

TARCÍSIO MÁRCIO MAGALHÃES PINHEIRO

**VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR NO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE:
A VIGILÂNCIA DO CONFLITO E O CONFLITO
DA VIGILÂNCIA**

Este exemplar corresponde à versão final da tese de Doutorado, apresentada ao Curso de Pós Graduação em Medicina área de Saúde FCM/UNICAMP, para obtenção do título de Doutor em Medicina área de Saúde Coletiva, do aluno TARCÍSIO MÁRCIO MAGALHÃES PINHEIRO.

Campinas, 09 de setembro de 1996.


Prof. Dr. EVERARDO DUARTE NUNES

- ORIENTADOR -

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

CAMPINAS

1996

TARCÍSIO MÁRCIO MAGALHÃES PINHEIRO

**VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR NO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE:
A VIGILÂNCIA DO CONFLITO E O CONFLITO
DA VIGILÂNCIA**

**Tese apresentada ao Curso de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva, a nível de Doutorado, do
Departamento de Medicina Preventiva e Social da
Faculdade de Ciências Médicas**

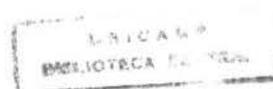
Orientador: Professor Doutor René Mendes

Co-orientador: Professor Doutor Everardo Duarte Nunes

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

CAMPINAS

1996



UNIDADE	BC
N.º CHAMADA:	UNICAMP
	P654v
V	Ex
T	35300
F	395/98
	D <input checked="" type="checkbox"/>
PREÇO	R\$ 11,00
DATA	02/10/98
N.º CPD	

CM-00117595-3

P654v Pinheiro, Tarcísio Márcio Magalhães
 Vigilância em Saúde do Trabalhador
 no SUS: a vigilância do conflito e o
 conflito da vigilância/Tarcísio Márcio
 Magalhães Pinheiro. Belo Horizonte,
 1996.

189 p.

Tese. (Doutorado). Saúde Coletiva.
 Faculdade de Medicina da UFMG.

1. Saúde ocupacional 2. Trabalhadores
 3. Vigilância epidemiológica 4. Vigilân-
 cia sanitária 5. Sistema de saúde I. Tí-
 tulo

NLM: WA 400

CDU: 614.8:331.822

Banca examinadora da tese de Doutorado:

**VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR NO SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE: A VIGILÂNCIA DO CONFLITO E O CONFLITO DA VIGILÂNCIA**

Orientador: Professor Doutor René Mendes

Co-orientador: Professor Doutor Everardo Duarte Nunes

Membros:

- 1 - Volney de M. Côico
- 2 - Roberto
- 3 - Vergil de Lacerda
- 4 - Leandro Coriatto
- 5 - ES Junqueira

Curso de pós-graduação em Medicina, área Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências
Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 09 / 03 / 96

Dedico esta tese à

RAQUEL, doce e eterno amor da minha vida

BRUNO, DANIEL e THIAGO (*in memoriam*),

meus filhos queridos

JOSÉ e HELENA, amados e preciosos pais

TÂNIA, TAÍS, JOSIMAR, RUDÁ, UIRÁ e THAYNÁ,

estimadas irmãs, cunhado e sobrinhos

ESTER, sogra amiga

AGRADECIMENTOS

Agradecer é reconhecer que a caminhada não foi solitária. Felizmente! Muitos compartilharam comigo os bons e os maus momentos. As ajudas e os incentivos vieram das mais diversas e inesperadas formas - e como foram importantes!

Mesmo correndo o risco dos esquecimentos, gostaria de externar minha gratidão a algumas pessoas em particular.

Primeiro, agradeço imensamente ao Professor René Mendes, que com suas orientações construtivas, competentes e gestos de grande amizade, muito contribuiu para a realização deste trabalho.

Sou muito grato também ao Professor Everardo Duarte Nunes, que em inúmeras ocasiões presenteou-me com suas reflexões, sugestões e atitudes generosas, que jamais serão esquecidas.

Há vários anos tenho a satisfação de conviver com a Profa. Elizabeth Costa Dias, profissional brilhante e incansável. Do começo ao fim desta tese a Beth esteve presente, contribuindo com o possível e o impossível. Suas críticas e sugestões foram decisivas para a conclusão deste trabalho.

O Prof. Heleno Rodrigues Corrêa Filho e a Profa. Ana Maria Segal Corrêa alimentaram discussões essenciais para este trabalho e me acolheram de um modo pleno e inesquecível. Se amigo é para se guardar a sete chaves, eu os guardo a oito, a dez, a...
Extendo meus agradecimentos à Laura, ao Felipe e à Bárbara.

Sou muito grato à Profa. Maria Suzana de Lemos Souza que socorreu-me num momento muito difícil. Além de trazer preciosas contribuições para a organização, configuração, conteúdo e apresentação deste trabalho, trouxe-me seu profissionalismo, sua competência e sua solidariedade.

Agradeço ao Departamento de Medicina Preventiva e Social da FCM/UNICAMP na figura dos professores Marilisa Berti de Azevedo Barros, Manildo Fávero, Djalma de Carvalho Moreira Filho, Ana Maria Canesqui e da funcionária D.Lina pelo excelente curso e pelas condições de trabalho que me foram propiciadas.

À Profa. Andréa Maria Silveira, à Profa. Jandira Maciel da Silva e ao Dr. Ricardo José dos Reis, colegas do Ambulatório de Doenças Profissionais/HC/UFMG, agradeço-lhes pelas discussões, pelo incentivo e amizade que me dispensaram. Valeu muito.

Sou grato aos colegas do Departamento de Medicina Preventiva e Social da FM/UFMG, que acreditaram e deram o apoio institucional necessário para a realização deste trabalho, especialmente à Profa. Soraya de Almeida Belisário.

Agradeço à Profa. Raquel Maria Rigotto pelas leituras críticas das versões iniciais do segundo capítulo.

Quero deixar meus agradecimentos também ao Dr. Joaquim Sebastião Martins Júnior e à acadêmica Carolina Coimbra Marinho pelas indagações e estímulos.

As discussões com os colegas do Núcleo de Vigilância à Saúde do Trabalhador (NUVIST) foram muito úteis, gratificantes e orientadoras em diversos momentos deste trabalho.

Ao longo desta caminhada tive o prazer de conhecer e receber inúmeras contribuições de destacados profissionais da área de Saúde do Trabalhador, dentre os quais, agradeço em especial, a Marco Antônio Vasconcelos Rego, Francisco Antônio de Castro Lacaz, Sérgio Antônio Martins Carneiro, José Carlos do Carmo, Jorge Machado, Luis Carlos Fadel Vasconcelos, Fátima Sueli Neto Ribeiro, Jacinta de Fátima Sena da Silva, Cibele G. de Mello Osório, Leila Mora Faccio, Leiliane Coelho André Amorim, Paulo Roberto Gutierrez e a Marco Antônio Gomes Pérez.

Aos amigos Maria Laura Mayrink Sabinson e Eric Sabinson agradeço pelas mais diversas ajudas e pela valiosa convivência social.

Sou grato a Pitucha pelos momentos lúdicos, e em especial a Bruno Lopes Pinheiro e Daniel Lopes Pinheiro pelo amor e pela paciência de conviver com um pai em "estado de tese". Agradeço a Raquel Miranda Lopes pelo constante amor, incentivo e companherismo ao longo destes anos.

Meus agradecimentos a Elza Helena Almeida Hugo pela catalogação e a Lúcia Maria de Moraes Miranda pela primorosa formatação final.

Por fim, agradeço ao Programa Institucional de Capacitação de Docentes (PICD/UFMG/CAPES) e a UNICAMP pelo suporte financeiro e pela possibilidade de concretização desta tese.

RESUMO

Analisou-se o processo histórico de construção da Vigilância em Saúde do Trabalhador (VIST) no Sistema Único de Saúde (SUS). Foram abordados os principais marcos teóricos e experiências internacionais e nacionais que inspiraram e contribuíram para a emergência da VIST no SUS. Estudaram-se algumas dimensões do movimento político, social, jurídico, institucional, técnico e científico que acompanharam o desenvolvimento da VIST no SUS. Foram analisadas as principais características conceituais e metodológicas das práticas de VIST no SUS, onde se percebeu uma ênfase na participação dos trabalhadores na VIST enquanto sujeitos e principais protagonistas na luta pela melhoria e transformação dos processos de trabalho e da sociedade. Verificou-se que o elemento principal que norteou a trajetória da VIST no SUS foi a sua natureza eminentemente conflitiva e anti-hegemônica. Foram também apresentados alguns limites e perspectivas para a prática da VIST estatal no Brasil.

SUMÁRIO

página

1. INTRODUÇÃO	1
2. REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO	7
2.1 O MARCO TEÓRICO	8
2.2 A CONSTRUÇÃO DO OBJETO	11
2.3 A TESE CENTRAL	17
2.4 OS OBJETIVOS	19
2.5 A METODOLOGIA	20
2.5.1 Princípios gerais	20
2.5.2 Pesquisa bibliográfica	21
3. VIGILÂNCIA EM SAÚDE PÚBLICA	23
3.1 O TERMO VIGILÂNCIA	23
3.2 A VIGILÂNCIA EM SAÚDE	24
3.3 HISTÓRIA DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE PÚBLICA	30

3.3.1 Marcos de uma história mais remota	30
3.3.2 Marcos de uma história mais moderna	36
3.4 A VIGILÂNCIA EM SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL	44
3.5 A VIGILÂNCIA À SAÚDE	58
4. A VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR NO EXTERIOR	69
4.1 A VIGILÂNCIA NA PERSPECTIVA DAS AGÊNCIAS INTERNACIONAIS.....	71
4.2 A VIGILÂNCIA NA PERSPECTIVA DE ALGUMAS AGÊNCIAS E INSTITUIÇÕES ESTRANGEIRAS	83
5. A VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR NO BRASIL.....	104
5.1 ATÉ 1988: PLANTANDO IDÉIAS E PRÁTICAS	107

5.2 PÓS-CONSTITUIÇÃO DE 1988: INSTITUCIONALIZANDO E INCREMENTANDO A VIGILÂNCIA NO SUS	120
5.3 VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR HOJE NO SUS: A VIGILÂNCIA DO CONFLITO E O CONFLITO DA VIGILÂNCIA ...	145
5.3.1 A vigilância do conflito	146
5.3.2 O conflito da vigilância	150
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	156
7. SUMMARY.....	161
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	162

1. INTRODUÇÃO

A Vigilância em Saúde do Trabalhador (VIST) no Brasil, vem se constituindo num importante tema de estudo e de preocupação teórica e prática para diversos e distintos atores sociais, sobretudo a partir de fins da década de 80 e começo dos anos 90.

Os alicerces da VIST já haviam sido lançados historicamente antes de 1988, mas com a promulgação da nova Constituição Federal em 1988 e com a Lei Orgânica da Saúde nº 8080/90, a questão da Vigilância adquiriu uma relevância maior e passou a fazer parte, de modo central e explícito ainda que incipiente, das políticas públicas de Saúde do Trabalhador no interior da Sistema Único de Saúde (SUS). Esta incorporação jurídico-constitucional de seus princípios básicos deu o impulso mais visível, ampliado e determinante ao processo de reflexão e construção da vigilância no SUS. Estava sendo assim lançado o grande desafio que era e é o de se conceber, traçar, executar e consolidar as ações de VIST no SUS. Este foi sem dúvida, um marco e um momento muito rico e novo, para o setor saúde/SUS. A atenção à saúde do trabalhador foi recolada no setor saúde, e não apenas na sua esfera da assistência mas também na da vigilância.

Tal procedimento jurídico-institucional veio trazer profundas modificações na estrutura do quadro da atenção à saúde dos trabalhadores e ao mesmo tempo que trazia avanços e correções, fez emergir uma série de contradições e tensões. Estes conflitos que são de distintas matrizes, se localizam também no interior do próprio aparelho de Estado

e nas relações deste com os trabalhadores e empregadores.

Dentro deste contexto de contradições e conflitos, a Vigilância ganhou enorme destaque e gerou um cenário de disputas e lutas árduas e acaloradas. Estas disputas passam por várias questões como veremos ao longo deste trabalho, mas a princípio uma merece uma citação especial: quem tem competência legal e poder de fato para ter acesso e intervir nos ambientes de trabalho? Neste ponto em particular fica evidente uma grande tensão institucional inter-setorial. O Ministério do Trabalho historicamente responsável pelas ações de fiscalização dos ambientes do trabalho depara de frente e concorrentemente com o Ministério da Saúde num mesmo espaço, uma vez que este com a Constituição Federal de 1988, passou a ser o responsável pelas ações de vigilância à Saúde do Trabalhador.

Neste pano de fundo da disputa pela intervenção estatal nos ambientes de trabalho, dois conceitos e práticas importantes ganharam o centro das discussões e dos embates jurídicos e institucionais: **vigilância** e **fiscalização**. Estes dois conceitos que eram empregados quase que sem atritos e às vezes até despreziosamente enquanto sinônimos, passaram a ser vistos e usados de modo diferente. Neste novo contexto, vigilância e fiscalização significam espaços e práticas que se dizem fundamentalmente distintas, ainda que passíveis de articulação e complementariedade. Vem ocorrendo todo um movimento no sentido de se delimitar campos, de se definir e redefinir o que é, o que faz, como faz, com quem se faz a vigilância e a fiscalização na área de Saúde do Trabalhador.

Este quadro novo não se restringe apenas aos muros internos do Estado/Governo. Estas fissuras e contradições inter-setoriais nos aparelhos de Estado têm impactos e

consequências para os outros dois grandes atores sociais mais diretamente em relação: trabalhadores e empregadores. Possíveis modificações no caráter e na forma de intervenção do Estado sobre os ambientes de trabalho podem significar uma ameaça ou um ganho para aqueles dois atores em relação de conflito (BERLINGUER, 1983; BERMAN, 1983; REICH & GOLDMAN, 1984). Esta turbulência no interior do Estado não tem passado despercebida e indiferente pelos atores citados. A dinâmica política e alguns instrumentos jurídicos captaram esta apreensão dos atores sociais em foco e os seus posicionamentos diante da nova realidade.

Foi ficando evidente que a questão da VIST não se resumia apenas a um punhado de letras jurídicas mortas, insípidas, mas se tratava de um processo social extremamente relevante, polêmico, instigante, complexo, contraditório, dinâmico e em aberto.

Reforçando este ponto de vista, tanto nos meios acadêmicos como nos dos serviços de saúde, a partir do início da década de 90, começam a serem realizados por todo o Brasil, uma série de eventos, encontros, seminários, debates com o intuito de se conhecer, discutir, trocar experiências, refletir e sobretudo buscar estratégias para se inserir, viabilizar e expandir a VIST no SUS. A vigilância passou a ganhar cada vez mais espaço e importância no interior do nascente setor da Saúde do Trabalhador, adquirindo contornos próprios e uma certa especificidade. Se por ocasião da I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador ocorrida em 1986 a Vigilância apareceu de modo tímido e diluído (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR, 1986), na II Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador em 1994, ela ganhou grande destaque na

agenda dos trabalhos realizados naquele fórum (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR, 1994). Definitivamente a VIST tinha entrado em cena, não podia mais ser ignorada, desmerecida ou postergada.

Esta tese é parte e fruto deste momento histórico marcado sobretudo pelo imenso desafio de se refletir e organizar uma prática nova, em construção, contra-hegemônica, complexa, inserida num sistema de saúde com dificuldades estruturais, e numa sociedade permeada pelos conflitos, pela desigualdade e injustiça social, num mundo econômica e culturalmente globalizado e em transformação acelerada e heterogênea. Diante deste amplo contexto de determinação, é bom que se diga que esta tese pretende ser apenas uma modesta contribuição, reconhecendo que os "olhares" podem ser múltiplos e distintos, e este é tão somente mais um olhar tentando registrar e refletir a VIST no SUS.

Alguns aspectos da Vigilância e da VIST ocuparam o centro das preocupações desta tese e se traduziram nos capítulos e tópicos que compuseram este trabalho.

No capítulo 2 procuramos identificar os elementos principais do marco teórico geral que sustentou e norteou este estudo. Ainda neste capítulo descrevemos os caminhos metodológicos percorridos, a hipótese central desta tese, seus objetivos e a pesquisa bibliográfica realizados.

No capítulo 3 buscamos reconstruir as origens e as trajetórias das principais práticas de vigilância em saúde pública a nível dos Estados, tanto na esfera internacional como na esfera nacional. Esta reconstrução teve sempre uma preocupação de investigar e procurar estabelecer um diálogo e pontos de convergência entre a vigilância em saúde

pública e a vigilância em saúde do trabalhador.

No capítulo 4 modificamos a situação e procuramos captar como a vigilância foi ganhando visibilidade e se inserindo no campo das relações entre saúde e trabalho. Neste capítulo abordei apenas o plano externo, tentando identificar que importância e que significados vinha tendo a vigilância para as principais agências internacionais e estrangeiras ao longo do tempo. Paralelamente a este procedimento, tentamos estabelecer que princípios e abordagens desenvolvidas no exterior deixaram suas marcas, influências e inspirações para a nascente vigilância em saúde do trabalhador no Brasil.

No capítulo 5 procuramos traçar a trajetória da VIST no Brasil, desde as suas consideradas primeiras vivências no setor saúde, por volta de meados da década de 80, até o término do ano de 1995 e suas principais características hoje no SUS. Este breve espaço de tempo cronológico correspondeu a um rico processo social de inserção da VIST no cenário nacional, sobretudo a nível do SUS. Para exposição neste capítulo, sub-dividimos a trajetória da VIST em dois sub-períodos cujos divisores de limites são a Constituição de 1988 e a Lei Orgânica da Saúde. Procuramos dar visibilidade à questão da VIST através do seu estudo nos chamados Programas de Saúde do Trabalhador (PST), nas políticas públicas específicas e nos seus fóruns, nos instrumentos jurídicos, nos encontros técnicos e científicos, na produção acadêmica e científica. Embora se reconheça as diversidades de conteúdo e apresentação do nosso objeto, buscamos traçar um perfil básico das características que dão uma certa unicidade às práticas de VIST no SUS. Dentre estas características, uma particularmente chamou-nos a atenção: sua natureza conflitiva. Este

aspecto da VIST no SUS permeou toda sua trajetória e pareceu-nos ser o elemento decisivo para sua história, seu presente e talvez seu futuro.

No capítulo 6 fechando este trabalho e dentro de uma perspectiva de provisoriedade, são apresentadas as impressões e as considerações finais.

2. O REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

As questões de ordem teórica e metodológica, longe de se constituírem em campos consensuais, secundários, simples e acabados, são pontos de grandes embates, controvérsias, dificuldades e desafios no delineamento e desenvolvimento de uma pesquisa.

Este trabalho não foi diferente dos demais. Deparamos com uma série infundável de questionamentos e dúvidas, que por várias vezes nos "levaram à lona" e nos mostraram que era preciso aprimorar mais e estimular a criatividade numa tentativa de se superar os obstáculos e apreender melhor o objeto de estudo.

Infelizmente (e felizmente), o caminho não estava pronto. Não se tratava naturalmente de reinventar a roda, mas por outro lado, constatamos que a rota não estava totalmente traçada nem tão pouco detalhada.

MINAYO(1992) resgata com muita propriedade este aspecto "do por fazer", da criatividade e do esforço que a atividade de pesquisa geralmente tem e/ou exige para sua realização. Esta característica subjetiva e necessária, muito das vezes é negada, esquecida, desconsiderada ou antagonizada diante de uma suposta "impessoalidade", "objetividade", "reprodutividade" e "rigor científico", princípios estes básicos da ciência positivista.

O título principal deste capítulo - questões teórico-metodológicas - foi assim dado com o intuito principal de se ressaltar e colocar sob "um mesmo teto" aqueles aspectos de um trabalho que no nosso entendimento e de alguns autores

(GONÇALVES, 1986; MINAYO, 1992), estão intimamente imbricados. A teoria e o método caminham e se constroem juntos, num processo de auto e mútuo engendramento.

De acordo com MINAYO(1992), teoria é "um conjunto inter-relacionado de princípios e definições que servem para dar organização lógica a aspectos selecionados da realidade empírica" e metodologia é "o caminho e o instrumental próprios de abordagem da realidade".

No nosso entendimento, teoria e metodologia são vistas como as duas faces de uma mesma moeda.

No entanto, por uma questão de apresentação, optamos por dividir em sub-ítem esse capítulo, para facilitar a análise e a crítica do leitor.

2.1 O MARCO TEÓRICO

As noções gerais da diversidade, da totalidade, da dinamicidade, da historicidade, da contradição e da não-neutralidade da construção e das práticas sociais, desencadeou, perpassou e inquietou constantemente este trabalho.

A identificação destas categorias e princípios foi fundamental e determinante para a escolha, definição e construção de um marco teórico geral que pudesse dar sustentação e consistência ao objeto deste estudo.

Reconhecemos que esta "visão de mundo" tal como muitos, de forma alguma é

neutra ou ao acaso (LOWY, 1978; GONÇALVES, 1986, MINAYO, 1992). Aceitamos que ela é historicamente construída tendo como pano de fundo as relações sociais de classes e seus desdobramentos nas diversas instâncias de uma dada sociedade. Este "viés" desta "visão de mundo", se assim pode ser chamado, de forma alguma é aqui negado ou minimizado.

Na verdade, mais do que um viés, é uma condição estrutural e inevitável uma vez que tanto o autor quanto o objeto de estudo estão inseridos numa dada realidade social e estabelecem com esta uma relação. Por mais que não se queira, ao se estudar um dado objeto, o sujeito transfere e incorpora ao mesmo, princípios de sua própria relação com a realidade (MINAYO, 1993). Portanto, não é possível a neutralidade.

Procurou-se, no entanto, ficar alerta para evitar incorrer no erro exarcebado do "tendencionismo dogmático e ingênuo" ou no da "hipertrofia do ativismo político-ideológico" por se entender que "forçar a barra, aprisionar e deturpar a realidade" costuma não propiciar um entendimento de boa qualidade. Tal prática, freqüentemente nos conduz àquela célebre e frustrante, mas igualmente pedagógica constatação: a realidade costuma insistir em nos contrariar e se apresentar de forma diferente da qual a imaginávamos ou a desejávamos.

Por sua vez, reconhece-se que a realidade não é algo dado, imediato, que se apresenta e se diz por si própria. Os fatos, os atos, as relações têm ~~significados~~ e intencionalidades (MINAYO, 1992). Interpretar uma dada realidade é sobretudo uma atividade de construção, de infinitos modos segundo LOWY(1978) e que traduzem suas

dimensões objetiva e subjetiva, como bem ressalta MINAYO(1992).

Um outro ponto de dificuldade e de limite é o que diz respeito ao caráter dinâmico da realidade que "insiste em se transformar a cada momento" ludibriando caprichosamente e acintosamente nossos "melhores e mais potentes" marcos teóricos e metodológicos. Sobre esta questão, GONÇALVES (1986) nos diz com muita pertinência e propriedade : "a pesquisa é processual porque é processual a realidade a que ela se aplica".

Este trabalho, a despeito de reconhecer toda a dificuldade, diversidade e complexidade da questão, assume também que é possível tratar com objetividade (ainda que com limites) as práticas e campos sociais (LOWY,1978). Concordamos com o entendimento de que os fenômenos são expressões concretas das essências e das relações dos objetos de análise e que existem a despeito do "olhar" do sujeito (LOWY,1978), daí ser possível uma certa "objetividade". O objeto existe (ou deixa de existir) a despeito do que o sujeito pensa dele.

Embora nos fosse muito difícil mapear e em certa medida até resistente, a idéia de classificar e precisar em que campo do pensamento se insere predominantemente este marco teórico, o trabalho de GARCIA(1989) nos aponta na direção da corrente que este autor identificou como de interpretação materialista, assentado sobretudo no interior da chamada Medicina Social Latino-Americana. Esta corrente encontra eco e expressão regional sobretudo no âmbito do movimento ampliado e diversificado da chamada "Medicina Social" ou "Saúde Coletiva" brasileira.

É interessante ainda frisar, que o campo da Medicina Social é um espaço ou uma

disciplina de enorme tensão epistemológica ou de "fronteira" como diz GONÇALVES (1986) entre as chamadas ciências sociais e as chamadas ciências naturais. Trata-se de uma disciplina, embora não inteiramente nova (ROSEN,1980), ainda em uma trajetória inicial de construção e de consolidação.

Por sua vez esta corrente de pensamento não é única ou homogênea no seu interior. Ela abarca uma série de sub-correntes que se distinguem, mas que trazem pontos gerais de convergência (GARCIA,1989).

Na tentativa de se apreender melhor e "recortar" o objeto de trabalho, não nos foi possível (nem desejável eu diria) recorrer e aplicar um único modelo teórico ou autor. Recorremos à contribuição de diversos autores, de diversas áreas do conhecimento e que nem sempre eram de mesmas correntes de pensamento.

A despeito do risco inerente a este tipo de conduta, procuramos manter a consistência e a coerência quanto ao nosso arcabouço teórico-metodológico geral, evitando que o mesmo se tornasse uma lastimável e ineficaz "colcha de retalhos".

2.2 A CONSTRUÇÃO DO OBJETO

Construir um objeto de estudo não costuma ser uma tarefa fácil e imediata. As dificuldades teóricas e metodológicas para se atingir este fim são inúmeras e de distintas ordens.

O objeto não costuma se apresentar "pronto e acabado", bem delimitado e

claramente identificável pelo pesquisador. Pelo contrário, dentro dos princípios do marco teórico anteriormente referido, este objeto é de difícil apreensão, extremamente amplo, dinâmico, dialético, com múltiplas relações e que pode ser "visto" a partir de diversos "ângulos", enfoques, amplitudes e profundidades.

Um ponto crucial para a construção do objeto se refere à sua natureza. No nosso caso, sua natureza é de ordem social.

Este entendimento do que seria a natureza e a dimensão do objeto, associado a todos os meus (imensos) limites e limitações, me apontaram no sentido de ir restringindo, lapidando, afunilando e priorizando alguns dos muitos aspectos que poderiam ser abordados.

Este trabalho pretende abordar como objeto geral de estudo e de reflexão alguns aspectos da Vigilância em Saúde do Trabalhador (VIST) no Sistema Único de Saúde (SUS).

A polêmica se inicia com o próprio termo aqui deliberadamente adotado enquanto objeto de estudo: Vigilância em Saúde do Trabalhador.

As polêmicas são de várias ordens. Ao se trabalhar a idéia e adotar o termo de "Vigilância em", (e não vigilância "à" ou "da"), tento resgatar e reforçar o elo da VIST com a Vigilância em Saúde em geral, estabelecendo assim um nexos mais explícito com seu campo e sua matriz teórica mais consistente. Embora se entenda que a Vigilância em Saúde do Trabalhador tenha especificidades importantes, este trabalho entende também que a mesma se insere e é tão somente uma das possíveis modalidades ou campos de aplicação

da chamada Vigilância em Saúde. Não se trata em absoluto de reduzir grosseiramente ou de tirar a importância e a dinâmica própria, histórica e conceitual da VIST. Trata-se sim de se fazer um esforço de repensá-la, bem como suas articulações, num plano mais macro, com o intuito de se enxergar e superar suas aparentes e reais dicotomias. Nos capítulos 3 e 4 tentarei desenvolver esta questão mais detalhadamente.

Por outro lado, fala-se de vigilância em "Saúde do Trabalhador" por se entender que este termo representa melhor uma corrente de pensamento e de prática, no interior da chamada "Saúde Coletiva", que concebe as relações entre saúde e trabalho de modo distinto das tradicionais correntes da "Saúde Ocupacional" ou "Medicina do Trabalho" (MENDES & DIAS, 1991; LACAZ, 1992; DIAS, 1994).

Dentro da perspectiva de construção do objeto, a primeira e inevitável pergunta foi a de que se existia ou se fazia sentido de já se poder falar de um campo de práticas de Vigilância em Saúde do Trabalhador no Brasil. Seriam aquelas só uma construção teórica em curso ou já se podia falar efetivamente de práticas num plano para além do só discursivo?

Que práticas ou construções teóricas seriam estas afinal? O que se chama de Vigilância em Saúde do Trabalhador teria uma única e homogênea concepção e prática? Que concepções e princípios permeariam estas práticas? Quais seriam os pontos de semelhança e de diversidade? Onde e por quem seriam levadas estas práticas? Que pensam sobre a VIST alguns dos seus autores e atores envolvidos?

Ao mesmo tempo em que formulávamos estas questões, elas íam-nos ajudando a

delimitar, localizar e aproximar o nosso objeto de trabalho, num processo constante de construção e reconstrução.

Numa tentativa de "visualizar" nosso objeto, e a partir do marco teórico, da literatura revisada e de algumas observações, identificamos, mapeamos e agrupamos em três grandes categorias as práticas de VIST:

- a) as desenvolvidas pelo Estado
- b) as desenvolvidas pelas empresas/empregadores (ainda que com limites)
- c) as desenvolvidas pelos trabalhadores.

Tal procedimento, a despeito de todas as críticas que se tem à elaboração de classificações, mostrou-se pertinente no sentido de se nortear e de se precisar que sob o rótulo de VIST existiam práticas de natureza e de interesses sociais distintos entre si, e heterogêneos, desenvolvidos em instâncias diferentes e que o reconhecimento destas diferentes naturezas era fundamental para se acurar e abordar o objeto de estudo.

Isto não quer dizer que não existam ou não possam existir semelhanças, nem que o interior de cada uma destas categorias é único e harmônico. Pelo contrário.

O que se quer dizer, em sentido amplo, é que não existe só a VIST no Estado. LYNNGE (1988) identifica também este ponto e classifica a vigilância "ocupacional" em pública ou privada. Vigilância pois não é só uma prática de Estado. Empresas e trabalhadores também desenvolvem práticas e estratégias de VIST, com interesses e formas que lhes sejam mais orgânicas e possíveis.

Embora este trabalho concorde que seja muito interessante e pertinente o estudo

de todas aquelas categorias de VIST e de suas relações, optou-se por adotar como eixo central desta investigação a esfera do Estado.

Este privilegiamento pelo enfoque da VIST no Estado se deveu em grande medida à minha inserção e vivência profissional, que vem se dando fundamentalmente no âmbito do Estado e mais especificamente numa universidade pública federal. É a partir "do olhar" deste "posto estrutural de observação", e permeado por uma série de discussões e práticas coletivas com nossa equipe de trabalho, que fomos dirigindo nossas inquietações e concentrando o alvo de estudo na VIST pelo Estado.

Por outro lado, este corte espelha e guarda uma estreita relação com toda uma conjuntura política e técnica mais ampla e de cunho nacional, que nos recoloca e nos explicita a questão da VIST pelo Estado de forma tão aguda, conflitiva, complexa, desafiante e em aberto.

Ao localizarmos nosso alvo no âmbito do Estado, deparamos com um rico e largo espectro de discursos que utilizavam (e utilizam) uma série de conceitos e termos, como sendo sinônimos de práticas e exemplos de VIST.

Vigilância, fiscalização, prevenção, inspeção, controle, monitorização, auditoria, sistema de informação, vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, vigilância médica eram (e são) conceitos empregados corriqueiramente com os mais variados, diferentes e imprecisos significados, pelos distintos atores sociais. Esta diversidade e imprecisão dos termos nos chamou a atenção para a existência de concepções distintas de VIST em uma fase dinâmica de construção e de reconstrução, de conservação e de superação. Eram o

novo e o velho, lado a lado e em confronto. Foi ficando claro que isto não se devia ao acaso ou a meras questões de ordem semântica ou linguística, existiam histórias e razões de ser. Nos capítulos 3 e 4 faremos uma análise destes conceitos, seus significados e suas diferenças numa tentativa de contribuir para destrinchar e desatar os "nós" que cercam esta questão.

Por ora e como ponto de partida neste trabalho, ficaremos com o delineamento geral de que Vigilância em Saúde do Trabalhador **engloba práticas que vão do registro de dados e informações de saúde até ações de intervenção, de modo contínuo e sistemático, com o objetivo intrínseco de agir sobre os determinantes e condicionantes dos agravos e da saúde dos trabalhadores.**

No âmbito do Estado, aonde estariam ou deveriam se dar estas práticas?

Ainda dentro de uma perspectiva de aproximação e de delimitação, e tendo em vista a amplitude e complexidade do Estado, julgamos necessário fazer um outro recorte privilegiando as práticas de VIST enquanto atribuições do Sistema Único de Saúde (SUS).

Assim nosso interesse maior é o de estudar e refletir sobre a Vigilância em Saúde do Trabalhador, sob a ótica do SUS, e até mais especificamente nos denominados "Programas de Saúde do Trabalhador" (PSTs), desenvolvidos nos níveis federal, estadual e municipal, sobretudo a partir da década de 80, por entendermos que este é o *locus* privilegiado da VIST no Estado.

É exatamente aqui, nos PSTs que as práticas de VIST vêm encontrando seu solo mais fértil, e ao mesmo tempo mais conflitivo, trazendo uma série de inquietações e

reflexões fundamentais para a história e a transformação da VIST no Brasil.

Embora nossa atenção se dirija sobretudo para equacionar a VIST no SUS, estaremos por diversas vezes, dialogando e traçando paralelos com outras práticas de VIST desenvolvidas historicamente em outras instâncias do Estado.

À guisa de síntese, nosso objeto de estudo se insere e é parte do campo de práticas da área da Saúde do Trabalhador localizadas no interior do Sistema Único de Saúde.

2.3 A TESE CENTRAL

O enfoque deste trabalho se concentra nos aspectos da trajetória de construção das práticas de VIST no SUS.

Por que, quando, onde e como surge a VIST no sistema de saúde do Brasil?

Quais são as características conceituais básicas das práticas de VIST que estão sendo construídas, hoje, no SUS? O que elas têm em comum e quais são as suas diferenças?

Quais são as questões centrais e os desafios para a efetiva implantação da VIST no SUS?

Estas são as questões que orientaram nosso trabalho.

A hipótese central deste trabalho é a de que **existe uma variabilidade de concepções e métodos de vigilância, mas que apesar desta diversidade existe um padrão básico característico das práticas de VIST no SUS.** Esta variabilidade seria um reflexo das contradições do contexto econômico, político e social em que a VIST emerge e se insere no Brasil. Contradições estas que produzem ecos e que se manifestam no interior do próprio SUS, nos seus embates com outros setores do Estado, e nas suas relações com trabalhadores e empregadores. **A construção da VIST no SUS significa portanto uma intensa luta para a viabilização do seu projeto que é contra-hegemônico e que encontra fortes resistências em importantes setores da sociedade e do próprio Estado.** A presença destes **conflitos** parece dar o traço mais marcante, decisivo e característico das práticas de VIST no SUS.

Quanto à sua matriz teórica, a Vigilância em Saúde do Trabalhador buscou subsídios conceituais no Modelo Operário Italiano, na Epidemiologia Social Latino-americana, na Vigilância Epidemiológica, na Vigilância Sanitária e mais recentemente na Vigilância à Saúde. São importantes também os componentes de formação originários da Saúde Ocupacional e da Fiscalização dos ambientes do trabalho, desenvolvida pelo Ministério do Trabalho. Acreditamos que não se pode falar de uma Vigilância em Saúde do Trabalhador única e rigidamente constituída, mas de um conjunto de práticas que se organizam heterogeneamente de acordo com o enfoque teórico adotado, com as realidades locais e os níveis de inserção institucional e com a participação dos trabalhadores.

O entendimento que se tem de hipótese é o mesmo dado por MINAYO (1992): "Na abordagem qualitativa, as hipóteses perdem a sua dinâmica formal comprobatória para servir de caminho e baliza no confronto com a realidade empírica".

A hipótese na realidade é vista como sendo o pressuposto que vai orientar a pesquisa (MINAYO, 1992) e que vai ser gerada a partir dos dados, num processo indutivo-analítico (BETANCOURT, 1995).

2.4 OS OBJETIVOS

Os objetivos gerais deste trabalho são identificar e analisar as principais concepções e características da Vigilância em Saúde do Trabalhador presentes no SUS.

Enquanto objetivos específicos podemos listar:

- a) analisar a abordagem das questões relativas ao campo da saúde e trabalho na trajetória das práticas de vigilância em saúde pública.
- b) analisar os principais marcos históricos da emergência da vigilância em saúde do trabalhador no plano internacional
- c) analisar os principais marcos históricos da emergência da vigilância em saúde do trabalhador no Brasil.
- d) identificar e analisar as principais características da VIST existentes no SUS.

- e) identificar e analisar algumas das principais questões de ordem conceitual e metodológica da VIST no cenário atual do SUS.

Embora muito pertinente, não se pretendeu avaliar as práticas/programas de VIST nem seus impactos para a saúde dos trabalhadores. Julgamos que estes temas mereçam pesquisas mais específicas e aprofundadas.

2.5 A METODOLOGIA

2.5.1 Princípios gerais

MINAYO (1992) afirma que metodologia é "o caminho e o instrumental próprios de abordagem da realidade", e que inclui "as concepções teóricas da abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam a apreensão da realidade e também o potencial criativo do pesquisador".

A teoria, o método, os instrumentos e o pesquisador caminham juntos na tentativa de apreender o objeto de estudo e esclarecer as hipóteses levantadas.

É importante explicitar neste momento algumas idéias que orientaram este trabalho:

- a) teoria e métodos caminham juntos, e por vezes fica difícil precisar os seus limites e quem determina quem.

- b) metodologias não são apenas instrumentos e técnicas de pesquisa, embora estes façam parte daquelas e sejam igualmente importantes na abordagem prática das teorizações.
- c) construir a metodologia de uma pesquisa não é uma atividade simples e rígida de reprodução de métodos. A realidade é dinâmica e contraditória, e exige do pesquisador no muito das vezes, sua capacidade de criar, de arriscar, tentando captar o inédito ou o que está escondido.

Precisamos dizer que diante da natureza do objeto de estudo e da hipótese aqui levantada, optamos pela abordagem dita qualitativa por entender que esta nos daria mais chances e uma maior capacidade elucidativa e explicativa.

2.5.2. Pesquisa bibliográfica

Num primeiro momento, com o propósito de conhecer melhor o objeto desse estudo foi realizado um amplo levantamento bibliográfico e a revisão da literatura acessível.

Foram utilizados alguns Bancos de Dados mais gerais como o MEDLINE (1978-1994), LILACS (1982-1994), e outros dois mais especializados como o NIOSHTIC (1985-1995) e o CIS-ILO (1985-1995).

Foram revisados alguns periódicos nacionais considerados como os mais importantes para a abordagem do tema em estudo: Saúde & Debate, Cadernos de Saúde Pública,

Revista de Saúde Pública, Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, Anais dos Congressos Nacionais da Associação Nacional de Medicina do Trabalho (ANAMT).

Procurou-se, ainda, identificar as dissertações e teses de doutoramento brasileiras referentes ao mesmo objeto de estudo.

E finalmente (e não menos importante) procurou-se num trabalho de verdadeira "garimpagem" institucional - ainda que de forma não sistemática e parcial - levantar textos, relatórios, boletins, entrevistas que versassem sobre nosso tema. Dentro deste procedimento, foi extremamente útil e enriquecedor o levantamento feito na Coordenadoria de Saúde do Trabalhador (COSAT), da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde, em Brasília, que nos colocou à disposição seu acervo sobre VIST no SUS.

Como foi muito difícil abarcar nosso objeto de estudo só sob o rótulo de vigilância, utilizamos também como palavras chaves os termos: controle, monitoramento, auditoria, fiscalização, prevenção, e inspeção cruzando-os sempre com outros termos: ocupacional, trabalho, trabalhador, doença, risco, acidente, morte, saúde. Tal sistemática foi muito pertinente sobretudo no levantamento internacional onde se privilegiava termos mais tradicionais e universais.

Este procedimento de cunho mais teórico e de levantamento bibliográfico foi muito utilizado enquanto "matéria prima" e material empírico para a elaboração dos capítulos seguintes.

3. A VIGILÂNCIA EM SAÚDE PÚBLICA

Partilhamos do entendimento de DIAS (1994) de que a Saúde do Trabalhador se constitui num campo da Saúde Pública e/ou da Saúde Coletiva. Entendemos também que a Vigilância em Saúde do Trabalhador é um dos componentes da chamada Vigilância em Saúde Pública e/ou Vigilância à Saúde. Neste capítulo faremos uma breve reconstituição da trajetória das Vigilâncias em Saúde Pública numa perspectiva de identificarmos os pontos de convergência e de proximidade com a VIST.

3.1 O TERMO VIGILÂNCIA

Tomando-se como ponto de partida a busca de um entendimento mais geral e eclético, de acordo com FERREIRA (s/d), o verbo vigiar (ou vigilar) apresenta vários significados: observar atentamente, estar atento a, ou atentar em; observar ocultamente, ou espreitar; velar por; procurar, ou campear; tomar cuidado, estar atento, ou cuidar; estar acordado, estar de sentinela, velar; precaver-se, precatar-se, acautelar-se.

Neste campo mais geral, verificamos que se trata de um verbo transitivo direto. Pode-se concluir que alguém vigia a si mesmo ou vigia algo ou alguém, de um determinado modo, com algum objetivo e com alguma finalidade. Neste primeiro momento, evidenciamos

se uma dimensão pouco neutra ou desinteressada ou anti-social da ação de vigiar. Pelo contrário, já aqui, na dimensão mais genérica do termo, percebe-se o caráter de intencionalidade, a multiplicidade e a complexidade de significados e ações que permeiam o verbo vigiar. Entretanto, a título de síntese, associado a vigiar sobressai a noção-chave de observar mais atentamente algo ou alguém.

Ainda segundo FERREIRA(s/d) por vigilância se entende o ato ou efeito de vigiar(-se); precaução, cuidado, ou prevenção; zelo, ou diligência.

Não é por acaso, pois, que no plano empírico, se tem vários usos/aplicações e qualificações/adjetivações para a palavra vigilância. Fala-se de vigilância policial, vigilância religiosa, vigilância cívica, vigilância ambiental, vigilância espacial, vigilância patrimonial, e várias outras adjetivações.

Esta acepção e uso mais geral da definição de vigilância é muito interessante para se verificar todo este legado mais ampliado, embutido no termo, e como que ao mesmo tempo este conceito foi transposto, adaptado e traduzido mais especificamente no campo da saúde.

3.2 VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Saindo do plano de aplicação mais geral e penetrando no interior do setor saúde, também se observa outra gama enorme, confusa e crescente de qualificações e modalidades

de vigilância (WALDMAN,1991). Fala-se de: vigilância médica, vigilância em saúde pública, vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, vigilância de fármacos, vigilância em saúde do trabalhador, vigilância do meio e das condições de saúde nos serviços de higiene e trabalho, vigilância nutricional, vigilância de mortalidade infantil, vigilância de agravos específicos (como por exemplo: acidentes, doenças, incapacidades, cânceres, mal-formações.), vigilância de riscos e fatores de risco ocupacionais, vigilância laboratorial (como por exemplo radiológica, hematológica, espirométrica), vigilância estatística, vigilância biológica, vigilância à coletividade, vigilância individual. Com certeza esta listagem não pára por aqui.

Diante desse emaranhado de denominações e aplicações, a título de sistematização para este trabalho, pode-se esboçar seis grandes classificações para a vigilância em saúde:

I. Quanto à população do objeto

- a) no nível individual
- b) no nível coletivo

II. Quanto à fase e natureza do objeto na abordagem do processo saúde-doença

- a) de determinação
- b) de exposição
- c) de efeito/agravo
- d) procedimentos

III. Quanto ao nível da atenção à saúde

- a) promoção da saúde
- b) prevenção
- c) curativo

IV. Quanto à inserção institucional/social

- a) no âmbito do Estado (esferas federal, estadual e regional, municipal e distrital)
- b) no âmbito das Empresas
- c) no âmbito dos Sindicatos de Trabalhadores

V. Quanto ao método básico de busca de casos/situações

- a) ativo
- b) passivo

VI. Quanto ao parâmetro para desencadeamento das ações

- a) epidemiológico: evento-sentinela, taxa (índice) sentinela
taxas de morbidade, de mortalidade, de letalidade, e outros parâmetros
- b) denúncias: trabalhadores, sindicatos, imprensa, cidadãos

Naturalmente que existem várias combinações e derivações possíveis. Não se pretendeu aqui criar uma classificação rígida nem excludente, mas tão somente apresentar

uma sistematização uma vez que as práticas de vigilância podem ter (e é desejável) dimensões, objetos e métodos suplementares e múltiplos (LYNGE, 1988).

Além da questão da variedade de modalidades, enfoques, objetivos e concepções de vigilância em saúde, amplamente reconhecida na literatura, alguns autores ainda chamam a atenção para a confusão e sobreposição de alguns conceitos afins, inter-ligados ou muito próximos aos de vigilância, como por exemplo o de monitorização, o de auditoria e o de controle (DOLL,1974; LANGMUIR,1976; WALDMAN,1991; DECLISH & CARTER,1994).

O dicionário LAST(1995) nos informa que:

- a) Monitorização se refere mais à medição contínua dos efeitos de uma intervenção.
- b) Auditoria se refere à verificação da qualidade de uma intervenção.
- c) Controle são intervenções dirigidas para diminuir ou eliminar determinadas condições.

No interior da Saúde do Trabalhador ficam também evidentes as significativas e centrais confusões (intencionais ou não) entre vigilância, fiscalização e inspeção (PINHEIRO *et al.*,1993; OLIVEIRA,1994).

Fiscalização é um tipo de ação distinta da vigilância uma vez que tem um caráter mais pontual e elástico no tempo e que se dirige fundamentalmente para a verificação do cumprimento de determinadas normas e leis estabelecidas. Segundo OLIVEIRA (1994),

fiscalização tem por finalidade impor sanções. Este mesmo autor conceitua inspeção como a atividade de verificação de irregularidades (OLIVEIRA, 1994).

O autor compartilha do ponto de vista de que vigilância é uma ação conceitualmente distinta das de monitorização, auditoria, controle, e fiscalização embora estas últimas possam fazer parte da vigilância e de que métodos de vigilância possam ser empregados naquelas ações.

Nosso entendimento mais geral de vigilância em saúde é o de que se trata de um **conjunto de ações de saúde pública para a detecção, coleta, análise e ação sobre os determinantes e condicionantes do processo saúde e doença de uma determinada população, de modo contínuo e sistemático.**

Na realidade, todo este aparente caos no âmbito da saúde e mais especificamente na Saúde do Trabalhador, não é uma questão menor ou meramente linguística, restrito a uma dimensão conceitual de base técnica. Trata-se sim de uma complexa forma de expressão dinâmica e contraditória de diferentes atores sociais, que têm formas distintas e históricas de conceber o campo de conhecimento e de prática da Vigilância em Saúde do Trabalhador. Por detrás de uma aparente "picuinha" ou "tudo é a mesma coisa", se esconde uma verdadeira luta para a demarcação, viabilização e hegemonia de práticas que são distintas.

Dentro da tentativa de se conhecer, analisar e pormenorizar a Vigilância em Saúde do Trabalhador hoje no Brasil, é importante que se mencione alguns dos pontos principais da trajetória histórica da vigilância em saúde pública, e de duas de suas principais vertentes ou ramificações: a vigilância epidemiológica e a vigilância sanitária.

O termo Vigilância em Saúde Pública foi proposto e defendido por THACKER & BERKELMAN (1992) por ser considerado mais correto, pertinente e abrangente do que Vigilância Epidemiológica. Aqueles autores alegam e outros concordam (SANCHES, 1993) que a vigilância é um elemento ou um tipo de ação da saúde pública e não apenas um ramo da epidemiologia. Ao que parece como veremos mais à frente, a Vigilância em Saúde Pública vem crescendo muito e se diferenciando nas últimas três décadas. Alguns autores chegam a dizer que a vigilância está se constituindo numa disciplina própria e quase que distinta da epidemiologia (DECLISH & CARTER, 1994).

Deixando um pouco de lado estas controvérsias atuais sobre onde se insere e que espaço ocupa a vigilância como um todo, no resgate histórico deste trabalho, mostrou-se necessário buscar as histórias particulares daquelas sub-correntes de vigilância em saúde pública (epidemiológica, sanitária), bem como da recente proposta da Vigilância à Saúde, uma vez que as mesmas se entrelaçam e se sobrepõem ainda hoje, num processo complexo e não totalmente claro. Trata-se de práticas de mútuo engendramento que ao mesmo tempo que vão se definindo, se inter-relacionando, vão traçando suas especificidades e suas estratégias de enfrentamento.

Fora do setor saúde, também se mostrou necessário dialogar com as práticas de fiscalização efetuadas pelo Ministério do Trabalho. Uma análise histórica e crítica das inspeções e fiscalizações desenvolvidas pelo setor trabalho foi recentemente produzida por OLIVEIRA (1994).

3.3 HISTÓRIA DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE PÚBLICA

A princípio pode parecer que falar de vigilância é falar de algo muito novo e moderno. Na realidade não se trata nem de uma coisa nem de outra (TOVAR, 1970). A história da vigilância e de seus princípios começou há muitos séculos e encontra referências em tempos e autores remotos.

3.3.1. Marcos de uma história mais remota

Neste sub-ítem, não se pretende tecer uma história detalhada e original, mas tão somente identificar e resgatar alguns momentos históricos que se pode considerar como significativos na trajetória da Vigilância em Saúde Pública.

De antemão, pode-se dizer que não há um consenso absoluto quanto aos precursores e ao nascimento da vigilância em saúde pública.

Já em Hipócrates, considerado o pai da Medicina, pode-se identificar as idéias-chaves do que viria a ser a moderna vigilância: observar, registrar, coletar, analisar e prever fatos relacionados ao processo saúde-doença (THACKER, 1994).

Para THACKER & BERKELMAN (1992), "... a primeira real ação de saúde pública que pode ser relacionada à vigilância ocorreu em 1348, durante a peste bubônica, quando autoridades de saúde pública abordaram navios no porto próximo à República de Veneza

para evitar que pessoas sofrendo de doenças parecidas com a da praga desembarcassem." Segundo estes autores, estaria aí, na Idade Média, o embrião da vigilância enquanto prática de saúde pública do Estado. A vigilância daquela época, estava calcada nos conceitos explicativos de contágio das epidemias e nas medidas básicas de controle que eram as de isolamento, quarentena e cordão sanitário.

Entretanto, de acordo com os mesmos autores, para que as ações de vigilância em saúde pública (como as concebemos hoje) se viabilizassem e ocorressem plenamente, eram necessárias que algumas pré-condições fossem alcançadas:

- a) que existisse uma estrutura parecida com um sistema de saúde no interior do Estado;
- b) que existisse um sistema de classificação de doenças e enfermidades; e
- c) que existissem métodos matemáticos e estatísticos mais Desenvolvidos e adequados.

Tais pré-condições, diga-se de passagem, só viriam a ser atingidas suficiente e associadamente durante o Século XVII.

Segundo THACKER & BERKELMAN (1992), no final da Idade Média, alguns países europeus já tinham sistemas rudimentares de monitoramento de doenças que geraram regulamentos sobre poluição das ruas, controle da água de uso público, instrução para sepultamento, manipulação de alimentos e criação de alguns cuidados de saúde.

Dentro deste processo de construção histórica, o inglês John Graunt, em 1662, na sua obra *Natural and Political Observations Made upon the Bills of Mortality* trouxe uma

grande contribuição ao estabelecer o campo da Epidemiologia (ROTHMAN, 1981) e lançar os princípios fundamentais da vigilância em saúde pública (THACKER & BERKELMAN, 1992).

Outra contribuição importante foi a de Leibnitz, em 1680, que criou um Conselho de Saúde e ao mesmo tempo passou a aplicar métodos matemáticos e estatísticos de análise de mortalidade com finalidades de planejamento em saúde (THACKER, 1994).

Em Rhode Island, nos Estados Unidos, em 1741, foi aprovada uma lei que determinava que os donos de tavernas notificassem os casos de doenças infecto-transmissíveis entre seus fregueses (THACKER, 1994).

Merece destaque o trabalho do alemão Johann Peter Frank, em 1766, que dentro do âmbito da corrente da polícia médica, concebeu várias modalidades de vigilância de Estado, dentre estas a de prevenção de acidentes (THACKER & BERKELMAN, 1992).

O inglês William Farr, considerado o pai da Epidemiologia, em 1838, formulou também os princípios básicos da vigilância (THACKER & BERKELMAN, 1992). É importante destacar, que Farr, dentro da abordagem da vigilância em saúde no geral, já então começou a esboçar e tratar da associação e do papel preponderante de alguns fatores de riscos ocupacionais na explicação de óbitos (ROTHMAN, 1981).

O norte-americano Lemuel Shattuck, em 1850, no Estado de Massachusetts, propôs a notificação de mortes, o cálculo da mortalidade materno-infantil e a distribuição das doenças transmissíveis padronizadas por sexo, idade, **ocupação**, nível sócio-econômico e localidade (THACKER & BERKELMAN, 1992).

Dentro de um outro enfoque histórico mais abrangente, ROMERO & TRONCOSO (1981), num trabalho muito instigante, apontam para as inter-relações entre os determinantes políticos, econômicos, científicos e as nascentes práticas de vigilância em saúde pública. Estes autores se esforçam em demonstrar a preponderância dos aspectos sociais e econômicos sobre os aspectos técnicos nas concepções e práticas de vigilância em saúde pública.

A vigilância tinha um caráter eminentemente restritivo do ponto de vista sócio-espacial, com poderes do tipo policalesco, estigmatizante, punitivo, anti-democrático e anti-popular. Se por um lado, estas ações afetavam mais diretamente os "vigiados" e suas famílias, por outro lado, freqüentemente eram contrariados os fortes interesses econômicos e ideológicos das ascendentes classes de comerciantes calcados nos princípios liberais da iniciativa privada (ROMERO & TRONCOSO, 1981).

É interessante notar que a vigilância no seu nascedouro, se confundia e se sobrepunha muito ao campo da própria saúde pública, tornando-se quase que a única expressão desta ou no mínimo sua face mais visível e legitimada. Com relação ao embrião da Epidemiologia se pode dizer o mesmo.

Somente mais tarde, com a busca de uma mais precisa delimitação dos campos da saúde pública, da epidemiologia e da vigilância, é que se vai clareando o âmbito de cada um destes campos e também de suas inter-faces. (LANGMUIR, 1963; RASKA, 1966). Apesar do avanço desta tentativa, ainda persistem controvérsias.

Na esfera mais do campo da política, dentro das relações vigilância e Estado, as

práticas de saúde pública expressam em grande medida, a própria essência e trajetória do Estado. Neste sentido, ROSEN (1980, 1994) analisou pertinentemente as distintas características das três principais correntes que constituíram a saúde pública do Século XVIII: corrente urbana francesa, polícia médica alemã e o sanitarismo inglês.

Na corrente alemã encontramos o embrião do famoso triângulo da vigilância - "coletar, analisar e intervir" (ROMERO & TRANCOSO, 1981). A vigilância em saúde pública cumpria um papel importante no sentido de ajudar a consolidar, legitimar e fortalecer o Estado. Este momento histórico reforça muito uma idéia e um legado que a vigilância carrega ainda hoje como sendo uma prática coercitiva, punitiva e típica de Estado forte e intervencionista.

Por outro lado, em contextos econômicos, políticos e sociais diferentes, marcados sobretudo por um processo capitalista mais desenvolvido e avançado, de industrialização e urbanização, sobretudo nas correntes inglesa e francesa, percebe-se que as práticas de saúde pública tinham finalidades mais dirigidas para conhecer e controlar a força de trabalho (ROMERO & TRONCOSO, 1981). A visão destes autores reforça uma tese de que mais do que um controle sobre a população em geral, a vigilância em saúde pública já na suas origens, tinha como preocupação e alvo maior o controle da saúde dos trabalhadores para a manutenção do processo de acumulação do capital.

EYLENBOSH & NOAH (1988) entendem que o termo e conceito original de vigilância (*surveillance*) deriva da citada corrente francesa da saúde pública, durante o período das guerras napoleônicas onde numa estratégia militar, se "observava" grupos de

peessoas consideradas subversivas.

ROMERO E TRONCOSO (1981) entendem que a saúde pública surge como conceito, prática social e disciplina apenas no Século XIX, nos Estados Unidos, explicitando alguns conflitos sociais centrais e ao mesmo tempo tentando impor restrições às indústrias.

Dentro de uma perspectiva de se estabelecer marcos históricos da Vigilância em Saúde Pública, nos EUA, em 1850, o governo publicou as primeiras estatísticas nacionais de mortalidade baseadas no censo (THACKER & BERKELMAN, 1992).

Quanto à morbidade, em 1878, o Congresso norte-americano autorizou o Serviço de Saúde Pública a coletar dados sobre doenças sob quarentena e em 1893 estabeleceu que esta coleta seria semanal (THACKER & BERKELMAN (1992).

Este processo iniciado nos EUA em 1878, somente se efetivou totalmente naquele país em 1914. Os países europeus também passaram por uma trajetória semelhante neste período conforme mencionam EYLENBOSCH & NOAH (1988), DECLISH & CARTER (1994).

Embora se façam necessárias outras e novas elucidções históricas, pode-se dizer que é no interior da saúde pública européia e norte-americana dos séculos XVIII e XIX que surge a vigilância, voltada sobretudo para as doenças infecto-contagiosas, mas já trazendo no seu interior alguns aspectos importantes relativos à saúde de parcela dos trabalhadores.

Neste processo de construção da matriz da vigilância em saúde pública, vai-se evidenciando o campo comum original e a posterior segmentação do seu objeto e sua

dissociação em diversas modalidades de práticas (vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, vigilância em saúde do trabalhador, vigilância ambiental)

Tendo em vista, este breve apanhado histórico, começamos aqui a esboçar melhor o pano de fundo onde emerge, se situa e se dá o campo da vigilância em saúde pública e em especial o da vigilância em saúde do trabalhador: as contradições entre o Capital e o Trabalho, mediadas pelo Estado, em suas relações com o processo saúde-enfermidade vividas cultural e historicamente. Este macro cenário referido, construído nas relações de confronto e subordinação entre aqueles atores sociais, de idas e vindas, não pode ser em hipótese alguma esquecido ou menosprezado, uma vez que gera um impacto significativo e às vezes preponderante sobre as dimensões do particular e do singular.

3.3.2 Marcos de uma história mais recente

Se a Vigilância em Saúde Pública teve suas origens nos séculos XVIII e XIX, foi apenas no século XX, notadamente no período pós-II Guerra Mundial, que a mesma ganhou os seus contornos modernos e se consolidou enquanto uma prática de saúde. A Vigilância dirigida inicialmente para as doenças infecto-contagiosas, centradas no controle do suspeito e de seus contatos, passa no século XX por um processo de significativa expansão de conceitos e métodos (DECLISH & CARTER, 1994).

Não devemos deixar de estabelecer um paralelo e um elo entre a vigilância e alguns de seus principais determinantes:

- a) os paradigmas explicativos do processo saúde-doença (causalidade)
- b) a organização e a tecnologia das práticas de saúde pública
- c) o papel do Estado
- d) a participação e controle social

Todos estes determinantes citados são reflexos dos embates históricos vividos socialmente e sujeitos a modificações profundas ao longo do tempo.

Quanto à explicação do processo saúde-doença, simplificadamente, tivemos os choques de correntes que vão das teorias mágico-religiosas, passando pelas teorias do miasma e do contágio, até a da unicausalidade, da multicausalidade e da determinação social (BARATA, 1978). Estas correntes conviveram ao longo do tempo de forma conflitiva e assimétrica, mas pode-se dizer que para a vigilância tiveram grande impacto as teorias do contágio, da unicausalidade, da multicausalidade e mais recentemente começa a surgir o modelo da determinação social. Sem dúvida, o modelo hegemônico internacionalmente é o da multicausalidade. A questão da causalidade é essencial e central para a vigilância uma vez que os objetos, os instrumentos e as suas formas de intervenção se assentam diretamente sobre as explicações das causas dos fenômenos ou processos abordados.

A disponibilidade de tecnologias e instrumentos para a detecção, a análise, o controle, a prevenção, o tratamento e a reabilitação de situações/problemas de saúde também exercem um papel importante na decisão de se adotar ações de vigilância. O Quadro 1 apresenta sumariamente as principais características da vigilância sob a perspectiva dos principais modelos explicativos do processo saúde-doença, seus instrumentos

e tipos de ação de intervenção.

QUADRO 1 - VIGILÂNCIA EM SAÚDE PÚBLICA POR MODELOS EXPLICATIVOS DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA.

MODELO	OBJETO	INSTRUMENTO	AÇÃO
CONTÁGIO	INDIVÍDUO DOENTE	OBSERVAÇÃO CLÍNICA	ISOLAMENTO E QUARENTENA
UNI-CAUSALIDADE	DOENÇA NO INDIVÍDUO	IDENTIFICAÇÃO DO AGENTE	TRATAMENTO PREVENÇÃO
MULTI-CAUSALIDADE	DOENÇA NO INDIVÍDUO E EM POPULAÇÕES & FATORES DE RISCOS	IDENTIFICAÇÃO DO AGENTE E DOS FATORES DE RISCO	PREVENÇÃO CONTROLE TRATAMENTO
DETERMINAÇÃO SOCIAL	PROCESSO SAÚDE-DOENÇA NA SOCIEDADE	IDENTIFICAÇÃO DE DETERMINANTES E DISTRIBUIÇÃO DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA POR CLASSES SOCIAIS	PROMOÇÃO CONTROLE PREVENÇÃO TRATAMENTO

Por outro lado, os Estados foram modificando suas naturezas e seus papéis enquanto um reflexo das transformações ocorridas nas sociedades, e passaram a incorporar e cuidar, de modo crescente, da atenção à saúde das populações. Um marco importante neste sentido surgiu por ocasião da Revolução Francesa, quando Mirabeau tornou público o princípio que mais tarde passaria a fazer parte das Constituições de vários países, de que a saúde da população era responsabilidade do Estado (DECLISH & CARTER, 1994). O cuidado de Saúde vem ganhando corpo enquanto uma política social universal com ênfase sobretudo nos chamados cuidados básicos ou primários (WHO, 1978). Todavia nunca é demais abrir um parêntese e lembrar que historicamente nas políticas de saúde têm sido privilegiadas e financiadas sobretudo as ações curativas individuais, em detrimento das ações de cunho preventivas/promocionais coletivas.

A questão da participação e controle social das populações sobre as ações de saúde só mais recentemente foi incorporada pelos Estados nas suas constituições e pelas agências internacionais nos seus programas. Historicamente, nas práticas de vigilância do Estado, a população sempre era vista como um mero objeto das suas ações de controle. Esta visão foi sistematicamente cultuada ao longo dos séculos e ainda hoje não está completamente superada. No entanto, alguns avanços significativos vêm ocorrendo e a Conferência de Alma Ata em 1978, pode ser citada como um marco no sentido do reconhecimento da importância da participação comunitária nas ações e programas de saúde.

Retomando o tema específico da Vigilância, um marco institucional importante no

plano internacional foi a criação nos EUA do CDC (Communicable Disease Center, hoje Center for Disease Control and Prevention) em 1946. Seu objetivo inicial era o de auxiliar as estratégias bélicas, concentrando-se no controle da malária em áreas de guerra (LANGMUIR, 1963).

É interessante este registro de que a vigilância moderna decolou e teve raízes organizacionais e práticas vinculadas aos Serviços Militares de Inteligência dos EUA. Com o término da II Guerra Mundial, a primeira mudança no CDC foi no sentido de adaptá-lo para cumprir também algumas tarefas civis. Dentre estes novos encargos, o primeiro foi o de erradicar a malária em 14 estados americanos (LANGMUIR, 1980).

Só em 1955, numa tentativa de despojar aquele nexos militar, a palavra vigilância foi lançada em substituição ao termo Inteligência após o chamado "Acidente de Cutter" (WALDMAN, 1991). Nesta ocasião foi criado um Sistema de Vigilância de Poliomielite. A vigilância moderna começa então a sair de uma esfera predominantemente militar e passa a ser incorporada e transferida para o campo da saúde pública.

Deve-se registrar que até 1950 o objeto da vigilância se concentrava em observar os suspeitos e contatos. A partir de então, há uma ampliação do objeto que passa a ser a observação de doenças nas populações (LANGMUIR, 1963; THACKER & BERKELMAN, 1992).

Se desde os primórdios da vigilância era imperativa e hegemônica a concepção da informação para a ação, com o aumento da complexidade do Estado e das atividades em saúde, várias controvérsias e confusões começaram a surgir sobre o conteúdo, a

abrangência, o caráter e a competência para se desenvolverem as práticas de vigilância. Esta polêmica persiste até hoje e alimenta acaloradas discussões. Podemos dizer que a partir das décadas de 50 e 60, começou a ficar evidente que o campo da vigilância abarcava uma pluralidade de vigilâncias.

Dentro da preocupação de clarear, de definir e delimitar o espaço da vigilância, LANGMUIR (1963) trouxe uma grande contribuição ao estabelecer que caberia à vigilância observar continuamente a distribuição das doenças mediante um processo de coleta, análise, e disseminação de informações para aqueles que necessitam conhecer para agir. Esta concepção tenta estabelecer fronteiras conceituais e competências administrativas próprias para a vigilância, desvinculando-a da assistência e da pesquisa, ainda que reconhecendo suas interfaces (WALDMAN, 1991).

RASKA (1966) propôs uma ampliação do campo da vigilância para além das doenças infecto-contagiosas, e também quebrou os limites rígidos entre vigilância, assistência e pesquisa propostos por LANGMUIR. Este mesmo autor cria o termo vigilância epidemiológica, que passa a ser usado como sinônimo de vigilância de doenças em populações.

Em 1968, a OMS reconheceu que a vigilância era uma bem estabelecida e essencial função da saúde pública (OMS, 1968; DECLISH & CARTER, 1994). A concepção de Vigilância se restringia à coleta, análise e disseminação de informações, prevalecendo em essência, ainda que não totalmente, o conceito de LANGMUIR.

Por sua vez, reforçando a concepção de LANGMUIR, o CDC (1988) define

Vigilância em Saúde Pública como "a contínua, coleção sistemática, análise e interpretação de dados de saúde, essencial para o planejamento, implementação e avaliação de práticas de saúde pública, estreitamente integradas com a disseminação a tempo para aqueles que precisam conhecer. O elo final da cadeia de vigilância é a aplicação dos dados para a prevenção e o controle. O sistema de vigilância inclui a capacidade funcional para a coleta de dados, análise e disseminação ligados aos programas de saúde pública".

Este conceito de vigilância do CDC traz alguns esclarecimentos importantes no campo conceitual. Os termos contínuo (e não pontual quanto ao tempo) e sistemático (e não dados e informações aleatórios, ou não padronizados) são fundamentais na caracterização e discernimento das ações de vigilância.

Por outro lado, fica evidente que vigilância não tem a ver só com a prevenção ou o controle. A vigilância é uma atividade elástica que perpassa por todas as etapas da abordagem do processo saúde-doença, que vai desde a promoção da saúde até a prevenção, tratamento e reabilitação de agravos. Alguns autores ressaltam que a "vigilância em saúde pública é central para o processo de prevenção das doenças" (HALPERIN & BAKER (1992) e/ou só é efetiva se ligada diretamente às ações preventivas (BAKER & MATTE, 1994).

O respeitável dicionário epidemiológico editado por LAST (1995) conceitua Vigilância como a "contínua análise, interpretação e retorno (feed-back) de dados coletados sistematicamente, geralmente usando métodos distinguidos por sua

praticidade, uniformidade e rapidez mais do que pela sua acurácia e completude (completeness). Pela observação de tendências no tempo, espaço, e pessoas, mudanças podem ser observadas ou antecipadas e ações apropriadas incluindo investigação e medidas de controle podem ser tomadas."

Esta definição de LAST, ressalta algumas características centrais da metodologia da vigilância destacando o caráter de praticidade, padronização, agilidade e sensibilidade. A questão da rapidez na detecção de um problema sob vigilância é mais valorizado do que a sua precisão e aprofundamento.

Embora a questão da vigilância venha ganhando um espaço cada vez maior no interior da saúde pública, sobretudo nos serviços, observam-se ainda muitas lacunas quanto ao ensino, formação de recursos humanos (HALPERIN & BAKER, 1992; PINHEIRO *et al.*, 1993) e à produção de conhecimento (DIAS, 1994).

A vigilância é uma prática de saúde pública que embora não seja recente, ainda luta por um espaço próprio e destacado.

Fica mais evidente que a dimensão de **vigilância** na saúde pública foi muito mais dirigida para a setor da vigilância epidemiológica do que para o da vigilância sanitária. Esta última se associou mais à dimensão de **fiscalização** e sobretudo de produtos, enquanto que a outra se associou mais à noção de vigilância de agravos em populações.

3.4 A VIGILÂNCIA EM SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

A construção do campo da Saúde Pública e da Vigilância no Brasil teve um grande impulso com a transferência da Corte portuguesa para o Brasil no início do século XIX. Todavia é no Brasil republicano, sobretudo no começo do século XX, que se assistiu ao incentivo mais significativo para a emergência da Saúde Pública (COSTA, 1985).

As práticas de saúde pública emergentes no Brasil, à semelhança da Saúde Pública Inglesa, também objetivaram fundamentalmente o controle e a manutenção da força de trabalho (ou de setores desta) importantes para a expansão capitalista no país e não a totalidade da população (COSTA, 1985). É bom que se frise que há quem discorde desta visão. Para IYDA (1993), a Saúde Pública Brasileira tinha uma proximidade maior com o modelo alemão do que com o inglês, ou seja, buscava sobretudo dar legitimidade ao Estado. Para tal, mais do que cuidar estritamente da reprodução e manutenção da força de trabalho para o capital, se preocupava em centrar sua atuação nas populações que se tornavam excluídas, marginalizadas, empobrecidas e ameaçadoras à ordem vigente.

Controvérsias históricas à parte, seja centralmente ou secundariamente, o Estado brasileiro cumpriu suas funções básicas de criar as condições para o desenvolvimento do capitalismo e de estabelecer mecanismos de controle social e das classes trabalhadoras.

A abordagem estatal das relações saúde-trabalho passou num primeiro momento pelo âmbito e pelo enfoque exclusivo do setor saúde. Dentre as diversas atribuições da saúde

pública, uma delas se referia às inspeções das fábricas. As ações iniciais em Saúde do Trabalhador foram portanto concebidas e institucionalizadas como práticas de saúde do setor saúde. Estas práticas de saúde pública visavam atuar fundamentalmente no meio urbano, sobre as condições fabris de trabalho, num enfoque mais sanitário e menos assistencial individual (HENRIQUES,1989).

Por sua vez, as embrionárias ações de vigilância no interior da saúde pública se dirigiam mais ao controle de doenças infecto-epidêmicas, dentro de uma visão biologicista e tecnicista do processo saúde-doença, e visavam dar visibilidade e legitimidade ao Estado (COSTA, 1985).

Um marco importante na história organizacional e institucional foi a criação em 1923 do Departamento Nacional de Saúde Pública, e em 1930 do Ministério da Educação e Saúde Pública. À semelhança de outros países, as ações de vigilância se imbricavam e se sobrepunham às ações da saúde pública.

Neste momento no Brasil, ainda estávamos muito longe de atingir a uma daquelas pré-condições apontadas por THACKER (1994), ou seja, aquela que se refere à implantação de uma rede de serviços de saúde.

No governo Vargas, ocorreu a marcante cisão de atribuições entre o setor saúde (que passa a cuidar mais da assistência) e o setor trabalho que passa a ser o grande responsável pelas ações de fiscalização (HENRIQUES,1989). Aspectos sobre condições de trabalho ainda foram mantidos ao longo dos anos, sobretudo nos Códigos Sanitários (HENRIQUES,1989).

Segundo WALDMAN (1991), a Vigilância epidemiológica emergida e moldada nas décadas de 50 e 60 nos EUA e Europa, só foi introduzida no Brasil no início dos anos 70, portanto com quase 20 anos de atraso, através da Campanha de Erradicação da Varíola. Era o início das vigilâncias no Brasil.

A Vigilância epidemiológica ganhou no entanto, um **status** maior e uma abrangência nacional, apenas em 1975, com a criação do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (Ministério da Saúde, 1977). Neste mesmo momento é criado também, independentemente, o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, consolidando e materializando assim institucionalmente a dicotomia entre as vigilâncias epidemiológica e sanitária (SOUZA & KALICHMAN, 1993). Deve-se ressaltar que é a partir deste momento que a Vigilância em Saúde Pública, ainda que dicotomizada e parcializada, adquire uma visibilidade definitiva. As ações de vigilância se estruturam, consolidam e passam a fazer parte mais organicamente da atenção à saúde da população e se constituem enquanto um sistema.

Este sistema de vigilância implantado no Brasil, espelhado no modelo norte-americano e internacionalizado com o apoio da OMS, mantinha características centralizadoras e fundamentalmente verticalizadas embora previsse a horizontalização com a participação das unidades básicas de saúde. Também não havia neste primeiro momento uma preocupação com a formação mais específica dos técnicos, nem o desenvolvimento de pesquisas para suprir as lacunas de conhecimento (WALDMAN, 1991).

Dentro da história das vigilâncias, a Vigilância epidemiológica ganhou grande incremento, repercussão técnica e política, com o combate e tentativa de controle da

meningite meningocócica em meados da década de 70 (BARATA, 1990; MENDONÇA, 1992).

A Vigilância epidemiológica se concentrava primordialmente nas doenças transmissíveis e a Vigilância sanitária se concentrava, sobretudo, nas ações de fiscalização de produtos (alimentos e medicamentos majoritariamente) e ao controle de portos, aeroportos e fronteiras. Todavia é bom ressaltar que no interior das atribuições da Vigilância Sanitária já havia uma que tratava mais especificamente da fiscalização sobre as condições de exercício de profissões e ocupações técnicas e auxiliares diretamente relacionadas com a saúde (médicos, farmacêuticos, enfermeiros dentre outros).

Neste primeiro momento, o que se percebe é que a questão da Saúde do Trabalhador não estava efetivamente incorporada e muito menos privilegiada nos sistemas de vigilância implantados. Existiam sim, abordagens muito parciais e localizadas, sobretudo na vigilância sanitária, de alguns aspectos do que mais tarde seria conhecido como o campo da Saúde do Trabalhador. Na vigilância epidemiológica embora aparecessem situações onde o campo da saúde do trabalhador pudesse ser evidenciado (p.e. casos de tétano ocupacionais, intoxicações por agrotóxicos, surtos de malária entre trabalhadores rurais ou de construtoras na região norte do Brasil), a abordagem predominante e central era a de controle de uma doença infecciosa no trabalho e não do enfoque de um processo de trabalho gerando uma doença infecto-transmissível num conjunto de trabalhadores. Definitivamente este cenário ainda não era propício ao surgimento de uma vigilância à saúde do trabalhador no interior da vigilância em saúde pública.

Dentro da trajetória da Vigilância no Brasil, é importante se registrar que no mesmo instante que se implantava aquele seu modelo centralizado e verticalizado, o sistema de saúde pública como um todo começava a se reestruturar e expandir. Na década de 70, no setor público foram desenvolvidas experiências-piloto distintas, descentralizadoras e participativas de atenção à saúde da população, como o Programa de Montes Claros e o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS). O embrião dos princípios da descentralização, hierarquização e controle social consolidados mais tarde enquanto bases do SUS, começavam a emergir e florescer no interior do sistema de saúde pública. Estes princípios se concentraram mais nas ações assistenciais, o carro-chefe, e pouco atingiram o âmbito da vigilância, embora também aqui já começassem a deixar sua marca (DIAS & GARCIA, 1978).

Neste período ficou patente a segmentação entre vigilância e assistência, com nítida hegemonia desta última. E ainda dentro da esfera da assistência é necessário que se reconheça o largo predomínio das ações médico-curativas hospitalares privadas ou conveniadas. Pode-se dizer que as vigilâncias ocupavam um espaço nitidamente secundário no âmbito da atenção à saúde, que ganhavam algum destaque e importância por ocasião de surtos epidêmicos das doenças infecto-contagiosas.

Este período é marcado também por alterações significativas no perfil demográfico e de morbi-mortalidade da população. As doenças infecto-parasitárias começavam a ceder espaço para as de caráter crônico-degenerativo e as decorrentes de causas externas. O país passava também por um processo acelerado de urbanização e de migração da força de

trabalho rural.

O movimento da reforma sanitária iniciado nos fins da década de 70, trouxe importantes contribuições para o equacionamento e a trajetória das vigilâncias em saúde no Brasil.

As vigilâncias epidemiológica e especialmente a sanitária implantadas no Brasil traziam características dos modelos internacionais também muito criticáveis por diversos autores: autoritárias, policiaescas, punitivas, cartoriais, excludentes, de baixa cobertura, descontínuas, centralizadoras, segmentadas, com poucos recursos humanos/materiais, legislações desatualizadas e que em síntese se mostram anti-populares e ineficazes (LIMA, 1987; ROSAS, 1987; JOUVAL JÚNIOR & ROSENBERG, 1992; CEBES, 1992; CARVALHEIRO, 1992; LUCHESI, 1992; COSTA, 1993)

No interior da Vigilância Sanitária é desencadeado um significativo processo de se repensar à luz da reforma sanitária brasileira e da reorganização do sistema nacional de saúde. Um registro bem exemplificador deste momento foi o da publicação de um número inteiro da revista Saúde em Debate com 41 artigos, em setembro/novembro de 1987, onde num apanhado crítico, são apresentadas e refletidas algumas das diversas e complexas ações da vigilância sanitária (CEBES, 1987).

Num dos artigos, LIMA (1987), ex-secretário da Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) centra sua preocupação na questão da participação popular e a vigilância sanitária. Afirma LIMA (1987) que a vigilância sanitária "é dentre as tarefas da Saúde Pública [a] mais fácil e perigosa pois pode ser objeto de um exercício autoritário e

excludente da população...". Neste mesmo trabalho, o autor acrescenta que a essência da vigilância seria a própria comunidade. Alerta também para o papel que o Estado tem assumido quanto à vigilância, onde vem adotando uma postura eminentemente coercitiva, defendendo os interesses econômicos empresariais e políticos desfavoráveis à comunidade e ao seu controle social. Organização, mobilização comunitária e a luta pela descentralização das ações são os caminhos apontados pelo autor.

Num outro trabalho, ROSAS (1987) explicita os esforços de transformação das práticas de vigilância sanitária: "Nós entendemos vigilância sanitária num sentido muito mais amplo, como alguns estados já estão caminhando e tentando reformular-se internamente. Vigilância sanitária é mais do que simplesmente controle de produtos. A questão da saúde do consumidor é bem mais ampla do que apenas a de consumo e produtos. É o consumo de serviços e a questão da utilização do meio-ambiente, da **saúde do trabalhador**, etc". O campo da Saúde do Trabalhador começava a se apresentar e ganhar espaço no interior da vigilância sanitária. Ainda neste artigo, ROSAS (1987) propõe que a vigilância se estruture em 4 sub-áreas: serviços, produtos, meio-ambiente e saúde do trabalhador. Diz ROSAS: "Uma quarta área que pensamos também tem a ver com a vigilância sanitária mas que, por ser uma área de tal magnitude, tenderia a ser uma área específica, seria a da questão da saúde no ambiente fabril. A saúde do trabalhador, a questão dos acidentes do trabalho, a questão da doença profissional do ambiente do trabalho são fundamentais. Este é o setor que realmente hoje no Brasil é muito desprezado. A vigilância sanitária na questão da saúde do trabalhador não está incorporada dentro das

ações de saúde, ela está isolada no Ministério do Trabalho e nós temos que recuperar isto. Houve até uma sugestão da 8ª Conferência para incluir no conjunto das ações de saúde a saúde do trabalhador".

Desta fala, pode-se evidenciar pelo menos quatro grandes questões: primeiro, que a vigilância sanitária reconhece a sua competência para atuar no campo da saúde do trabalhador; segundo, que a saúde do trabalhador se constitui num campo específico para além da vigilância sanitária; terceiro, que existe uma sobreposição de atuação com o Ministério do Trabalho; quarto, que se torna necessário resgatar a vigilância dos ambientes fabris para o setor saúde.

Ainda enquanto parte daquela coletânea citada, pode-se ainda destacar o artigo do setor de Vigilância Sanitária da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo (1987). Neste trabalho é proposta a criação de um Centro de Vigilância Sanitária na esfera da Secretaria de Estado da Saúde, vinculado diretamente ao Secretário. Este Centro teria três setores: a) vigilância sanitária de serviços de saúde; b) vigilância sanitária de produtos relacionados com a saúde; c) vigilância sanitária de ações sobre o meio-ambiente. Neste último setor se incluíam as ações de saúde ambiental e do trabalho. Dentre suas atribuições estavam as de "controle dos efeitos na saúde individual e coletiva no ambiente de trabalho ou fora dele, decorrendo do processo produtivo" (SÃO PAULO/SES/VS, 1987). Neste texto fica também evidente a tentativa da vigilância sanitária de incorporar elementos relativos à saúde do trabalhador.

Ainda dentro do esforço de viabilizar ações de saúde do trabalhador no interior da

vigilância sanitária, o trabalho de CASTRO *et al.* (1987) descreve uma experiência de ação integrada inter-institucional, inter-setorial, com participação sindical, visando o enfrentamento de problemas de saúde do trabalhador no setor portuário e cacauero baiano.

Nos anos 80, a vigilância em Saúde do Trabalhador efetivamente ia conquistando um espaço diferenciado no interior das vigilâncias sanitárias de alguns estados e municípios. Todavia é bom lembrar que neste momento estas ações de vigilância ainda se encontravam desacopladas das ações de assistência.

A Constituição de 1988 trouxe profundas modificações na concepção e abordagem da questão da saúde no Brasil. Alguns dos princípios de Alma Ata (WHO,1978), do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, da VIII Conferência Nacional de Saúde (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986) ganharam espaço e foram incorporados no novo texto constitucional e posteriormente nas legislações complementares.

CARVALHO & SANTOS (1992) destacam alguns tópicos relevantes da Constituição de 1988 quanto à saúde: saúde como direito de todos e dever do Estado; importância das ações e dos serviços de saúde; universalidade de cobertura; equidade da assistência; caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa com a participação da comunidade; criação do sistema único de saúde; competência comum das várias esferas de governo (união,estado e município) para tratar da saúde e competência concorrente para legislar sobre a saúde; adoção do modelo explicativo da determinação social do processo saúde-doença.

As ações de vigilância são apresentadas de forma particularizada e explícita no texto

constitucional e na Lei 8080/90. Há um movimento no sentido de **redefinir**, reestruturar e aproximar as vigilâncias, refletindo a dinâmica das discussões no interior das vigilâncias epidemiológica, sanitária e a da saúde do trabalhador.

O artigo 6º da lei 8080/90 diz: "Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde- SUS:

I- a execução de ações:

- a) de vigilância sanitária;
- b) de vigilância epidemiológica;
- c) de saúde do trabalhador;
- d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica."

O texto constitucional é totalmente explícito quanto às atribuições do SUS de executar as ações de vigilância bem como as de saúde do trabalhador. Estão presentes no texto constitucional as imbricações, sobreposições e especificidades entre as vigilâncias citadas e a saúde do trabalhador. Por ora vamos nos ater à questão constitucional das vigilâncias em geral (epidemiológica e sanitária) e mais à frente retomaremos vigilância em saúde do trabalhador.

Ainda neste artigo 6º fica patente a persistência da visão dicotômica e segmentada entre uma vigilância denominada **epidemiológica** e outra **sanitária**. Não se fala em Vigilância em Saúde Pública ou Vigilância à Saúde.

No seu parágrafo 1º, o artigo 6º define o que é vigilância sanitária é "um conjunto

de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde". São portanto um conjunto de ações para eliminar, diminuir e prevenir riscos, em diversos locais do meio-ambiente incluindo-se aqui o **ambiente de trabalho** e os serviços de saúde. A vigilância sanitária, além de continuar com as suas tradicionais funções como as de normatização e fiscalização de produtos alimentícios e fármacos, passa também a cuidar da vigilância e fiscalização dos ambientes de trabalho em geral. Portanto a saúde do trabalhador passa formalmente a ser objeto de ação da vigilância sanitária.

No 2º parágrafo daquele neste artigo, a Vigilância Epidemiológica é entendida como "um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual e coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos" (CARVALHO & SANTOS, 1992). Embora se tenha uma visão coerente e próxima dos conceitos ampliados de saúde e de vigilância, o objeto de ação ainda continua a ser prevenção e controle de agravos (efeitos). A questão do trabalho ou da saúde do trabalhador ainda não aparece explicitada nos horizontes da vigilância epidemiológica.

A Lei 8080/90 no seu parágrafo 3º, do artigo 6º, define Saúde do Trabalhador como: "um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos

riscos e agravos advindos das condições de trabalho abrangendo:...”. O campo da Saúde do Trabalhador tem uma definição bem abrangente, mas fica claro que compreende ações de vigilância, assistência, pesquisa, normatização, fiscalização, no âmbito de ambientes de trabalho, de serviços de saúde especializados e dos próprios trabalhadores. Tomando por base esta definição de Saúde do Trabalhador ficam abertas várias possibilidades de inserção deste campo no plano institucional. A Saúde do Trabalhador no SUS pode se inserir na vigilância sanitária, na vigilância epidemiológica, na assistência ou num espaço próprio que incorpora ações de assistência e vigilância.

A despeito das dificuldades e limitações, o texto constitucional e seus complementos sem dúvida, representaram um avanço na concepção e entendimento da determinação do processo saúde-doença, da organização do sistema de saúde, e da reestruturação da saúde do trabalhador na rede pública de serviços.

Estavam assim lançadas as bases jurídicas e institucionais de inserção da Vigilância em Saúde do Trabalhador no interior do SUS e do setor da saúde mais especificamente.

Este novo quadro jurídico-institucional do setor saúde, no fundo, é mais uma tradução e um rearranjo de todo um processo social e político dinâmico, complexo, que traz novas questões e que no caso da vigilância em saúde pública a põe em diálogo mais estreito com a saúde do trabalhador.

Paralelamente a este cenário jurídico, no interior da própria vigilância epidemiológica, à semelhança da vigilância sanitária, começou a ficar mais evidente um processo de se repensar sua prática à luz de uma nova realidade epidemiológica e

institucional que começa a se estabelecer. Uma série de artigos e eventos vêm à tona registrando esta questão (CENEPI, 1992; GUTIERREZ, 1992a; LADEIRA, 1992b; OLIVEIRA, 1992; TEIXEIRA, 1992; TOLEDO, 1992; PAIM & TEIXEIRA, 1992; SILVA, 1992; MENDONÇA, 1993).

É bem significativo e ilustrativo deste momento histórico, a realização da oficina de trabalho intitulada "Repensando a Vigilância Epidemiológica" realizada durante o II Congresso Brasileiro de Epidemiologia em Belo Horizonte, em 1992 (MENDONÇA, 1993). Esta oficina se constituiu numa tentativa de se promover uma reflexão ampliada a partir dos olhares de diversos técnicos sobre os caminhos e as perspectivas da vigilância epidemiológica. Houve a participação de técnicos de vigilância epidemiológica, de vigilância sanitária e de saúde do trabalhador, inseridos em diferentes níveis de governo, setores e instituições.

Ainda dentro deste quadro de reflexão, o trabalho de SILVA (1992) traz importantes contribuições. Este autor entende que o processo de descentralização e municipalização do SUS deverá ser o fio condutor na implantação de um sistema de vigilância, gerando um modelo próprio que não seja uma cópia. SILVA (1992) defende uma vigilância epidemiológica para além do grupo das doenças infecciosas, com descentralização de gestão e execução, com análise técnica e política das ações, democratização da normatização técnica. Aponta também alguns nós-críticos: flutuações salariais no setor público, instabilidade das políticas públicas (SILVA, 1992). Tentando se adequar ao novo arcabouço jurídico, que coloca a vigilância dos locais de trabalho também como de

competência da vigilância sanitária, uma série de cursos de capacitação começam a ser oferecidos pelo Ministério da Saúde, Secretarias estaduais e municipais de saúde. Os objetivos principais destes cursos são os de capacitar e formar técnicos para atuarem no campo de vigilância em saúde do trabalhador. Começa aqui a ser estabelecido mais um elo de aproximação e de diálogo entre a vigilância sanitária e saúde do trabalhador.

Mais recentemente, no bojo deste repensar e reestruturar das práticas da vigilância em saúde pública, a portaria nº 1565 do Ministério da Saúde, de 26 de agosto de 1994, registra em um dos seus considerandos este processo ora em curso: "considerando, ainda, a diretriz política que visa à unificação conceitual da vigilância sanitária e da vigilância epidemiológica para o estabelecimento de práticas de Vigilância em Saúde, visando a promoção e proteção da qualidade de vida e da saúde integral dos cidadãos" (BRASIL, 1994). Este trecho, espelha bem a idéia de que a construção do conceito de Vigilância em Saúde começou a ganhar maior viabilidade técnica, política e jurídica. Concomitantemente, o processo de descentralização das ações de saúde já vem propiciando no plano empírico, as condições necessárias para esta complexa aproximação e superação da dicotomia entre vigilância sanitária e epidemiológica. Este processo de integralidade, como veremos a seguir, é também compartilhada pela chamada Vigilância à Saúde e pela Vigilância em Saúde do Trabalhador.

Dentro da idéia de mapeamento da VIST e correndo também paralelamente às crises e redefinições das vigilâncias epidemiológica e sanitária, foi concebido em finais da década de 80 e início da década de 90, um outro campo de vigilância - a chamada Vigilância à

Saúde. A seguir abordaremos esta nova prática, sempre na tentativa de irmos estabelecendo elos com a VIST.

3.5 A VIGILÂNCIA À SAÚDE

O conceito de Vigilância à Saúde começa a ganhar corpo e visibilidade a partir de 1988 com a decisão do Conselho Diretivo da Organização Panamericana de Saúde (OPAS) na sua XXXIII Reunião, de incentivar os países membros a reorganizarem seus sistemas de saúde através da estratégia de implantação dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS). Dentro da concepção dos SILOS, a vigilância era uma das ações estratégicas a ser enfatizada. Tratava-se de construir a vigilância num novo patamar e sob a ótica dos SILOS (MENDES, 1992).

O desenvolvimento dos SILOS pode ser visto como um dos mais importantes desdobramentos da Conferência de Alma Ata, uma estratégia que privilegiava o desenvolvimento dos cuidados primários de saúde com participação social.

Na construção do conceito de Vigilância à Saúde, a Carta de Otawa (1987) trouxe uma importante contribuição ao fazer a defesa da adoção do modelo de "Promoção da Saúde". Este modelo centraliza seu foco na abordagem dos determinantes e condicionantes de saúde, e não na prevenção secundária e terciária defendidas pelo modelo assistencial flexneriano (MENDES, 1992).

Estes três elementos (cuidado primário, participação social, promoção à saúde) são partes fundantes do paradigma da Vigilância à Saúde.

Este movimento de cunho internacional desencadeado pela OPAS a partir de 1988, imediatamente encontrou um cenário favorável no Brasil com a recente criação do Sistema Único de Saúde.

A alternativa brasileira para os SILOS se materializou através dos chamados Distritos Sanitários (MENDES, 1992). A Constituição de 1988 privilegiou no seu texto a concepção ampliada de saúde e o nível local de atenção à saúde como seu *locus* principal, os distritos sanitários. Estava assim adotada como estratégia de política de saúde o desenvolvimento e fortalecimento dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS).

Este posicionamento foi extremamente relevante para a vigilância no Brasil. Além das tradicionais vigilâncias sanitária e epidemiológica, entraria em cena uma outra forma de se conceber a vigilância: a vigilância à saúde.

Dentro da tentativa de divulgar e fomentar o desenvolvimento dos distritos sanitários, a OPAS passou a promover uma série de eventos nacionais com o objetivo de implementar programas-piloto e fortalecer a idéia do SILOS e a do SUS. Dentre estes eventos, geralmente seminários e oficinas de trabalho, a vigilância ganhou um espaço próprio e destacado, se tornando um tema específico e adquirindo o reconhecimento e a denominação particular de "Vigilância à Saúde"(MENDES, 1992). Começavam aqui a ser lançadas no interior do SUS as bases de uma nova forma de conceber e atuar em vigilância, que se dizia diferente das tradicionais vigilâncias epidemiológicas e sanitárias.

A Vigilância à Saúde pode ter diferentes espaços de estruturação que vão desde o nível local até o nível nacional (MENDES,1992). Além disto, e em parte como consequência disto, pode adquirir dois grandes tipos de atuação, que não se excluem, mas que podem se diferenciar no modo e na ênfase de agir e que são:

- a) uma enquanto prática eminentemente de intervenção
- b) outra enquanto prática eminentemente de análise de tendência de situação sanitária.

A primeira corrente tem uma preocupação maior com intervenção imediata em micro-problemas sanitários e dois de seus formuladores mais destacatados são Eugênio Vilaça MENDES e Jairnilson Silva PAIM.

A segunda corrente ocupa-se mais com a descrição, análise de tendência e monitoramento de macro-problemas sanitários. Um de seus autores mais atuantes é Pedro Luis CASTELLANOS (s/d)

No Brasil, a corrente que mais tem se desenvolvido é a daquela ligada às práticas de intervenção. Esta corrente da Vigilância à Saúde privilegia a atuação nos espaços dos distritos sanitários (MENDES,1992; PAIM, 1993).

Nas palavras de MENDES(1992), o distrito sanitário é concebido como um "processo social de mudanças das práticas sanitárias, direcionado no sentido da eficiência e eficácia sociais, da equidade e da democratização e que se manifesta no espaço local, onde estabelecem relações transacionais entre instituições de saúde, organizadoras das

respostas sociais referidas pelo paradigma da "promoção da saúde", sob regulação de uma autoridade sanitária local, e os conjuntos sociais com seus problemas diferenciados, que se manifestam na singularidade daquele território distrital".

O distrito sanitário não é visto como um mero espaço geográfico-burocrático mas como um espaço político, ideológico, tecnológico (MENDES, 1992; PAIM, 1993), onde distintos atores sociais estão em um processo constante de luta na tentativa de que seus interesses prevaleçam. É neste espaço que se dão as práticas de vigilância à saúde.

De acordo com MENDES (1992), a Vigilância à Saúde seria **"uma resposta social, portanto um modelo de intervenção (processos de trabalho em saúde sob a forma de operações) sobre problemas (de enfrentamento contínuo) num dado território"**.

Trata-se da construção de uma prática contra-hegemônica na perspectiva da transformação, elaborada a partir de problemas definidos com a participação de atores sociais locais e que vão determinar as formas de intervenção ou de enfrentamento (MENDES, 1992). Os problemas para a atuação da vigilância não são definidos *a priori*, verticalmente, padronizadamente.

Dentro do conceito de MENDES fica evidente o caráter de continuidade das ações (ainda que elástica) presente nas definições clássicas de vigilância.

Dentro de um esforço de construção e detalhamento conceitual, MENDES *et al.* (1993) definem vigilância à saúde como uma **"prática sanitária informada pelo modelo epidemiológico, que articula, sob a forma de operações, um conjunto de processos de trabalho relativos a situação de saúde a preservar, riscos, danos e seqüelas,**

incidentes sobre indivíduos, famílias, ambientes coletivos (creches, escolas, fábricas), grupos sociais e meio ambiente, normalmente dispersos em atividades setorializadas em programas de saúde pública, na vigilância sanitária, na vigilância epidemiológica, na vigilância nutricional e alimentar, no controle de vetores, na educação para a saúde, nas ações sobre o meio ambiente, com ações extra-setoriais, para enfrentar problemas contínuos num determinado território, especialmente ao nível de microárea".

Tendo em vista este conceito de Vigilância, podem ser destacados alguns aspectos:

- a) o reconhecimento de que vigilância é uma prática de saúde, portanto pertinente ao setor saúde.
- b) reconhece-se também o caráter trans-setorial da vigilância, uma vez que ao se pretender atuar na (ou para a) promoção da saúde necessariamente se atuará sobre determinantes que extrapolam o âmbito de atuação do setor saúde (trabalho, habitação, economia, previdência social, dentre outros)
- c) utiliza basicamente métodos epidemiológicos para gerar informações. Aqui podemos frisar três pontos.

Primeiro, o instrumental epidemiológico utilizado abarca desde técnicas e métodos da epidemiologia tradicional descritiva, quantitativa, quanto da chamada Epidemiologia Social Latino-americana. Todavia o conceito de determinação do processo saúde-doença da Epidemiologia Social é o grande fio condutor. Neste modelo as categorias explicativas chave são: o processo de trabalho e a

reprodução social.

Segundo, a vigilância tradicional se identifica muito com o famoso "informação para a ação". A Vigilância à Saúde reconhece a importância da informação e fala inclusive em sistema de informação. Todavia a informação é vista de forma contextualizada, menos rígida, desmistificada. É pensada mais enquanto um meio, um instrumento para a identificação (e descrição) de um problema e de auxílio para a tomada de decisões políticas, do que como sendo a grande finalidade e objetivo da vigilância.

Terceiro, de acordo com MENDES (1992), a Vigilância à Saúde recebe ainda importantes contribuições teóricas de Milton Santos (conceito de território-processo social) e de Carlos Matus (planejamento estratégico-situacional)

- d) seu objeto de prática abarca situações de saúde a preservar, riscos, danos e seqüelas. Não fica portanto restrita a algumas etapas do processo saúde-doença. Segundo PAIM & TEIXEIRA (1992), a Vigilância à Saúde atuaria em três níveis: controle I (danos), controle II (riscos) e controle III (causas: determinantes e condicionantes). A matriz teórica da Vigilância à Saúde não se restringe apenas a efeitos (agravos à saúde) e produtos, mas busca a integralidade, atuando também sobre exposição, determinantes e políticas de atenção.
- e) a população abrangida vai da vigilância de indivíduos à dos grupos. No que tange a grupos, fica explícito que um dos enfoques do denominado ambiente coletivo se refere aos ambientes de fábricas. Estes por seu lado são um dos

principais campos de atuação da Saúde do Trabalhador. Percebe-se aqui um ponto de convergência e interface das vigilâncias à saúde e da vigilância em saúde do trabalhador.

- f) a vigilância à saúde articula e incorpora uma série de práticas tradicionais de saúde pública, ainda que sob uma nova perspectiva. MENDES(1992), PAIM(1993) e SOUZA & KALICHMAN (1993) dizem que não se trata de uma simples somatória de práticas, mas por outro lado não fica claro como que empiricamente se utilizam e se integram práticas tradicionais como a vigilância epidemiológica e a sanitária sob uma nova ótica, e sob um novo modelo assistencial.
- g) embora a questão da participação e controle social, popular, seja um dos maiores pilares da Vigilância à Saúde, esta não aparece no conceito de MENDES, sendo mais deslocada para a esfera do método. Esta sem dúvida não é uma questão menor, pelo contrário. A participação e controle social são elementos marcantes e definidores na trajetória das vigilâncias e como tal ficaria melhor explicitado enquanto um princípio e não enquanto um método.

Embora se possa dizer que a Vigilância à Saúde se encontre num momento de construção teórica, algumas experiências importantes estão ocorrendo no Brasil em algumas regiões e municípios brasileiros: São Paulo, Vale do Aço (MG), Belo Horizonte, Curitiba, Salvador (FEKETE, 1992).

Em julho de 1992, foi realizada uma oficina de trabalho em Belo Horizonte sobre planejamento e programação local da Vigilância à Saúde, onde experiências foram refletidas e algumas questões foram apontadas, das quais destacamos três:

- a) dificuldades de articular atores, processos e problemas.
- b) dificuldades de identificar os nós-críticos.
- c) dificuldade de conciliar campos como o da epidemiologia com o planejamento, a política, a economia.

Esta oficina revelava que a Vigilância à Saúde deixava de ser apenas uma formulação teórica para se tornar uma realidade, ainda que parcial e instável.

Quanto à questão da informação, TASCA (1992) traçou algumas características básicas de um sistema de informação para a Vigilância à Saúde:

- a) ser voltado para satisfazer às necessidades de saúde
- b) detectar possíveis desigualdades e inequidades
- c) promover a equidade
- d) contar com a participação da comunidade

TASCA (1992) identificou também o problema que ele denominou de "cultura do desprezo à informação", onde decisões são tomadas a despeito do que os dados revelam. Informação e poder de decisão devem andar juntos, senão pode-se cair no alienante "para que se informar, se não adianta nada?"

Algumas experiências com o uso do Mapeamento de Problemas através do MAPINFO/BLADE RUNNER estão em curso. Trata-se de um **software** em construção onde são utilizados métodos epidemiológicos e de ciências sociais para auxiliar o planejamento das ações de saúde, dentre estas as de vigilância (TASCA, 1992; OPAS, 1994).

Em agosto de 1992 foi realizada uma oficina de trabalho patrocinada pela OPAS cujo tema foi "A Vigilância Sanitária como ação da Vigilância à Saúde no Distrito Sanitário". O tema desta oficina reflete a preocupação de articulação e incorporação da vigilância sanitária ao campo da vigilância à saúde. Foram apontadas as principais características históricas negativas que a vigilância sanitária adquiriu no Brasil ao longo dos anos. Dentre aquelas destaca-se: a legislação cartorial, o papel preponderante de polícia sanitária, descolamento do sistema de saúde, elitismo e inexperience quanto a trabalhos de saúde a nível local e com participação popular (MELO, 1992). Por outro lado, aquela oficina ressaltou que há um novo momento de possibilidade e de reconstrução da vigilância sanitária onde esta poderia se orientar por princípios do SUS, como os da descentralização, equidade, participação social. Apesar de ser uma prática nova, a Vigilância à Saúde vem avançando institucionalmente e algumas secretarias de saúde (municipais e estaduais) começam a se estruturar, criando setores ou departamentos específicos denominados de Vigilância à Saúde (CESAT, 1992; NESCO, 1993; GUTIERREZ, 1995).

Se por um lado a Vigilância à Saúde começa a deslançar, algumas críticas relevantes vêm sendo formuladas. MERHY (1995) tece algumas considerações críticas sobre a Vigilância à Saúde que merecem registro. A primeira é que a Vigilância à Saúde

lembra em muito os limites do velho sanitarismo inglês do século XIX, calcado hegemonicamente no saber médico para o controle de um território - o espaço urbano. A segunda é que as ações normativas acabam prevalecendo sobre o processo de organização e gestão dos processos de trabalho em saúde. A terceira é que dentro da dinâmica de desenvolvimento da Vigilância à Saúde, os problemas acabam por dominar o cenário em detrimento dos próprios atores sociais. A quarta crítica apontada é que não há combate real ao modelo médico-hegemônico neo-liberal. MERHY (1994) todavia aponta que por utilizar o planejamento estratégico como instrumento de análise, este poderá apontar os próprios limites da Vigilância à Saúde.

As críticas de MERHY são procedentes e instigantes, todavia algumas experiências mostram que a despeito dos problemas iniciais serem traduzidos como diarreia, parasitoses, estes mesmos problemas à luz das discussões, podem se transformar em luta por melhoria no acesso de determinantes de saúde como saneamento, alimentação, emprego. Ao contrário do sanitarismo inglês, o território é visto eminentemente como um processo de enfrentamento, construção e transformação de atores e relações sociais e não como um palco geográfico, objeto de ações autoritárias, pré-determinadas e conservadoras.

A proposta da Vigilância à Saúde se apresenta como uma alternativa recente de superação e ampliação das tradicionais práticas dicotômicas de vigilância em saúde pública (MENDES, 1992; CENEPI, 1992) ao mesmo tempo em que abre possibilidades para se incorporarem conteúdos de vigilância à saúde do trabalhador. A Vigilância à Saúde comportaria como um grande guarda-chuva que abrigaria e rearticulária as diversas

modalidades de vigilâncias. Embora também muito incipiente, os princípios da Vigilância à Saúde começaram a ganhar espaço no interior da VIST no SUS (GUTIERREZ, 1992b; PINHEIRO *et al.*, 1993; GUTIERREZ, 1995).

O fim da década de 80 e começo das década de 90 pode ser considerado como um momento de grandes reflexões e tentativas de modificações das tradicionais práticas de vigilância em saúde, notadamente as de vigilância epidemiológica e sanitária, o que possibilitou a construção e emergência dos conceitos de vigilância em saúde pública, vigilância à saúde, e de questões de saúde do trabalhador no interior daquelas práticas.

4. A VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR NO EXTERIOR

No capítulo anterior tentei demonstrar que a Vigilância em Saúde do Trabalhador (VIST) não emergiu enquanto proposta e prática sólida no interior da chamada vigilância em saúde pública, nem no plano internacional nem no nacional.

Embora fosse possível identificar elementos de saúde do trabalhador naquelas vigilâncias, estas não foram seus nascedouros principais. Os espaços estavam sendo construídos mas não havia ainda solo propício para se destacar, especificar e dissecar a categoria trabalho (muito menos na perspectiva do trabalhador) na vigilância em saúde pública. O que existia era apenas uma abordagem rudimentar, difusa, incipiente, circunstancial e marginal das relações saúde e trabalho.

Nosso olhar investigativo se dirigiu então para buscar as origens da vigilância em saúde do trabalhador no interior dos campos de conhecimento mais diretamente envolvidos com a abordagem das relações saúde-trabalho.

Dentro das abordagens entre saúde e trabalho, segundo MENDES & DIAS (1991) e DIAS (1994) existem basicamente três grandes correntes de pensamento: a da medicina do trabalho, a da saúde ocupacional e a da saúde do trabalhador. Os autores acima citados precisaram muito bem o contexto histórico da emergência e os elementos principais de cada um daqueles campos.

Na perspectiva de facilitar a exposição e análise neste trabalho, vou reagrupar e

considerar estas correntes na perspectiva de apenas dois blocos: a) saúde ocupacional/medicina do trabalho e b) saúde do trabalhador. Faço tal procedimento por concordar que em essência, a medicina do trabalho e a saúde ocupacional têm histórias e perspectivas sociais mais próximas e razoavelmente distintas da saúde do trabalhador.

Embora esta tese se preocupe centralmente com a história da vigilância em saúde do trabalhador, é importante conhecer e estabelecer um diálogo com as ações de vigilância que foram e são desenvolvidas sob a perspectiva da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional. Como bem ressaltou DIAS (1994) a Saúde do Trabalhador traz na sua matriz teórica elementos daqueles dois outros campos (a clínica e a higiene do trabalho), o que por vezes torna difícil a precisa delimitação daquelas correntes de abordagem das relações saúde e trabalho.

De um modo geral, a vigilância na perspectiva da saúde ocupacional vem sendo mais privilegiada no interior dos serviços médicos de empresa (nos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho - os SESMTs), nos setores de fiscalização do Ministério do Trabalho, nas agências internacionais (OIT/OMS/OPS) e estrangeiras (OSHA/NIOSH). Já a vigilância em saúde do trabalhador tem sido mais desenvolvida a nível do movimento dos trabalhadores e contra-hegemonicamente em algumas instâncias estatais, nos Programas de Saúde do Trabalhador do SUS, nas experiências italiana e nas iniciativas não estatais latino-americanas (México, Equador). Esta divisão não é estanque, e como veremos a seguir, algumas agências internacionais caminham inclusive no sentido de mudar seu enfoque teórico.

A VIST no Brasil vem recebendo influências marcantes do plano internacional. Visando facilitar a exposição, agrupamos estas influências em dois blocos: a) agências internacionais b) agências e instituições estrangeiras.

4.1 A VIGILÂNCIA NA PERSPECTIVA DAS AGÊNCIAS INTERNACIONAIS

Como já foi anteriormente dito, as noções de vigilância embora típicas de Estado também foram e são desenvolvidas por empregadores e trabalhadores. Pode-se dizer inclusive que o Estado entrou em cena posteriormente a aqueles dois atores, numa tentativa de mediar e regulamentar conflitos.

A Vigilância em Saúde Ocupacional institucionalmente, foi encontrar seus primeiros espaços exatamente no interior do campo da atenção à saúde do trabalhador fora do Estado (WEIDLING, 1985), mais diretamente nos chamados serviços privados de medicina do trabalho (fins do século passado) e de saúde ocupacional (começo e meados do século XX).

No início do século XX, a saúde ocupacional passou a ser desenvolvida em três grandes âmbitos: a) nas indústrias; b) nas universidades e c) nos órgãos governamentais (REICH & GOLDMAN, 1984). Todavia, naquele momento, não se pode dizer que no interior do Estado a questão da vigilância já tivesse obtido particularidade e destaque.

Historicamente, no Brasil, as ações de saúde e segurança no trabalho geralmente

estiveram segmentadas entre os embriões de três grandes setores mais diretamente envolvidos: o trabalho, a previdência social e a saúde. Ao Setor Trabalho tem cabido basicamente a fiscalização e normatização das condições de saúde e segurança dos ambientes de trabalho. A Previdência Social tem se responsabilizado pela concessão de benefícios e em alguns casos de cuidados de atenção à saúde (curativos e de reabilitação). Quanto à Saúde, esta tem participado sobretudo com os cuidados médicos curativos. É bom que se frise que algumas destas funções nem sempre foram ou são executadas diretamente pelo Estado, e nestes casos o Estado assume mais um papel de regulamentação e/ou suplementação da iniciativa privada.

As noções e os conceitos de vigilância estiveram sempre mais próximos do setor Saúde do que dos dois outros citados e vêm fazendo parte de sua agenda de atuação. Já a fiscalização tem sido reconhecida como uma prática desenvolvida pelo setor Trabalho. Todavia fiscalização e vigilância sempre andaram muito próximas no campo da saúde do trabalhador.

Não podemos perder de vista neste momento de exposição, que se por um lado a vigilância em saúde do trabalhador tinha dificuldades históricas de decolar junto ao setor saúde, mais especificamente na vigilância em saúde pública, no âmbito do setor Trabalho a preocupação maior se dirigia para as ações fiscalizatórias. Ou seja, ainda não estavam postas ou amadurecidas as condições que permitiriam a emergência da VIST no Estado, seja no setor Saúde seja no setor Trabalho e menos ainda na Previdência Social.

Este tipo de abordagem segmentada, de execução e/ou regulamentação de ações em

saúde do trabalhador pelo Estado, tem trazido ao longo do tempo sérios problemas de conflitos estruturais inter e intra-institucionais que culminam por debilitar e até inviabilizar políticas e ações da área (DIAS, 1994).

As questões de saúde e segurança no trabalho, acompanhando o movimento de internacionalização do capital e do trabalho, passaram a ter também uma dimensão mais global. Diversos autores já abordaram e detalharam este processo histórico de intervenção estatal nas áreas de saúde e segurança no trabalho iniciada na Europa no século XIX e que depois se difundiu para os Estados Unidos, gerando a primeira legislação de inspeção fabril em 1867, no estado de Massachusetts (MENDES, 1980; BERMAN, 1983; WEINDLING, 1985; LALISCH, 1985).

As agências internacionais, sobretudo a OIT e a OMS/OPAS tiveram (e continuam tendo) um importante papel para a formulação, divulgação e implantação de políticas, serviços e formação de recursos humanos na área de saúde e trabalho no mundo como um todo. A vigilância, como veremos a seguir, também vem merecendo um tratamento diferenciado por parte das agências há pouco citadas.

A atuação das agências internacionais começou em 1919, com a criação da Organização Internacional do Trabalho (OIT). Desde então a OIT passou a ter um papel importante na articulação, gestão, expansão e consolidação de ações de saúde ocupacional (MENDES, 1980; OIT, 1994).

Em 1925, foi elaborada pela OIT a primeira lista internacional de doenças profissionais reconhecíveis e indenizáveis, constituindo-se assim num dos embriões de um

sub-sistema de informação para fins de vigilância. (MENDES,1995).

A OIT através da elaboração de uma série de convenções e recomendações vem atuando junto aos estados membros promovendo diversas ações de segurança e higiene no trabalho (GOMES & BEDRIKOW, 1987) e dentre estas se incluem algumas de assistência, segurança e inspeção dos ambientes do trabalho.

A organização da OIT é tripartite: 50% de participação governamental, 25% de representantes de trabalhadores e 25% de representantes de empregadores (GOMES & BEDRIKOW, 1987). Os estados membros devem ratificar as convenções e recomendações em suas legislações. O Brasil é membro da OIT desde a sua criação em 1919.

Dentre as diversas convenções na área da saúde do trabalhador destacam-se:

- a) o nº 155, de 1981, que aborda a segurança e saúde dos trabalhadores e do meio ambiente de trabalho.
- b) o nº 161, de 1985 que versa sobre os serviços de saúde no trabalho.

Dentre as recomendações podemos ressaltar:

- a) a nº 112, de 1959, sobre serviços de medicina no trabalho e nos locais de emprego.
- b) a nº 164, de 1981, sobre segurança e saúde dos trabalhadores e meio ambiente de trabalho.
- c) a nº 171, de 1985, sobre serviços de saúde no trabalho.

É interessante notar que a preocupação da OIT se concentra mais na abordagem dos serviços de medicina e engenharia de segurança **no** trabalho, e sobretudo naqueles destinados aos trabalhadores **assalariados** e do setor **industrial**. Fala-se muito em inspeção, prevenção e controle mas é interessante notar que ações de vigilância, significativamente, ficaram de fora do centro da agenda temática da OIT. Por sua vez, a Organização Mundial de Saúde (OMS) só é estruturada e criada em 1948, portanto 29 anos após a OIT. Internacionalmente, o setor Trabalho saiu na frente do setor Saúde no que tange à questão específica da saúde dos trabalhadores. Só a partir de então se começa a observar no plano internacional uma disputa mais evidente entre o setor Saúde e o setor Trabalho sobre a hegemonia e competência das ações de intervenção nas relações entre saúde e trabalho. É bom que se diga que por volta das décadas de 40, 50 e 60, a questão da saúde e trabalho era ainda muito incipiente, periférica e negligenciada no interior do próprio setor saúde.

O apregoado caráter intersetorial das relações saúde e trabalho não é recente e algumas tentativas têm sido feitas no sentido de homogeneizar olhares, aparar arestas e articular ações (DIAS, 1994). Alguns eventos e informes técnicos conjuntos, envolvendo a OIT e a OMS começaram a ser produzidos a partir da década de 50 (MENDES, 1980).

É também digna de nota a ausência de qualquer referência às ações de vigilância (exceto quanto à drogas no trabalho) no quinto informe do Comitê Misto OIT/OMS publicado em 1967 e que tratava especificamente da organização dos serviços de higiene do trabalho nos países em desenvolvimento (OMS/OIT, 1967).

A OPS/OMS em princípios da década de 60, começou a patrocinar um programa de

cooperação técnica para a América Latina na área de saúde ocupacional. A finalidade maior do programa era contribuir para a redução das taxas de doenças e acidentes do trabalho em diversos países. Dentre as áreas de cooperação uma se referia ao estabelecimento de sistemas nacionais de informação em saúde ocupacional (OPAS, 1981).

É sobretudo a partir da década de 70, que tanto a vigilância quanto os serviços assistenciais de saúde ocupacional começam a ganhar corpo no âmbito da saúde.

Em 1973, na sua 26ª Assembléia Mundial de Saúde, a OMS adota uma resolução (WHA 26.58) no sentido de fomentar e expandir as atividades de vigilância do meio-ambiente e dentre estas se incluem as relativas aos ambientes de trabalho (OMS, 1973).

Prosseguiram de modo crescente os esforços para se incrementar a abordagem inter-setorial das questões entre saúde e trabalho. Há uma tentativa que merece mais a nossa atenção e análise por focar o tema específico desta tese. Trata-se da elaboração do documento "Vigilancia del Medio y de las Condiciones de Salud en los programas de Higiene del Trabajo", produzido em 1973, por um comitê de *experts* da OMS com a participação da OIT (OMS, 1973). Neste relevante documento, são explicitadas as possíveis funções da vigilância:

"primeira, a prática de medições sistemáticas a respeito dos índices sanitários e do meio, e o registro e transmissão dos dados correspondentes;

segunda, a comparação e interpretação daqueles dados com o objetivo de descobrir modificações do meio e do estado de saúde da população".

Também são apontados seus principais objetivos:

- a) "determinar a importância dos riscos profissionais conhecidos e avaliar as medidas adotadas para eliminá-los"
- b) "determinar os riscos profissionais não reconhecidos"
- c) "descobrir os fatores perigosos para a saúde"
- d) "determinar e fomentar os fatores laborais que sejam benéficos para a saúde"
- e) "facilitar informações sobre os problemas de saúde pública".

Dentro deste ítem de definições, funções e objetivos percebe-se a presença de elementos tanto da vigilância sanitária quanto da vigilância epidemiológica (predominantemente) aplicadas aos ambientes de trabalho. Este documento traz também importantes contribuições ao reconhecer:

- a) o papel crucial da vigilância na detecção de riscos conhecidos e desconhecidos
- b) reconhecer que a vigilância além de detectar agravos, deve também identificar fatores que promovam a saúde nos ambientes de trabalho.

Por outro lado, este documento reforça e restringe também a população trabalhadora, delimitando a vigilância aos trabalhadores assalariados e dos ambientes de trabalho. É digno de registro que neste mesmo documento, reflexo talvez da composição heterogênea e inter-setorial dos "experts" e do momento de construção de um novo

conceito, utiliza-se de diversas adjetivações para a vigilância na tentativa de articulá-las.

No ano de 1980, a XXXIII Assembléia Mundial de Saúde, através da resolução 33.31, aborda a questão da tensão e sobreposição de ações inter-setoriais na área da saúde do trabalhador. Ressalta a importância do diálogo com a OIT para estudar as intervenções dos diversos ministérios nos setores de higiene e vigilância do meio-ambiente de trabalho (OPAS,1992d).

Em 1981, num trabalho apresentado no VI Congresso Interamericano de Prevención de Riesgos Profesionales, realizado em Caracas (Venezuela), a OPS reconhece a precariedade do sistema de notificação e de vigilância epidemiológica para a saúde ocupacional. Este texto da OPS recomenda que na área de investigação e estudos em saúde ocupacional, seja dada prioridade a 4 temas. Dois destes temas eram: a) aperfeiçoamento dos sistemas de notificação e registro de doenças ocupacionais b) desenvolvimento de tecnologia apropriada para métodos de diagnóstico precoce de doenças profissionais, métodos de vigilância de ambientes de trabalho e métodos de proteção contra os riscos ocupacionais (OPAS, 1981).

A partir de 1984, talvez já sob alguma influência do movimento da saúde dos trabalhadores europeus e da crescente incorporação da participação comunitária em seus programas de saúde, a OMS passou a adotar o termo Saúde dos Trabalhadores para seus projetos em substituição à denominação Saúde Ocupacional (DIAS,1994). A OIT através do sua Convenção 161 de 1985 reafirma que o caráter essencial dos serviços de saúde no trabalho deve ser o de prevenção e reconhece que são suas funções a vigilância do meio-

ambiente de trabalho e a vigilância da saúde dos trabalhadores (OPAS, 1992b).

Em 1988, a OMS publicou o trabalho "Fomento de la salud en las poblaciones trabajadoras" onde aparecem algumas referências à questão da vigilância. Neste documento, é mencionado que uma das funções do higienista do trabalho é "exercer a vigilância do meio-ambiente de trabalho e da saúde dos trabalhadores com o fim de poder identificar prontamente os riscos para a saúde e avaliar a eficácia dos programas de proteção e fomento à saúde". Este mesmo documento abordou outros papéis importantes que a vigilância pode assumir enquanto instrumento de participação democrática e pedagógica: "as atividades de vigilância não são úteis só para avaliar os programas de fomento da saúde, mas também para estimular a participação dos trabalhadores e contribuir para fomentar novas idéias sobre a interação entre o trabalho e a saúde" (OMS, 1988)

Em 1990, a XXIII Conferência Sanitária Pan-Americana aprovou a resolução 14 que definia que os países membros e a OPS promoveriam de forma mais efetiva a saúde dos trabalhadores, mediante inclusive com o estabelecimento de sistemas de informação e de vigilância epidemiológica. Simbolicamente o ano de 1992 seria conhecido como o "Ano da Saúde dos Trabalhadores das Américas" (OPAS, 1992a; DIAS, 1994)

Como parte desta iniciativa, ainda em 1992, foi produzido talvez um dos mais ricos, consistentes e bem elaborados documentos da OPS quanto à área da saúde dos trabalhadores: "Directrices para un Plan Nacional de Desarrollo de la Salud de los Trabajadores" (OPAS, 1992b). Neste trabalho, a questão da vigilância não ficou de fora, tendo merecido diversas e destacadas referências. Um primeiro ponto a ser destacado neste

texto, é o que diz respeito às ações dos ministérios do trabalho e às ações de fiscalização: "Os Ministérios do Trabalho, que se ocupam principalmente da promulgação e vigilância da legislação em matéria de saúde ocupacional, não tem uma ampla cobertura de lugares de trabalho mediante a Inspeção de Trabalho". Em outras palavras, reforça-se a visão de que a atuação do setor trabalho se dá de forma muito limitada, com baixa cobertura e dentro de aspectos eminentemente legalistas. Dentre os princípios para se estabelecer um Plano de Saúde para os Trabalhadores, há um que destaca a vigilância: " desenvolvimento de um sistema de informação em saúde dos trabalhadores que incorpore o critério da vigilância epidemiológica". São apresentados também alguns critérios já bastante conhecidos para a hierarquização dos problemas de saúde dos trabalhadores a serem enfrentados: magnitude, severidade, vulnerabilidade, grupos desprotegidos e de alto risco, frequência do fator de risco ocupacional, estado do conhecimento científico, repercussão sócio-econômica do problema, grau de interesse dos interlocutores sociais na solução dos problemas, e acessibilidade ao lugar do problema (OPAS, 1992d). Dentre os objetivos específicos quanto à vigilância temos:

- a) "diagnóstico actualizado de la salud de los trabajadores: Establecimiento de un sistema de información y de vigilancia epidemiológica complementado con el desarrollo de la investigación"
- b) "vigilancia y control de los procesos y resultados: Participación en el desarrollo y vigilancia de objetivos y mediciones sociales y beneficios economicos y costos relacionados con el estado de salud de los trabajadores".

No ítem de orientações estratégicas desta-se uma que se refere à "vigilancia y control de las disposiciones, regulaciones y normas vigentes". É interessante notar que se trabalha com um conceito muito ampliado de vigilância, que vai desde a abordagem de processos e resultados, chegando à vigilância de instrumentos jurídicos e indicadores sócio-econômicos. Em alguns trechos do texto, persiste às vezes a segmentação entre uma vigilância epidemiológica e outra sanitária.

Há uma preocupação em detalhar as linhas de ação da vigilância epidemiológica:

- a) fortalecer o processo de descentralização de geração de dados, formulação de planos e tomadas de decisões;
- b) avaliar os serviços de saúde ocupacional;
- c) enriquecer a divulgação técnica e científica;
- d) criar um banco de dados capaz de atender a diferentes necessidades (OPAS, 1992b).

Por outro lado, quanto à vigilância e controle recomendam-se as seguintes linhas:

- a) desenvolver os critérios de vigilância e de controle dos programas ou serviços de saúde ocupacional;
- b) estabelecer critérios de prioridade para as ações de vigilância;
- c) enfatizar a vigilância dos serviços de saúde no trabalho;
- d) ampliar o leque de instrumentos jurídicos sob a vigilância;
- e) facilitar a criação de um sub-sistema de vigilância epidemiológica em saúde

dos trabalhadores vinculado ao sistema nacional.

É interessante a presença, na seqüência deste ítem, de uma linha de ação nitidamente ideológica e pretensamente neutra que recomenda: "desenvolver campanhas de información y sensibilización para generar la aceptación social de que las leyes favorecen a los trabajadores, a los empresarios y a la sociedad en general". Neste plano da OPS, por fim são propostos alguns indicadores gerais para avaliação, e dentre estes destacamos um que mede o número de atividades de vigilância e controle realizadas e as suas coberturas.

Mais recentemente, a OMS publicou outro representativo e importante documento orientador para o plano internacional intitulado "Global Strategy on Occupational Health for All: The Way to Health at Work" (WHO,1995). Este trabalho foi o produto do II Encontro de Centros Colaboradores da Organização Mundial de Saúde, realizado em Beijing (China) em outubro de 1994 e que contou com a participação de 52 pesquisadores e *experts* de 35 países. Não retirando o mérito e a relevância do texto como todo, composto de 67 páginas e que se propõe a ser uma "bíblia" para a "saúde ocupacional" de um modo geral, a questão da vigilância foi pouco abordada e privilegiada. Não foi dado o mesmo destaque que a OPS já o havia feito em 1992. No próprio título não se falou em saúde dos trabalhadores ou saúde do trabalhador mas sim em saúde ocupacional. Os meandros ideológicos, como já se disse, não são desprezíveis e aleatórios. A palavra vigilância ("surveillance"), por exemplo, é citada apenas duas vezes e de forma bem periférica e esvaziada de conteúdo. Não que uma das bases principais da vigilância, o sistema de

informação, não tivesse sido mencionado. Pelo contrário, este estava entre os dez objetivos prioritários e estratégias recomendadas. No entanto, o sistema de informação não aparece com a conotação de informação para a ação, tão presente nas ações de vigilância em saúde no geral.

Além das importantes contribuições das agências internacionais para a discussão e a implantação das ações de vigilância em saúde do trabalhador na esfera do Estado, é imprescindível que registremos, ainda que parcialmente, algumas das experiências e trabalhos desenvolvidos a nível de agências e instituições estrangeiras que também vieram a enriquecer o debate e trazer inspirações para a realidade brasileira.

4.2 A VIGILÂNCIA NA PERSPECTIVA DE ALGUMAS AGÊNCIAS E INSTITUIÇÕES ESTRANGEIRAS

Quanto à experiência em outros países, a partir sobretudo das décadas de 70 e 80 ocorre um processo mais visível de internacionalização, difusão e incorporação pelos estados da questão da vigilância em saúde e trabalho. Diversos países como por exemplo, os Estados Unidos da América (EUA), Canadá, Inglaterra, França, Alemanha, Itália, Finlândia, Dinamarca, Bélgica, Suécia, Austrália e Brasil, passaram a gestar e experienciar ações de vigilância em saúde e trabalho. Dentre estes países, alguns vêm se destacando mais, seja pela formulação e efetivação de programas e serviços, seja pela pesquisa e

produção científica. São os casos de países como Estados Unidos da América e Itália, que se tornaram referência e modelos mundiais. No campo da saúde e trabalho, os Estados Unidos vêm acumulando uma rica experiência desencadeada em fins do século XIX. No início do século XX, esta área recebeu marcantes impulsos e repercussão internacional com os pioneiros trabalhos acadêmicos sobre saturnismo (entre outros) da doutora Alice Hamilton.

Quanto à atuação do Estado na área de saúde e trabalho, REICH & GOLDMAN (1984) dividem a história norte-americana em dois períodos distintos: o primeiro que vai até o ano de 1969 e é baseado e centrado na atuação a nível dos estados; o segundo que se inicia após 1969, e é alicerçado sobre uma base nacional. Nosso foco de atenção se coloca mais neste segundo período. Numa perspectiva de comparação com o processo italiano, os referidos autores chamam a atenção para duas grandes diferenças entre os modelos daqueles dois países: a experiência estatal norte-americana caminhou no sentido da centralização de suas ações combinada com uma baixa articulação e participação dos trabalhadores (REICH & GOLDMAN, 1984). Estes dois elementos de caracterização apontados parecem ter um grande poder explicativo para o porque de serem implantados modelos assistenciais tão distintos em cada um destes países. Outro elemento importante é o fato do setor assistencial de saúde norte-americano ser desenvolvido historicamente e eminentemente pela iniciativa privada, ficando a esfera estatal num plano secundário (ELLING, 1989). As indagações dos norte-americanos sobre o desconhecimento da magnitude e da distribuição dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho são bem mais antigas. A literatura especializada vem

registrando amplamente estas apreensões (JOM, 1961; ROSE *et al.*,1969; LANDRIGAN,1989).

No final da década de 60, com o intuito de desvelar a falta de informação na área, ROSE *et al.* (1969) defenderam a criação de uma rede nacional de vigilância em saúde ocupacional. Estes autores estabeleceram três passos para a construção daquela rede:

a) desenvolver uma metodologia para vigilância em doenças ocupacionais;

b) estabelecer um sistema de monitorização para fatores de risco no trabalho; c) medir o impacto das medidas de controle e priorizar setores para intervenção.

São contempladas neste trabalho as três dimensões básicas da vigilância em saúde do trabalhador quanto à abordagem do processo saúde-doença (determinantes, agravos/saúde, e intervenções) ainda que num âmbito bem restrito. Estes autores já ressaltavam a necessidade da articulação entre as nossas conhecidas vigilâncias epidemiológica e sanitária.

Em 1970, foi promulgada nos Estados Unidos, a Lei de Saúde e Segurança Ocupacional (Occupational Safety and Health Act), que trouxe grandes impactos e transformações no cenário nacional. Esta lei criou no plano federal duas instituições encarregadas de zelar mais diretamente pela saúde dos trabalhadores americanos: a Occupational Safety and Health Administration (OSHA) e o National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH). A OSHA é vinculada ao setor Trabalho sendo responsável pela normatização e fiscalização da legislação e o NIOSH é ligado ao setor

Saúde sendo que entre suas atribuições principais está o desenvolvimento de pesquisas para identificar fatores de riscos ocupacionais e o desenvolvimento de métodos de intervenção para a prevenção de agravos relacionados ao trabalho (CASINI, 1991; ASHFORD, 1995).

Como se pode perceber, os EUA reproduziram a tendência internacional de se segmentar setorialmente as ações de saúde do trabalhador, gerando com isto algumas condições básicas para os atritos inter-institucionais e a diminuição da eficácia e eficiência das intervenções.

Entre as tarefas da OSHA estão duas dignas de serem enfatizadas para fins de vigilância: a primeira é o de incentivar a implementação de programas de saúde e segurança ocupacionais na perspectiva da prevenção e; a segunda é o de estabelecer um sistema de notificação, registro de dados e monitoramento de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho (ASHFORD, 1995). Desde a década de 70, o Ministério do Trabalho norte-americano vem realizando pesquisas periódicas sobre agravos e fatores de riscos ocupacionais, colhidas a partir de informações dos empregadores. Dentre estas pesquisas se destaca a tradicional BLS Annual Survey, que é realizada a partir de dados do OSHA 200 log (MARKOWITZ, 1992). Não existe disponível um banco de dados sistemático e informatizado sobre as atividades de inspeção do trabalho. As informações geradas pelo Ministério do Trabalho têm por objetivo orientar as ações fiscalizatórias.

Por sua vez, o NIOSH que é um órgão ligado ao CDC, reproduz os princípios básicos de vigilância que norteiam aquela instituição. Devido à sua própria natureza e perfil institucional, o NIOSH vem desenvolvendo um intenso e sistemático trabalho na área de

vigilância, alicerçado, sobretudo, na perspectiva do campo teórico da saúde ocupacional e da epidemiologia. É fundamental que se frise que para a realidade dos EUA, o nível federal do setor saúde, sobretudo o ligado à vigilância epidemiológica, teve um papel fundamental no desenvolvimento e a construção dos programas de vigilância na área de saúde dos trabalhadores.

As atividades técnicas do NIOSH receberam um substancial aporte teórico e metodológico a partir dos trabalhos desenvolvidos pelo Prof. David RUTSTEIN *et al.* (1976; 1983) sobre eventos-sentinela. No primeiro trabalho, RUTSTEIN *et al.* (1976) sistematizaram o conceito de evento-sentinela: **"A ocorrência de uma doença, incapacidade, ou morte precoce evitáveis é um evento sentinela que justifica a cuidadosa e controlada investigação científica para remediar as causas subjacentes"**. Para estes autores, a existência de um evento-sentinela é um sinal de alerta de que a qualidade do cuidado de saúde precisa ser aperfeiçoado. A detecção de um evento-sentinela teria o impacto e significado do registro de um "acidente aéreo". Em analogia ao desastre aéreo, seria exigida uma rigorosa e minuciosa investigação de suas causas, visando o desencadeamento de uma série de ações e decisões, de modo a evitar casos futuros. Para ser classificado como um evento-sentinela, o mesmo deveria ser uma condição nosológica classificada internacionalmente, ser de fácil reconhecimento, e que houvessem medidas preventivas e/ou terapêuticas passíveis de serem aplicadas ao caso. RUTSTEIN *et al.* (1976) elaboraram uma tabela, que deveria ser periodicamente revista, e que continha dezenas eventos-sentinela em saúde, sendo que dentre estes alguns eram tipicamente de

origem ocupacional.

A partir de 1978, Rutstein passou a prestar consultoria ao NIOSH com o objetivo de se aplicar a metodologia do evento-sentinela na área de saúde ocupacional (SELIGMAN & FRAZIER, 1992).

Em 1982, o NIOSH concentrou seu foco de atuação ao elaborar uma lista dos dez acidentes e doenças do trabalho prioritários:

- 1) pneumopatias ocupacionais
- 2) lesões músculo-esqueléticas
- 3) cânceres ocupacionais
- 4) amputações, fraturas, perdas visuais, lacerações e traumatismos fatais
- 5) doenças cardiovasculares
- 6) desordens da reprodução
- 7) desordens neuro-tóxicas
- 8) perda auditiva induzida pelo ruído
- 9) condições dermatológicas
- 10) desordens psicológicas (BAKER *et al.*,1988).

Ao mesmo tempo se reconhece que não há um sistema de vigilância pleno, consistente e unificado capaz de identificar e mensurar mortes, acidentes, doenças, incapacidades relacionadas ao trabalho (BAKER *et al.*,1988). A necessidade de construir uma vigilância de âmbito nacional é mais uma vez reforçada. Como veremos mais à

frente, os futuros programas de vigilância em saúde ocupacional se estruturarão a partir destas prioridades estabelecidas em 1982. No ano seguinte, em 1983 foi finalmente adaptado e construído o conceito de evento-sentinela em saúde ocupacional (ESSO), que se tornaria mais um marco para a vigilância norte-americana e internacional.

ESSO "é uma doença, incapacidade ou morte precoce evitável relacionada à ocupação cuja ocorrência pode: 1) aumentar o ímpeto por estudos epidemiológicos ou de higiene industrial; ou 2) servir como um sinal de alerta de que substituição de materiais, controle de engenharia, proteção individual ou cuidados médicos podem ser necessários" (RUTSTEIN *et al.* 1983). Nesta ocasião, foi elaborada uma lista de 50 eventos-sentinela, com o propósito de facilitar o reconhecimento médico dos agravos e as ações de vigilância. Daquele grupo de eventos constavam algumas das clássicas doenças ocupacionais e algumas das chamadas doenças relacionadas ao trabalho. Anos mais tarde aquela lista seria atualizada e ampliada para 64 condições nosológicas (MULLAN & MURTHY, 1991). A utilização dos ESSO tem proporcionado algumas vantagens como:

- a) determinar prioridades
- b) transformar o caso individual em um caso coletivo
- c) revelar o fracasso das medidas de prevenção e controle em saúde ocupacional
- d) facilitar o reconhecimento de agravos
- e) ser de fácil reprodutividade
- f) ser utilizado para morbidade e mortalidade

- g) adotar parâmetros mais científicos (RUTSTEIN *et al.*, 1983; MARKOWITZ, 1992; SELIGMAN & FRAZIER, 1992).

Por outro lado existem também desvantagens e críticas:

- a) abordar só agravos não reconhecendo os eventos positivos de saúde
- b) baixa especificidade uma vez que trabalha com agravos tipicamente ocupacionais (minoria) e com outros que podem estar relacionados com o trabalho exigindo assim informações adicionais e mais detalhadas
- c) não capta agravos novos
- d) os fatores subjetivos são desconsiderados (MARKOWITZ, 1992).

A despeito dos limites e das críticas, o uso dos ESSO trouxe um grande ímpeto para que se expandissem e concretizarem os programas de vigilância.

A partir da década de 80, há nos EUA um aumento sensível das discussões, produção científica, estruturação e início de operacionalização de programas de vigilância em saúde ocupacional no setor estatal de saúde.

No ano de 1984, o então diretor do NIOSH levou o desafio e a denúncia a uma comissão de operações do governo norte-americano sustentando a tese de que a vigilância em saúde ocupacional estava 70 anos atrás da vigilância de doenças transmissíveis. A partir deste pronunciamento de impacto, começou a ganhar mais corpo a proposta de se incorporar ao sistema nacional de notificação compulsória as doenças e acidentes

ocupacionais (SELIGMAN & FRAZIER, 1992).

Por volta de 1985 e 1986, dentro de uma abordagem ainda mais preventivista, na linha de vigiar fontes de exposição e no rastro da metodologia do evento-sentinela, alguns autores (HALPERIN & FRAZIER, 1985; SUNDIN *et al.*, 1986) propuseram o conceito e a criação de um sub-sistema de vigilância de fator de risco (hazard surveillance), de forma complementar à vigilância de agravos. Esta integralidade se mostrou extremamente útil em um grande número de situações onde as exposições são complexas e múltiplas e os efeitos são diversos (SUNDIN *et al.*, 1986). Vigilância do fator de risco é "a mensuração da ocorrência, da distribuição e da tendência secular dos níveis de fatores de riscos (agentes químicos tóxicos, agentes físicos, estressores biomecânicos assim como agentes biológicos) responsáveis por doença e acidentes (WEGMAN, 1992).

Num breve parêntese, esta proposição se aproxima um pouco da discussão brasileira sobre a indissociabilidade entre a vigilância epidemiológica e a sanitária no âmbito da saúde do trabalhador. WEGMAN (1992) argumenta também que a vigilância de fatores de riscos seria mais vantajosa que a de eventos-sentinela por:

- a) ser de mensuração mais fácil
- b) ter uma frequência bem maior
- c) captar o nível de prevenção primário
- d) não enfrentar as difíceis questões da privacidade.

A vigilância em saúde ocupacional superou a etapa das formulações e ganhou forma

mais concreta consubstanciada nos chamados programas de vigilância. Em artigo publicado em 1988, BAKER *et al.* advogam o princípio de que os objetivos dos programas de vigilância em saúde ocupacional seriam os de "identificar instâncias de doença, acidentes ou excesso de exposição e monitorarem tendências de suas ocorrências nos diferentes tipos de atividades, ao longo do tempo e em áreas geográficas" (BAKER *et al.*,1988; BAKER *et al.*,1989).

Com a introdução e incorporação pelo NIOSH dos conceitos de evento-sentinela em saúde ocupacional principalmente, e o de vigilância de fatores de risco, houve uma maior facilidade para a implantação de diversos programas de vigilância a nível dos estados, nos EUA.

Dentre estes programas se destaca a criação em fins de 1987 e início de 1988, pelo NIOSH, do programa *Sentinel Event Notification System for Occupational Risks* (SENSOR). Os objetivos deste programa eram o de desenvolver a capacidade de reconhecimento, notificação, acompanhamento e de prevenção de algumas nosologias. Dentre aquelas dez prioridades já citadas para a área de saúde ocupacional, foram selecionadas seis condições a serem vigiadas:

- a) silicose
- b) asma ocupacional
- c) intoxicação por pesticidas
- d) intoxicação por chumbo
- e) síndrome do túnel do carpo

f) perda auditiva induzida pelo ruído.

No início das atividades do SENSOR, participavam apenas dez estados norte-americanos. Através de um sistema de busca ativa, as notificações eram colhidas em diversas fontes sentinelas (médicos individualmente, laboratórios, clínicas). As informações eram centralizadas e analisadas nos denominados centros de vigilância, por epidemiologistas, estatísticos e diversos outros profissionais de saúde. Este programa se propunha a ser tão somente mais uma possibilidade de método para identificar e acompanhar agravos relacionados ao trabalho (BAKER,1989). Foram desenvolvidos protocolos de identificação e investigação de casos das condições sentinela.

No lastro do SENSOR foram criados sub-programas (*SENSOR Silicosis*, *SENSOR Occupational Asthma*) e o programa *Coal Workers' X-ray Surveillance* passou a ser administrado pelo NIOSH. Foi desenvolvido, também, o programa de vigilância *National Traumatic Occupational Fatality* (NTOF) a partir de dados dos atestados de óbito (BELL *et al.*,1990). A partir deste programa, O NIOSH produziu um excelente, abrangente e detalhado trabalho sobre a natureza, magnitude e distribuição de acidentes de trabalho fatais nos EUA, analisando-os por Estados, sexo, idade, cor, ocupação, ramo de atividade econômica, no período de 1980 a 1989 (NIOSH,1993). Outros bancos de dados são também utilizados para fins de vigilância (NIOSH,1994): *Annual Reports of Occupational Injuries and Illness* (Bureau Labour Statistics), *Informational Reports on Mining* (MSHA - Mine Safety and Health Administration), *Integrated Management Information System*

(OSHA), *Mine Inspection Data Analysis System* (BOM - Bureau of Mines), *National Hospital Discharge Survey* (National Center of Health Statistics), *Occupational Disease Surveillance Database* (Association of Occupational and Environmental Clinics), *Social Security Administration* (SSA). Esta enorme variedade de Bancos de Dados reflete bem a dispersão, segmentação, heterogeneidade e complexidade das informações passíveis de serem usadas em saúde do trabalhador, o que ilustra bem a dificuldade que se tem para integrar informações e construir um quadro representativo da realidade.

É significativo o aumento da produção e divulgação de trabalhos científicos elaborados principalmente por técnicos ligados ao NIOSH, e, em menor número, por autores vinculados a outras instituições de saúde e às universidades norte-americanas. Percebe-se uma grande riqueza e variedade de temas e sub-temas, isolada e combinadamente, que enfocam aspectos teóricos, conceituais e metodológicos de vigilância. Há todavia uma grande carência de trabalhos quanto ao ensino e formação de técnicos em vigilância.

Como evidência do crescimento da área, em dezembro de 1989, a influente e conceituada revista *American Journal of Public Health* dedicou um número exclusivo e abrangente ao tema da vigilância em saúde ocupacional (AMERICAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH, 1989).

À guisa apenas de registro e de destaque desta expressiva produção científica foram publicados importantes trabalhos de vigilância em saúde ocupacional cujos enfoques temáticos centrais ou combinados foram:

a) acidentes de trabalho (BREWER *et al.*,1990; FINGAR *et al.*,1992; OLESKE & HAHN,1992),

b) doenças ocupacionais ou relacionadas ao trabalho:

intoxicações por metais pesados (BASER & MARION,1990);

intoxicações pelo chumbo (SELIGMAN *et al.*,1986; CDC, 1989b; MAIZLISH *et al.*,1990; RUDOLPH *et al.*,1990; YASSI *et al.*,1991; BASER,1992; PAPANEK *et al.*,1992; TEPPER,1992; MAIZLISH & RUDOLPH,1993); KEOGH & GORDON,1994;

síndrome do túnel do carpo (CDC,1989a; KATZ *et al.*,1991; MAIZLISH *et al.*,1995a);

intoxicação por pesticidas (OLSON *et al.*,1991; COLE *et al.*,1992; MAIZLISH *et al.*,1995b);

pneumopatias ocupacionais (MEREDISH *et al.*,1991);

pneumoconioses (ATTFIELD & ALTHOUSE,1992),

asma (CDC,1990; GANNON & BURGE,1991)

cânceres ocupacionais (LYNGE & THYGESEN, 1988; ARANSON & HOWE,1994);

câncer de escroto (WEINSTEIN *et al.*,1989)

c) mortalidade por acidentes e doenças do trabalho (STOUT *et al.*, 1990;

STOUT & BELL,1991; COTTRELL *et al.*,1992;BURNETT & DOSEMECI,1994; HAYDEN *et al.*, 1995)

d) instrumentos:

análise de atestados de óbitos (SURUDA & EMMETT,1988; BELL *et al.*,1990; FELDMAN & GERBER, 1990; HOUCK & MILHAM,1992; KRAUS *et al.*,1995),

evento-sentinela em atestados de óbito (LALISH & SCHUSTER,1987)

e) sistema de informação (MULDOON *et al.*,1987; STOUT-WIENGAND,1988);

sistema de notificação (FREUND *et al.*,1991)

f) fontes sentinela:

uso de registro de centros de controle de intoxicações (BLANC & OLSON,1986; BRESNITZ, 1990),

uso de dados hospitalares (ROSENMAN *et al.*,1990; WINDAU *et al.*, 1991; BALMES *et al.*,1992; TUCHSEN *et al.*,1992; HUNTING *et al.*,1994);

registro médico ambulatorial (FONTUS & LEVY, 1987; FONTUS *et al.*,1989);

registro de inspeções da OSHA (SELIGMAN *et al.*,1988; SCHWARTZ *et al.*,1992),

uso de dados de registro de indenizações/queixas trabalhistas (TANAKA *et al.*,1988).

É verdade no entanto, que as dificuldades persistem, sobretudo quanto ao segmentado e limitado sistema de informações. O título do questionador editorial do *American Journal of Public Health* de 1983 "Acurácia dos dados de acidentes e doenças ocupacionais nos Estados Unidos: este enigmático problema pode ser resolvido?" (WHORTON, 1983) ainda hoje é válido e expressa bem as apreensões quanto à fidedignidade dos dados.

MARKOWITZ (1992) afirma que a vigilância nos EUA, a despeito dos avanços recentes e promissores, ainda continua num estágio inicial de desenvolvimento, hipertrofiando seus objetos de vigia na dimensão dos agravos, e gerando uma estatística pouco acurada sobre a magnitude e distribuição dos acidentes e doenças devidas ao trabalho. Este autor atribui este quadro a um sub-desenvolvimento da saúde ocupacional no que tange às suas dimensões clínica, de saúde pública e de ensino.

Fica evidente sobretudo na experiência norte-americana, a evolução e expansão da vigilância em saúde ocupacional nos seus aspectos metodológicos, operacionais e de produção de conhecimento.

Outra referência importante de Vigilância em Saúde do Trabalhador que tem influenciado o desenvolvimento de atuações no Brasil é a italiana. A Itália tem um destacado papel histórico na abordagem das relações entre o trabalho e a saúde. Foram italianos o pai da medicina do trabalho - Bernardino Ramazzini, e o médico Luigi Devoto que abriu em Milão em 1910 a primeira clínica mundial especializada na assistência aos agravos ocupacionais - Clínica del Lavoro (MENDES, 1980; WILLSON, 1985). -A questão

da participação popular já se fazia presente no discurso de Devoto que se referia a sua clínica como "democrática" e "filha do povo" (WILLSON,1985). Se por um lado a Itália teve um significativo peso na linha de abordagem da medicina do trabalho/saúde ocupacional, por outro lado teve também um papel fundamental na posterior construção da chamada corrente da saúde do trabalhador (MENDES & DIAS,1991).

As bases da VIST surgem a partir do movimento social da saúde do trabalhador, particularmente no processo da reforma sanitária italiana, por volta dos anos 60/70, e mais tarde em fins da década de 70 e encontra espaço na corrente da saúde do trabalhador no interior do movimento da medicina social latino-americana (LAURELL, 1981; LAURELL & MÁRQUEZ, 1983; BERLINGUER, 1983; REICH & GOLDMAN, 1984; ODDONE *et al.*, 1986; LAURELL & NORIEGA,1989; DIAS, 1994; BREILH, 1995; BETANCOUT,1995). A VIST apareceu no bojo de um processo social maior, de forte conteúdo ideológico, dinâmico, contra-hegemônico e complexo, tendo os sindicatos de trabalhadores como sujeitos-chave de atuação e o respaldo de técnicos da saúde. A VIST era concebida como um instrumento de transformação. Estava longe de ser uma mera aplicação técnica de métodos epidemiológicos em saúde ocupacional por profissionais de saúde.

Ao mesmo tempo, a VIST nascia num momento particular da história italiana, num cenário muito bem caracterizado por BERLINGUER & BIOCA (1987). Havia uma aceleração das atividades industriais, um aumento dos índices de acidentes e doenças ocupacionais, o movimento dos trabalhadores estava fortalecido e defendia diversas

reformas sociais e o princípio político-preventivista de que "saúde não se vende", ocorriam crises profundas no sistema de saúde e o Estado fragilizado se via forçado a ocupar um papel novo e central na mediação das relações entre capital-trabalho e na reformulação do modelo assistencial de saúde.

Tendo como pano de fundo aquele cenário, a saúde do trabalhador italiana se reergueu a partir de alguns princípios básicos: formação de grupos homogêneos, valorização da subjetividade/conhecimento do trabalhador (conhecimento/ controle/ socialização/ não delegação), cláusulas contratuais com aspectos de saúde do trabalhador, provimento por parte das unidades locais de saúde de atenção especializada em saúde do trabalhador, construção de mapa de riscos (REICH & GOLDMAN,1984). A construção de alguns daqueles conceitos básicos, conhecidos como o modelo operário italiano foram analisados por diversos autores (BAGNARA *et al.*,1981; LAURELL & NORIEGA,1989; FACCHINI,1994) e estão muito bem desenvolvidos no livro Ambiente de Trabalho: a luta dos trabalhadores pela saúde (ODDONE *et al.*,1986).

Neste período, os trabalhadores acumularam algumas vitórias dentre outras: direito de saber, direito de acompanhar inspeções do trabalho, direito de intervenção (medir exposições, recusa de trabalhar em condições insalubres), comissões de saúde (BAGNARA *et al.*1981; ODDONE *et al.*,1986; BERLINGUER & BIOCCHA,1987).

A rigor, até início dos anos 70, o que havia no âmbito estatal de intervenção em saúde do trabalhador, à semelhança de outros países, era a segmentação de ações, elaboração de listas de doenças profissionais/relacionadas ao trabalho, inspeção e

fiscalização dos ambientes de trabalho executada pontualmente e ineficazmente por técnicos do Ministério do Trabalho.

A partir de 1970, dentro de um processo de descentralizações das ações de saúde, algumas poucas unidades de saúde passaram a responder às pressões e às demandas específicas de saúde do trabalhador através da criação de programas de atenção, de orientação eminentemente preventivista e com forte participação sindical.

A vigilância começou nas unidades de referência de saúde ocupacional, de modo bem distinto das tradicionais vigilâncias sanitária e epidemiológica, já sob forte controle social por parte dos trabalhadores. Este caráter mais popular e sindical na gestão das ações de vigilância, reforçaria mais sua dimensão político-transformadora e em menor escala seu aspecto técnico-metodológico.

A emergência da vigilância no setor saúde não foi de modo algum um processo imediato, tranquilo e sem resistências. BERLINGUER (1983), se referindo aos anos 60 na Itália, já explicitava muito bem um dos conflitos que era central, delicado e que envolvia diretamente outros setores de governo: "O ponto essencial do conflito entre o Ministério do Trabalho e os sindicatos foi a respeito da atribuição, ou pelo menos das tarefas de vigilância, prevenção e intervenção nas fábricas, às unidades locais do Serviço Sanitário Nacional: a insistência do governo (e da Confindustria) para excluir qualquer controle público sobre a saúde nas fábricas impediu muitas iniciativas das municipalidades, mas abriu muitos olhos. Nos últimos projetos (mesmo governamentais) de reforma sanitária, a tese da exclusão parece derrotada mesmo que se sobreexistam trincheiras nacionais (o

ENPI, a Inspetoria do Trabalho) das quais dão testemunho os adversários dos poderes público e do controle democrático sobre todos os aspectos da saúde". Berlinguer, com muita propriedade, aponta a então essência dos conflitos e disputas inter-setoriais: o poder de intervenção sobre os locais de trabalho e o controle social sobre estas atividades.

Esta etapa seria consolidada em 1978, com a criação do Serviço Sanitário Nacional e a transferência das inspeções dos ambientes de trabalho do Ministério do Trabalho para o setor saúde (REICH & GOLDMAN,1984; ODDONE *et al.*,1986, BERLINGUER & BIOCCA,1987). As inspeções passaram a ser efetuadas sob um novo olhar - o da saúde, o que gerou uma série de atritos com o poder judiciário (BERLINGUER & BIOCCA,1987). Neste novo quadro, paradoxalmente, a vigilância italiana parecia começar a adquirir um caráter mais fiscalizatório, positivista e legalista.

Por outro lado, no interior dos serviços de saúde também aconteciam e se exarcebavam tensões de diversas ordens: trabalhadores *versus* técnicos, trabalhadores *versus* trabalhadores, técnicos *versus* técnicos (ODDONE *et al.*,1986).

Apesar de todo o avanço que este movimento reformista significou, REICH & GOLDMAN(1984) e BERLINGUER & BIOCCA (1987) chamaram a atenção para o baixo percentual de financiamento empregado nas ações preventivas (dentre estas as de vigilância) em relação às ações assistenciais, apenas 3%. O discurso parecia caminhar mais rapidamente que a prática.

É bom que se diga, que a força e a fraqueza deste modelo de vigilância está extremamente determinado e condicionado às contradições das classes sociais, do mercado

de trabalho, das estratégias de luta, e das oscilações de avanço e recuo da questão saúde nos movimentos sindicais.

A experiência italiana da VIST no processo da Reforma Sanitária foi sem dúvida, uma prática extremamente rica, recente, inovadora, alicerçada hegemonicamente com e sob a perspectiva dos trabalhadores, mas que também não deixou de incorporar alguns instrumentais da vigilância em saúde ocupacional/medicina do trabalho.

O sucesso da reforma sanitária italiana e do novo modelo de atenção à saúde do trabalhador acabou por propiciar a internacionalização e intercâmbio com diversos países, dentre os quais se destaca o Brasil (BERLINGUER & BIOCCHA,1987). No futuro, as chamadas "Cooperações Brasil-Itália" trariam um grande fomento à vigilância e à saúde do trabalhador no país.

Numa tentativa de síntese, pode-se dizer que a atuação das agências e instituições internacionais tem se dado de modo irregular, crescente, heterogêneo e por vezes contraditório. A OIT não tem centrado seu enfoque na questão da vigilância propriamente dita, estando mais dirigida para as ações legislativas e de inspeção dos ambientes de trabalho. A tendência da OMS tem sido a de desenvolver mais o enfoque da vigilância sob o "olhar" da saúde ocupacional. Já a OPS tem um discurso que busca precisar melhor as ações de vigilância e que tenta caminhar da "ótica" da saúde ocupacional para a saúde dos trabalhadores. O NIOSH tem desenvolvido um grande trabalho técnico-metodológico mais na linha da vigilância de eventos-sentinelas dos agravos à saúde dos trabalhadores. Na Itália, a vigilância tem se desenvolvido mais junto e no interior das chamadas unidades básicas de

saúde da rede pública, com forte ênfase nos aspectos políticos, preventivistas, legislativos e na participação do movimento sindical. Todas estas instituições internacionais, independentemente da sua abordagem teórica, tem trazido profundas e substanciais contribuições para a construção da VIST no SUS.

5. A VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR NO BRASIL

Nos capítulos anteriores, nossa linha de argumentação foi na direção de demonstrar que as práticas de vigilância em saúde do trabalhador no setor público brasileiro não nasceram no campo geral das estruturadas vigilâncias epidemiológica e sanitária, embora mantivessem uma relação de vizinhança, intersecção e de inspiração. Tão pouco a vigilância emergiu das ações de inspeção dos ambientes do trabalho desenvolvidas pelo Ministério do Trabalho.

Nossa tese é de que a VIST emergiu enquanto proposta e prática no interior do setor de saúde, junto aos chamados Programas de Saúde do Trabalhador (PST) na década de 80, de forma heterogênea e contraditória, combinando elementos da experiência internacional e nacional das chamadas vigilância em saúde pública (sanitária e epidemiológica), vigilância à saúde, inspeção/fiscalização do setor Trabalho, e do movimento italiano e latino-americano da saúde do trabalhador. Apesar de ter sido institucionalizada posteriormente e expandida com a criação do SUS, ainda se encontra numa etapa de construção (PINHEIRO *et al.*, 1993). A história da VIST é parte da própria história daqueles programas e das políticas públicas de saúde do trabalhador.

Não é objetivo deste trabalho privilegiar a análise global das políticas públicas de saúde do trabalhador nem dos PST, mas essencialmente buscar naquelas áreas os principais elementos fundantes das práticas de VIST.

Recentemente, DIAS(1994) na sua tese de doutoramento "A atenção à saúde do trabalhadores no setor saúde(SUS), no Brasil: realidade, fantasia ou utopia?", expôs de forma brilhante, abrangente, detalhada, crítica e extremamente bem documentada a trajetória histórica, teórica e prática da construção do campo da saúde do trabalhador e dos PST no âmbito da saúde.

DIAS(1994) nos relata que a atenção à saúde do trabalhador no SUS é um prática instituinte, em construção, marginal, com traços inovadores, sob a perspectiva dos trabalhadores num cenário de profundas modificações no mundo do trabalho, globalizado, acompanhado de uma grave crise no setor saúde no Brasil onde convivem dois modelos contraditórios: um projeto estilo neoliberal e outro social-democrata. Esta autora estuda um período que se inicia na década de 70 com as primeiras tentativas de se levarem ações específicas de saúde-trabalho na rede pública até o início o ano de 1994, onde a Saúde do Trabalhador já podia ser considerada uma realidade. Se a Saúde do Trabalhador como um todo, já podia ser considerada uma realidade, a vigilância ainda engatinhava e DIAS (1994) não pode afirmar o mesmo: tratava-se de uma prática "pouco expressiva, quase inexistente no conjunto do Sistema de Saúde".

DIAS (1994) reconhece que as ações de saúde dos PST apresentam algumas características comuns: " a complexidade, a diversidade, sua natureza contraditória, conflituosa, imprevisível, exigindo a abordagem trans-disciplinar, inter-institucional, que considera o trabalhador sujeito-parceiro das ações de saúde". Este conjunto de características, com combinações assimétricas e realidades particulares também veio

determinar um perfil semelhante de práticas de vigilância.

Foi portanto neste momento de construção recente do campo da Saúde do Trabalhador no Brasil, de indefinição de limites, competências, instâncias e complexidades, que a vigilância começou a ser abordada nos PST.

Esta abordagem se deu de forma muito rica, heterogênea e em tempos diferentes, variando muito com seu o tipo e o seu nível institucional de inserção. A vigilância passou a ser construída a partir dos olhares de diversos setores e atores sociais: do município, do estado, da união, da universidade, dos trabalhadores, do empresariado, do poder judiciário.

Neste capítulo vamos registrar e analisar alguns destes passos e os cenários em que a VIST foi ganhando visibilidade e começou a ser uma questão particularizada, discutida e destacada nas políticas públicas, nos PST, nas instituições de ensino, nas legislações, nos encontros técnicos, nas conferências de saúde e na literatura nacional.

Podemos dividir esta trajetória em dois períodos distintos. O primeiro que começa com alguns projetos-pilotos e os pioneiros PST, e que vai até a aprovação da Lei Orgânica da Saúde. O segundo período que se inicia com a promulgação da Constituição de 1988 e a aprovação da lei 8080/90 e está em curso. A título de periodização, optamos por interromper nosso estudo em dezembro de 1995. Tal divisão é proposta a partir da visão de que a Constituição de 1988 e a Lei 8080/90 representaram um marco significativo para a institucionalização e incremento das ações da VIST no SUS.

5.1 ATÉ 1988: PLANTANDO IDÉIAS E PRÁTICAS

Os primeiros PST estruturados em meados da década de 80, tinham em geral dois objetivos básicos a serem alcançados: o primeiro era o de oferecer serviços assistenciais sobretudo para os portadores de doenças do trabalho; o segundo de desenvolver atividades de intervenção nos ambientes de trabalho para controle de fatores de risco, mediante atuação de técnicos e trabalhadores (COSTA *et al.*, 1989).

Partia-se do entendimento geral de que era insuficiente só se prestar assistência aos portadores de agravos decorrentes do trabalho. Mais do que isto, era necessário fundamentalmente agir sobre os seus determinantes e condicionantes, uma vez que se compartilhava da teoria de que os agravos ocupacionais eram preveníveis. Por sua vez, dentro do raciocínio epidemiológico, entendia-se que outros trabalhadores provavelmente estariam expostos aos mesmos fatores de risco. Aceitava-se também que o ambiente de trabalho era um espaço de atuação da saúde pública. Um elemento de destaque nesta proposta se referia à participação de trabalhadores na gestão e acompanhamento das ações de assistência e vigilância.

Neste momento inicial de concepção dos PST já se evidenciava a importância que teriam as chamadas ações de intervenção. Não havia uma precisão sobre que ações de intervenção seriam estas, no entanto pode-se depreender que as mesmas compreendessem as inspeções, fiscalizações, vigilância sanitária dos ambientes de trabalho, vigilância epidemiológica de doenças profissionais e práticas educativas.

Embora os PST tivessem os objetivos anteriormente citados, neste momento histórico havia enormes dificuldades para que os mesmos fossem plenamente alcançados. Um dos principais obstáculos era a falta de tradição e experiência do setor saúde como um todo e os PST em especial, de executar a assistência ambulatorial e ao mesmo tempo desencadear ações de intervenção em saúde do trabalhador de modo integrado.

No que tange aos embriões da vigilância, existiam ainda diversos problemas mais particulares, iniciais e conflitivos. Dentre estes queremos destacar alguns:

- a) no campo das ações de intervenção nos ambientes de trabalho, eram as inspeções e fiscalizações realizadas pelo Ministério do Trabalho, as práticas mais tradicionais e estruturadas.
- b) existiam dificuldades de competência e apoio legal para que o setor saúde tivesse acesso aos ambientes de trabalho.
- c) resistência do empresariado às ações de intervenção do setor saúde nos ambientes de trabalho.
- d) não estavam solidamente desenvolvidas as concepções e metodologias das ações de vigilância, nem se dispunha de um sistema de informações específico e satisfatório.
- e) carência numérica e de formação/capacitação de recursos humanos.
- f) a atenção estava hegemonicamente concentrada e dirigida para as ações médico-assistenciais. (MACHADO & CORRÊA, 1988; LACAZ, 1992)

Ainda que de modo tímido e impreciso, imerso em dificuldades, o campo da vigilância começava a ser reconhecido enquanto uma das ações de atenção à saúde do trabalhador. Algumas experiências pontuais começavam a se desenvolver no setor público de saúde, como veremos mais à frente.

Embora tenha sido a partir da estruturação dos PST que a VIST ganharia maior espaço e visibilidade, é importante que também registremos que ocorreram algumas prévias e relevantes tentativas de ações de vigilância em saúde e trabalho no interior do próprio sistema de saúde.

Uma destas primeiras ações foi desencadeada a partir da constatação de diversos casos de leucopenia ocupacional ocorridos na baixada santista. Houve uma grande mobilização sindical e a Secretaria de Estado da Saúde se viu obrigada a intervir na questão. Uma das medidas tomadas foi a de tornar obrigatória a notificação em Cubatão de cinco doenças profissionais a partir de 18/10/84. Foi escolhido um Centro de Saúde como referência e seus médicos foram treinados para detectar as doenças profissionais notificáveis e efetuarem as consultas referidas por outros serviços de saúde do município de Cubatão. As ações de vigilância foram desencadeados pelo próprio Centro de Saúde de Referência, com a assessoria da SES/SP. Um dos relevantes desdobramentos deste movimento em Cubatão foi a edição daquele que pode ser considerado como o primeiro manual de "Vigilância Epidemiológica de doenças ocupacionais", em 1984 (AUGUSTO *et al.*, 1986).

Neste manual, parte-se da definição de que "vigilância epidemiológica é o conjunto de atividades que permite reunir a informação indispensável para conhecer a todo momento

a conduta e características da enfermidade, detectar ou prever qualquer modificação que possa ocorrer por alterações nos seus fatores condicionantes com o fim de recomendar oportunamente, sob bases firmes, as medidas indicadas, eficientes que levem à prevenção e controle da enfermidade." Percebe-se que se partiu do conceito mais clássico de vigilância epidemiológica de LANGMUIR/CDC-NIOSH - informação para a ação de outras autoridades, adaptado para a saúde do trabalhador. Mas os autores têm uma preocupação de diferenciá-la e avançá-la, grifando as palavras prevenção e controle, e ressaltando que na vigilância das doenças do trabalho era importante estabelecer "critérios por parte dos órgãos da saúde que permitam a prevenção da incapacidade, e dar subsídios aos órgãos fiscalizadores das condições de trabalho para o controle dos riscos dos ambientes insalubres" (AUGUSTO *et al.*, 1986). Este conceito de vigilância traz em si reflexos deste momento em que havia uma segmentação entre vigilância e fiscalização; entre ações do setor saúde e do setor trabalho; uma incipiente participação de trabalhadores, uma baixa incorporação das ações assistenciais em saúde do trabalhador na rede pública e um predomínio do modelo norte-americano de vigilância epidemiológica para operacionalização. Neste manual estão contidas informações sobre critérios para definição de casos, fontes de exposição, fisiopatologia, diagnóstico, procedimentos de notificação e medidas de controle para cada uma das cinco doenças profissionais selecionadas. Sem dúvida, este trabalho foi um marco para a história da VIST no Brasil.

Ainda em 1984, no âmbito da universidade, o Núcleo de Ecologia Humana da UNICAMP criou pioneiramente o Programa de Vigilância Epidemiológica em

Ecotoxicologia de Pesticidas na região de Campinas - VEPETOX (TRAPÉ *et al.*, 1984). O VEPETOX abriu escola e que se tornou um modelo e uma referência nacional. Este programa tinha como objetivos a detecção de casos de intoxicação por pesticidas, prestar orientações preventivas e de controle ambiental. Este projeto também seguia uma linha mais próxima da concepção de vigilância epidemiológica de agravos. É interessante de se notar que neste campo da saúde do trabalhador rural aparece de forma muito cristalina a interface entre a saúde do trabalhador e a saúde ambiental. Este projeto de vigilância campineiro nasceu predominantemente no interior do campo da saúde ambiental, sendo bem ilustrativo de uma tendência de segmentação entre a abordagem da saúde do trabalhador rural e a da saúde do trabalhador urbano, com um aparente deslocamento das questões relativas ao trabalhador rural para o campo da saúde ambiental.

Outra iniciativa semelhante a de Campinas foi a ocorrida no município mineiro de Baldim em 1985. A partir de uma pesquisa acadêmica sobre a prevalência de intoxicação por pesticidas em trabalhadores rurais e diante do alto índice constatado (21%), foi desencadeado um amplo processo de mobilização social envolvendo o sindicato local de trabalhadores rurais, instituições de saúde locais e regionais, prefeitura e câmara municipais, órgãos de assistência técnica rural, universidade e escolas públicas (CURY, 1986). No bojo deste processo, que diga-se de passagem era expressão de um movimento de cunho nacional, em 26/6/85 foi proposta e aprovada a lei municipal nº242, que proibia o uso indiscriminado de agrotóxicos (MINAS GERAIS, 1985). Ao mesmo tempo, o Centro Regional de Saúde de Sete Lagoas, ao qual estava vinculada Baldim,

baixava uma resolução tornando obrigatória a notificação de casos de intoxicação por pesticidas naquele município. Ainda em Minas Gerais, no município de Ibitaré, foi desenvolvida uma outra experiência similar (PINHEIRO,1986).

Outros programas semelhantes ao de Campinas foram criados nos anos seguintes no estado de São Paulo, localizando-se no Vale do Paraíba e Mogi Mirim (FREITAS *et al.*,1986; TRAPÉ *et al.*,1986).

É interessante registrar que neste momento da história de emergência da VIST, ainda não havia um grande questionamento às questões de terminologia, como vigilância epidemiológica de doenças ocupacionais, vigilância sanitária em saúde do trabalhador, e o uso destes termos se vinculava muito às origens e às experiências institucionais dos técnicos de saúde dos PST.

Em agosto de 1985 foi criado o PST da Prefeitura Municipal de Bauru. O PST de Bauru tinha enquanto objetivos "prestar atendimento especializado em saúde ocupacional, fazer vigilância epidemiológica de doença profissional e acidentes do trabalho e realizar educação sanitária sobre saúde e trabalho, com a participação efetiva dos trabalhadores em todos os momentos do Programa" (PIMENTA & FREIRE,1989). Nota-se que as ações de vigilância são claramente explicitadas enquanto um dos três objetivos a serem alcançados pelo PST. Por outro lado, não se fala em vigilância em saúde do trabalhador (VIST), aparecem os termos vigilância epidemiológica e saúde ocupacional. Posteriormente, em 1987, haveria uma tentativa de ampliação do PST como um todo e da vigilância em especial. Foi elaborado um sub-projeto denominado "Vigilância Ocupacional de Doença

Ocupacional e Acidentes de Trabalho em Bauru". Neste projeto é explicitado que o objetivo geral seria o de "construir o mapa de risco do município de Bauru com a finalidade de conhecer as condições reais dos ambientes de trabalho nas indústrias e estabelecimentos bancários, para intervir no sentido de melhorar as condições de saúde dos trabalhadores do município" (PIMENTA & FREIRE,1989). Neste trecho dois pontos chamam a atenção. Primeiro o uso do conceito de mapa de riscos, que começa a ser incorporado a partir da experiência italiana. O segundo, seguindo uma tendência geral, que é o de dirigir as ações de vigilância para os setores onde os trabalhadores estavam mais mobilizados, no caso de Bauru, o setor industrial e sub-setor terciário das instituições financeiras. O PST-Bauru explicitou também os objetivos específicos deste sub-programa:

- a) conhecer os ambientes de trabalho através de visitas de inspeção
- b) encaminhar casos suspeitos para atendimento no setor ambulatorial
- c) encaminhar resultados das avaliações para a DRT/Secretaria das Relações de Trabalho para fiscalizações
- d) divulgar dados das atividades aos sindicatos de trabalhadores.

Do ponto de vista metodológico, das ações de vigilância foram apontados como questões fundamentais: a participação dos trabalhadores e o monitoramento permanente dos ambientes de trabalho de maior risco (PIMENTA & FREIRE,1988).

Em setembro de 1985, o PST da Zona Norte de São Paulo (PST-ZN) iniciou suas atividades com objetivos de prestar assistência e realizar ações de intervenção em saúde do

trabalhador (COSTA *et al.*,1989). As atribuições gerais do PST-ZN eram muito semelhantes àsquelas do PST-Bauru. Foi estruturado o "Serviço de Intervenção nas Empresas", com o objetivo "de controlar e eliminar as nocividades do trabalho". As ações eram desencadeadas a partir de demandas dos trabalhadores, de serviços de saúde e da população em geral, e contavam com a participação multi-profissional de técnicos (COSTA *et al.*, 1989). O PST-ZN desenvolveu sua metodologia de intervenção baseada em seis fases:

- 1) reuniões com os trabalhadores e o sindicato para conhecer melhor a situação a ser enfrentada e traçar estratégias de intervenção
- 2) realizar inspeção no local de trabalho acompanhado pelos trabalhadores/sindicato
- 3) discutir a inspeção realizada e preparar retornos e se necessário, avaliações quantitativas
- 4) análise dos dados ambientais e epidemiológicos
- 5) discutir com os trabalhadores as medidas corretivas a serem adotadas
- 6) divulgar resultados dos trabalhos (COSTA *et al.*,1989).

Concomitantemente, o PST-ZN criou o Sistema de Vigilância Epidemiológica para Acidentes e Doenças do Trabalho (SVEAT), desenvolvido a partir de informações constantes nas Comunicações de Acidente do Trabalho (CAT). Este sistema seria informatizado e permitiria uma análise global de acidentes e doenças do trabalho. O PST-

ZN deu (e continua dando) uma importante contribuição nacionalmente para a construção de um sistema de informação com fins de vigilância. O sistema baseado nas CAT e denominado SIS-CAT, passaria por sucessivos aperfeiçoamentos, e se tornaria num dos principais e mais utilizados sub-sistemas de informação nos diversos PST brasileiros, subsidiando ações de planejamento, vigilância e diversos trabalhos científicos.

Merece destaque também o desenvolvimento do Programa de Vigilância Epidemiológica e Sanitária em Agrotóxicos - PROVESA implantado na região de Ribeirão Preto no primeiro semestre de 1986 (PALOCCI & PALOCCI FILHO, 1994). Este programa se propunha a conhecer e intervir nos determinantes do processo saúde-doença dos trabalhadores rurais da região de Ribeirão Preto a partir do marco teórico da Epidemiologia Social e através da formação de uma equipe inter-institucional e multi-profissional. Esta experiência foi uma iniciativa da Vigilância Sanitária regional, e contou com a participação da Vigilância Epidemiológica, da Superintendência de Controle de Endemias (SUCEN), Centro de Controle de Intoxicação do HC/RP, da Delegacia Regional Agrícola de Ribeirão Preto, Fundacentro, Escola de Enfermagem/RP, Departamento de Medicina Social da FMRP/USP, Instituto Adolfo Lutz, Secretaria de Relações de Trabalho e Sindicatos de Trabalhadores Rurais. Os objetivos gerais do PROVESA eram: diminuir o risco de intoxicação por pesticidas e intervir no processo de contaminação de solo e alimentos (PAOLUCCI & PAOLUCCI FILHO, 1994). A partir de janeiro de 1987, as intoxicações por pesticidas entraram na lista das doenças de notificação obrigatória e foram incorporadas ao sistema de vigilância epidemiológica da região de Ribeirão Preto. Este rico e difícil

processo teve o mérito de tentar aplicar empiricamente o marco da epidemiologia social, promover a participação de trabalhadores, articular um amplo e contraditório leque de olhares e práticas institucionais e profissionais, criar instrumentos de notificação e investigação, desenvolver atividades de pesquisa e formação de recursos humanos, além de buscar formas de integrar o campo da saúde do trabalhador e o do meio-ambiente/ecologia. Felizmente ficaram os registros, frutos e desdobramentos deste projeto que lamentavelmente, foi interrompido em 1988 (ALESSI *et al.*,1994).

Neste período, a partir das recentes experiências localizadas nos serviços e nas instituições de ensino, começa a haver um movimento mais consistente no sentido de se inserir institucionalmente as ações de saúde do trabalhador a nível das políticas públicas municipais, estaduais e nacionais (DIAS,1994). Um passo importante neste sentido, foi a realização em 1986 da I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (CNST). Este fórum, num momento de redemocratização do país, sem dúvida, representou um marco na história da Saúde do Trabalhador no Brasil. Estado, trabalhadores e empregadores se fizeram representar, num espaço ampliado de debates e de formulação de diretrizes das políticas públicas. Os três temas centrais da conferência foram: diagnóstico da situação da Saúde dos Trabalhadores, novas alternativas de atenção à saúde dos trabalhadores e política nacional de saúde do trabalhador (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR,1986).

No sub-tema Diagnóstico da Situação da Saúde dos Trabalhadores a CNST (1986) reconhece que há "diversas concepções e conceitos legais sobre as doenças ocupacionais e

acidentes do trabalho nos vários órgãos do Estado que atuam na área, cada um emitindo normas conflitantes entre si". Os problemas referentes à fiscalização são claramente expostos: "a fiscalização das condições de trabalho é reconhecidamente inoperante, distanciada do acompanhamento do trabalhador, esporádica, pontual e centralizadora. Destaca-se a falta de equipamentos e de recursos humanos, o que torna os serviços extremamente ineficientes. As multas, raramente aplicadas, são inexpressivas e não levam a mudanças nas condições de trabalho" (CNST,1986). É interessante notar que parte do discurso de diferenciação e afirmação da vigilância sobre a fiscalização do Ministério do Trabalho, vai ser formulado a partir das características e fraquezas há pouco apontadas. Dentre outras, foi proposto que as fiscalizações passassem para o âmbito do SUS, e que durante sua execução fosse garantido o acompanhamento por parte dos trabalhadores, e que fosse realizada a fiscalização pré-abertura de empresas.

No sub-tema Novas Alternativas de Atenção à Saúde dos Trabalhadores, o termo vigilância é empregado pela primeira vez. Junto com a inclusão dos PST no SUS, foi proposto que este deveria criar um sistema de vigilância epidemiológica de acidentes e doenças do trabalho, e realizar avaliações dos ambientes de trabalho. O que se pode perceber é que neste momento não havia uma articulação maior em torno das idéias da vigilância e a questão da assistência atraía mais as atenções e os esforços.

Dentro do âmbito dos programas, o PST de Campinas, que também cumpriria um papel importante no cenário estadual e nacional, começaria suas atividades em fevereiro de 1987 com uma proposta de vigilância muito próxima daquelas anteriormente citadas

(PREFEITURA/CAMPINAS, 1992).

Dentro da tentativa de mapeamento das ações de VIST neste período, é importante registrar que a partir de janeiro de 1988, no Rio de Janeiro, o PST vinculado à Secretaria de Estado da Saúde iniciaria suas atividades de vigilância (MACHADO & BARCELOS, 1995). O PST/SES-RJ, que não desenvolvia ações assistenciais, concentrou estrategicamente seus objetivos nas práticas de vigilância, gestadas com a participação sindical. Técnicos ligados a este programa viriam nos anos seguintes a trazer grandes contribuições em diversas áreas: formulação de políticas públicas; municipalização das ações de vigilância e saúde do trabalhador, assessoria a PST; participação em eventos e fóruns; formação de recursos humanos; desenvolvimento de ações, metodologias e pesquisa; publicações (VASCONCELOS & RIBEIRO, 1994; RIBEIRO & VASCONCELOS, 1994; MEIRELLES *et al.*, 1995; RIBEIRO & COSTA, 1995; VASCONCELOS & RIBEIRO, 1995). Dentre as contribuições do PST/SES-RJ destaca-se a formulação das denominadas "intervenções éticas de impacto". Estas intervenções seriam uma alternativa à impossibilidade de abordagem dos determinantes e riscos em todos locais de trabalho e consistiam segundo VASCONCELOS & RIBEIRO (1994) na realização de "inspeções paradigmáticas e exemplares para o ramo de produção ou para a área em questão". Estas intervenções eram planejadas, executadas e avaliadas pelos técnicos do PST e pelos sindicatos de trabalhadores. A escolha dos locais de intervenção se pautava em quatro amplas bases operacionais: sindical, ramo de atividade, evento-sentinela, micro-regional. As características básicas das ações de intervenção deveriam ser: transdisciplinaridade,

inter-institucionalidade, compartilhada com o movimento social, não sujeita à corrupção, educativa, não punitiva *a priori*, disciplinadora/exemplar e transparente (VASCONCELOS & RIBEIRO,1994). As ações de vigilância são concebidas, executadas e avaliadas por técnicos do Estado e por sindicatos de trabalhadores.

Ainda dentre os marcos em termos de PST deste período, destaca-se a criação em fevereiro de 1989, em Salvador (Bahia) do Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador - CESAT (CESAT,1995). O CESAT é hoje um órgão de referência nacional e regional, vinculado à Secretaria de Estado da Saúde, e que desenvolve atividades de assistência, vigilância, pesquisa e formação de recursos humanos. O CESAT particularmente tem se destacado na questão da VIST, seja do ponto de vista técnico seja do ponto de vista político, se constituindo num dos mais reconhecidos polos nacionais. Desde 1992 vem desenvolvendo o "Manual de Normas e Procedimentos Técnicos para a Vigilância da Saúde do Trabalhador", fruto de suas experiências e reflexões (CESAT,1995). Este importante manual tenta sistematizar diversos aspectos da vigilância, dentre estes sua definição, seus objetivos, seus instrumentos de investigação, seu sistema de informação e critérios de diagnóstico de alguns agravos à saúde dos trabalhadores. Os trabalhos de vigilância do CESAT se desenvolvem numa perspectiva multi-profissional, abertos à participação de trabalhadores, alicerçados na epidemiologia, na higiene do trabalho e na legislação.

Ainda que de modo pontual e parcial, mas decisivo, a vigilância dava importantes passos no sentido de gerar experiências e de se criar um amplo movimento político, técnico e sindical favorável à sua viabilização institucional no SUS. A VIST definitivamente

começava a fazer parte da agenda nacional da Saúde do Trabalhador. Esta mobilização crescente colhia importantes triunfos com a aprovação da Constituição de 1988 e da Lei 8080/90. Estes instrumentos jurídicos criaram o SUS, definiram o campo da Saúde do Trabalhador e explicitaram as atribuições do SUS quanto às ações de vigilância e fiscalização em saúde do trabalhador.

5.2 PÓS-CONSTITUIÇÃO DE 1988: INSTITUCIONALIZANDO E INCREMENTANDO A VIGILÂNCIA NO SUS

As experiências dos PST antes da Constituição de 1988 já apontavam para as enormes dificuldades de se desenvolverem ações de vigilância sobretudo nos ambientes de trabalho, e dentre estes nas grandes empresas (COSTA *et al.*, 1989). O acesso formal a estes locais não era uma tarefa fácil e simples. Embora houvessem controvérsias, prevalecia o entendimento de que os Códigos Sanitários existentes eram inconsistentes e limitados para darem respaldo e sustentação legal para as ações de intervenção nos ambientes de trabalho. Além disto havia a resistência histórica do empresariado e de amplos setores do Ministério do Trabalho quanto a este tipo de atuação do setor saúde.

No período pré-Constituinte, os PST adotaram a estratégia de desenvolverem ações conjuntas e estabelecerem convênios sobretudo com as DRT para que se pudesse realizar a vigilância nos locais de trabalho (COSTA *et al.*, 1989, ALESSI *et al.*, 1994). Com a

promulgação da nova Constituição Federal e a aprovação da Lei 8080/90, aquela estratégia começaria a ser modificada, uma vez que havia um fato novo significativo: passava a ser uma atribuição legal do SUS exercer a vigilância e a fiscalização dos ambientes de trabalho.

A Lei 8080/90, no seu artigo 6º é categórica quanto a algumas das atribuições do SUS:

- participação em "estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho."
- "...normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentam riscos à saúde do trabalhador"
- "avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde."
- "informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e às empresas sobre os riscos de acidente de trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional."
- "participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas".
- "revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração das entidades sindicais."

(CARVALHO & SANTOS, 1992)

A Lei 8080/90 regulamentou assim diversas dimensões da vigilância que o SUS deveria fazer e que iam desde a detecção, a investigação, a avaliação, a tomadas de medidas de controle, até a divulgação, de aspectos dos determinantes e condicionantes do processo saúde-doença-trabalho. A legislação federal apontava caminhos e abria assim as portas para a incorporação da VIST no SUS. A VIST deixara de ser uma aspiração para se tornar uma obrigação legal.

Ao mesmo tempo que se alterava o quadro jurídico, o campo da saúde do trabalhador recém institucionalizado via recrudescer antigos conflitos com o setor trabalho. Por outro lado ganhava legitimidade e se estruturava mais em termos de formulação de políticas, de criação de serviços e programas, de formação de recursos humanos e produção científica.

Um outro panorama começava a se configurar para a VIST no Brasil. Este novo período seria caracterizado fundamentalmente pela combinação de dois grandes moventes:

- o primeiro, um acirramento das tensões nas relações entre os Ministérios da Saúde, do Trabalho, na disputa pelo acesso aos ambientes de trabalho e pela intervenção nos problemas de saúde ali identificados.
- o segundo, um grande esforço de discussão, elaboração, estruturação e implantação das práticas de vigilância no SUS.

Em 1989, o município de São Paulo criaria seu próprio PST (CARNEIRO,1992). Este programa previa a implantação de diversos centros de referência, com descentralização das ações de vigilância e a articulação destas na rede básica de saúde. Também era um trabalho multi-profissional, com forte componente de participação sindical, desenvolvido num cenário especial (o coração do capitalismo brasileiro) e num momento particular do poder executivo (o governo petista de Erundina). Um grande esforço foi empreendido no sentido de elaborar e aprovar o projeto de Código Municipal de Saúde, que entre outros tópicos, caracterizava e regulamentava as ações de vigilância em saúde do trabalhador (PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO,1992).

Num curto período de tempo, o campo da VIST ia ganhando uma visibilidade ainda maior. Nos anos seguintes, ocorreria um rico e variado movimento de mobilização, em diversas instâncias institucionais e sociais, com avanços e resistências, onde conviviam simultaneamente, a criação de novos PST, o desenvolvimento de instrumentos de trabalho (manuais, fichas de investigação, sistemas de informação), a realização de eventos (cursos, seminários, conferências, oficinas de trabalho), uma série de conflitos de ordem institucional-jurídico, a edição de portarias, e um aumento da produção científica.

Quanto aos PST, houve um forte aumento nacional do número de PST, sobretudo entre 1991 e 1992. Estes programas que a princípio se concentravam nos estados de São Paulo (majoritariamente), Paraná, Minas Gerais e Rio de Janeiro, começaram a se expandir para os diversos estados do Brasil, de norte a sul, inserindo-se nos níveis estaduais e municipais das secretarias de saúde (DIAS,1994). A ênfase no entanto era no processo de

municipalização dos programas e das ações de vigilância. Com isto se abriram ainda mais as possibilidades de expansão e potencialização da VIST no SUS.

Os novos PST criados continuavam a trazer a vigilância como um objetivo programático a ser alcançado. Alguns efetivamente conseguiram desenvolver e acumular experiências importantes, dentre estes pode-se citar os PST de João Monlevade(MG), Santo André (SP), Porto Alegre, Londrina e mais recentemente Belo Horizonte (PREFEITURA MUNICIPAL/SANTO ANDRÉ,1990, 1991a, 1991b, 1991c; LADEIRA,1991a; CRST/JOÃO MONLEVADE.1992; GUTIERREZ,1992b; WERNECK & RESENDE,1992; PARANÁ,1993; RODRIGUES,1994; CRST/PORTO ALEGRE,1994). O tema da vigilância não ficou restrito aos serviços da rede pública de saúde. Alguns serviços universitários, como o Ambulatório de Doenças Profissionais/HC-UFMG e o Ambulatório de Doenças Ocupacionais/HC-UEL também incorporaram a temática da vigilância e buscaram desenvolver ações e estabelecer relações com o SUS (GUTIERREZ,1995; ASSUNÇÃO *et al.*,1992; PINHEIRO,1994).

Apesar da promulgação da Constituição Federal e das Constituições Estaduais, da regulamentação da Lei Orgânica da Saúde, uma série distinta de instrumentos legais ainda seriam necessários e criados ao longo deste período, com o intuito de se definir melhor e facilitar o cumprimento das legislações federais, estaduais e municipais para a implantação das ações de vigilância.

Neste sentido, em Campinas, foi aprovada a Lei nº6764, de 13 de novembro de 1991, que autorizava o executivo a executar ações de vigilância e fiscalização em Saúde do

Trabalhador, além de estipular as infrações e multas cabíveis (SÃO PAULO,1991; SÃO PAULO,1992).

Em Porto Alegre, em 1992, através do Decreto municipal Nº10.384, foi instituída a atividade de vigilância sanitária dos ambientes de trabalho e dos problemas de saúde com eles relacionados. Este decreto define que as ações de vigilância sanitária se dariam através de investigação, fiscalização e controle, e serão realizadas por fiscais credenciados pela Secretaria Municipal de Saúde e Serviço Sociais (BRASIL,1992). Os técnicos do PST local foram credenciados enquanto fiscais.

Em Joinville (SC), em 1993, foi aprovado o Código Sanitário Municipal, que no seu capítulo III aborda a questão da Saúde do Trabalhador e destaca que cabe ao SUS manter cadastro das doenças do trabalho, normatizar, fiscalizar e controlar as condições e os processos de trabalho além de uma série de outras especificações (SANTA CATARINA,1993)

No período que antecedeu à II Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador ocorreram uma série de eventos municipais, regionais e estaduais, onde a questão da VIST era enfocada de modo exclusivo ou muito destacado. A VIST foi tema obrigatório das diversas pré-conferências e conferências, municipais e estaduais de saúde do trabalhador por todo o país e ainda esteve em programas de congressos, seminários, encontros técnicos, cursos de formação e capacitação de recursos humanos, oficinas de trabalho.

Por ocasião do II Congresso Brasileiro de Epidemiologia, realizado em Belo Horizonte no dias 13 e 14 de julho de 1992, foi oferecido um curso de Epidemiologia

em Saúde do Trabalhador para aproximadamente 30 profissionais de saúde de diversos estados brasileiros. O tema fundamental deste curso de 16 horas, foi a Vigilância em Saúde do Trabalhador. Foram discutidos conceitos, metodologias e experiências nacionais e internacionais de vigilância. Ainda com relação a este congresso, foram apresentados 3 trabalhos sobre o tema específico de vigilância em saúde do trabalhador (CONGRESSO, 1992).

Mesmo com a aparente clareza jurídica da Lei 8080/90, ocasionalmente ainda ocorriam atritos entre o MS e o MTb, quanto à competência de realizar as ações de fiscalização dos ambientes do trabalho. Estas dúvidas acabaram ao longo dos anos motivando diversas consultas jurídicas e realização de debates e seminários.

Um parecer que foi amplamente divulgado no país foi o emitido em 3 de setembro de 1992, pela Promotoria Geral de Justiça do Ministério Público de São Paulo sobre a competência administrativa para fiscalizar ambientes de trabalho. A súmula deste documento atestava:

- "(a) União, Estados-membros e Municípios têm competência concorrente para executar a fiscalização das condições e ambientes de trabalho.
- (b) O exercício da fiscalização incumbe à Vigilância Sanitária e à Vigilância Epidemiológica, por indicação da própria lei, que todavia não obsta a atuação complementar de outros órgãos" (SÃO PAULO, 1992).

Ainda em 1992, em 14 de outubro foi realizado em Santo André (SP) o "Seminário

sobre Direito Sanitário - aspectos legais da Vigilância em Saúde do Trabalhador", de abrangência regional e que visava discutir a legislação sanitária e a competência das secretarias municipais de saúde nas fiscalizações em Saúde do Trabalhador (PREFEITURA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTO ANDRÉ, 1992).

No período de 14 a 16 de dezembro de 1992, foi realizado em Recife, o I Seminário Estadual de Saúde do Trabalhador no SUS. Este evento foi patrocinado pela Secretaria de Estado da Saúde de Pernambuco (SES/PE) e pela Divisão de Proteção à Saúde do Trabalhador/MS (DITRA/MS). Durante este seminário foi discutido o documento "Proposta preliminar para a Política Estadual de Saúde do Trabalhador" e a questão da vigilância foi amplamente privilegiada sendo tema de mesa-redonda, palestra e grupos de trabalho (SES/PE, 1992).

Historicamente, a informação e os sistemas de informação sempre foram considerados peças cruciais para as ações das vigilâncias. Na Saúde do Trabalhador também não seria diferente. Além do Sistema SISCAT que se expandia entre os PST, algumas iniciativas foram tomadas no sentido de se padronizar e informatizar as demandas dos ambulatorios (COSTA *et al.*, 1989, PINHEIRO *et al.*, 1993; SILVESTRE *et al.*, 1995; CESAT, 1995). A partir de 1993, o CENEPI e a DISAT (DISAT, 1995) promoveriam alguns encontros regionais e nacionais com profissionais dos PST de diversos estados do Brasil, para discutir uma proposta mais abrangente de construção de um sistema de informação nacional em Saúde do Trabalhador no SUS (UIASS/CENEPI/MS, 1993).

Voltando à linha de eventos, outro marco importante foi a realização do I

Seminário de Vigilância em Saúde do Trabalhador, ocorrido em Salvador entre os dias 4 e 6 de agosto de 1993. Este seminário foi organizado pelo CESAT/Ba e pela DITRA/MS e contou com a representativa participação de aproximadamente 75 pessoas, entre profissionais da área de saúde do trabalhador, sindicalistas e trabalhadores, de 15 estados brasileiros. Seus objetivos foram: "discutir um modelo de Vigilância em Saúde do Trabalhador a ser implantado em nível nacional; discutir a implantação de um Sistema Nacional de Informação em Saúde do Trabalhador; definir modelos de intervenção nos ambientes de trabalho; discutir a legislação específica, buscando subsídios para a sua aplicação e aprimoramento; discutir propostas para a formação de recursos humanos, voltadas para as ações de vigilância; promover o intercâmbio de experiências entre os Programas de Saúde do Trabalhador de nível estadual e municipal" (CESAT,1993).

Ainda em 1993, nos dias 20 e 21 de outubro, foi realizada a oficina de trabalho intitulada "Saúde do Trabalhador no SUS: construindo a vigilância". Esta oficina foi organizada pelo Departamento de Medicina Preventiva e Social/FM-UFMG, pela Coordenadoria de Saúde do Trabalhador/SES-MG e pela DITRA/MS, com o objetivo de produzir um documento-contribuição para a II CNST que procurasse "identificar e discutir as questões de ordem mais geral que envolvem a questão da VIST; discutir as concepções e modelos teórico-metodológicos de VIST desenvolvidos no SUS; e apontar estratégias para o seu aprimoramento" (PINHEIRO *et al.*,1993). Neste documento, trabalhou-se adotou-se um conceito de VIST derivado da corrente da Vigilância à Saúde, e dentro da perspectiva dos distritos sanitários.

Entre os dias 2 e 4 de fevereiro de 1994, foi realizada em Brasília, uma outra oficina de trabalho de grande proximidade temática com aquela anteriormente citada. Trata-se da oficina "Vigilância à Saúde do Trabalhador Rural no Sistema Único de Saúde". É interessante registrar que também no âmbito da saúde do trabalhador, inclusive no da vigilância, a abordagem do trabalho rural vem historicamente adquirindo uma dose de especificidade, fruto talvez até de uma certa marginalização da questão ou de dificuldades de estabelecer limites/articulações com a saúde ambiental. Esta oficina fez um amplo diagnóstico da problemática da saúde do trabalhador rural no Brasil e levantou uma gama variada e abrangente de 47 propostas que seriam discutidas na II CNST (DISAT, 1994).

Ainda antes da realização da II CNST, com o intuito declarado de trazer eficácia às políticas públicas, foi criada a Comissão Interministerial da Saúde do Trabalhador (CIST), em abril de 1993, composta pelos Ministério da Saúde (MS), Trabalho (MTb), Previdência Social (MPS) e Secretaria de Administração Federal (SAF) (CIST, 1993b). Como parte de seus trabalhos, foi realizada em Brasília entre os dias 17 e 19 de maio de 1993, uma reunião com diversos especialistas brasileiros, para que os mesmos produzissem relatórios sobre os quatro sub-temas considerados centrais pela CIST: prevenção, assistência à saúde, assistência previdenciária e sistema de informação. Deliberadamente não se falava inicialmente em vigilância ou fiscalização, adotava-se um termo mais neutro, considerado "mais adequado para o momento": prevenção. Apesar do esforço de se inter-relacionar ministérios, as contradições entre os Ministérios do Trabalho e da Saúde estavam se

agudizando no cenário nacional e se fariam refletir no relatório final (CIST,1993a). Todavia foram reafirmados os papéis do Ministério da Saúde, definidos pela lei 8080/90 e do Ministério do Trabalho, pela lei 8490/92. Num diagrama produzido pelo Ministério do Trabalho, sobre as interfaces de atuação dos ministérios, as ações de vigilância e fiscalização se situam numa área de intersecção do MS e do Mtb. O relatório final reconhece ainda "a polêmica que têm despertado as ações de fiscalização/vigilância dos ambientes de trabalho" e aponta para a necessidade de se "abrir canais de discussão, troca de informação e planejamento comum" visando o estabelecimento de uma "parceria solidária" (CIST,1993a). Este documento retrata muito bem este momento dialético de tentativa de aproximação inter-ministerial e de aumento de tensão entre o MS e o Mtb, que atingiria seu clímax por ocasião da II CNST.

Em março de 1994 foi realizada a tão aguardada e postergada II CNST, cujo tema central era "Construindo uma Política de Saúde do Trabalhador"(CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR,1994). O tema da vigilância ocupou um espaço próprio, preciso e bem destacado na agenda deste evento. Foram realizadas quatro Mesas Redondas sendo que uma delas se intitulava "Vigilância em Saúde do Trabalhador".

Quanto à vigilância, a plenária da II CNST composta por 560 delegados aprovou os seguintes pontos:

- que deveria haver uma mudança no sentido de se incorporar o controle social.

- integrar as ações nas diversas esferas de governo, cabendo aos municípios a execução, e aos estados estabelecer as normas técnicas e executar ações mais complexas.
- aumento de recursos tecnológicos aos núcleos de vigilância para que pudessem ter uma maior autonomia
- integralidade com a assistência
- trabalho conjunto com as universidades
- priorizar instituições onde exista risco iminente à saúde do trabalhador, doenças causadas pela poluição ambiental, qualificação de equipamentos de proteção coletiva e individual, e atividades com material radioativo.

Estas propostas, com alguns limites, incorporavam as discussões e os princípios de vigilância praticados nos PST, dentre os quais se destacam: integralidade com assistência, controle social e ênfase na municipalização das ações.

O ponto de grande controvérsia na II CNST envolveu de fato e previsivelmente, o controle das ações de vigilância/fiscalização realizadas pelo MS e o pelo MTb. O cerne da discussão se concentrou na proposta de **unificação** ou **integração** àquelas ações. O MS dentro dos princípios gerais que regem o SUS defendia a unificação. Já o MTb, numa tentativa de preservação institucional defendia a integração. Foram momentos de notória tensão e após horas de discussão e tentativas de acordos fracassados, prevaleceu na votação a proposta da unificação. Durante o período de transição até a sua efetivação, o SUS ficaria

encarregado de coordenar este processo. Embora tenha sido esta a decisão da II CNST, a mesma ainda teria (e tem) muita resistência para ser implementada.

A nível do MS, dentro do seu processo histórico de construção, as ações de saúde do trabalhador estiveram segmentadas entre os setores de assistência (na Secretaria de Assistência à Saúde/Coordenação de Saúde do Trabalhador - SAS/COSAT) e de vigilância sanitária (na Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária/Divisão de Saúde do Trabalhador - SNVS/DISAT), sem ter um espaço próprio (DIAS, 1994). Tal divisão, do ponto de vista técnico e político, vinha significando uma dificuldade a mais no sentido de se articular a integralidade de ações e superação da dicotomia vigilância-assistência, como diversos PST e autores recomendavam (MESQUITA, 1987, LACAZ, 1992). Uma tentativa de avanço neste quadro institucional foi promovida através da Portaria do MS nº1.722/94 que determinou a integração formal dos setores acima citados, sob a coordenação da COSAT (BRASIL, 1994c; COSAT/DISAT, 1995a).

Do ponto de vista de políticas nacionais de saúde, tendo como modelo a Norma Operacional Básica do SUS (NOB), no segundo semestre de 1994, a COSAT/DISAT fomentou a elaboração de uma proposta de Norma Operacional de Saúde do Trabalhador no SUS (NOST). A NOST seria um instrumento normativo para auxiliar a implantação e consolidação das ações de saúde do Trabalhador no SUS. Esta norma foi elaborada a partir de um representativo processo de discussão, onde participaram técnicos do MS, das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, Universidades, Representantes do Movimento Sindical de Trabalhadores e do CONASS/CONASEMS (BRASIL, 1994b). Esta proposta

se tornaria num dos mais bem elaborados e relevantes documentos produzidos no campo das políticas públicas de saúde do trabalhador no SUS.

Segundo a NOST, a vigilância teria campo destacado, num claro reconhecimento à importância e priorização da questão. Neste documento, a área de Saúde do Trabalhador foi configurada "como um conjunto de ações de vigilância e assistência, visando a promoção, a proteção, a recuperação e a reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos a riscos e agravos advindos das condições de trabalho"(BRASIL, 1994b). A título de análise de situação foram apontadas algumas dificuldades específicas para implantação da vigilância no SUS:

- a) "a persistência do modelo centrado na consulta médica, individual, em detrimento das ações coletivas de vigilância em saúde".
- b) "as ações de vigilância dos ambientes e processos de trabalho e de proteção à saúde dos trabalhadores são raras, em geral assistemáticas, pontuais e desvinculadas de um planejamento e estabelecimento de prioridades".
- c) "a carência e o despreparo, ou não capacitação, dos profissionais de toda a rede de serviços, desde os níveis básicos até os secundários, terciários e os setores de vigilância epidemiológica e sanitária". (BRASIL, 1994b)

Na linha de municipalização das ações de Saúde do Trabalhador, a NOST estabelece as ações de vigilância de ambientes e processos de trabalho de acordo com o tipo de gestão. Em linhas gerais estas ações compreenderiam o levantamento e análise de

informações, criação de bancos de dados, realização de inspeções, análise de situação de riscos, elaboração de relatórios e planos de saúde e aplicação de procedimentos administrativos (BRASIL,1994b).

Em fevereiro de 1995, enquanto uma tentativa de detalhamento da NOST, foi elaborado um trabalho sobre sistema de informação em saúde do trabalhador (COSAT/DISAT,1995a). Este documento reforça a importância e necessidade de se construir um sistema nacional e reconhece que existem condições para que o mesmo se efetive. Analisa que os atuais sistemas de informação são de baixa cobertura e pobres em variáveis para análise. Este texto faz uma proposta de articulação de bancos de dados já existentes e a criação de um instrumento próprio do SUS para fins de notificação de riscos e doenças relacionadas com o trabalho em substituição à CAT (COSAT/DISAT,1995a).

Lamentavelmente e sugerindo dificuldades políticas, até o momento, a NOST não foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, estando ainda em fase de discussão.

Em abril de 1995 foi realizado o III Congresso Brasileiro de Epidemiologia. Assim como ocorrera nos congressos anteriores, a vigilância em saúde do trabalhador se fez presente, e naquela ocasião foram apresentados 6 trabalhos abordando sua temática (CONGRESSO,1995a). Neste evento foi aprovada uma moção em defesa da consolidação da atenção à saúde do trabalhador no SUS, reconhecendo ser fundamental "o desenvolvimento das ações relacionadas à assistência à saúde dos trabalhadores e à vigilância dos ambientes do trabalho..." (CONGRESSO,1995b).

Se por um lado haviam avanços da questão da vigilância no SUS, por outro lado

os trabalhos da CIST e as decisões da II CNST não conseguiram por um ponto final nas querelas sobre a competência legal pelas fiscalizações dos ambientes de trabalho (OBINO FILHO,1993, SÃO PAULO,1994; MINISTÉRIO DA SAÚDE,1995a,1995b; CARNEIRO,1995).

No primeiro semestre de 1995, quase que simultaneamente, começaram a eclodir novos atritos desta natureza nos estados do Rio de Janeiro e de São Paulo.

No Estado do Rio de Janeiro, o Conselho Estadual de Saúde do Trabalhador se viu obrigado a vir a público em 3 de maio de 1995 para prestar esclarecimentos quanto à competência do SUS de realizar o controle dos ambientes e das condições de trabalho (RIO DE JANEIRO,1995). Neste documento é relatado que a Federação das Indústrias do Estado do Rio de Janeiro (FIRJAN) e o Centro Industrial do Rio de Janeiro (CIRJ), baseados num parecer emitido em 22 de dezembro de 1994 pela Secretaria de Fiscalização do Trabalho do Ministério do Trabalho, sobre a competência administrativa das secretarias de saúde para realizarem inspeções do trabalho, produziram e divulgaram para suas afiliadas, um documento onde informam que apenas o Ministério do Trabalho é responsável pelas ações de inspeção dos ambientes do trabalho. O Conselho Estadual alicerça sua posição contrária aquele entendimento baseando-se na Lei 8080/90 e no relatório final da CIST de 1993. A interpretação do Conselho sobre a atitude da FIRJAN/CIRJ fica bem explicitada neste trecho do documento referido: "Sem dúvida, a intenção das entidades patronais, que formularam a consulta ao Ministério do Trabalho, é a de confundir aqueles que, pelo desconhecimento das legislações de saúde, ora vigentes, eventualmente possam

compartilhar da sua interpretação de que só vale o pedaço da Lei que eles desejam que valha". Assinaram este documento histórico mais de 30 instituições representativas de diversos segmentos como secretarias de estado, PST, universidades, DRT/MTb-RJ, sindicatos e centrais sindicais de trabalhadores.

Este episódio é muito ilustrativo da luta árdua e estratégica que vem sendo travada em torno dos conceitos e das práticas de vigilância, fiscalização, inspeção, pelos distintos atores sociais em cena.

Na Bahia, em julho de 1995, foi assinada a Portaria Nº2320 que estabelecia as atribuições do SUS quanto às ações de saúde do trabalhador. Dentre as atribuições definidas estão: coordenar o Sistema de Vigilância à Saúde do Trabalhador, realizar inspeções nos ambientes de trabalho, promover estudos e inquéritos quando necessário, realizar treinamentos e reciclagens, sistematizar e difundir informações, elaborar mapas de riscos, analisar prontuários médicos, e permitir a participação de representantes dos trabalhadores nas investigações nos ambientes de trabalho (SES-BA, 1995). Esta portaria permitia uma precisa e ampla atuação do SUS nas ações de VIST em todo estado da Bahia.

O caso do Rio de Janeiro acabou por desencadear uma mobilização mais vigorosa de âmbito nacional. No dia 31 de julho de 1995 foi realizado o "Ato Nacional em Defesa da Vigilância à Saúde do Trabalhador no SUS", na Câmara Municipal de São Paulo. Neste ato se fizeram representar, dentre outros, o Ministério da Saúde, Secretaria de Estado da Saúde/SP, Ministério do Trabalho, Ministério Público/SP, Ministério Público do Trabalho/SP, parlamentares, prefeitos, CUT, CGT, Força Sindical, diversas instituições

públicas, sindicais, universitárias do Estado de São Paulo e de outros estados como Rio de Janeiro, Minas Gerais, Bahia e Rio Grande do Sul.

Uma nova contribuição acadêmica seria lançada em 1995 com a dissertação de mestrado de NUNES(1995), que estudou o sistema de vigilância epidemiológica das intoxicações por pesticidas em Londrina(PR).

Numa estratégia diferente de implantação municipal e regional das ações de vigilância, em agosto de 1995, foi criado no município de Belo Horizonte o Núcleo de Vigilância à Saúde do Trabalhador (NUVIST). O NUVIST era então composto pelos Serviços de Saúde do Trabalhador de Belo Horizonte, Contagem, Betim, pelo ADP/HC-UFMG e pela SES/MG. Os objetivos iniciais do NUVIST eram os de discutir, planejar e fomentar ações de vigilância nos respectivos municípios. Além do SIS/CAT, em setembro de 1995 foi implantado um sub-sistema de notificação de doenças profissionais/do trabalho diagnosticadas em caráter definitivo pelos 4 serviços participantes.

Ainda com relação ao município de Belo Horizonte, em 17 de novembro de 1995 foi assinada a Portaria N°015, que descreve e enumera as atribuições dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador da Secretaria Municipal de Saúde. Dentre as diversas atribuições do CRST/BH está a de executar ações de vigilância em saúde do trabalhador (SMS-BH,1995).

Em fins de 1995, ainda dentro do esforço de implantação e sistematização, a COSAT/DISAT, com a assessoria de profissionais ligados aos PST, elaborou um documento-proposta daquele que seria o primeiro manual de âmbito nacional de vigilância

em Saúde do Trabalhador. Trata-se do "Manual de Normas e Procedimentos Técnicos para a Vigilância em Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde - SUS" (COSAT/DISAT,1995a). Este manual incorpora as discussões, dos princípios, das concepções, dos instrumentos das diversas práticas de vigilância vivenciadas no SUS e talvez possa ser considerado um quadro nacional do "estado da arte" nos PST. Devido à sua importância, vamos explicitar os principais conceitos e formas de operacionalização propostos naquele documento.

Adota-se um conceito combinado, delimitado e abrangente de vigilância: **"Vigilância em Saúde do Trabalhador compreende uma atuação contínua e sistemática, ao longo do tempo, no sentido de detectar, conhecer, pesquisar e analisar os fatores determinantes e condicionantes dos problemas de saúde relacionados aos processos e ambientes de trabalho, em seus aspectos tecnológico, social e epidemiológico, com a finalidade de planejar e avaliar as intervenções sobre os mesmos, de forma a eliminá-los".**

Por um conceito combinado entende-se que incorpora elementos das definições de vigilância epidemiológica em saúde ocupacional tradicionais (contínuo, sistemático, detectar, analisar), da vigilância à saúde (problemas de saúde, intervenção), epidemiologia social (determinantes, condicionantes, processo de trabalho). Quando disse delimitado, ou específico, é porque este conceito centra seu objeto nos processos e ambientes do trabalho, deixando em segundo plano a dimensão da reprodução social. Já por abrangente quis me referir a aspectos que vão dos determinantes, aos agravos e às avaliações das intervenções

e ainda incluem a dimensão da pesquisa.

Segundo aquele manual, os princípios que regem as práticas de vigilância são: universalidade, equidade, integralidade das ações, pluri-institucionalidade, controle social, hierarquização e descentralização, interdisciplinaridade, pesquisa-intervenção e intervenção sobre os fatores determinantes e condicionantes dos problemas de saúde relacionados aos processos e ambientes do trabalho. Percebe-se que dentre estes estão os princípios que regem o próprio SUS, numa clara intenção de se manter a coerência e a consistência estrutural do mesmo.

O conceito de trabalhador adotado não é bem explicitado mas se revela a princípio bem amplo. Independe se o mesmo é trabalhador rural ou urbano, do setor formal ou não, do setor público ou privado, da ativa ou aposentado, assalariado ou não, menor de idade ou não, ou seja, se trabalha com uma concepção universal e de limites ainda indefinidos (COSAT/DISAT, 1995). Esta imprecisão continua ainda gerando indagações e controvérsias sobre quem é o trabalhador.

Dentre os objetivos propostos estão: conhecer a realidade de saúde da população-trabalhadora, intervir sobre os fatores determinantes da perda de saúde, avaliar as medidas de controle adotadas, subsidiar o planejamento e a formação de recursos humanos e estabelecer um sistema de informação (COSAT/DISAT, 1995b).

Quanto às estratégias, o manual reforça a necessidade de superação das dicotomias entre as vigilâncias sanitária e epidemiológica, a promoção da participação dos trabalhadores, a elaboração de mapas de risco e estabelece o uso de alguns critérios para

estabelecimento de prioridades (base sindical, ramo produtivo, micro-região, epidemiológico). Neste elenco de critérios de priorização percebe-se claramente a contribuição dos PST do Rio de Janeiro.

A metodologia geral das ações passa por diversas etapas:

- 1) delineamento do perfil produtivo da região
- 2) identificação da demanda
- 3) planejamento da intervenção
- 4) análise do processo produtivo (levantamento de dados prévios), realização de inquéritos de investigação, construção de mapas de riscos e de saúde (incluem a identificação das cargas de trabalho e do desgaste do trabalhador), análise (técnica da árvore de causas, técnicas de engenharia de seguranças de sistemas, do impacto ambiental).

Para a constituição de um sistema nacional de informação é sugerido a adoção de várias fontes de informação, secundárias e primárias, do próprio SUS e de outras instituições e é proposta a construção de alguns indicadores de morbi-mortalidade e de atividades e processos produtivos. A intenção é de não se trabalhar só com agravos, mas abordar também indicadores de exposição e de determinantes e condicionantes. Não se percebe uma sugestão de operacionalização de indicadores de avaliação da própria atenção (assistência e vigilância) nem dos aspectos de geradores de saúde.

Este documento pode ser considerado como uma síntese deste intenso processo de

construção da VIST no SUS, refletindo seus embates, as experiências e os acúmulos vivenciados pelos PST ao longo das décadas de 70, 80 e 90, incorporando a contribuição das vigilâncias sanitária e epidemiológica, definindo princípios, conceitos, objetivos, instrumentos de análise e de informação. Percebe-se que este manual é um instrumento ainda em fase de construção, parcial, com lacunas, mas que sem dúvida representa um passo importante para a tentativa de operacionalização e institucionalização da vigilância no âmbito nacional do SUS.

Apesar da VIST no SUS vir se constituindo numa prática multiforme, com diversas influências, percebe-se que existem algumas características que lhe são muito frequentes e centrais e que acabam por estabelecer um padrão de unidade no meio da diversidade. Não se trata, evidentemente, de um modelo rígido, plenamente consistente, obrigatório e vertical, mas sim de um modelo de referência, de orientação.

No Quadro 2 estão apresentadas sumariamente, aquelas características que consideramos centrais no perfil da VIST no SUS e que culminaram por dar-lhe algumas especificidades em relação às vigilâncias em saúde pública e às fiscalizações realizadas pelo Ministério do Trabalho.

QUADRO 2 - PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS DA VIST NO SUS

CATEGORIA	CARACTERÍSTICA
MARCO TEÓRICO	MATERIALISMO HISTÓRICO DETERMINAÇÃO SOCIAL DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA
MÉTODOS	EPIDEMIOLOGIA SOCIAL MODELO OPERÁRIO ITALIANO VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA HIGIENE DO TRABALHO
PRÁTICA POLÍTICA	CONTRA-HEGEMÔNICA
FINALIDADE	TRANSFORMAÇÃO DE RELAÇÕES SOCIAIS
OBJETO	DETERMINANTES PROCESSO SAÚDE-DOENÇA PROCESSO DE TRABALHO PROCESSO REPRODUÇÃO SOCIAL PROCESSOS POSITIVOS e NEGATIVOS PRÁTICAS DE INTERVENÇÃO
NÍVEIS DE ABORDAGEM DO OBJETO	GERAL, PARTICULAR, SINGULAR
NÍVEIS DE ATUAÇÃO NA ATENÇÃO À SAÚDE	PROMOÇÃO, PREVENÇÃO, PRESERVAÇÃO, CONTROLE
INSTRUMENTOS	MACRO-INDICADORES POLÍTICOS, ECONÔMICOS, SOCIAIS, DEMOGRÁFICOS DADOS DE PREVIDÊNCIA SOCIAL -CAT DADOS DE MORBIDADE AMBULATORIAL DADOS DE MORTALIDADE IDENTIFICAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO ELABORAÇÃO DE MAPAS DE RISCOS EVENTOS-SENTINELA DENÚNCIAS CLÍNICA
PROFISSIONALIDADE	MULTI-PROFISSIONAL
DISCIPLINARIDADE	TRANS-DISCIPLINARIDADE
GESTÃO/PARTICIPAÇÃO	TRABALHADORES/SINDICATOS
INTEGRALIDADE	INDISSOCIÁVEL DA ASSISTÊNCIA

No nosso entender, a VIST inova ao se propor uma prática contra-hegemônica no interior do próprio Estado, estimulando o controle social e a participação das classes trabalhadoras, numa perspectiva de transformação social. Assume portanto uma postura contraditória em relação ao papel do Estado como um todo, de não-neutralidade, e que ao invés de negar ou camuflar o conflito entre os atores sociais o explicita. Alguns PSTs vão mais além, e assumem uma posição francamente aliada aos trabalhadores. Os trabalhadores encontram espaço para também participarem da gestão, execução e avaliação das ações da VIST no SUS. Este nível de envolvimento, embora presente pontualmente, não tem sido uma prática rotineira nem um objetivo sistemático das vigilâncias em saúde pública ou das fiscalizações do setor Trabalho.

Num outro ponto inovador, a VIST procura romper com as práticas de vigilância centradas nas abordagens eminentemente de agravos à saúde e de fatores de risco em populações, por entender que o objeto de suas ações é o processo (não apenas resultado) saúde-doença, na sua integralidade com as dimensões polares de positividade e negatividade, distribuído na sociedade entre suas classes sociais. Não se trabalha portanto só com a dimensão negativa dos eventos nem com a noção reducionista de população enquanto conjunto ou somatória de pessoas. Adota-se majoritariamente o modelo explicativo da determinação social do processo saúde-doença.

Em decorrência daquele marco teórico, o objetivo e a finalidade maior da vigilância seriam os de atuar sobre os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença-trabalho na perspectiva de alterar positivamente, do ponto de vista dos

trabalhadores, as relações sociais de produção e de reprodução.

A VIST no SUS tem dirigido estrategicamente seu foco prioritário de atuação para o âmbito do processo de trabalho. Tal postura embora passível de controvérsias, se deve ao entendimento de que o processo de trabalho tem um peso hierarquicamente maior de determinação no múto-engendramento com o processo de reprodução (LAURELL, 1981). A grande desvantagem deste procedimento é a de que reduz e secundariza excessivamente a abordagem da dimensão do consumo (BREILH,1995). Por outro lado, atuar predominantemente na dimensão do processo de trabalho, confere maior especificidade e visibilidade ao campo da saúde do trabalhador, o que facilita a priorização e operacionalização das ações diante da complexa demanda social combinada com a escassez de recursos humanos e materiais da área.

Ao adotar o marco teórico da epidemiologia social, o nível de atuação da VIST se torna mais completo mas ao mesmo tempo se torna mais complexo na sua operacionalização, uma vez que se prevê ações sobre os macro-determinantes e até sobre as singularidades do indivíduo. Articular consistentemente este *pool* de determinantes, desvendando e demonstrando as relações do biológico com o social, continua sendo uma questão crucial, em aberto e desafiante para a epidemiologia social (LAURELL,1983).

Uma outra característica marcante é o de tentar integrar e associar as ações de vigilância e assistência a nível de execução da atenção nos serviços de saúde. Este princípio tem basicamente dois objetivos. Primeiro, busca-se dar mais agilidade, eficácia e resolutividade às ações de saúde, tratando ao mesmo tempo de identificar, assistir a

situações/problemas de saúde, encaminhar e acompanhar resoluções. Segundo, dentro de um aspecto pedagógico de atuação e de desalienação do trabalho, visa criar condições para que os profissionais de saúde dos PST possam realizar concomitantemente, tanto ações de assistência como as de vigilância (LACAZ, 1992).

E por último, uma outra característica marcante da VIST é a de se organizar enquanto uma prática multi-profissional, trans-disciplinar e inter-setorial. Rompe-se com a exclusividade de concepção e realização das ações de vigilância por médicos e engenheiros como nas fiscalizações do MTb, incorpora-se elementos das ciências sociais na caracterização das relações saúde-trabalho, e articula-se o envolvimento de instituições de diferentes setores que não os tradicionais saúde, trabalho e previdência social, como por exemplo agricultura, meio-ambiente, educação. Este rico e contraditório processo, tem o mérito de alargar, integrar e democratizar as concepções e as ações de saúde entre profissionais, instituições e setores de governo.

5.3 A VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR HOJE NO SUS:

A VIGILÂNCIA DO CONFLITO E O CONFLITO DA VIGILÂNCIA

Nos ítems anteriores traçamos a trajetória e as principais características das atuais práticas de VIST no SUS. Como tentamos demonstrar não se pode falar de uma prática acabada, uniforme e instituída. Pelo contrário, trata-se de uma prática emergente,

complexa, heterogênea, inacabada, e fundamentalmente conflitiva.

É este seu caráter de conflito que parece essencialmente "dar o tom" e se constituir no "fio condutor" da história da VIST no Brasil. Corroborado pela experiência internacional (BERLINGUER, 1996), ao longo de todo este trabalho, pudemos notar que a relação de conflito, sempre esteve muito próxima da questão da VIST, seja pela sua simples negação seja pela sua absoluta centralidade.

Por que esta vigilância gera tanto atrito? Ou dito de outro modo, por que esta vigilância se vê envolvida e explicita tanto o atrito?

Agora vamos explorar este veio analítico e nortear nossa discussão como se fosse as duas faces de uma mesma moeda: a vigilância do conflito e o conflito da vigilância.

5.3.1 A Vigilância do conflito

No âmbito da atenção à saúde do trabalhador caberia exatamente à vigilância abordar mais diretamente a delicada tarefa de intervir sobre os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença-trabalho.

Primeiramente é importante reconhecermos que a vigilância não é uma prática abstrata, completamente autônoma e descontextualizada. A VIST é uma prática social específica de uma sociedade, num determinado lugar e tempo. Esta vigilância de que estamos falando, concretamente se insere e é construída sobre (e pelo) o pano de fundo das

relações entre saúde-doença e capital-trabalho, vivenciadas histórica, econômica, política, social, cultural, ideológica e biologicamente, por diversos atores sociais de forma dinâmica, mutável e contraditória, no plano individual e coletivo. Este cenário traçado nos dá um indicativo da abrangência, diversidade e complexidade da VIST.

No capitalismo, as relações capital-trabalho ocupam um espaço crucial, central e determinante na organização das sociedades como um todo. Aquelas relações são de natureza intrinsecamente contraditórias e conflitivas, dinâmicas, de saber e de poder, e que estão longe de serem harmônicas e complementares. É exatamente sobre a complexidades destas relações que a VIST pretende atuar.

O objeto da VIST do Estado é em última instância, a vigilância dos processos de trabalho, de seus determinantes e de seus impactos (positivos e negativos) e dos procedimentos adotados diante das relações conflitivas capital-trabalho na sua relação com a saúde dos trabalhadores.

O Estado intervir nestas relações significa intervir numa instância extremamente sensível, objetiva, essencial e conflitiva, para trabalhadores, empregadores e para o próprio Estado - os processos de trabalho. O objeto das ações da VIST, socialmente falando, é altamente explosivo uma vez que lida com interesses contrários. Quanto mais a VIST avance no sentido de intervir radicalmente nos processos de trabalho, mais conflitos provavelmente trará à tona. Este aspecto de que estamos falando fica mais evidente ao observarmos que um dos motivos de maiores atritos institucionais e com os outros atores sociais envolvidos - trabalhadores e empregadores, são exatamente as ações de vigilância

executadas nos locais de trabalho. Esta dimensão da VIST incomoda muito e é vista de modo diferente em relação à vigilância de agravos e de procedimentos ou mesmo das demais vigilâncias em saúde pública. O que está em jogo e em xeque é quem detém a propriedade e o poder sobre os destinos dos processos de trabalho.

Aquela tensão que acompanhou (e continua acompanhando) toda a trajetória da VIST no SUS, não é conjuntural, mas sim é estrutural, e é acompanhada de momentos de exarcebção e possibilidades de ruptura, em diversos níveis e no interior das esferas de governo.

Entretanto aquele objeto de ação da VIST tem uma outra grande particularidade. Não se trata, afinal de contas, de vigiar um objeto inanimado em algum material. Trata-se de vigiar diversas situações/problemas visando a promoção e a preservação da saúde de uma grande parcela da sociedade, que tem uma história de classe social, de frações de classe e de vida - os trabalhadores. A concepção brasileira de VIST no SUS reconhece na participação do trabalhador a essência de sua prática, e eu arriscaria a dizer até que esta é a **alma** da vigilância. O trabalhador e suas instituições organizativas e sindicais são vistos como os grandes protagonistas e os sustentáculos da VIST. Não só do ponto de visto político mas também do ponto de vista técnico e de conhecimento. Supõe-se uma certa cumplicidade e aliança de atores e classes sociais, entre técnicos e trabalhadores, na busca da transformação social. A tentativa de superação destas barreiras de classe tem se mostrado um processo rico, permeado de conflitos, heterogêneo, com experiências exitosas e fracassadas (BREILH, 1995).

Dentre estes conflitos, uma polêmica frequentemente presente é a que se refere a quem é o trabalhador. Conforme explicitado no manual de VIST do SUS (COSAT/DISAT,1995a), trabalha-se com um conceito abrangente de trabalhador mas ainda impreciso e não tão óbvio como possa parecer. Este conceito de trabalhador não é meramente o mesmo da população economicamente ativa (PEA), nem o da população previdenciária, ou o de trabalhador na concepção marxiana que o entende como força de trabalho em ação (MARX,1980). Esta concepção em aberto gera dúvidas e atritos no interior dos PSTs e entre os próprios trabalhadores. O estabelecimento de quem são os trabalhadores é importante para o pensar epidemiológico e para a estratégia de definição política de quem participa das ações de VIST. Historicamente, algumas categorias mais organizadas de trabalhadores urbanos e sindicalizados vêm participando mais ativamente da construção da VIST no SUS. No entanto, tal constatação, por vezes suscita também a indagação de que se não deveria fomentar, priorizar e garantir a participação dos setores das classes trabalhadoras mais marginalizados ou desorganizados.

Por outro lado, nesta breve trajetória da VIST no Brasil percebe-se a clara resistência, que às vezes é acompanhada de ações efetivas, por parte de setores do empresariado, diante da atuação do SUS no interior das empresas, sobretudo nas indústrias maiores e economicamente mais expressivas. Não que as relações do empresariado com o setor trabalho sejam harmônicas e sem problemas. Todavia as ações fiscalizatórias do setor trabalho eram conhecidas historicamente pelos empresários e estes já possuíam estratégias desenvolvidas para o seu enfrentamento e tentativa de controle. A entrada em cena do SUS,

ainda que de modo pouco expressivo quantitativamente, trouxe um certo incômodo e desequilíbrio nestas relações capital-estado. O controle pelo empresariado sobre uma prática, que tinha um potencial de expansão maior, cujo enfoque e concepção de saúde era mais abrangente, cujos mecanismos de intervenção podiam ser diferentes, que geralmente implicava em investigação nos ambientes de trabalho acompanhados de trabalhadores, se tornava mais difícil, incerto e problemático.

O objeto e o campo de ação da VIST é portanto um espaço particular onde se situa a gênese e a mediação de conflitos entre o capital e o trabalho, e ao mesmo tempo a VIST estabelece uma relação com as partes em conflito que não é neutra e que também é heterogênea, conflitante, contraditória e permeada por diversos conflitos internos à sua própria natureza enquanto uma prática de Estado.

5.3.2 O conflito da vigilância

Os conflitos internos à vigilância são inúmeros e de diversas ordens e intensidades. Um primeiro conflito que nos parece central é o fato decorrente de ser uma prática de Estado. As inter-relações históricas da vigilância com o Estado como um todo são muito íntimas e imbricadas. Como já vimos anteriormente (sobretudo no capítulo 3), a natureza do Estado influi substancialmente (ainda que não mecânica e deterministicamente) na própria natureza e trajetória da vigilância.

O Estado brasileiro da década de 80 passou de um regime ditatorial para um

regime democrático. O cenário de emergência das primeiras práticas de VIST e da promulgação da Constituição de 1988 se constituiu num contexto favorável que apontava para a adoção de um modelo cujo papel do Estado era mais ampliado e abrangente nas questões de cunho social.

A partir dos anos 90, houve uma modificação deste panorama, com um quadro confuso e indefinido, onde predominava o modelo neo-liberal de Estado mínimo e privatizante, ao lado de um modelo na defensiva, mais estatizante e socialmente participativo para o setor saúde. Neste quadro conflitivo, a VIST no SUS passou a conviver com estes dois modelos de papel de Estado assumindo uma posição arriscada de franco antagonismo e resistência ao modelo neo-liberal.

Embora os tempos sejam de maior democratização no Brasil, não se pode ignorar que o Estado continua assumindo seu papel também coercitivo, de "poder de polícia" inclusive na VIST. Esta natureza policialesca, justificável socialmente ou não em algumas circunstâncias, traz profundas contradições e desconfianças nas suas relações com os próprios trabalhadores e com os empregadores. Tenta-se no entanto, substituir o cenário e a noção do **vigiar e punir** para **vigiar e negociar**. Apesar destes esforços, a construção de uma almejada aliança orgânica na VIST entre Estado e os trabalhadores, não deixa de se assentar sobre uma base extremamente frágil, instável e questionável. Paira no ar sempre a dúvida se tal relação sob o capitalismo é possível e/ou desejável.

Uma outra ordem de conflito importante diz respeito à abordagem inter-setorial das relações saúde-trabalho pelo Estado. No Brasil, como já foi dito, estas relações têm se dado

de forma segmentada e pouco articulada. No que tange à VIST há um ainda um agravante pois há uma relação de forte tensão (e por vezes até de confronto) com o Ministério do Trabalho no que tange às ações de inspeção e fiscalização dos ambientes do trabalho. Na Itália, com a reforma sanitária, houve a incorporação daquelas ações do setor trabalho pelo setor saúde. No Brasil, embora existam reiteradas decisões neste sentido, as mesmas não foram ainda efetivadas e nem dão sinal de que o serão a curto e médio prazo. A implementação da unificação das ações de fiscalização dos ambientes de trabalho encontra resistências de diferentes ordens no interior do próprio Estado. Dentre estas dificuldades pode-se citar pelo menos três:

- o receio pelo setor Trabalho de seu possível enfraquecimento e perda de poder político

- o receio dos trabalhadores do setor Trabalho de perda de prestígio, poder, e das conquistas salariais e de carreira conquistadas

- as rivalidades históricas e conceituais entre os dois setores, que às vezes trocam acusações usando termos ofensivos como corrupção, autoritarismo, incompetência e ineficiência, gerando com isto fortes sequelas

Emperradas nestes conflitos, as escassas e limitadas ações de intervenção nos locais de trabalho, seja de um setor seja do outro, perdem força e eficácia, e correm o risco de se desviarem de seu alvo central de atuação caindo na armadilha neutralizante e desgastante do "estado *versus* estado".

Do ponto de vista intra-setorial existem ainda algumas controvérsias e dificuldades

quanto à inserção da VIST. Por princípio, a VIST foi concebida de modo indissociável da assistência, e sem segmentação entre vigilância epidemiológica e sanitária. No entanto, não existe um posicionamento claro quanto à sua inserção nos organogramas institucionais, uma vez que tradicionalmente o ministério e as secretarias de saúde compartimentalizam os setores de assistência, vigilância epidemiológica e sanitária, e vinculam ao sabor das conjunturas localizadas a vinculação da saúde do trabalhador a uma destas estruturas. Tal procedimento na prática, tem a vantagem de deixar mais livre a emergência da VIST na estrutura mais viável, mas por outro lado flexibiliza tanto na sua institucionalização que corre o risco de gerar confusões, cristalizar o isolamento e não conseguir a articulação do setores referidos.

Com o processo de municipalização no SUS, a inserção das ações de VIST vem se dando fundamentalmente junto aos próprios setores de atenção à saúde do trabalhador, de modo integrado à assistência. Todavia isto não é uma regra e continuam ocorrendo a vinculação da VIST de modo isolado nos setores de vigilância sanitária e epidemiológica. Este quadro se reproduz nas três esferas de governo.

As experiências de integração da VIST às estruturas das vigilâncias epidemiológica-sanitária se encontra numa fase inicial, experimental de homogeneização de olhares e permeada por dificuldades conceituais, operacionais e administrativas. A superação destas dificuldades por certo representaria o grande avanço capaz de potencializar e expandir a capacidade de cobertura e de impacto da VIST no SUS. Mais recentemente vêm sendo desenvolvidas algumas experiências-piloto tentando a integração de todas as vigilâncias sob

a coordenação da chamada "vigilância à saúde" inclusive incorporando elementos de VIST (MENDES,1993).

É importante se reconhecer também que o modelo hegemônico de atenção à saúde no Brasil, e em saúde do trabalhador em especial, continua centrado na dimensão da assistência. Embora se defenda correta e reiteradamente a indissociabilidade entre vigilância e assistência, sob o atual modelo, ocorre uma relação tensa e assimétrica na execução destas duas modalidades de ação. Neste modelo, a assistência acaba por ser amplamente privilegiada e por absorver a parte mais significativa das atividades, dos recursos humanos, dos recursos materiais e financeiros do setor saúde. Tal fato, acaba por tornar mais difícil o desenvolvimento das ações de VIST.

O processo de implantação das ações de VIST não se pautou pela adoção de um único modelo. Havia princípios gerais que sofreram modificações e adaptações a partir de cada localidade. Se isto era vantajoso por um lado, ao aproximar a VIST de cada realidade local, por outro lado dificultava sua perspectiva de generalização, sistematização e institucionalização. Dentro da história da VIST no Brasil, num primeiro momento havia uma preocupação maior de gerar práticas localizadas, com grande autonomia. Sobretudo a partir da década de 90, com a multiplicação de experiências e necessidade de maior expansão, começou a haver um movimento no sentido de uma maior sistematização. Creio que este processo de institucionalização é irreversível e desejável, fruto de um processo de maturação da VIST, mas que, entretanto traz o risco da burocratização, da verticalização e do esvaziamento da pluralidade de concepções e métodos.

A título de síntese deste capítulo, pode-se dizer que a VIST emergiu hegemonicamente enquanto proposta e prática nos chamados PST da rede pública de saúde. A princípio se desenvolveu na região sudeste e depois se disseminou por diversos estados brasileiros. A VIST se inseriu em diferentes esferas de governos e estruturas/setores administrativos, serviços e instituições de ensino, com estratégias de implantação distintas e em ritmos assimétricos. Com a promulgação da Constituição de 88 e a aprovação da lei 8080/90 ganhou um grande impulso rumo a sua institucionalização e a um redirecionamento de suas práticas. Na década de 90, houve um aumento do interesse pelo tema, fato este perceptível pelo espaço obtido nas políticas públicas, mobilizações sociais, conferências, eventos, cursos, produção científica. Neste mesmo período que a VIST tentava se consolidar, orientar e sistematizar sua prática no SUS, ocorria um aumento na utilização de instrumentos legislativos e jurídicos, fruto este do acirramento das tensões políticas e dos atritos legais pela competência na realização das ações de intervenção nos locais de trabalho. Após a realização da II CNST tem havido um esforço significativo no sentido de se desenvolver e padronizar as necessárias bases técnicas da vigilância. Apesar de ser uma prática incipiente e multiforme, com diversas influências teóricas, a vigilância tem algumas características que lhe dão uma unidade e que tem na relação de conflito seu movente principal.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O último capítulo de uma tese geralmente é reservado às derradeiras impressões e às conclusões. Neste trabalho não será diferente, apenas gostaríamos de fazer a ressalva de que achamos ser mais pertinente se falar em considerações finais do que em conclusões, uma vez que a VIST no SUS é uma prática de história recente e inacabada.

Evidenciou-se que a partir da década de 80, tanto no plano internacional como no nacional, a questão da vigilância estatal na área de saúde e trabalho foi se tornando cada vez mais presente a nível da elaboração e da execução das políticas públicas para a área.

Embora tenha havido este crescimento, a vigilância ainda pode ser considerada uma prática incipiente e de pouca importância se comparada à assistência. Vem ocupando um espaço periférico e mal definido dentro dos modelos de atenção à saúde no Brasil e na maioria dos países.

Apesar deste espaço secundário, a VIST no SUS foi concebida como uma parte importante e imprescindível na atenção à saúde do trabalhador, se colocando hoje como uma das principais prioridades da área.

Nesta fase de emergência da VIST, grande parte da energia de trabalho foi despendida nas árduas tentativas para sua viabilização político-jurídico-institucional. O desenvolvimento de sua base técnica parece ter sido prejudicado ou estrategicamente

relegado a um segundo plano.

O enfoque teórico da VIST no SUS, centrado na determinação social do processo saúde-doença e no modelo operário italiano, trouxe-lhe características particulares e ousadas, e ao mesmo tempo esperanças, conflitos, desafios adicionais e apreensões.

Embora se trabalhasse essencialmente na perspectiva daqueles modelos explicativos, foram incorporados elementos dos campos da saúde ocupacional. Tal procedimento no entanto, não caracteriza a VIST no SUS enquanto uma prática sem forma definida e sem identidade. Pelo contrário, existe um processo difícil de construção teórico-metodológica que visa hierarquizar e absorver conhecimentos e técnicas distintas, sob a perspectiva e com a participação dos trabalhadores.

Ficou evidente que o caminho não estava traçado. Não se tratava de reproduzir um modelo pronto e testado de vigilância, mas de gerar uma prática nova, conflituosa, anti-hegemônica, complexa, com lacunas teóricas e metodológicas, num setor sem tradição e em crise.

A despeito das inúmeras dificuldades, a VIST no SUS trouxe alguns alentos e novas perspectivas. Ela significava fundamentalmente a possibilidade de caminhar no sentido de democratizar e propiciar o controle social, de aumentar o conhecimento e o nível de intervenção sobre os determinantes da saúde do trabalhador.

A VIST trouxe também contribuições importantes ao SUS ao se configurar enquanto um espaço para uma prática multi-disciplinar, inter-setorial, integrada à assistência, e construída com a participação dos trabalhadores.

As possibilidades eram e são muitas. Todavia é prudente reconhecermos alguns limites e obstáculos.

Primeiro, não se deve cair no engodo de se achar que a vigilância é a solução miraculosa para os problemas e conflitos da Saúde do Trabalhador no Brasil. Obviamente não se trata disto. A VIST é parte de um Estado que pode ser modificado a qualquer momento pela sociedade em que se insere. A VIST não tem o poder irrestrito e automático para fazer valer todas as suas decisões. Mais do que determina, a VIST do Estado é determinada pela correlação de forças entre o capital e o trabalho. Não dá portanto para esperar ou exigir da VIST no SUS, o que ela não tem condições históricas de realizar ou de transformar radicalmente a toque de mágica.

Segundo, as perspectivas da VIST se encontram atreladas ao próprio futuro do SUS. Ainda que a VIST consiga se desenvolver isoladamente, sua proposta ficará extremamente comprometida ou descaracterizada, caso o SUS não faça o mesmo e supere suas dificuldades e se consolide enquanto sistema de saúde.

Terceiro, as tentativas de unificação das ações de fiscalização com o setor Trabalho tem representado um desgaste constante. Esta estratégia deveria ser repensada no sentido de se encontrar soluções para superação deste impasse. Ainda que a área de saúde e segurança no trabalho fosse incorporada ao setor saúde, restariam outras interfaces importantes com o Ministério do Trabalho, como por exemplo o das fiscalizações das relações de trabalho. As relações saúde e trabalho são por natureza inter-setoriais e não se pode correr o risco de se atrasar mais ainda esta abordagem.

Quarto, vivemos um momento peculiar, dramático e agudo de modificação do mundo do trabalho. A intensificação da acumulação do capital, o desemprego estrutural, a flexibilização das relações de trabalho, as mudanças tecnológicas dos processos de trabalho, o momento defensivo dos sindicatos e das organizações de trabalhadores, tornam a atuação da VIST mais difícil e limitada. No Brasil, ainda que minoritariamente, temos ao lado de trabalhos dignos e seguros, a humilhante situação de trabalhos denunciados enquanto escravos. De um modo geral, mais do que lutar por melhorias das condições de trabalho, os trabalhadores hoje estão lutando pela manutenção dos empregos.

Quinto, não devemos esquecer também que no Brasil convivem processos de trabalho modernos ao lado de outros extremamente arcaicos, gerando um quadro disperso e combinado de doenças ocupacionais clássicas e outras incharacterísticas ou novas. Esta situação exige uma abordagem mais sofisticada e complexa do ponto de vista da vigilância.

Sexto, ainda dentro deste processo de modificação do mundo do trabalho, o próprio ambiente de trabalho parece se transformar. O trabalho executado de modo autônomo e na própria residência do trabalhador passa a ser uma realidade sobretudo nos países centrais. Hoje se tem a experiência de que seja a vigilância de empresas, mas o que significa ou implica para a sociedade e o cidadão o Estado fazer vigilância na própria casa dos trabalhadores?

As perguntas, os desafios e os limites são muitos, contudo a VIST no SUS

tem se constituído numa prática muito estimulante para se pensar, conhecer, promover e preservar a saúde dos trabalhadores no Brasil. A VIST no SUS, com certeza, não é um fim em si mesma, mas poderá ter um papel importante enquanto um instrumento auxiliar no processo de transformação dos determinantes da saúde dos trabalhadores no Brasil.

7. SUMMARY

WORKERS' HEALTH SURVEILLANCE IN THE NATIONAL HEALTH SYSTEM: THE CONFLICT OF SURVEILLANCE AND THE SURVEILLANCE OF CONFLICT

Analysis of the historical process of construction of the Workers' Health Surveillance in the [Brazilian] National Health System. The main framework of concepts and practices of Workers' Health Surveillance were identified and discussed, as well as international experiences related to this issue. This study analyzes some political, social, legal, institutional, technical and scientific aspects of the inception and further development of different practices of Workers' Health Surveillance in the National Health System in Brazil. From this analysis, workers' participation emerged as a special feature of Workers' Health Surveillance, where workers are considered as subjects and main protagonists of the struggle towards the improvement and transformation of current work processes and society. It seems that conflict and contra-hegemony are features of the Workers' Health Surveillance movement within the Brazilian National Health System. Finally, some limits and prospectives of Workers' Health Surveillance under a State perspective were identified and discussed.

KEYWORDS: Workers' Health

Workers' Health Surveillance

Health Surveillance

Occupational Health

National Health System

Brazil

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALESSI, Neiry Primo *et al.* (org). **Saúde trabalho no Sistema Único de Saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1994. 167p.
- AMERICAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH. **Vigilância em saúde ocupacional**. Boston: AJPH, v.79, 1989. 63p. Suplemento.
- ARONSON, Kristan J., HOWE, Geoffrey R. Utility of a surveillance system to detect associations between work and cancer among women in Canada, 1965-1991. **Journal of Occupational Medicine**, Baltimore, v.36, n.11, p.1174-1179, 1994.
- ASHFORD, Nicholas A. Government regulation of occupational health and safety. In: LEVY, Barry S., WEGMAN, David H. **Occupational health: recognizing and preventing work-related disease**. 3.ed. Boston: Little Brown, 1995. p.177-199.
- ASSUNÇÃO, Ada Ávila *et al.* **Manual de rotinas do Ambulatório de Doenças Profissionais**. Belo Horizonte: imprensa Universitária da UFMG, 1992. 149p.
- ATTFIELD, Michael D., ALTHOUSE, Rochelle B. Surveillance data on US coal miners' pneumoconiosis, 1970 to 1986. **American Journal of Public Health**, Washington, v.82, n.7, p.971-977, 1992.
- AUGUSTO, Lia Giraldo da Silva *et al.* Vigilância epidemiológica de doenças ocupacionais. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v.14, n.54, p.32-64, 1986.
- BAGNARA, Sebastiano, BIOCCA, Marco, MAZZONIS, Danielle Gattegno. Trends in occupational health and safety policy in Italy. **International Journal of Health Services**, v.11., n.3, p.431-450, 1981.

- BAKER, Edward L. Sentinel event notification system for occupational risks (SENSOR): the concept. **American Journal of Public Health**, Washington, v.79, suplemento, p.18-20, 1989.
- BAKER, Edward L., HONCHAR, P.A., FINE, Lawrence J. Surveillance in occupational illness and injury: concepts and content. **American Journal of Public Health**, Washington, v.79, suplemento, p.9-11, 1989.
- BAKER, Edward L., MATTE, Thomas P. Surveillance for occupational hazards and disease. In: ROSENSTOCK, Linda, CULLEN, Mark R. **Textbook of clinical occupational and environmental medicine**. Philadelphia: W.B. Saunders, 1994. p.61-67.
- BAKER, Edward L., MELIUS, James M., MILLAR, J.Donald. Surveillance of occupational illness and injury in the United States: current perspectives and the future directions. **Journal of Public Health Policy**, v.9, p.198-221, 1988.
- BALMES, John *et al.* Hospital records as a data source for occupational disease surveillance: a feasibility study. **American Journal of Industrial Medicine**, v.21, n.3, p.341-351, 1992.
- BARATA, Rita de Cássia Barradas. **A historicidade do conceito de causa**. São Paulo: 1978. (Mimeo).
- BARATA, Rita de Cássia Barradas. Saúde e direito à informação. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.6, n.4, p.385-399, 1990.
- BASER, Michael. The development of registries for surveillance of adult lead exposure, 1981 to 1992. **American Journal of Public Health**, Washington, v.82, n.8, p.1113-1118, 1992.
- BASER, Michael, MARION, David. A statewide case registry for occupational heavy metals absorption. **American Journal of Public Health**, Washington, v.80, n.2, p.162-164, 1990.

BELL, Catherine A. *et al.* Fatal occupational injuries in the United States, 1980 through 1985. **Journal of American Medical Association**, v.263, n.22, p.3047-3050, 1990.

BERLINGUER, Giovanni. **A saúde nas fábricas**. São Paulo: HUCITEC/CEBES, 1983. 171p.

BERLINGUER, Giovanni, BIOCCA, Marco. Recent development in occupational health policy in Italy. **International Journal Health Services**, v.17, n.3, p.455-474, 1987.

BERLINGUER, Giovanni, FALZI, Gabriella, FIGÀ-TALAMANCA, Irene. Ethical problems in the relationship between health and work. **International Journal of Health Service**, v.26, n.1, p.147-171, 1996.

BERMAN, Daniel M. **Muerte en el trabajo**. México: Siglo Vientiuno, 1983. 280p.

BETANCOURT, Oscar. **La salud e el trabajo: reflexiones teórico metodológicas, monitoreo epidemiológico, atención básica en salud**. Quito: CEAS/OPAS, 1995. 306p.

BLANC, Paul D., OLSON, Kent R. Occupationally related illness reported to a regional Poison Control Center. **American Journal of Public Health**, Washington, v.76, n.11, p.1303-1307, 1986.

BRASIL. Portaria nº1565, de 26 de agosto de 1994 - Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e sua abrangência, esclarece a competência das três esferas de governo e estabelece as bases para a descentralização da execução de serviços e ações de vigilância em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, 1994a.

BRASIL/MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº1.722, de 4 out. 1994. **Diário Oficial da União**, Brasília, 6 out. 1994c. Seção 1, p.15103.

BRASIL/MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Proposta de uma norma operacional para a Saúde do Trabalhador no SUS.** (versão 30/12/94) Brasília: SNVS/SAS/MS, 1994b. 37p.

BRASIL/PORTO ALEGRE. Decreto N°10.384 de 3 de agosto de 1992. Institui no âmbito do Município de Porto Alegre, a realização de Vigilância Sanitária nos ambientes de trabalho e dos problemas de saúde. **Diário Oficial do Estado**, Porto Alegre, 4 set. 1992. p.62.

BREILH, Jaime. **Nuevos conceptos y técnicas de investigación:** guia pedagógica para un taller de metodología. 2.ed. Quito: CEAS, 1995. 365p.

BRESNITZ, Eddy A. Poison Control Center follow-up of occupational disease. **American Journal of Public Health**, Washington, v.80, n.6, p.711-712, 1990.

BREWER, Robert D. *et al.* A model for occupational injury surveillance by occupational health centers. **Journal of Occupational Medicine**, Baltimore, v.32, n.8, p.698-702, 1990.

BURNETT, Carol A., DOSEMECI, Mustafa. Using occupational mortality data for surveillance of work-related diseases of women. **Journal of Occupational Medicine**, Baltimore, v.36,n.11, p.1199-1203, 1994.

CARNEIRO, Sérgio Antônio Martins. **Programa de Saúde do Trabalhador: relatos de uma experiência.** São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde, 1992. 11p.

CARNEIRO, Sérgio Antônio Martins. Semear dúvidas, uma velha estratégia. **Boletim de Saúde do Trabalhador/MS/SNVS**, Brasília, v.1, n.1, p.3, 1995.

CARTA de Otawa. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**, Washington, v.103, n.1, p.76-81, 1987.

CARVALHEIRO, José R. Qualidade em saúde em tempo de crise. **Divulgação em Saúde para Debate**, Londrina, n.7, p. 20-27, 1992.

CARVALHO, Guido Ivan de., SANTOS, Lenir. **Sistema Único de Saúde: comentários à Lei Orgânica de Saúde (Leis 8.080/90 e 8.142/90)**. São Paulo: HUCITEC, 1992. 371p.

CASINI, Virgil J., COLLINS, James W., MYERS, John R. Preventing lineworker fatalities. **Public Power**, s/n, p.20-26, 1991.

CASTELLANOS, Pedro Luis. **Sistemas nacionales de vigilancia de la situación de salud segund condiciones de vida y del impacto de las acciones de salud y bienestar**. Washington: OPS/OMS, s/d. 53p.

CASTRO, José Airimar Padilha de, WAISSMANN, William, PINTO, Jane Dias Freitas de Carvalho. Fosfato de alumínio amarga a vida de quem colhe cacau. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n.18, p.101-103, 1987.

CDC-CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Occupational disease surveillance: asthma. **Journal of American Medical Association**, v.263, n.12, p.1613-1616, 1990.

CDC-CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Occupational disease surveillance: carpal tunnel syndrome. **Journal of American Medical Association**, v.262, n.7., p.886-889, 1989a.

CDC-CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Surveillance for occupational lead expousure. **Morbidity and Mortality Weekly Report**, Atlanta, v.38, n.37, p.642-646, 1989b.

CEBES-CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. Editorial. **Divulgação em Saúde para Debate**, Londrina, n.7, p.3, 1992.

CEBES-CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, n.19, 1987. 151p. (Edição especial).

CENEPI-CENTRO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA. Relatório final do Seminário Nacional de Vigilância Epidemiológica. *Informe Epidemiológico do SUS*. Brasília, n.5, p.6-24, 1992.

CESAT-CENTRO DE ESTUDOS DA SAÚDE DO TRABALHADOR. Editorial. *Boletim Informativo do CESAT*, Salvador, v.1, n.1, p.2, 1992.

CESAT-CENTRO DE ESTUDOS DA SAÚDE DO TRABALHADOR. *Manual de normas e procedimentos técnicos para a vigilância da saúde do trabalhador*. Salvador: Divisão de Saúde Ocupacional/Departamento de Vigilância da Saúde/Secretaria de Estado da Saúde, 1995. 51p.

CESAT-CENTRO DE ESTUDOS DA SAÚDE DO TRABALHADOR. *Relatório do Seminário de Vigilância em Saúde do Trabalhador*. Salvador: Divisão de Saúde Ocupacional/Departamento de Vigilância da Saúde Secretaria de Estado da Saúde, 1993. 24p.

CIST-COMISSÃO INTERMINISTERIAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR. *Relatório final*. Brasília: MS/MTb/MPS/SAF, 1993a. 35p.

CIST-COMISSÃO INTERMINISTERIAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR. *Relatório final do grupo de trabalho (interministerial) sobre acidente de trabalho (e Saúde do Trabalhador)*. Brasília: MS/MTb/MPS/SAF, 1993b. 56p.

COLE, Donald *et al.* Pesticide illness surveillance: the Nicaraguan Experience. *Bulletin de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, v.22, n.2, p.119-132, 1988.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8, Brasília, 1986. *Anais...* Brasília, 1986.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR. **Relatório final da 1ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986. 23p.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR. **Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador**. Brasília: Ministério da Saúde/Divisão de Saúde do Trabalhador, 1994. 51p.

CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA, 2, Belo Horizonte, 1992. Programa e Resumos... Belo Horizonte: ABRASCO, 1992. 190p.

CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA, 3, Salvador, 1995. Resumos... Salvador: ABRASCO, 1995a. 457p.

CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA. Moção aprovada em apoio à consolidação da atenção à Saúde do Trabalhador no SUS. **Boletim de Saúde do Trabalhador**, Brasília, v.1, n.1, p.2, 1995b.

COSAT/DISAT/MS - COORDENAÇÃO DE SAÚDE DO TRABALHADOR/DIVISÃO DE SAÚDE DO TRABALHADOR. **Manual de normas e procedimentos técnicos para a Vigilância em Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde - SUS**. Brasília: SAS/SNVS/MS, 1995a. 14p.

COSAT/DISAT/MS - COORDENAÇÃO DE SAÚDE DO TRABALHADOR/DIVISÃO DE SAÚDE DO TRABALHADOR. **Relatório das atividades desenvolvidas na área de Saúde do Trabalhador nos anos de 1993 e 1994**. Brasília: SAS/SNVS/MS, 1995b. 4p.

COSTA, Danilo Fernandes *et al.* Origem, desenvolvimento, objetivos e estrutura atual do programa da Zona Norte. In: **Programa de saúde dos trabalhadores: a experiência da Zona, uma alternativa em Saúde Pública**. São Paulo: HUCITEC, 1989. p.33-47.

COSTA, Ediná Alves. Vigilância sanitária e a saúde do consumidor. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia. **Epidemiologia & saúde**. 4.ed. Rio de Janeiro: MEDSI. 1993. p.443-454.

COSTA, Nilson do Rosário. **Lutas urbanas e controle sanitário: origens das políticas de saúde no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1985. 121p.

COTTRELL, Ann *et al.* Surveillance of sentinel occupational mortality in the District of Columbia: 1980 to 1987. **American Journal of Public Health**, Washington, v.82, n.1, p.117-119, 1992.

CRST/JOÃO MONLEVADE, MG-CENTRO DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR DE JOÃO MONLEVADE. **Relatório de atividades (1991-1992)**. João Monlevade: Prefeitura Municipal de João Monlevade, 1992. 14p.

CRST/PORTO ALEGRE-CENTRO DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR DE PORTO ALEGRE. **Construção da vigilância em saúde em Porto Alegre: Saúde do Trabalhador, prática em Saúde Coletiva**. Porto Alegre: Secretaria Municipal de Saúde, 1994. 4p.

CURY, Geraldo Cunha. **Intoxicação por agrotóxicos em trabalhadores rurais no município de Baldim, Minas Gerais, 1985**. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 1996. (Dissertação, Mestrado em Medicina Veterinária).

DECLISH, S., CARTER, A.O. Public health surveillance: historical origins, methods and evaluation. **Bulletin of the World Health Organization**, Genebra, v.72, n.2, p.285-304, 1994.

DIAS, Elizabeth Costa. **A atenção à saúde dos trabalhadores no setor saúde (SUS), no Brasil: realidade, fantasia ou utopia?** Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 1994. 335p. (Tese de Doutorado em Saúde Coletiva).

DIAS, João Carlos Pinto, GARCIA, Angelina L.R. Vigilância epidemiológica com participação comunitária: un programa de enfermedad de Chagas. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**, Washington, v.84, n.6, p.533-544, 1978.

DISAT/MS-DIVISÃO DE SAÚDE DO TRABALHADOR DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Oficina de trabalho sobre Vigilância à Saúde do Trabalhador Rural no Sistema Único de Saúde**. Brasília: MS, 1994. 22p.

DOLL, Richard. Surveillance and monitoring. **International Journal of Epidemiology**, Oxford, v.3, n.4, p.305-313, 1974.

ELLING, Ray H. The political economy of workers' health and safety. **Social Science and Medicine**, Oxford, v.28, n.11, p.1171-1181, 1989.

EYLENBOSCH, W.J., NOAH, N.D. In: **Surveillance in health and disease**. Oxford: Oxford University Press, 1988. p.9-24: The surveillance of disease.

FACCHINI, Luis Augusto. Uma contribuição da epidemiologia: o modelo da determinação social aplicado à Saúde do Trabalhador. In: BUSCHINELLI, José Tarcísio P., ROCHA, Lys Esther, RIGOTTO, Raquel Maria. **Isto é trabalho de gente?: vida, doença e trabalho no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1994. p.178-186.

FEKETE, Maria Cristina. Planejamento e programação local da vigilância a saúde no distrito sanitário. In: MENDES, Eugênio Vilaça (org). **Vigilância à saúde no distrito sanitário**. Brasília: OPAS/OMS, 1992. p.21-30.

FELDMAN, Judith P., GERBER, Linda M. Sentinel health events (occupational): analysis of death certificates among residents of Nassau County, NY between 1980-82 for occupational related causes of death. **American Journal of Public Health**, Washington, v.80, n.2, p.158-161, 1990.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo dicionário da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, s/d.

- FINGAR, Ann R., HOPKINS, Richard S., NELSON, Marjorie. Work-related injuries in Athens County 1982-1986 - a comparison of emergency department and workers' compensation data. **Journal of Occupational Medicine**, Baltimore, v.34, n.8, p.779-787, 1992.
- FONTUS, Helga Marie, LEVY, Barry S. Physician-based surveillance of occupational disease: developing a methodology. **Journal of Occupational Medicine**, Baltimore, v.29, n.8, p.688-691, 1987.
- FONTUS, Helga Marie, LEVY, Barry S., DAVIS, Letitia K. Physician-based surveillance disease part II: experience with a broader range of diagnoses and physicians. **Journal of Occupational Medicine**, Baltimore, v.31, n.11, p.929-932, 1989.
- FRANÇA, Júnia Lessa *et al.* **Manual para normalização de publicações técnico-científicas**.3.ed. rev. e aum. Belo Horizonte: UFMG, 1996. 191p.
- FREITAS, C.U. *et al.* Projeto de vigilância epidemiológica no Vale do Ribeira. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v.21, n.3, p.107-118, 1986.
- FREUND, Eugene *et al.* Mandatory reporting of occupational diseases by clinicians. **Journal of American Medical Association**, v.262, n.21, p.3041-3044, 1989.
- GANNON, Paul F.G., BURGE, P.Sherwood. A preliminary report of a surveillance scheme of occupational asthma in West Midlands. **British Journal of Industrial Medicine**, Londres, v.48, p.579-582, 1991.
- GARCIA, Juan Cesar. Medicina e sociedade: correntes de pensamento no campo da saúde. In: NUNES, Everardo Duarte (org). **Pensamento social em saúde na América Latina**. São Paulo: Cortez, 1989. p.68-99.
- GOMES, Jorge da Rocha, BEDRIKOW, Bernardo. Papel da Organização Internacional do Trabalho (OIT) na promoção da saúde do trabalhador. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v.15, n.58, p.23-26, 1987.

GONÇALVES, Ricardo Bruno Mendes. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: Faculdade de Medicina da USP, 1986. 416p. (Tese - Doutorado em Medicina Preventiva).

GUTIERREZ, Eliana Battaggia. **Vigilância à saúde**. São Paulo:1992a. 13p. (Mimeo).

GUTIERREZ, Paulo Roberto. **Epidemiologia em Saúde do Trabalhador**: uma contribuição para o planejamento local em área industrial de Londrina - PR. Salvador: 1995. 8p. (Mimeo).

GUTIERREZ, Paulo Roberto. **Municipalização**: uma proposta metodológica para a implantação de vigilância à Saúde do Trabalhador. **Revista Saúde em Debate**, Londrina, n.37, p.51-55, 1992b.

HALPERIN, William E., BAKER, E.L. In: **Public Health Surveillance**. New York: Van Nostrand Reinhold, 1992. p.XV-XVI: Prefácio

HALPERIN, William E., FRAZIER, Todd M. Surveillance for the effects of workplace exposure. **Annals Review Public Health**, v.6, p.419-432, 1985.

HAYDEN, GERALYN JEAN, GERBERICH, SUSAN GOODWIN, MALDONADO, GEORGE. Fatal farm injuries: a five-year study utilizing a unique surveillance approach to investigate the concordance of reporting between two data sources. **Journal of Occupational and Environmental Medicine**, Baltimore, v.37, n.2, p.571-577, 1995.

HENRIQUES, Cláudio Maierovitch Pessanha. **Vigilância sanitária e Saúde do Trabalhador**. In: COSTA, Danilo Fernandes *et al.* **Programa de Saúde dos Trabalhadores**: a experiência da Zona Norte, uma alternativa em saúde pública. São Paulo: HUCITEC, 1989. p.349-357.

HOUCK, Peter, MILHAM, Samuel. Quality of death certificate occupation data for a cohort of aluminium industry workers. **Journal of Occupational Medicine**, Baltimore, v.34, n.2, p. 173-175, 1992.

- HOW much occupational disease. Apud ROSE, Vermon E. *et al.*, 1970
- HUNTING, Katherine L. *et al.* Surveillance of construction worker injuries through an Urban Emergency Department. **Journal of Occupational Medicine**, Baltimore, v.36, n.3, p.356-364, 1994.
- IYDA, Massako. **Cem anos de Saúde Pública: a cidadania negada**. São Paulo: UNESP, 1993. 148p.
- JOUVAL JÚNIOR, Henri, ROSENBERG, Félix J. Vigilância sanitária e qualidade em saúde no Brasil: reflexões para a discussão de um modelo. **Divulgação em Saúde para Debate**, Londrina, n.7, p.15-19, 1992.
- KATZ, Jeffrey N. *et al.* Validation of a surveillance case definition of carpal tunnel syndrome. **American Journal of Public Health**, Washington, v.81, n.2, p.189-193, 1991.
- KEOGH, James, GORDON, Janie. Occupational lead poisoning: who should conduct surveillance and training? **American Journal of Industrial Medicine**, v.26, p.713-715, 1994.
- KRAUS, Jesse F. *et al.* The accuracy of death certificates in identifying work-related fatal injuries. **American Journal of Epidemiology**, v.141, n.10, p.973-979, 1995.
- LABISCH, Alfons. Social history of Occupational Medicine and of factory health services in the Federal Republic of Germany. In: WEINDLING, Paul. **The Social History of Occupational Health**, Londres: Croom Helm, 1985. p.32-51.
- LACAZ, Francisco Antônio de Castro. **Vigilância em Saúde do Trabalhador**. São Paulo: 1992. 12p. (Mimeo)

- LAURELL, Asa Cristina. A saúde doença como processo social. In: NUNES, Everardo Duarte. **Medicina Social: aspectos históricos e teóricos**. São Paulo: Global, 1983. p.133-158
- LAURELL, Asa Cristina. Processo de Trabalho e Saúde. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, s/v, n.11, p.8-22, 1981.
- LIMA, Luiz Felipe Moreira. Participação popular e vigilância sanitária. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n.19, p.6-8, 1987.
- LOWY, Michael. **Método dialético e teoria política**. 2.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1978. 141p.
- LUCHESI, Geraldo. Vigilância sanitária: o elo perdido. **Divulgação em Saúde para Debate**, Londrina, n.7, p.48-52, 1992.
- LYNGE, Elsebeth. Surveillance of occupational health. In: EYLENBOSCH, W.J., NOAH, N.D. **Surveillance in health and disease**. Oxford: Oxford University Press, 1988. p.183-190.
- LYNGE, Elsebeth, THYGESSEN, Lars. Use surveillance system for occupational cancer: data from the Danish National System. **International Journal of Epidemiology**, Londres, v.17, n.3, p.493-500, 1988.
- MACHADO, Jorge Mesquita Huet, BARCELLOS, Christovam. **Vigilância em Saúde do Trabalhador**. Rio de Janeiro: 1995. 13p. (Mimeo).
- MACHADO, Jorge Mesquita Huet, CORRÊA, Marilena C.D. Villela. Vigilância sanitária e Saúde do Trabalhador. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, p.45-46, 1987.
- MAIZLISH, Neil, RUDOLPH, Linda. California adults with elevated blood lead levels, 1987 through 1990. **American Journal of Public Health**, Washington. v.83, n.3, p.402-405, 1993.

- MAIZLISH, Neil, RUDOLPH, Linda, DERVIN, Kathlee. The surveillance of work-related pesticide illness: an application of the sentinel event notification system for occupational risks (SENSOR). **American Journal of Public Health**, Washington, v.85, n.6, p.806-811, 1995b.
- MAIZLISH, Neil *et al.* Elevated blood lead in California adults, 1987: results of a State wide Surveillance Program based on laboratory reports. **American Journal of Public Health**, Washington, v.80, n.8, p.931-934, 1990.
- MAIZLISH, Neil *et al.* Surveillance and prevention of work-related carpal tunnel syndrome: an application of the sentinel events notification system for occupational risks. **American Journal of Industrial Medicine**, v.27, n.5, p.715-729, 1995a.
- MARKOWITZ, Steven. The role of surveillance in Occupational Health. In: ROM, William N. **Environmental and Occupational Medicine**. 2.ed. Boston: Little Brown, 1992. p.19-28.
- MARX, Karl. Processo de trabalho e processo de produzir mais valia. In: **O Capital: crítica da economia política**. 6 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1980. p. 201-223. (livro primeiro, volume 1)
- MEIRELLES, Luiz Antônio, RIBEIRO, Fátima Sueli Neto, VASCONCELOS, Luiz Carlos. **Um modelo participativo de intervenção em Saúde do Trabalhador - o caso ilustrativo da Casa da Moeda do Brasil**. Rio de Janeiro: 1995. 7p. (Mimeo).
- MELO, Cristina. A vigilância sanitária como ação da vigilância à saúde no distrito sanitário. In: MENDES, Eugênio Vilaça (org.). **A vigilância à saúde no distrito sanitário**. Brasília: OPAS/OMS, 1992. p.45-61.
- MENDES, Eugênio Vilaça. In: **A Vigilância à saúde no distrito sanitário**. Brasília: OPAS/OMS, 1992. p.7-19: A construção social da vigilância à saúde no Distrito Sanitário.

- MENDES, Eugênio Vilaça, TEIXEIRA, Carmen Fontes, ARAÚJO, Eliane Cardoso & CARDOSO, Maria Rosa Logiodice. Distritos sanitários: conceitos-chave. In: MENDES, Eugênio Vilaça (org) **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO, 1993. p.159-185.
- MENDES, René. In: **Medicina do Trabalho/Doenças Profissionais**. São Paulo: Sarvier, 1980. p.1-43: Fundamentos da Medicina do Trabalho.
- MENDES, René. In: **Patologia do trabalho**. São Paulo. Atheneu, 1995. p.3-31: Aspectos históricos da patologia do trabalho.
- MENDES, René, DIAS, Elizabeth Costa. Da Medicina do Trabalho à Saúde do Trabalhador. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo: v.25, n.5, p.3-11, 1991.
- MENDONÇA, Elisabeth França. Repensando a vigilância epidemiológica. In: LIMA E COSTA, Maria F.F., SOUSA, Rômulo P. **Qualidade de vida, compromisso histórico da epidemiologia**. Belo Horizonte: COOPMED/ABRASCO, 1993. p.277-280.
- MENDONÇA, Elisabeth França. **Vigilância epidemiológica e a política de controle de doenças transmissíveis: o caso de Minas Gerais**. Belo Horizonte: 1984. 25p. (Mimeo).
- MEREDISH, S.K., TAYLOR, V.M., MSDONALD, J.C. Occupational respiratory disease in the United Kingdom 1989: a report to the British Thoracic Society and the Society of Occupational Medicine by the SWORD project group. **British Journal of Industrial Medicine**, Londres, v.48, s.n, p.292-298, 1991.
- MERHY, Emerson Elias. Planejamento como tecnologia de gestão: tendências e debates do planejamento em saúde no Brasil. In: GALLO, Edmundo (org.) **Razão e planejamento: reflexões sobre política estratégica e liberdade**. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO, 1994. p.117-147.

MINAS GERAIS/BALDIM. Lei 242, de 26/6/85. Proibe o uso indiscriminado de agrotóxicos no município de Baldim/MG. Baldim, 1985. 2p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo: HUCITEC/ABRASCO, 1992. 269p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE/CONSULTORIA JURÍDICA. **Parecer nº419/95-Inspeção do trabalho. Saúde do Trabalhador. Competência. Consulta.** Brasília: MS, 1995a. 3p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE/CONSULTORIA JURÍDICA. **Parecer nº438/95-Competência Legal do SUS para executar as Ações de Saúde do Trabalhador.** Brasília: MS, 1995b. 3p.

MULDOON, Joann T. *et al.* Occupational disease surveillance data sources, 1985. **American Journal of Public Health**, Washington, v.77, n.8, p.1006-1008, 1987.

MULLAN, Robert J., MURTHY, Leela I. Occupational sentinel health events: an updated list for physician recognition and public health surveillance. **American Journal of Industrial Medicine**, v.19, p.775-799, 1991.

NESCO-NÚCLEO DE ESTUDOS DE SAÚDE COLETIVA. **Relatório final do seminário e oficina de trabalho sobre vigilância à saúde.** Londrina, 1993. 6p. (Mimeo).

NIOSH-NATIONAL INSTITUTE FOR OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH. **Fatal injuries to workers in the United States, 1980-1989: a decade of surveillance.** Atlanta: NIOSH/CDC, 1993. 349p.

NIOSH-NATIONAL INSTITUTE FOR OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH. **Worked-related lung disease surveillance report.** Atlanta: NIOSH/CDC, 1994. 149p.

- NUNES, Elisabete de Fátima Polo de Almeida. **Sistema de informação em intoxicação por agrotóxicos no município de Londrina-FR.** Londrina: Universidade Estadual de Londrina, 1995. 91p. (Dissertação - Mestrado em Saúde Pública)
- OBINO FILHO, Flávio. **Consulta jurídica sobre a ação dos fiscais da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre.** Porto Alegre, 1993. 4p. (Mimeo).
- ODDONE, Ivar *et al.* **Ambiente de trabalho: a luta dos trabalhadores pela saúde.** São Paulo: HUCITEC, 1986. 133p.
- OLESKE, Denise M., HAHN, Jerome. Work-related injuries of the hand: data from an occupation injury/illness Surveillance System. **Journal of Community Health**, v.17, n.4, p.205-219, 1992.
- OLIVEIRA, Luiz Sérgio Brandão de. **A intervenção do estado nos ambientes de trabalho: origens, evolução no Brasil e análise crítica da prática da Delegacia Regional do Trabalho do Rio de Janeiro na década de 1980.** Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, 1994. 190p. (Dissertação, Mestrado em Saúde Pública).
- OLIVEIRA, Olímpia L. de. **Repensando a vigilância epidemiológica.** Belo Horizonte, 1992. 2p. (Mimeo).
- OLSON, Debra K. *et al.* Pesticide poisoning surveillance through Regional Poison Control Centers. **American Journal Public Health**, Washington, v.81, n.6, p.750-753, 1991.
- OIT-ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. **Os sindicatos e a OIT: manual de educação do trabalhador.** Brasília: OIT, 1994. 175p.
- OMS-ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. **Fomento de la salud en las poblaciones trabajadoras.** Genebra: OMS, 1988. 56p. (Série de informes técnicos, 765).

OMS-ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. **Vigilância del medio y de las condiciones de salud en los Programas de Higiene del Trabajo**: informe de un Comité de Expertos de la OMS. Ginebra: OMS, 1973. 55p. (Série de informes técnicos, 535).

OMS/OIT-ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD/COMITÉ MIXTO OIT/OMS DE HIGIENE DEL TRABAJO. **Quinto informe**. Ginebra: OMS, 1967. 21p. (Série de informes técnicos, 354)

OPAS-ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. 1992: Año de la Salud de los Trabajadores. **Boletín de Oficina Sanitaria Panamericana**, v.113, n.3, p.256-258, 1992a.

OPAS-ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. **Directrices para un Plan Nacional de Desarrollo de la Salud de los Trabajadores**. Washington, 1992b. 67p.

OPAS-ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. **Iniciativa "1992: año de la Salud de los Trabajadores"**: enfoques metodológicos para la investigación de los sistemas de vigilancia epidemiológica en Salud Ocupacional. Washington: OPAS, 1992c. 48p.

OPAS-ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. **Mandatos internacionales relativos a la Salud de los Trabajadores**. Washington: OPAS, 1992d. 50p.

OPAS-ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. **Salud Ocupacional en la América Latina e Caribe**: consideraciones sobre algunos problemas, alternativas, tendencias y desafíos para su promoción. Washington: OPAS, 1981. 32p.

OPAS-ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. **BLADE RUNNER II para Windows**: sistema de informação geográfico para distritos de saúde, manual padrão de implantação e operações. Brasília: OPAS, 1994. 32p.

- PAIM, Jairnilson Silva. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: ROUQUAYROLOL, Maria Zélia. **Epidemiologia & saúde**. 4.ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1993. p.455-466.
- PAIM, Jairnilson Silva, TEIXEIRA, Maria da Glória Lima Cruz. Reorganização do sistema de vigilância epidemiológica na perspectiva do Sistema Único de Saúde (SUS). **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, n.5, p.27-57, 1992.
- PALOCCI, Margareth Rose Silva, PALOCCI FILHO, Antônio. Estudo epidemiológico da exposição a agrotóxicos. In: ALESSI, Neiry Primo *et al.* (org.) **Saúde no trabalho no Sistema Único de Saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1994. p.99-119.
- PAPANEK, Paul J. *et al.* Occupation lead exposure in Los Angeles County: an occupational risk surveillance strategy. **American Journal of Industrial Medicine**, v.21, n.2, p.199-208, 1992.
- PARANÁ/INSTITUTO DE SAÚDE DO PARANÁ. **Programa de Saúde do Trabalhador**. Curitiba: Secretaria de Estado da Saúde, 1993. 76p.
- PIMENTA, Aparecida Linhares, FREIRE, Elci Pimenta. Projeto de ampliação das atividades do Programa Municipal de Saúde dos Trabalhadores de Bauru apresentado ao Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social. In: PIMENTA, Aparecida Linhares, CAPISTRANO FILHO, David (org.) **Saúde do Trabalhador**. São Paulo: HUCITEC, 1989. p.123-139.
- PINHEIRO, Tarcísio Márcio Magalhães. Vigilância em Saúde do Trabalhador. **Boletim do ADP**, Belo Horizonte, v.1, n.4, p.2-3, 1994.
- PINHEIRO, Tarcísio Márcio Magalhães *et al.* **Oficina de trabalho Saúde do Trabalhador no SUS: construindo a vigilância**. Belo Horizonte: DISAT/MS, CST/SES-MG, DMPS/UFMG, 1993. 10p. (Relatório)

PINHEIRO, Tarcísio Márcio Magalhães. **Intoxicação por pesticidas organofosforados e carbamatos na população rural do distrito Mário Campos, município de Ibitité, MG, 1985.** Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 1986. (Dissertação, Mestrado em Medicina Veterinária).

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. **Programa de Saúde do Trabalhador do município de Campinas.** Campinas: SMS, 1991. 26p.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. **Programa de Saúde do Trabalhador do município de Campinas. Saúde em Debate, Londrina, n.34, p.17-24, 1992.**

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ANDRÉ. **Abordagem do processo saúde-doença por referência ao trabalho.** Santo André: SMS, 1991a. 19p.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ANDRÉ. **Plenária intermunicipal de atenção ao acidentado do trabalho: experiência do município de Santo André.** Santo André: SMS, 1991b. 12p.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SANTO ANDRÉ. **Proposta de abordagem à Saúde do Trabalhador.** Santo André: Prefeitura de Santo André, 1990. 19p.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SANTO ANDRÉ. **Seminário sobre direito sanitário - aspectos legais da vigilância em Saúde do Trabalhador.** Santo André: PSA, 1992. 1p.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ANDRÉ. **Sistema de informações em Saúde do Trabalhador no município de Santo André, São Paulo, Brasil.** Santo André: SMS, 1991c. 27p.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO. **Anteprojeto do Código Municipal de Saúde.** São Paulo: Prefeitura de São Paulo, 1992. 69p.

SÃO PAULO/PROCURADORIA GERAL DA JUSTIÇA DE SÃO PAULO. **Competência administrativa para fiscalizar ambientes de trabalho**. São Paulo. Ministério Público do Estado de São Paulo, 1992. 9p.

SÃO PAULO/PROCURADORIA GERAL DA JUSTIÇA DE SÃO PAULO. **Aspectos legais da Saúde do Trabalhador**. São Paulo: Ministério Público do Estado de São Paulo, 1994. 13p.

RASKA, Karel. National and international surveillance of communicable diseases. **World Health Organization Chronic**, Genebra: v.20, n.6, p.315-321, 1966.

REICH, Michael R., GOLDMAN, Rose H. Italian occupational health: concepts, conflicts, implications. **American Journal of Public Health**, Washington, v.74, n.9, p.1031-1041, 1984.

RIBEIRO, Fátima Sueli Neto, COSTA, Wander Monteiro da. **Um novo paradigma para a inspeção do ambiente do trabalho na construção civil**. Rio de Janeiro: 1995. 14p. (Mimeo).

RIBEIRO, Fátima Sueli Neto, VASCONCELOS, Luiz Carlos Fadel. **A organização dos serviços de Saúde do Trabalhador sob o prisma epidemiológico e de controle social: avaliação das práticas do Rio de Janeiro (Brasil) no período de 1992-1994**. Rio de Janeiro: 1994. 22p. (Mimeo).

RIO DE JANEIRO/CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR. **Esclarecimento Público**. Rio de Janeiro: Secretaria de Estado da Saúde, 1995. 9p.

RODRIGUES, Gerci Salete. **Vigilância em Saúde do Trabalhador**. Porto Alegre: 1994. 2p. (Mimeo).

ROMERO, Arturo Romero, TRONCOSO, Maria del Carmo. La vigilancia epidemiológica: significado e implicaciones en la práctica y en la docencia. **Cuadernos Médico Sociales**, Rosário, n.17, p.17-28, 1981.

- ROSAS, Eric Janner. Maior credibilidade foi a principal meta da vigilância. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n.19, p.9-11, 1987.
- ROSE, Vermon E., LEE, Jeffrey S., KUSNETT, Howard L. National surveillance network for occupational health. **Journal of Occupational Medicine**, Baltimore, v.12, n.6, p.193-197, 1970.
- ROSEN, George. **Uma história da saúde pública**. São Paulo: HUCITEC/UNESP/ABRASCO, 1994. 423p.
- ROSEN, George. **Da polícia médica à medicina social: ensaios sobre a história da assistência médica**. Rio de Janeiro: Graal, 1980. 401p.
- ROSENMAN, Kenneth D., TRIMBATH, Linda, STANBURY, Martha. Surveillance of occupational lung disease: comparison of hospital discharge data do physician reporting. **American Journal of Public Health**, Washington, v.80, n.10, p.1257-1258, 1990.
- ROTHMAN, Kenneth J. The rise and fall of epidemiology, 1950-2000 A.D. **New England Journal of Medicine**, Massachusetts: v.304, n.10, p.600-602, março 1981.
- RUDOLPH, Linda *et al.* Environmental and biological monitoring for lead exposure in California workplaces. **American Journal of Public Health**, Washington, v.80, n.8, p.921-925, 1990.
- RUTSTEIN, David *et al.* Measuring the quality of medical care: a clinical method. **New England Journal of Medicine**, Massachusetts, v.294, n.11, p.582-588, 1976.
- RUTSTEIN, David *et al.* Sentinel health events (Occupational): a basis for physician recognition and public health surveillance. **American Journal of Public Health**, Washington, v.73, n.9, p.1054-1062, 1983.
- SANCHES, Odécio. Análise rotineira de dados de vigilância em saúde pública: que procedimentos estatísticos utilizar? **Revista de Saúde Pública**, São Paulo: v.27, n.4., p.300-304, 1993.

SANTA CATARINA/JOINVILE. Lei Complementar N°07/93 de 29 de dezembro de 1993. Estabelece normas de proteção e conservação da saúde no município, estabelece penalidades e dá outras providências. **Diário Oficial do Estado**, Florianópolis, 1993.

SÃO PAULO/CAMPINAS. Decreto N°10.816 de 15 de junho de 1992. Aprova o regulamento da lei N°6764, de 13 de novembro de 1991, que autoriza o executivo a observar, no município de Campinas, a legislação federal e estadual concernentes às ações de vigilância e fiscalização exercidas na promoção, proteção e recuperação da saúde e preservação do meio ambiente, e dá outras providências. **Diário Oficial do Estado**, São Paulo, 1992.

SÃO PAULO/CAMPINAS. Lei N°6764 de 13 de novembro de 1991. Autoriza o executivo a observar no município de Campinas, a legislação federal e estadual concernentes às ações de vigilância e fiscalização exercidas na promoção, proteção e recuperação da saúde e preservação do meio ambiente, e dá outras providências. **Diário Oficial do Estado**, São Paulo, 1991.

SÃO PAULO/SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE/VIGILÂNCIA SANITÁRIA. São Paulo propõe novo enfoque para fiscalização. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, s/v., n.19, p.49-50, 1987.

SCHWARTZ, Brian S., FORD, D.Patrick, YODAIKEN, Ralph. Analysis of OSHA inspection data with exposure monitoring and medical surveillance violations. **Journal of Occupational Medicine**, Baltimore, v.34, n.3, p.271-278, 1992.

SELIGMAN, Paul J., FRAZIER, Todd M. Surveillance: the sentinel health event approach. In: WALPERIN, William, BAKER, Edward L. **Public health surveillance**. New York: Van Nostrand Reinhold, 1992. p.16-25.

SELIGMAN, Paul J. *et al.* Compliance with OSHA record-keeping requirements. **American Journal of Public Health**, Washington, v.78, n.9, p.1218-1219, 1988.

SELIGMAN, Paul J. *et al.* Occupational lead poisoning in Ohio: surveillance using workers' compensation data. **American Journal of Public Health**, Washington, v.76, n.11, p.1299-1302, 1986.

SES/BA-SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DA BAHIA. Portaria Nº2320 de 25 de julho de 1995. Estabelece as atribuições SUS/BA, quanto ao desenvolvimento das ações de vigilância da saúde do trabalhador. **Diário Oficial do Estado**, Salvador, 26 jul.1995. p.29.

SMS/BH-SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE. Portaria Nº15 de 17 de novembro de 1995. Descreve as atribuições dos Centros de referência em Saúde do Trabalhador da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. **Diário Oficial Municipal**, Belo Horizonte, 22 nov.1995. p.2.

SES/PE-SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE PERNAMBUCO. **Proposta preliminar para a política estadual de Saúde do Trabalhador**. Recife: Secretaria Estadual de Saúde, 1992. 36p.

SILVA, Luiz Jacintho da. Vigilância epidemiológica: uma proposta de transformação. **Saúde e sociedade**, São Paulo: v.1, n.1, p.7-14, 1992.

SILVESTRE, Mírian, CARMO, José Carlos, CASTRO, Kátia S.D. Sistema de informação do atendimento médico ambulatorial do PST Zona-1994. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA, 3, Salvador, 1995. **Resumos...** Salvador: ABRASCO, 1995. p.114.

SOUZA, Maria de Fátima Marinho, KALICHMAN, Artur Olhovetchi. Vigilância à saúde: epidemiologia, serviços e qualidade de vida. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia. **Epidemiologia & saúde**. 4 ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1993. p.467-476.

STOUT, Nancy, BELL, Catherine. Effectiveness of source documents for identifying fatal occupational injuries: a synthesis of studies. **American Journal of Public Health**, Washington, v.81, n.6, p.725-728, 1991.

STOUT, Nancy. *et al.* Comparison of work-related fatality surveillance in the USA and Australia. **Journal of Occupational Accidents**, v.13, n.3, p.195-211, 1990.

- STOUT-WIENGAND, Nancy. Fatal occupational injuries in US industries, 1984: comparison of two national surveillance systems. **American Journal of Public Health**, Washington, v.78, n.9, p.1215-1217, 1978.
- SUNDIN, David S., PEDERSEN, D.H., FRAZIER, Todd M. Occupational hazard and health surveillance. **American Journal of Public Health**, Washington, v.76, n.9, p.1083-1084, 1986.
- SURUDA, Anthony, EMMETT, E.A. Counting recognized occupational deaths in the United States. **Journal of Occupational Medicine**, Baltimore, v.30, n.11, p.868-872, 1988.
- TANAKA, Shiro *et al.* Use of workers' compensation claims data for compensation claims data for surveillance of cumulative trauma disorders. **Journal of Occupational Medicine**, Baltimore, v.30, n.6, p.488-492, 1988.
- TASCA, Renato. Sistemas de informação para vigilância à saúde no distrito sanitário. In: MENDES, Eugênio Vilaça (org). **Vigilância à saúde no distrito sanitário**. Brasília: OPAS/OMS, 1992. p.31-44.
- TEIXEIRA, Maria da Glória Lima Cruz. **Reorganização do sistema de vigilância epidemiológica na perspectiva do Sistema Único de Saúde**. Brasília, 1992. 6p.
- TEPPER, Allison. Surveillance of occupational lead exposure in New Jersey: 1986 to 1989. **American Journal of Public Health**, Washington, v.82, n.2, p.275-277, 1992.
- THACKER, Stephen B. Historical Development. In: TEUTSCH, Steven M. & CHURCHILL, R. Elliott. **Principles and Practice of Public Health Surveillance**. Oxford: Oxford University Press, 1994. p.3-17
- THACKER, Stephen B., BERKELMAN, Ruth L. History of public health surveillance. In: HALPERIN, William. BAKER, Edward L. **Public Health Surveillance**. New York: Van Nostrand Reinhold, 1992. p.1-15.

- TRAPÉ, Angelo Zanaga *et al.* **Projeto de atenção à Saúde do Trabalhador Rural - uma experiência de implantação: Projeto Mogi Mirim.** Campinas, 1986. 10p. (Mimeo).
- TRAPÉ, Angelo Zanaga *et al.* Projeto de vigilância epidemiológica em ecotoxicologia de pesticidas - abordagem preliminar. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional.** São Paulo, v.12, n.47, p.13-20, 1984.
- TOLEDO, Luciano M. **Repensando a vigilância epidemiológica em um contexto histórico de situação da saúde coletiva no Brasil.** Rio de Janeiro: 1992. 10p. (Mimeo).
- TOVAR, Mercedes Vides. Conceptualización, evolución histórica y elementos actuales de la vigilancia epidemiológica. **Salud Pública de Mexico.** Mexico, v.12, n.4, p.457-462, 1970.
- TUCHSEN, Finn, BACH, Elsa, MARMOT, Michael. Occupation and hospitalization with ischaemic heart diseases: a new national-wide surveillance system based on hospital admissions. **International Journal of Epidemiology,** Londres, v.21, n.3, p.450-459, 1992.
- VASCONCELOS, Luiz Carlos Fadel, RIBEIRO, Fátima Sueli Neto. **Investigação epidemiológica e intervenção sanitária em Saúde do Trabalhador - o planejamento segundo bases operacionais.** Rio de Janeiro: 1994. 9p. (Mimeo).
- VASCONCELOS, Luiz Carlos Fadel, RIBEIRO, Fátima Sueli Neto. **A pesquisa epidemiológica no processo de vigilância em Saúde do Trabalhador - panorama atual do Estado do Rio de Janeiro, Brasil.** Rio de Janeiro, 1995. 13p. (Mimeo).
- WALDMAN, Eliseu Alves. **Vigilância epidemiológica como prática de saúde pública.** São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 1991. 228p. (Tese, Doutorado em Saúde Pública. Área de concentração em Epidemiologia).
- WEGMAN, David H. Hazard surveillance. In: HALPERIN, William, BAKER, Edward L. **Public health surveillance.** New York: Van Nostrand Reinhold, 1992. p.62-75.

- WEINDLING, Paul. In: **The Social history of occupational health**. Londres: Croom Helm, 1985. p.2-31: Linking self help and medical science: the social history of occupational health.
- WEINSTEIN, Aura L., HOWE, Holly L., BURNETT, William S. **Sentinel health event surveillance: skin cancer of the scrotum in New York State**. **American Journal of Public Health**, Washington, v.79, n.11, p.1513-1515, 1989.
- WERNECK, Cristina M. Furquim, RESENDE, June Maria Passos. **Proposta de atuação: serviço de Saúde do Trabalhador, Distrito Sanitário do Barreiro**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 1992. 14p. (Mimeo).
- WHO-WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Conferencia internacional de atención primaria de salud**. Alma Ata (URSS): WHO, 1978. 2p.
- WHO-WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global strategy on occupational health for all: the way to health at work**. Genebra: WHO, 1995. 67p.
- WHORTON, M. Donald. Accurate occupational illness and injury data in the US: can this enigmatic problem ever be solved? **American Journal of Public Health**, Washington, v.73, n.9, p.1031-1032, 1983.
- WILLSON, Perry. "The golden factory": industrial health and health and scientific management in an Italian light engineering firm. The Magneti Marelli in the fascist period. In: WEINDLING, Paul. **The social history of occupational health**. Londres: Croom Helm, 1985. p.257.
- WINDAU, Janice *et al.* The identification of occupational lung disease from hospital discharge data. **Journal of Occupational Medicine**, Baltimore, v.33, n.10, p.1060-1066, 1991.
- YASSI, Annalee. *et al.* An analysis of occupational blood lead trends in Manitoba, 1979 through 1987. **American Journal of Public Health**, Washington, v.81, n.6, p.736-740, 1991.