

Capítulo VII

Avaliação dos centros regionais de saúde do trabalhador na rede de atenção à saúde do trabalhador na Bahia

Mônica Moura da Costa e Silva

Rosanita Ferreira Baptista

Isabela B. Sales J. Ayres

Sônia Cristina L. Chaves

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

SILVA, MMC., *et al.* Avaliação dos centros regionais de saúde do trabalhador na rede de atenção à saúde do trabalhador na Bahia. In: MELO, CMM., FAGUNDES, NC., and SANTOS, TA., orgs. *Avaliação: metodologias no campo da saúde e da formação* [online]. Salvador: EDUFBA, 2012, pp. 227-264. ISBN 978-85-232-1161-5. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Capítulo VII

AVALIAÇÃO DOS CENTROS REGIONAIS DE SAÚDE DO TRABALHADOR NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DO TRABALHADOR NA BAHIA

Mônica Moura da Costa e Silva
Rosanita Ferreira Baptista
Isabela B. Sales J. Ayres
Sônia Cristina L. Chaves

INTRODUÇÃO

No Brasil, a política de Atenção à Saúde do Trabalhador, por meio das portarias nº 1.679/2002, 2.437/2005 e 2.728/2009, vem sendo instituída mediante a estratégia de implantação de Centros Regionais de Saúde do Trabalhador (CEREST), responsáveis pelo planejamento, avaliação e execução das ações de Saúde do Trabalhador (ST) em uma Área territorial de Abrangência (AA). Tais centros, em articulação com os demais serviços da rede do SUS municipal e outros setores de governo, compõem a Rede Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador (RENAST). Eles atuam no âmbito local, numa área de

abrangência composta por diversos municípios, assumindo assim “o papel de suporte técnico e pólo irradiador da cultura da centralidade do trabalho e produção social das doenças”, bem como “[...] lócus de pactuação das ações de saúde intra e intersetorialmente”. (DIAS; HOFEL, 2005, p. 1)

Além disto, de acordo com as portarias anteriormente citadas, os centros regionais atuariam em diversas frentes, desde a assistência aos adoecidos pelo trabalho, às ações de Vigilância à Saúde dos Trabalhadores (VISAT), de educação permanente, comunicação social, produção de estudos e pesquisas, além das ações de caráter técnico-gerencial, sejam para garantir intervenções intersetoriais, sejam para viabilizá-las nos territórios locorregionais. (BAHIA, 2009b)

A implementação da RENAST, como estratégia de descentralização da Vigilância à Saúde, implica um duplo desafio. De um lado, realizar mudanças na estrutura e funcionamento dos serviços de saúde na lógica de uma rede em saúde. Este desafio demanda integração e atuação solidária, definição de objetivos comuns e complementares, redução de atritos e conflitos entre atores (que compõem a rede) na busca pela flexibilidade, coordenação, participação cidadã, transparência, modernização tecnológica, profissionalização dos atores, retroalimentação e aprendizagem constantes, dentre outros aspectos. (OUVERNEY, 2008) Por outro lado, demanda, também, avaliar em que medida as mudanças estão acontecendo, e, nesse sentido, rever as estratégias inicialmente adotadas, considerando as dificuldades e contradições encontradas quando da operacionalização do modelo sugerido nas portarias da RENAST. (BAHIA, 2009d, 2009c)

Faz-se necessário investir no aumento da capacidade técnico-política, em especial no âmbito da DIVAST, dada a sua responsabilidade de coordenação estadual da RENAST, o que demanda processos de acompanhamento e avaliação sistemáticos dos sistemas e serviços de saúde que compõem a rede, envolvendo os formuladores de políticas e

programas, os usuários internos (profissionais) e externos (usuários) do sistema. Dessa forma, em relação a objetos de estudo pouco avaliados como a RENAST, processos avaliativos podem ser considerados estratégicos para o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde.

Ressalta-se que, na Bahia, no período 2007-2009, a RENAST assumiu temporariamente uma configuração específica, passando a contemplar, além dos CEREST, as Diretorias Regionais de Saúde (DIRES), as Unidades Sentinelas (US) no âmbito da rede pré-existente do SUS municipal e os Núcleos de Atenção à Saúde do Trabalhador (NUSAT) no âmbito das secretarias municipais da Saúde (SMS).

As dimensões territoriais do estado e a diversidade sociocultural que o caracteriza, aliada às especificidades do campo da ST, reforçam a importância e necessidade de construção de processos avaliativos pertinentes. Além disto, a RENAST, estratégia em fase de implementação, constitui-se como um objeto em processo de definição, dinâmico e multifacetado. No período de 2008-2009 inicia-se, na Bahia, um movimento de rediscussão desta rede, e, no âmbito do Ministério da Saúde, um processo de revisão das portarias ministeriais. Diante de tal contexto, optou-se por iniciar o processo avaliativo tendo como foco as ações desenvolvidas pelos CEREST já implantados.

Teve-se o cuidado de, ao recortar o objeto, não reduzi-lo, sob o risco de que o processo de avaliação não expressasse toda a riqueza e diversidade de contextos e atores regionais e locais, além de valores/dinâmicas que configuram o SUS em seus avanços e pontos críticos. Nesse sentido, procurou-se reforçar, no modelo da avaliação adotado, o seu caráter formativo, e, portanto, pedagógico e reorientador das políticas e práticas no campo da ST, superando o enfoque punitivo e burocrático de certas avaliações normativas.

O objetivo desse trabalho é, portanto, apresentar a experiência de avaliação iniciada em 2008, em parceria com os CEREST e DIRES. A ênfase será na discussão da metodologia adotada que ainda encontra-se

em construção. O primeiro momento deste processo, já concluído, teve como foco a avaliação de desempenho dos centros regionais. A partir desta experiência que envolveu as equipes técnicas do DIVAST/CESAT, CEREST e DIRES, pretende-se avançar nos ajustes teórico-metodológicos necessários, tendo em vista aprofundar o acompanhamento e avaliação sistemática na perspectiva de rede.

Assim, avalia-se em que medida a implantação e operacionalização dos CEREST têm ocorrido em conformidade com o modelo de CEREST discutido em 2007 (BAHIA, 2007), levando-se em conta os diversos pontos críticos mapeados com os atores locais no período 2008-2009. (BAHIA, 2009b, 2009d, 2009c) Para tal, consideram-se três grandes componentes a serem analisados no processo de avaliação, a saber: contexto, gestão e atenção em saúde do trabalhador, a partir dos quais foram definidos dimensões, subdimensões e critérios para avaliação.

OBJETIVOS

Optou-se por articular o programa de educação permanente em saúde do trabalhador, 2007-2008, com o processo de avaliação do desempenho dos CEREST, objetivando:

- Estimar o grau de desempenho dos CEREST com base no seu plano de ação a partir dos componentes – Contexto, Gestão e Atenção em ST;
- Discutir a influência dos componentes¹ na implementação dos doze CEREST implantados na Bahia naquele período (2007-2008);
- Apontar os componentes, dimensões e subdimensões que se mostraram mais críticos em todos os casos estudados.

¹ Contexto, Gestão e Atenção em ST.

MARCO TEÓRICO

A avaliação em saúde contempla realidades múltiplas e diversas, abrangendo desde julgamentos subjetivos sobre determinada prática de saúde até pesquisas avaliativas que utilizam métodos e técnicas ditos científicos. (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997; SILVA; FORMIGLI, 1994)

A avaliação em saúde pode ser considerada como um julgamento sobre uma intervenção ou sobre qualquer um dos seus componentes, a partir da comparação entre a situação encontrada e um parâmetro e/ou uma meta preestabelecida (situação-objetivo ou ideal/padrão-ouro). (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997)

O nosso desafio, portanto, é construir análises sobre as práticas, ações, programas e serviços de saúde, visando principalmente subsidiar a tomada de decisão com o propósito de reorientá-las. (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997; HARTZ; VIEIRA-DA-SILVA, 2005) Em um contexto específico, o processo de avaliação deve informar sobre o alcance de objetivos propostos ou a efetividade das intervenções realizadas, permitindo, assim, identificar os fatores que incidem sobre os resultados parciais ou final encontrados.

Tem-se observado, entretanto, fragilidades da avaliação no cotidiano da gestão em saúde, sendo esses processos muitas vezes incipientes e pouco incorporados às dinâmicas dos serviços de saúde. Neste sentido, a avaliação em saúde tem se caracterizado como uma prática prescritiva, burocrática e punitiva que é subsidiária de um processo de planejamento e gestão em saúde igualmente normativo. (BRASIL, 2004) Assim, termina por não oferecer subsídios ao processo decisório e nem se constitui numa oportunidade de formação dos sujeitos que deveriam estar nela envolvidos. (BRASIL, 2004)

A diversidade de contextos nos quais a avaliação em saúde é aplicada tem contribuído para uma polissemia conceitual e metodológica. Portanto, faz-se imprescindível explicitar os termos e perspectivas

teórico-operacionais do seu uso. (SILVA; FORMIGLI, 1994; CONTANDRIOPOLOS et al., 2000) Além disso, deve-se considerar, na definição do marco teórico-metodológico, que a perspectiva a ser adotada poderá trazer implicações relevantes para o fortalecimento da capacidade técnica no âmbito da gestão em Saúde, bem como para sustentação e continuidade destes processos avaliativos.

Entende-se que a avaliação, participativa e plural, possibilita o “empoderamento” e aprendizagem da equipe técnica envolvida. Conforme observa Tanaka e Melo (2004, p. 77), a ênfase no rigor científico dos processos de avaliação levou ao predomínio da medição quantitativa dos objetos e atributos a serem avaliados. A incorporação de elementos qualitativos na avaliação proporciona a valorização dos sujeitos no processo de avaliar (GUBA; LINCON, 1989; PATTON, 2002; TRAD et al., 2002; HARTZ; VIEIRA-DA-SILVA, 2005) e põe evidência no modo como tais processos são conduzidos, o que pressupõem diálogo e participação. Assim, este movimento rompe com a idéia de que o processo avaliativo deva ser feito por um especialista, na condição de avaliador externo à instituição.

Convergentes com o caráter participativo que orienta o processo de construção desta proposta, procurou-se desenhar uma proposta que propiciasse uma maior integração e organicidade entre os atores, que já têm como desafio atuarem na perspectiva de rede. Deste modo, optou-se por articular duas modalidades básicas de avaliação: a avaliação normativa e a pesquisa avaliativa de cunho operacional. Este texto relata, especificamente, a avaliação de desempenho de caráter normativo, conforme descrito no item metodologia, como uma primeira etapa que poderá ser desdobrada posteriormente na pesquisa operacional.

METODOLOGIA

A proposta de construir metodologias de avaliação, tendo como alvo a RENAST na Bahia, nasce num contexto de valorização do pla-

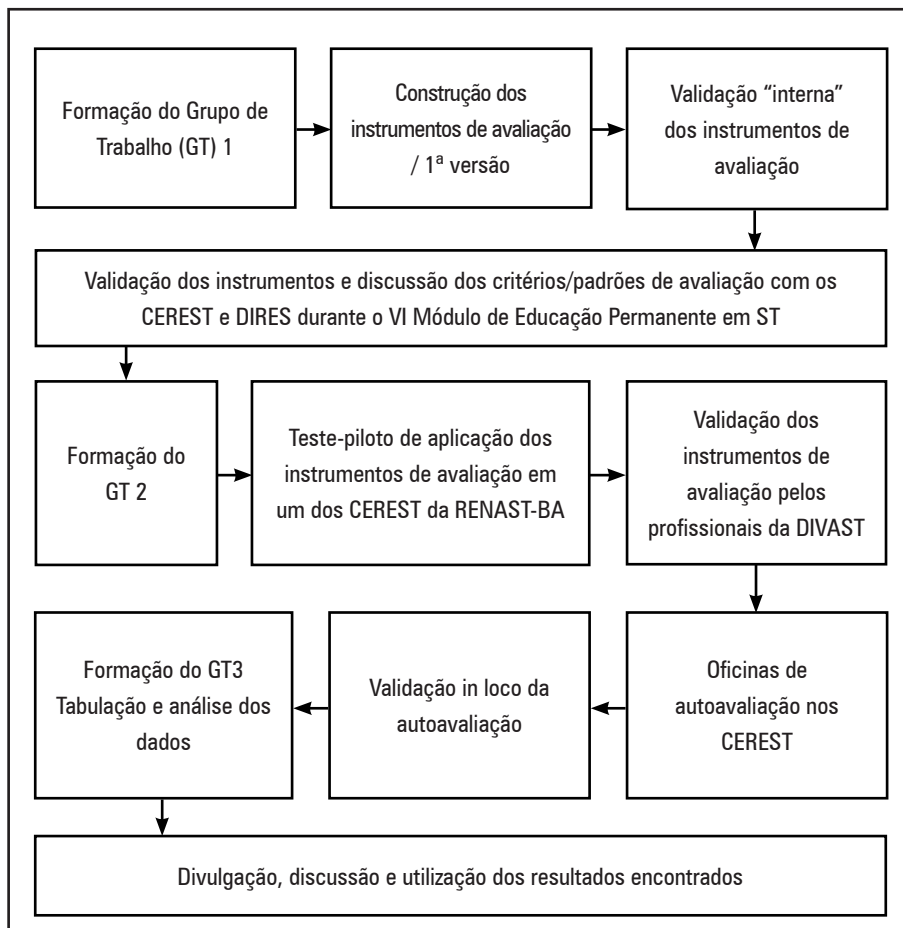
nejamento, acompanhamento e avaliação participativos no âmbito da DIVAST articulada ao movimento de fortalecimento dos CEREST e da RENAST enquanto parte integrante do SUS. Nesse sentido, destacam-se diversas iniciativas da DIVAST nas seguintes linhas de ação: (i) educação e formação em ST; (ii) assessoria e acompanhamento técnico aos municípios; (iii) monitoramento e análise das bases de dados de interesse para a ST; (iv) assessoria e execução, em caráter complementar, de ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT); (v) fortalecimento e integração das instâncias de controle social na RENAST/BA, além do esforço de articulação com as DORES no sentido de apoiar a DIVAST/CESAT no desenvolvimento de diversas ações.

Assim, em 2007, formou-se um grupo de trabalho composto por técnicos das coordenações da DIVAST/CESAT que, em parceria com pesquisadores convidados da Universidade Federal da Bahia (UFBA) e Secretaria Estadual da Saúde da Bahia (SESAB)², delineou uma proposta de pesquisa operacional para a avaliação de implantação da RENAST na Bahia, constituindo-se o ponto de partida para as estratégias a serem desencadeadas posteriormente. Diante das dificuldades de operacionalizá-la, ainda em 2007, e em face de demandas relativas ao fortalecimento do processo de planejamento recém-retomado, bem como ao movimento de revisão da portaria da RENAST, optou-se por uma nova estratégia. Decidiu-se partir para a avaliação de desempenho das ações dos CEREST, resgatando a atividade de acompanhamento que o órgão já realizava anualmente, com a incorporação de elementos metodológicos e teórico-conceituais advindos tanto da literatura sobre avaliação de programas e políticas de saúde, discutidos no processo de construção da proposta de pesquisa operacional, quanto da Política de Educação Permanente no âmbito do SUS e do seu programa proposto pela DIVAST. (BAHIA, 2007) É exatamente esse processo de construção metodológica, sua especificidade e etapas que será apresentado a seguir.

² Nesta fase, a equipe contou com o suporte de uma pesquisadora, doutora em Saúde Coletiva, com experiência na área de Avaliação em Saúde (MS/Atenção básica).

A proposta de avaliação de desempenho das ações realizadas pelos CEREST desenvolveu-se em quatro etapas, conforme sistematizado na figura 1: primeira etapa, centrada na construção coletiva da proposta metodológica; segunda etapa, voltada para a aplicação in loco dos instrumentos validados; terceira etapa, destinada à tabulação e análise dos dados coletados e elaboração de relatórios; e quarta etapa, voltada para a discussão e validação dos resultados obtidos, em espaços coletivos de discussão, dentre eles o seminário da RENAST, realizado no início de 2009.

Figura 1 - Processo de construção e as etapas da avaliação



Portanto, o processo de construção foi iniciado a partir de uma proposta preliminar, primeira versão das matrizes de indicadores, amplamente discutida pela equipe técnico-dirigente da DIVAST que tomou como ponto de partida as atribuições pactuadas pelos CEREST de acordo com o Plano de Ação 2007-2008 e sistematizadas em documentos elaborados³ no seminário RENAST/BA em abril de 2007. (BAHIA, 2007) Utilizou-se como referenciais teórico-metodológicos a – *Proposta de Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família – (AMQ)* sistematizada na publicação do Ministério da Saúde *Avaliação para melhoria da qualidade e qualificação da estratégia saúde da família – BRASIL, 2005* e a *Metodologia para análise da implantação de processos relacionados à descentralização da atenção à saúde no Brasil* (VIEIRA-DA-SILVA, et al., 2005), inclusive para a elaboração das matrizes de avaliação. Vale dizer que a 1ª versão destas matrizes também foram discutidas com 51 integrantes da RENAST-BA, dentre técnicos e coordenadores dos 12 CEREST e técnicos de referência das nove DARES que participavam do sexto módulo do programa de educação permanente em ST desenvolvido pela DIVAST. (BAHIA, 2007) Neste módulo, a temática central abordou a avaliação em saúde, tendo como uma das tarefas do grupo a validação da proposta de avaliação dos CEREST.

Numa etapa subsequente, denominada de autoavaliação, foi estabelecido sob condição da equipe técnico-dirigente de cada um dos CEREST a realização de oficinas de trabalho locais, a partir das matrizes avaliativas validadas no sexto módulo do programa de educação permanente em ST, contando com a participação de todos os seus integrantes. Vale ressaltar que as matrizes deveriam ser preenchidas a partir de consensos estabelecidos em equipe. Os CEREST comprometeram-se também em organizar documentos técnico-gerenciais considerados como fonte de dados para atestar a realização de determinadas ações,

³ Plano de Ação e Plano Operativo dos CEREST; agenda mínima de trabalho entre o DIVAST/ CESAT e os CEREST.

em especial aquelas relativas ao seu plano de ação. Esta etapa foi finalizada com entrevistas e análise documental quando da visita de técnicos da DIVAST aos 12 CEREST. As visitas *in loco*, além de servirem para a conclusão do processo de coleta de dados, tiveram como finalidade o acompanhamento e assessoramento do processo de autoavaliação dos CEREST, verificando inclusive o grau de rigor metodológico adotado pelas equipes dos CEREST. Após as visitas, constituiu-se um novo grupo de trabalho na DIVAST que deu prosseguimento ao processo, discutindo e analisando os dados obtidos e sistematizando os resultados que foram divulgados na forma de relatórios de desempenho de cada CEREST. Buscou-se, assim, que a proposta de avaliação se aproximasse do modelo denominado de avaliação de quarta geração, que se caracteriza pelo processo de discussão com a qual é construída, levando-se em conta as diferentes perspectivas dos atores envolvidos no processo. (TANAKA; MELO, 2004)

A matriz de análise foi elaborada a partir de três componentes (contexto, gestão e atenção em ST) desenhados para avaliar o desempenho das ações desenvolvidas pelos CEREST no ano de 2008. A pontuação para cada um destes componentes foi consensuada por todo o grupo que participou do processo de construção das matrizes. Os três componentes foram avaliados segundo sete dimensões descritas na figura 2.

Figura 2 – Componentes, dimensões e subdimensões utilizados

COMPONENTES	DIMENSÕES	SUBDIMENSÕES
CONTEXTO	1ª. Político-Institucional	Projeto de Governo Capacidade de Governo Governabilidade
GESTÃO	2ª. Práticas de gestão e organização de serviços	Planejamento e programação das ações Mecanismos de monitoramento das ações Articulação intra-setorial (setor saúde) e intersetorial Mecanismos de processos de decisão com participação do controle social Sistema de informação e gerenciamento Organização administrativa e acesso ao serviço Estratégias de integração na rede SUS
	3ª. Infraestrutura	Sede de CEREST Instalações no CEREST Disponibilidade de material de consumo para provisão sistemática e regular do CEREST Manutenção preventiva e corretiva Disponibilidade do veículo do CEREST Segurança da sede
	4ª. Desempenho do Plano de Ação / Cumprimento de metas	-

COMPONENTES	DIMENSÕES	SUBDIMENSÕES
ATENÇÃO EM SAÚDE DO TRABALHADOR	5ª. Práticas de atenção e vigilância à saúde do trabalhador no município sede de CEREST	Vigilância em ambientes e processos de trabalho Organização e operacionalização da rede sentinela Assistência à saúde do trabalhador
	6ª. Práticas coletivas de comunicação, educação permanente/formação em ST no município sede de CEREST	Comunicação em saúde do trabalhador Divulgação da situação de ST Realização de Estudos Educação Permanente em Saúde do Trabalhador
	7ª. Práticas de ST nos municípios da área de abrangência	Vigilância em ambientes e processos de trabalho Assistência em saúde do trabalhador Rede Sentinela Educação permanente em saúde do trabalhador Comunicação em saúde do trabalhador

Para cada dimensão, foram selecionados subdimensões e critérios sistematizados na matriz de análise utilizada pelas equipes locais-regionais no momento da autoavaliação.

A título de exemplo, na dimensão “Político Institucional” temos a subdimensão “Projeto de Governo”.⁴ Para concluir se existia ou não um projeto de governo local no âmbito da saúde do trabalhador, era necessário cumprir os cinco critérios abaixo descritos, conforme especificado

⁴ “O projeto de governo se refere ao conjunto de proposições elaborado pelos dirigentes locais visando ao alcance dos seus objetivos e expressaria a conjunção do capital político e intelectual aplicados numa proposta de ação.” (MATUS, 1997 apud HARTZ; VIEIRA-DA-SILVA, 2005, p. 210) A capacidade de governo corresponderia aos recursos relacionados com a condução e gerenciamento adequado das ações. Já a governabilidade diz respeito às condições relacionadas à implementação das ações propostas, como respostas e antecipações, considerando os obstáculos e oportunidades que o meio oferece a essas propostas. (HARTZ; VIEIRA-DA-SILVA, 2005)

nos padrões. Vale dizer que os padrões foram definidos na intenção de minimizar as dúvidas surgidas no processo de avaliação. Então, vejamos:

- Critério 1: a Saúde do Trabalhador (ST) está contida no eixo da Vigilância à Saúde ou em outros eixos do Plano Municipal de Saúde (PMS).

O padrão referia-se à definição clara e textual da Saúde do Trabalhador como estratégia de promoção, prevenção e vigilância da saúde, descrita no Plano Municipal de Saúde (PMS).

- Critério 2: o Plano de Ação de Saúde do Trabalhador está aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde.

O padrão referia-se à existência de Plano de Ação (PA) escrito e aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS), onde devem estar expressas as ações de ST com as metas a serem executadas no âmbito locorregional.

- Critério 3: inclusão do CEREST no organograma da Secretaria Municipal da Saúde (SMS).

O padrão estabelecido foi a estrutura organizacional do CEREST representada no organograma da SMS. Foi também considerada resposta afirmativa para este critério quando da existência de documentos que comprovassem a formalização do CEREST mediante decreto, portaria ou ato interno da SMS.

- Critério 4: o Código Sanitário do município sede de CEREST apresenta conteúdo de Saúde do Trabalhador (ST).

O padrão referia-se à presença de conteúdo de Saúde do Trabalhador no Código Sanitário Municipal.

- Critério 5: a gestão municipal desenvolve estratégias para a regulamentação dos direitos trabalhistas dos profissionais.

O padrão foi a existência de documentos apontados pelos CEREST que explicitavam as “iniciativas” para a regularização dos vínculos empregatícios dos profissionais por parte da SMS.

Cabe esclarecer que o componente Contexto, espaço loco municipal onde as ações são executadas, leva em consideração três elementos do triângulo de governo (MATUS, 1997 apud HARTZ; VIEIRA-DA-SILVA, 2005) que constituem um sistema singular e interdependente, a saber: projeto de governo, capacidade de governo, governabilidade.⁵ Pode-se dizer que, para a implantação de uma dada proposta de atenção em saúde, é necessária uma relação sinérgica entre esses três elementos. Por isso, a análise do componente contexto foi realizada à luz dos elementos deste triângulo matusiano, sistematizados na 1ª dimensão Político-Institucional, conforme a matriz de avaliação elaborada (ver figura 3).

Os demais componentes (gestão e atenção a ST) com suas subdimensões foram elaborados de modo a dar ênfase nas práticas desenvolvidas, levando em conta a atribuição ou responsabilidade do CEREST definidas na época. Ao componente Gestão, acrescentou-se a dimensão infraestrutura, levando em conta que alguns CEREST eram recém-habilitados, bem como os compromissos assumidos nos Planos de Ação elaborados para o biênio 2007-2008, como era a orientação da portaria da RENAST então vigente (ver figuras de 4 a 8).

A avaliação de desempenho dos CEREST foi feita a partir da pontuação obtida dos três componentes em suas respectivas dimensões e subdimensões considerando que:

1. A pontuação obtida foi comparada com o total de pontos máximos em cada dimensão e subdimensão, conforme definido no processo de construção do instrumento de coleta;

⁵ Avaliação frequentemente conduzida durante a implementação de um programa, e que tem por objetivo apoiar o desenvolvimento do mesmo. (SCRIVEN, 1991 apud VIEIRA-DA-SILVA et al., 2005)

2. Para a análise do desempenho do CEREST, foi definida a seguinte escala de medição com a respectiva pontuação:
 - a) Até 200 pontos: Desempenho Insuficiente
 - b) De 201 a 300 pontos: Desempenho Incipiente
 - c) De 301 a 400 pontos: Desempenho Regular
 - d) De 401 a 500 pontos: Desempenho Consolidado
 - e) De 501 a 600 pontos: Desempenho Avançado

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O componente Contexto teve como objetivo identificar alguns fatores relacionados ao contexto municipal que pudessem influenciar o desenvolvimento das ações de ST no âmbito dos CEREST, através da análise da dimensão político-institucional. Buscou-se evidências quanto ao desenvolvimento do campo da ST no âmbito municipal, principalmente nos aspectos relacionados à coordenação e a equipe técnica do CEREST e ao financiamento das ações de ST, considerando: (i) evidência de que a SMS incorpora a ST como uma área de atuação legítima, em coerência aos compromissos expressos no PMS; (ii) evidência de repasse dos recursos financeiros da RENAST para o Fundo Municipal de Saúde; (iii) apoio da gestão municipal na liberação de recursos para desenvolvimento das ações e aquisição de equipamentos e mobiliários que asseguram o pleno funcionamento do CEREST; (iv) prestação de contas dos recursos da RENAST ao controle social do SUS municipal, como forma de dar transparência na gestão dos recursos públicos, entre outros.

Vale enfatizar que o componente teve sua análise pautada na matriz avaliativa preenchida pelas equipes e os resultados foram verificados *in loco*, à luz dos documentos oficiais: plano municipal de saúde, plano de ação ST, documentos e atas do conselho municipal de saúde, leis, decretos e portarias municipais, código sanitário do município, entre outros. Contou-se, também, com os relatos dos técnicos das equipes dos CEREST e DIRES, quando da visita técnica para avaliação.

Como se tratou de uma abordagem predominantemente normativa, a avaliação da dimensão político-institucional ficou restrita apenas a alguns aspectos que, certamente, não contemplam a complexidade da realidade locorregional – mas nessa dimensão fornecem indícios relevantes para uma análise de desempenho dos CEREST e para a atuação da DIVAST enquanto coordenação estadual da RENAST/BA.

Na Figura 3, apresenta-se um resumo dos principais resultados do componente Contexto:

**Figura 3 - Resultados da dimensão político-institucional, 2008
(BAHIA, 2009a) ⁶**

DIMENSÃO/SUBDIMENSÕES	VARIAÇÃO (%)		PONT. MÁX.	SITUAÇÃO ENCONTRADA
	MINOR	MAIOR		
D - POLÍTICO INSTITUCIONAL			90	
Sd. PROJETO DE GOVERNO	16,7	100	30	
Conteúdo de ST no PMS				Sd. Cinco Cerest tiveram pontuação inferior a 70% e, apenas um, com pontuação inferior a 50%
Aprovação do Plano de Ação de ST pelo CMS				
Inclusão do CEREST no organograma da SMS				
Conteúdo de ST no Código Sanitário Municipal				
Política de desprecarização de vínculos				
Sd. CAPACIDADE DE GOVERNO	46,7	93,3	30	
Qualificação do Coordenador do CEREST				Sd. Seis Cerest com pontuação inferior a 70% e, apenas um, com pontuação inferior a 50%
Tempo do Coordenador no cargo				
Nº de profissionais do quadro técnico, sem considerar o Coordenador				
SMS com autonomia pra realizar despesas relacionadas a ST, c/ recursos da RENAST				
Gestão do trabalho				
Sd. GOVERNABILIDADE	50	96,7	30	
Existência de base política de apoio à ST na Câmara de vereadores				Sd. Seis Cerest com pontuação inferior a 70% e nenhum, com pontuação inferior a 50%
Apoio da gestão municipal				
Gestão dos recursos na área				

Conforme se pode observar na figura 3, no geral, a pontuação dos CEREST para o componente Contexto esteve acima das expectativas iniciais. Deve-se considerar, nesse sentido, que os aspectos avaliados, uma

⁶ Esta figura foi criada para esta publicação – os resultados constam do Relatório agora citado nas referências Bahia (2009a)

vez focados na abordagem normativa, ainda que importantes, não retratam a dinâmica político-institucional dos municípios sede de CEREST.

De um lado, deve-se ponderar que as três subdimensões (projeto de governo, governabilidade e capacidade de governo) que compõem a única dimensão deste componente, obtiveram peso igual. Além disto, por exemplo, na subdimensão governabilidade, na medida em que se concentrou principalmente nos aspectos relativos ao acesso a recursos e apoio logístico variou na pontuação entre 50,% e 96,7%. Embora tais fatores contribuam para a operacionalização das ações neste âmbito, não traduzem a complexidade dos diferentes contextos municipais e, portanto, não revelam muitas fragilidades.

Por outro lado, entende-se por que o projeto de governo (conteúdo político) apresentou um desempenho crítico, com uma variação de pontuação que vai de 16,7% a 100%, um reflexo provável da diversidade de realidades contextuais do estado da Bahia, bem como da fragilidade de conteúdos políticos propositivos que podem efetivamente respaldar as equipes técnico-dirigentes dos CEREST no enfrentamento dos problemas de ST locorregionais.

No componente Gestão, avaliaram-se as práticas desenvolvidas no interior dos CEREST em termos de três subdimensões de análise: práticas de gestão e organização de serviços, infraestrutura e cumprimento de metas explicitadas no plano de ação. Dentre os aspectos avaliados, destacam-se as relações interinstitucionais, a participação do controle social no processo de decisão, as estratégias de integração na rede SUS, entre outros.

Conforme se pode observar na figura 4, na síntese da segunda dimensão – práticas de gestão e organização de serviços – as subdimensões Estratégias de integração à rede SUS e Mecanismos de processos de decisão com participação do controle social obtiveram as mais baixas pontuações entre os CEREST. Assim, evidencia-se importantes elementos a serem consolidados, já que a integração à rede SUS é uma estratégia fundamental para a efetivação das ações de ST. Por outro lado, o

controle social é um segmento essencial no processo de legitimação e fortalecimento político da RENAST, no âmbito locorregional.

No geral, neste componente, a dimensão das práticas de gestão e organização de serviços obteve pior desempenho em relação às demais. No entanto, cabe dizer que a subdimensão organização administrativa e acesso ao serviço apresentaram um bom resultado, o que pode significar que, na maioria dos CEREST, existe uma organização mínima que possa facilitar a estruturação dos seus serviços.

Figura 4 - Resultados da dimensão práticas de gestão e organização de serviços, 2008 (BAHIA, 2009a)

DIMENSÕES/SUBDIMENSÕES	VARIACÃO (%)		PONT	SITUAÇÃO ENCONTRADA
	MENOR	MAIOR	MAX	
D. PRÁTICAS DE GESTÃO E ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇOS			120	
Sd. Planejamento e programação das ações	15	85	20	
Plano de ação elaborado coletivamente				
Plano de ação elaborado com a participação do Controle Social				Sd. Dois Cerest tiveram pontuação inferior a 50%
Plano de ação elaborado com a participação das DIRES				
Plano de ação elaborado com os demais setores da SMS				
Prioridades definidas no plano de ação compatíveis com o potencial de trabalho de um Cerest				
Planos operativos elaborados coletivamente				
Sd. Mecanismos de monitoramento das ações	0	100	10	
Realização de análises regulares e sistemáticas (PA e PO)				Sd. Três Cerest com pontuação
Monitoramento do PO com participação do Controle Social				
Sd. Articulação intra-setorial e inter-setorial	46,5	100	15	
Desenvolvimento de atividades integradas com as DIRES				Sd. Um (1) Cerest apresentou pontuação inferior a 50%
Desenvolvimento de atividades integradas com as demais				
Desenvolvimento de atividades integradas com órgãos/sociedade civil				
Desenvolvimento de atividades integradas com área de atenção à saúde da SMS				
Sd. Mecanismos de processos de decisão com participação do Controle Social	0	90	20	
Conselho gestor				Sd. Dois Cerest com pontuação
CIST				
Sd. Sistema de informação e gerenciamento	0	100	25	
Regularidade de alimentação do SAI				Sd. Três Cerest com pontuação inferior a 50% - um deles não pontuou nessa subdimensão
Regularidade de alimentação do SINAN				
Sistema de gerenciamento das ações instalado no Cerest				
SINAN instalado no Cerest				
Uso da informação para planejamento das ações em ST				
Sd. Organização administrativa e acesso ao serviço	67,7	100	15	
Padronização do funcionamento do Cerest				Sd. Nenhum Cerest com pontuação inferior a 50%
Estabelecimento de fluxos internos de modo a propiciar a atenção integral				
Estabelecimento de funções/atividades específicas entre profissionais da US				
Sd. Estratégias de integração na Rede SUS	0	100	15	
Organização da ref. e contrareferência dos pacientes às US da rede				
Identificação, junto à Central de Reg./Marc. dos serviços e cotas destinados a ST ref. pelo Cerest				Sd. Dois Cerest com pontuação inferior a 50% - um deles não pontuou nessa subdimensão

A dimensão da infraestrutura do CEREST avaliou o espaço físico-arquitetônico, a disponibilidade de equipamentos e logística, bem como a disponibilidade e a facilidade de acesso ao material de consumo, além de aspectos relacionados com a segurança e manutenção, entre outras. Aqui se obteve a maior pontuação no âmbito do componente Gestão, com exceção nas subdimensões segurança da sede e manutenção preventiva e corretiva, que apresentaram uma baixa pontuação na maioria dos CEREST. Cabe dizer que alguns aspectos relacionados à infraestrutura dos CEREST sabidamente insuficientes, tais como dificuldades no uso de carro para atuação na área de abrangência, não foram evidenciados.

Figura 5 - Resultados da dimensão infraestrutura, 2008 (BAHIA, 2009a)

DIMENSÕES/SUBDIMENSÕES	VARIACÃO (%)		PONT. MAX	SITUAÇÃO ENCONTRADA
	MENOR	MAIOR		
D. INFRAESTRUTURA DO CEREST			50	
Sd. Sede do Cerest	13,3	100	15	
Dimensões adequadas dos ambientes				Sd. Um (1) Cerest apresentou pontuação inferior a 50%
Conforto termico				
Existência de espaço específico par livros, revistas, informativos, vídeos e demais documentos sobre ST				
Localização com acesso fácil pra os trbalhadores				
Sd. Instalações no Cerest	0	100	8	
Instalação de telefone e fax				Sd. Um (1) Cerest apresentou pontuação inferior a 50%
Acesso à internet				
Sd. Disponibilidade do material de consumo para provisão sistemática e regular do Cereste	60	100	5	
Boa				Sd. Nenhum Cerest com pontuação inferior a 50%
Satisfatória				
Sd. Manutenção preventiva e corretiva	28,6	100	7	
Infraestrutura e equipamento				Sd. Dois Cerest com pontuação inferior a 50%
Veículo				
Sd. Disponibilidade de veículo do Cerest	0	100	10	
O veículo é usado exclusivamente pelo CEREST				Sd. Um (1) Cerest apresentou pontuação inferior a 50%
O veículo é disponibilizado pela SMS sempre que solicitado				
Sd. Segurança da sede	40	100	5	
Segurança para os profissionais do Cerest				Sd. Seis Cerest com pontuação inferior a 50%
Segurança do patrimônio				

A dimensão do desempenho do plano de ação dada pelo cumprimento de metas foi avaliada e pontuada unicamente a partir de critérios intersubjetivos construídos pelos CEREST. As diretrizes dos planos

com menor desempenho referem-se à informação, comunicação e descentralização das ações de ST.

Contraditoriamente, foi pontuado de forma muito positiva a dimensão do plano relativa às metas de VISAT e a participação da comunidade na gestão. Como observaremos, a seguir, estas práticas não estão consolidadas. Isto pode evidenciar que, no processo de planejamento dos CEREST, as metas estão sendo subdimensionadas e que o gestor não tem prioridades definidas de forma objetiva. Além disto, pode-se sugerir que as metas não têm como foco as ações finais de ST, em especial as voltadas para vigilância de ambientes e processos de trabalho. É preciso considerar as múltiplas tarefas e responsabilidades a serem assumidas pelos centros regionais; muitas delas de caráter político-gerencial que extrapolam sua governabilidade, em especial no que se refere a uma atuação locorregional.

O componente Atenção em Saúde do Trabalhador foi avaliado a partir de três dimensões: práticas de atenção e vigilância à saúde do trabalhador, práticas coletivas de comunicação e educação permanente/formação em ST, ambas no município-sede do CEREST, e práticas de saúde do trabalhador nos municípios da Área de Abrangência (AA), excluindo o município-sede do CEREST.

Figura 6 - Resultados da dimensão Práticas de Atenção e Vigilância à Saúde do Trabalhador no município sede de CEREST, 2008 (BAHIA, 2009a)

DIMENSÕES/SUBDIMENSÕES	VARIÇÃO (%)		PONT	SITUAÇÃO ENCONTRADA
	MENOR	MAIOR	MAX	
D. PRÁTICAS DE ATENÇÃO E VIGILÂNCIA À SAÚDE DO TRABALHADOR NO MUNICÍPIO SEDE DO CEREST			150	
Sd. Vigilância em ambientes e processos de trabalho	8,6	82,9	70	
Levantamento de atividades produtivas do município				
Cadastramento de empresas				
Inspeções em ambientes de trabalho				Sd. Sete Cerest com pontuação inferior a 50%
Investigação de acidentes graves e com óbito				
Projetos de intervenção em vigilância por atividade produtiva e/ou agravo				
Sd. Organização e operacionalização da rede sentinela	0	100	25	
Implantação de 3 unidades sentinela no município sede de CEREST				
Estabelecimento do fluxo da informação com definição de responsabilidades por serviço/unidade				Sd. Três Cerest com pontuação inferior a 50% - dois deles não pontuaram nessa subdimensão
Unidades sentinelas implantadas informando regularmente no SINAN				
Acompanhamento e análise das informações de forma articulada com DIRES				
Sd. Assistência à saúde do trabalhador	0	100	55	
Realização de procedimentos individuais				
Realização de procedimentos coletivos				Sd. Cinco Cerest com pontuação inferior a 50% - um deles não pontuou nessa subdimensão
Abertura de prontuário para no mínimo 50% dos pacientes que demandam o serviço do CEREST				
Percentual do número de investigações diagnósticas concluídas em relação ao número de consultas em medicina do trabalho				

Faz-se necessário salientar que todas as dimensões para esse componente atenção em ST apresentaram baixo desempenho, em especial, as práticas de atenção e vigilância à ST, seja no município-sede, seja na área de abrangência. O comportamento da subdimensão vigilância em ambientes e processos de trabalho, variando de 8,6% a 82,9% foi bastante significativo, tendo-se em vista que os sete CEREST obtiveram desempenho inferior a 50% nessa subdimensão. Ressalta-se, portanto, que todo este componente, em especial o relacionado às práticas de vigilância em ST, apresenta-se como o componente crucial a ser fortalecido e implementado em futuras estratégias e ações da RENAST/BA.

Levando em conta as três dimensões, a mais crítica foi a das práticas de ST nos municípios da área de abrangência, conforme evidenciado na figura 8; o que significa que a maior parte dos CEREST atua no município-sede, não alcançada a abrangência regional prevista.

Dentre as práticas identificadas no componente Atenção em ST, como mostra a figura 6, foi na subdimensão vigilância em ambientes e processos de trabalho que se identificou uma das principais fragilidades, tanto que, dos doze CEREST que foram avaliados, nove apresentaram pontuação inferior a 50%, sendo que cinco não pontuaram nesta subdimensão.

Em relação às práticas coletivas de comunicação e formação em ST no município sede de CEREST, chama a atenção o comportamento sofrível das subdimensões relacionadas à divulgação da situação da ST, bem como as ações de formação/educação permanente, incluindo o envolvimento com os profissionais da atenção básica, ressaltando que alguns CEREST tiveram pontuação inferior a 50%. No entanto, na subdimensão comunicação em ST, nenhum CEREST obteve pontuação inferior a 50%, o que nos faz ponderar sobre a percepção pouco crítica destas equipes em relação ao significado e metodologia desta comunicação, pois se trata, sabidamente, de uma área com carência de profissionais formados e incorporados na equipe de saúde.

Figura 7 - Resultados da dimensão práticas coletivas de comunicação e educação permanente/formação em ST no município sede do CEREST, 2008 (BAHIA, 2009a)

DIMENSÕES/SUBDIMENSÕES	VARIÁVEL (%)		PONT. MÁX.	SITUAÇÃO ENCONTRADA
	MENOR	MAIOR		
D. PRÁTICAS COLETIVAS DE COMUNICAÇÃO E FORMAÇÃO EM ST NO MUNICÍPIO SEDE DO CEREST			80	
Sd. Comunicação em Saúde do Trabalhador	13,3	100	15	
Organização de eventos em ST conforme previsto no PA e/ou PO				Sd. Nenhum Cerest com pontuação inferior a 50%
Utilização de meios de comunicação (jornal, rádio e/ou televisão)				
Elaboração e distribuição de peças comunicacionais (folder, cartaz)				
Sd. Divulgação da situação da ST	0	100	15	
Divulgação dos dados de ST em boletins ou outros documentos de difusão da informação				Sd. Oito Cerest com pontuação inferior a 50% - sete deles não pontuaram nessa subdimensão
Retroalimentação dos profissionais envolvidos nas ações de ST com as informações produzidas				
Sd. Estudos utilizando o conjunto de informações e saberes produzidos no CEREST	0	100	10	
Realização e divulgação de pelo menos um estudo				Sd. Um (1) Cerest apresentou pontuação inferior a 50%
Realização de pelo menos um estudo utilizando o conjunto de informações e saberes produzidos no CEREST				
Divulgação de pelo menos um estudo				
Sd. Educação permanente em saúde do trabalhador	0	87,5	40	
Formação dos profissionais do CEREST				
Formação de profissionais da rede básica				Sd. Seis Cerest com pontuação inferior a 50% - um deles não pontuou nessa subdimensão
Formação de profissionais das unidades sentinelas				
Organização de atividades de formação para representantes do controle social				
Articulação com a universidade / campo de estágio para envolvimento dos alunos nas atividades desenvolvidas pelos CEREST				

Figura 8 - Resultados da dimensão práticas de Saúde do Trabalhador nos municípios da área de abrangência excluindo o município sede de CEREST, 2008 (BAHIA, 2009a)

Sd. Rede sentinela				
Monitoramento e análise dos dados do SINAN dos municípios da área de abrangência				
Desenvolvimento de ações para integração dos municípios da área de abrangência na RENAST/BA				
Articulação com as DIRES para participação no processo de implantação e acompanhamento da rede sentinela na área de abrangência do CEREST				
Visita ao(s) NUSAT e/ou unidade sentinela em municípios da área de abrangência do CEREST				
Sd. Educação permanente em ST				
Capacitação de técnicos de vigilância dos municípios da área de abrangência do CEREST				
Capacitação dos profissionais envolvidos nas unidades da rede sentinela dos municípios da área de abrangência do CEREST				
Sd. Comunicação em ST				
Realização de eventos envolvendo as SMS da área de abrangência				
Realização de eventos envolvendo as DIRES da área de abrangência				

Sd. Quatro Cerest com pontuação inferior a 50%

Sd. Cinco Cerest com pontuação inferior a 50% - todos eles não pontuaram nessa subdimensão

DESEMPENHO GERAL DOS CENTROS REGIONAIS DE SAÚDE DO TRABALHADOR NA BAHIA

Quanto à classificação geral de desempenho dos CEREST, pode-se dizer que 50% deles foram considerados como desempenho regular, 34% como consolidado e 16% como incipiente. Nenhum CEREST foi considerado com desempenho insuficiente ou avançado, sendo que vários não obtiveram desempenho sequer regular em dimensões consideradas fundamentais, evidenciando um resultado caótico quanto ao desempenho avaliado. Esse é o caso da dimensão práticas de atenção e vigilância do componente da Atenção à ST, que teve uma pontuação insuficiente, conforme já citado anteriormente. Isso pode evidenciar que os CEREST ainda estão estruturando suas práticas de ST para poder executá-las de acordo com as referências teórico-operacionais da Vigilância à Saúde do Trabalhador, e que suas equipes ainda carecem de experiência técnica acumulada.

A pontuação obtida é mais crítica na dimensão práticas de ST na área de abrangência, isto aliado a incipiente atuação dos CEREST na realização de ações de atenção integral em ST evidenciam que os mesmos não estão desempenhando o papel de centros de referência regionais, ou seja, não estão dando retaguarda nem atuando efetivamente no âmbito do seu município e de modo articulado com os demais municípios situados na sua área de abrangência.

Tais evidências identificadas são coerentes com os achados do componente Contexto, em especial relativo ao desempenho insuficiente da subdimensão projeto de governo. É também esperado que os CEREST não atuem desenvolvendo práticas de educação permanente/formação com outros profissionais do SUS. A incipiência na divulgação da situação da ST pode demonstrar carências quanto ao conhecimento e reconhecimento do território (locorregional) com o olhar da ST.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de construção da proposta de avaliação de desempenho das ações dos CEREST foi articulado, desde o início, à estratégia de educação permanente em ST da DIVAST/CESAT.

Este processo que envolveu diversos atores tem também o mérito de sistematizar, em matrizes especificamente criadas para esse fim, um conjunto de dimensões, subdimensões e critérios de forma a se constituir numa primeira proposta de avaliação, formal e válida. O que contribuiu significativamente para a legitimação de todo o processo de avaliação envolvendo os atores locorregionais que compõem a RENAST/BA.

Com base nos resultados obtidos, foi possível verificar que o modelo de análise de desempenho construído necessita de ajustes, com vistas a torná-lo adequado à complexidade e diversidade do contexto avaliado. Neste sentido, é preciso refinar os instrumentos, de modo a evitar o fato constatado de que alguns CEREST tiveram uma pontuação

geral razoável ou regular, apesar dos pontos críticos identificados, em especial na dimensão relativa às ações de assistência e vigilância em ST e também do componente contexto, que não revelou a complexidade dos contextos políticos institucionais, nos quais os CEREST estão inseridos. Nesse sentido, considera-se também importante que, dando continuidade a este processo, sejam incorporadas outras técnicas de coleta de dados, mais qualitativas, bem como se reavalie os pesos das diversas dimensões e subdimensões, além de alguns padrões estabelecidos.

Mesmo com tais restrições, os resultados apontam elementos significativos de modo que a metodologia construída pode ser considerada como um ponto de partida a ser aprimorado. É preciso enfatizar que a metodologia possibilitou a identificação de contradições que evidenciam aspectos críticos a serem aprofundados, muitos deles sob a responsabilidade dos CEREST. Outros pontos críticos reforçam a necessidade de rever o modelo da RENAST e rediscutir os papéis e responsabilidades dos CEREST junto aos gestores. Assim, em linhas gerais, pode-se afirmar que esta experiência, além de contribuições para fortalecimento da equipe técnica de que dela participou, revela elementos importantes e sinalizadores das áreas insuficientes e CRÍTICAS que demandam novas estratégias para o processo de descentralização das ações de ST na Bahia.

A fragilidade da atuação dos CEREST termina por também evidenciar que existem lacunas não apenas no processo de implantação da RENAST, mas também na atuação das DORES, da Coordenação Estadual e do Centro de Referência Estadual que precisam ser superadas. Isto aponta para necessidade de reorganização destas instâncias na perspectiva de uma rede de ST integrada ao SUS.

Tanto as ações do componente atenção a ST, bem como a virtualidade da atuação do CEREST na sua área de abrangência nos dão pistas quanto às lacunas referentes ao processo de implantação dos mesmos, em especial no que se refere à pactuação destas áreas de abrangências

e no envolvimento dos gestores locorregionais na construção de pactos e compromissos de atuação articulada. Além disto, chama atenção a ausência de estratégias efetivas de educação permanente/formação direcionadas ao fortalecimento das equipes técnico-dirigentes locorregionais.

Outro elemento a ser considerado é o elenco complexo e variado de ações previsto para um CEREST de gestão municipal e atuação regional. Faz-se necessário rediscutir não apenas o âmbito de atuação dos CEREST, mas também o modelo organizacional mais adequado para que esta instância possa assumir seu papel de retaguarda na rede. Cabe ainda refletir sobre o papel das Secretarias Municipais da Saúde, das Diretorias Regionais de Saúde e das Instâncias Regionais de Pactuação, que possam garantir a integração dos CEREST com as equipes de vigilância da saúde, da atenção básica, hospitalar e pré-hospitalar no município sede e numa dada área de abrangência.

Conclui-se que a diversidade da pontuação obtida nas diferentes subdimensões indica uma heterogeneidade muito grande no desempenho dos CEREST. Isto mostra um desafio a mais na consolidação da rede: como o CESAT, centro estadual, e a DIVAST, enquanto coordenação estadual, podem atuar para o fortalecimento técnico-político dos CEREST e repensar uma nova RENAST?

Diante destas considerações, fica evidente que esses resultados, considerados com os seus limites, podem e devem subsidiar um novo movimento: o de repensar a descentralização da ST na Bahia.

Esta experiência de avaliação representa, deste modo, um ponto de partida para vários desdobramentos. Um deles, certamente, refere-se à continuidade desse processo, seja com o aprimoramento dos instrumentos a serem reaplicados a cada dois anos, seja com a realização de uma pesquisa operacional, de modo a incorporar instrumentos avaliativos bem fundamentados e sensíveis à perspectiva de rede, portanto para além dos CEREST. Certamente, esta potencialidade está em

grande parte relacionada ao modo como devemos sustentar e conduzir este processo: de forma participativa, aberta ao diálogo, permeável ao espanto, questionando o aparentemente óbvio e aprendendo criticamente com o nosso fazer cotidiano na busca pelo fortalecimento de ações integrais em Saúde do Trabalhador.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de atenção básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da atenção básica. *Planos estaduais para o fortalecimento das ações de monitoramento e avaliação da atenção básica - diretrizes e orientações* -. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/tdr_planos_estaduais.pdf>. Acesso em: 05 ago. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Avaliação para melhoria da qualidade e qualificação da estratégia saúde da família*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <<http://dtr2002.saude.gov.br/proesf/autoavaliacoes/home/pdf/Guia%20de%20Implanta%C3%A7%C3%A3o%20AMQ.pdf>>. Acesso em: 05 ago. 2011.

BAHIA. Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador. *Relatório da avaliação de desempenho dos CEREST 2008*. Salvador: CESAT, 2009a. Texto mimeografado.

_____. Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador. *Relatório do programa de educação permanente em ST 2007 – 2008*. Salvador: CESAT, 2009b. Texto mimeografado.

_____. Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador. *Documento propositivo da RENAST*. Salvador: CESAT, 2009c. Texto mimeografado.

_____. Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador. In: SEMINÁRIO DA RENAST BAHIA, 2007, Salvador. *Relatório...* Salvador: CESAT, 2007. Texto mimeografado.

_____. Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador. In: SEMINÁRIO DA RENAST BAHIA, 2009, Salvador. *Relatório...* Salvador: CESAT, 2009d. Texto mimeografado.

CONTANDRIOPOULOS, A-P et al. Avaliação na área de saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. A. (Ed.). *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de Programas*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ 1997. p. 29-47.

_____. et al. L´évaluation dans le domaine de la santé: concepts et méthodes. *Revue d'Epidemiologie et Santé Publique*, v. 48, n. 6, p. 517-539, dez. 2000.

_____. Princípios e padrões em meta-avaliação: diretrizes para os programas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 705-711, 2006.

GUBA, E. G.; LINCOLN, Y. S. *Fourth generation evaluation*. Newbury Park: SAGE Publications, 1989.

DIAS, E. C.; HOEFEL, M. G. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 817-828, 2005.

HARTZ, Z.M.A. Institutionalizing the evaluation of health programs and policies in France: cuisine internationale over fast food and sur mesure over ready-made. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 229-259, 1999.

HARTZ, Z. M. A. Pesquisa em avaliação da atenção básica: a necessária complementação do monitoramento. *Divulg. Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, n. 21, p. 29-35, 2000.

HARTZ, Z. M. A., VIEIRA-DA-SILVA L. M. (Org.). *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.

OUVERNEY, A. M. Os desafios da gestão em rede no SUS: situando a regionalização no centro da agenda estratégica da política de saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, n. 42, p. 12-22, 2008.

PATTON, M.Q. *Qualitative research & evaluation methods.2. (2nd Edition)*. Newbury Park, CA: Sage Publications, 2002.

TANAKA, O. Y.; MELO, C. Reflexões sobre a avaliação em serviços de saúde e a adoção das abordagens qualitativa e quantitativa. In: BOSI, M. L. M; MERCADO, F. J. (Org.). *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes, 2004. 90 p.

TRAD, L. A. B. et al. Estudo etnográfico de satisfação de usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. *Ciência & Saúde Coletiva*, n. 3, v. 7, p. 581-589, 2002.

SILVA, L. M. V.; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 10, p. 80-91, 1994.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. et al. Metodologia para análise da implantação de processos relacionados à descentralização da atenção à saúde no Brasil. In: HARTZ, Z; VIEIRA –DA-SILVA, L.M. (Org.). *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.

APÊNDICE

APÊNDICE - MATRIZ UTILIZADA PARA AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DOS CEREST: COMPONENTES, DIMENSÕES E SUBDIMENSÕES

COMPONENTE CONTEXTO
DIMENSÃO I: POLÍTICO-INSTITUCIONAL – 90 pontos
1. Projeto de Governo (30 pontos)
a) A Saúde do Trabalhador está contida no eixo da Vigilância à Saúde (10 pontos) ou em outros eixos do Plano Municipal de Saúde - PMS (6 pontos)
b) O Plano de Ação de Saúde do Trabalhador está aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde (3 pontos)
c) O CEREST Regional está formalmente inserido na estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde (5 pontos)
d) O Código Sanitário do município sede de CEREST apresenta conteúdo de Saúde do Trabalhador (5 pontos)
e) A gestão municipal desenvolve estratégias para a regulamentação dos direitos trabalhistas dos profissionais (7 pontos)
2. Capacidade de Governo (30 pontos)
a) O técnico responsável pela coordenação do CEREST foi selecionado considerando sua formação na área de ST e/ou Saúde Coletiva e/ou experiência prévia (5 pontos)
b) O(a) coordenador(a) do CEREST está trabalhando na coordenação (até 3 pontos)
c) O quantitativo de profissionais do quadro técnico do CEREST se enquadra nos itens (10 pontos)
d) O Secretário Municipal de Saúde tem autonomia para realizar as despesas relacionadas à Saúde do Trabalhador e utilizar o recurso da RENAST (2 pontos)
e) Todos os profissionais que atuam no CEREST são concursados e/ou concursados e contratados (6 pontos)
f) Metade ou mais da metade dos técnicos NS atuais estão no CEREST desde a sua inauguração (4 pontos)
3. Governabilidade (30 pontos)
a) A gestão municipal possui base política de apoio à Saúde do Trabalhador na Câmara de Vereadores (3 pontos)
b) A gestão municipal libera recursos para deslocamento e diárias dos técnicos para participação de eventos quando solicitado (5 pontos)
c) A gestão municipal disponibiliza, quando solicitado, os recursos necessários para a produção e impressão, de no mínimo 02 peças/ano, de material comunicacional do CEREST (4 pontos)

d) A gestão municipal disponibiliza, quando solicitado, recursos para a aquisição de materiais permanentes necessários ao funcionamento e ao desenvolvimento das ações do CEREST (6 pontos)
e) A gestão municipal facilita o acesso às informações para acompanhamento dos gastos com as ações de Saúde do Trabalhador (3 pontos)
f) O Fundo Municipal de Saúde mantém conta específica para o recurso RENAST (3 pontos)
g) A gestão municipal utiliza os recursos da RENAST para pagamento de pessoal, na proporção (3 pontos)
h) A gestão municipal apresenta a prestação de contas dos recursos financeiros da RENAST ao controle social (3 pontos)
COMPONENTE GESTÃO
DIMENSÃO II: PRÁTICAS DE GESTÃO E ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇOS - 120 pontos
1. Planejamento e programação das ações (20 pontos)
a) O Plano de Ação (PA) foi elaborado com apoio e participação coletiva dos técnicos do CEREST (3 pontos)
b) O Plano de Ação foi elaborado com a participação do controle social (3 pontos)
c) O Plano de Ação foi elaborado com a participação dos demais setores da SMS (3 pontos)
d) O Plano de Ação foi elaborado com a participação das DIRES (3 pontos)
e) As prioridades definidas no Plano de Ação estão compatíveis com o potencial de trabalho do CEREST Regional (3 pontos)
f) Os Planos Operativos (PO) são elaborados coletivamente com a participação da equipe técnica e de apoio do CEREST (5 pontos)
2. Mecanismos de monitoramento das ações (10 pontos)
a) A equipe técnica do CEREST realiza análises regulares e sistemáticas das ações contidas no Plano de Ação, pelo menos uma vez por ano (3 pontos)
b) A equipe técnica do CEREST realiza análises regulares e sistemáticas das ações contidas no Plano Operativo, pelo menos semestralmente (5 pontos)
c) A equipe do CEREST realiza o monitoramento do Plano de Ação ou Operativo com a participação do controle social (2 pontos)
3. Articulação intrasetorial (setor saúde) e intersetorial (15 pontos)
a) A equipe do CEREST desenvolve atividades integradas com a(s) DIRES (2 pontos)
b) O desenvolvimento de atividades do CEREST está integrado com as demais vigilâncias da SMS (4 pontos)
c) O CEREST desenvolve atividades integradas com órgãos/sociedade civil – Sindicatos, Conselho Municipal de Saúde, INSS, DRT, Ministério Público (4 pontos)
d) O desenvolvimento de atividades de atenção à saúde em ST está integrado com atenção básica e Média Complexidade ambulatorial e hospitalar (3 pontos)

4. Mecanismos de processos de decisão com participação do controle social (20 pontos)
e) O Conselho Gestor está constituído e realizando reuniões sistemáticas (6 pontos)
f) O Controle social está apoiando o CEREST nas decisões junto ao Gestor municipal (6 pontos)
g) A Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador - CIST no município está Instalada () 8 pontos / Em processo de instalação () 6 pontos
5. Sistema de informação e gerenciamento (25 pontos)
a) O CEREST ou SMS alimenta de forma regular o Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde - SIA/SUS (5 pontos)
b) O CEREST ou SMS alimenta, regularmente, o Sistema de Informações de Notificação de Agravos Notificáveis - SINAN (5 pontos)
c) O CEREST possui sistema de gerenciamento das ações instalado (5 pontos)
d) O sistema de informação em saúde SINAN está instalado no CEREST (5 pontos)
e) A equipe técnica do CEREST faz uso dos dados dos sistemas de informação para planejamento das ações de ST (5 pontos)
6. Organização administrativa e acesso ao serviço (15 pontos)
a) O CEREST funciona nos dois turnos (5 pontos)
b) No CEREST existem fluxos internos implantados que garantem atendimento articulado dos diferentes profissionais, de modo a propiciar a atenção integral (5 pontos)
c) No CEREST existem funções/atividades específicas, previamente estabelecidas, para os profissionais (5 pontos)
7. Estratégias de integração na rede SUS (15 pontos)
a) O CEREST está integrado na organização da referência e contrarreferência dos pacientes às unidades da rede SUS (5 pontos)
b) A Central de Regulação / Marcação disponibiliza dados dos serviços para os trabalhadores referenciados pelo CEREST (5 pontos)
c) Existe a garantia de cotas para atendimento aos trabalhadores encaminhados pelo CEREST (5 pontos)
COMPONENTE GESTÃO
DIMENSÃO III: INFRAESTRUTURA DO CEREST - 50 pontos
1. Sede de CEREST (15 pontos)
a) O CEREST possui instalações físicas adequadas para o funcionamento da unidade (5 pontos)
b) O CEREST dispõe de espaço adequado, com recepção, sala de espera, consultórios, sala de reuniões e outros ambientes (4 pontos)

c) O CEREST possui espaço reservado para livros, revistas, informativos, vídeos e demais documentos sobre ST (4 pontos)
d) A localização do CEREST é de acesso fácil aos trabalhadores (2 pontos)
2. Instalações no CEREST (8 pontos)
a) O CEREST possui telefone fixo e/ou aparelho de fax em funcionamento (4 pontos)
b) O CEREST possui acesso à internet (4 pontos)
3. Disponibilidade de material de consumo para provisão sistemática e regular do CEREST (5 pontos)
a) Existe disponibilidade de material de consumo para todas as atividades realizadas no CEREST: Boa () 05 pontos / Regular () 03 pontos
4. Manutenção preventiva e corretiva (7 pontos)
a) O CEREST realiza manutenção preventiva e corretiva de sua estrutura física e equipamentos (4 pontos)
b) O veículo do CEREST recebe manutenção preventiva adequada e periódica e corretiva quando necessário (3 pontos)
5. Disponibilidade do veículo do CEREST (10 pontos)
a) O veículo do CEREST é usado: exclusivamente pelo CEREST () 10 pontos/pelo setor de transporte da SMS ou Prefeitura e disponibilizado para o CEREST somente quando solicitado () 07 pontos
6. Segurança da sede (5 pontos)
a) O CEREST possui sistema de vigilância para os profissionais e usuários (3 pontos)
b) O CEREST possui segurança do patrimônio (2 pontos)
COMPONENTE ATENÇÃO EM ST
DIMENSÃO V: PRÁTICAS DE ATENÇÃO E VIGILÂNCIA À SAÚDE DO TRABALHADOR NO CEREST – 150 pontos
1. Vigilância em ambientes e processos de trabalho (70 pontos)
a) O CEREST identifica e mantém, na unidade, informações, perfis e indicadores referentes ao município sede de CEREST e/ou área de abrangência, necessários ao planejamento e desenvolvimento de atividades de vigilância em ST (3 pontos)
b) O CEREST utiliza como fonte de informação banco de dados de outros órgãos públicos (Secretaria Municipal ou Estadual da Fazenda), a fim de conhecer e acompanhar as empresas em atividade no município (3 pontos)
c) O CEREST realiza cadastramento de empresas a partir da definição prévia de critérios de elegibilidade (5 pontos)
d) O CEREST realiza inspeções a partir de: Levantamento diagnóstico das atividades produtivas do município utilizando critérios de elegibilidade () 03 pontos / Pacientes assistidos na unidade () 03 pontos / Demanda externa () 03 pontos / Duas ou três das opções anteriores () 6 pontos

e) O CEREST realizou, no ano em curso, inspeção com elaboração e conclusão de relatório técnico em: 10 ou mais empresas () 15 pontos / 5 a 9 empresas () 10 pontos / 2 a 4 empresas () 05 pontos
f) O CEREST acompanhou as recomendações propostas nos relatórios técnicos elaborados (7 pontos)
g) O CEREST realiza investigações dos acidentes de trabalho (6 pontos)
h) O percentual das investigações realizadas pelo CEREST em relação às notificações de acidentes graves e com óbito foi: 80% ou mais () 15 pontos / 50 a 79% () 10 pontos / 20 a 49% () 05 pontos
i) O CEREST elabora e executa projetos de intervenção na área de vigilância em saúde do trabalhador (10 pontos)
2. Organização e operacionalização da rede sentinela (25 pontos)
a) Existem três unidades sentinela em ST implantadas no município sede de CEREST (10 pontos)
b) Existe fluxo de informação em ST estabelecido com definição de responsabilidades por serviço/unidade (5 pontos)
c) As unidades sentinela implantadas estão informando regularmente no SINAN (5 pontos)
d) O CEREST realiza o acompanhamento e a análise das informações de forma articulada com a(s) DIRES (5 pontos)
3. Assistência à saúde do trabalhador (55 pontos)
a) O CEREST conhece e desenvolve estratégias da Política do Humaniza SUS (4 pontos)
b) O CEREST realiza atendimento interdisciplinar (4 pontos)
c) O CEREST realiza atividades de grupo/oficinas terapêuticas relacionadas aos projetos desenvolvidos ou de acordo com as demandas/problemas prioritários identificados (10 pontos)
d) O CEREST realiza atividades de educação em saúde em sala de espera (5 pontos)
e) Os prontuários abertos correspondem a, no mínimo, 50% dos pacientes que demandam o serviço do CEREST (12 pontos)
f) O percentual de investigações diagnósticas concluídas pelo CEREST corresponde a: 70% ou mais () 20 pontos / Entre 50 e 70% () 10 pontos
COMPONENTE ATENÇÃO EM ST
DIMENSÃO VI: PRÁTICAS COLETIVAS DE COMUNICAÇÃO E FORMAÇÃO EM ST NO MUNICÍPIO SEDE DE CEREST - 80 pontos
1. Comunicação em Saúde do Trabalhador (15 pontos)
a) O CEREST organiza e realiza eventos relacionados à área de ST (6 pontos)
b) O CEREST utiliza meios de comunicação para a promoção da ST ou divulgação de suas atividades (5 pontos)

c) O CEREST utiliza peças comunicacionais (folheto, folder, cartaz, faixa, banner) para divulgação da política e/ou ações da área da ST (4 pontos)
2. Divulgação da situação de ST (15 pontos)
a) O CEREST divulga dados de ST em boletins ou outros documentos de difusão da informação (10 pontos)
b) O CEREST retorna aos profissionais das unidades sentinelas do SUS, informações produzidas através dos dados de ST por eles registrados no SINAN (5 pontos)
3. Realização de Estudos (10 pontos)
a) O CEREST realiza e divulga estudos utilizando o conjunto de informações e saberes produzidos na Unidade (10 pontos)
4. Educação Permanente em Saúde do Trabalhador (40 pontos)
a) O CEREST realiza atividades de formação voltadas aos profissionais do Centro Regional por iniciativa da unidade (10 pontos)
b) Profissionais do CEREST participaram do processo de educação permanente desenvolvido pelo DIVAST/ CESAT (5 pontos)
c) O CEREST realizou capacitação de equipes de PACS/PSF do município sede do CEREST nos 2 últimos anos (7 pontos)
d) O CEREST realiza atividades voltadas à capacitação de profissionais e técnicos de unidades sentinela (8 pontos)
e) O CEREST organiza e realiza atividades de formação para representantes do controle social (8 pontos)
f) O CEREST mantém articulação com instituições de ensino para envolvimento dos alunos nas atividades desenvolvidas pelo Centro Regional (7 pontos)
COMPONENTE ATENÇÃO EM ST.
DIMENSÃO VII: PRÁTICAS DE ST NOS MUNICÍPIOS DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA, EXCLUINDO O MUNICÍPIO SEDE DE CEREST - 70 pontos
1. Vigilância em ambientes e processos de trabalho (25 pontos)
a) O CEREST realiza inspeções/investigações em ambientes de trabalho nos municípios da sua área de abrangência: O CEREST realizou inspeção/investigação em 2 ou mais municípios da área de abrangência () 12 pontos / O CEREST realizou inspeção/investigação em 1 município da área de abrangência () 7 pontos.
b) O CEREST acompanhou recomendações técnicas de relatório elaborado em empresa situada em município da área de abrangência (3 pontos)
c) O percentual das investigações realizadas pelo CEREST em relação às notificações de acidentes graves e com óbito foi: 80% ou mais () 10 pontos / 50 a 79% () 5 pontos / 20 a 49% () 3 pontos.

2. Assistência em Saúde do Trabalhador (10 pontos)
a) O CEREST atende pacientes dos municípios da sua área de abrangência. Em relação ao encaminhamento destes pacientes: O CEREST é procurado para atender os pacientes de municípios da sua área de abrangência após estabelecimento prévio de fluxo. () 7 pontos / O CEREST é procurado para atender os pacientes de municípios da sua área de abrangência sem estabelecimento prévio de fluxo. () 3 pontos.
b) O CEREST mantém fluxo de referência e contrarreferência para atendimento dos trabalhadores de, no mínimo, um município da área de abrangência (3 pontos)
3. Rede Sentinela (15 pontos)
a) O CEREST analisa e monitora os dados do SINAN dos municípios da área de abrangência (4 pontos)
b) O CEREST desenvolve ações com municípios da sua área de abrangência para implantação e implementação de unidades sentinela e NUSAT (4 pontos)
c) O CEREST articula com as DIRES da sua área de abrangência para que as mesmas possam participar da implantação e acompanhamento da rede sentinela (4 pontos)
d) O CEREST realizou visitas à NUSAT e/ou unidade sentinela em municípios da sua área de abrangência (3 pontos)
4. Educação permanente em Saúde do Trabalhador (10 pontos)
a) O CEREST realiza orientação/capacitação em ST de técnicos da área de vigilância dos municípios da sua área de abrangência (5 pontos)
b) O CEREST realiza capacitação de técnicos da área de assistência dos municípios da sua área de abrangência (5 pontos)
5. Comunicação em Saúde do Trabalhador (10 pontos)
a) O CEREST realiza eventos envolvendo gestor e/ou técnicos das Secretarias Municipais de Saúde da sua área de abrangência (5 pontos)
b) O CEREST realiza eventos envolvendo as DIRES da sua área de abrangência