teoria sociológica. Com base nos estudos conhecidos como *Small World Studies*, do psicólogo americano Stanley Milgran, pensadores pesquisam os padrões e regularidades na arquitetura de diferentes tipos de redes sociais. O sociólogo australiano Duncan J. Watts, por exemplo, possui boa produção bibliográfica sobre a temática,² trazendo uma discussão teórica em torno da compreensão da sociedade contemporânea como uma “rede social complexa” (Portugal, 2007).

2. *Collective dynamics of ‘small-world’ networks* (1998), *The new science of networks* (2004) e *Six degrees: the science of the connected age* (2003), para citar alguns exemplos.

Todavia, é através dos estudos do sociólogo espanhol Manuel Castells que a noção de rede ganha relevo. No primeiro volume de sua obra *A era da informação: economia, sociedade e cultura – A sociedade das redes* –, o autor analisa a nova tendência do capitalismo, agora global, incrementado pelas novas tecnologias da informação e comunicação. Sua preocupação é caracterizar a dinâmica da sociedade na era da informação, pois a revolução da tecnologia e da informação vem possibilitando um arranjo em forma de rede em escala global. Como consequência, as redes constituem a nova morfologia social da contemporaneidade. Essa nova estrutura social questiona a “era industrial”, desenvolvida até então, pois o capital se torna global e se estrutura em torno de uma rede de fluxos financeiros. Em suas palavras: “o poder dos fluxos é mais importante que os fluxos do poder” (Castells, 2000, p. 487).

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

Outro aspecto é a formação dos sujeitos componentes da rede, a ponto de se tornarem elos de ligação da rede:

A formação de facilitadores, capazes de constituírem nós das redes, dando sustentabilidade ao tecido que constitui a sua totalidade orgânica, é um desafio urgente. Só assim poderemos realizar a desconcentração do poder, a insubordinação, a multi-liderança, a conectividade

e o fluxo permanente de informação, a participação e a cooperação, aspectos fundamentais das estruturas em rede. (Amaral, 2002, p. 2.)

Após essa breve discussão sobre a origem e a conceituação da palavra “rede”, percebe-se que o conceito de rede, por atravessar vários campos do saber, implica uma multiplicidade de conceitos díspares, heterogêneos, mas ligados uns aos outros por construtos comuns, tais como integração, nós, pontos, linhas, vínculos, conexão etc. Contudo, o que se observa é que, independentemente do conceito de rede que se adote, verificam-se algumas tendências, como, por exemplo, a consolidação da cultura de cooperação (Maia *et al.*, 2004).

Será essa a tendência conceitual presente na configuração da rede pública de saúde no Brasil, de modo a influenciar a própria criação da Renast?

Ao escrever sobre a noção de rede no processo de reforma sanitária e psiquiátrica do Brasil, Zambenedetti e Silva (2008) apontam a importância da 3ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1963, na qual foram debatidos os problemas de concentração política, administrativa e geográfica dos dispositivos assistenciais, que fizeram surgir a proposta de criação de uma rede básica de serviços médico-sanitários, cuja possibilidade de realização foi interrompida com o golpe militar de 1964:

Em várias passagens dessa Conferência menciona-se a palavra “rede” – rede hospitalar nacional, rede de ambulatórios, rede nosocomial, rede básica –, designando meramente um conjunto de serviços com características comuns. A idéia de rede está fortemente vinculada à melhor distribuição dos serviços de saúde, à constituição e ramificação desses serviços pelo território nacional. (Zambenedetti e Silva, 2008, p. 136.)

Em 1977, nas discussões da 6ª Conferência Nacional de Saúde, na qual se falava em expansão da assistência à saúde, a ideia da articulação entre os órgãos que executam ações de saúde ganha relevo:

É nesse contexto que se evidencia a rede não apenas como um mero conjunto de serviços de características semelhantes e bem distribuídos

especialmente, mas como um conjunto de serviços complementares uns aos outros, que devem conformar um sistema, exigindo ordenação, normatização, racionalização. A rede confunde-se com a própria idéia de “sistema” ou de “estrutura” e expressa tanto o caráter de “fazer circular” quanto o de “controlar” a partir da articulação dos diferentes serviços situados nos estratos do sistema. Não se trata apenas de *ter* uma rede, mas de funcionar *em* rede, de modo articulado, tendo em vista um viés topológico-espacial. (Zambenedetti e Silva, 2008, p. 138.)

É, no entanto, nas 7ª e 8ª Conferências Nacionais de Saúde, em 1980 e 1986, que ganha corpo a noção de rede regionalizada e hierarquizada, ou seja, organizada em torno de um território espacial e em níveis de complexidade. É essa a ideia presente na construção do Sistema Único de Saúde, referendado na Constituição Federal de 1988, conforme o seu artigo 198:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III – participação da comunidade. (Brasil, 1988.)

O SUS é, na verdade, uma grande rede de saúde do Brasil, elaborada em contraposição ao modelo de assistência à saúde verticalizado, fragmentado e centralizado, que caracterizou a atuação do governo, nesse campo, por longos anos. Portanto, ao longo da década de 1990,

foi possível iniciar um processo de construção de estrutura alternativa à lógica hierarquizada, marcada por decisões centralizadas, típicas do “modelo INPS”. A arma mais eficiente para enfrentar a extrema verticalização de estruturas decisórias é sempre a idéia de rede que privilegia interações organizacionais. (Trevisan, 2007, p. 249.)

A seguir veremos como no fim dos anos 1990 surge a Renast, cujo papel era unir e criar interações dos serviços de saúde do trabalhador no Brasil.

A construção da Renast

No decorrer da década de 1990, várias iniciativas foram tomadas no sentido de consolidar a área de saúde do trabalhador no SUS. Podem ser destacadas: a realização da 2ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, em 1994; a elaboração da Norma Operacional de Saúde do Trabalhador (NOST – Portaria 3.908/1998); e a publicação da Portaria 3.120/1998, que instituiu a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador, e da Portaria 1.339/1999, que instituiu a Listagem de Doenças Relacionadas ao Trabalho. Ao final da década, integrantes da área técnica (Cosat – Coordenação de Saúde do Trabalhador), abrigada na Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde, formularam uma proposta para a constituição de uma rede nacional de saúde do trabalhador (Renast).

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

Preconizava-se também o desenvolvimento de pesquisas multicêntricas concentradas em torno de eixos comuns e articulados, de modo a evitar que se constituíssem em experiências isoladas,

pontuais e repetitivas. Era uma tentativa de integração entre projetos estratégicos de saúde do trabalhador que se vinham desenvolvendo em pesquisas dispersas pelo país, cuja mesma fonte de financiamento não impedia a duplicação dos instrumentos e meios, sem qualquer controle. Uma vez configurada a rede, a Cosat, enquanto coordenação técnica nacional, poderia fortalecer cada um dos projetos, em particular, e o seu conjunto, na medida em que impedisse sua duplicação, otimizando a utilização de recursos financeiros e o intercâmbio técnico-científico (Brasil, 2002a).

No entanto, a proposta original da Renast não se efetivou devido a dificuldades de articulação na própria estrutura ministerial. Até 2002 existiam duas secretarias no Ministério da Saúde: a Secretaria de Políticas de Saúde (SPS), na qual situava-se a Cosat, e a Secretaria de Assistência à Saúde (SAS), que abrigava desde 1999 uma assessoria de saúde ocupacional. A fragmentação institucional no Ministério da Saúde refletia o próprio campo da saúde do trabalhador, cuja dificuldade em estabelecer articulações e conexões havia suscitado o propósito de constituição da rede (Vasconcellos, 2007).

Sem que fossem superadas as dificuldades de articulação interna, em 2002, e sob críticas de diversos setores – Cosat, Conass, CUT, entre outros –, por intermédio da Portaria 1.679/2002, foi instituída a Renast (Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador), baseada na versão elaborada pela SAS. As críticas recaíam, principalmente, sobre o processo de elaboração, em que ficou patente a desarticulação das áreas de política e de assistência do Ministério da Saúde e as divergências entre elas sobre o modelo da rede. Os técnicos da Cosat discordavam da tônica assistencialista da Renast (Vasconcellos, 2007).

Assim instituída, a Renast, textualmente, tinha o propósito de articular ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde dos trabalhadores urbanos e rurais independentemente do vínculo

empregatício e do tipo de inserção no mercado de trabalho, de forma regionalizada e hierarquizada. A rede se desenvolveria de maneira articulada entre as esferas de governo (Ministério da Saúde e secretarias de saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios), e a organização de ações de saúde do trabalhador se articularia em três contextos: rede de atenção básica e no programa Saúde da Família, rede de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (nos moldes de centros estaduais e regionais) e ações na rede assistencial de média e alta complexidade (Brasil, 2002).

A Renast adotou a nomenclatura de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest), já existente em algumas localidades, conferindo-lhes novas atribuições:

Os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador devem ser compreendidos como pólos irradiadores, no âmbito de um determinado território, da cultura especializada subentendida na relação processo de trabalho/processo saúde/doença, assumindo a função de suporte técnico e científico, deste campo do conhecimento. Suas atividades só fazem sentido se articuladas aos demais serviços da rede do SUS, orientando-os e fornecendo retaguarda nas suas práticas, de forma que os agravos à saúde relacionados ao trabalho possam ser atendidos em todos os níveis de atenção do SUS, de forma integral e hierarquizada. Em nenhuma hipótese, os CRST poderão assumir atividades que o caracterizem como porta de entrada do sistema de atenção. (Brasil, 2002.)

A Portaria 1.679, de 19 de setembro de 2002, possibilitou, em todo o país, a habilitação de centros de referência. Especialmente por meio de incentivos financeiros, rubricados na alta complexidade do Ministério da Saúde, grande parte dos centros já existentes e outros tantos criados no período passaram a se habilitar na Renast, de modo a receber um aporte mensal de recursos que se propunha a financiar ações em sua área de abrangência, de acordo com critérios estabelecidos na portaria. Podemos dizer que a concretização da política nacional para a área passou a se dar em torno do funcionamento da Renast, cuja

performance e cujos resultados obtidos situaram-se aquém das expectativas iniciais (Andrade e Kassawara, 2004; Vasconcellos, 2007).

Nos três anos seguintes, a necessidade de efetuar ajustes e incorporar novas formas de atuação da Renast convergiu, em 2005, para a publicação da Portaria 2.437, de 7 de dezembro. O documento visava ampliar e fortalecer a Renast através da organização de serviços e municípios-sentinelas; da implementação de ações de vigilância e promoção da saúde; do fortalecimento do controle social; e do aumento do repasse financeiro (Brasil, 2005).

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

Para a implementação da Renast, as portarias, em especial a segunda, previam a inclusão de ações de saúde do trabalhador na atenção básica, a implementação da vigilância, ações de promoção e a instituição de retaguarda de média e alta complexidade, entre outras iniciativas.

A ausência de resultados concretos entre os anos 2006-2009, especialmente pela não incorporação da relação saúde-trabalho nas práticas correntes do SUS, motivou a publicação de uma outra normativa, a Portaria 2.728, de 11 de novembro de 2009, que volta a dispor sobre a implementação da Renast. O fato em si demonstra as dificuldades de implementação das ações propostas nas portarias anteriores, principalmente observando-se que a nova portaria mantém as mesmas diretrizes de inclusão, implementação e fomento da Renast (Brasil, 2009). No texto dessa portaria, ressalta a exigência

de pactuação nas esferas intergestoras – CIT e CIB³ –, especialmente nesta última, seguindo a lógica de gestão do sistema que busca o consenso interfederativo, consoante o SUS. Contudo, várias iniciativas são elencadas na portaria, como pontos de pactuação futura, dependentes de realidades contextuais muito distintas em nosso país. O fato vislumbra novas dificuldades.

Conceitualmente, a Renast é definida como uma rede nacional de informação e práticas de saúde, organizada com o propósito de implementar ações assistenciais, de vigilância e de promoção da saúde no SUS. A proposta da rede é qualificar a atenção à saúde, já exercida no SUS, fazendo com que o sistema, como um todo, funcione na perspectiva da saúde do trabalhador (Dias e Hoefel, 2005). Para isso, está estruturada a partir de centros de referência, serviços de saúde de retaguarda e municípios-sentinela, organizados em torno de um dado território.

Os serviços de saúde de retaguarda de média e alta complexidade já instalados no SUS configuram a rede-sentinela. Seu objetivo é compor o fluxo de atendimento aos doentes e acidentados do trabalho em todos os níveis de atenção do SUS, de modo articulado com as vigilâncias sanitária, epidemiológica e ambiental (Hoefel, Dias e Silva, 2005).

Para proporcionar a produção, sistematização e disponibilização da informação em saúde do trabalhador, a Renast também prevê a organização de municípios-sentinela, que devem ser definidos “a partir de dados epidemiológicos, previdenciários e econômicos, que indiquem fatores de riscos significativos à saúde dos trabalhadores, oriundos de processos de trabalho em seus territórios” (Brasil, 2009, p. 3). A partir da Portaria 2.728/2009, essas definições serão pactuadas na CIB e na CIT.

3. CIT – Comissão Intergestores Tripartite; CIB – Comissão Intergestores Bipartite.

Em meados de 2010, a Renast passou a contar com 182 Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, habilitados em todo o Brasil, e com diversos serviços médicos e ambulatoriais de média e alta complexidade, constituintes da rede-sentinela, responsáveis pelo diagnóstico de doenças e acidentes relacionados ao trabalho e pelo registro destes no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) (Brasil, 2009). Para incrementar o fluxo da informação, o Ministério da Saúde havia publicado a Portaria 777, em 2004, que dispõe sobre a notificação compulsória de agravos à saúde relacionados ao trabalho, em rede de serviços específica, seguindo os moldes do Sinan (Brasil, 2004).

Em síntese, podemos dizer que a Renast foi concebida como uma rede de informação, vigilância, capacitação, assistência, investigação, pesquisa, controle social, comunicação e educação em saúde do trabalhador, cuja trajetória vem denotando impasses e obstáculos para a sua efetiva implementação.

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

Em 2006, noutra pesquisa efetuada na Bahia, os autores observaram:

As atividades produzidas pelos CEREST nos municípios de Camaçari, Feira de Santana, Jequié, Itabuna, Vitória da Conquista, Juazeiro e Teixeira de Freitas vêm apresentando resultados importantes do ponto de vista da Atenção à Saúde dos Trabalhadores no Estado da Bahia. Em 2004 foram realizadas 300 atividades relacionadas aonexo causal, 4860 consultas em medicina do Trabalho e 7097 procedimentos pela equipe multiprofissional desses municípios. (Chagas, Oliveira e Gomes, 2006, p. 25; grifamos.)

Essa pesquisa evidencia o forte caráter assistencialista dos centros de referência.

Em 2008, num encontro realizado no Norte Fluminense, foram observados alguns pontos críticos na região: escassez de ação de vigilância em saúde do trabalhador, baixa articulação intrassetorial, inexistência de pactos intersetoriais e baixa comunicação em saúde do trabalhador entre os municípios da região.⁴

São ainda escassos os trabalhos analíticos sobre a estruturação e o funcionamento da Renast, mas, com a informação acumulada no convívio com profissionais e atores da Cosat e dos Cerest, já é possível tirar algumas conclusões sobre o atual estado das práticas da Renast.

Renast: uma crítica ao modelo

Uma vez tendo refletido sobre o sentido e o significado da palavra rede e a descrição da Renast, passamos a discutir a relação entre o conceito de rede e a configuração da Renast, considerando que esta não atua, a rigor, como rede e, portanto, não enreda seus componentes, seus meios de ação e, tampouco, seus objetivos. A Renast, assim, pode ser tratada como uma rede que não enreda.

Para chegarmos a essa conclusão, nossa reflexão se baseia nos seguintes pontos de crise da Renast: (1) a ausência de uma concepção de integralidade; (2) a ênfase desproporcional numa das partes da atenção – o assistencialismo; (3) a ausência de mecanismos visceralmente mais sólidos e compulsórios de articulação e comunicação; (4) a heterogeneidade da inserção institucional dos seus centros de referência; (5) a mentalidade imprópria dos membros dos Cerest em

4. Informações contidas no relatório final do encontro, disponibilizado em documento mimeografado pela Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro.

relação ao seu papel; e (6) a ausência de uma missão estruturante. Vejamos um a um esses pontos.

1) A ausência de uma concepção de integralidade

O SUS tem como um de seus primados doutrinários a questão da integralidade. De um lado, sua ideia é fundamentada no contraponto ao modelo teórico-conceitual fragmentador e redutor da saúde à biologia, ao cuidado segmentado e ao modelo assistencial hospitalocêntrico (Camargo Jr., 2003). De outro lado, “o princípio da integralidade tem repercussões sobre o arranjo das instituições governamentais voltadas para formular e implementar as políticas de saúde” (Mattos, 2003, p. 38).

Considerando que a Renast pretende ser uma rede de atenção integral, seus pilares estruturadores das ações e dos serviços deveriam buscar mais claramente se contrapor ao modelo fragmentador, inserindo-se de forma mais ostensiva na formulação das políticas de saúde voltadas para os trabalhadores. Nessa perspectiva, a Renast deveria atuar como estratégia estruturante de ações e serviços assentados menos no modelo assistencial e mais nas práticas de vigilância da saúde, da atenção primária e da educação popular e na educação permanente dos profissionais do sistema de saúde como um todo, para ficar em algumas.

Para ser coerente com a integralidade, a Renast deve à doutrina um comportamento holístico sobre as relações saúde-trabalho, que, embora a lei regente do SUS tenha apontado, não foi considerado. Podemos destacar, entre as atividades mais específicas de saúde do trabalhador previstas na Lei Orgânica de Saúde: a vigilância epidemiológica e sanitária; a promoção, a proteção, a assistência, a recuperação, a reabilitação, a realização de estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais; a normatização, a fiscalização e o controle da produção; a avaliação de impactos tecnológicos; a comunicação e informação sobre os riscos; a nor-

matização, fiscalização e controle dos serviços nas instituições e empresas públicas e privadas; a revisão periódica da listagem oficial de doenças; e, finalmente, a postura de poder público garantidor da recusa ao trabalho em situação de risco iminente à saúde dos trabalhadores (Brasil, 1990). Entretanto, sua ênfase mantém-se no assistencialismo.

2) A ênfase desproporcional numa das partes da atenção: o assistencialismo

Lourenço e Bertani (2007, p. 124) afirmam que, apesar de o campo saúde do trabalhador ter sido construído com a participação de vários atores sociais e políticos e de ter sido reconhecido no plano legal, não foram efetivadas novas práticas para além da assistência médica, salvo algumas ações inusitadas, mas ainda focais.

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

No processo de elaboração da Portaria 1.679/2002, o foco assistencial da Renast já era assinalado:

Apesar das críticas e dos desencontros institucionais observados no processo de elaboração desse instrumento, *em particular à ênfase nas ações assistenciais*, a portaria foi apoiada pelos profissionais e técnicos dos CRST e setores do movimento dos trabalhadores, que

reconheceram na iniciativa uma oportunidade de institucionalização e fortalecimento da Saúde do Trabalhador, no SUS. (Dias e Hoefel, 2005, p. 821; grifamos.)

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

Conforme informações do próprio *site* oficial do Ministério da Saúde, “os Centros de Referência *prestam assistência aos trabalhadores que adoecem ou se acidentam*, promovem, protegem e recuperam os trabalhadores, além de investigar as condições de segurança dos ambientes de trabalho”⁵ (grifamos).

Corroborando ainda esse entendimento o *Manual de gestão e gerenciamento da Renast*, lançado em 2006 pelo Ministério da Saúde, em que é apresentada como parte do processo de trabalho dos Cerest a realização de “ações assistenciais individuais, como atendimento, acolhimento do usuário, consultas, exames e orientações” (Brasil, 2006, p. 71).

A própria denominação “centro de referência” carrega um sentido organizacional de perspectiva ambulatorial e curativa ou mesmo de centro especializado em tratamentos. A lógica assistencialista e o enfoque *medicocêntrico*, provenientes da cultura da doença, por certo, está por traz dessa nomenclatura. O modelo favorece a con-

5. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=928>; captado em: 2-2-2009.

vergência de ações assistenciais em saúde do trabalhador para os centros de referência e impede a dispersão das ações sistêmicas a partir dos centros, na medida em que os serviços do SUS demandam aos Cerest o atendimento aos acidentados e doentes do trabalho. Uma desejada ação centrífuga para consolidar a saúde do trabalhador no SUS acaba em ação centrípeta, que favorece o isolamento e a imobilidade.

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

Os técnicos da Cosat que se contrapunham à ênfase no assistencialismo, à época da publicação da Portaria 1.679/2002, emitiram parecer sobre ela na qual assim se expressavam:

[...] em síntese, o modelo de atenção a partir da estruturação de centros de referência, funcionou e vem funcionando, como porta de entrada de casos e, muitas vezes, como clínicas de atendimento de acidentados de trabalho. (Brasil, 2002b.)

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

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

denação nacional e pelos próprios Cerest, mas sem qualquer garantia de comunicação contínua e sistemática entre eles.

Apesar das atuais possibilidades oferecidas pela informática, na rapidez da comunicação e na estocagem e circulação da informação, o que pode conferir eficácia às redes (Castells, 2000), entre os Cerest não se verificam mecanismos efetivos de comunicação com a missão de conectá-los permanentemente entre si. O fato favorece o isolamento e o distanciamento entre esses serviços.

Disseminados pelo território brasileiro, os centros componentes do modelo Renast parecem manter sua identidade de rede tão somente na uniformização da nomenclatura Cerest, cujas atividades são desuniformes, erráticas e inconsistentes na direção de consolidação da política.

O que se observa é um conjunto de serviços de saúde do trabalhador desarticulados, sem efetividade e sem constituir uma rede, na perspectiva sistêmica. Como vimos, o pensamento sistêmico considera que nas partes isoladas umas das outras não são encontradas as propriedades do todo: “a natureza do todo é sempre diferente da mera soma de suas partes” (Capra, 1998, p. 39). O conjunto dos Cerest, no Brasil, não configura um sistema reticular, mas, apenas, um somatório de partes isoladas, desconectadas e dispersas entre si, nas quais a lógica sistêmica não impera. De acordo com Castells (2000), sem conectividade e coerência não existe rede, caso dos Cerest, componentes da Renast. As iniciativas de alguns centros nessa direção esbarram nas dificuldades estruturais da rede em si, seja no nível local, seja nos demais níveis interfederativos do SUS.

Desde o início da Renast, foram tomadas iniciativas pelo Ministério da Saúde no sentido de estabelecer alguns mecanismos de informação e articulação que devem ser louvadas, embora sejam tímidas e sem maior comprometimento dos Cerest, o que determina a sua baixa efetividade. Uma delas foi a criação do Observatório de Saúde

do Trabalhador, em parceria com a Organização Pan-Americana de Saúde (Opas), que atendia a demandas antigas, como organizar uma inteligência central para a Renast; estabelecer indicadores de saúde do trabalhador e eventos-sentinela; e, entre outros, estabelecer indicadores de gestão e de avaliação da qualidade dos dispositivos da Renast. Segundo informações do *site*,⁶ o observatório foi visitado 86.121 vezes de dezembro de 2003 a março de 2009, o que significa dizer que em cinco anos e três meses eram efetuadas em torno de 1.400 visitas, por mês. No entanto, só há informações sobre a Renast referentes ao ano de 2003. Mesmo depois da publicação da portaria de 2005, não foi inserido algo novo. Por exemplo, no quadro “envie-nos sua experiência”, há apenas um relato. Essa escassez de participação aponta para a ausência de intercâmbio, a fraca articulação e, enfim, a falta de uma perspectiva de rede entre os atores institucionais da Renast.

A criação da Biblioteca Virtual em Saúde do Trabalhador, outra iniciativa, pode contribuir para a pesquisa, disponibilizando dados e outros recursos para atualização das equipes dos Cerest e pesquisadores da área, mas a difusão de material na internet não é suficiente para a estruturação de uma rede:

A ênfase na articulação, na comunicação e no financiamento precisa culminar num estágio superior, que é o do trabalho permanente da rede como um todo, para além dos momentos ocasionais de reuniões e da mera difusão pela Internet. (Nogueira, 2005, p. 35.)

Em matéria de comunicação, o Ministério da Saúde, em 2007, desenvolveu um informativo denominado *COSAT Informa!*, com o objetivo de “orientar e manter informadas as equipes dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador sobre as atividades desenvol-

6. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/trabalhador/bases.html>>; captado em: 4-2-2009.

vidas pelo Ministério da Saúde, bem como sobre temas relevantes relacionados à Saúde do Trabalhador”. Iniciado em janeiro de 2007, o informativo teve cinco edições, que funcionaram como um jornal mural para os Cerest. Mas a estratégia durou pouco tempo, com a última edição no mês de julho do mesmo ano. Embora tenha sido uma boa iniciativa, são necessários outros mecanismos horizontais de comunicação, mais condizentes com a noção de rede.

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

4) A heterogeneidade da inserção institucional dos centros de referência

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

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

Havia, ainda, uma discrepância de denominações que refletia concretamente a falta de uma perspectiva comum e integradora (Brasil, 2000). A questão se reportava aos primeiros programas de

saúde do trabalhador da década de 1980, que surgiram como experiências isoladas e desconectadas umas das outras.

As inserções dos programas, no período pré-Cerest e Renast, eram muito variadas, ora em setores de vigilância epidemiológica, de vigilância sanitária, da rede assistencial, ora em setores ligados diretamente à gestão.

Com a Renast, as diversas designações dos programas, como coordenação, departamento, divisão, núcleo, centro, entre outras, foram padronizadas como Cerest, embora alguns centros ainda exibam outra denominação, tais como o Cesat (Bahia) e o Nusat (Rio de Janeiro). Contudo, a esperada padronização de sua inserção institucional não ocorreu. O fato de que as secretarias estaduais e municipais possuam estruturas organizacionais bastante distintas entre si não justifica a ausência de uma padronização mínima, como ocorre, por exemplo, com a atenção básica e a vigilância.

A Renast não possibilitou a intercompatibilização dos Cerest dentro das estruturas do SUS, a despeito de que a designação “Centro de Referência em Saúde do Trabalhador” tenha sido oficializada. Os Cerest continuam vinculados a distintos setores, o que repercute na gestão dos centros, traz dificuldades para a integração institucional e, mesmo, à organização das ações, dependendo de sua inserção.

Trata-se de um ponto crítico para além da governabilidade da própria Renast, que deve ser levado para as instâncias de pactuação do SUS como parte da política nacional para a área, o que é, isso sim, função da Renast. É preciso refletir sobre qual tipo de estruturação da área poderia melhor dar conta da complexidade da atenção à saúde do trabalhador. Conhecendo-se o desenho organizativo das estruturas existentes, pode-se adotar um modelo mais adequado às diversas realidades, segundo a articulação em rede, o que até hoje não foi realizado. As inserções diferenciadas na estrutura do

SUS – seja na assistência, na vigilância ou em gerências diversas – acarretam disparidades na utilização dos recursos, na autonomia decisória, no alcance das ações e nos níveis de interlocução intra e intersetoriais (Vasconcellos, 2007).

5) O reconhecimento impróprio dos membros dos Cerest em relação ao seu papel

Consideramos que, de maneira geral, existe um reconhecimento inadequado do papel dos profissionais de saúde inseridos nos centros de referência da Renast. Não parece haver clareza da missão institucional da Renast, ao contrário de outras redes de saúde, de âmbito nacional, que

já superaram esta etapa do debate estrutural, como os programas de saúde da mulher, da criança e do adolescente, do idoso, entre outros, que concentram sua atuação no desenvolvimento de políticas de saúde e não na criação de instâncias executoras de ações assistenciais. (Vasconcellos, 2007, p. 259.)

Considerando que a capacidade instalada da rede SUS é responsável pelo atendimento da população, inclusive dos trabalhadores, as políticas públicas incrementais do tipo Renast devem se pautar em

ações de inteligência da gestão, no sentido de aprimorar as ações assistenciais, sim, mas também encontrar soluções para outras questões como normatização, informação, ensino, pesquisa, relações sociais e intersetoriais, definição de novas políticas. (*Idem.*)

A rigor, os profissionais dos Cerest não atuam nessa linha, na parcela que lhes compete. É evidente que o problema não reside nos profissionais em si, mas na própria concepção da Renast e do papel dos centros, o que estimula posturas mais assistencialistas.

Há uma tendência, pode-se considerar como louvável, de os profissionais dos Cerest estabelecerem estratégias de acolhimento dos trabalhadores. Ocorre que o acolhimento individualizado, similar

à assistência ambulatorial comum, tende a criar mais problemas do que soluções. Analisando o trabalho do assistente social no campo da saúde do trabalhador, Lúcia Freire, em sua tese de doutorado (1998), observa:

O assistente social, potencialmente, tanto pode contribuir para reforçar a alienação – no avesso do seu discurso humanista tradicional – como também para elucidar e desencadear mediações em relação a situações e processos sociais, no sentido do seu entendimento mais amplo – no local de trabalho e na sociedade – e na direção do enfrentamento das contradições, expressas na realidade cotidiana, posição que tenho denominado “*avesso do avesso*”. (Freire, 1998, p. 673.)

Nessa linha, o profissional promotor da atenção integral, seja o assistente social, o médico, o psicólogo, o fonoaudiólogo, entre os demais membros dos Cerest, pode cair nessa armadilha do avesso do discurso. O contraponto à alienação do discurso passa pela revisão do papel dos Cerest e dos Renast, “na medida de sua capacidade de fazer mediações com o coletivo de trabalhadores, sinalizando para a capacidade de intervenção sobre os processos determinantes dos problemas. Buscar, enfim, o avesso do avesso” (Vasconcellos, 2007, p. 260).

6) A ausência de uma missão estruturante

A Renast é entendida como uma estratégia de implementação das ações e dos serviços no SUS, com respeito às relações saúde-trabalho. Historicamente, a responsabilidade pública no trato com as questões de saúde no trabalho esteve à margem das políticas de saúde pública e do aparato institucional da saúde. A inclusão da saúde do trabalhador no espectro de atuação do SUS buscou trazer para o seu âmbito essa nova responsabilidade pública, cuja implementação de ações e serviços afins deveria acompanhar a construção do próprio sistema. Consideramos que esse é o objetivo maior da Renast, no sentido de fomentar a política e possibilitar a criação de aplicativos operacionais

capazes de tornar o SUS apto a lidar com essas questões, inéditas em seu cardápio executivo.

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

As dificuldades de compreensão da Renast com esse sentido decorrem, em grande parte, da própria atuação do SUS como um “sistema não sistêmico” (Vasconcellos, 2007) cuja missão constitucional de interpenetrar as demais políticas públicas de interesse da saúde não é obedecida.

É com esse espírito que vemos a Renast, com uma missão provisória na construção do SUS, mas com um potencial inovador de contribuição para atuações mais sistêmicas, tanto na perspectiva intrassetorial quanto na intersetorial.

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

Já na questão da intersetorialidade, a saúde do trabalhador avançará com a implicação das diversas estruturas do aparelho de Estado e da sociedade que lhes dizem respeito direto e indireto, na medida do desenvolvimento de políticas públicas e privativas articuladas. O destaque fica por conta dos trabalhadores organizados, cujo compromisso com a saúde do trabalhador no SUS poderá possibilitar a mudança de cultura e a perenidade das ações e dos serviços de saúde do trabalhador no SUS como um todo.

Enfim, a Renast não deve ser estruturante de si própria, nem seus centros de referência devem se ver inseridos no SUS numa perspectiva de crescimento contínuo. Quanto mais seja cumprida a missão da Renast, no sentido de fomentar a saúde do trabalhador no SUS, mais ela deixará de ter sua razão de existir.

Conclusões

Sustentamos que, no contexto da Renast, há um culto à palavra “rede”, mas não uma cultura de rede.

A estrutura focalizada em torno dos Cerest, com falta de comunicação entre os centros e poucas articulações intra e intersetoriais, e o predomínio da concepção assistencialista em saúde do trabalhador evidenciam o embasamento mecanicista, segmentado e fragmentado da Renast. A lógica das partes prevalece. Para ser efetivamente rede, a Renast depende de uma matriz diferente calcada numa lógica do todo, na perspectiva sistêmica, integralizadora e totalizadora.

O caminho para o avanço da saúde do trabalhador no Brasil, no contexto da Renast, deveria se pautar no paradigma sistêmico e holístico da concepção de rede, capaz de incentivar o estabelecimento de articulações múltiplas, a criação de projetos multicêntricos e transdisciplinares, ações intersetoriais e transeoriais, o desenvolvimento de mecanismos de comunicação e interlocução entre as

instâncias governamentais, sociais, possibilitando o protagonismo dos trabalhadores como sujeitos de transformação.

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

Os problemas de saúde da população brasileira decorrentes das condições de trabalho são fenômenos de dimensões profundas e complexas demais para serem resolvidos ou, pelo menos, minimizados por ações assistenciais realizadas nos Cerest. Por meio do estabelecimento de conexões, é possível ao Estado brasileiro uma atuação mais eficaz, mais próxima de sua vocação constitucional, que passa por garantir aos cidadãos o direito à saúde no trabalho e, enfim, à dignidade.

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

“Fazer” saúde do trabalhador, de acordo com os princípios fundadores do Modelo Operário Italiano, que engloba a participação dos trabalhadores e a transformação das condições de trabalho e saúde, envolve a necessidade de diálogo entre órgãos governamentais e extragovernamentais, trabalhadores e suas representações, entendendo a Renast como algo não estanque, fixo, imóvel. Se o SUS é uma construção contínua, repensada para aprimorar seu funcionamento e eficiência, a Renast será parte dessa construção na

medida em que impedir a cristalização de guetos e paralelismos ao próprio SUS:

A concepção sistêmica de rede persegue a idéia de articulação intra e inter-setorial nos diversos níveis do SUS de forma a estabelecer mecanismos de comunicação entre os setores próprios, entidades e instituições que atuam na questão saúde e trabalho, permitindo-lhes uma melhor definição de papéis, uma melhor compreensão das realidades locais e garantindo a atuação conjunta na capacitação e na disseminação de conhecimentos e informações. (Otani, 2003, p. 92.)

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

Referências bibliográficas

- ACIOLI, Sonia (2007). Redes sociais e teoria social: revendo os fundamentos do conceito. *Informação & Informação*, v. 12, n. esp. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/informacao/article/viewFile/1784/1520>>; captado em: 26-1-2009.
- AMARAL, Viviane (2002). Desafios do trabalho em rede. Artigo publicado no *site* da Associação Nacional de Biossegurança. Dis-

- ponível em: <http://www.anbio.org.br/bio/biodiver_art108.htm>; captado em: 14-12-2009.
- ANDRADE, Elsa Thomé e KASSAWARA, Marise Emy (2004). Centro de Referência em Saúde do Trabalhador: variações sobre um modelo idealizado. Monografia de conclusão do Curso de Especialização em Saúde do Trabalhador. Rio de Janeiro, Cesteh-ENSP-Fiocruz.
- AYRES, Bruno Ricardo Costa (2001). Os centros de voluntários brasileiros vistos como uma rede organizacional baseada no fluxo da informação. *Revista de Ciência da Informação*, v. 2, n. 1, p. 1-18. Disponível em: <http://dgz.org.br/fev01/F_I_art.htm>; captado em: 24-1-2010.
- BALESTRIN, Alsones e VARGAS, Lilia Maria (2004). A dimensão estratégica das redes horizontais de PMEs: teorizações e evidências. *Revista de Administração Contemporânea*, v. 8, edição especial, p. 203-28.
- BRASIL (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, Senado Federal.
- BRASIL (1990). Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. *Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências*. Brasília, DOU, 20-9-1990.
- BRASIL – MINISTÉRIO DA SAÚDE-COSAT (2000). *InfoRedeST*. Brasília, Ministério da Saúde (mimeografado).
- BRASIL – MINISTÉRIO DA SAÚDE (2002). Portaria nº 1.679, de 19 de setembro de 2002. *Dispõe sobre estruturação da rede nacional de atenção integral à saúde do trabalhador no SUS e dá outras providências*. Brasília, DOU, 20-9-2002 (nº 183, Seção 1).
- BRASIL – MINISTÉRIO DA SAÚDE (2002a). Multiprojetos concêntricos de saúde do trabalhador no SUS. Documento apresentado na oficina para a construção de metodologia de articulação in-

- terprojetos. Rio de Janeiro, Cesteh-ENSP-Fiocruz, 8-3-2002. Brasília, Ministério da Saúde (mimeografado).
- BRASIL – MINISTÉRIO DA SAÚDE (2002b). Parecer sobre a proposta de portaria SAS que dispõe sobre a estruturação da rede nacional de atenção à saúde do trabalhador no SUS e dá outras providências. Brasília, Ministério da Saúde, 27-6-2002 (mimeografado).
- BRASIL – MINISTÉRIO DA SAÚDE (2004). Portaria GM/MS nº 777, de 28 de abril de 2004. *Dispõe sobre a notificação compulsória dos agravos relacionados ao trabalho*. Brasília, DOU, 29-4-2004.
- BRASIL – MINISTÉRIO DA SAÚDE (2005). Portaria nº 2.437, de 7 de dezembro de 2005. *Dispõe sobre a ampliação e o fortalecimento da rede nacional de atenção integral à saúde do trabalhador*. Brasília, DOU, 9-12-2005.
- BRASIL – MINISTÉRIO DA SAÚDE (2006). *Renast: manual de gestão e gerenciamento*. Brasília, Ministério da Saúde-Cosat. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/ManualRenast07.pdf>>; captado em: 1-5-2010.
- BRASIL – MINISTÉRIO DA SAÚDE (2007). *Cosat Informa*. Brasília, Ministério da Saúde (mimeografado).
- BRASIL – MINISTÉRIO DA SAÚDE (2009). Portaria nº 2.728, de 11 de novembro de 2009. *Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast) e dá outras providências*. Brasília, DOU, 12-11-2009 (nº 216, Seção 1, p. 75-7).
- CAMARGO JR., Kenneth Rochel (2003). Um ensaio sobre a (in)definição de integralidade. In: PINHEIRO, Roseni e MATTOS, Rubem Araújo (orgs.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro, UERJ-IMS/Abrasco.
- CAPRA, Fritjof (1998). *A teia da vida: uma nova compreensão científica dos sistemas vivos*. São Paulo, Cultrix.

- CASTELLS, Manuel (2000). *A sociedade em rede*. São Paulo, Paz e Terra.
- CHAGAS, Emília; OLIVEIRA, Maria do Carmo; e GOMES, Suelena M. (2006). Rede de Atenção Integral da Saúde do Trabalhador (Renast): a gestão descentralizada no estado da Bahia. Monografia de Curso de Especialização em Gestão Pública. Salvador, UFBA (mimeografado).
- D'AVILA NETO, Maria Inácia (2003). A porta, a ponte e a rede – Reflexões para pensar (o conceito de) rede e (o conceito de) comunidade. *Documenta EICOS*, v. VIII, n. 12-3, p. 13-26. Disponível em: <http://www.eicos.psych.ufrj.br/anexos/art_inapor.htm>; captado em: 1-5-2010.
- DIAS, Elizabeth Costa e HOEFEL, Maria da Graça (2005). O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da Renast. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 10, n. 4, p. 817-28.
- FERREIRA, Fernando Idílio (2004). Uma análise crítica das políticas de parceria: A metáfora da rede. In: *Actas dos Ateliers do V Congresso Português de Sociologia*. Braga, 12-15 de maio, p. 25-30.
- FREIRE, Letícia de Luna (2006). Seguindo Bruno Latour: notas para uma antropologia simétrica. *Comum*, v. 11, n. 26, p. 46-65. LeMetro-IFCS-UFRJ. Disponível em: <<http://lemetro.brinks.net/biblioteca.asp>>; captado em: 1-5-2010.
- FREIRE, Lucia Maria de Barros (1998). Saúde do trabalhador e serviço social – Possibilidades pelo avesso do avesso. Tese de doutorado. São Paulo, Pontifícia Universidade Católica.
- HOEFEL, Maria da Graça; DIAS, Elizabeth Costa; e SILVA, Jandira Maciel (2005). *A atenção à saúde do trabalhador no SUS: a proposta de constituição da Renast*. In: 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador. Coletânea de textos. Brasília,

- Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, Ministério do Trabalho e Emprego e Ministério da Previdência Social.
- LEÃO, Luís Henrique da Costa e VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de (2011). Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast): reflexões sobre a estrutura da rede. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 20, n. 1, p. 85-100.
- LOURENÇO, Edvânia Ângela de Souza; e BERTANI, Íris Fenner (2007). Saúde do trabalhador no SUS: desafios e perspectivas frente à precarização do trabalho. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, v. 32, n. 115, p. 121-34.
- MAIA, Paulo Ricardo da Silva; NOVAK, Franz Reis; ALMEIDA, João Aprígio Guerra de E.; e SILVA, Danielle Aparecida (2004). Bases conceituais para uma estratégia de gestão: o caso da Rede Nacional de Bancos de Leite Humano. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 20, n. 6, p. 1700-8.
- MATTOS, Rubem Araújo (2003). Integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde. In: PINHEIRO, Roseni e MATTOS, Rubem Araújo (orgs.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro, UERJ-IMS/Abrasco.
- MIGUELETTO, Danielle Costa Reis (2001). Organizações em rede. Dissertação de mestrado. Rio de Janeiro, Escola Brasileira de Administração Pública, Fundação Getulio Vargas.
- MORAES, Márcia Oliveira (2000). O conceito de rede na filosofia mestiça. *Revista Informare*, v. 6, n. 1, p. 12-20.
- MUSSO, Pierre (2004). A filosofia da rede. In: PARENTE, André (org.). *Tramas da rede*. Porto Alegre, Sulina, p. 17-38.
- NOGUEIRA, Roberto Passos (2005). Redes de investigação em saúde. In: OPAS – ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Fórum Nacional de Redes em Saúde*. Belo Horizonte, Opas.
- NOHRIA, Nitin (1998). Is a network perspective a useful way of studying organizations? In: HICKMAN, Gill Robinson. *Lead-*

- ing organizations: Perspectives for a new era*. California, Sage Publications.
- OTANI, Koshiro (2003). Rede de saúde do trabalhador para o estado de São Paulo. *São Paulo em Perspectiva*, v. 17, n. 1, p. 86-97.
- PORTUGAL, Sílvia (2007). Contributos para uma discussão do conceito de rede na teoria sociológica. *Oficina do CES*, nº 271. Universidade de Coimbra, Centro de Estudos Sociais, Coimbra, março de 2007. Disponível em: <<http://www.ces.uc.pt/publicacoes/oficina/271/271.pdf>>; captado em: 1-5-2010.
- SANTOS, Milton (2006). *A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção*. São Paulo, Edusp.
- TREVISAN, Leonardo (2007). Das pressões às ousadias: o confronto entre a descentralização tutelada e a gestão em rede no SUS. *Revista de Administração Pública*, v. 41, n. 2, p. 237-54.
- TURETA, César; REIS, Alexandre; e ÁVILA, Sílvia (2005). Da teoria sistêmica ao conceito de redes interorganizacionais: um estudo exploratório da teoria das organizações. *In: II Seminário de Gestão de Negócios*. Curitiba, FAE-Centro Universitário, 2005. Disponível em: <http://www.fae.edu/publicacoes/pdf/IIseminario/organizacoes/organiacoes_04.pdf>; captado em: 2-4-2009.
- VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de (2000). Rede Nacional de Saúde do Trabalhador. Texto preparado para debate na Coordenação de Saúde do Trabalhador (Cosat). Brasília (mimeografado).
- (2007). Saúde, trabalho e desenvolvimento sustentável: apontamentos para uma política de Estado. Tese de doutorado. Rio de Janeiro, ENSP-Fiocruz.
- ZAMBENEDETTI, Gustavo e SILVA, Rosane Azevedo Neves da (2008). A noção de rede nas reformas sanitária e psiquiátrica no Brasil. *Psicologia em Revista*, v. 14, n. 1, p. 131-50.