

INDEXED

# EPIDEMIOLOGÍA DEL SIDA Y DE LA INFECCIÓN POR EL VIH EN COSTA RICA<sup>1</sup>

Jorge Elizondo A.,<sup>2,3</sup> James M. Shultz,<sup>3</sup>  
Marianna K. Baum<sup>3</sup> y Gisela Herrera M.<sup>2</sup>

*El presente artículo examina y describe la epidemiología del SIDA y de la infección por el VIH en Costa Rica. Entre 1983, cuando se diagnosticaron los primeros casos, y fines de agosto de 1991, se notificaron 283 casos de SIDA, lo que coloca a Costa Rica en tercer lugar entre los siete países de Centroamérica en lo que respecta a incidencia acumulativa y número acumulativo de casos. Aunque persiste un número reducido de casos de SIDA en hemofílicos y receptores de transfusiones sanguíneas, el tamizaje de la sangre y sus derivados ha aumentado enormemente la inocuidad de estas sustancias. Varios factores sugieren que Costa Rica tiene un patrón de transmisión tipo I: es decir, que el SIDA se transmite principalmente por contacto entre hombres homosexuales o bisexuales. Se observa una razón de hombres a mujeres de 11:1 en casos de SIDA notificados y de 14:1 en casos notificados de infección por el VIH. La proporción de casos por contacto sexual entre hombres es de 72%. No obstante, el creciente número de casos heterosexuales y perinatales, las altas tasas de infección en mujeres embarazadas y los patrones de bisexualidad prevalentes son compatibles con una posible transición hacia un patrón de tipo III.*

El presente artículo se propone examinar y describir a grandes rasgos la epidemia del SIDA en Costa Rica, donde la primera transmisión del VIH probablemente tuvo lugar a fines de los años setenta o a principios de los años ochenta. Para fines de agosto

de 1991, se habían diagnosticado y notificado al Ministerio de Salud de Costa Rica 283 casos de SIDA.

Durante los primeros años de la epidemia, la transmisión del VIH en el país fue similar a la de los países industrializados del hemisferio occidental (países con un patrón de transmisión tipo I). Según la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de los patrones epidemiológicos globales del SIDA, los países con un patrón tipo I se caracterizan por una transmisión temprana y persistente del VIH, principalmente en hombres homo y bisexuales. Durante los primeros años de la epidemia en estos países, la razón de hombres a mujeres en casos de SIDA suele oscilar entre 10:1 y 15:1 (1).

<sup>1</sup> La versión original en inglés se publica en el *Bulletin of the Pan American Health Organization*, Vol. 27, No. 2, 1993, con el título "The epidemiology of AIDS and HIV infection in Costa Rica". Las solicitudes de separatas deben dirigirse al Dr. Jorge Elizondo A, y otro tipo de correspondencia relacionada con el presente artículo debe enviarse al Dr. James M. Shultz. La presente investigación ha sido financiada, en parte, por la subvención No. TW00017-04 del programa International Training in AIDS Epidemiology, Centro Internacional Fogarty, Institutos Nacionales de Salud, Bethesda, Maryland, Estados Unidos de América.

<sup>2</sup> Ministerio de Salud, Departamento de Control y Prevención del SIDA, San José, Costa Rica. Dirección postal: Ministerio de Salud, Departamento de Control y Prevención del SIDA, C.P. 97-1150, San José, Costa Rica.

<sup>3</sup> Departamento de Epidemiología y Salud Pública, Escuela de Medicina de la Universidad de Miami, Florida. Dirección postal: Department of Epidemiology and Public Health, University of Miami School of Medicine, P.O. Box 016069 (R-669), Miami, Florida 33101, Estados Unidos de América.

Para fines de agosto de 1991, la razón de hombres a mujeres en casos de SIDA en Costa Rica era de 11:1, razón compatible con la definición clásica del patrón de diseminación tipo I. Sin embargo, también existían ya ciertos indicadores de una posible transición a un patrón tipo I/II, entre ellos un número pequeño pero creciente de casos heterosexuales y perinatales y una tasa de 0,4% de infección por el VIH en mujeres embarazadas. Esta última fue detectada en un importante estudio de serovigilancia. Este tipo de transición podría deberse a un predominio de la bisexualidad o bien a un aumento de la tasa de infección por el VIH en trabajadoras sexuales (rasgo característico de la epidemia de SIDA en Honduras) (2).

## MATERIALES Y MÉTODOS

Los datos correspondientes a la vigilancia de casos de SIDA y a la seroprevalencia del VIH que se incluyen en el presente estudio se obtuvieron en el Departamento de Control y Prevención del SIDA del Ministerio de Salud en San José, Costa Rica. La mayor parte de los casos de SIDA en este país se adaptan a la definición publicada en 1987 por los Centros para el Control de Enfermedades sobre lo que constituye un caso de SIDA. Si se aplica la definición un poco más amplia revisada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) —“definición de Caracas”—, el número de casos es aun mayor (4). Para fines de serovigilancia, la presencia de infección por el VIH se determina mediante la detección repetida de anticuerpos contra el VIH con el inmunoensayo enzimático (ELISA) y su confirmación con la prueba de Western blot. Desde febrero de 1988 el SIDA figura en la lista de enfermedades transmisibles de notificación obligatoria en Costa Rica.

El sistema de vigilancia epidemiológica de Costa Rica opera en tres niveles: local, regional y central. El nivel local recibe los primeros informes de casos sospechados de SIDA, lleva a cabo una búsqueda activa de casos, y recoge muestras de sangre de los casos sospechados. Estas muestras y los informes de estos casos luego se envían al nivel regional, donde se confirma el diagnóstico clínico y se llevan a cabo pruebas serológicas preliminares con el método de ELISA. El nivel regional envía las muestras con resultados positivos al nivel central para que se confirmen estos resultados mediante la prueba de Western blot. Además de efectuar estas pruebas confirmatorias en el Laboratorio Nacional de Referencia para Diagnóstico del SIDA, el nivel central distribuye formularios de notificación a todos los niveles; recopila la historia clínica completa de cada paciente de SIDA; procesa, analiza y tabula todos los datos epidemiológicos relacionados con el SIDA, y proporciona a la OPS resúmenes de las actividades de vigilancia.

## RESULTADOS

### Casos de SIDA

De los 283 pacientes de SIDA que habían sido notificados al Ministerio de Salud de Costa Rica para fines de agosto de 1991, 183 (65%) habían fallecido. En una población nacional de 3,0 millones de personas, estos 283 casos equivalen a una incidencia acumulativa de 9,3 casos por 100 000 habitantes (cuadro 1), la cual es ligeramente mayor que la incidencia acumulativa para toda Centroamérica, que es de 8,4 casos por 100 000 habitantes. De los 283 casos notificados, 77 ocurrieron en 1990, año en que la incidencia anual fue, por consiguiente, de 2,5 casos por 100 000 habitantes.

Entre los siete países de Centroamérica, Costa Rica ocupó el tercer lugar en términos del número acumulativo de casos de SIDA notificados. El país tiene aproximadamente el mismo número de casos que Panamá (280) pero menos que El Salvador (370)

**CUADRO 1. Número acumulativo de casos de SIDA notificados e incidencia acumulativa en Centroamérica hasta el 15 de agosto de 1991, por país**

País	Número acumulativo de casos de SIDA	Lugar ocupado	Población	Incidencia acumulativa	Lugar ocupado
Belice	12	6	180 400	6,7	5
Costa Rica	283	3	3 032 000	9,3	3
El Salvador	370	2	5 221 000	7,1	4
Guatemala	176	5	9 340 000	1,9	6
Honduras	1 306	1	5 261 000	24,8	1
Nicaragua	16	7	3 606 000	0,4	7
Panamá	280	4	2 423 000	11,6	2
Total	2 443		29 063 400	8,4	

u Honduras (1 306) (5). En lo que respecta a la incidencia acumulativa, Costa Rica, con 9,3 casos por 100 000 habitantes, ocupó el tercer lugar después de Panamá (11,6) y Honduras (24,8) (véase el cuadro 1).

### Patrones geográficos

La epidemia de SIDA en Costa Rica se concentra en las áreas metropolitanas de la Meseta Central. San José, la capital, contiene 37% de la población total del país (1 117 636 habitantes) y tuvo el mayor número de casos de SIDA (183 casos, o 65% del total nacional). Otras tres ciudades de la Meseta Central que notificaron un buen número de casos fueron Alajuela (545 554 habitantes y 29 casos), Cartago (344 160 habitantes y 26 casos) y Heredia (246 331 habitantes y 27 casos). Solamente se notificaron 18 casos (6% del total) en otras áreas del país.

### Tendencias temporales

El primer caso de SIDA se notificó en 1983. De ahí en adelante, los casos notificados han aumentado anualmente (como se ha observado, 77 casos se notificaron en 1990). Al principio el número de casos notificados se duplicaba cada año, pero era muy pequeño. Desde 1988 la tasa de aumento de estos casos se ha reducido considerablemente (cuadro 2).

Los primeros casos de SIDA en Costa Rica ocurrieron en varones hemofílicos, quienes constituyeron el total de casos en

1983 y 1984 (tres cada año) y tres de los seis casos notificados en 1985. De 1985 a 1990, los pacientes homo y bisexuales representaron de 50% a 79% de los casos notificados anualmente. Varios años después de iniciada la epidemia, se empezaron a notificar los primeros casos de SIDA con factores de riesgo tales como transfusión sanguínea, uso de drogas intravenosas (UDI) y transmisión perinatal (véase el cuadro 2).

### Sexo y edad

Casi todos los 283 casos de SIDA notificados han ocurrido en pacientes de sexo masculino (cuadro 3). A comienzos de agosto de 1991 la razón de hombres a mujeres en términos de casos acumulativos era, por consiguiente, de 11:1. A partir de 1988, sin embargo, la proporción de mujeres afectadas ha aumentado ligeramente, ya que se han empezado a notificar casos de sexo femenino en las categorías asociadas con factores de riesgo como transfusión sanguínea, contacto heterosexual y transmisión perinatal.

Seis casos de SIDA se han diagnosticado en niños menores de 5 años y otros siete en niños de 5 a 12. Cuarenta y tres casos (15%) se han diagnosticado en personas de 13 a 24 años, 199 (70%) en personas de 25 a 44, y 28 (10%) en personas mayores de 44 años.

**CUADRO 2. Casos de SIDA en Costa Rica según tipo de exposición y año del diagnóstico**

Tipo de exposición	Año del diagnóstico									Total
	83	84	85	86	87	88	89	90	91 <sup>a</sup>	
Homosexual	...	...	3	5	17	33	33	41	34	166
Bisexual	...	...	...	1	2	7	8	13	8	39
Heterosexual	...	...	...	1	...	3	5	4	3	16
Hemofilia	3	3	3	3	4	5	1	4	1	27
Transfusión sanguínea	...	...	...	1	...	...	2	4	2	9
Dispositivo intrauterino	...	...	...	...	...	1	1	5	...	6
Perinatal	...	...	...	...	...	1	3	3	...	7
Desconocida	...	...	...	...	1	2	2	3	4	13
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>11</b>	<b>24</b>	<b>52</b>	<b>55</b>	<b>77</b>	<b>52</b>	<b>283</b>

<sup>a</sup> 1 de enero a 15 de agosto de 1991.

**CUADRO 3. Casos notificados de infección por el VIH según tipo de exposición y sexo. Costa Rica, hasta el 15 de agosto de 1991**

Tipo de exposición	Hombres	Mujeres	Total
Homosexual	166	...	166
Bisexual	39	...	39
Heterosexual	6	10	16
Hemofilia	27	...	27
Transfusión sanguínea	3	6	9
Dispositivo intrauterino	5	1	6
Perinatal	1	6	7
Desconocida	13	...	13
<b>Total</b>	<b>260</b>	<b>23</b>	<b>283</b>

### Categorías de riesgo

**Transmisión sexual.** De los 283 casos de SIDA, 221 (78%) se consideraron de transmisión sexual. La mayoría de los casos (166, o 58%) ocurrieron en hombres con antecedentes de contacto homosexual (cuadros 2 y 3). Otros 39 casos (14%) de sexo masculino se colocaron en la categoría de bisexuales. Por consiguiente, el contacto sexual entre hombres fue un factor de riesgo muy importante en 72% de todos los pacientes de SIDA y en 79% de los 260 pacientes de SIDA de sexo masculino. El contacto heterosexual fue un

factor de riesgo en 16 casos (6%), 10 de los cuales ocurrieron en mujeres (véase el cuadro 3).

**Transmisión por transfusión sanguínea.** Veintisiete casos (10%) de SIDA ocurrieron en pacientes hemofílicos que recibieron factores de coagulación contaminados con el VIH, y nueve casos (3%) ocurrieron en personas que recibieron una transfusión de sangre homóloga contaminada con este virus. Si se combinan estos dos grupos, 36 de los 283 casos notificados (13%) se relacionaron con transfusiones de sangre o hemoderivados contaminados con el VIH.

**Transmisión perinatal.** Siete casos de SIDA fueron el resultado de transmisión de madre a hijo durante el período perinatal. Los otros seis casos pediátricos de SIDA (en niños de 0 a 12 años) ocurrieron en niños que habían recibido factor antihemofílico o hemoderivados contaminados con el VIH. En las estadísticas de vigilancia de Costa Rica, estos últimos casos están clasificados en el grupo señalado anteriormente que corresponde a transmisión por transfusión sanguínea.

## Datos de seroprevalencia del VIH

Para agosto de 1991, el Departamento de Control y Prevención del SIDA del Ministerio de Salud de Costa Rica había recibido 568 notificaciones de casos de infección por el VIH. De estos, 38 (7%) fueron de sexo femenino. En consecuencia, la razón de hombres a mujeres fue de 14:1.

El Ministerio de Salud de Costa Rica ha realizado estudios seroepidemiológicos para monitorear los niveles de infección por el VIH. Algunos estudios se han basado en poblaciones (en donantes de sangre) y los demás han sido intrainstitucionales (en pacientes atendidos en clínicas para enfermedades de transmisión sexual (ETS) o tuberculosis; mujeres embarazadas en clínicas de control prenatal; pacientes en programas de asesoramiento y clínicas de detección; pacientes en centros de salud, y habitantes de tugurios) (cuadro 4). La tasa más alta de infección por el VIH que se encontró en estos estudios ocurrió en pacientes atendidos en los centros de detección (14,5%).

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La epidemia de SIDA en Costa Rica ha adquirido un carácter muy diverso, ya que a lo largo del tiempo los casos se han ido extendiendo a un mayor número de categorías de riesgo. Resulta patente que predomina la transmisión sexual y que el factor de riesgo más importante es el contacto sexual entre personas de sexo masculino.

En el esquema usado por la OMS para clasificar la epidemiología global del SIDA, la situación de Costa Rica parece, superficialmente, característica del patrón de transmisión tipo I (1). En términos concretos, la epidemia de SIDA en Costa Rica no coincide exactamente con la de los países vecinos de Centroamérica, que tienen un patrón de transmisión de tipo I/II debido a la transición progresiva hacia casos atribuibles a contacto heterosexual (2). Si bien es cierto que estos últimos casos recién empiezan a aparecer en Costa Rica, a mediados de 1991 las categorías de riesgo más comunes seguían siendo el contacto homo y bisexual.

**CUADRO 4. Seroprevalencia de anticuerpos contra el VIH en ciertos grupos de población. Costa Rica, 1985 a 1990**

Población	Período	Tamaño muestral	Casos seropositivos (No.)	Prevalencia (%)
Donantes de sangre	oct 85–oct 87	80 000	24	0,03
	oct 85–sep 86	33 448	14	0,04
	oct 86–sep 87	40 808	12	0,03
	oct 87–sep 88	22 116	7	0,03
Trabajadoras sexuales en clínicas de ETS	ago 89–feb 90	765	15	1,96
Pacientes atendidos en clínicas antituberculosas	oct 89–ago 90	3 008	66	2,19
Embarazadas	jul 90–sep 90	1 244	5	0,40
Usuarios de los centros de salud	oct 89–oct 90	1 147	9	0,78
Pacientes de centros de detección del VIH	jul 90–nov 90	200	29	14,50
Habitantes de tugurios	jul 90–sep 90	3 917	8	0,20

Por otra parte, varios indicadores sugieren que el flagelo del SIDA en Costa Rica podría, con el tiempo, asumir las características de una epidemia de tipo I/II. Estos indicadores, que ponen de manifiesto una posible tendencia ascendente de la diseminación heterosexual del VIH, incluyen 1) un aumento de la notificación de pacientes heterosexuales en los últimos años, 2) la notificación reciente de casos perinatales, 3) una frecuencia moderada de infección por el VIH en trabajadoras sexuales investigadas en clínicas para enfermedades de transmisión sexual, y 4) tasas sorprendentemente altas de infección por el VIH en mujeres embarazadas que reciben cuidados prenatales.

Cabe mencionar que la bisexualidad existe en Costa Rica porque se repudia la expresión desinhibida de atracción sexual entre hombres. La bisexualidad puede, por consiguiente, servir de vía para la infección de las compañeras sexuales y de sus fetos sin nacer. En este contexto también existe una frecuencia de otras enfermedades de transmisión sexual lo suficientemente alta para facilitar la transmisión del VIH por vía heterosexual. Además, las tasas de infección por el VIH entre trabajadoras sexuales, que aún son bastante bajas en Costa Rica, han aumentado vertiginosamente en otros lugares, particularmente en Honduras, y podrían producir un aumento del número de casos en el sexo femenino (2).

El número de usuarios de drogas intravenosas en Costa Rica es muy pequeño, y por lo tanto la transmisión del VIH por esta vía no es frecuente. Además, las pruebas de detección, la adopción de medidas de salud pública encaminadas a garantizar la inocuidad de la sangre obtenida para transfusiones homólogas, y los procesos de fabricación orientados a asegurar la inocuidad de los productos a base de factores de coagulación importados principalmente de los Estados

Unidos de América han producido una disminución del riesgo de transmisión del VIH por vía sanguínea.

En términos generales, sin embargo, los datos obtenidos mediante estudios seroepidemiológicos han despertado gran inquietud acerca del rumbo futuro de la epidemia. En primer lugar, aun si se tiene en cuenta el efecto de la autoselección en personas que acuden voluntariamente a hacerse pruebas de detección, la tasa de 15% de seroprevalencia del VIH en pacientes atendidos en centros de asesoramiento y detección es alarmante (y mucho más alta que las tasas correspondientes en muchos centros de detección en los Estados Unidos). La tasa de 0,8% que corresponde a los usuarios de los centros de salud también es bastante alta. Con respecto a la infección por el VIH en mujeres, la tasa de infección de 2% detectada en trabajadoras sexuales atendidas en clínicas para ETS, así como la tasa de infección de 0,4% en mujeres embarazadas, sugieren que las mujeres están en peligro y que constituirán una fracción cada vez mayor de la epidemia en expansión.

En el futuro sería sumamente provechoso establecer un grupo de estudio multidisciplinario para abordar temas pertinentes de salud pública: el acceso a los servicios de salud, el costo-efectividad de los programas contra el SIDA, el efecto psicosocial de las enfermedades relacionadas con el SIDA en ciertos grupos sociales, la colaboración entre las entidades que combaten el SIDA y las ETS (6), la legislación orientada a asegurar el carácter confidencial de los datos sobre la infección por el VIH y el SIDA, y otros aspectos. Huelga decir que el futuro de la epidemia de SIDA en Costa Rica dependerá no solo de las medidas de prevención adoptadas por el Ministerio de Salud, sino de todo un espectro de valores y tradiciones sociales, culturales y morales. Para hacer frente a la epidemia será necesario crear y evaluar continuamente un gran número de programas orientados a combatir determinados comportamientos riesgosos (7). Será imprescindible, asimismo, establecer vínculos con las iniciativas internacionales contra el SIDA.

# REFERENCIAS

1. Chin J, Mann JM. The global patterns and prevalence of AIDS and HIV infection. *AIDS*. 1988;2(supl 1):247-252.
2. Gutiérrez R, Elizondo JA, Shultz JM, Zelaya JE, Baum MK, Beach RS. The descriptive epidemiology of AIDS in Honduras. (En prensa).
3. Centers for Disease Control. Revision of the CDC surveillance case definition for acquired immunodeficiency syndrome. *MMWR*. 1987;36(S1):35-155.
4. Organización Panamericana de la Salud. Grupo de trabajo sobre definición de casos de SIDA. *Bol Epidemiol*. 1990;10 (1):9-11.
5. Organización Panamericana de la Salud. Vigilancia del SIDA en las Américas. *Bol Epidemiol*. 1991;11(3):15.
6. World Health Organization. *Consensus statement from the Consultation on Global Strategies for Coordination of AIDS and STD Control Programs*. Geneva: World Health Organization, Global Program on AIDS and Program of STD; 1990.
7. Coyle SL, Boruch RF, Turner CF. *Evaluating AIDS prevention programs*. Washington, DC: National Academy Press; 1991.

---

## ABSTRACT

### THE EPIDEMIOLOGY OF AIDS AND HIV INFECTION IN COSTA RICA

This article describes and assesses the epidemiology of AIDS and HIV infection in Costa Rica. A total of 283 AIDS cases were reported in the country between 1983, when the first cases were diagnosed, and the end of August 1991. This placed Costa Rica third among the seven Central American countries—both in terms of cumulative AIDS incidence and the cumulative number of cases. Despite a continued small number of hemophilia and transfusion-associated AIDS cases, screening of blood and blood products has provided a high degree of safety for the blood

supply. The high male:female ratios of people reported with AIDS (11:1) and HIV infections (14:1) and the high proportion of AIDS cases (72%) transmitted by male-to-male sexual contact give grounds for considering Costa Rica to be a Pattern I country—one where the disease is transmitted primarily among homosexual/bisexual males. However, increasing numbers of heterosexual and perinatal cases, high rates of HIV infection among pregnant women, and existing patterns of bisexuality are consistent with a possible shift toward a Pattern I/II epidemic.

# EVOLUÇÃO E ASPECTOS ATUAIS DA SAÚDE DO TRABALHADOR NO BRASIL

Elizabeth Costa Dias<sup>1</sup>

*Este trabalho objetiva descrever a situação de saúde dos trabalhadores no Brasil, nos anos 80, enquanto um processo de dimensões técnicas, políticas, econômico-sociais e culturais. Foram utilizados dados e informações de agências nacionais, como o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e o Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), e internacionais, como a Organização Internacional do Trabalho (OIT) e a Organização Mundial da Saúde (OMS), além da literatura especializada disponível. Chama atenção a gravidade do quadro de doença e morte dos trabalhadores e a incapacidade das políticas públicas, implementadas pelo Estado, para dar respostas eficazes à questão. Destaca-se, entretanto, o intenso processo social — com a participação dos trabalhadores e profissionais de saúde, responsáveis por importantes mudanças, particularmente da legislação. Como conclusão, são apresentadas algumas questões que permanecem desafiando os interessados na melhoria da qualidade de vida através da melhoria da saúde e das condições de trabalho dos trabalhadores.*

## ASPECTOS CONCEITUAIS

A articulação entre o trabalho, a saúde e as doenças dos trabalhadores tem sido, há séculos, objeto de observação e reflexão dos homens e historiadores, filósofos, escritores, médicos, cientistas sociais têm registrado suas observações — diversificadas segundo a lente utilizada para “olhar” o mundo.

Em um primeiro momento que, em muitos casos, se estende até os nossos dias, as relações entre o trabalho e a doença foram percebidas de maneira direta, imediata. Em determinadas ocupações o trabalhador estaria exposto a riscos específicos de adoecer e morrer, devendo, na prática tradicional da medicina do trabalho, ser protegido e cuidado (1).

Entretanto, o avanço da epidemiologia, ao desvendar a ocorrência da doença na população, tem mostrado que a questão é mais complexa, já que o perfil de morbimortalidade não se desenha de forma linear, nem as ações de saúde desenvolvidas têm a eficácia esperada. Coloca-se assim o desafio de buscar novas formas de articular trabalho, saúde e doença no conjunto da vida dos indivíduos e da coletividade.

Na perspectiva da modernidade, entendida como “um tipo de experiência vital” — experiência de tempo e espaço, de si mesmo e dos outros, das possibilidades e perigos da vida que é compartilhada por homens e mulheres em todo o mundo (2) —, é possível apreender essa articulação refletida no processo saúde-doença.

Particularmente nas últimas décadas, a industrialização acelerada da produção, sustentada pela transformação do

<sup>1</sup> Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina, Departamento de Medicina Preventiva e Social, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Endereço para correspondência: Av. Alfredo Balena, 190 - 10º andar, CEP 30.130-100, Belo Horizonte, MG, Brasil.



conhecimento científico em tecnologia, pela informática; o crescimento demográfico; a urbanização crescente; a expansão dos meios de comunicação de massa, transformando o planeta em uma "aldeia global"; a serialização da mídia, entre outros fatores da vida moderna, são responsáveis pela mudança substancial no viver dos homens, individual e coletivamente.

Como conseqüências dessa universalização do mundo, mantidas as desigualdades, chamam a atenção a transnacionalização da economia; a deterioração da qualidade de vida, decorrente da poluição e da degradação ambiental; o empobrecimento das relações humanas; a burocratização excessiva; a crescente concentração do poder econômico e político e a violência sob múltiplas formas. Porém, contraditoriamente, abrem-se novas perspectivas de revisão dos atuais sistemas de valores, fundamentadas em uma nova ordem ético-política e estética (3).

Fica, assim, cada vez mais difícil falar de um mundo do trabalho, que pertença à esfera da fábrica, e um mundo fora do trabalho. O mundo é um só, e os trabalhadores existem neste mundo, transformando e por ele sendo transformados, com um modo de viver determinado historicamente, definido socialmente e diferenciado em classes sociais.

Esse "modo de viver" esculpe o corpo dos homens e se expressa em um adoecer e morrer cada vez mais comum, que resulta, em um como amálgama da interação de processos de trabalho distintos e um conjunto de valores, crenças e idéias.

Entretanto, apesar de reconhecer que o processo saúde-doença nos trabalhadores não é determinado apenas no âmbito da fábrica ou da produção, não se discute o papel e a importância dos riscos gerados pelos processos específicos de trabalho. Poeiras, substâncias químicas tóxicas, ruído, vibração, calor e frio excessivos, radiações, microorganismos, movimentos repetitivos, a tensão, monotonia, organização do trabalho e suas "cargas psíquicas" (4) são responsáveis por danos à saúde dos trabalhadores, que se apresentam de formas variadas, desde a

sensação indefinida de desconforto e sofrimento, às doenças profissionais clássicas e aos acidentes do trabalho.

Ainda temos grande dificuldade para apreender a totalidade. Não dispomos de metodologias apropriadas de estudo para dissecar e reagrupar os fenômenos em uma perspectiva globalizante. Esta talvez seja somente mais uma das facetas da "crise da ciência" neste final de século, onde os cânones clássicos, colocados a partir de formas fragmentadas de ver e estudar o mundo se contribuíram para o aprofundamento do conhecimento a níveis inimagináveis, necessitam uma abordagem nova que consiga reuni-los e articulá-los colocando-os a serviço dos homens.

## O TRABALHO NO BRASIL NA DÉCADA DE 80

A análise do trabalho no Brasil, durante a década de 80 (dentro da óptica do que foi produzido, como foi produzido, quem produziu e como foram repartidos os frutos desse trabalho), não pode ser feita desvinculada da situação mundial.

O Brasil, apesar das grandes diferenças regionais, é um país capitalista periférico, com um processo de industrialização tardio e acelerado marcado pela incorporação de novas tecnologias, submetido à lógica da divisão internacional do trabalho imposta pelos países capitalistas centrais.

A expansão da economia capitalista que se seguiu à II Guerra Mundial, sob a hegemonia norte-americana, começou a entrar em declínio nos anos 60. Na redistribuição das forças que se seguiu, a Alemanha e o Japão saíram fortalecidos sem que se modificasse, substancialmente, a situação dos países latino-americanos, marcada pela crescente transnacionalização das economias e pelo endividamento externo, com graves repercussões sobre as condições de vida e de saúde da população.

Segundo Pires e Pimentel (5), na década de 80 destacam-se no quadro econômico brasileiro as seguintes características básicas:

- busca de saldo positivo na balança comercial, com a finalidade de obter divisas para o pagamento da dívida externa;
- estagnação econômica, expressa pelo produto interno bruto (PIB) que em dezembro de 1988 era o mesmo que em dezembro de 1980;
- inflação crescente — o índice geral de preços (IGP) passou de 110%, taxa de 1980, para 1 037% ao ano, em 1988.
- virtual falência do Estado, com uma dívida pública interna que, em 1980, representava 6,4% do PIB e que passou a representar 35% em 1988.

A busca de equilíbrio fiscal, monetário e da balança de pagamentos tem como conseqüências o desemprego e o empobrecimento da população, traduzidos na situação de pobreza crítica e na deterioração da atenção às necessidades básicas: saúde, educação, saneamento e transporte.

No setor saúde, essas medidas de ajuste se traduzem na redução dos investimentos em saneamento, manutenção e conservação de equipamentos e instalações e na capacitação de pessoal. Os recursos são concentrados em desenvolvimento de programas de ação orientados à atenção de problemas prioritários e de impacto mais imediato, como os programas de imunização, de atenção infantil e de suplementação alimentar.

Agrava-se, assim, o quadro da desigualdade de acesso aos serviços de saúde, em que uma pequena parcela da população utiliza serviços privados; os trabalhadores urbanos, e em alguns casos os rurais, têm acesso a um nível intermediário, em esquemas mistos providos com recursos do Estado, da seguridade social e por pagamento direto ao setor privado. Uma grande parte da população, cujas más condições de vida aumentam os riscos de adoecer e morrer, fica excluída ou é atendida de modo insuficiente qualitativa e quantitativamente.

Ao se examinar a produção brasileira e a distribuição dos trabalhadores por setor de atividade econômica, observa-se uma diminuição da participação no setor primário, contingente expressivo e mais ou menos fixo na indústria de transformação (ou setor secundário), e o crescimento do setor de serviços, expressão do fenômeno da "tercialização da economia", o que se observa também nos países desenvolvidos (tabela 1).

Quanto à forma de produção, no setor produtivo brasileiro coexistem relações de trabalho primitivas, tais como o trabalho escravo (por vezes denunciado com destaque pela imprensa), parcerias que remontam ao período feudal (encontradas com freqüência na área rural), contratos de trabalho tradicionais, ao lado de métodos modernos de ges-

**TABELA 1. Distribuição da população economicamente ativa e sua inserção na força de trabalho, no Brasil, em 1987**

Sector	Empregados	Total
Agricultura	5 612 065	14 116 155
Indústria de transformação	7 525 629	9 005 976
Indústria de construção	2 235 022	3 813 384
Outras atividades industriais	764 806	856 315
Subtotal	10 525 457	13 725 675
Comércio	3 859 014	6 655 291
Prestação de serviços	6 223 271	10 101 374
Serviços auxiliares	1 066 443	1 654 084
Transporte/comunicação	1 560 125	2 691 421
Serviços sociais	4 314 306	4 654 500
Administração pública	2 683 854	2 678 021
Outros	1 392 213	1 708 518
Subtotal	21 099 226	30 143 209
Total	37 236 748	57 985 039

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio, 1987.

tão que incorporam a participação dos trabalhadores, como ocorre com os círculos de controle de qualidade (CCQ) e o *kanban* (termo japonês utilizado em administração — *just in time*.)

Todas as modalidades de processos produtivos coexistem, da manufatura à automação, funcionando de modo complementar dentro da lógica do sistema capitalista, sem preocupação especial com o trabalhador ou com o meio ambiente.

Os trabalhadores brasileiros — a população em idade de trabalhar que se encontra no mercado de trabalho na condição de ocupado ou de desempregado — ou, segundo definição do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), “o conjunto de pessoas, de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 10 anos, que procuram trabalho, durante um período de tempo determinado”, estão estimados em 57 milhões de pessoas: 37,5 milhões considerados empregados; 13 milhões autônomos, ou trabalhadores por conta própria; 2 milhões de empregados e 4,5 milhões considerados não remunerados.

Dos quase 38 milhões de trabalhadores empregados, 28 milhões têm vínculo formal (trabalham com carteira assinada) e cerca de 10 milhões não possuem carteira de trabalho, com graves repercussões sobre seus direitos trabalhistas e previdenciários e condições de trabalho.

Quanto à distribuição por sexo, aproximadamente 37 milhões da população economicamente ativa (PEA) são homens e 20 milhões, mulheres. Mais que uma questão de números, as diferenças de gênero no trabalho têm merecido a atenção de inúmeros estudiosos (6) que apenas iniciam o desvelamento de uma situação complexa que precisa ser enfocada em seus aspectos sócio-culturais, políticos e biológicos, na busca da superação de um quadro de dominação e desigualdade dentro do conjunto da classe trabalhadora.

A participação das crianças na força de trabalho tem sido pouco estudada no Brasil. O que se sabe, segundo o IBGE, é que na faixa de 10 a 14 anos, representam 2,8 milhões de trabalhadores. A exemplo do que ocorre em outros países em desenvolvimento, há um ingresso precoce na força de trabalho, especialmente no setor agropecuário e no setor informal, expondo crianças e adolescentes a condições desumanas que comprometem sua saúde e seu crescimento.

Quanto à distribuição dos trabalhadores entre a área rural e urbana, a expansão do capitalismo ao campo tem provocado um acelerado processo de urbanização e o surgimento dos trabalhadores “bóias-frias”, cujas condições de vida e de trabalho são ainda mais precárias. Estima-se que hoje, no Brasil, menos de 25% dos trabalhadores estejam na área rural.

Com respeito à distribuição dos frutos do trabalho, ao se considerar apenas o indicador “renda”, com todas as suas limitações, observa-se que mais da metade da população brasileira divide 13,6% da renda nacional, fatia semelhante a que cabe a 1% dos brasileiros mais ricos. Das pessoas que trabalham, 65% recebem um salário mínimo ou menos; 10% ganham até três salários mínimos e apenas 1,4% recebe mais de 10 salários mínimos. Na área rural, mais da metade dos trabalhadores não têm remuneração fixa e cerca de 14% recebem meio salário mínimo ou menos (7).

## DE QUE ADOECEM É MORREM OS TRABALHADORES DO BRASIL

Para conhecer o perfil de morbimortalidade de uma população, empregasse, tradicionalmente, os indicadores de saúde que, de maneira contraditória, indicam dano, doença ou morte.

Apesar dos limites da fidedignidade dos registros existentes e seus reflexos sobre a confiabilidade dos dados obtidos,

pode-se dizer que se observa, paralelamente ao processo de industrialização no Brasil, a redução nas taxas de mortalidade infantil e a elevação da expectativa de vida ao nascer, inferindo uma melhoria das condições de vida da população. Entretanto, não se pode deixar de registrar a diferença observada entre as cinco regiões brasileiras, especialmente o contraste entre os achados no Nordeste e na Região Sul, possivelmente correlacionados com as diferenças econômicas, sócio-culturais e a possibilidade de acesso a bens e serviços.

Ao se estudar as causas de morte na população brasileira, é interessante observar que, progressivamente, e acompanhando o processo de industrialização, há uma substituição gradativa, porém não completa, da contribuição das doenças infecto-contagiosas, pelas doenças cardiovasculares, pelos tumores e pelas causas externas ou mortes violentas, representadas pelos acidentes de trânsito, os homicídios e acidentes do trabalho.

A análise desse quadro sugere que, no modelo de desenvolvimento adotado para o país, não foram superadas as condições de vida próprias da pobreza e do subdesenvolvimento, mas apenas acrescentados novos riscos e novas formas de morrer, caracterizando um duplo perfil de morbimortalidade.

Quando se pretende estudar o impacto do trabalho ou dos processos de trabalho específicos sobre a saúde dos trabalhadores, pode-se classificá-los em dois grandes grupos de ocorrências:

- danos que se manifestam de forma aguda — acidentes do trabalho e intoxicações agudas;
- danos que se manifestam de modo insidioso — doenças profissionais típicas e doenças do trabalho ou doenças relacionadas ao trabalho.

## DANOS À SAÚDE DOS TRABALHADORES QUE SE MANIFESTAM DE FORMA AGUDA

Na caracterização desses eventos, pode-se utilizar o conceito de acidente do trabalho expresso na legislação vigente (Lei nº 8.213 de 24/7/91): “Acidente do trabalho é aquele que ocorre pelo exercício do trabalho, a serviço da empresa, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte, ou a perda, ou redução permanente ou temporária da capacidade para o trabalho.”

Ainda de acordo com a mesma lei, são também equiparados aos acidentes do trabalho: “o acidente que, relacionado ao trabalho, embora este não tenha sido sua única causa, haja contribuído diretamente para a morte, ou a perda, ou a redução da capacidade para o trabalho”; e o acidente de trajeto, o que ocorre no percurso da residência para o trabalho ou deste para aquela.

Apesar dos inúmeros estudos disponíveis sobre os acidentes do trabalho, em seus múltiplos aspectos — ocorrência, gravidade, causação, registro e notificação — permanece a certeza de que desconhecemos a realidade.

A tabela 2 apresenta a taxa de acidentes do trabalho e as doenças profissionais ocorridos no Brasil e registrados pela Previdência Social entre 1980 e 1990.

Chama a atenção o aparente declínio na incidência dos acidentes do trabalho, fenômeno iniciado na década de 70, bem estudado por Possas e Faria (8-10), entre outros, que destacam as contradições internas existentes nos próprios dados como, por exemplo, o aumento do número de acidentes graves, causadores de morte e de incapacidade permanente, em relação ao número total de acidentes.

É interessante destacar a gravidade da situação brasileira ao se comparar a letalidade e a mortalidade por acidentes do trabalho com índices de outros países.

**TABELA 2. Ocorrência de acidentes do trabalho e de doenças profissionais registrados pela Previdência Social, no Brasil, 1980-1990**

Ano	Trabalhadores segurados	Acidentes típicos	Acidentes/ 100 trabalhadores	Doenças Profissionais	Doenças profissionais/ 10 milhões trabalhadores	Mortes por acidentes do trabalho	Mortes por 100 000 trabalhadores
1980	19 390 068	1 404 503	7,24	3 713	1,91	4 824	24,8
1981	19 915 066	1 215 539	6,10	3 204	1,60	4 808	24,1
1982	20 213 790	1 117 832	5,53	2 766	1,36	4 496	22,2
1983	22 562 301	943 110	4,44	3 016	1,47	4 214	18,7
1984	25 065 494	901 238	3,84	3 283	1,31	4 508	18,0
1985	25 176 791	1 010 340	4,02	4 006	1,59	4 384	17,4
1986	27 479 500	1 079 015	4,20	5 920	2,15	4 578	16,6
1987	28 437 708	1 174 850	3,99	6 382	2,24	5 238	18,4
1988	29 361 276	927 424	3,15	5 029	2,50	4 616	15,7
1989	23 678 687	825 081	3,48	4 838	2,04	5 354	22,6
1990	22 755 875	632 012	2,77	5 217	2,29	5 355	23,5

Fonte: Ministério de Trabalho e Previdência Social/Instituto Nacional de Seguridade Social

Segundo dados da Organização Internacional do Trabalho (OIT), o Brasil registrou uma letalidade por acidentes do trabalho (número de mortes por 1 000 acidentes) de 3,3; a Espanha 2,0; a Suécia 1,2; os Estados Unidos da América 0,8 e a França 0,7. Durante o mesmo período, a mortalidade por acidentes do trabalho (número de mortes/ 1 000 000 PEA) foi de 203,0 no Brasil; 92,0 na Espanha; 30,8 nos Estados Unidos da América e 29,2 na Suécia.

Entre os problemas agudos diretamente relacionados ao trabalho, não se pode deixar de mencionar as intoxicações por produtos químicos, especialmente pelos agrotóxicos, embora o número de casos registrados seja ainda insignificante, apesar de largamente disseminados nos ambientes de trabalho.

Ao se considerar o sub-registro e o expressivo contingente da população economicamente ativa excluída das estatísticas por não contribuir para a Previdência Social, pode-se estimar a incidência de acidentes do trabalho, no Brasil, em cerca de 3 milhões de ocorrências por ano, com grandes repercussões econômicas e sociais para os indivíduos trabalhadores (11).

## DANOS QUE SE MANIFESTAM DE MODO INSIDIOSO: DOENÇAS PROFISSIONAIS E DOENÇAS RELACIONADAS AO TRABALHO

Apesar do processo desencadeado pelo movimento social buscando uma reconceituação do impacto do trabalho sobre a saúde dos trabalhadores, não se pode desconhecer o conceito legal de doença profissional, expresso no Art. 20 da Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991: "Doença profissional, assim entendida a produzida ou desencadeada pelo exercício do trabalho peculiar a determinada atividade constante da respectiva relação elaborada pelo Ministério do Trabalho e da Previdência Social."

O conceito de doença do trabalho, também equiparada legalmente aos acidentes do trabalho é "... assim entendida a adquirida ou desencadeada em função de condições especiais em que o trabalho é realizado e com ele se relacione diretamente, constante da relação mencionada no inciso I."

O limite estipulado para o reconhecimento da doença profissional, a partir

de sua inclusão em uma lista, foi introduzido pela OIT em 1925, ao ser elaborada a primeira lista de três doenças profissionais reconhecidas e indenizáveis, posteriormente revista e ampliada, chegando a 29 grupos de doenças em 1980.

No Brasil, a lista de doenças profissionais é constituída por uma relação de 27 agentes patogênicos, ou de risco, a que estão expostos os trabalhadores em determinadas atividades (Decreto Nº 357/91).

O exame dos dados disponíveis sobre a ocorrência das doenças profissionais no Brasil, já apresentados na tabela 1, e sua comparação com os achados de outros países, tornam difícil acreditar-se que a incidência anual seja de cerca de 2,5 casos de doença em cada grupo de 10 000 trabalhadores, quando países de condições de vida e trabalho reconhecidamente melhores registram números até 10 vezes maiores.

Por outro lado, estudos epidemiológicos recentes têm demonstrado verdadeiras epidemias de intoxicações por chumbo e por mercúrio, de silicose e outras pneumopatias e de lesões por esforços repetitivos (LER), sugerindo que, além dos limites legais para o reconhecimento da doença profissional, também contribuem os entraves da burocracia da Previdência Social, o desconhecimento e despreparo dos profissionais de saúde para fazer o diagnóstico da doença e seu nexos com a atividade laboral do paciente, a falta de apoio propedêutico, a desinformação dos trabalhadores sobre os riscos a que estão expostos e as conseqüências para a saúde, somados às lacunas existentes no conhecimento médico-científico sobre a questão.

A complexidade do problema ganha novos contornos quando se adentra no universo das doenças relacionadas ao trabalho. Apesar de ainda pouco definidas no âmbito da Medicina, constituem uma categoria que surge por pressão do movimento dos trabalhadores interessados em vê-las reconhecidas, indenizadas e modificadas as condições que as geram. Nesta categoria incluem-se muitas das doenças hoje classificadas como distúrbios neuro-vegetativos, outras cujo nexos

com o trabalho não está bem definido ou ainda aquelas que, não inerentes a uma ocupação, acometem, de forma diferenciada, vários grupos de trabalhadores. Segundo a Comissão de Especialistas da Organização Mundial da Saúde para o Estudo das Doenças Relacionadas ao Trabalho, em 1985 entre 5 e 10% da força de trabalho ocupada sofria de transtornos mentais sérios, e cerca de 30% de distúrbios psíquicos de menor gravidade. Hipertensão arterial, câncer, lesões por esforços repetitivos são outros exemplos deste grupo.

## RESPOSTAS À QUESTÃO DA SAÚDE DOS TRABALHADORES

A ausência do distanciamento histórico não permite, por ora, uma visão mais imparcial acontecimentos. Pode-se afirmar, entretanto, que os anos 80 foram ricos no que tange o trâmite de questões de saúde dos trabalhadores.

A luta por melhores condições de vida e de trabalho ganhou novo impulso no cenário que se delineou no país no final da década de 70, com o início do processo de retorno ao estado de direito no processo de abertura política. Com os ares da democracia surgiram novas práticas sindicais em saúde (12).

Os acordos coletivos de trabalho passam a incluir, entre outras, cláusulas garantindo estabilidade no emprego por períodos variados, complementação salarial aos trabalhadores vítimas de acidentes do trabalho e de doenças profissionais, acesso do sindicato às informações relativas aos riscos e danos aos trabalhadores da categoria, implementação de medidas de proteção individual e coletiva contra riscos no trabalho e estabelecimento de condições para a introdução de novas tecnologias no processo produtivo.

Em algumas categorias de trabalhadores, a luta pela saúde se manifesta pela

modificação da atuação da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA), de constituição obrigatória e regulamentada por lei desde 1944, mediante a reformulação de sua composição, processo de eleição de representantes, atribuições e funcionamento. Em outras categorias, manifesta-se com a realização de semanas de saúde, reuniões, debates, elaboração de cartilhas, jornais e outras formas de meios de divulgação de idéias. Algumas categorias também se mobilizam e participam intensamente no processo de discussão e reforma do sistema de saúde e revisão da legislação.

A criação, em 1981, do Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho (DIESAT), em São Paulo, ensejou um salto de qualidade no movimento pela saúde dos trabalhadores, diante da perspectiva aberta a alguns sindicatos de contar com assessoria técnica especializada para o encaminhamento de suas lutas. Esse apoio técnico foi também viabilizado com a contratação direta, pelos sindicatos, de profissionais especializados dedicados à saúde dos trabalhadores, responsáveis pela elaboração de estudos, de investigação e decodificação de um saber acumulado, em um processo contínuo de socialização da informação e no resgate e sistematização do “saber operário” vivenciando, na essência, a relação pedagógica, biunívoca de educador-educando.

Outro marco na luta dos trabalhadores pela saúde, durante o período, é representado pela criação, em 1990, do Instituto Nacional de Saúde no Trabalho (INST), vinculado à Central Única dos Trabalhadores (CUT).

Merece destaque o trabalho desenvolvido pelo Centro Brasileiro de Estudos sobre Saúde (CEBES) e pela Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), catalisando a contribuição dos sanitaristas para a luta dos trabalhadores mediante uma nova conceituação do processo saúde-doença, desvelando o perfil de morbimortalidade relacionado ao trabalho, mediante a análise crítica do sistema de saúde e das políticas públicas, pela denúncia das

péssimas condições de trabalho e de desassistência dos trabalhadores, entre outras formas.

Essas práticas extrapolaram o âmbito da academia, surgindo a nível dos serviços de saúde (na esfera da fiscalização das condições e ambientes de trabalho), dando corpo aos programas de saúde do trabalhador.

Implantados na rede pública de serviços de saúde na década de 80, com a proposta de conhecer e intervir sobre a realidade e somar forças com o movimento social, em uma atuação multidisciplinar e interinstitucional, os programas de saúde do trabalhador têm, dentre outros, o mérito de trazer a questão para dentro do sistema de saúde e abrir espaços para abordar o problema por outros ângulos.

O processo social acima referido de maneira simplificada, desdobrou-se em uma série de iniciativas — entre elas a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, em março de 1986, e da Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, em dezembro do mesmo ano, que se constituíram em fóruns importantes de discussão da realidade brasileira e de formulação de propostas para a Assembleia Nacional Constituinte, instalada no ano seguinte.

## QUADRO JURÍDICO- INSTITUCIONAL

A nova Carta Constitucional Brasileira, promulgada em 5 de outubro de 1988, introduz um conceito ampliado de saúde, expresso no art. 196 — saúde entendida como direito de cidadania e garantida pelo Estado, mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco e de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação, em uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo o Sistema Único de Saúde (SUS).

A saúde dos trabalhadores está contemplada em diferentes trechos do texto constitucional, abrangendo aspectos de sua determinação, proteção e recuperação. Entre os avanços podem-se destacar:

- definição do direito universal à saúde;
- relevância emprestada às ações e serviços públicos de saúde;
- constituição do Sistema Único de Saúde, integrando os serviços e ações em uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada, com atenção integral e participação da comunidade;
- participação de setor privado de forma complementar, mediante contrato de direito público;
- obrigação do empregador de indenizar o trabalhador vítima de acidente do trabalho, quando incorrer em dolo ou culpa, na vigência do seguro contra acidentes do trabalho.

Dentre as reivindicações não contempladas estão:

- criação de um fundo de saúde, com a definição de um percentual dos recursos fiscais;
- garantia do direito do trabalhador de se recusar a trabalhar em locais e condições de risco grave e iminente para a vida ou a saúde, e de ser informado sobre os riscos e sobre a toxicidade dos produtos que manipula no trabalho.

O esforço para que ficasse assegurado ao setor saúde a responsabilidade pelas ações de saúde do trabalhador aparece no art. 200 o qual inclui, entre as atribuições do Sistema Único de Saúde: “ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador” e a colaboração na “proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.”

É interessante registrar a polêmica surgida durante o processo constituinte, quanto às competências do aparelho estatal no campo da saúde e do trabalho. A transferência da área de segurança e saúde dos trabalhadores, do âmbito do Ministério do

Trabalho para o da Saúde, foi objeto de acirradas discussões por parte dos representantes das entidades profissionais, e culminaram com a ambigüidade e superposição das atribuições.

Se é verdade que a nova Constituição Federal não incorporou todos os avanços pretendidos a nível estadual, particularmente nos estados de São Paulo e Rio de Janeiro, as constituições estaduais inovam, garantindo o direito à informação e à recusa ao trabalho perigoso ou insalubre.

Dentre os novos instrumentos legais, previstos constitucionalmente, que disciplinam assuntos de interesse para a saúde dos trabalhadores, destacam-se:

- Lei Orgânica da Saúde — Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;

- Lei Orgânica da Seguridade Social — Lei nº 8.212 de 24 de julho de 1991 que dispõe sobre os planos de benefícios da Previdência Social e dá outras providências;

- Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, que dispõe sobre os planos de benefícios da Previdência Social e dá outras providências.

A Lei Orgânica da Saúde, entre outros avanços que registra, representa o resgate do papel da Saúde Pública, já desempenhado no início do processo de industrialização do país, de lidar com a identificação e o controle de condições de risco para a saúde dos trabalhadores, sem marginalizar seu compromisso no campo da atenção médica.

No que se refere especificamente ao campo da saúde do trabalhador, o artigo 6 da Lei 8.080 de 1990, entre as competências do Sistema Único de Saúde, estabelece a promoção, a coordenação e a execução de ações que garantam:

- assistência adequada ao trabalhador vítima de acidente do trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;



realização de estudos, pesquisas, avaliação e controle de riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho;

normalização, no âmbito de competência do SUS, da fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e equipamentos que apresentam riscos à saúde do trabalhador;

avaliação do impacto da introdução de novas tecnologias sobre saúde;

informação a trabalhadores e empregadores sobre os riscos para a saúde presentes nos processos de trabalho, incluindo a divulgação dos resultados de estudos, avaliações e fiscalização, realizados em locais de trabalho.

Sobre a Lei Orgânica da Seguridade Social, pode-se dizer que representa o início da efetivação dos direitos previdenciários dos trabalhadores previstos na Constituição Federal (14).

No que se refere aos acidentes e às doenças profissionais, podem-se destacar na lei os seguintes aspectos:

mantém a responsabilidade do empregador pelo atendimento médico ao acidentado nos primeiros 15 dias após a ocorrência do acidente;

desaparece o atendimento diferenciado que era dispensado ao acidentado do trabalho ou portador de doença profissional — como medicação, cirurgia plástica, transporte e reabilitação profissional, englobados na responsabilidade do SUS;

garante ao acidentado do trabalho estabilidade no emprego, por um ano, a partir de sua volta ao trabalho;

assegura ao trabalhador e aos seus dependentes, ao sindicato e ao médico o direito de fazer a comunicação dos acidentes do trabalho (CAT), quando a empresa se recusar a fazê-lo; garante que o acidentado e o sindicato devem receber da empresa uma cópia da CAT;

estabelece três tipos de benefícios para a reparação da incapacidade per-

manente por acidente ou doença do trabalho: aposentadoria por invalidez (integral), auxílio-acidente (vitalício e acumulado à aposentadoria por tempo de serviço), e abono de 25% para quem necessitar da assistência de outra pessoa;

abre a possibilidade da diminuição do salário do acidentado que se reabilitar para outra função até o limite do auxílio-acidente que estiver recebendo;

estabelece que a base de cálculo para o pagamento de benefícios em casos de acidente do trabalho pode ser o salário de contribuição vigente no dia do acidente, sem período de carência para o direito ao benefício;

prevê que, se o segurado estiver recebendo auxílio-acidente e falecer, o benefício será somado ao da pensão por morte paga aos dependentes;

transfere ao empregador o ônus do financiamento do seguro de acidentes no trabalho, com taxas de 1,5% para risco leve, 2% para risco médio e 3% para o grave.

Encontra-se em estudo uma proposta de reformulação do Capítulo V da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) que se espera também incorpore conquistas dos trabalhadores na área.

No âmbito institucional, dentre as reformas administrativas implantadas pelo Governo Federal empossado em 15 de março de 1990, destacam-se as do Ministério da Saúde e a fusão do Ministério do Trabalho com o da Previdência Social, trazendo implicações para a formulação e execução da Política Nacional de Saúde e Segurança dos Trabalhadores.

Nova alteração teve lugar em abril de 1992, através dos Decretos Presidenciais nº 503 — que aprova a estrutura regimental do Ministério da Previdência Social — e nº 509 — que aprova a estrutura regimental do Ministério do Trabalho e da Administração.

De forma esquemática, é possível mapear as competências e atribuições relativas à saúde dos trabalhadores a nível do aparelho do Estado:

Ao Ministério da Saúde cabe: (art. 6, Lei Orgânica da Saúde).

- a coordenação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador;
- a identificação e controle dos riscos para a saúde dos trabalhadores, através da vigilância sanitária dos ambientes e condições de trabalho e da vigilância epidemiológica dos trabalhadores expostos;
- a intervenção sobre o dano à saúde dos trabalhadores, pela atenção médica integral e adequada, através da rede de serviços de saúde.

O Ministério do Trabalho e Administração tem na sua área de competência:

- o trabalho e a fiscalização;
- mercado de trabalho e política de empregos;
- política salarial, incluindo das empresas estatais;
- política de imigração;
- pessoal civil da Administração Pública Federal, direta, indireta e fundacional, assim como os serviços gerais, modernização e organização administrativas e os sistemas e serviços de processamento de dados dessas entidades.

A Secretaria Nacional de Segurança e Saúde do Trabalho tem entre as suas competências:

- formular e propor as diretrizes de atuação da área de segurança e saúde do trabalhador;
- coordenar, orientar, controlar e supervisionar a inspeção dos ambientes e das condições de trabalho e as demais ações do Governo Federal relativas à segurança e saúde do trabalhador, bem assim propor normas referentes à sua área de competência;
- planejar e coordenar a execução do Programa de Alimentação do Trabalhador, da Campanha Nacional de Prevenção de Acidentes do Trabalho (CANPAT), assim como a realização do Congresso Nacional de Prevenção de Acidentes do Trabalho (CONPAT);
- decidir, em última instância administrativa, recursos interpostos contra de-

cisões de Delegacias Regionais do Trabalho a respeito de condições ambientais de trabalho;

- apoiar tecnicamente os órgãos colegiados do Ministério, na área de sua competência.

A atribuição dada ao Ministério do Trabalho e Administração de planejar, coordenar, normatizar, orientar e supervisionar as ações e atividades na área de segurança e saúde do trabalhador, representa uma superposição da tarefa definida para o Sistema de Saúde pela Lei Orgânica da Saúde.

O Ministério da Previdência Social tem em sua área de competência a previdência social e a previdência complementar, não se observando no texto do decreto qualquer menção específica sobre a questão dos acidentes do trabalho ou da segurança e saúde dos trabalhadores.

Sintetizando, no quadro jurídico-institucional, a par dos avanços e direitos conquistados pelos trabalhadores na última década, permanecem alguns impasses. Existe uma interface e mesmo superposição de atribuições que necessitam ser trabalhadas, buscando a eficiência e eficácia das ações, evitando a duplicação e o desperdício de recursos e tentando superar a concorrência destitutiva entre os organismos, todos eles executores da mesma política e sustentados pela mesma fonte de recursos.

## PERSPECTIVAS

Em que pese um contexto extremamente desfavorável à saúde dos trabalhadores, não se pode perder a visão de processo e os ganhos significativos conquistados pelos trabalhadores na luta por melhores condições de vida e saúde na última década.

Entretanto, permanece o desafio de garantir que esses avanços, entre eles a atenção à saúde dos trabalhadores pelo Sistema Único de Saúde, saiam do papel e se-

jam incorporados, de fato, ao cotidiano dos trabalhadores.

Esta é uma questão complexa que exige uma abordagem multidisciplinar, o emprego de metodologias distintas e complementares para uma apreensão totalizadora dessa realidade, e a elaboração de propostas de intervenção mais adequadas.

À guisa de conclusão, a autora optou por explicitar essa complexidade sob a forma de questões que ficam por responder:

qual a especificidade da classe trabalhadora em suas questões de saúde que a distingue do conjunto da população?

por que a necessidade de ações de saúde especiais voltadas para os trabalhadores, e como inseri-las no SUS?

como têm as políticas sociais formuladas pelo Estado atendido às necessidades de saúde dos trabalhadores e como se articulam com as políticas econômica, agrária, industrial, científica e tecnológica, dentre outras?

qual deve ser, e qual tem sido, o papel dos trabalhadores?

qual o papel e a responsabilidade dos profissionais de saúde?

Para a construção das respostas a essas e a inúmeras outras perguntas que expressam a complexidade do tema, deixamos sublinhados dois pontos fundamentais:

o reconhecimento de que a par de todo progresso tecnológico que, se de um lado exige do trabalhador um determinado perfil e de outro o desqualifica, existe um saber acumulado pelos trabalhadores sobre o seu trabalho, os riscos e as repercussões sobre a saúde que necessita ser resgatado e valorizado para possibilitar o avanço da questão:

o desafio colocado neste final de século, de se construir uma nova abordagem da questão saúde/trabalho, que não se restrinja ao aspecto econômico mas que contemple as dimensões filosóficas, antropológicas, sociológicas do trabalho, ensinando o

resgate do papel do trabalho na vida dos homens, de modo a permitir que o trabalhador, que constrói o progresso, possa partilhar plenamente de seus frutos.

## REFERÊNCIAS

1. Mendes R, Dias EC. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. *Rev Saude Publica*. 1991;25(5):3-11.
2. Berman M. *Tudo que é sólido desmancha no ar: a aventura da modernidade*. São Paulo: Companhia das Letras; 1986.
3. Guattari F. *As três ecologias*. Campinas, São Paulo: Papirus; 1990.
4. Laurell AC, Noriega M. *Processo de produção e saúde*. São Paulo: Hucitec; 1989.
5. Pires JR, Pimentel FD. *Notas sobre a crise econômica atual*. Belo Horizonte: 1989. (Monografia preparada para Escola Sindical 7 de Outubro).
6. Lobo ES. *A classe operária tem dois sexos — trabalho, dominação e resistência*. São Paulo: Brasiliense; 1991.
7. Jaguaribe H. *Para um novo pacto social Brasil 2000*. Rio de Janeiro: Salamandra; 1986.
8. Possas CA. *Saúde e trabalho: a crise da Previdência Social*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 1987.
9. Possas CA. *Epidemiologia e sociedade — heterogeneidade estrutural e saúde no Brasil*. São Paulo: Hucitec; 1989.
10. Faria MAM, et al. Alguns aspectos sociais relacionados à ocorrência de acidentes do trabalho em município industrial: o caso de Cubatão. *Rev Bras Saude Ocup*. 1983;11(43):25-35.
11. Mendes R. Perfil de morbi-mortalidade dos trabalhadores. Em: ABRASCO — *Saúde e trabalho: desafios para uma política*. Rio de Janeiro: ABRASCO; 1990.
12. Rigotto RM. Não somos máquinas: práticas sindicais em saúde na região metropolitana de Belo Horizonte. Belo Horizonte: Faculdade de Educação da Universidade Federal; 1992. (Dissertação de Mestrado).
13. Brasil. Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho (DIESAT). *Insalubridade: morte lenta no trabalho*. São Paulo: Oboré; 1989.

# BIBLIOGRAFIA

- Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Em: Oliveira J (organizador). Série Legislação Brasileira. São Paulo: Saraiva; 1989.
- Brasil. Lei Nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 — Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Assessoria de Comunicação Social do Ministério da Saúde; 1990.
- Brasil. Lei Nº 8.212 de 24 de julho de 1991 — Dispõe sobre a organização da Seguridade Social, institui Plano de Custeio e dá outras providências. Em: Martinez WN. *Nova lei básica da Previdência Social*. São Paulo: Editora LTr; 1991.
- Brasil. Decreto Nº 503 de 23 de abril de 1992 — Aprova a estrutura regimental do Ministério do Trabalho e da Previdência Social e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União de 23 de abril de 1992; 5 094-5 096.
- Brasil. Decreto Nº 509 de 24 de abril de 1992 — aprova a estrutura regimental do Ministério do Trabalho e da Administração e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União de 27 de abril de 1992; 5 223-5 225.
- Brasil, Ministério da Saúde. *Saúde do trabalhador: diretrizes de ação para o SUS*. Brasília: Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária/Ministério da Saúde. (Documento mimeografado).
- Brasil, Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Anuário estatístico do Brasil*. Rio de Janeiro: IBGE; 1989.
- Brasil, Instituto Nacional de Saúde no Trabalho da Central Única dos Trabalhadores (INST). *O novo plano de benefícios e de custeio*. São Paulo: Central Única dos Trabalhadores/Instituto Nacional de Saúde no Trabalho; 1991.
- Mendes R. Subsídios para um debate em torno da revisão do atual modelo de organização da saúde ocupacional no Brasil. *Rev Bras Saude Ocup*. 1988;16(64):7-25.
- Organização Internacional do Trabalho. *Anuário de estadísticas del trabajo*. 50ª ed. Genebra: 1991.
- Organización Mundial da Saúde. Identificación de enfermedades relacionadas con el trabajo y medidas para combatirlas. Genebra: 1991. (Série Informaciones Técnicas 714).

## ABSTRACT

### DEVELOPMENT AND CURRENT TRENDS IN WORKERS' HEALTH, BRAZIL

The main objective of this study is to describe and analyze the health situation of workers in Brazil in the 1980s, as a process with technical, political, socioeconomic, and cultural dimensions. The main sources of data and information were: the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE), the National Institute of Social Security (INSS), and international agencies like the International Labor Office (ILO), the World Health Organization (WHO), and available specialized lit-

erature. The severity of the workers' patterns of morbidity and mortality emerges from this analysis, as well as the inadequacy of the public policies implemented by the State to deal with these issues and find efficient solutions. The study also points out the importance of the social process that occurred in this decade, with the participation of workers and health professionals, which was responsible for important achievements, particularly in the field of legislation. In conclusion, some issues and challenges for further improvement of the workers' quality of life, through the improvement of health and working conditions, are presented.