

MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO INSTITUTO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA

A SAÚDE DO TRABALHADOR NO MARANHÃO
Uma visão atual e proposta de atuação

Carlos Alberto da Silva Frias Júnior

Rio de Janeiro
1999

MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO INSTITUTO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA

A SAÚDE DO TRABALHADOR NO MARANHÃO
Uma visão atual e proposta de atuação

Carlos Alberto da Silva Frias Júnior

Dissertação apresentada à ENSP/
FIOCRUZ para obtenção do título de
mestre em Saúde Pública.

Orientador: Prof. Carlos Minayo-Gómez

Rio de Janeiro
1999

A SAÚDE DO TRABALHADOR NO MARANHÃO
Uma visão atual e proposta de atuação

Carlos Alberto da Silva Frias Júnior

Aprovada em / /

BANCA EXAMINADORA

Dr. Carlos Minayo-Gómez - Orientador

A Deus

À minha família

Aos trabalhadores do
Maranhão

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos aqueles que direta ou indiretamente contribuíram para este trabalho e, de um modo especial, a:

Carlos Minayo-Gómez - meu orientador, que com uma visão acima de tudo altruísta me ajudou a acreditar que eu tinha condições de terminar o que começara

Elizabeth Costa Dias e René Mendes – que me ajudaram com suas sugestões e fundamentais referências

Jussara e Hermano, que leram e opinaram sobre meus dados, Marcelo Firpo, Ubirajara, Maria Helena, Elizabeth, Jorge Sandis, Jorge Machado e todo o pessoal amigo do CESTEJ, incluindo o saudoso Cosme Rangel Campista

Ana Tambellini, pela ajuda inicial.

Maria das Graças Aragão, pelo apoio e a base epidemiológica. Para Fadel, Fátima Sueli e todos os outros responsáveis por Programas de Saúde do Trabalhador do Brasil, que muito colaboraram com suas informações

Aos colegas do CEDAS Rio e Salvador

Aos colegas da Universidade Federal do Maranhão

APRESENTAÇÃO

Uma tese de mestrado tem algumas características bem nítidas. É uma construção de trabalho científico em que se tenta delinear ou recortar um objeto, para o qual não se exige ineditismo ou compromissos sociais ou políticos. Contudo, na questão Saúde do Trabalhador (nosso objeto em questão), mais importante que demonstrar o estado da arte, torna-se oportuno situar a realidade dos trabalhadores de região carente como o nordeste do Brasil, em que o trabalho é sinônimo de dignidade, mas também de sofrimento, onde a relação capital-trabalho é quase sempre injusta e cruel, vitimando homens jovens nos canteiros de obras ou determinando o surgimento de portadores crônicos de doenças profissionais.

O trabalhador maranhense alia as características do caboclo amazônico às do sertanejo nordestino, e tem traçado sua história de vida em uma região que preserva aspectos feudais próprios do período colonial do Brasil, que remonta às capitânicas hereditárias. O trabalho no Estado do Maranhão apresenta vários matizes que vão desde o semi-escravo, passando pelo extrativismo vegetal e cultura de subsistência, até um modelo de industrialização emergente que traz novos processos de trabalho, transformando o homem da região, basicamente de raízes rurais, em um trabalhador urbano, submetido a cargas e riscos ocupacionais que ultrapassam os muros das fábricas e se traduzem em danos para o meio ambiente.

A partir de uma visão prévia da vida, adoecimento e morte do trabalhador maranhense, julgamos absolutamente necessário traçarmos o perfil epidemiológico desta população, principalmente do

impacto que o trabalho representa sobre a saúde de homens, mulheres e crianças desse Estado nordestino.

Há exatamente dez anos, chegávamos ao Estado do Maranhão e começávamos a atuar como Médico do Trabalho. Durante nosso curso de especialização na Universidade Federal Fluminense e sob a égide da FUNDACENTRO, discutimos muitas vezes a realidade dos trabalhadores industriais e o enfoque era quase que invariavelmente o binômio adoecimento do trabalhador-diminuição da produtividade, e a prevenção tinha uma ótica quase que patronal, e centrada na Medicina do Trabalho que desde então já nos parecia reducionista e indiferente a um sem número de questões que nós nos fazíamos. O contato diário com a realidade do trabalhador maranhense, principalmente da construção civil, onde atuamos por muito tempo nas grandes empreiteiras como a Andrade Gutierrez, a Camargo Correa e a Odebrecht e em outras pequenas do ramo, nos deram a consciência da limitação do modelo do Serviço Especializado em Segurança e Medicina do Trabalho - SESMT, conquanto o esforço para realizar um bom trabalho e desenvolver programas preventivistas. Qualquer análise, com um mínimo de visão do trabalho real em confronto com o prescrito, já nos mostrava a limitada e discreta atuação dos profissionais da área, principalmente como agentes de mudança.

Qual era a realidade daquele trabalhador? Homens e mulheres analfabetos ou semi-analfabetos, subnutridos, desconhecendo o funcionamento do próprio corpo e de práticas primárias de higiene pessoal ou cuidados básicos de prevenção. E desconhecendo muito mais a legislação trabalhista que teoricamente os protegeria, ao forçar o empregador a cumprir normas essenciais

de segurança. Pudemos observar ainda, o quão pequeno é o respeito à vida humana neste contexto desigual, de pressão do capital como determinante da qualidade de trabalho. Uma estória emblemática para esta assertiva foi a que presenciamos em uma construtora: havia ocorrido um acidente de trabalho fatal, alguns dias antes da nossa contratação como médico do trabalho e, pelas características do evento, ficou claro para nós que (para usar uma definição comum ao meio) ocorrera uma condição insegura gerada pela empresa, erro determinante para o caso. Ante a nossa pergunta sobre responsabilização da empresa, o setor de recursos humanos informou-nos que não haviam tido nenhum problema, pois pagaram “um enterro de primeira ” ! Esta foi uma das maiores das situações tristemente marcantes que nós encontraríamos em dez anos de atuação na área. Outra constatação que de imediato se impôs é que a situação sócio-econômica do trabalhador definia um perfil de morbidade; assim é que a baixa renda, as precárias condições de habitação, incluindo-se aí a questão do saneamento básico, a má alimentação, os hábitos de vida nem sempre saudáveis e o difícil acesso ao sistema de saúde ou educacional configuravam um quadro que um simples médico do trabalho prestando serviço a um SESMT de empresa, jamais poderia resolver. E todas as práticas preventivistas, conquanto realizados com o maior empenho e o melhor dos objetivos parecia um ato de prestidigitação e ilusionismo, que durava o tempo exato de uma obra, ou o tempo de permanência de um médico que invariavelmente incomodava os patrões ao propor práticas como apoio e orientação nutricional, alfabetização dos trabalhadores, treinamento, investimento em ergonomia, segurança do trabalho etc.

Para não parecer niilista, alguma coisa foi conseguida. Mas aí, outra dúvida surgia? E os trabalhadores não organizados, sem SESMTs e sem nada? E os bóias-frias, os sem terra, os autônomos, os anônimos, os trabalhadores não registrados? As quebradeiras de coco babaçu, os de trabalho semi-escravo nas fazendas do sudoeste do Maranhão, que faziam a lida em troca de miseráveis pratos de comida ?

Surgiu aí nosso interesse em atuar em um nível mais geral, macro. Por essa época atuávamos também na Medicina Tropical e a visão de saúde pública intrinsecamente ligada a essa especialidade, bem como a busca do rigor da pesquisa epidemiológica moldaram nosso interesse e nos encaminharam a procurar os órgãos federais, estaduais e municipais afetos à questão do trabalhador, sob qualquer vertente que envolvesse saúde. Como havíamos participado da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, sabíamos da existência de um grupo ligado ao movimento de Reforma Sanitária que liderava uma área temática então emergente, a Saúde do Trabalhador. Não participamos da I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, mas a partir do fim dos anos 80 iniciávamos nossa atuação na área, já com a interface da Universidade, onde começamos, nesse período, a lecionar Saúde do Trabalhador. Em 1991, participamos dos Seminários Nacionais de Saúde do Trabalhador, e a partir daí, e desde então, nos engajamos decisivamente na área, criando o Programa Estadual de Saúde do Trabalhador e participando de um sem número de eventos e ações inerentes à questão. E muito mais poderia ser dito, se não evitássemos o maniqueísmo provável de uma exposição, digamos, curricular.

Mas é justo essa trajetória que, contrariando uma mais lógica opção de escolher um tema de recorte mais definido, nos fez abraçar esse difícil intento, o de traçar um perfil do trabalhador maranhense, com quem comungamos raízes, sonhos e modo de vida.

LISTA DE QUADROS

p.

QUADRO 1 - Indicador Demográficos, Maranhão, 1991 a 1996	53
QUADRO 2 - Indicador de morbidade no Maranhão (epidemias/endemias), 1994, 1995 e 1998	57
QUADRO 3 - Indicador de mortalidade, Maranhão, 1992, 1994 e 1995.....	63
QUADRO 4 - Indicadores de recursos físicos e humanos e cobertura de serviços de saúde, Maranhão, 1995	65

LISTA DE TABELAS

p.

TABELA 1	- Principais atividades econômicas no Estado do Maranhão	54
TABELA 2	- Mortalidade proporcional segundo faixa etária (Curva de Nelson de Moraes), Maranhão, 1991 a 1995	60
TABELA 3	- Principais atividades econômicas no Estado do Maranhão	61
TABELA 4	- Principais causas básicas de óbito, Maranhão, 1991 a 1995	62
TABELA 5	- Probalidade de morte (por 1.000) do nascimento até 1 ano estimado de Brass para o Brasil, Nordeste, Sergipe e Maranhão em anos selecionados	62
TABELA 6	- Distribuição dos acidentes de trabalho analisados, segundo a idade do acidentado	68
TABELA 7	- Distribuição dos acidentes de trabalho analisados, segundo o estado civil.....	71
TABELA 8	- Distribuição dos acidentes de trabalho analisados, segundo o horário do acidente	72
TABELA 9	- Distribuição dos acidentes de trabalho analisados, segundo a região atingida do corpo	73
TABELA 10	- Distribuição dos acidentes de trabalho analisados, segundo o tipo de acidente e/ou objeto causador	74

TABELA 11 - Distribuição dos acidentes de trabalho analisados, segundo a natureza da lesão.....	76
TABELA 12 - Distribuição dos acidentes de trabalho analisados, segundo a duração do tratamento.....	78
TABELA 13 - Distribuição dos acidentes de trabalho analisados, segundo o regime de tratamento	80
TABELA 14 - Distribuição dos acidentes de trabalho analisados, segundo a profissão do acidentado.....	82
TABELA 15 - Distribuição dos acidentes de trabalho analisados, segundo o ramo de atividade da empresa.....	83

LISTA DE SIGLAS

ABMT	- Associação Brasileira de Medicina do Trabalho
ADP	- Ambulatório Doenças Profissionais
AIHs	- Autorizações Internações Hospitalares
CAT	- Comunicação de Acidente de Trabalho
CEREST	- Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (São Paulo)
CESAT	- Centro de Estudos de Saúde do Trabalhador (Bahia)
CIPAs	- Comissões Internas de Prevenção de Acidentes
CIST	- Comissão Interinstitucional de Saúde Trabalhador
CLT	- Consolidação das Leis Trabalhistas
COSAT	- Coordenação de Saúde do Trabalhador
CUT	- Central Única dos Trabalhadores
CVS	- Centro de Vigilância Sanitária
DATAPREV	- Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social
DIESAT	- Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho
DIP	- Doenças Infecciosa e Parasitária
DIPSAT	- Divisão de Proteção à Saúde do Trabalhador
DORT	- Doenças Osteomuscular Relacionada com o Trabalho
DRT	- Delegacia Regional do Trabalho
DST	- Divisão de Saúde do Trabalhador
DVS	- Divisão de Vigilância Sanitária
EACP	- Equipe de Avaliação da Capacidade Laborativa
EDPP	- Equipe de Desenvolvimento do Programa Profissional

ERT	- Equipe de Recursos Técnicos
FNS	- Fundação Nacional da Saúde
FNS	- Fundação Nacional de Saúde
FUNDACENTRO	- Fundação Jorge Duprat Figueiredo
IBGE	- Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	- Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INSS	- Instituto Nacional de Seguro Social
IPES	- Instituto de Pesquisas Econômicas e Sociais
ISO	- Organização Internacional de Normalização
LER	- Lesões por Esforços Repetitivos
MS	- Ministério da Saúde
NIOSH	- National Institute for Occupational Health and Safety
NOST	- Norma Operacional de Saúde do Trabalhador
NUSAT	- Núcleo de Saúde do trabalhador
OIT	- Organização Internacional do Trabalho
OMS	- Organização Mundial da Saúde
OMS	- Organização Mundial de Saúde
ONGs	- Organizações não governamentais
OSHA	- Occupational on Safety Health Administration
OPAS	- Oficina Panamericana Sanitária
PAI	- Projeto de Assistência Integral
PAT	- Programa de Alimentação do Trabalhador
PCMSO	- Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional
PCMAT	- Programa de Controle de Meio Ambiente de Trabalho
PEA	- População Economicamente Ativa
PESN	- Pesquisa Estadual de Saúde e Nutrição
PESNMI	- Pesquisa Estadual de Saúde, Nutrição e Mortalidade Infantil

PNAD	- Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PPRA	- Programa de Prevenção de Riscos Ambientais
PST	- Programa de Saúde do Trabalhador
SAS	- Secretaria de Assistência à Saúde
SENAC	- Serviço Nacional de Aprendizagem do Comércio
SENAI	- Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial
SES	- Secretaria de Estado da Saúde
SES/MA	- Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão
SESI	- Serviço Social da Indústria
SESMT	- Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho
SESP	- Serviços Especializados de Saúde Pública
SETAS	- Secretaria de Estado do Trabalho e Ação Social
SSST	- Seção de Saúde e Segurança do Trabalhador
SUDAM	- Superintendência de Desenvolvimento da Amazônia
SUDENE	- Superintendência de Desenvolvimento do Nordeste
SUDS	- Sistema Único Descentralizado de Saúde
SUS	- Sistema Único de Saúde
SVS	- Superintendência de Vigilância Sanitária
UCAs	- Unidades de Cobertura Ambulatorial
UERP	- Unidade Executiva de Reabilitação Profissional
UFBa	- Universidade Federal da Bahia
UFMA	- Universidade Federal do Maranhão
UNICEF	- Fundo de Assistência à Criança
URES	- Unidades Regionais de Saúde
USP	- Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

	p.
<i>APRESENTAÇÃO</i>	5
LISTA DE QUADROS.....	10
LISTA DE TABELAS	11
LISTA DE SIGLAS	13
1 INTRODUÇÃO	19
1.1 Saúde, doenças e trabalho: relações e interfaces	19
1.2 Dos objetivos do estudo	24
1.3 Da metodologia	25
2 MARCOS HISTÓRICOS E PARADIGMÁTICOS DA SAÚDE DO TRABALHADOR	28
2.1 Uma breve visão histórica da área Saúde do Trabalhador	28
2.2 A questão saúde-trabalho no Brasil	36
3 O ESTADO DO MARANHÃO: situando o móvel da pesquisa	49
3.1 Aspectos histórico-geográficos e sócio-econômicos	49
3.2 Aspectos gerais da Saúde Pública	55
3.3 Os acidentes e as doenças profissionais no Maranhão ...	65
4 A ATENÇÃO AO TRABALHADOR NO MARANHÃO	86
4.1 A atuação do SUS	86
4.2 A atuação do INSS	91
4.3 A atuação da DRT	96
4.4 Uma situação particular: a atenção ao menor trabalhador	98
4.5 Uma visão sindical	101

5	PROGRAMAS DE SAÚDE DO TRABALHADOR NO BRASIL	103
6	A SAÚDE DO TRABALHADOR NO MARANHÃO: uma proposta de atuação.....	111
6.1	Assistência ao trabalhador acidentado no trabalho	118
6.2	Informação em saúde do trabalhador	119
6.3	Vigilância em saúde do trabalhador	120
6.4	Controle social em saúde do trabalhador	123
7	ANEXOS.....	127
	BIBLIOGRAFIA	131

Frias Júnior, Carlos Alberto da Silva

A saúde do trabalhador no Maranhão: diagnóstico e proposta/ Carlos Alberto da Silva Frias Júnior. – Rio de Janeiro, 1998.

135p.

1. Saúde do trabalhador – Maranhão. 2. Saúde Ocupacional. I. Título.

CDD 613.620 981 21
CDU 61: 331.47 (812.1)

RESUMO

Estudo sobre a saúde do trabalhador no Estado do Maranhão, Brasil. Apresenta-se uma visão atual da saúde do trabalhador maranhense. Tem-se como referência os principais indicadores sócio-econômicos e de saúde, que modulam a realidade do trabalhador do Estado. Aborda-se as implicações do trabalho sob a forma dos agravos notificados- acidentes do trabalho e doenças ocupacionais. Realiza-se uma análise da atuação das instituições responsáveis pelas diversas instâncias de atenção à saúde dos trabalhadores. Finalmente, aponta-se para uma proposta idealizada de intervenção, baseada em experiências de programas já implementados no Brasil, e que se somam aos resultados advindos da análise do quadro maranhense.

SUMMARY

The study deals with workers' health in the State of Maranhão, Brazil. It presents an updated view of workers health in Maranhão. The main social economical indicators of health, which modulate the reality of workers in the state are taken as reference. It approaches the implication of labor under the form of the notified injury-working accidents and occupational diseases. An analysis of actions of the institutions responsible for the several instances of attention to workers' health is performed. Finally, it points to an idealized proposal of intervention, based on experience of programs already implemented in Brazil, which add to the results from the analysis of the picture in Maranhão.

1 INTRODUÇÃO

1.1 Saúde, doença e trabalho: relações e interfaces

As grandes mudanças no cenário político, econômico e social ocorridas em todo o planeta nesta segunda metade do século XX determinaram também uma verdadeira crise de paradigmas. O processo saúde-trabalho passou a ser analisado não como um simples indicador do impacto do trabalho sobre os trabalhadores, mas como consequência da relação de produção, determinada socialmente pela dialética entre capital e trabalho. Hoje, condições de ambiente, saúde e segurança no trabalho passam a ser compreendidas como garantias essenciais para a qualidade de vida dos homens e direito de cidadania.

Nas últimas décadas, a industrialização acelerada da produção, sustentada pela transformação do conhecimento científico em tecnologia e pela informática, determinou mudanças radicais no mundo do trabalho, acrescidas por aspectos outros como crescimento demográfico, urbanização crescente, expansão dos meios de comunicação, que decisivamente modificam o viver dos homens, individual e coletivamente (DIAS, 1994). Assim é que se torna cada vez mais difícil falar em mundo do trabalho, como se houvesse outro fora das fábricas. O mundo é um só e os trabalhadores nele atuam, transformando e sendo transformados com um modo de viver historicamente determinado e diferenciado em classes sociais (TAMBELLINI, 1985). O processo de trabalho visto como uma forma de interação entre o homem e a natureza e composto por uma base técnica e uma base social, objetivadas na tecnologia, na organização do trabalho e no tipo de acumulação

corporificam a dinâmica e a qualidade da relação do homem com o ambiente e processo de trabalho (MACHADO, 1995). Por sua vez, as condições objetivas dessa exposição fazem ou não com que os trabalhadores adoeçam ou sofram acidentes relacionados ao trabalho (LAURELL, 1989). A relação do homem com o trabalho se reproduz historicamente, pois, à medida que necessidades são atingidas, renovam-se ou ampliam-se, surgem novas relações do homem com a sociedade e com a natureza (ROCHA, L.E. in BUSCHINELLI J.T. et al. 1994), o que confere ao trabalho um sentido mais do que econômico, fundamental. O homem depende do trabalho e tem formado parte de uma sociedade que o tem como interface dialética. Em uma sociedade capitalista (modelo hegemônico atual), o processo de trabalho é entendido como o resultado da combinação do objeto, (a matéria com a qual se trabalha), com os instrumentos ou a tecnologia (que são os meios de trabalho de que o homem se utiliza) e a atividade em si mesma, ou seja, a força de trabalho, que é a energia humana empregada no processo de transformação. O produto do trabalho é expresso pelo valor conferido ao resultado final, incluindo-se aí o significado do mesmo, para quem o realiza. Dois momentos são marcantes, quando se analisa o significado social do trabalho: o da produção e o do consumo. No processo de produção, as relações sociais determinam as condições de venda da força de trabalho, os modos de organização e de produção do trabalho. O consumo é visto, simultaneamente, como atributo de valor conferido ao produto e à energia, capacidade vital e de criação de quem o produz (MARX, 1983). A produção de mais valia é o fim do trabalho capitalista. A produção é o verdadeiro ponto de partida e, por isso, o momento predominante da relação (MARX, 1983). Há que se entender o significado do processo de trabalho em geral e ao mesmo tempo a

forma específica que assume no processo de produção capitalista para que se dimensione o alcance da frase de BERLINGUER (1993) “*O processo central que influi na vida e na morte dos seres humanos é o trabalho.*”

A concepção de saúde e doença e a(s) causa(s) desta última têm variado ao longo dos tempos e nos diferentes tipos de cultura e sociedade. A doença, considerada como um processo biológico, vincula-se à própria vida. Na Antigüidade, era a magia ou mesmo os miasmas. De qualquer modo, muitos vinculavam o ambiente e o modo de vida como fatores importantes na gênese do processo de doença. Entre eles. Hipócrates e Galeno que enfocavam o modo de trabalho dos homens, principalmente nas minas.

Durante o período de disseminação do pensamento cristão até o fim da Antigüidade e, posteriormente, por todo o período medieval, as causas de doenças eram atribuídas especialmente à variabilidade dos humores corporais, com explicações, muitas vezes, no domínio do mito, da magia ou do sectarismo ou fanatismo religioso. Posteriormente, veio o racionalismo, com um resgate dos conhecimentos mais importantes da medicina greco-árabe, coincidindo com o desenvolvimento do comércio e a instalação das universidades nas principais cidades européias. Com as descobertas de Pasteur e Koch, a teoria unicausal se torna dominante. E expressa o período da medicina científica, que até hoje domina grande parte da produção de conhecimento em medicina e prática médica. Mas, a teoria microbiana das doenças sofria questionamentos como os de VIRCHOW apud ROSEN (1994) que continuava argumentando que

os problemas sociais são responsáveis pelos problemas de saúde. Nesse período, a Epidemiologia se estrutura enquanto disciplina e se presta a estudos de nexos causais fundamentando, através da pesquisa, esta ou aquela posição, sempre à luz dos fatos e números.

Após a Segunda Guerra Mundial, o surgimento de novas tecnologias, o desenvolvimento das ciências sociais e da informática, o aumento das doenças crônico-degenerativas determinaram a fragilidade do modelo unicausal e criou-se outro paradigma o da multicausalidade, constituindo-se esta como um método útil para medir os problemas de saúde pública, ao procurar determinar uma rede de relações causais entre os fatores de risco e as doenças submetidas ao método epidemiológico. Prestou-se tanto a investigações clínicas como a modelos ecológicos, com a marca da complexidade. A teoria da determinação social da doença voltou a vigorar a partir dos anos sessenta, a reboque das grandes transformações sociais por que o mundo passava, utilizando além das ciências naturais, as ciências sociais, não se contrapondo ao biológico, uma vez que este contém em si, o histórico e o social (LAURELL, 1989). Por este conceito, entende-se a relação saúde e doença como um processo social, resultante da forma de vida, isto é, das relações do homem consigo mesmo, dos homens entre si, com a sociedade e com a natureza. Todas estas interações passam, de algum modo, pela forma como o homem produz o seu trabalho, construindo e transformando a sociedade. O desgaste físico e psíquico do operário, a cada jornada, depende das condições objetivas em que se desenvolve o processo de trabalho (MARX, 1983). Da interação homem-trabalho, ou seja, das condições de vida e de trabalho é que se determina a divisão

da sociedade em classes, que apresentam características comuns de viver, adoecer e morrer (MENDES, 1988). O reconhecimento da determinação social da doença contribuiu para que complexos problemas de saúde do trabalhador, relacionados com o processo de produção, fossem melhor entendidos. O modelo da determinação social da doença enriqueceu também a teoria epidemiológica e foi importante para a comprovação social do processo saúde-doença não só dos trabalhadores como de outros grupos. E ainda, ao considerar a historicidade do processo saúde-doença, abre novas perspectivas para o conhecimento dos agravos à saúde e para o planejamento, execução e avaliação das ações de saúde e formulação de políticas para o setor (MINAYO, 1992). Como observamos anteriormente, o processo de trabalho dá origem a relações de produção concretas e específicas (NAVARRO, 1983). Daí porque o trabalho é elemento importante na riscos à saúde, mas porque estrutura a organização da sociedade (LAURELL & NORIEGA, 1989). O fator risco não é inerente ao trabalho, mas sim ao modo como os homens o idealizam e concretizam. Assim, agentes químicos, físicos, biológicos e ergonômicos podem traduzir-se em acidentes de trabalho e doenças profissionais e do trabalho, vitimando o trabalhador, sua família e a sociedade. Se reproduzirmos o modelo ecológico de LEAVELL E CLARK (1976) e particularizarmos o estudo da história natural de doenças, observaremos que a relação entre a maneira peculiar com que o trabalho age sobre o homem e os mecanismos de defesa deste trabalhador é que define este sistema de equilíbrio instável que é o processo saúde-doença. Mas, mesmo estes autores que aceitam a importância das ciências sociais, reduzem ou minimizam a caracterização social da doença, priorizando o biológico. A proposta de um modelo que concebe a saúde-doença como um

processo social não exclui o biológico, mas evita uma visão reducionista. Assim, parâmetros gerais de saúde-doença, devem ser usados, observando como estes indicadores se comportam nos diferentes grupos sociais, ou que diferenças apresentam em uma determinada formação econômico-social, já que a média esconde a desigualdade (FACCHINI,1991). É importante enfatizar que os avanços teóricos da Epidemiologia, nas duas últimas décadas, se deveram bastante às contribuições do modelo social da doença, onde os estudos sobre Saúde do Trabalhador - por exemplo - permitiram evidenciar categorias analíticas como processo de produção e o desenvolvimento de categorias intermediárias, como cargas de trabalho ou grupos de risco que permitem esclarecer as mediações que acontecem entre a exposição a determinado tipo de trabalho e o surgimento de problemas de saúde no trabalhador (FACCHINI. 1991).

1.2 Do objetivo de nosso estudo

O objetivo central deste trabalho é a elaboração de bases para implantação de um programa de atenção ao(a) trabalhador(a), maranhense, no âmbito do SUS, a partir do diagnóstico das condições de saúde da população, e da realidade atual de atendimento à comunidade do Estado, e tendo como referências serviços já implementados em outros estados..

Para tanto nos propusemos a levantar os indicadores sociais e econômicos que modulam a realidade de vida do trabalhador maranhense; elaborar um diagnóstico geral de Saúde do Estado do Maranhão e caracterizar os acidentes de trabalho e

as doenças profissionais registrados entre os trabalhadores maranhenses.

Como objetivo específico intentamos contribuir para a implantação de um centro de atendimento ao trabalhador, no âmbito do SUS tendo como referência serviços já implantados em outros Estados.

1.3 Da metodologia

Realizamos uma revisão bibliográfica, com o propósito de delinear o objeto de nosso estudo, incidindo sobre aspectos históricos e paradigmáticos da área temática Saúde do Trabalhador, desde os primeiros relatos que vinculavam trabalho a doenças, passando pelo modelo original da Medicina do Trabalho e prosseguindo com a Saúde Ocupacional até chegarmos ao modelo atual denominado de Saúde do Trabalhador. Caracterizamos ainda o arcabouço jurídico institucional vigente atualmente, incluindo o modelo gerencial conhecido como Programa de Saúde do Trabalhador.

Através de pesquisa documental, quando em visita a órgãos como Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em São Luís-MA e Rio de Janeiro, Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (DATAPREV) no Rio de Janeiro, Instituto de Pesquisas Econômicas e Sociais (IPES), em São Luís fizemos o levantamento dos principais indicadores sócio-econômicos e de saúde do Estado do Maranhão.

Sabemos que a utilização de informações epidemiológicas confiáveis é imprescindível para um adequado planejamento dos programas de saúde e uma avaliação da eficácia e eficiência das ações desenvolvidas. No Brasil, as informações coletadas de rotina, a nível das instituições de saúde são insuficientes para fornecer um quadro mais completo sobre o panorama sanitário da população. No caso do Maranhão, é necessária a realização de inquéritos populacionais para se obter dados epidemiológicos mais fidedignos. Utilizamos, no estudo, os dados fornecidos pela Pesquisa Estadual de Saúde e Nutrição e da Pesquisa Estadual de Saúde, Nutrição e Mortalidade Infantil (PESNMI, 1996), além daqueles coletados na Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão (SES/MA), da Fundação Nacional de Saúde (FNS) e Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Pesquisamos no Posto Central de Benefícios do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) em São Luís-MA as comunicações de acidentes de trabalho (CATs) existentes em 1994. Os números relativos a acidentes de trabalho e doenças profissionais são dados brutos, expressos em 384 CATs arquivadas no INSS e que constituíam a totalidade de eventos para aquele ano. Elegemos o corte de 1994, pelo fato de ser o último ano em que as CATs foram consolidadas e recolhidas em um Posto Central. A partir de 1995, houve a descentralização para os principais postos de benefícios de todo o Estado, o que dificulta a coleta de dados, já prejudicada pela incorreção do preenchimento das CATs. Procuramos analisar diversas variáveis como sexo, idade, tipo de atividade, entre outros, no intuito de caracterizar o processo de adoecimento do trabalhador maranhense, quer em função de um acidente, quer em função de uma doença profissional e do trabalho.

Procuramos ainda numa outra etapa, elaborar uma análise sobre a atuação de órgãos no Estado do Maranhão a quem está afeta a questão Saúde do Trabalhador, direta ou indiretamente. Em razão da escassez de documentos de registro, nas diversas instituições, este nosso estudo se baseou no depoimento de técnicos de tais entidades, que vivenciaram o processo recente de surgimento de uma tentativa de atenção ao trabalhador maranhense, no que diz respeito à saúde, segurança e seguridade. Utilizamos para isso, entrevistas não estruturadas com técnicos responsáveis pelos setores que assistem os trabalhadores no Sistema Único de Saúde (SUS), Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) e Delegacia Regional do Trabalho (DRT).

Em um outro momento, utilizamos questionário (ver Anexo 7.1) para coleta de dados junto a sindicatos (bancários, metalúrgicos, previdenciários, urbanitários, trabalhadores da indústria e de construção civil) para identificarmos demandas populares e sindicais, elementos fundamentais para uma política de atenção à saúde dos trabalhadores no Maranhão.

Ainda como etapa da metodologia, visitamos alguns programas de saúde do trabalhador: de São Paulo (Centro de Referência em Saúde do Trabalhador - CEREST), de Ribeirão Preto, de Londrina, da Bahia, do Rio de Janeiro e do Pará. Através de telefone e fax contactamos com outros programas: de Goiás e de Minas Gerais, procurando identificar, através de questionário-padrão (ver Anexo 7.2) a todos dirigidos, o modo particular como se organizaram, realizações e dificuldades, ainda como escopo para a formulação de uma adequada política de saúde do trabalhador para o Estado do Maranhão.

2 MARCOS HISTÓRICOS E PARADIGMÁTICOS DA SAÚDE DO TRABALHADOR

2.1 Uma breve visão histórica da área Saúde do Trabalhador

Desde a Antigüidade greco-romana, o trabalho já era visto como um fator gerador e modificador das condições de viver, adoecer e morrer dos homens. Trabalhos de Hipócrates, Plínio, Galeno e outros chamavam a atenção para a importância do ambiente, da sazonalidade, do tipo de trabalho e da posição social como fatores determinantes na produção de doenças. Com a realidade social de tais épocas, em que nações escravizavam outras nações subjugadas em guerra, esses relatos dificilmente teriam o cunho de denúncia social. *De Re Metallica*, obra de Georg Bauer (Georgius Agricola) de 1556, faz referência a doenças pulmonares em mineiros, com descrição interessante de sintomas que hoje atribuímos à silicose, e que Agricola denominou asma dos mineiros. Já Paracelso, em 1567, descreve também doenças de mineiros da região da Boêmia e a intoxicação pelo mercúrio.

E em 1700, surge a extraordinária obra de Bernardino Ramazzini, médico que atuava na região de Modena na Itália, e, com uma visão clínica impressionante para aquela época onde não existiam recursos propedêuticos maiores, descreve doenças que ocorriam em mais de cinquenta profissões. Em seu livro *De Morbis Artificum Diatriba* pode-se encontrar, além da agudeza das observações, uma sutil crítica de costumes. Em função da importância de seu trabalho, recebeu da posteridade o título de pai da Medicina do Trabalho. Ramazzini, antecipando alguns conceitos básicos da Medicina Social, enfatizou a importância do estudo das

relações entre o estado de saúde de uma determinada população e suas condições de vida, que estavam, segundo ele, na dependência da situação social (ROSEN,1994). E, na verdade, se observarmos como pano de fundo o panorama político-social da Europa de então, encontraremos a visão de Ramazzini aceita por muitos, acrescentando-se a idéia de que a vida social e tudo que a ela se referisse (tal como condições de trabalho e de saúde) deveriam estar a serviço do Estado, configurando-se aí um dos elementos doutrinários de um sistema, a que se chamou mais tarde de mercantilismo ou cameralismo. Voltando às referências de doenças associadas ao trabalho, lembramos MORGANI que em Tratado de Patologia de 1761 apud MENDES (1980) observou e enfatizou o item *ocupação*, no relato de todos os casos descritos. PERCIVAL POTT, em 1776, fez as primeiras e minuciosas referências a câncer escrotal em limpadores de chaminés, o que, na verdade, se constituiu como marco inicial dos estudos de relação entre câncer e trabalho (apud MENDES, 1994).

Em toda a Europa, principalmente na Alemanha, mas também na França e na Inglaterra, difunde-se a doutrina da Medicina de Estado, baseada em ideólogos como PETTY que afirma; "...uma população saudável é sinônimo de opulência e poder". Viviam-se a preocupação com a urbanização crescente, com as questões de alimento para o povo, saneamento, as grandes epidemias (FOUCAULT, 1987). A medicina começa a se tornar coletiva, urbana, social (MENDES, 1994). E é justamente aí, que surge um fato novo, que modificaria todo um sistema econômico mundial, com reflexos sociais e para a saúde das populações européias: a REVOLUÇÃO INDUSTRIAL. Historicamente, segundo frisa bem ROSEN (1994), um dos fatores responsáveis pelo

desenvolvimento do mundo moderno e da organização e das ações da moderna Saúde Pública foi a ascensão de uma economia industrial que, para a maioria dos autores, tem seu período marcante entre 1760 e 1850. Ainda vivendo um modelo feudal de Idade Média, mas com um crescente movimento de urbanização, a Inglaterra inicia a moderna industrialização, e as fábricas se instalaram principalmente nos aglomerados urbanos. O trabalho artesanal, onde o homem era detentor de todo o processo, dá lugar a um processo industrial com profundas modificações sociais.

Com a REVOLUÇÃO INDUSTRIAL surge uma nova situação: o trabalho em ambientes fechados, às vezes confinados, a que se chamou de fábricas. O êxodo rural, as questões urbanas de saneamento e de miséria se juntaram a outro grande problema: as péssimas condições de trabalho (e ambiente) alterando o perfil de adoecimento dos trabalhadores que passaram a sofrer acidentes e desenvolver doenças nas áreas fabris, como por exemplo, o tifo europeu (na época chamado *febre das fábricas*). A maioria da mão de obra era composta de mulheres e crianças que sofriam a agressão de diversos agentes, oriundos do processo e/ou ambiente de trabalho. Em 1831, C. Turner Thackrar, médico inglês, em sua obra *“Os efeitos das artes, ofícios e profissões e dos estados civis e hábitos de vida sobre a saúde e a longevidade”*, revelou as lamentáveis condições de vida e de trabalho na cidade de Leeds, Inglaterra. A preocupação com a força de trabalho, com as perdas econômicas suscitou a intervenção dos governos dentro das fábricas. E chegamos ao início do século XIX com a presença de médicos em fábricas (exemplo emblemático do médico Robert Baker, na Inglaterra, citado por MENDES, 1980) e surgimento das primeiras leis de saúde pública que marcadamente abordavam a

questão saúde dos trabalhadores (Act Factory, 1833, por exemplo). A Medicina do Trabalho tinha aí seu marco inicial. No fim do século XIX se vislumbrava uma nova era: os conhecimentos da “*medicina científica*”, unicausal, com base na teoria microbiana, somavam-se ao reconhecimento dos conceitos da Medicina Social, onde aspectos como habitação, saneamento, trabalho e outros entram como co-fatores determinantes na gênese do processo de doença. O modelo de serviços médicos dentro das empresas difundiu-se para vários países da Europa e de outros continentes, paralelamente ao processo de industrialização, e passou a ter um papel importante no controle da força de trabalho através do aumento da produtividade e regulação do absenteísmo (MENDES & DIAS, 1991).

Chegamos ao início do século XX, com o mundo à volta com grandes mudanças. O ideário marxista, o socialismo e comunismo, se contrapondo ao capitalismo e a Primeira Guerra Mundial, fruto ainda do imperialismo herdado do século passado. Todos estes fatos, como explica (HOBSBAWUN, 1995), determinaram profundas mudanças no panorama político-social de todo o mundo. O processo de industrialização e a crescente urbanização modificaram o panorama da relação capital-trabalho. O movimento sindical emergente começou a expressar o controle social que a força de trabalho necessitava. Ao mesmo tempo, as novas tecnologias, ao incorporaram novos processos de trabalho, geravam riscos que culminavam em acidentes de trabalho e doenças profissionais. Como sabemos, o fim do século passado e o início deste, foram pontuados por grandes invenções, e a incorporação deste novo acervo científico e tecnológico não aconteceu sem danos. A própria dinâmica da relação capital-

trabalho se modificou, embora mantendo o binômio final: explorador e explorado, capitalista e operário. A Medicina do Trabalho que encontramos no início do século XX, tem a ótica da medicina do corpo, individual e biológica, estruturada sob a figura do médico do trabalho como agente, e que, através de instrumentos empíricos, atuava sobre seu objeto, o homem trabalhador, com uma abordagem clínico-terapêutica, em que, no máximo, se analisava o microambiente de trabalho e a ação patogênica de certos agentes (DIAS, 1994; TAMBELLINI, 1993).

Este modelo também se mostrou insuficiente pelo reducionismo científico e conceitual. O homem trabalhador tinha suas demandas biológicas sim, mas também psíquicas e sociais e, neste aspecto, a revolução industrial veio trazer o que LEAVELL & CLARK (1976) definem como infelicitação do trabalhador.

No início do século XX, com a expansão e consolidação do modelo iniciado com a revolução industrial e com a transnacionalização da economia, surgiu a necessidade de medidas e parâmetros comuns, como regulamentação e organização do processo de trabalho, que uniformizassem os países produtores de bens industrializados. Assim é, que foi criada a Organização Internacional do Trabalho em 1919. Tal entidade já reconhecia, em suas primeiras reuniões, a existência de doenças profissionais. Por sua vez, o modelo capitalista criado transformou as relações do homem com a natureza, dos homens entre si, com o trabalho e com a sociedade. Surgiu a organização científica do trabalho, o *taylorismo e o fordismo*, convertendo o trabalhador de sujeito em objeto, bem coadjuvado pelas teorias modernas de Administração, que tinham como finalidade precípua, embora não exclusiva, a

produtividade. E, por conseqüência, a conquista do mercado. As ciências por sua vez evoluíram, configurando novos campos do saber, principalmente a química pura e aplicada, a engenharia, as ciências sociais e a incorporação da dimensão da psicanálise. Desenvolviam-se os primeiros conceitos de Higiene Industrial, de Ergonomia e fortalecia-se a Engenharia de Segurança do Trabalho. Paralelamente, no campo da Saúde Pública, começaram a ser criadas Escolas, como a John Hopkins, a de Pittsburgh, com ênfase na Medicina Preventiva que tinha como figuras exponenciais LEAVELL & CLARK. Tudo isto veio configurar um novo modelo baseado na interdisciplinaridade e na multiprofissionalidade, a Saúde Ocupacional, que nasceu sob a égide da Saúde Pública com uma visão bem mais ampla que o modelo original de Medicina do Trabalho. Ressalte-se que esta não desapareceu, e sim ampliou-se somando-se o acervo de seus conhecimentos ao saber incorporado de outras disciplinas e de outras profissões. Desta forma:

“A Saúde Ocupacional surge, principalmente nas grandes empresas, com o traço da multi e interdisciplinaridade, com a organização de equipes progressivamente multi-profissionais, e a ênfase na higiene industrial, refletindo a origem histórica dos serviços médicos e o lugar de destaque da indústria nos países industrializados.” (MENDES, 1991).

A Saúde Ocupacional passava a dar uma resposta racional, científica, para problemas de saúde determinados pelos processos e ambientes de trabalho e através da Toxicologia e dos parâmetros instituídos como limites de tolerância, tentava-se quantificar a resposta ou resistência do homem trabalhador aos fatores de risco ocupacionais. Ainda hoje, nos principais países industrializados, o modelo da Saúde Ocupacional é hegemônico,

porquanto uma efetiva legislação de proteção ao trabalhador e ao meio ambiente se alia à ação igualmente eficiente dos órgãos fiscalizadores (como exemplo temos a Occupational on Safety Health Administration-OSHA e o National Institute for Occupational Health and Safety- NIOSH, nos Estados Unidos da América). Mas, mesmo aí, por força dos movimentos sociais da década de 60, onde se discutia desde o modelo de sociedade até o próprio significado intrínseco do trabalho, sentia-se a necessidade da maior participação dos trabalhadores e da sociedade como um todo, na discussão das grandes questões atinentes à área. Já na Europa, onde fervilhavam movimentos renovadores, irrompeu na Itália da década de 70, um movimento de trabalhadores exigindo maior participação nas questões de saúde e segurança, o que resultou em mudanças na legislação, tais como a participação das entidades sindicais na fiscalização dos ambientes de trabalho, o direito à informação (riscos, comprometimento ambiental, mudanças tecnológicas) e, finalmente, melhoramento significativo nas condições e relações de trabalho. Este foi o movimento operário italiano. E mudanças na legislação de saúde e segurança dos trabalhadores continuaram acontecendo em vários países, e o movimento que se iniciava na Itália, chegou à América Latina, onde a turbulência político-social e a sêde de mudanças fez com que germinasse, tendo como base a reforma sanitária e as lutas democratizantes, que praticamente todos os países da América do Sul e Central travavam. É nesse contexto, que a área temática Saúde do Trabalhador se configurou e estruturou em um contexto de profundas mudanças nos processos de trabalho que se iniciaram na década de 70, e cuja característica marcante era uma transnacionalização das economias, onde indústrias se transferiram para o Terceiro Mundo, principalmente aquelas que

ocasionavam danos para a saúde ou para o ambiente, como a de agrotóxicos, a de amianto e chumbo. Também a automação a informatização, a terceirização, ao determinarem marcantes transformações na organização e processo de trabalho, impactaram sobre os trabalhadores e sua saúde. A Saúde do Trabalhador surgiu também como um novo enfoque de proteção de homens e mulheres, à luz da pressão do capital. Os trabalhos de Laurell & Noriega incorporaram marcadamente esta discussão-resistência e influenciaram pesquisadores e sanitaristas de toda a América Latina contribuindo para determinar o objeto da saúde do trabalhador como o estudo do processo saúde-doença dos grupos humanos sob a ótica do trabalho,.Delineava-se um campo em construção dentro da Saúde Pública e com premissas teórico-metodológicas que TAMBELLINI (1993) e MENDES (1994) expressaram como a ruptura com a concepção hegemônica que estabelece um vínculo causal entre a doença e um agente específico, evitando cair no extremo oposto do determinismo social exclusivo. Daí o marco teórico conceitual de TAMBELLINI (1985) :

“Saúde do Trabalhador é a área de conhecimento e aplicação técnica que dá conta do entendimento dos múltiplos fatores que afetam a saúde dos trabalhadores e seus familiares, independente das fontes de onde provenham, das conseqüências da ação desses fatores sobre tal população (doenças) e das variadas maneiras de atuar sobre estas condições...”

De tudo que se pode depreender destes e de outros autores que tentam traçar um esboço histórico e teórico para a área saúde do trabalhador, fica nítido o papel do próprio trabalhador como ator social, dinâmico, sofrendo e reagindo às

pressões do capital, e desenvolvendo ele próprio mecanismos de controle social para um novo tempo e modelo de organização do processo de trabalho. Em resumo, por Saúde do Trabalhador entende-se um conjunto de práticas teóricas interdisciplinares e interinstitucionais desenvolvidas por diversos atores situados em lugares sociais distintos e aglutinados por uma perspectiva comum (MINAYO-GÓMEZ & THEDIM, 1997). Observa-se que a Saúde do Trabalhador se consolida na América Latina rediscutindo seu modelo próprio, que chega aos anos 90 mais pragmático e menos ideológico, questionando alguns referenciais paradigmáticos que delinearão sua prática mais intensa, no início dos anos 80.

2.2 A questão saúde-trabalho no Brasil

Na curta história do Brasil, de somente cinco séculos, a maneira com que se estruturou social e economicamente o país também determinou o modelo de relação com o trabalho. O extrativismo mineral que motivou o conhecimento e posterior ocupação do interior brasileiro; o modelo agrário feudal, dos latifúndios, dos senhores de engenho e posteriormente dos coronéis; a exploração do indígena nativo, por vezes também escravizado e os anos de escravidão negra, determinaram que – de modo semelhante ao ocorrido na Antiguidade do antigo Egito, Grécia e Roma, - o trabalho braçal fosse destituído de atributo de valor, bem como quaisquer processos mórbidos que o envolvessem, como doenças do trabalho e acidentes do trabalho, banalizados todos pela pouca importância concedida à mão de obra destituída de quaisquer direitos de cidadania.

Com a abolição da escravatura no fim do século passado e a vinda dos imigrantes europeus no início deste século, o Brasil dá início ao seu primeiro grande surto Industrial com quase cem anos de atraso. As grandes invenções do fim do século XIX, a revolução industrial da máquina a vapor e da indústria têxtil, além das transformações políticas, sociais e econômicas do mundo, impactaram sobre o Brasil república. A medicina de então evidenciava preocupação natural com as grandes epidemias, bem como, reproduzindo o modelo de medicina social francês, um cuidado especial com cemitérios, matadouros, hospitais, presídios e fábricas. MENDES (1980) cita trabalhos sobre o assunto como o de MENDONÇA em 1850 que escreveu *“Das fábricas de charutos e rapé”*. E o modelo de desenvolvimento industrial em nada diferia daquele vivido na Inglaterra muitos anos antes: fábricas primitivas, sem condições mínimas de higiene, empregando mão de obra barata, mulheres e crianças, em péssimas condições de trabalho.

E chegamos ao início do século XX com profundas modificações da relação capital-trabalho no país e, de resto, em todo o modelo de organização e sistematização do processo de trabalho, ressaltando-se os movimentos liberalizantes de organização dos operários, como os sindicatos, de base socialista.

Para disciplinar o crescimento e para manter o princípio de poder que amalgamava os brasis, cresce o controle estatal, semelhante ao mercantilismo europeu. A partir daí, no início do século XX, passamos a ter dois referenciais: as influências externas, doutrinárias, advindas da Europa e dos Estados Unidos, e internamente, o eco das transformações políticas e profundas mudanças sociais no país. No início deste século, médicos da

Faculdade Nacional de Medicina, na Praia Vermelha, protestavam contra a realidade das fábricas no Brasil. No Congresso da jovem República do Brasil, surge a proposta, em 1904, que se concedam benefícios previdenciários a trabalhadores acidentados no trabalho, uma constante na então capital federal, o Rio de Janeiro. (MENDES, 1980) A partir daí, com a influência maior da medicina norte americana e das escolas de Saúde Pública, como a John Hopkins, o ensino de Higiene do Trabalho passou a ser incluído nos cursos de sanitaristas e posteriormente nos cursos de Medicina em todo o Brasil. Contraditoriamente. foi em um período de governo totalitário (a ditadura do Estado Novo), que surgiu a Consolidação das Leis Trabalhistas - CLT, que agrupava e sistematizava as leis trabalhistas, representando notável avanço do ponto de vista jurídico. Também foi um período marcado pelo crescimento e afirmação do movimento sindical no Brasil. Atualizações da Lei de Acidentes do Trabalho se sucederam (FALEIROS, 1992). A década de 50 representou o segundo grande surto industrial do Brasil. O desenvolvimento técnico-científico da Medicina do Trabalho, principalmente no Rio de Janeiro e São Paulo passou pela existência de entidades como o SESP (Serviços Especializado de Saúde Pública) e do SESI (Serviço Social da Indústria). As Escolas de Medicina Preventiva, de influência americana, fizeram incorporar a multiprofissionalidade e a interdisciplinaridade ao modelo original de Medicina do Trabalho, que passou, também no Brasil, a contextualizar uma área mais abrangente, a Saúde Ocupacional. Também na formação médica, disciplinas como Medicina do Trabalho foram incluídas na maioria dos currículos das escolas médicas do país. Foi criada a Associação Brasileira de Medicina do Trabalho (ABMT), com sede no Rio de Janeiro. Profissionais como Daphnes de Souto, Talita

Tudor, Bernardo Bedrikow e Diogo Pupo Nogueira, entre outros, foram figuras proeminentes da Saúde Ocupacional naquele período. Proliferavam os serviços médicos de empresas, afirmando-se também como mercado de trabalho interessante para médicos do país, principalmente aqueles com formação em Saúde Pública (sanitaristas) ou em Medicina Preventiva.

A década de 60 encontrou o Brasil em nova crise política, que culminou com o golpe militar de 31 de março de 1964. O Brasil, igualmente à ditadura anterior do Estado Novo, com Getúlio Vargas, entre as décadas de 30 a 50, passou a viver um período de restrição das liberdades democráticas, ao mesmo tempo em que - mantendo a lógica do totalitarismo - o Governo tentava disciplinar a questão do trabalho, aplicando leis e reformas. A Previdência Social unificou os Institutos de categorias, não só para organizar a política de benefícios sociais, mas também para enfraquecer o movimento sindical. O Ministério do Trabalho também consolidou suas ações, intervindo decisivamente em segurança e saúde do trabalhador. De um modo geral, acatávamos as recomendações técnicas da Organização Internacional do Trabalho (OIT) e posteriormente do Comitê Misto OIT- OMS e as adaptávamos à nossa Legislação. O nacionalismo exacerbado, do início do Governo Militar, deu origem a atitudes como a estatização do seguro de acidentes do trabalho em 1966, a retomada de motes antigos como "*o petróleo é nosso*", campanha pelas 200 milhas (soberania da costa). Acontecia o terceiro grande surto industrial do país; era o "*milagre brasileiro*", com o início de construção de obras faraônicas, como a Transamazônica, ponte Rio-Niterói, estádios de futebol, hidroelétricas, etc. financiadas com endividamento interno e externo. O ritmo célere de tais obras transformava os canteiros em

verdadeiros campos de batalha, onde operários morriam, todos os dias.

Em 1968, o mundo vivia verdadeira revolução de valores, tendo como pano de fundo o dualismo ideológico e político: *capitalismo x socialismo*. A tensão da guerra fria, a ameaça do holocausto atômico, o fracasso das guerras como a do Vietnã, além de uma verdadeira revolução de costumes (movimentos pacifistas e ecológicos, etc.) tiveram em 1968 talvez seu apogeu, e movimentos libertários e democratizantes se disseminaram por toda a Europa (HOBSBAWN, 1995). O Brasil, país de população marcadamente jovem naquele período, sofreu influência de tais movimentos, e teve sua própria história de sofrimento e revolta, contra a ditadura militar determinando nos anos seguintes um período conhecido como anos de chumbo ou de terror. A década de 70 veio encontrar o país às voltas com tais conflitos, com a instabilidade política própria dos períodos de exceção.

A alternativa para a redução de acidentes de trabalho encontrada pelo regime militar, no início dos anos 70, frente aos altos índices de ocorrência de acidentes, foi a imposição legal às empresas, de contratarem profissionais especializados (médicos do trabalho, auxiliares de enfermagem ou enfermeiros do trabalho, engenheiros e técnicos de segurança), criando assim os Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho - SESMTs- dimensionados de acordo com o grau de risco e o número de trabalhadores das empresas (BONCIANI, 1994). A criação de tais serviços já era recomendada pela OIT desde 1959, mas no Brasil foi enfatizada nos anos 70. Era um modelo técnico subordinado ao setor empresarial. O governo do Brasil preocupava-

se exclusivamente com os acidentes do trabalho, quer pela repercussão econômica (graves prejuízos aos cofres públicos), quer pelo destaque dado em toda a mídia: “*Brasil, campeão mundial de acidentes de trabalho*”. Pouca ou nenhuma atenção era conferida às ditas doenças do trabalho. É interessante reproduzirmos trecho de discurso de Arnaldo Prieto, ministro do Trabalho, em 1976, e citado ainda por BONCIANI (1994):

“Para tanto, voltemos nossa atenção para 1974, quando o total de acidentes do trabalho atingiu a cifra de 1.796.761, com uma média de 5.891 acidentes por dia útil de trabalho, sendo que daquele total resultaram 3.764 mortes e 65.373 incapacitados permanentemente(...) acarretando perdas de oito (8) bilhões de cruzeiros. ”

Havia necessidade de medidas intervencionistas, portanto. A nível acadêmico, a Escola de Saúde Pública da USP (Universidade de São Paulo) criava o departamento de Saúde Ambiental, que abrigava uma área de Saúde Ocupacional. Por essa época, vários cursos de Medicina tinham também essa área em seus currículos. Para preparar técnicos especializados em número necessário, o Governo criou a Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho - FUNDACENTRO, órgão do Ministério do Trabalho também afeto à pesquisa. Cursos de pós-graduação em Medicina do Trabalho e Engenharia de Segurança disseminaram-se de norte a sul do país, geralmente em convênio com Universidades. Também na área jurídica, o Governo ampliou e modificou o capítulo V da CLT, que versa sobre medicina e segurança do trabalho, ao criar as Normas Regulamentadoras, (BRASIL. Ministério do Trabalho. Portaria 3.214) em junho de 1978, adotando avaliação quantitativa de riscos ambientais e limites de tolerância, bem dentro do escopo da Saúde Ocupacional,

permanecendo a legislação previdenciária-acidentária, com características de uma prática medicalizada, de cunho individual e, contemplando exclusivamente os trabalhadores segurados, ou formalmente engajados no mercado de trabalho (MENDES & DIAS, 1991).

No final da década de 70 surgiram, no Brasil, dois movimentos no campo da saúde, com vertentes distintas, dentro de um início de processo de redemocratização do País e de grande importância. O primeiro é o chamado Movimento Sanitário, que, inspirado nos princípios da Conferência de Alma-Ata (1978) e na própria luta interna pelos direitos de cidadania do brasileiro, entre os quais o de acesso à saúde, gestaram a proposta de Reforma sanitária brasileira, buscando a integralidade da assistência e superação do modelo dicotômico - Medicina preventiva, medicina curativa (AUGUSTO, 1995).

O segundo movimento é o Movimento Sindical, processo que não por acaso iniciou-se no ABC paulista, a partir das grandes greves de 1978 nas indústrias automobilísticas, e que se espalharam por boa parte do território nacional a partir daí. (LACAZ, 1994). Com a reorganização do movimento sindical, introduziu-se a questão *saúde* nas pautas de discussão e reivindicação, seguindo pelo menos aí, o modelo operário italiano das décadas de 60 e 70. Ainda em 1978, foi criada a Comissão Intersindical de Saúde e Trabalho que posteriormente se transformaria no Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes do Trabalho -DIESAT, que teria importante papel ao subsidiar os sindicatos na discussão de assuntos ligados à saúde e trabalho, tentando superar o

assistencialismo, herança do Estado Novo (LACAZ, 1994). Paralelamente, vários sindicatos estruturaram diretorias específicas, para o tratamento das questões de saúde dos trabalhadores. A vertente sindical agregou técnicos que também militavam no processo da reforma sanitária brasileira, outros da academia, principalmente departamentos de medicina preventiva das universidades (TAMBELLINI, 1993). As centrais sindicais, como a Central Única dos Trabalhadores (CUT) ao criar o INSS, tiveram um papel importante no assim chamado controle social da questão *saúde no trabalho*. Estava lançado então um dos pilares dessa nova área temática, a Saúde do Trabalhador, vinda para preencher uma lacuna deixada pelos modelos anteriores, da Medicina do Trabalho clássica, e da Saúde Ocupacional, que se mostraram insuficientes, como bem colocam MENDES & DIAS (1991), em virtude de:

- a) estarem firmados no mecanicismo;
- b) não realizarem uma verdadeira interdisciplinaridade, no sentido da integração dos saberes em prol do trabalhador;
- c) a capacitação de recursos humanos, a produção de conhecimento e de tecnologia de intervenção, não acompanharem o ritmo de transformação dos processos de trabalho.

Esta nova área temática, a Saúde do Trabalhador, assumiu as bandeiras: direito de saber, recusa ao trabalho em situações de risco, saúde não se troca por dinheiro, inclusão de cláusulas de saúde e ambientais nos acordos coletivos de trabalho, integralidade nas ações de saúde do trabalhador, reconhecimento do saber operário, participação na gestão dos serviços de saúde,

validação consensual, grupos homogêneos de risco, incorporação da epidemiologia como instrumento de reconhecimento de riscos e danos à saúde e ao meio ambiente (ODDONE, 1986). Os organismos internacionais também influenciaram na gênese da Saúde do Trabalhador: a Oficina Panamericana Sanitária (OPAS) lançando o documento “*Programas de Ação da Saúde dos Trabalhadores*” em 1983, e o Comitê misto OIT-OMS lançando a Convenção 161 e a recomendação 171 (Serviços de Saúde no Trabalho). O Brasil, vivendo o período dito de reabertura ou de redemocratização, viu surgir na Saúde Pública, um novo modelo com valores oriundos da reforma sanitária e dos núcleos de medicina preventiva, o Programa de Saúde do Trabalhador.

Os Programas de Saúde do Trabalhador, que começaram a ser criados em vários Estados brasileiros, a partir do início da década de 80, tiveram seu verdadeiro momento de criação ideológica com a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, evento que marcou os princípios filosóficos do SUS. Tanto é, que foi convocada para aquele mesmo ano a I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, que, ao congregar de modo inédito, sindicalistas, técnicos da área de saúde e de outras afins, universidades e comunidade em geral, lançou com êxito, as bases para um novo caminhar.

A reforma constitucional de 1988, definindo como direitos de cidadania *saúde e trabalho*, marcou um avanço, já na dita Nova República, em um momento político de transição democrática, ao confirmar o papel do Estado como responsável por condições dignas de saúde para os trabalhadores e o povo em geral.

Em 1990 o Brasil promulgou a Lei Orgânica de Saúde, 8.080, que se constituiu como a referência do SUS e veio, na verdade, não como uma iniciativa governamental, mas como o reflexo das lutas por uma reforma sanitária, que tiveram como marcos a VIII Conferência Nacional de Saúde e a I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador. Além de definir princípios e objetivos do SUS, como a descentralização, a universalidade, a integralidade e a hierarquização dos serviços, a Lei 8.080 contempla decisivamente a questão *saúde do trabalhador* em seu artigo 6º conceituando-a 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 dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho”.

E enumera as ações:

- a) assistência ao trabalhador vítima de acidente de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;
- b) participação, no âmbito de competência do SUS, em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho;
- c) participação, no âmbito de competência do SUS, da normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e equipamentos que apresentem riscos à saúde do trabalhador;

- d) avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde;
- e) informação ao trabalhador, à sua respectiva entidade sindical e às empresas sobre os riscos de acidente do trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional;
- f) participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas;
- g) revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração de entidades sindicais;
- h) garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores.

Em 1991, o Ministério da Saúde, através de sua Divisão de Proteção à Saúde do Trabalhador (DIPSAT), área nova criada a partir da Secretaria Nacional de Vigilância em Saúde, promoveu o I Seminário Nacional de Saúde do Trabalhador, reunindo todos os Estados da Federação, representados na maioria por coordenadores ou gerentes de Programas de Saúde do Trabalhador, onde foi amplamente discutida a operacionalização da Lei 8.080 e a realidade dos programas regionais. Como um dos produtos desse Seminário, ficou agendado o I Seminário Nacional sobre o Acidentado do Trabalho, que se realizaria em novembro de

1991. Ainda em 1991, o Ministério da Previdência publicou a nova Lei de Custeios e Benefícios (8.212 e 8.213) com alguns significativos avanços na questão *seguridade*, como a estabilidade para o trabalhador acidentado.

Uma conquista importante, nesta primeira metade dos anos noventa, foi a constituição da Comissão Interministerial de Saúde do Trabalhador, cujo relatório de novembro de 1993 continha princípios de atuação conjunta de órgãos do Governo em prol da saúde do trabalhador. Progrediam no país as ações de intervenção ambiental voltadas para a defesa da saúde do trabalhador. Até 1993, eram 161 os Programas de Saúde do Trabalhador organizados ou em fase de organização no Brasil (DIAS, 1994). Esta vitalidade pôde ser constatada na II Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, realizada em março de 1994, precedida de pré-conferências em quase todos os Estados da Federação e contou com cerca de mil delegados: servidores públicos, representantes de sindicatos, associações de classe, assessores técnicos e organizações acadêmicas (AUGUSTO, 1995).

Em dezembro de 1994, o Ministério de Saúde, com o objetivo de fomentar as ações de saúde do trabalhador em Estados e Municípios e encaminhar as deliberações da II Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, apresentou a Norma Operacional de Saúde do Trabalhador no SUS (NOST). Aspectos como sistema de informações em saúde do trabalhador, preparo de recursos humanos, financiamento e vários outros foram abordados neste documento, que se propôs a ser uma diretriz, para que em todas as regiões do País a prática da atenção integral à saúde dos trabalhadores se realizasse com a qualidade desejada.

No mesmo período, o Ministério do Trabalho modificou várias normas regulamentadoras que vigoravam praticamente intactas desde a Portaria 3.214 de 1978. Como aspectos de relevância, a nova NR 7, instituindo a obrigatoriedade das empresas elaborarem um Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional- PCMSO, e a NR 9, criando o Programa de Prevenção de Riscos Ambientais- PPRA. A NR 17 que aborda de uma maneira mais racional a questão da ergonomia nos postos de trabalhos e a NR 18- instituiu o Programa de Controle e Meio Ambiente de Trabalho - PCMAT, direcionado para construção civil, representaram um grande avanço no campo prevencionista. Hoje as normas regulamentadoras são reformuladas a partir de comissões tripartitis, envolvendo trabalhadores, técnicos e empresários. Doenças ocupacionais começaram a ser melhor identificadas (doenças osteomusculares relacionadas com o trabalho e perda auditiva induzida pelo ruído, por exemplo) e ações indenizatórias se acumulam nos tribunais. Já se discute amplamente saúde do trabalhador nos Contratos Coletivos de Trabalho. Seguradoras se interessam pela privatização do seguro de acidentes do trabalho

Mesmo diante de um modelo ainda hegemônico de Saúde Ocupacional, sob controle do capital, que oculta a magnitude dos danos à saúde dos trabalhadores e ao ambiente, e se ampara em um arcabouço institucional dicotomizado, anacrônico e corporativo, (AUGUSTO, 1995), a participação conjunta de trabalhadores e técnicos da área tem ensejado esperanças de que, apesar dos retrocessos e perdas evidenciadas ao longo das lutas já citadas por DIAS (1994), o sonho se faça real, garantindo a todos os trabalhadores condições dignas de segurança e saúde

expressando assim a qualidade de vida e os direitos de cidadania tão reclamados e ainda não conquistados.

3 O ESTADO DO MARANHÃO – SITUANDO O MÓVEL DA PESQUISA

3.1 Aspectos histórico-geográficos e sócio-econômicos

A origem do nome Maranhão tem controvérsias: para alguns historiadores, derivaria de *maragnon*, nome que os espanhóis deram ao grande rio Amazonas. Para outros, a palavra significaria “*a grande mentira*”, pois que, para os portugueses este sentido se coadunava com as palavras do grande padre Antônio Vieira: “*no Maranhão até o céu mente*”, referindo-se às chuvas violentas e de início súbito da região.

Após o descobrimento oficial do Brasil em 1500, Portugal criou o sistema de capitanias hereditárias, e Dom João III entregou a região do Maranhão a Aires da Cunha e Fernando Álvares de Andrade, em 1535. Essa primeira tentativa de colonização não deixa vestígios, até porque, devido às difíceis condições de acesso marítimo, algumas expedições naufragaram. Os franceses iniciam a invasão do território e instalam o que chamaram de França Equinocial, fundando São Luís em 1612 (o nome homenageava o rei de França), em uma ilha que os indígenas tubinambás nativos denominavam Upaon-Açú (Ilha grande), constituindo-se a única capital brasileira de origem francesa. Em 1615 Portugal expulsa os franceses, e institui em 1621 a Província do Maranhão e Grão Pará. Em 1641 a ilha de São Luís é ocupada pelos holandeses, expulsos também pelos portugueses três anos depois. A partir daí

o domínio português consolida-se. Em 1774 o Maranhão separa-se do Pará. A forte influência portuguesa (praticamente todo o contato comercial e cultural da então Província do Maranhão se fazia diretamente com Lisboa) fez com que a independência do Brasil só fosse reconhecida pelos maranhenses em 1823, após intervenção armada do Almirante Cochrane. Em 1831 o Estado foi palco da Setembrada, que exigiu a expulsão dos portugueses e dos padres franciscanos da região e, em 1838, da Balaiada, movimento popular nativista que protestava contra a aristocracia rural. Com o fim da escravatura, a economia baseada na mão de obra escrava entrou em decadência. A economia da região, firmemente assentada no setor agropecuário, tinha como produções importantes o açúcar, o gado e o algodão, este último gerando um período promissor de incursão ao setor têxtil (décadas de 20 a 50), mas que entra em nova decadência com a concorrência internacional. A partir de então, a economia predominantemente rural determinou o padrão de atividade do trabalhador maranhense que se dedicou ao extrativismo vegetal (babaçu), ao plantio de arroz, mandioca, milho e feijão, utilizando métodos rudimentares de cultivo, como a condenável prática das queimadas. As difíceis condições climáticas, o tipo de solo arenoso mantinham a produtividade em tendência declinante. A propriedade das terras concentrava-se na mão de poucos, especialmente nas regiões de ocupação mais antiga, fazendo subsistir comportamentos da cultura coronelista bem como a exploração humana através da prestação de serviços pessoais gratuitos ou através de baixos salários e pagamentos em mercadoria (TSUJI, 1993). O início da década de sessenta encontrou o Maranhão em plena estagnação, sem estradas, sem porto, sem eletrificação, sem indústrias e, mais que nunca, com

sua economia baseada no setor primário. A política de financiamento de órgãos governamentais como a Superintendência de Desenvolvimento da Amazônia- SUDAM e a Superintendência de Desenvolvimento do Nordeste- SUDENE - coadjuvada pela ação local de um grupo político emergente, o de José Sarney, mediante uma política de incentivos fiscais, levou para o Maranhão nos anos setenta e oitenta, alguns bons investimentos industriais. Projetos visionários, típicos dos anos de ditadura militar, também tiveram o Estado do Maranhão como palco. Como exemplo, a Transamazônica. Com a implantação há menos de vinte anos de indústria de alumínio e pólo guseiro na região tocantina (sudoeste do Maranhão), bem como o canal exportador de minério de ferro e manganês pelo porto do Itaqui (um dos principais do país), tendo como gestora a Companhia Vale do Rio Doce, o Maranhão recebeu contribuição adicional para uma perspectiva de mudança em seu panorama econômico-social, mas que ainda não se consubstanciou, persistindo uma sociedade colonialista e rural com graves conflitos fundiários, denúncias de trabalho semi-escravo e hegemonia política de grupos oligárquicos, reproduzindo o modelo feudal do Brasil Colônia de capitânicas hereditárias. A agropecuária ainda é o setor hegemônico, aliando exemplos de miséria a exemplos bem sucedidos como o pólo de grãos (soja, arroz) da região do cerrado maranhense. A preocupação ambiental torna-se já oportuna, posto que a monocultura ameaça destruir o solo tal qual sucedeu no Rio Grande do Sul com o mesmo plantio da soja, aliás liderada no sudeste do Estado por colonos gaúchos e paranaenses que para lá migraram. Além disso, os principais rios maranhenses, dantes completamente navegáveis, como o Parnaíba, o Gurupi, o Mearim, o Pindaré e o Itapecuru, sofrem com a agressão aos ecossistemas. A pesca é uma atividade importante,

posto que o mar do Estado é de elevada piscosidade, garantindo a sobrevivência de milhares de famílias. O setor de serviços tem se desenvolvido, fruto até do modelo econômico nacional das duas últimas décadas, com ênfase no mercado informal. A indústria do turismo ainda é incipiente, envolvendo pequena mão de obra, apesar da vocação do Estado para esta atividade, em função das belezas naturais e o rico acervo folclórico e histórico do Estado. Como exemplo temos o Parque Nacional dos Lençóis, a cidade de Carolina, a própria capital, São Luís- hoje patrimônio cultural da humanidade- e Alcântara, cidade de grande riqueza histórica mas que sedia base de lançamento de foguetes do Ministério da Aeronáutica.

O Estado do Maranhão está situado na região nordeste do Brasil, compreendendo uma área total de 333.365,6 km², que corresponde a 3,90% do país e 21,35% da região nordeste, com população estimada para 1996 de 5.300.000 habitantes e densidade demográfica de 15,90 hab/km² (IBGE, 1996).

O Maranhão possui 217 municípios distribuídos em 05 mesorregiões geográficas, sendo 81 recém-emancipados e apenas 15 apresentam população superior a 50.000 habitantes. Sua capital é São Luís, apresenta relevo variado, com costa recortada, planície litorânea com dunas e planaltos no interior e vegetação bastante rica: mata dos cocais a leste; mangues no litoral; floresta amazônica a oeste e cerrado ao sul. O clima no Estado varia de acordo com a região, sendo semi úmido quente (tropical) na área meridional, semi árido brando no nordeste do Maranhão e úmido na estreita faixa do oeste do Estado (IBGE, 1996).

A bacia hidrográfica do Maranhão é extensa, sendo seus principais rios: Tocantins, Gurupi, Pindaré, Mearim, Parnaíba, Turiaçu e Itapecuru.

No Maranhão existem ainda grupos populacionais indígenas semi-aculturados nas regiões de Barra do Corda, Grajaú, através de tribos como os guajajaras e os pés pretos, com atividades produtivas ainda predominantemente extrativas, embora já se pratique uma agricultura incipiente.

QUADRO 1 - Indicadores Demográficos, Maranhão, 1991 a 1996

INDICADOR	FONTE / ANO
Estimativa da População – 5.160.974 (1994)	SES – MA / 1997
Estimativa da População –5.231.261 (1995)	SES – MA / 1997
Estimativa da População – 5.300.000 (1996)	IBGE / 1996
Porcentagem da População Urbana – 40% (1996)	IBGE / 1996
Estimativa da PEA – 2.099.176 hab. (1991)	PNAD/IBGE / 1995
Densidade Demográfica (hab./km ²) – 15,90 (1996)	IBGE / 1996
*Taxa média Geométrica (por 100 hab.) – Total –1.93 Urbana – 4.19 Rural –0.69	IBGE / 1996

* TMG de incremento anual da população residente

Os dados por região obtidos no IBGE (1996) definem alguns elementos de interesse: no nordeste do país encontram-se as maiores concentrações de população jovem, em torno de 45%. Grande parte das crianças e adolescentes vivem em condições de extrema miséria com a maioria da população infanto-juvenil vivendo em domicílios com rendimento mensal familiar per capita de até ½ salário mínimo. Quanto aos adolescentes entre 15 e 17

anos, menos da metade tinham como única atividade o estudo e 19,6%, somente trabalhavam. No Maranhão, especificamente a população residente nesta faixa etária era em 1995 de 408.138 pessoas, sendo que 103.450 somente trabalhavam, não estudavam. No Maranhão a taxa de analfabetismo para maiores de 15 anos era de 41,40% e a participação no PIB do Brasil era da ordem de 1,2 %. O número de eleitores 2.615.445 (IBGE, 1996) e a população economicamente ativa (PEA) - 2.099.176 - correspondia a 42,6% da população total, da qual 2.055.757 pessoas encontravam-se ocupadas (PNAD/IBGE, 1995).

TABELA 1 - Principais atividades econômicas no Estado do Maranhão

ATIVIDADE ECONÔMICA	%
AGROPECUÁRIA	52.6
INDUSTRIAL	6.0
CONSTRUÇÃO CIVIL	4.7
COMÉRCIO E SERVIÇOS	36.7

Fonte: IBGE -1996

Sabe-se que os indicadores sócio-econômicos de uma população estão altamente relacionados com as suas condições de saúde, refletindo-se na morbi-mortalidade da mesma.

A população maranhense é extremamente pobre, conforme constatado nos dados divulgados, estando entre as mais pobres da Federação (Unicef/IBGE, 1994).

Os indicadores sócio-econômicos apresentam um quadro desfavorável para grande parte da população residente no Estado do Maranhão, onde observamos que cerca de 66% dos chefes de

domicílios percebem até um salário mínimo como rendimento mensal, sendo que destes 64% habitam a área rural (IBGE, 1991).

As desigualdades sociais são extremamente marcantes no Maranhão e parece que vêm se acentuando ao longo dos últimos 5 anos, segundo dados da PESNMI realizada em 1996 (Unicef, 1997).

O Maranhão apresenta níveis de alfabetização dos mais baixos do país, o que vai se refletir no grau de qualificação profissional dos trabalhadores maranhenses (Unicef/IBGE, 1994).

Para a população residente no Estado constata-se que apenas 25,2% dos domicílios possuem canalização interna de abastecimento de água, 13,6% dos mesmos estão ligados à rede geral de esgoto e 16,2% têm o lixo coletado (IBGE, 1991), revelando deficiências nas estruturas de serviços básicos à população.

Observa-se no Quadro 1 que a população urbana correspondente a 40%, caracterizando assim o Maranhão como o Estado predominantemente rural tendo em consequência, como atividade econômica mais importante, a agropecuária (Tabela 1 – 52,6%).

3.2 Aspectos gerais da Saúde Pública

As informações obtidas na pesquisa da UNICEF de 1996, em comparação com os dados da pesquisa de 1991, apontam para uma melhoria em alguns indicadores da saúde materno-infantil, a saber: aumento da cobertura do pré-natal (59% para 71%); aumento da vacinação anti-tetânica às gestantes (37% para 59%);

a assistência hospitalar ao parto passou de 61% para 77%; aumento da duração do aleitamento materno total; diminuição da prevalência de diarreia aguda em menores de 5 anos (22% para 16%); redução de 7 pontos percentuais na prevalência da desnutrição, embora insista em se manter elevada e aumento da cobertura do exame de mama e do preventivo em mulheres da faixa de 15 a 49 anos. Contudo, observa-se um aumento no percentual de mães adolescentes, que passou de 7,5% para 13,3% no período de 1991 a 1996.

Entretanto, o panorama de saúde pública no Estado do Maranhão é hoje de uma precariedade semelhante ao início do século passado. Na verdade, existe um mau quadro sanitário, em que endemias se mantêm vivas, perpetuando a verdadeira *africanização* da saúde que vem sucedendo nesta última década. Assim é que o Maranhão tem um dos mais elevados índices de hanseníase do Brasil, (18 mil casos anuais) o mesmo acontecendo com malária, (40 mil casos anuais) tuberculose, (4 mil casos anuais), leishmaniose tegumentar, leishmaniose visceral (calazar), esquistossomose, dengue, diarreias infantis, hepatite, parasitoses intestinais, micoses sistêmicas.

Além dessas, temos o sarampo (maior causa de óbito em crianças até 5 anos), tétano, tracoma, bócio endêmico, câncer ginecológico, elevada mortalidade materna e infantil e o crescimento da AIDS. Também o ciclo epidêmico do cólera foi marcante há três anos, quando o Maranhão registrou o segundo maior número de casos da região nordeste, segundo dados da FNS. Todo este quadro está na razão direta da condição de extrema miséria como vive a maioria da população do Estado, refletindo-se

em uma expectativa de vida ao nascer de 52,4 anos, muito abaixo da média brasileira. Como ilustração, temos o QUADRO 2 apresentando alguns dados estatísticos de epidemias/endemias existentes no Maranhão.

QUADRO 2 - Indicadores de morbidade no Maranhão (epidemias/endemias), 1994, 1995 e 1998

INDICADOR	FONTE / ANO
Casos confirmados de cólera 1995 - 705	FNS-MS / 1997
Casos confirmados de malária 1995 - 32.819	FNS -MS/ 1997
Casos notificados de dengue 1995- - 1776	FNS -MS/ 1997
Tuberculose - incidência por 100.000 hab. 1995 - 69,9	FNS -MS/ 1997
Hanseníase - prevalência por 10.000 hab. - 1995 - 26,81	FNS - MS/1997
Casos notificados de sarampo 1995 - 65	FNS -MS/1997
Casos internados de Doença de Chagas 1994 - 5	FNS -MS/1997
Casos notificados de Leishmaniose Tegumentar Americana 1995 - 4.725	SES - MA / 1997
Casos notificados de AIDS (1985 - maio/98) SES -MA-820	SES - MA / 1998
Casos notificados de Esquistossomose 1995 - 2442	SES - MA / 1997

Como podemos observar, é um Estado ainda eminentemente de atividade primária, dividindo-se entre o extrativismo e a agropecuária. O lavrador maranhense, na sua quase totalidade utiliza práticas de cultivo ultrapassadas, como a limpeza de áreas para o plantio sendo feito com as queimadas. Em função disso, altera-se o ecossistema, com profundas implicações na fauna e principalmente no comportamento dos vetores silvestres, que passam a adotar um comportamento intra e peridomiciliar. O trabalhador rural vê-se então como vilão e vítima desse processo, culminando com a contaminação e conseqüente

adoecimento de patologias como malária, leishmaniose, dengue, esquistossomose e outras.

Todos os estudos sobre a malária ressaltam que o lugar onde o homem habita é questão fundamental, pois a malária é uma doença que se manifesta com características endêmicas e epidêmicas em várias regiões e, tudo indica, em sua maioria, ser de transmissão domiciliar ou peridomiciliar. A doença é causada por um protozoário, o plasmódio, tendo como vetor o anofelino, que ao picar o homem veicula uma patologia grave caracterizada por quadro febril marcante, além de outras manifestações clínicas, que em conjunto podem levar à morte. Porque reúne no mesmo ambiente ecológico o hospedeiro, o transmissor e o parasita, costuma-se definir sua epidemiologia como “*de paisagem*”, aqui entendida como a ocupação desarmoniosa da natureza pelo homem. O lavrador, ou mesmo o garimpeiro, ao adentrar a uma região foco malarígeno, sem nenhuma defesa imunológica, é presa fácil. O Brasil tem condições propícias para a malária endêmica, principalmente na região amazônica, da qual o Maranhão faz parte, sendo esta região responsável por noventa por cento dos quase 500.000 casos notificados a cada ano no Brasil, refletindo isso as condições de vida do homem em relação à moradia, à posse de terra, ao trabalho e à organização do setor Saúde. Aspecto relevante da endemia é essa relação *ocupacional*, pois na grande maioria dos casos estudados de malária no Estado do Maranhão são garimpeiros os acometidos, em sudoeste do Estado, ou ainda colonos de projetos de agrovilas. Tais trabalhadores migram de outras regiões do Estado, ou mesmo de outras localidades da região Nordeste.

A esquistossomose mansônica é doença de grande endemicidade no Estado do Maranhão, e este talvez seja o modelo mais apropriado para demonstrar a vinculação ocupacional de uma patologia parasitária. A doença, causada por um helminto, o *Schistosoma mansoni*, tem como hospedeiro intermediário um planorbídeo, de gênero *Biomphalaria*, e como hospedeiro definitivo o homem; caracteriza-se por uma forma intestinal e uma forma grave, hépato-esplênica, freqüentemente incapacitante e que pode levar à morte. Há uma grande região no interior maranhense, denominada *baixada*, com grandes áreas alagadas, cuja população vive de uma agricultura primitiva, em que o arroz é uma das principais culturas. É aí que os lavradores, homens e mulheres, se contaminam, ante a liberação na água das formas infestantes (cercárias), a partir do caramujo (planorbídeo).

A Leishmaniose tegumentar é também uma protozoose, causada pelo gênero *leishmania* e que tem como vetor um flebótomo, inseto que ao inocular o parasita no homem determina uma patologia que vai desde uma ulceração tegumentar a formas graves disseminadas que podem levar à morte. No Maranhão, a doença acomete principalmente colonos da região centro sul e sudoeste do Estado, de ocupação mais recente e cujo ecossistema vem sendo afetado com o desmatamento acelerado, coadjuvado pelas queimadas.

Outros indicadores importantes relativos à saúde são os de mortalidade. Para a análise da mortalidade, é importante ressaltar o elevado percentual de subregistro de óbitos para o Maranhão, que se encontra em torno de 90% (SES-MA, 1997). Por outro lado, verifica-se tanto na Capital como no Estado o aumento

no número e percentual de óbitos com causa mal definida, mostrando a precariedade do sistema de informações de mortalidade, no que diz respeito à ocorrência de óbitos sem assistência médica como também a um inadequado preenchimento do atestado de óbito. Além disso, a baixa taxa de realização de necrópsias no Estado contribui para elevar este percentual (SES-MA).

TABELA 2 - Mortalidade proporcional segundo faixa etária (Curva de Nelson de Moraes), Maranhão, 1991 a 1995

ANO / FAIXA ETÁRIA	1991	1992	1993	1994	1995
	%	%	%	%	%
< 1 ano	7.32	7.52	6.56	7.72	9.07
1 - 4 anos	2.14	1.87	1.80	1.85	2.22
5 - 19 anos	3.55	3.39	3.45	3.47	4.30
20 - 49 anos	24.80	24.97	26.64	25.57	23.15
50 anos e +	62.19	62.25	61.55	61.33	61.26

Fonte: Divisão de Coleta e Análise (DCA/SES/MA) / MS (CENEPI) - 1997

A mortalidade proporcional por faixa etária apresenta elevado percentual de óbitos na faixa de 20 a 49 anos, o que representa um alto custo em anos potenciais de vida perdidos, dado ser este um grupo predominante na faixa etária da população economicamente ativa, o que ocasiona perda considerável para o Estado e seus dependentes, contribuindo para a manutenção da condição de pobreza do Maranhão (ver TABELA 2).

Da mesma forma, a TABELA 3 mostra um maior percentual de óbitos no sexo masculino, que são, na maioria das vezes, trabalhadores e provedores de suas famílias.

TABELA 3 - Mortalidade proporcional segundo o sexo, Maranhão, 1991 a 1995

ANO / SEXO	MASCULINO %	FEMININO %
1991	65.53	34.47
1992	64.74	35.26
1993	63.45	36.55
1994	62.07	37.93
1995	60.22	39.78

Fonte: Divisão de Coleta e Análise (DCA/SES/MA) / MS (CENEPI) - 1997

A análise dos óbitos por causa básica no Maranhão (ver TABELA 4) evidencia mudanças no padrão de mortalidade no período de 1991 a 1995: as doenças infecciosas e parasitárias diminuíram em importância, passando do 3º para o 4º lugar e vêm se mantendo nessa posição ao longo dos últimos anos. O Maranhão apresenta padrão de mortalidade semelhante ao do país nas três primeiras causas de óbito, com ressalvas porém ao elevado percentual de óbitos com causa mal definida (cerca de 50%), o que inviabiliza uma análise mais adequada. De qualquer modo, as doenças do aparelho circulatório são as causas mais importantes, em seguida as causas externas e as neoplasias. Isto demonstra um padrão misto de mortalidade - coexistência de causas de óbito características de países desenvolvidos ao lado de outras, relativas ao subdesenvolvimento, como as doenças infecciosas e parasitárias, por exemplo.

TABELA 4 - Principais causas básicas de óbito, Maranhão, 1991 a 1995

CAUSA BÁSICA / ANO	1991	1992	1993	1994	1995
	%	%	%	%	%
Doenças Aparelho Circulatório	14.41	15.96	16.70	18.04	18.72
Causa Externas	9.50	9.46	9.20	8.38	10.11
Neoplasmas	4.40	4.97	4.86	5.30	5.72
Doenças Infecciosas e Parasitárias	4.80	4.92	4.15	4.18	4.62
Afeções do Período Perinatal	3.13	3.02	3.01	3.64	4.34
Causas Mal definidas	53.50	50.77	50.88	48.36	43.13
Outras	10.26	10.90	11.20	12.10	13.36
TOTAL	100	100	100	100	100

Fonte: Divisão de Coleta e Análise (DCA/SES/MA) / MS (CENEPI) – 1997

TABELA 5 - Probabilidade de morte (por 1.000) do nascimento até 1 ano estimada pelo método de Brass para o Brasil, Nordeste, Sergipe e Maranhão em anos selecionados.

ANO	BRASIL *	NORDESTE *	SERGIPE **	MARANHÃO *	MARANHÃO
1982	66,5	100,6	77,0	96,0	86,0
1984	67,1	104,3		84,9	
1986	59,0	86,0	68,0	81,2	
1988	52,0	77,0	58,0	81,9	81,0
1990	46,0	71,8	58,0	71,1	69,0
1992	41,9	63,8	55,0	64,9	68,0
1994			49,6 ***		58,0

FONTE: * Simões (1993)

** Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe/Unicef (1994)

*** dado obtido através de projeção

UNICEF, 1996 (MARANHÃO, 1997)

A mortalidade infantil no Maranhão vem mostrando tendência de queda, apresentando uma redução de 32,6% no período de 12 anos, entretanto continua sendo maior que a de Sergipe, do Nordeste e do Brasil (ver TABELA 5). Está decrescendo de forma mais lenta do que em outras regiões do país e, embora apresente tendência de redução, o Maranhão é um dos Estados brasileiros com a maior taxa de mortalidade infantil e com piores condições de sobrevivência infantil. Entre as principais causas de óbitos infantis encontram-se as perinatais, as doenças infecciosas e parasitárias (DIP) e as doenças respiratórias, apesar da grande redução do número de óbitos por DIP.

Apresentamos de forma resumida no Quadro 4 alguns indicadores de mortalidade para o Estado do Maranhão.

QUADRO 3 - Indicadores de mortalidade, Maranhão, 1992, 1994 e 1995

INDICADOR	FONTE / ANO
Coeficiente de mortalidade hospitalar materna por 10.000 internações 1995 - 5,50	FNS / MS/1997
Coeficiente de mortalidade hospitalar geral por 10.000 internações 1995 -- 64,38	FNS / MS/1997
Taxa de mortalidade infantil 1994 -(estimativa) - 63,20	IBGE - Censos demográficos
Coeficiente de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias (por 100.000 Hab.) 1992 - 13,71	FNS / MS/1997
Coeficiente de mortalidade por doenças do aparelho digestivo (por 100.000 Hab.) 1992 - 7,15	FNS / MS/1997
Coeficiente de mortalidade por doenças do aparelho respiratório (por 100.000 Hab.) 1992 - 8,50	FNS / MS/1997
Coeficiente de mortalidade por Neoplasias (por 100.000 Hab.) 1992 - 13,97	FNS / MS/1997
Coeficiente de mortalidade por causas externas (por 100.000 Hab.) 1992 -25,83	FNS / MS /1997
Coeficiente de mortalidade por doenças do aparelho circulatório (por 100.000 Hab.) 1992 - 43,82	FNS / MS/1997

Em relação à estrutura de serviços de saúde, observamos no Maranhão uma concentração de unidades de saúde na Capital e em cidades do interior com maior contingente populacional e atividades econômicas importantes, como por exemplo Imperatriz, na região Tocantina. De modo geral, o Estado possui uma rede de serviços de saúde insuficiente para atender a população de acordo com os padrões da Organização Mundial de Saúde (OMS) e mal distribuída geograficamente. Verifica-se, do mesmo modo, uma distribuição de recursos humanos de forma heterogênea. O acesso aos serviços de saúde, por outro lado, é também bastante deficiente. Constata-se que um número elevado de pessoas residentes na região leste do Maranhão procura atendimento médico em outras capitais, como por exemplo, Teresina-PI.

A cobertura dos serviços públicos de saúde encontra-se muito baixa quando comparada a outros Estados, apesar da melhoria verificada nos últimos 5 anos. O QUADRO 4 mostra alguns indicadores coletados sobre recursos físicos, humanos e cobertura de serviços de saúde.

QUADRO 4 - Indicadores de recursos físicos e humanos e cobertura de serviços de saúde, Maranhão, 1995

INDICADOR	FONTE / ANO
Total de estabelecimentos de saúde - 1.011	IBGE, 1996
Número de leitos- 21.256	IBGE, 1996
Número de postos de saúde - 408	IBGE, 1996
Número de centros de saúde - 118	IBGE, 1996
Número de unidades mistas- 55	IBGE, 1996
Número de hospitais -249	IBGE, 1996
Serviços de complementação diagnóstica e terapêutica- 95	IBGE, 1996
Relação médico/habitante- 1 médico para cada 2.687 hab.	IBGE, 1996
Médicos por 10.000 hab. 1995 - 3,79	CFM, 1996
Odontólogos por 10.000 hab.- 1,82	CFO, 1996
Enfermeiros por 10.000 hab.- 1,37	COREN, 1996
Leitos por 1.000 hab. 1995 - 4,7	FNS-MS, 1996
Gasto em saúde per capita R\$(Transf. federal) 1995- 34,94	SAS-MS, 1996
Cobertura vacinal DPT< 1 ano (1995) 59,98	FNS-MS, 1996
Cobertura vacinal anti-poliomielite<1 ano (1995) 43,91	FNS-MS, 1996
Cobertura vacinal anti-sarampo< 1 ano (1995) -71,00	FNS-MS, 1996
Internações hospitalares SUS (1995) - 475.450	FNS-MS, 1996
Média mensal de proced. ambulatoriais SUS (95) - 2.873.406	FNS-MS, 1996

Todos estes números ainda não refletem o atual quadro sanitário do Estado, em que todos os níveis de prevenção são absolutamente deficientes e onde milhares de pessoas adoecem e morrem todos os dias, sem conseguir acesso a qualquer Unidade do Sistema de Saúde.

3.3 Os acidentes e as doenças profissionais no Maranhão

Os acidentes e as doenças profissionais são aqui considerados, por representarem uma séria questão de Saúde Pública no Maranhão e, de resto, em todo o Brasil, constituindo-se assim patologia social de significativos efeitos, em função dos prejuízos humanos (vítimas e familiares) e econômicos (Previdência Social e perdas por diminuição de produção) que determinam. Além do que, contribuem significativamente para os indicadores de

mortalidade por causas externas. Esta assertiva se baseia não só no número de acidentes notificados, mas principalmente no bem maior número de acidentes não notificados, que representariam a base de um imaginário “iceberg”, e que muitas vezes estão expressos por acidentes de trânsito que também são acidentes de trabalho do tipo *de trajeto*. As estatísticas nestes casos se confundem.

Em função portanto, da importância do tema, realizamos um trabalho de levantamento junto ao órgão que dispõe dos números de acidentes do trabalho, o INSS. Foram identificados todos os acidentes do trabalho notificados no Estado do Maranhão em 1994 (de janeiro a dezembro). Escolhemos este recorte, posto que foi o ano de 1994 o último em que todas as Comunicações de Acidente do Trabalho (CATs) foram centralizadas em um Posto Central de Benefícios, o posto nº 9, sito no Centro da cidade de São Luís. Nos anos subsequentes de 1995, 1996 e 1997, as Comunicações de Acidente do Trabalho passaram a ser entregues em vários postos de Benefício do Estado do Maranhão, em louvável e racional tentativa de descentralizar e facilitar o acesso do trabalhador, mas que se revelou danoso no sentido de que não mais se fez o consolidado de tais números e assim sendo tornou-se, no momento, muito difícil realizar qualquer estudo sobre a tipicidade e natureza dos acidentes do trabalho no Estado, que são na verdade o objetivo de nossa presente exposição. Outro aspecto importante a ser frisado é que a obrigatoriedade legal da emissão da CAT em seis (6) vias se perde frente ao fato de que, na prática, somente as vias do empregado, do empregador e do INSS têm o seu destino, posto que a via do SUS não é enviada pelo INSS, nem tampouco recolhida pelo setor competente (Vigilância) do SUS,

perdendo-se aí a finalidade da CAT como instrumento de notificação compulsória. Sem entrar em análise mais profunda de onde residem as falhas, constata-se que o INSS continua a ser, no Estado do Maranhão, o único detentor do número real de casos notificados de acidentes do trabalho.

A avaliação completa de várias comunicações de acidentes do trabalho foi realizada com algumas dificuldades, visto apresentarem campos do impresso com erros de preenchimento e rasuras.

As principais deficiências encontradas no que se refere ao preenchimento das comunicações de acidentes de trabalho foram: a ausência do código de atividade econômica da empresa, a descrição genérica do local ou do objeto causador do acidente, a descrição do acidente de forma imprecisa, e ainda, em muitos casos, os campos “*avulso*”, “*apresentado*”, “*reinício de tratamento*”, deixados em branco, gerando em algumas tabelas um alto percentual da classificação “*não informados*”.

A sistemática de coleta de dados por si só é falha. Não é exigido qualificação ou treinamento das pessoas que são responsáveis pelo preenchimento das CAT's; a classificação e codificação das atividades das empresas difere daquela utilizada por outras instituições, tais como o IBGE; cita-se na CAT apenas a atividade principal, omitindo-se as demais; a centralização da fase de processamento na DATAPREV exclui a agilidade e a flexibilidade do processo; os dados do INSS excluem os acidentes que acometem trabalhadores não contemplados pelos direitos previdenciários.

A subnotificação das doenças profissionais e do trabalho, o risco de desemprego ao se comunicar o acidente do trabalho, a burocracia no preenchimento da própria CAT também levam à contestação da 7777veracidade das informações contidas nas comunicações de acidentes de trabalho.

Estima-se que para cada acidente do trabalho notificado, 3 ou mais não chegam a ser contabilizados nos números oficiais. Fato concreto é o subregistro dos acidentes do trabalho. (REVISTA CIPA, 1996).

TABELA 6 - Distribuição dos acidentes de trabalho analisados, segundo a idade do acidentado

IDADE	Nº ABSOLUTOS	%
Até 19 anos	13	3,38
20 a 29 anos	148	38,55
30 a 39 anos	124	32,30
40 a 49 anos	73	19,01
50 a 59 anos	23	5,98
60 anos ou mais	3	0,78
TOTAL	384	100,00

Fonte: INSS/SL/1994

A análise da TABELA 6 mostra que aproximadamente $\frac{3}{4}$ (70,85%) dos acidentes do trabalho analisados ocorreram na faixa etária de 20 a 39 anos, o que caracteriza contingente de trabalhadores no grupo etário adulto.

Segundo dados do IBGE, em 1994, 62,4% da população ocupada das regiões metropolitanas de Recife, Salvador, Belo Horizonte, Rio de Janeiro, São Paulo e Porto Alegre eram pessoas entre 18 e 39 anos de idade (BRASIL, 1996. p.88), o que corrobora nosso achado, o de que esta faixa etária é realmente a mais presente no mercado de trabalho e, em números absolutos, a mais exposta aos fatores de risco.

Os trabalhadores de nosso estudo foram distribuídos e classificados do seguinte modo: 95,84% eram adultos, 3,38% eram jovens- abaixo de dezenove anos - e apenas 0,78% eram idosos (acima de 60 anos).

Não encontramos registro de acidentes do trabalho em menores de 17 anos, atribuindo-se o fato às implicações legais do trabalho do menor, o que certamente concorreu para a subnotificação.

Considerando números grosseiros, no Brasil existem atualmente 5 milhões de trabalhadores menores (IBGE, 1994).

Em termos de remuneração, segundo dados do IBGE, em 1994, cerca de 20% dos menores trabalhadores no Brasil, não ganhavam 01 (um) salário mínimo, sendo a situação mais crítica a da Região Nordeste (43,1%) e, a mais aceitável, a da Região Sudeste (10,9%).

O Censo Demográfico de 1991 registrou para o Maranhão uma população economicamente ativa de 2.508.342 (dois milhões, quinhentos e oito mil e trezentos e quarenta e dois) trabalhadores,

assim distribuídos: 57,87% indivíduos do sexo masculino e, 42,13%, do sexo feminino, observando-se um predomínio de pessoas do sexo masculino em relação às pessoas do sexo feminino.

Dados do IBGE, considerando pessoas de 15 anos ou mais de idade, ocupadas, no Brasil, em 1994, revelam que 61,5% das pessoas ocupadas no referido ano eram do sexo masculino, e que apenas 38,5% eram do sexo feminino.

Analisando a distribuição dos acidentes do trabalho examinados em nosso estudo, confirma-se a predominância da mão de obra masculina no conjunto de casos notificados de acidente de trabalho (93,75%), em comparação a 6,25%, acontecidos com pessoas do sexo feminino.

Conclui-se que, se a mão de obra masculina predomina nos três setores de atividade econômica, o homem está mais sujeito a sofrer um acidente do trabalho, em números absolutos.

Em relação às mulheres vítimas de acidentes do trabalho encontradas em nosso estudo, 29,16% estavam concentradas em serviços administrativos; 75% eram solteiras; 62,5% dos acidentes ocorreram no local de trabalho, e as regiões atingidas do corpo com frequência foram os membros inferiores.

TABELA 7 - Distribuição de acidentes do trabalho analisados, segundo o estado civil

ESTADO CIVIL	Nº ABSOLUTOS	%
Solteiro	179	46,62
Casado	198	51,56
Viúvo	4	1,04
Não informado	3	0,78
TOTAL	384	100,00

Fonte: INSS/SL/1994

A TABELA 7 apresenta a distribuição dos acidentes do trabalho por estado civil. Observa-se que 51,56% dos trabalhadores em estudo eram casados. Isto corresponde a 198 casos de infortúnios do trabalho analisados através das comunicações de acidentes do trabalho.

Um percentual menor é verificado em relação aos solteiros (46,62%), e a população de viúvos ou de união livre é inteiramente desprezível.

TABELA 8 - Distribuição dos acidentes do trabalho analisados, segundo o horário do acidente

HORÁRIO DO ACIDENTE	Nº ABSOLUTOS	%
00:00 - 06:00	3	0,78
06:00- 09:00	72	18,75
09:00 - 12:00	117	30,47
12:00 - 15:00	73	19,02
15:00 - 18:00	81	21,09
18:00 - 21:00	32	8,33
21:00 - 00:00	4	1,04
Não informados	2	0,52
TOTAL	384	100,00

Fonte : INSS/SSSL/1994

No tocante ao horário de ocorrência do acidente, é marcante a distribuição dos acidentes durante o dia. Apenas 9,37% dos acidentes ocorreram em horário noturno. Uma explicação para tal pico entre 9 e 12 horas, pode-se associar a uma hipoglicemia transitória, considerando as condições alimentares do trabalhador.

Em estudo realizado pela Secretaria de Estado do Trabalho e Ação Social – SETAS/MG, em parceria com o INSS, projeto banco de dados, ficou constatado que nos três anos de observação, 1991 a 1993, “os horários de maiores incidências foram das 9 (nove) às 11 (onze) horas”. (ACIDENTES, 1996, p.98)

Em nosso estudo, 89,23%, ocorreram entre as 6 (seis) e 18 (dezoito) horas, observando-se um pico de ocorrência entre as 9 (nove) e as 12 (doze) horas (ver TABELA 8).

TABELA 9 - Distribuição dos acidentes do trabalho analisados, segundo a região atingida do corpo

PARTE ATINGIDA DO CORPO	Nº ABSOLUTOS	%
Cabeça –Crânio	15	3,90
Face/Olhos	18	4,68
Tronco –Tórax	24	6,25
Abdome	9	2,35
Testículos	3	0,78
Região Lombossacra	30	7,82
Membro Superior Esquerdo	27	7,03
Mão Esquerda	37	9,63
Membro Superior Direito	19	4,94
Mão Direita	54	14,06
Membro Inferior Esquerdo	31	8,08
Pé Esquerdo	25	6,52
Membro Inferior Direito	51	13,28
Pé Direito	29	7,56
Não informados	12	3,12
TOTAL	384	100,00

Fonte : INSS/SL/1994

Face à TABELA 9, observa-se que as mãos são as partes mais afetadas do corpo (23,69%), seguidas dos pés (14,06%).

Em termos gerais, os membros superiores e os membros inferiores são as regiões do corpo mais afetadas (71,09% do total). Apenas 28,91% (111 casos do total) referem-se a lesões em cabeça e tronco. Fica fácil estabelecer o nexo, considerando o predomínio de exposição dos membros no processo de trabalho. Na verdade, tanto nos acidentes do trabalho como nas doenças profissionais, as mãos e os pés são muito atingidos. O uso de botas, sandálias, máscaras, pode, em indivíduos sensíveis, causar eczemas. Em nosso estudo, a elevada incidência de lesões nos pés, deve-se, talvez, à negligência do uso das botas. Quer por parte do empregador ao não fornecê- las aos empregados, quer por parte do funcionário, ao não adotá- las.

Quanto à ocorrência de politraumas, foram evidenciados em algumas comunicações de acidente do trabalho, no campo “*descrição dos acidentes e parte(s) do corpo atingida(s)*”, alguns referentes ao envolvimento de várias partes do corpo.

O único caso de acidente fatal analisado em nosso trabalho foi de trajeto, que teve como causa externa da lesão acidente automobilístico. Tratava-se de um politraumatismo.

TABELA 10 - Distribuição dos acidentes do trabalho analisados, segundo o tipo de acidente e/ou objeto causador.

TIPO DE ACIDENTE E/OU OBJETO CAUSADOR	Nº ABSOLUTOS	%
Queda de pessoa	84	21,88
Batida por	71	18,48
Acidentes automobilísticos	46	11,96
Batida contra	37	9,63
Esforço excessivo	32	8,33
Queda de objeto	29	7,56
Prensagem entre	25	6,52
Instrumentos perfurantes	24	6,26
Projétil de arma de fogo	06	1,56
Exposição a temperaturas extremas	05	1,30
Contato com eletricidade	04	1,04
Arma branca	03	0,78
Contato com produto químico	01	0,26
Agressão física	01	0,26
Outros	16	4,16
TOTAL	384	100,00

Fonte: INSS/SL/1994

Quanto ao modo através do qual o indivíduo sofre a lesão, ou seja, como ele entra em contato com o agente lesivo, vê-se

na TABELA 10 que 21,86% dos 384 acidentes em análise foram consequentes a quedas acidentais; 18,48%, referem-se aos casos em que o trabalhador sofreu a ação de objetos ou instrumentos de encontro a seu corpo, e 11,96% dos casos, tiveram como causa externa da lesão os acidentes de trânsito.

No que refere à causalidade dos acidentes do trabalho, muitos fatores são apontados: a baixa qualificação profissional, as precárias condições de nutrição e de saúde do trabalhador, os problemas familiares, os distúrbios emotivos, as preocupações, a falta de atenção, a sonolência, a propensão aos acidentes.

Convém lembrar que um mesmo acidente pode ser atribuído a diferentes causas: material, máquina, fator humano (stress, fatores psicossomáticos) e ambiente, Um fator ou a associação de dois ou mais desses fatores pode ser implicado como causa do acidente.

Quanto à análise dos acidentes-tipo, encontramos lesões provocadas por facões, outros objetos cortantes, quedas acidentais, tratores e implementos, acidentes de transporte, exercícios extenuantes, impactos acidentais por quedas de objetos ou contra objetos e pessoas, irregularidades do solo, movimentos extenuantes, animais, plantas, projéteis de arma de fogo, instrumentos perfurantes ou perfurocortantes.

A violência tem sido uma constante na realidade brasileira. O próprio homem é sujeito e objeto da violência. Esta já pode ser considerada como parte da estrutura e base, de alguns grupos sociais, instituições, relações domésticas, grupos religiosos

e raças. As agressões físicas, a violência das ruas, a imposição de maus tratos também podem ser evidenciados como causas de acidentes do trabalho.

Em nossa casuística, foram relatados um caso de agressão física e seis casos envolvendo projéteis de arma de fogo.

TABELA 11 - Distribuição dos acidentes do trabalho analisados, segundo a natureza da lesão

TIPO DE LESÃO	Nº ABSOLUTOS	%
Contusão	74	19,28
Fratura	65	16,93
Entorse/Distensão	52	13,55
Ferida corto-contusa	48	12,50
Ferida incisa	25	6,52
Lumbago	22	5,72
Traumatismo craniencefálico	12	3,12
Amputação	07	1,82
Luxação	07	1,82
Lesões por instrumentos perfurantes	32	8,33
Lesões perfuro-contundentes	06	1,56
Queimadura	05	1,30
Choque elétrico	04	1,04
Hérnia de disco	02	0,52
Outros	23	5,99
TOTAL	384	100,00

Fonte : INSS/SL/1994

As lesões mais comuns, de acordo com a TABELA 11, foram as contusões (19,28%); as fraturas (16,93%); as entorses e distensão 13,55%); as feridas corto- contusas (12,5%); as feridas

incisas (6,52%); e aquelas lesões provocadas por instrumentos perfurantes (8,33%).

Ressalte-se que os instrumentos perfurantes mais comuns, enquanto objetos causadores de acidentes do trabalho, avaliados em nosso estudo, foram os pregos. A quase totalidade das lesões causadoras por esses instrumentos ocorreram na área de construção civil, e as partes atingidas do corpo foram os pés.

As lesões oculares encontradas resumiram-se a seis casos, envolvendo rotura de conjuntiva, úlcera de córnea, lesão transfixante de córnea, perfuração de globo ocular e cegueira irreversível.

Foi constatado ainda, um acidente envolvendo picada de animal peçonhento. É interessante observar-se que, em um Estado de economia marcadamente centrada na agropecuária, as notificações de acidente de trabalho rural são em bem menor número que os acidentes urbanos.

As contusões foram resultantes, na grande maioria dos casos, de impactos acidentais por quedas de objetos ou contra objetos ou pessoas. Ressalta-se também os acidentes causados por máquinas.

Os casos de lumbago foram associados, em sua quase totalidade, a excesso de exercício e movimentos extenuantes.

Os acidentes envolvendo perdas anatômicas foram decorrentes de ferimentos ou prensagens, e mais evidenciados em mãos e dedos.

As fraturas mais comuns decorreram dos acidentes automobilísticos, das prensagens e das quedas acidentais, sendo os locais do corpo mais frequentemente atingidos, os dedos, as mãos, e os membros inferiores.

As queimaduras resultaram do contato acidental com substâncias em elevada temperatura (alumina quente, gases e vapores), com fogo propriamente dito ou com eletricidade (arco voltáico).

TABELA 12 - Distribuição dos acidentes do trabalho analisados, segundo a duração do tratamento.

DIAS DE AFASTAMENTO	Nº ABSOLUTOS	%
Inferior ou igual a 15 dias	168	43,75
Superior a 15 dias	208	54,16
Não informados	07	1,82
TOTAL	384	100,00

Fonte: INSS/SL/1994

Os dados fornecidos pelo Ministério da Previdência Social, referentes aos acidentes do trabalho ocorridos no Brasil, em 1994, somam 388.304 (trezentos e oitenta e oito mil, e trezentos e quatro) acidentes registrados para 23.016.637 (vinte e três milhões, dezesseis mil seiscentos e trinta e sete) empregados segurados.

No mesmo ano, segundo os mesmos dados, foram notificados 307.939 casos de incapacidade temporária, dos quais, 61 %, com afastamento do segurado do setor de trabalho por mais de 15 de dias e, 39%, com afastamento superior a 15 dias.

Em relação ao Estado do Maranhão, foram notificados apenas 29 casos de incapacidade temporária, todas com afastamento superior a 15 dias e 44 casos de incapacidade permanente.

No tocante ao nosso estudo, os dados estatísticos foram reunidos com base nas informações registradas em cada campo do impresso de comunicação dos acidentes do trabalho. Logo, não podemos afirmar quantos, dos 384 acidentados integrantes do nosso universo de estudo, foram enquadrados na categoria “*incapacidade temporária*” ou na “*categoria incapacidade permanente*”, já que as CAT’s não trazem tais informações.

Segundo MARANHÃO (1989, p.420), para plena configuração da incapacidade temporária é de se esperar por uma recuperação integral. Não havendo a recuperação integral do acidentado, a incapacidade passa a ser considerada permanente.

A evolução do processo deve ser acompanhada para que, no decorrer do tempo, seja descartada a possibilidade de recuperação integral do acidentado. Nesse intervalo, o processo consiste em analisar a natureza e a sede da lesão, fazer uma apreciação prognóstica da lesão ou perturbação funcional. Isto feito, e não observada a recuperação integral do acidentado, é que se passa a falar em incapacidade permanente.

O fato é que, em relação ao tempo provável de tratamento, (ver TABELA 12), salienta-se que 43,75% dos acidentes em referência, ocasionaram período de afastamento inferior ou igual a 15 dias (Incapacidade temporária parcial), e que 54,16%, ocasionaram um tempo de afastamento superior a 15 dias (incapacidade temporária ou permanente).

Os percentuais supramencionados, demonstram a importância econômica da adoção e prática de uma política prevencionista de acidentes do trabalho e das doenças relativas a profissões, já que cumpre à empresa a remuneração integral do dia do acidente e dos quinze dias seguintes. A Previdência assume integralmente a manutenção do acidentado somente a partir do 16º dia de incapacidade funcional, quando este passa a receber o auxílio – doença.

TABELA 13 - Distribuição dos acidentes do trabalho analisados, segundo o regime de tratamento

REGIME DE TRATAMENTO	Nº ABSOLUTOS	%
Ambulatorial	327	85,16
Hospitalar	32	8,34
Amb. + Hospitalar	18	4,68
Não informados	06	1,56
TOTAL	384	100,00

Fonte : INSS/SL/1994

Nota : Foi excluído o único caso de acidente fatal

Com base nas informações fornecidas pela TABELA 13, os acidentados submetidos a tratamento ambulatorial perfazem 85,16% particularmente em ambulatórios de hospitais públicos ou

unidades mistas. Isso vem confirmar a conservação da obrigação do estado relativa à saúde do trabalhador.

De acordo com as estatísticas do Ministério da Previdência, o Brasil, em 1995, gastou com acidentes do trabalho e doenças profissionais em torno de R\$ 4 bilhões. Destes, 85 % foram de responsabilidade das empresas, e 15% do INSS (FUDOLI, 1997, p.14)

Com base nesses números, e naqueles por nós encontrados, podemos afirmar que os acidentes do trabalho representam uma sobrecarga aos serviços de saúde, aos recursos humanos e financeiros do Estado e do País, uma vez que poderiam ser facilmente evitados através de uma política prevencionista correta e adequada, que valorizasse, sobretudo, a saúde do trabalhador.

TABELA 14 - Distribuição dos acidentes do trabalho analisados, segundo a profissão do acidentado

PROFISSÃO	Nº ABSOLUTOS	%
Servente	66	17,18
Pedreiro	29	7,56
Ajudante/Auxiliar atividades diversas	23	5,98
Carpinteiro/Marcineiro	18	4,68
Mecânico/Ajudante de mecânico	18	4,68
Operador de máquina	18	4,68
Arrumador	17	4,42
Gari	17	4,42
Motorista	15	3,90
Serviços Gerais	13	3,38
Auxiliar de produção	12	13,12
Ajudante de entrega	12	13,12
Balconista/Vendedor	09	2,34
Industriário	08	2,08
Vigilante	08	2,08
Cobrador de ônibus	06	1,56
Auxiliar administrativo	06	1,56
Eletricista	06	1,56
Comerciário	06	1,56
Outros	77	20,05
TOTAL	384	100,00

Fonte : INSS/SL/1994

Quanto à questão das profissões, a TABELA 14 mostra que o grupo intitulado “*servente*” representa o maior índice percentual: 17,18% dos acidentes do trabalho arrolados em nosso estudo.

FARIA & SILVA (1986, p.26), após analisarem 4.095 acidentes do trabalho, segundo a profissão dos acidentados,

constatarem que o grupo compreendido por “*servente*” e “*ajudante de serviços gerais*” era aquele de maior índice de acidentes do trabalho: 30,3%.

A constatação de que os acidentes do trabalho são mais comuns entre trabalhadores, segundo a profissão dos acidentados, da mão de obra de baixa especialização não constitui nenhuma novidade, e neste estudo configura-se um fato.

TABELA 15 - Distribuição dos acidentes do trabalho analisados, segundo o ramo de atividade da empresa

ATIVIDADE ECONÔMICA	NºABSOLUTOS	%
Construção Civil	136	35,42
Atividades Ligadas ao Comércio	62	16,15
Transportes e Comunicações	60	15,63
Indústria de Transformação	42	10,94
Prod. e Distribuição Eletricidade e Água	15	3,90
Outros Serv. Col. Soc. Pess.	40	10,41
Outros Ramos Atividades Econômicas	29	7,55
TOTAL	384	100,00

Fonte: INSS/SI/1994

Na TABELA 15, verifica-se que o ramo de atividade econômica, responsável pela maior parte dos acidentes, foi o da construção civil. Conforme vimos anteriormente, pedreiros, serventes, carpinteiros, foram as maiores vítimas dos acidentes do trabalho e integram profissões que fazem parte da indústria da construção civil.

O Censo Demográfico de 1991 registrou no Maranhão, uma população ocupada equivalente a 2.055.757 pessoas. Apenas 4,7% da população ocupada atuava na construção civil. Considerando este percentual, podemos afirmar que, em nosso meio, é elevado o índice de acidentes neste setor.

Estudo epidemiológico de acidentes do trabalho, em Porto Alegre/RS, baseado em dados de 1991, constatou que as ocupações com maior número de casos foram a construção civil (13%) e as indústrias metalúrgicas (12,4%).

Estariam os trabalhadores da construção civil mais sujeitos aos acidentes do trabalho que os trabalhadores das demais áreas de atividade econômica ?

Podemos resumir nossa análise dos dados encontrados e ressaltar os seguintes pontos quanto à caracterização dos acidentes de trabalho em São Luís-MA no período de janeiro a dezembro de 1994:

- a) o perfil do acidentado em São Luís - Ma em 1994 é predominantemente do sexo masculino (93,75%), casado (51,56%), adulto (95,84%), vinculado a uma empresa (82,81%), de atividade ocupacional não especializada (30,98%), e de baixo poder aquisitivo;
- b) a maior ocorrência de acidentes do trabalho foi observada entre as 9 e as 12 horas (30,46%); após 1 ou 4 horas do início da jornada diária de trabalho; no próprio local de trabalho (72%);

- c) as regiões mais atingidas do corpo foram os membros superiores e inferiores (35,41%), especialmente as mãos (23,70%), e os pés (14,06%); os tipos de lesões mais frequentes foram as contusões simples (19,27%), e as fraturas (16,92%), e as entorses e distensões(13,54%);
- d) os acidentes-tipo mais significativos foram: quedas de pessoa (21,87%), batidas por agente externo (18,48%), batidas contra objeto externo (9,63%) e, esforço excessivo (8,33 %);
- e) a porcentagem de acidentes fatais foi de 0,26% das notificações estudadas;
- f) o regime de tratamento a que foi submetido o acidentado foi predominantemente ambulatorial (85,16%);
- g) o ramo de atividade econômica responsável pelo maior índice de acidentes do trabalho foi o da construção civil (35,42%);
- h) Foi constatada uma equivalência quanto ao perfil do acidentado, entre nossos dados e os de outros autores.
- i) podemos afirmar que os acidentes do trabalho representam uma sobrecarga aos serviços de saúde, aos recursos humanos e financeiros do Estado e do País, uma vez que poderiam ser facilmente evitados através de uma política prevencionista correta e adequada, que valorizasse, sobretudo, a saúde do trabalhador.

Os dois casos de doenças profissionais relatados em nosso trabalho foram resultantes de movimentos repetitivos e do contato com substância química, caracterizando, segundo as informações contidas nas comunicações de acidentes do trabalho, tenossinovite e dermatite de contato, respectivamente. Podemos inferir que este é um número absolutamente irreal, considerando-se que em todo o país os números de doenças profissionais foram bastante significativos, até mesmo por ação dos programas de saúde do Trabalhador, que lutam por notificações corretas através das CATs, o que resultaria em um controle epidemiológico mais próximo do ideal.

Segundo MENDES (1994) os tipos mais frequentes de doenças do trabalho são as lesões por esforços repetitivos (LER/DORT), a surdez, as dermatoses e as pneumopatias. Os nossos achados se enquadram nesta análise.

4 A ATENÇÃO AO TRABALHADOR NO MARANHÃO

Analisaremos a atuação dos órgãos públicos que de algum modo lidam com a questão Saúde do Trabalhador no Estado do Maranhão, bem como sindicatos e outras entidades que também a esta área se relacionam.

4.1 A atuação do SUS

Nos anos setenta, em conseqüência de todo um clamor popular de repúdio aos elevados índices de acidente do trabalho em todo o Brasil, foram criados em todo o País, clínicas de atendimento aos acidentados do trabalho, algumas próprias do sistema e outras conveniadas. Ao mesmo tempo, a Previdência

implantava os núcleos ou centros de reabilitação profissional. Com este perfil assistencial existia no Estado do Maranhão uma Clínica de Acidentes do Trabalho, mantida pelo INAMPS. Era uma estrutura ambulatorial, multiprofissional e interdisciplinar, com atendimento ortopédico, neurológico, cirúrgico, e que dava o primeiro atendimento ao acidentado do trabalho, exclusivamente àqueles trabalhadores que tinham registro em carteira profissional. Como relata um médico ortopedista e do trabalho que lá atuava, era um atendimento diferenciado, de qualidade, onde até medicamentos eram distribuídos gratuitamente. Claro está, complementa ele, que o universo a ser atendido era menor, exclusivamente de trabalhadores segurados. Com a extinção de tal Clínica, coincidindo com o advento do então SUDS (Sistema Único Descentralizado de Saúde), o INAMPS passou a credenciar duas (2) clínicas de acidentes do trabalho, privadas, conveniadas. A qualidade caiu vertiginosamente e o trabalhador acidentado passou a encarar uma *via crucis*, peregrinando em busca de assistência. Em nossa análise, com a implantação do SUS e seus princípios básicos de hierarquização e universalização do atendimento, a clientela aumentou sobremaneira, enquanto a estrutura de atendimento, ou seja, a rede de serviços de saúde, tornava-se cada dia mais precária, constituindo-se assim fator determinante para a má qualidade da atenção ao acidentado no trabalho. Durante algum tempo (década de 80) o Sistema de Saúde conveniou duas clínicas particulares para atendimento aos acidentados do trabalho. Denúncias de maus tratos aos trabalhadores e até de fraudes fizeram com que tais clínicas fossem descredenciadas.

Com o desmonte do Sistema de Saúde direcionado especificamente para o trabalhador segurado, o SUS, à luz do que

ditada a Lei Orgânica de Saúde, absorveu nominalmente as atividades anteriormente desempenhadas pelo INAMPS, no que tange à assistência ao acidentado no trabalho e portador de doença profissional e outras atribuições do INSS, como concessão de órteses e próteses. Os sindicatos protestaram contra o não privilegiamento do atendimento aos trabalhadores segurados, posto que, a perda da atenção diferenciada implicava, segundo eles, em perda de qualidade. Mas aí se estabelecia um impasse ideológico, já que o SUS e seu ideário eram bandeiras de luta da reforma sanitária e do movimento sindical.

Em 1991, seguindo uma tendência nacional, criou-se o Programa Estadual de Saúde do Trabalhador (PST), vinculado à Coordenação da Rede de Saúde, através da Divisão do Adulto da Secretaria de Estado de Saúde do Maranhão. No início, contava com dois técnicos: um médico do trabalho e uma assistente social. Como primeira atividade o PST-MA participou do I Seminário Nacional de Saúde do Trabalhador, realizado em junho de 1991 em Brasília-DF, sob o patrocínio da então Divisão de Proteção à Saúde do Trabalhador (DIPSAT) do Ministério da Saúde - hoje (COSAT) Coordenação de Saúde do Trabalhador. Tal evento constituiu-se como um marco, pois desde 1986, quando da I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador não se reuniam tantos técnicos atuantes ou interessados nesta área temática e campo de atuação da Saúde Pública. Em novembro de 1991, o PST-MA participou do I Seminário Nacional sobre Acidentes do Trabalho, também sob o patrocínio e organização do Ministério da Saúde. O pequeno grupo de trabalho que constituía o PST-MA tentou implementar projetos como o de treinamento e capacitação de profissionais de saúde para a área de Saúde do Trabalhador e a elaboração de uma

cartilha de orientação para os trabalhadores. Em 1993, com o apoio do Conselho Estadual de Saúde e de sindicatos, o PST realizou a Primeira Conferência Estadual de Saúde do Trabalhador, com expressiva participação popular e que resultou em várias propostas para fortalecimento da área de Saúde do Trabalhador no Estado, particularmente o seu Programa, visto como braço operacional. Entre outras propostas importantes pontuou-se: a necessidade da criação de um Ambulatório de Doenças Profissionais mediante convênio entre a Secretaria de Estado de Saúde e a Universidade Federal do Maranhão (UFMA); idealização de um Centro de Referência em Toxicologia, também mediante convênio com o curso de Farmácia e Bioquímica da UFMA e a criação de uma Comissão Estadual de Saúde do Trabalhador. Por último, indicaram-se nomes de representantes do Estado para participarem em Brasília-DF da II Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, que aconteceria em março de 1994. Com as mudanças de Governo no Estado, a Secretaria de Estado de Saúde teve novas alterações administrativas, e o PST sofreu esvaziamento de sua atuação, com algumas ações passando a ser desempenhadas pela Divisão de Vigilância Sanitária. Além disso, com a perda de alguns técnicos para cursos de capacitação fora do Estado, e com a desmotivação de outros, determinada pela falta de apoio de instâncias superiores, o PST – Ma passou a viver um período de poucas realizações. Restringe-se hoje à informação em saúde, dando palestras a trabalhadores, distribuindo folhetos explicativos e participando de eventos locais e nacionais, ao mesmo tempo que luta por mudanças realmente positivas.

Colhemos depoimentos de vários trabalhadores acidentados no trabalho, tanto na Unidade de Saúde onde

buscavam tratamento imediato como na fila de espera do INSS para onde se encaminhavam com as CATs. Atualmente, o atendimento aos acidentados do trabalho se dá principalmente no Hospital Djalma Marques, hospital de Pronto Socorro da capital, São Luís, onde os trabalhadores ali chegam quase sempre sem a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) e onde não existe estrutura oficial destinada para o fim específico de promover a vigilância dos acidentes do trabalho e o consequente registro epidemiológico. As empresas que têm planos de saúde e convênios específicos para acidentes do trabalho (já que a maioria dos planos não cobre tais eventos) encaminham os trabalhadores para clínicas e hospitais e, nesses casos, a maioria emite as CATs, encaminhando-as ao Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) com as seis (6) vias preenchidas. Infelizmente, as vias que normalmente deveriam ser entregues à DRT e à Secretaria de Saúde do Estado, para ativar a vigilância epidemiológica, não o são, perdendo-se aí elemento fundamental para o registro dos acidentes do trabalho. O INSS por sua vez dificulta o acesso às CATs, de vez que o atendimento é precário, onde não existe nenhum setor específico para receber os acidentados do trabalho, que se somam aos demais segurados que adentram com outros processos de auxílio-doença, por causas diversas de afastamento. Isto faz com que os acidentados sejam obrigados a chegar de madrugada aos postos de benefício do INSS simplesmente para entregarem a CAT. Em nossa análise, a consequência é que a maioria dos trabalhadores, cujo acidente de trabalho determina afastamento inferior a quinze dias, desiste de comparecer ao INSS, contentando-se com um atestado médico emitido por médico da empresa ou da rede pública e resolve sua pendência junto ao Departamento de Pessoal de onde trabalha. E este fato contribui

para agravar a questão da subnotificação. Por outro lado, nos acidentes do trabalho com afastamento superior a quinze dias, observa-se em muitas empresas a tendência a não emitir CAT por conta da Lei 8.212/91 que concede estabilidade de um ano para o trabalhador acidentado cujo afastamento foi superior a quinze dias. Para evitar isso as empresas mantêm o trabalhador afastado, em tratamento em hospitais e clínicas particulares, administrando a questão do afastamento internamente, e não enviando o acidentado do trabalho para o INSS. Por sua vez, os trabalhadores acidentados, contentam-se com a assistência médica de razoável qualidade e esquecem seus direitos previdenciários ou trabalhistas. Outras empresas, geralmente grandes e poderosas, têm convênios com o INSS e fazem suas próprias perícias através de médicos conveniados. E há toda uma pressão para que não se conceda afastamento superior a 15 dias, tanto por conta da questão estabilidade como também pelos recordes de acidente-zero ostentados por tais empresas, importantes para a competição no mercado, com a ISO (Organização Internacional de Normalização) 9001 e 9002, em tempos de globalização.

4.2 A atuação do INSS

Ao INSS compete a perícia e a concessão dos benefícios aos trabalhadores acidentados no trabalho ou portadores de doenças profissionais e do trabalho, como aliás também ocorre com qualquer trabalhador com nosologia incapacitante, por período maior que quinze dias. Ao mesmo tempo, visando uma reintegração mais rápida e bem adaptada do trabalhador ao seu emprego, o INSS promove a reabilitação profissional.

Por lei, (8.213 de 24/07/91) compete ao Instituto Nacional do Seguro Social promover a reabilitação profissional do trabalhador afastado por patologia ocupacional ou não, e que impeça o desempenho normal deste em sua função originalmente exercida, quando do momento do afastamento.

A reabilitação profissional é um serviço prestado pelo INSS, através das UERPs (Unidades Executivas de Reabilitação Profissional), que visa atender aos segurados afastados do trabalho por doença ou acidente, com o objetivo de proporcionar-lhes os meios necessários para a (re) educação e (re) adaptação profissional e social, indicados para voltarem a participar do mercado de trabalho. O segurado é encaminhado para a UERP, principalmente pelos órgãos periciais do INSS, mas também pelo próprio Serviço Social do INSS e ainda por empresas ou entidades sindicais. Os critérios a serem considerados para o encaminhamento são:

- a) seqüela definitiva - o segurado deve apresentar perspectiva imediata de Programa de Reabilitação Profissional, ou seja, não necessitar mais de tratamento cirúrgico, ambulatorial ou fisioterápico;
- b) tempo em benefício - o segurado em gozo de auxílio doença após seqüela definitiva, deve ser encaminhado o mais precocemente possível, pois o longo tempo de afastamento cria resistência do segurado em voltar ao trabalho;
- c) idade - o segurado deve apresentar a idade máxima de 55 anos;
- d) outros fatores interagem nos critérios de encaminhamento, como por exemplo saber se o

trabalhador tem ou não vínculo empregatício, escolaridade, procedência, etc.

A Unidade Executiva de Reabilitação Profissional já existe no Maranhão desde setembro de 1981. No Maranhão, o INSS, em seu setor de atividades previdenciárias, dispõe de um núcleo de reabilitação profissional. Atualmente, funciona precariamente em um casarão colonial, em sede não própria. A estrutura atual da reabilitação profissional do INSS compreende uma área técnica, com três equipes:

- a) Equipe de Avaliação da Capacidade Laborativa (EACL), formada por um médico e uma assistente social, que definem a capacidade laborativa residual da clientela encaminhada para o programa;
- b) Equipe de Desenvolvimento do Programa Profissional (EDPP), formada por dois assistentes sociais, que desenvolvem o programa estabelecido para o cliente;
- c) Equipe de Recursos Técnicos (ERT), formada por um médico, um técnico de assuntos educacionais, contando ainda com a colaboração dos Assistentes Sociais de outras equipes. Esta equipe subsidia as demais equipes com dados atuais do Mercado de Trabalho, treinamentos, cursos, análise de funções, cadastros de empresas, etc.

A administração da Unidade é formada por sete (7) funcionários que desenvolvem todas as atividades inerentes ao funcionamento da Unidade Executiva. A chefia da Unidade está sob a responsabilidade de uma assistente social.

O Programa de Reabilitação é portanto desenvolvido por equipe multiprofissional, especializada em Medicina, Serviço Social, Educação e outras afins ao processo, em algumas etapas básicas:

- a) avaliação e definição da capacidade laborativa residual;
- b) avaliação e acompanhamento do programa profissional;
- c) articulação com a comunidade, com vistas ao reingresso no mercado de trabalho;
- d) acompanhamento e pesquisa de fixação no mercado de trabalho.

Segundo a chefia da Unidade, as dificuldades de operacionalização de todas as propostas correm por conta da falta de recursos humanos e principalmente materiais, que fazem com que pesquisas como a de Segmento e Fixação no Mercado de Trabalho, bem como tratamento estatístico dos segurados desligados para volta ao trabalho não sejam concluídos. As instalações de atendimento aos segurados também são precárias. O intercâmbio com o SUS na questão das órteses e próteses, e outras atinentes a eventuais intercorrências clínicas com os reabilitandos é também deficiente, muito em função da igualmente deficiente rede assistencial do Estado, mormente na área de Reabilitação Geral. A Unidade tem convênio com algumas empresas e tenta interiorizar suas ações, através de acordos de cooperação técnica com prefeituras municipais como as de Caxias e Imperatriz.

No ano de 1994, a Unidade registrou 180 clientes, sendo que destes, 142 foram elegíveis, retornando ao trabalho 106. Entrevistamos alguns reabilitandos e pudemos observar que, apesar de reconhecerem o interesse e dedicação da equipe da Unidade, alegam o descompasso entre suas aspirações em termos de reabilitação e mudança de atividade e aquilo que é concedido ou proporcionado. Na Construção Civil, por exemplo, a maioria dos reabilitandos com seqüelas é treinado para vigia, o que representa para eles a oficialização da limitação e da incapacidade.

Do mesmo modo, o atendimento inicial do trabalhador acidentado no trabalho ou portador de doença profissional, que ocorre no posto de benefícios do INSS é uma *via crucis* para o trabalhador, que necessita chegar pela madrugada, e receber uma senha para dar entrada na Comunicação de Acidentes do Trabalho (CAT). Neste momento, é marcada sua consulta com o perito que vai determinar o nexos causal ao fato gerador do evento. Quando finalmente o trabalhador é periciado e concedido a ele um período de afastamento, esse trabalhador demora a receber o benefício correspondente, por um período de até três meses. E isto ocorre, justamente quando ele mais necessita de suporte financeiro para custear seu tratamento. Há um grande descompasso entre a perícia e o Sistema de Saúde, a quem compete efetivamente o tratamento desse trabalhador, cumprindo o modelo de prevenção secundária proposto por LEAVELL & CLARK (1976). Isto determina uma demora da reintegração do trabalhador a seu posto de trabalho, com conseqüente prejuízo para ele próprio, para sua empresa e para a seguridade. E para o país, de uma maneira geral.

4.3 A atuação da DRT

Por atribuição da Lei Orgânica de Saúde 8.080/1990, seria competência da Vigilância Sanitária da Secretaria de Saúde proceder à fiscalização dos ambientes de trabalho na questão referente à saúde e segurança ocupacionais. Como tal proposta é também do Ministério do Trabalho, surge uma dicotomia que nacionalmente tem se expressado por modelos os mais diversos, de Estado para Estado. Assim é que, em algumas regiões do País, o Ministério do Trabalho através das Delegacias Regionais do Trabalho tem se unido à Vigilância Sanitária das Secretarias Estaduais. No Estado do Maranhão, a Secretaria de Estado da Saúde realiza uma fiscalização muito tímida, nos ambientes de trabalho. Somente instituições de saúde, hotéis e restaurantes são cobrados a apresentar exames médicos ocupacionais. O Código Sanitário do Estado tem mais de 20 anos, estando obsoleto e, absolutamente não contempla a questão Saúde do Trabalhador. Não existem técnicos treinados na Divisão de Vigilância Sanitária em questões de tal área temática. A fiscalização da Delegacia Regional do Trabalho (DRT) ocorre por conta da Seção de Saúde e Segurança do Trabalhador (SSST). Entrevistamos dois técnicos da Seção de Segurança e Saúde do Trabalhador (engenheiro e chefe atual da seção e um médico), que nos relataram a estrutura atual, possibilidades e dificuldades. A SSST no Maranhão possui atualmente no seu quadro de funcionários:

- a) engenheiros: 08 (06 capital + 01 Bacabal + 01 Caxias)
- b) médicos: 03 (na capital)
- c) técnicos de segurança: 04 (03 na capital + 01 Imperatriz).

Recentemente foi realizado concurso com duas vagas para médico do trabalho, uma para São Luís, outra para Imperatriz.

As prioridades para fiscalização são as seguintes:

- a) atendimento a denúncias formuladas por trabalhadores, entidades sindicais e Ministério Público;
- b) execução do Projeto Ação Fiscal na capital: fiscalização anual, programada mês a mês, das principais atividades econômicas;
- c) projeto Interiorização da Ação Fiscal: programação mensal de viagem a 3 municípios do Estado, priorizados dentre os de maior porte e atividade econômica;
- d) priorização do cumprimento das normas regulamentadoras 04, 05, 07 e 09;
- e) aumentar a adesão das empresas ao Programa de Alimentação do Trabalhador (PAT) – orientando e informando-as sobre o Programa durante as ações fiscais.

O principal objetivo da SSST-MA, expresso por seus técnicos, é a redução do número de acidentes do trabalho no Estado. As principais metas são o aumento de 10% no número de empresas participantes do PAT e a orientação às Comissões Internas de Prevenção de Acidentes (CIPAs), com a realização na capital e no interior do projeto PAI/CIPA – Projeto de Assistência Integral às CIPAs. Os principais entraves a um bom desempenho, segundo a chefia da SSST, estão na dificuldade de recursos

humanos e materiais para o exercício da fiscalização. A fiscalização exercida pela Delegacia Regional do Trabalho é pontual, e feita com uma visão reducionista, ou seja, se atém à exigência do cumprimento das normas regulamentadoras, usando uma metodologia do tipo “*check-list*”. Em alguns Estados, a SSST/DRT exerce ainda uma ação esclarecedora, educativa, e seus técnicos têm produção científica e procuram reciclar-se continuamente. No Estado do Maranhão, esse tipo de trabalho não acontece, talvez pela escassez de recursos humanos. Há uma total desarticulação entre a SSST/DRT e entidades do Governo Federal do setor Previdência e Saúde, na visão de seus próprios integrantes. Do mesmo modo, inexistente um contato mais estreito com o SUS, em suas esferas estadual e municipal, notadamente os Programas de Saúde do Trabalhador.

4.4 Uma situação particular: atenção ao menor trabalhador

As informações a seguir foram extraídas da UNICEF (MARANHÃO, 1992). No Maranhão, uma parcela significativa da população infanto-juvenil - aproximadamente 35% da faixa etária de dez a dezessete anos - ingressa no mercado de trabalho, representando 16,4 % da população economicamente ativa (PEA) estadual. Estas estimativas significam que cerca de 350 mil crianças e adolescentes trabalham no Estado. A participação da população infanto-juvenil no mercado de trabalho é consequência de um conjunto de fatores, destacando-se a necessidade de contribuir para a sobrevivência familiar, dado o alto nível de pobreza existente e a incapacidade da escola em satisfazer as expectativas das crianças das populações mais carentes. Quase 60% das crianças da faixa de dez a catorze anos que trabalham são

de famílias de extrema pobreza. E isso se reflete na questão educacional, pois a necessidade do trabalho precoce é um dos fatores mais importantes para explicar o fracasso e o abandono escolar. Das crianças na faixa etária de dez a catorze anos, idade indicada para participar do ensino fundamental obrigatório, 14% encontram-se apenas trabalhando. Outro dado importante é que quase metade (48 %) das crianças e adolescentes que trabalham, é analfabeta.

A maior parcela desses menores se encontra na área rural, com atividade predominante agropecuária. O setor de serviços ocupa o segundo lugar no total, mas na área urbana é o maior responsável pela absorção de mão de obra de menores, principalmente no comércio informal, mas também em outras atividades como a construção civil. A quase totalidade desses menores não tem registro profissional.

A assistência à saúde dos menores trabalhadores é bastante precária no Maranhão. No meio rural o atendimento em pediatria, em medicina escolar e medicina do adolescente é precário, fato que também ocorre no meio urbano, em menor intensidade. É fácil concluir que não há um acompanhamento das necessidades bio-psíquicas e sociais deste menor trabalhador, em situação comparável à descrita na Inglaterra da Revolução Industrial. A cobertura vacinal deixa a desejar e no meio rural estão sujeitos a acidentes do trabalho os mais diversos, como acidentes ofídicos ou os causados por instrumentos de trabalho. Acidentes estes que não são absolutamente notificados, implicando-se neste fato a questão da ilegalidade do trabalho do menor. Inexiste orientação quanto à prevenção, exceto em

instituições como o Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (SENAI) e o Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (SENAC), bem como algumas Organizações Não Governamentais (ONGs), particularmente as ligadas ao clero. As grandes endemias como a malária, a esquistossomose, a leishmaniose tegumentar e o calazar vitimam crianças e adultos, contextualizando fatores ambientais de risco ocupacional. Numa fase de desenvolvimento endócrino e imunológico, a criança trabalhadora expõe-se ao mercúrio dos garimpos, aos agrotóxicos, submete-se a esforço excessivo ou repetitivo e traumas cumulativos. Estas agressões se associam aos efeitos deletérios da subnutrição bastante evidenciada no Maranhão, como comprova o Mapa da Fome o que determina padrões de crescimento e desenvolvimento psíquico e somático sofríveis. As doenças sexualmente transmissíveis, avançam a reboque das más condições de higiene culturalmente arraigadas. A gravidez de adolescentes é regra, também com precária assistência pré-natal.

Para concluir nossa análise, o Programa de Saúde do Trabalhador do Estado ainda não conseguiu implementar ações para o adulto e não há interface com os programas de saúde do escolar e do adolescente, dificultando uma ação preventivista. Acreditamos ser de grande importância um estudo mais acurado sobre o assunto, inclusive por parte do meio acadêmico, sobre a questão da saúde e segurança do menor trabalhador no Maranhão e o modelo de atenção existente (ou a existir) nos órgãos a quem compete intervir.

4.5 Uma visão sindical

Analisando as respostas dos sindicatos pesquisados ao nosso questionário ficou claro que a grande maioria deles desconhece a existência de órgãos ou instituições que realizam no Estado a atenção ao trabalhador, tais como Programas municipais ou estaduais. Isso denota a desinformação do Sindicato já que formalmente, pelo menos, existe um Programa de Saúde do Trabalhador na Secretaria de Estado de Saúde. E demonstra também a deficiência dos órgãos governamentais no sentido de divulgar suas atuações. Assim, o Programa de Saúde do Trabalhador do Sistema Único de Saúde, o INSS e a DRT, deveriam investir em informação aos sindicatos de trabalhadores, e. Empresa sobre suas respectivas atuações.

De um modo geral, a Saúde do Trabalhador é vista como de má qualidade. De todos os sindicatos pesquisados somente o dos metalúrgicos e o dos bancários possuem departamento de saúde do trabalhador. Mas os próprios entrevistados afirmam não ser muito atuantes. Quanto à questão da *fiscalização dos ambientes do trabalho*, metade dos entrevistados conhecem o papel da SSST/DRT, mas quanto ao item *qualidade da fiscalização* referem que a mesma é ineficaz, porquanto os fiscais da SSST/DRT não visitam boa parte das empresas. Uma queixa praticamente unânime é que os sindicatos não participam das fiscalizações e nem mesmo são informados sobre o resultado das mesmas. Alguns sindicatos sugerem que as Comissões Internas de Prevenção de Acidentes (CIPAs) das empresas tenham ciência dos achados na fiscalização, multas e autuações e que os trabalhadores deveriam ser ouvidos quando das fiscalizações. Um sindicato referiu que a

fiscalização poupa as grandes empresas. Em nossa análise, este foi o item de maior adesão ao questionário, principalmente em termos da qualidade das respostas. Mas houve sindicato que, quando desdobramos a questão fiscalização, com o enfoque de vigilância, a resposta era que eles contrataram naquele ano vários vigilantes, confundindo obviamente a vigilância de ambientes e processos de trabalho com vigilância patrimonial.

Quanto à opinião sobre o principal problema de saúde do trabalhador no Maranhão os Sindicatos assinalaram todos os itens: acidentes do trabalho, doenças profissionais, culpa das empresas, desinformação dos trabalhadores e omissão dos órgãos públicos, a quem compete intervir. Assumem ser os trabalhadores desinformados, mas alegam não lhes ser facilitado o acesso a informações corretas por parte das empresas e dos poderes públicos. Desconhecem possibilidades de modificação de relações de trabalho em negociações coletivas, tal como expresso por SIQUEIRA NETO (1995).

Quanto à sugestão de medidas para melhoria da Saúde do Trabalhador no Maranhão quase todos se ativeram a questões mais gerais como: maus salários, desemprego, miséria, política habitacional. Mas também denunciaram más condições de trabalho: falta de equipamentos de proteção, descaso dos patrões. E sugeriram também medidas específicas para reverter os índices de acidentes no Estado do Maranhão, que, apesar de desconhecerem as estatísticas, lhes parece elevado.

5 ALGUMAS EXPERIÊNCIAS DE PROGRAMAS DE SAÚDE DO TRABALHADOR NO BRASIL

Alguns serviços de Saúde do Trabalhador foram estruturados no Brasil a partir do fim da década de 70 e alguns avançaram bastante e se tornaram reconhecidamente importantes para suas comunidades quer sob o aspecto da vigilância, quer pela assistência aos agravos advindos dos processos e ambientes de trabalho. Escolhemos determinados programas em função da maior divulgação de seus trabalhos, bem como pela própria colaboração que obtivemos de alguns deles, ao responderem nosso questionário. Podemos citar o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do Estado de São Paulo - o CEREST. Segundo sua coordenadora, o CEREST foi organizado por resolução da Secretaria de Estado da Saúde em 12/12/94 e teve sua origem no Programa de Saúde do Trabalhador da Zona Norte de São Paulo, organizado em 1985. Nesta época, atuava regionalmente nos campos de vigilância, assistência e informação aos trabalhadores. Atualmente realiza essas e outras atividades e, em conjunto com a Divisão de Saúde do Trabalhador do Centro de Vigilância Sanitária apóia aproximadamente 25 municípios em questões de Saúde do Trabalhador.

Os principais avanços do CEREST foram a articulação de serviços municipais de referência em saúde do trabalhador, a divulgação do problema saúde X trabalho e a sensibilização de sindicatos e trabalhadores para esta questão. As maiores dificuldades do CEREST residem no pouco apoio institucional e na carência de recursos humanos, já que sua equipe é composta por sete (7) médicos, dois (2) fonoaudiólogos, um (1) engenheiro, um (1)

fisioterapeuta e uma (1) enfermeira, alguns deles cedidos por outros órgãos ou entidades e sem situação funcional definida. O CEREST divulga regularmente um boletim de atividades e vários documentos de orientação a trabalhadores, sobre questões como ruído, lesões por esforços repetitivos (LER)/doenças osteomusculares relacionadas com o trabalho (DORT) e outras. O Programa de Saúde do Trabalhador do Estado do Rio de Janeiro estruturou-se como integrante da Vigilância Sanitária da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro e conseguiu grandes avanços na questão de vigilância dos ambientes de trabalho, contando com o reforço do Centro de Estudos de Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana- CESTE, que faz parte da Fundação Instituto Osvaldo Cruz, e se dedica a estudos e pesquisas na área, bem como à capacitação de recursos humanos, através de cursos de pós-graduação. Alguns trabalhos marcantes do Programa do Rio de Janeiro foram o combate a operações de jateamento de areia nos estaleiros navais do Estado, resultando em regulamentação a respeito, a questão do mercúrio em indústria química de cloro-soda, e a interiorização do Programa para municípios como Angra dos Reis e Nova Iguaçu. Sob o ponto de vista assistencial, o Programa carece de melhor orientação e a questão epidemiológica das notificações ainda é uma luta a ser vencida. Ribeiro e Vasconcelos (1994) fundamentam as bases de atuação do Programa de Saúde do Trabalhador do Rio de Janeiro, valorizando o instrumental epidemiológico e o controle social. Um campo em que o Programa de Saúde do Trabalhador do Rio de Janeiro tem avançado é a intermediação de negociações coletivas entre sindicatos patronais e classistas. (VASCONCELOS, 1995) E a grande contribuição do Programa de Saúde do Trabalhador do Rio de Janeiro foi o avançar no Controle Social, ao criar o Conselho

Estadual de Saúde do Trabalhador, que ajudou a traçar as políticas do Programa. Este Conselho é constituído por representantes sindicais, comunitários, técnicos da área de saúde, representante da DRT, Universidades, etc...

Na Bahia encontramos o modelo do CESAT - Centro de Estudos de Saúde do Trabalhador. Criado em 1988, constituiu-se como uma das iniciativas no Brasil, no sentido da inserção de um órgão específico para tratar das questões ligadas à área saúde/trabalho na rede pública de saúde. Seu objetivo é consolidar, em todo o Estado da Bahia, ações de vigilância em Saúde do Trabalhador, levando-se em conta a diversidade epidemiológica regional, a estruturação do sistema de informação de acidentes e doenças do trabalho. As principais atividades do CESAT são:

- a) atendimento a pacientes com doenças ocupacionais;
- b) serviço de vigilância nutricional dos trabalhadores, conjuntamente com a Escola de Nutrição da Universidade Federal da Bahia (UFBa);
- c) apoio terapêutico aos portadores de LER/DORT;
- d) vigilância de populações expostas aos agrotóxicos em cooperação com a Oficina Panamericana Sanitária-OPAS;
- e) estudo epidemiológico dos acidentes do trabalho e investigação dos acidentes do trabalho fatais;
- f) descentralização das ações de saúde do trabalhador e atividades de capacitação de recursos humanos;
- g) participação em grupos de trabalho de âmbito nacional: benzeno, pneumoconiose, sistema de informação;

- h) cooperação técnica com a FUNDACENTRO, o Instituto de Biologia e a Escola de Psicologia da UFBA;
- i) catalogação de notícias da imprensa escrita sobre temas de Saúde do Trabalhador e publicação do Boletim Informativo do CESAT.

Segundo técnico integrante da equipe do CESAT, os principais problemas enfrentados desde a implantação do Serviço foram:

- a) descentralização lenta, com ações frágeis no interior do Estado;
- b) dificuldade para ampliação do quadro de recursos humanos da área e formação de equipes multiprofissionais;
- c) sistema de saúde pouco estimulado para assumir, de fato, a vigilância de saúde do trabalhador;
- d) pouca participação sindical.

Os principais pontos conquistados foram: a estrutura física bem adequada às necessidades do Serviço, parceria com outras instituições e avanços legais como a portaria 2320 de 25/07/95 que define atribuições do SUS quanto à vigilância em saúde do trabalhador e a portaria 0557 de 22/02/96 que cria a Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador no Estado da Bahia.

Já em Minas Gerais, o Programa de Saúde do Trabalhador está em avançado processo de municipalização, segundo sua coordenadora. Observa-se ainda a grande integração com entidades universitárias

Os principais objetivos da Coordenadoria de Saúde do Trabalhador de Minas Gerais são:

- a) fomentar e implementar ações de saúde do trabalhador no nível municipal;
- b) desencadear ações visando conhecer o perfil de morbimortalidade dos trabalhadores do Estado, considerando a distribuição por sexo, faixa etária, região geográfica, tipo de evento;
- c) desenvolver/estimular a articulação entre as diversas instituições que possuem interface neste campo, visando otimizar as ações desta área.

As principais atividades desenvolvidas, além da estruturação da própria Coordenadoria de Saúde do Trabalhador e dos programas municipais foram:

- a) criação da Comissão Interinstitucional de Saúde do Trabalhador- CIST com 20 instituições, reuniões mensais e cujo objetivo é discutir, deliberar e encaminhar ações integradas de saúde do trabalhador;
- b) criação do Grupo de Discussão com a Coordenação de Perícias, cujo objetivo é diminuir as arestas entre o INSS e os ambulatórios/serviços municipais de saúde do trabalhador;
- c) participação, em conjunto com a OPAS e a Secretaria de Vigilância em Saúde/Coordenação de Saúde do Trabalhador - COSAT do Ministério da Saúde em um projeto de vigilância à saúde das populações expostas a agrotóxicos;

- d) organização de uma Oficina de Trabalho com apoio da OPAS e do Ambulatório de Doenças Profissionais da Universidade Federal de Minas Gerais para discutir uma proposta de indústria de informação em Saúde e Trabalho;
- e) participação em projetos nacionais: avaliação do perfil de LER/DORT no Brasil e estudo de trabalhadores com benzenismo.

As principais dificuldades encontradas residem na absoluta falta de recursos humanos; nos problemas que o próprio SUS tem enfrentado na busca de sua consolidação ou pela pouca ou nenhuma prioridade dada às ações de saúde do trabalhador na rede pública.

Há ainda pouca clareza quanto ao lugar/setor que esta área deve ocupar no organograma das Secretarias de Saúde, se na vigilância sanitária, se na vigilância epidemiológica, se na assistência à saúde.

Os principais avanços acontecem no nível municipal com uma grande demanda de cursos, treinamentos e assistência médica.

O Estado de Goiás possui uma divisão de Proteção à Saúde do Trabalhador vinculada à Superintendência de Vigilância Sanitária da Secretaria de Saúde.

A chefe da divisão é uma enfermeira do trabalho. Como principais atividades desenvolvidas ela destaca:

- a) na área de vigilância - fiscalização dos ambientes de trabalho, priorizando as seguintes atividades:
 - indústria metalúrgica;
 - indústria do mobiliário e de madeira;
 - serviços de reparação, manutenção e conservação;
 - indústria química;
 - serviços de transporte;

- b) na área de capacitação/treinamento de recursos humanos:
 - treinamento de fiscais, supervisores de vigilância sanitária;

- c) informação em saúde:
 - elaboração de um projeto junto à Universidade Federal de Goiás e patrocinado pela FUNDACENTRO de um sistema de informação (notificação) de acidentes e doenças do trabalho;
 - elaboração de cartazes, folders e folhetos para educação dos trabalhadores.

Os pontos positivos e conquistas foram a própria estruturação da Divisão de Proteção à Saúde do Trabalhador, a capacitação a nível de graduação de profissionais para atuar na área e a formação de uma equipe multiprofissional que inclui médico do trabalho, enfermeira do trabalho, psicóloga e engenheiro. Por último, a implementação da vigilância, com uma qualidade de fiscalização considerada muito boa pela própria equipe.

O Pará possui um Programa de Saúde do Trabalhador que não sobressai por atividades de Vigilância e sim de Assistência. O paciente acidentado no trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho dispõe no SUS de atendimento descentralizado em unidades ditas Unidades Regionais de Saúde-URES, que se concentram em especialidades e fazem de um modo bastante razoável o sistema de referência e contra-referência. Como pontos deficientes, o pouco intercâmbio com o segmento universitário, a carência de recursos humanos e o deficiente desenvolvimento da vigilância.

Londrina e Ribeirão Preto, cidades que têm em comum mais que o fato de crescerem com o ciclo do café, organizaram também Programas de Saúde do Trabalhador com características semelhantes: fortes na vigilância, com razoável articulação com o Ministério do Trabalho e com suas respectivas Universidades.

De um modo geral observamos que todos os programas, divisões ou coordenações de saúde do trabalhador visitados e outros com que mantivemos contatos por telefone e fax sofreram um certo arrefecimento nos últimos anos, mercê talvez do panorama político e social do país, do enfraquecimento do movimento sindical e da falta de políticas públicas comprometidas com a saúde dos trabalhadores. Esta nossa opinião é compartilhada pela própria Coordenação de Saúde do Trabalhador-COSAT - do Ministério da Saúde. O que não impede que tenhamos, segundo demonstra o levantamento de DIAS (1994) em sua tese de doutorado, um número significativo de Programas de Saúde do Trabalhador implantados ou em implantação em todo o País. Observamos ainda, que os pontos carentes são quase sempre os

mesmos, recaindo na deficiência de recursos humanos, financeiros, a não priorização da questão *saúde do trabalhador*, ante outros problemas sérios de saúde pública que têm afligido o País, como a AIDS, a dengue, as infecções hospitalares e tantos outros. Observamos ainda, que tais programas ainda têm seu potencial ligado ao esforço e abnegação pessoais da maioria de seus integrantes, posto que não existe estímulo dentro das diversas Secretarias estaduais ou municipais onde se situam, para um exercício mais gratificante. Entenda-se por isso a falta de uma política de recursos humanos que contemple os técnicos que atuam nesta área temática, a Saúde do Trabalhador.

6 A SAÚDE DO TRABALHADOR NO MARANHÃO: UMA PROPOSTA DE ATUAÇÃO

A nossa proposta de implantar um programa de atenção à saúde do trabalhador no estado do Maranhão passa inicialmente por uma análise crítica do momento por que passa esta área temática. Acreditamos que o enfraquecimento de alguns programas no país se deve entre vários outros aspectos à *ideologização* de um modelo de atenção que, apesar de elogiável como ideal a perseguir, carece de um necessário planejamento estratégico e se torna refém de um discurso que não consegue impactar sobre as políticas públicas do setor, nem tampouco atentar para as peculiaridades de um segmento da população tão carente de atenção em saúde e segurança: a classe trabalhadora. Isto fica claro quando analisamos alguns Programas de Saúde do Trabalhador no Brasil. A tentativa de fugir ao modelo de Saúde Ocupacional precedente fez com que alguns programas olvidassem a necessária capacitação em higiene ocupacional,

ergonomia, toxicologia e outros conteúdos científicos fundamentais para qualquer abordagem prevencionista em saúde do trabalhador.

A necessidade da estruturação de um programa de atenção à saúde do trabalhador no Estado do Maranhão nos remete a questões básicas que implicam em uma análise prévia do panorama de saúde pública no Estado, onde se deve considerar alguns aspectos conjunturais e as políticas públicas para o setor saúde.

A caótica situação da assistência de saúde ao cidadão, decorrente de um SUS nunca estruturado em suas bases (descentralização, hierarquização e universalização do atendimento) é um dos principais aspectos a serem considerados, posto que a assistência ao trabalhador se define dentro de um contexto geral da assistência à população; o processo de municipalização tem sido lento e somente nos últimos cinco anos os municípios do interior maranhense avançaram para a gestão plena. Outros fatores devem ser enfatizados, como a organização política e administrativa do Estado, com a criação recente de 81 municípios sem nenhum estudo de viabilidade, o que dificulta um planejamento estratégico para o setor; uma rede própria de hospitais e outras unidades de saúde absolutamente precária e insuficiente. Exemplo marcante é a deficiência na área materno-infantil, concorrendo para a ainda elevada taxa de mortalidade materna e infantil no Maranhão. A rede conveniada cresce e surgem denúncias de um fenômeno que é nacional: a distribuição clientelista de Autorizações de Internação Hospitalar- AIHs e Unidade de Cobertura Ambulatorial- UCA -. E por último a inexistência em todo o Estado do Maranhão de um Centro de

Referência de Atendimento ao Trabalhador. Os trabalhadores acidentados ou portadores de doença profissional ou do trabalho são assistidos na rede pública, onde não existe uma cultura prevencionista ou sequer de vigilância. Os três níveis de prevenção (promoção e proteção da saúde, diagnóstico precoce e tratamento imediato, e reabilitação) são deficientes. Os diversos órgãos que de uma forma direta ou indireta atuam em saúde e segurança do trabalhador não se articulam, o que torna a assistência ao trabalhador acidentado ou portador de doença do trabalho disperso e ineficiente.

Um aspecto importante a ser extraído dos dados que apresentamos é a baixa renda dos trabalhadores maranhenses. Como vimos, 66% dos chefes de família recebem até um (1) salário mínimo mensal, sendo que destes a maioria (64%) vive na zona rural. Isto nos permite fazer algumas inferências. Uma é de que o Programa de Saúde do Trabalhador a ser implantado no Estado do Maranhão, um Estado pobre, com um dos piores perfis de educação e saúde do país, deve obviamente priorizar o trabalhador de baixa renda e do meio rural. e um trabalho de educação popular dirigida para a questão nos parece um bom passo. Ainda sobre este aspecto do trabalho rural e sobre a necessidade de um Programa de Saúde do Trabalhador contemplar tal área, lembramos que, ao discorrermos sobre acidentes do trabalho no Maranhão, comentamos a escassez de dados oriundos do meio rural, posto que só foi notificado um acidente por animal peçonhento. Conclui-se que a sub-notificação é regra, pois que se sabe do elevado número de acidentes no campo, quer envolvendo máquinas e implementos agrícolas, quer causadas por agrotóxicos ou mesmo por animais peçonhentos.

Considerando o elevado índice de analfabetismo do Estado, é fácil deduzir-se que há uma baixa qualificação profissional e isto tem nítida influência sobre a questão saúde e segurança ocupacionais. A recessão e o desemprego que o Brasil vem apresentando nesta década de 90 fazem com que se observe um retrocesso histórico, ou seja, os trabalhadores que vinham conseguindo grandes avanços no que diz respeito ao controle social dos riscos inerentes ao processo e ambiente de trabalho, voltaram a se preocupar fundamentalmente com a garantia do emprego. Saúde e segurança deixam momentaneamente de se constituir nas principais bandeiras de luta, em situação semelhante à década de 70. Qualquer programa de atenção à saúde do trabalhador deve contextualizar este pano de fundo social e econômico.

Outra análise importante para o estabelecimento de prioridades para o Programa de Saúde do Trabalhador é o perfil de morbi-mortalidade do Estado do Maranhão. Se nos reportarmos às principais causas de óbito, observaremos que um grande percentual, 43%, está relacionado com causas mal definidas, suplantando todas as demais causas. Isto comprova a deficiente notificação de óbitos no Estado do Maranhão. E levanta a questão: quantos acidentes de trabalho e doenças profissionais estariam relacionadas neste percentual? As causas externas, que correspondem a 10.11 %, certamente incluem acidentes de trabalho típicos e os acidentes de trânsito, dos quais muitos acabam se constituindo em acidentes de trabalho do tipo *de trajeto*. As doenças infecciosas e parasitárias correspondiam em 1995 a 5,72% das causas de óbito. Quando expusemos os indicadores de mortalidade observamos um coeficiente de mortalidade por doenças infecciosas na ordem de 13.71%. Estes

dados e a grande relação entre endemias e trabalho, conforme demonstrado anteriormente, nos dão a certeza que um Programa de Saúde do Trabalhador deve priorizar o homem do campo, vítima de malária, esquistossomose, leishmaniose e outras endemias.

A mortalidade elevada na faixa etária entre 20 e 49 anos nos coloca a seguinte questão: onde entram o processo e o ambiente de trabalho como determinantes desta elevada mortalidade? E outra questão se impõe, a importância de se considerar a grande perda de mão de obra e conseqüente prejuízo para a economia do Estado e do país, com a elevada mortalidade desta que é considerada a faixa etária mais produtiva sob o ponto de vista ocupacional.

O Programa de Saúde do Trabalhador que idealizamos para o Estado do Maranhão tem que obrigatoriamente se estratificar em quatro pilares fundamentais: assistência, vigilância, informação/educação e controle social. Aliás este é um consenso entre os técnicos que atuam na área desde a II Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, em 1994, e referendada pela Norma Operacional de Saúde do Trabalhador do Ministério de Saúde em 1995. O modelo gerencial a ser implantado deve ter dois olhares: um, interno, que implica em uma organização operacional do serviço racional e viável; outro centrado nas demandas da comunidade de trabalhadores, quer as espontâneas, quer as direcionadas por categorias entendidas como prioritárias e até mesmo aquelas oriundas do segmento institucional. No capítulo anterior, observamos que todos os programas citados têm práticas que podem ser reproduzidas no Maranhão, mas o da Bahia, o do CESAT, nos pareceu o mais abrangente em sua dupla função:

vigilância e assistência. Quanto ao aspecto de gerenciamento, observamos que os programas são mais efetivos quando alcançam nível de divisão ou coordenação, onde têm mais autonomia e dotação orçamentária própria. O PST necessita de uma equipe multiprofissional e de uma política de recursos humanos progressista, com plano de cargos e carreiras e incentivo ao aprimoramento e reciclagem.

Analisando a experiência de vários programas de saúde do trabalhador, notadamente o de São Paulo e o de Ribeirão Preto, concluímos que o modelo de um Serviço isolado carece de sustentação e inviabiliza sua sobrevivência. Em 1991, em Seminário Nacional de Saúde do Trabalhador no DF, já se propunha a criação de um Centro Integrado de Referência em Saúde do Trabalhador. E a portaria ministerial que se seguiu, em 1993, acatou tal proposta, com o intuito de melhorar o atendimento aos trabalhadores nas capitais e cidades pólo-regionais. Tais centros permitiriam integrar, em sua proposta original:

- a) Ambulatório de Referência em Saúde do Trabalhador
- b) Reabilitação física - onde se entende a fisioterapia, a terapia ocupacional, órteses e próteses, medicação e tratamento fora do domicílio, a cargo do SUS.
- c) Reabilitação profissional - inclui avaliação da capacidade laboral residual, indicação de profissão e treinamento profissionalizante, cursos e estágios de capacitação.
- d) Unidade do Serviço Nacional do Emprego
- e) Posto de benefícios do INSS
- f) Perícia médica

g) Serviço Social

h) Vigilância/ fiscalização em Saúde do Trabalhador

O objetivo fundamental destes Centros Integrados de Atenção à Saúde do Trabalhador era o de facilitar ao trabalhador o acesso a todos os serviços em um único local e permitir maior integração entre os diferentes setores envolvidos com a saúde do trabalhador. Apesar de desejável, este modelo após quase cinco anos da portaria não conseguiu ser implantado nas unidades da federação. De modo que para o Estado do Maranhão, a nossa proposta é de um Centro de Referência menor, compreendendo:

- Ambulatório de Saúde do Trabalhador- envolvendo o Sistema Único de Saúde (Secretarias Estadual e Municipal de Saúde) e a Universidade Federal do Maranhão;
- Posto do INSS - para recebimento das Comunicações de Acidentes do Trabalho (CATS), perícia e concessão dos Benefícios;
- Vigilância em Saúde do Trabalhador – posto avançado com o fim de promover a fiscalização dos ambientes do trabalho e que correria por conta da Delegacia Regional do Trabalho e da Vigilância Sanitária da Secretaria de Saúde.

Como no Estado do Maranhão o INSS carece em seu setor de Reabilitação de instalações condizentes, fica a proposta de que em um futuro próximo se consiga que o Núcleo de Reabilitação Profissional possa funcionar nesse Centro de Atendimento à Saúde do Trabalhador.

Sob o ponto de vista de inserção administrativa nas Secretarias municipal e estadual de saúde, observamos que a vinculação à Divisão do Adulto, como acontece em Ribeirão Preto e no próprio Estado do Maranhão cria um esvaziamento das atividades de Vigilância, já que a citada divisão envolve promoção de saúde. Por outro lado ficar vinculado somente à Vigilância, como ocorre em vários estados como o Pará, leva a dificuldades no encaminhamento das questões assistenciais. Assim sendo, nos parece mais interessante que se crie uma Coordenação das Ações de Saúde do Trabalhador, com autonomia para ações de Vigilância e simultaneamente para promoção de saúde e assistência.

6.1 Assistência ao trabalhador acidentado no trabalho

Quanto à assistência, a instalação de um Centro de Referência ou atenção à saúde do trabalhador é fundamental, se possível envolvendo a participação conjunta do INSS e DRT, como citamos anteriormente. Por princípio, a atenção à saúde dos trabalhadores não pode ser separada daquela prestada à população geral, da qual os trabalhadores são parte. (Dias, 1994) Todos os modelos de atenção à saúde do trabalhador que analisamos no Brasil têm como eixo central este paradigma e objetivos que a Norma Operacional de Saúde do Trabalhador já definia: garantir o atendimento ao acidentado do trabalho e ao suspeito ou portador de doença profissional ou do trabalho através da rede própria ou contratada, assegurando todas as condições necessárias para o acesso aos serviços de referência, sempre que a situação exigir. Este serviço de referência deve ser capaz de dar suporte técnico para o estabelecimento do nexos entre agravo e trabalho, incluindo a confirmação diagnóstica, o tratamento, a

recuperação e a reabilitação do trabalhador. A questão da notificação do agravo, através da Comunicação de Acidente do Trabalho é prioritária, e no Estado do Maranhão este é um dos capítulos tristes da qualidade de assistência ao trabalhador acidentado ou portador de doença profissional e do trabalho. Otimizar o recebimento, emitir laudos e relatórios circunstanciados sobre os eventos e subseqüentemente alimentar o sistema de dados (informação) são etapas e compromissos fundamentais para qualquer modelo de assistência em saúde do trabalhador implantado ou que se queira implantar. Sempre lembrando que universalidade, integralidade e equidade de tais ações são postulados não só da área específica de saúde do trabalhador mas também do Sistema Único de Saúde. A participação da Universidade não pode ser esquecida, com pesquisa e extensão, além do ensino. Já existe um projeto em vias de implantação de um Ambulatório de Saúde Ocupacional no Hospital Universitário. A interiorização deve ser um objetivo a alcançar, valendo-se do processo de municipalização que incluiria aí ações de saúde do trabalhador. Em vários estados encontramos os núcleos de saúde do trabalhador (NUSATS). E seria fundamental a maior participação de todos os segmentos da comunidade, principalmente os Serviços Especializados em Segurança e Medicina do Trabalho das empresas (SESMTs), as Comissões Internas de Prevenção de Acidentes do Trabalho (CIPAS), e os trabalhadores em geral, principal alvo de todo esse projeto.

6.2 Informação em saúde do trabalhador

Várias opções se apresentam no que diz respeito à informação em saúde. Palestras, treinamentos, panfletos, jornais,

programas de rádio e TV e o desenvolvimento de um programa educativo nas escolas de primeiro e segundo grau, notadamente aquelas que ministram cursos profissionalizantes, seriam estas as prioridades. A convocação da II Conferência Estadual de Saúde do Trabalhador se prestaria ao propósito de reunir lideranças sindicais e comunitárias e a sociedade como um todo, garantindo ampla discussão sobre assuntos atinentes à segurança e saúde dos trabalhadores. Consolidar-se-ia assim uma das principais propostas da I Conferência que foi a da criação de uma Comissão Estadual de Saúde do Trabalhador, representando o fundamental papel do controle social. Ficou demonstrado a pouca visão sindical sobre saúde e segurança e que a desinformação e até alienação são constantes na grande maioria das categorias pesquisadas. Isto dificulta sobremaneira uma ação de resistência política dos trabalhadores e até dos técnicos que atuam na área –médicos, enfermeiros, engenheiros e outros- no sentido de confrontar a ação muitas vezes predadora do segmento patronal.

6.3 Vigilância em Saúde do Trabalhador

Vigilância dos processos e ambiente de trabalho é algo que absolutamente inexiste no Estado do Maranhão. A fiscalização exercida pela Delegacia Regional do Trabalho, tem um enfoque diferente e não contempla absolutamente o instrumental epidemiológico, nem tampouco o próprio conceito de vigilância : o conjunto de ações que visa conhecer a magnitude dos acidentes e doenças relacionados ao trabalho, identificar os fatores de risco ocupacionais, estabelecer medidas de controle e prevenção e avaliar os serviços de saúde de forma permanente, visando à transformação das condições de trabalho e a garantia da qualidade

da assistência à saúde do trabalhador. A fiscalização dos ambientes do trabalho deveria ser exercida conjuntamente por parte da DRT e da Vigilância Sanitária das Secretarias Municipais de Saúde, o que garantiria maior cobertura. E as demandas epidemiológicas de maior impacto sobre a saúde pública e meio ambiente devem ser priorizadas, tais como a questão dos agrotóxicos, o mercúrio nos garimpos, os distúrbios osteomusculares relacionados com o trabalho, as dermatoses e pneumopatias ocupacionais, os riscos biológicos dos hospitais e do campo (grandes endemias) Outro importante pilar em que deve se estruturar a vigilância em saúde do trabalhador no Maranhão é a Higiene do Trabalho, oferecendo o método a ser usado para a identificação e avaliação dos fatores de risco ocupacionais e orientando a prescrição de medidas de controle dos ambientes de trabalho, que assegure a proteção da saúde dos trabalhadores. Os principais objetivos da vigilância em saúde do trabalhador no Maranhão devem ser: conhecer a realidade de saúde da população trabalhadora, caracterizando o perfil de morbi-mortalidade ocupacional; avaliar os ambientes de trabalho, identificando os fatores de risco ocupacionais a que estão expostos os trabalhadores; estabelecer medidas de controle dos fatores de risco, visando à transformação das condições de trabalho; avaliar o impacto da adoção de medidas de controle e prevenção sobre a saúde dos trabalhadores.; subsidiar a tomada de decisão dos órgãos governamentais competentes e orientar o planejamento das ações na área de saúde do trabalhador; divulgar as informações produzidas; estimular o exercício do controle social no planejamento, execução e avaliação das ações de vigilância da saúde do trabalhador. A operacionalização do conceito de vigilância da saúde envolve atividades de produção de conhecimento,

baseadas no levantamento e análise sistemática de dados, e de intervenção sobre os ambientes de trabalho e processos de produção, avançando na tentativa de superação de antigas dicotomias (individual/coletivo, biológico/social, ocupacional/ambiental, assistência/vigilância. A proposta é de efetivar a descentralização das ações ao nível local, através da implantação dos núcleos de saúde do trabalhador no interior do estado e na capital, ainda que existam algumas especificidades na avaliação dos ambientes de trabalho e na atenção à saúde do trabalhador que devem ser respondidas pelo nível central. É importante citar a base legal sobre a qual devam se apoiar essas atividades de vigilância. Como exemplo podemos citar a Constituição Federal, a Lei Orgânica de Saúde 8080/1990, a Consolidação das Leis do Trabalho principalmente a portaria 3214/78 que dispõe sobre as normas regulamentadoras, nas leis da Previdência Social 8212/91 e 8213/91 e decreto 2173/97 e nos Códigos Sanitários estadual e municipais, que no caso específico do Maranhão devem ser atualizados posto que completamente obsoletos e superados desde seus preceitos legais. A NOST estabelece algumas estratégias para implantação das ações de vigilância em saúde do trabalhador e que julgamos oportuno incorporar em nosso modelo idealizado para o Estado do Maranhão. Como base conceitual a norma diz:

"a vigilância em saúde do trabalhador, enquanto um conjunto de práticas sanitárias contínuas, calcadas, entre outros princípios, na interdisciplinaridade, na pluriinstitucionalidade, no controle social, balizada na configuração do sistema único de saúde, e tendo como imagem objetivo a melhoria da qualidade de vida no trabalho, pressupõe o estabelecimento de estratégias operacionais para alcançá-la."

Como primeira estratégia está a de promover e/ou aprofundar a relação institucional com as estruturas de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária e fiscalização sanitária, buscando a superação da dicotomia existente em suas práticas, em que o objeto de ação da vigilância, em geral, não contempla o processo de produção e sua relação com a saúde dos trabalhadores. A norma recomenda ainda a criação de uma comissão com participação dos trabalhadores, através de suas representações sindicais, vinculada ao Conselho Estadual e municipal de saúde. Como já havíamos previsto na I Conferência Estadual de Saúde do Trabalhador a criação desta Comissão, vale apenas enfatizar que ela tem atribuições várias e uma delas, talvez a mais importante, passa a ser a de representar o trabalhador nas questões atinentes à Vigilância em saúde.

6.4 Controle social em saúde do trabalhador

O necessário controle social em nosso entender começa na própria definição por parte do segmento dos trabalhadores, das principais demandas para o setor. Igualmente técnicos e empresários devem ser ouvidos, consubstanciando-se assim um modelo que o próprio Ministério do Trabalho já executa, quando reúne comissões tripartite para deliberar sobre reformulação de normas regulamentadoras, princípios doutrinários, etc...Assim é que a já citada Comissão de Saúde do Trabalhador, com representação no Conselho Estadual de Saúde e no Conselho Municipal de Saúde é fundamental. E a participação das centrais sindicais, principais sindicatos, lideranças comunitárias deve se juntar a técnicos que atuam em vigilância em saúde do trabalhador ou que atuam em SESMTS. Acreditamos ser oportuna

a convocação da 2ª Conferência Estadual de Saúde do Trabalhador, forum propício para retomar essas discussões no Estado, uma vez que já se vão quatro anos desde a realização da 1ª Conferência, e muito do que foi discutido e idealizado soçobrou, por diversos motivos. A definição política por parte das estruturas governantes falhou, mas é aí que o Controle Social entra com sua participação; pressionando executivo e legislativo. Também o Judiciário pode e deve ser envolvido, com o que o Ministério Público poderia participar deste amplo forum de discussões que seria a 2ª Conferência.

Impõe-se agora, à guisa de conclusão, meditarmos sobre tudo que foi exposto. Mais que uma etapa metodológica, avaliar se o objetivo inicial deste trabalho foi corretamente encaminhado, se impõe. Nesta verdadeira viagem pela história da Saúde do Trabalhador, desde o modelo de Medicina do Trabalho até os dias atuais, aguçamos nossa visão sobre alguns conceitos e nos tornamos testemunhas mais fiéis de um processo de criação. São decorridos mais de dez anos do surgimento dos primeiros programas de Saúde do Trabalhador e a simples constatação de que em um Estado do Nordeste como o Maranhão muito pouco existe já feito na área, enquanto na região sudeste os programas cresceram e descentralizaram alcançando o interior, já nos demonstra a necessidade de rever esta proposta que é a de criação dos Programas de Saúde do Trabalhador. A análise de importantes trabalhos como os de Dias, Lacaz, Augusto, Oddone e Tambellini para citar somente alguns, foram imprescindíveis para o entendimento que é a partir da parceria entre técnicos do sistema de saúde e trabalhadores que se gesta aquilo que os poderes constituídos transformam em políticas públicas para o setor. Que

o estudo e mudanças nas condições de trabalho são direito de cidadania e como tal, inalienáveis e intransferíveis. A gestão e o controle sobre as condições de trabalho, envolvendo processo e ambiente, corporificado através de ações de vigilância se nos configura como a oportunidade real de diminuirmos o caos da insegurança nos ambientes de trabalho, com influência nítida no perfil de morbi-mortalidade ocupacional.

E é aí que este trabalho nos enseja um grande conflito: por um lado a gratificação decorrente do conhecimento incorporado, do aprendizado e crescimento no método. De outro lado a constatação de uma triste realidade que vivenciamos neste Estado carente que é o Maranhão, onde as condições de trabalho e vida são duras e sofridas, e que o nosso objetivo ao idealizarmos um modelo de atenção ao trabalhador é apenas uma referência no horizonte, com a certeza de que um longo caminho há de ser percorrido. E que o nosso objetivo é mais que nunca um compromisso.

ANEXOS

Anexo 7.1 Questionário – A visão sindical sobre a Saúde do Trabalhador no Maranhão

1- Como você vê a Saúde do Trabalhador no Maranhão?

- Como integrante da Saúde Pública e boa
- Como integrante da Saúde Pública e má
- Independente da Saúde Pública e boa
- Independente da Saúde Pública e má

2- Você conhece algum órgão público no município ou no Estado que atue na questão saúde do trabalhador ?

- Sim. Qual ?
- Não

3- O que acha da fiscalização dos ambientes de trabalho por parte dos órgãos públicos ?

- Eficiente
- Ineficiente
- Regular

4- E você sabe a quem compete?

- Sim, a _____
- Não

5- Qual o principal problema de saúde do trabalhador no Maranhão?

- Acidentes do trabalho
- Doenças profissionais
- Empresas não zelam pela saúde de seus funcionários
- Os órgãos públicos não assumem seu papel
- O trabalhador é desinformado
- Outros. Cite: _____ - _____

6- Quais as principais medidas para melhoria da Saúde do Trabalhador no Maranhão ?

- Melhoria das condições gerais de saúde da população
- Ação mais eficiente dos órgãos públicos
- Maior atuação dos sindicatos e comunidade
- Os órgãos públicos não assumem seu papel
- Leis mais duras
- Outros. Cite: _____ - _____

7- A sua entidade tem algum setor ou departamento que atue ou se interesse em Saúde do Trabalhador ?

- Sim Não

8- Quantos associados sua entidade possui ?

**Anexo 7.2 Questionário – O modelo gerencial de Saúde do
Trabalhador no Brasil – Programa de
Saúde do Trabalhador**

IDENTIFICAÇÃO:

Nome: _____

Endereço: _____

Responsável: _____

Data de Criação: _____

ESTRUTURA:

Situação no Organograma: _____

Composição (Profissionais): _____

PRINCIPAIS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS:

- () Vigilância. Cite: _____
- () Assistência. Cite: _____
- () Capacitação/ treinamento de recursos humanos
- () Informação em Saúde (p/ Sindicatos etc.)

**PRINCIPAIS PROBLEMAS ENFRENTADOS DESDE A
IMPLANTAÇÃO:**

**PRINCIPAIS PONTOS CONQUISTADOS (AVANÇOS,
REALIZAÇÕES)**

BIBLIOGRAFIA

- ACIDENTES do trabalho e estatísticas. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, Segurança**. São Paulo, v.21, n.4, p.173-176, 1986.
- ACIDENTES e doenças do trabalho: projeto banco de dados. **Revista CIPA**, n.197, p.98-107, 1996.
- AUGUSTO, L. G. **O papel estruturador da saúde do trabalhador e da vigilância em saúde para a prevenção do dano ambiental e dos efeitos nocivos à saúde**. Rio de Janeiro, 1995. Trabalho apresentado na 3ª oficina preparatória do COPASAD.
- BONCIANI, M. Contrato coletivo e saúde dos trabalhadores. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.45, p.53-58, 1994.
- BRASIL EM NÚMEROS. Rio de Janeiro : IBGE, 1996. v.4.
- BRASIL. Ministério da Saúde.**Lei Orgânica da Saúde**. Brasília, 1990.
- BRASIL. Pesquisa Nacional de Amostras por Domicílio-PNAD-IBGE, 1994
- _____.NOST – Norma operacional básica de saúde do trabalhador no SUS. Brasília, 1994 (mimeo.)
- _____. Coordenação do Trabalhador. Divisão de Saúde do Trabalhador. **Relatório de atividades do ano de 1995**. Brasília , 1996.
- _____. Divisão de Saúde do Trabalhador. **Relatório do Seminário Nacional sobre Saúde do Trabalhador no SUS**. Brasília, 1991.
- _____. Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **Diretrizes de ação para o SUS**. Brasília, 1991.
- BERLINGUER, G..**A saúde nas fábricas**. São Paulo, HUCITEC, 1978, 212p.
- BUSCHINELLI, J. T. et al. **Isto é trabalho de gente ?** Petrópolis : Vozes, 1994.

DIAS, Elizabeth Costa. Evolução e aspectos atuais da saúde do trabalhador no Brasil. **Bol. of Sanit. Panam.**, Washington, v.115, n.3, p.202-213, 1993.

____. **Pontos para uma reflexão sobre a atenção à saúde dos trabalhadores no Sistema de Saúde no Brasil.** Belo Horizonte, 1994. (mimeo.)

____. **Atenção à saúde dos trabalhadores no setor saúde (SUS), no Brasil** : realidade, fantasia ou utopia ? Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 1994.

FACCHINI, L.A., WEIDERPSS, E., TOMASI, E. Modelo operário e percepção de riscos ocupacionais e ambientais: o uso exemplar de estudo descritivo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.25, n.5, p.394-400, 1991.

FALEIROS, Vicente de Paulo. **O trabalho da política:** saúde e segurança dos trabalhadores. São Paulo: Cortez, 1992.

FARIA, Mário P. de, SILVA, Airton Marinho da. Análise de acidentes do trabalho ocorridos durante parte do ano de 1983 na grande Belo Horizonte (MG). **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 14, n.53, p.26-32, jan./mar. 1986.

FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica.** 3. ed. Rio de Janeiro: Forense – Universitária, 1987.

FUDOLI, Josevan Ursine. Campanha de prevenção de acidentes. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, Segurança e Meio Ambiente**, São Paulo, n.191, p.14, 1997.

FUNDACENTRO. **Curso de medicina do trabalho.** São Paulo, 1981.

HOBSBAWN, E. **A era dos extremos:** o breve século XX – 1914-1991. São Paulo : SCHZWARCZ, 1995.

- LACAZ, F.A.C. **Cenário e estratégia em saúde dos trabalhadores de 1986 a 1994**. Brasília, mar. 1994. Texto apresentado à 2ª Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores.
- LAURELL, A. C., NORIEGA, M. **Processo de produção e saúde**: trabalho e desgaste operário. São Paulo: HUCITEC, 1989.
- LEAVELL, H., CLARK, E. G. **Medicina preventiva**. Rio de Janeiro, McGraw-Hill do Brasil, 1976.
- LUCCA, S.R. de, MENDES, R. Epidemiologia dos acidentes do trabalho fatais em área metropolitana da região Sudeste do Brasil, 1979-1989. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.27, n.3, p.168-175, 1993.
- MACHADO, J. M. H., GOMEZ, C. M. Acidentes de trabalho: concepção e dados. In : MINAYO, M.C.S. **Os muitos Brasis**: saúde e população na década de 80. São Paulo : HUCITEC – ABRASCO, 1995.
- MARANHÃO, Odon Ramos. **Curso básico de medicina legal**, 4.ed. São Paulo : Ed. Revista dos Tribunais, 1989.
- MARANHÃO. Governo do Estado. UNICEF. **Crianças e adolescentes no Maranhão**: saúde, educação e trabalho. São Paulo, 1992.
- MARANHÃO. Governo do Estado, UNICEF. **Saúde, nutrição e mortalidade infantil no Maranhão**. São Luís: UFMA, Secretaria de Estado da Saúde, 1997.
- MARX, Karl. **O capital**. São Paulo : Abril Cultural, 1983, v.1.
- MENDES, R. **Medicina do trabalho**: doenças profissionais. São Paulo : Sarvier, 1980.
- MENDES, R. Aspectos históricos da Patologia do Trabalho. IN: **Patologia do trabalho**, Rio de Janeiro, ATHENEU, 1994.
- MENDES, R., DIAS. E.C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.25, n.5, p.341-349, 1991.

- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo, HUCITEC – ABRASCO, 1992.
- MINAYO-GÓMEZ, C. & THEDIM-COSTA, S.M. A construção do campo de saúde do trabalhador: percurso e dilemas. CAD, SAÚDE PÚBL., Rio de Janeiro, 13 (Supl. 2) 21-32, 1997.
- NAVARRO, V. - Classe social, poder político e Estado e suas implicações na Medicina. IN: ABRASCO Textos de apoio- Ciências Sociais Rio de Janeiro- ENSP, 1983 n° 1 (b)
- ODDONE, I. et al - Ambiente de trabalho: a luta dos trabalhadores pela saúde. São Paulo, HUCITEC, 1986.
- PELIANO, A.M.T.M. O mapa da fome: subsídios à formulação de uma política de segurança alimentar. São Paulo : IPEA, 1993. Documento de Política, n.14.
- POSSAS, Cristina de Albuquerque. **Saúde e trabalho**: a crise da previdência social. São Paulo: HUCITEC, 1989.
- RIBEIRO, F.S.N., VASCONCELLOS, L.C.F. **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. Trabalho apresentado no 3° Congresso Panamericano de Epidemiologia, Córdoba, Argentina.
- ROSEN, G. **Uma história da saúde pública**. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1994.
- SINOPSE estatística do Maranhão 1980. São Luís: Instituto de Pesquisas Econômicas e Sociais, 1981. v.2.
- SIQUEIRA NETO, J.F. **Relações de trabalho e a perspectiva de adoção do contrato coletivo de trabalho no Brasil**. Rio de Janeiro, jun. 1995. Conferência proferida no Fórum Permanente do Conselho Estadual de Saúde do Trabalhador.

- SOUSA, Alberto Ângelo de. Prevenção de acidentes e infortúnios do trabalho na pré-história e entre alguns povos de vida primitiva. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v.11, n.43, p.72-84, jul./set. 1983.
- TAMBELLINI, A.T. et al - Política Nacional de Saúde do Trabalhador, análises e perspectivas. Contribuição à Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador- Rio de Janeiro- ABRASCO, 1985.
- TAMBELLINI, A.T. et al -Occupational and environmental health in South America: the result of rapid changes in social and economic conditions. IN : ANN. 24 th International Congress on Occupational Health. Nice, ICOH, 1993
- TODESCHINI, R., FREITAS, N.B.B. **Por uma política nacional de saúde, trabalho e meio ambiente da CUT.** (mimeo.) Rio de Janeiro, jun. 1995. Apresentado no Fórum Permanente do Conselho Estadual de Saúde do Trabalhador.
- TORLONI, Hilário. **Estudo de problemas brasileiros.** 18.ed. São Paulo : Pioneira, 1987.
- TSUJI, Tetsuo. **Cenários do Maranhão para o ano 2007.** São Luís: EDUFMA, 1993.
- VASCONCELLOS, L.C.F. **Negociação coletiva em saúde do trabalhador.** Reflexões sobre o Sistema Único de Saúde como Estado Participante. Rio de Janeiro, jun. 1995. Trabalho elaborado para o Fórum Permanente do Conselho Estadual de Saúde do Trabalhador.