

ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO E A SAÚDE: UMA QUESTÃO POLÍTICA

LABOR ORGANIZATION AND HEALTHCARE: A POLITICAL ISSUE

Annie Thébaud-Mony

Socióloga, Doutora em Sociologia, Diretora de Pesquisa do Institut National de Recherche et de Sécurité – INSERM, e da Universidade Paris XIII, França.

RESUMO

A resistência dos trabalhadores para o melhoramento das condições de trabalho passa por uma nova apropriação da saúde no trabalho e da construção da visibilidade dos efeitos patogênicos do trabalho. Este artigo pretende estudar, basicamente, três questões referentes à situação atual na França e na Europa, mas que também são pertinentes ao Brasil: como o patronato (os responsáveis industriais, os empregadores) conseguiu enquadrar a saúde ocupacional como uma das suas prerrogativas; qual é o papel do Estado em relação à saúde no trabalho e como construir a saúde dos trabalhadores, mulheres e homens, como contrapoder dessa destruição humana que o neoliberalismo de hoje leva a todas as sociedades?

PALAVRAS-CHAVE

Saúde ocupacional, sociologia do trabalho, riscos ocupacionais, trabalho.

ABSTRACT

Workers' struggle towards the improvement of working conditions requires a new take on occupational health as well as placing the pathogenic effects of labor in evidence. This article intends to examine, primarily, three issues related to the current situation in France and Europe which are also applicable to the situation in Brazil: how employers managed to include occupational health among their prerogatives; what the Government's role is in occupational health, and how to establish male and female workers' healthcare as a counter-power to this human destruction today's neoliberalism inflicts upon every society.

KEY WORDS

Occupational health, labor sociology, occupational risks, labor.

No estudo histórico da dinâmica do capitalismo de Fernand Braudel, ele insiste sobre o papel do Estado: “Tem condições sociais ao crescimento e ao sucesso do capitalismo. Ele exige uma certa tranqüilidade da ordem social, assim como uma certa neutralidade, ou fraqueza, ou complacência do Estado” (BRAUDEL, 1985). O controle da saúde ocupacional pelo patronato (especialmente as multinacionais) com a aceitação (cumplicidade?) do Estado faz parte dessa “paz” social necessária à dinâmica do capitalismo.

Nas sociedades de hoje, a saúde dos trabalhadores – saúde individual e coletiva – é uma das fontes dos contrapoderes dos mais radicais ao imperialismo econômico. A resistência dos trabalhadores para o melhoramento das condições de trabalho passa por uma nova apropriação da saúde no trabalho e da construção da visibilidade dos efeitos patogênicos do trabalho. Hoje, na Europa, a saúde no trabalho é uma questão em forte debate, principalmente pelas características com que estão ocorrendo a precarização e a degradação das condições de trabalho, inclusive com verdadeiras crises nas instituições, tanto as voltadas para esta área do conhecimento como para as de regulação. O que se discute são os aspectos referentes às existências dos riscos, às condições de trabalho e de organização do trabalho – os fatos e questões evidenciáveis, relacionados à organização do trabalho e da saúde e a quais escolhas políticas são possíveis serem feitas.

Dados de 2002 da Fundação Europeia para o Melhoramento das Condições de Trabalho, mostram-nos que os principais riscos a que estão sujeitos os trabalhadores daquela Comunidade (dados relativos ainda aos 15

países) são os riscos físicos e químicos, a hipersolicitação das mulheres e dos homens no trabalho e os danos à dignidade. Quanto aos riscos químicos, sobressaem as exposições aos tóxicos (no mínimo ¼ do tempo de trabalho) e quanto aos riscos físicos, os mais importantes são o carregamento de cargas pesadas (no mínimo 1/2 do tempo de trabalho) e as posições dolorosas (no mínimo 1/2 do tempo de trabalho). A hipersolicitação é identificada na existência de movimentos repetitivos, nos ritmos elevados e nos prazos muito curtos (todos com percentuais superiores a 40% dos trabalhadores expostos).

Entre as características da organização do trabalho, a que mais aparece referenciada pelos trabalhadores é o trabalho com prazos curtos e rigorosos (durante o mínimo de metade do tempo). Nestes casos, nota-se um aumento significativo deste quadro (mulheres 1990: 25%; 2000: 43%; e homens 1990: 42%; 2000: 53%). Este quadro se complementa com a informação de que 70% dos trabalhadores têm que respeitar normas qualitativas rigorosas; um a cada três trabalhadores não têm direito a modificar os ritmos e os métodos de trabalho e 68% dos trabalhadores da UE (e uma mulher a cada três) têm ritmos de trabalho determinados pela demanda direta dos clientes, do público, dos alunos, entre outros.

Saliente-se, na Figura 2, que países europeus permanecem com entraves à liberdade de ação de seus trabalhadores, principalmente Portugal, Grécia, Itália e Espanha e, ao mesmo tempo, existem países com grande autonomia de ação dos trabalhadores, notadamente Dinamarca, Holanda, Finlândia e Suécia.

Distribuição dos trabalhadores da UE nos diferentes tipos de organização do trabalho

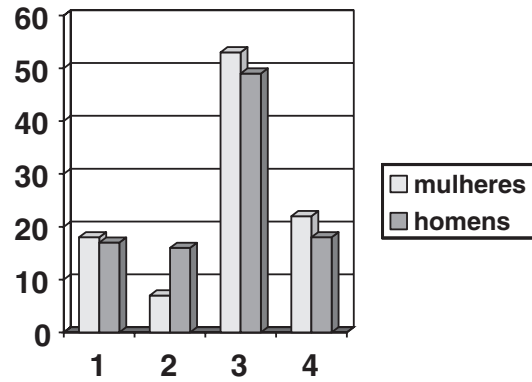


Figura 1 – 1 – Trabalho de «servidão»; 2 – trabalho «flexível»; 3 – trabalho com «autonomia»; e 4 – trabalho submetido a «automatismos» (DAUBAS-LETOURNEUX e THÉBAUD-MONY, 2003).

Indústria - Homens
Distribuição do tipo de organização do trabalho por países

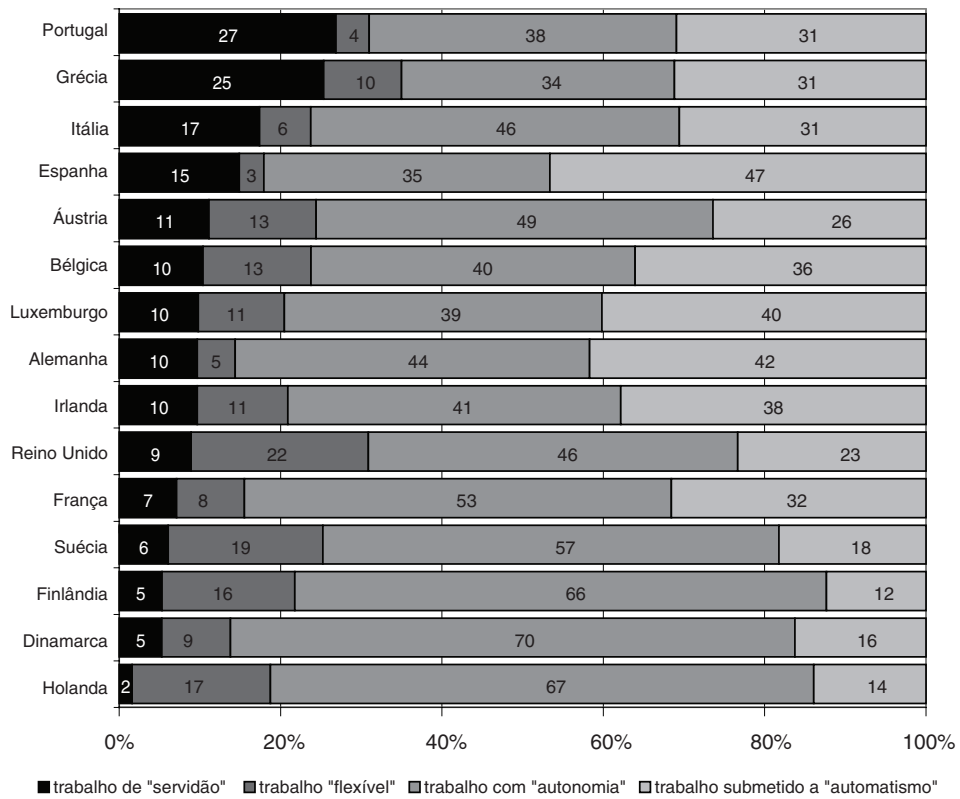


Figura 2 – Distribuição dos trabalhadores do setor industrial da Comunidade Européia segundo os tipos de organização do trabalho – (DAUBAS-LETOURNEUX E THÉBAUD-MONY, 2003).

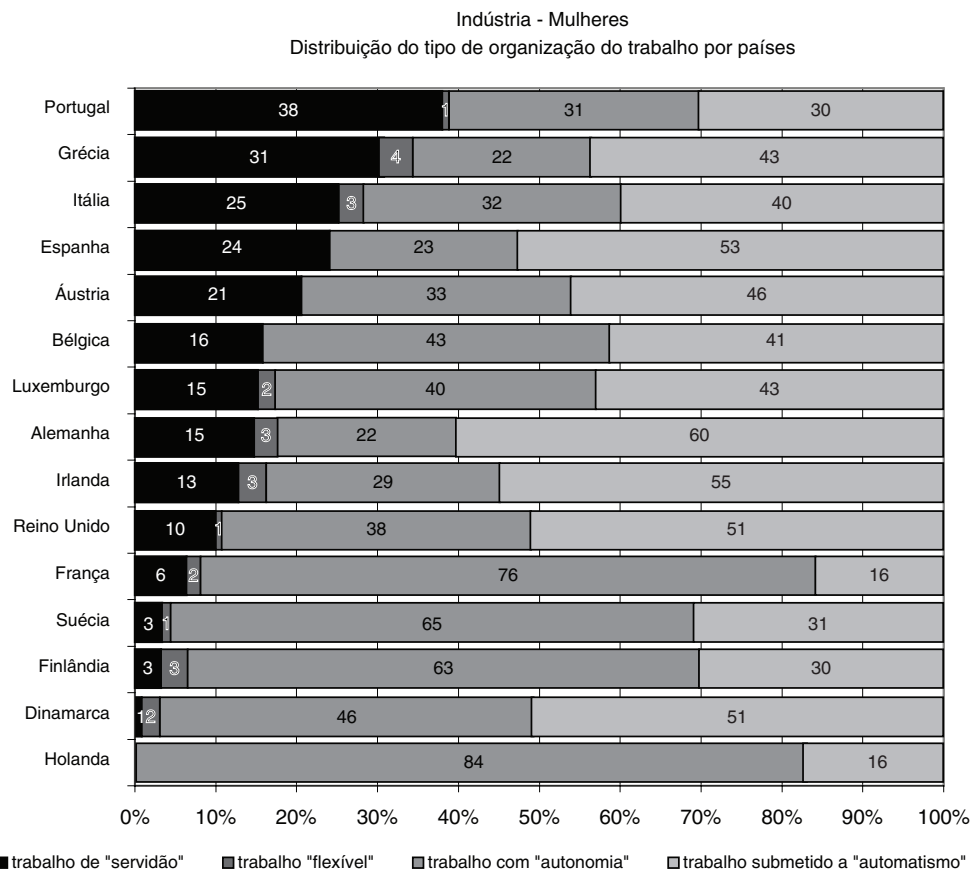


Figura 3 – Distribuição das trabalhadoras do setor industrial da Comunidade Européia segundo os tipos de organização do trabalho – (DAUBAS-LETOURNEUX E THÉBAUD-MONY, 2003).

Três questões serão tratadas com referência à situação atual na França e na Europa e que também são pertinentes ao Brasil: como o patronato (os responsáveis industriais, os empregadores) conseguiu enquadrar a saúde ocupacional como uma das suas prerrogativas; qual é o papel do Estado em relação à saúde no trabalho e como construir a saúde dos trabalhadores, mulheres e homens, como contrapoder dessa destruição humana que o neoliberalismo de hoje leva a todas as sociedades?

I Como o patronato conseguiu enquadrar a saúde ocupacional como uma das suas prerrogativas?

Na França, como nos outros países da Europa, basicamente, a história da saúde ocupacional é muito desconhecida. Até o fim do século XIX, ela é principalmente uma questão de lutas, individuais e coletivas, dos trabalhadores para “não morrer no trabalho”. Por um lado, o desenvolvimento dos saberes médico,

clínico e epidemiológico sobre os efeitos patogênicos do trabalho e de soluções técnicas de prevenção vai retirar a saúde ocupacional da mão dos trabalhadores para colocá-la na mão dos peritos que se referem a um saber técnico que os empregadores mesmos contribuirão a criar. Dessa maneira, eles se tornam proprietários desses saberes sobre a saúde no trabalho e se apropriam da capacidade de informar, ou não, aos trabalhadores, os danos à saúde ligados ao trabalho. Por outro lado, a lógica de seguro que foi escolhida como base do sistema de compensação também reforça a ideologia de normalização dos riscos profissionais (o que os peritos chamam de riscos socialmente aceitáveis).

1.1 A saúde ocupacional é um campo de perícia técnica e médica especializada sob a orientação do patronato

A saúde ocupacional torna-se, assim, um campo de perícia técnica e médica especializada na mão do patronato. Nesse campo, não existe espaço para a experiência e para a palavra dos trabalhadores. Observamos, cada vez mais, uma ditadura das estatísticas: o que não se pode medir não existe. Por exemplo, no que diz respeito aos cânceres ocupacionais ligados ao amianto, se os dados estatísticos não existem num país, o fenômeno mesmo é discutido sob este ângulo: será que o amianto brasileiro não é tóxico? Assim, precisa-se provar em cada país que o amianto é perigoso.

Duas conseqüências graves podem ser mencionadas. Primeiro, a subjetividade dos trabalhadores fica sem legitimidade porque ela se constrói através de uma abordagem fundada na experiência vivida – singular e coletiva – do tra-

balho e não através dos indicadores e números da metodologia estatística. Segundo, estamos num processo permanente de **experimentação humana**: deve ser provado, em cada país do mundo, com estatísticas sofisticadas, que o amianto provoca o câncer, que as LER/DORT resultam da intensificação do trabalho, que a precariedade de emprego e o stress podem conduzir trabalhadores ao suicídio, e assim por diante.

Mesmo assim, a representação estatística e epidemiológica da realidade desses danos à saúde fica totalmente fora da realidade vivida do trabalho e se torna uma abstração. Isso pode ser constatado com os resultados do último levantamento estatístico sobre os problemas de saúde, percebidos pelos trabalhadores da Europa (Figura 4): 34% têm dor nas costas, 28% sofrem de stress, 24% sentem fadiga geral e 23% sofrem de LER, etc.

Como conseguir entender qual é o trabalho concreto de cada um desses trabalhadores, que permite entender os processos de adoecimento? Somente a palavra do trabalhador sobre a sua história pode abrir o caminho desse conhecimento.

1.2 A lógica de seguro e as leis sobre os acidentes de trabalho

No ano 1898, na França, foi adotada uma lei dita “de compromisso”, que considerava, ao mesmo tempo: a legitimidade da indenização das vítimas de acidentes do trabalho e a legitimidade dos riscos profissionais (nos casos de acidentes de trabalho, não se considerava mais a falta do empregador). A indenização – determinada pelos peritos – passava a ser

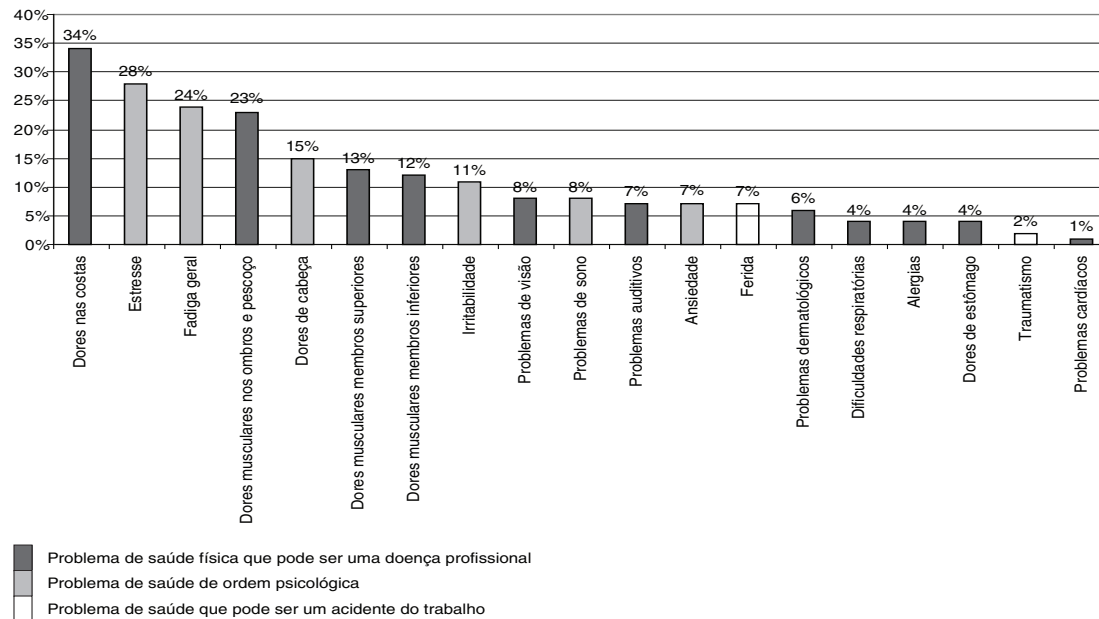


Figura 4 – Os problemas de saúde ligados ao trabalho percebidos pelos trabalhadores europeus (fonte: 3a. pesquisa sobre as condições de trabalho na Europa – Fondation Européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, Dublin, 2001).

discutida entre os representantes do patronato e dos sindicatos.

As conseqüências foram as seguintes: a saúde ocupacional saiu das áreas da justiça (em relação ao direito criminal e civil) e da saúde pública (no campo da prevenção e do controle dos riscos). Desde essa época até hoje, ela fica presa na negociação entre o patronato e os sindicatos, com um poder absoluto dos peritos (médicos e outros), sabendo-se que o patronato conseguiu cooptar a maioria dos especialistas de saúde ocupacional do mundo.

1.3 A reestruturação produtiva como um processo contínuo em um espaço global, que muda sempre as formas de divisão do trabalho e consegue reconstruir, em cada

época, a invisibilidade social dos mortos e doentes do trabalho

O processo de reestruturação produtiva não é um momento do desenvolvimento do capitalismo. Ele é permanente em relação às estratégias de adaptação das empresas para conseguirem contornar as contradições e limitações que as sociedades vão opondo a esse desenvolvimento. Uma das contradições se coloca em relação à saúde no trabalho. Sempre o processo de reestruturação produtiva se articulou a um processo de construção social da invisibilidade dos acidentes, das doenças e de todos os problemas de saúde ligados à organização e às condições de trabalho. Isso não se faz de maneira aberta, mas como condições necessárias do desenvolvimento econômico.

Nos últimos 30 anos, esse processo permanente de reestruturação se deu através da chamada “globalização”. Bourdieu (2000) nos dá uma dupla definição da globalização. No sentido descritivo, trata-se da unificação do campo econômico mundial. No sentido normativo, a globalização coloca-se como política econômica que tem como objetivo essa unificação através de um conjunto de medidas jurídicas e políticas para derrubar todas as barreiras a essa unificação e todos os obstáculos, em sua maioria, ligados ao Estado.

Em todos os países, mesmo que com características muito diferentes de um para o outro, as medidas da reestruturação produtiva dos últimos 30 anos têm, entre outras, as seguintes características:

1. **diminuição do custo do trabalho** com as políticas de **terceirização e desemprego** para acabar com o poder dos sindicatos e conseguir a intensificação do trabalho sem movimentos sociais;
2. a **transferência dos riscos** com a implementação de políticas de **duplo-padrão social e sanitário** para fugir das leis mais rigorosas dos países e regiões mais ricas e desenvolver a produção onde não existam restrições ou banimentos (por exemplo, a firma multinacional francesa Saint-Gobain continua a produzir o amianto no Brasil, mesmo que a lei francesa tenha proibido desde 1997 todo o comércio e o uso do amianto, e no Brasil, a transferência de processos produtivos inteiros do sul para o norte e nordeste são exemplos típicos);
3. promover uma globalização neoliberal para **contornar os efeitos duráveis da industrialização**, contornando os lugares de resistência coletiva e de contrapoderes, transferindo os riscos para os locais onde não exista um sistema de saúde que permita a identificação dos desgastes humanos;
4. **uniformizar as normas do trabalho** a partir das condições mais precárias (tentativas de constituição nos países pobres de normas com padrões inferiores às normas internacionais e de retorno a condições de trabalho de mulheres e de crianças já contornadas nos países centrais);
5. **intensificação do trabalho** com aumento da cadência e do ritmo de trabalho, aumento de horas-extras, diminuição de espaços de pausas e de porosidades no trabalho, aumento de exigências de produtividade (com reflexos na remuneração), diminuição no número de trabalhadores para a execução das mesmas tarefas, entre outras estratégias.

2 Qual é o papel do Estado em relação à saúde no trabalho?

Em todos os países, o papel do Estado tem sido o de apresentar essa política econômica como a única possível. Nessa perspectiva, o que é dito como “a questão social” se limita às estratégias de assistência aos pobres e excluídos.

Na França, o Estado se descarta da questão da saúde ocupacional. Por um lado, isto é uma das prerrogativas da negociação entre o patronato e os sindicatos. Por outro lado, a medicina do trabalho se torna cada vez mais uma medicina de seleção individual dos trabalhadores que podem suportar as “normas” do trabalho, e os peritos produzem dados sobre as características individuais de empregabilidade (incluindo as características genéticas). Cada vez menos, a saúde ocupacional aparece como um campo da saúde pública e coletiva.

A invisibilidade dos acidentes e doenças ligadas ao trabalho é mascarada por estatísticas oficiais (MENDES, 1999) que só reconhecem o que os peritos e o patronato aceitam como problemas de saúde ligados ao trabalho. Nos acidentes industriais graves (Bhopal, Tchernobyl, Toulouse, por exemplo), as vítimas são desconhecidas ou desconsideradas.

3 Como fazer da saúde dos trabalhadores, mulheres e homens, um contrapoder a essa destruição humana que o neoliberalismo de hoje provoca em todos os países do mundo?

Um passo imprescindível é o reconhecimento de quais são os contrapoderes possíveis. Em saúde do trabalhador, esses contrapoderes passam, necessariamente, pela organização dos sindicatos de trabalhadores e das vítimas (estas, em muitos casos, independentemente das organizações sindicais), e pela fiscalização das condições de trabalho. Sempre é importante reafirmar que a construção de contrapoderes passa, necessariamente, pela valorização dos movimentos sociais que já lutam há muito tempo, e também daqueles

que começam a se desenvolver como redes de resistência nacional e internacional. Isso passa por tomadas de consciência que podem ser encaminhadas de diferentes maneiras, dentre as quais, citamos:

- I. **Reconhecer a legitimidade das lutas das vítimas:** um exemplo positivo é a luta coletiva contra o amianto na França, que levou à interdição do uso dessa matéria-prima em 1997. As ações na justiça permitiram dar a visibilidade aos trabalhadores que foram expostos e demonstraram a “falta inescusável” dos empregadores, que sabiam quais eram as conseqüências da exposição e não fizeram nada durante anos e anos para proteger a saúde dos trabalhadores. No Brasil, um exemplo vivo de movimento social que conseguiu a visibilidade dos danos e a inclusão de seus problemas dentro da agenda política dos governos é a luta dos digitadores dos anos 80 (MERLO, 1999) pelo reconhecimento das tendinites como sendo relacionadas ao trabalho. Essa luta se caracteriza nos anos 90, entre outras coisas, pela ampliação do movimento para outras categorias e pela disseminação, em todo o país, de associações de lesionados pelas LER/DORT. Exemplo negativo, pela ausência de incorporação de movimentos sociais que dessem sustentação à proposta, foi o caso do conhecido “*ergonomic standards*”, nos Estados Unidos, e a intervenção do poder executivo do Governo Bush na decretação da anulação dos atos do governo anterior.

2. **Reconstruir solidariedades contra a terceirização e globalização:**

trata-se de encontrar estratégias de resistência e solidariedade para não deixar as grandes firmas continuarem os processos de transferência de riscos. Na França, existem algumas experiências sindicais de estratégias de solidariedade entre trabalhadores das grandes empresas e das empreiteiras, lutas que têm como enfoque o melhoramento das condições de trabalho dos trabalhadores terceirizados. Em relação ao amianto, a rede virtual *ban Asbestos* tem permitido o desenvolvimento de estratégias internacionais de luta contra a indústria do amianto.

3. **Construir novas formas de vigilância sanitária**

que consigam opor uma avaliação das condições de trabalho e dos efeitos à saúde dos trabalhadores, como sujeitos, contra aquela dos especialistas. Isso pode ser realizado através de uma colaboração entre os sindicatos e os pesquisadores que consideram a pesquisa na sua relação com a transformação social. Foi a grande lição de Pierre Bourdieu nos últimos anos da sua vida.

Isto tudo sem abrir-se mão da responsabilização dos Estados na defesa dos direitos à saúde no trabalho e na construção coletiva de políticas públicas gerais de valorização de espaços de trabalho saudáveis, ambientes saudáveis e processos produtivos incluídos em ambientes de desenvolvimento sustentável.

REFERÊNCIAS

- BRAUDEL, F. **La dynamique du capitalisme**. Flammarion, Paris, 1985.
- BOURDIEU, P. **Contre-feux**. Paris: Raison D'agir, 2000.
- DAUBAS-LETOURNEUX, V. ; THEBAUD-MONY, A. **Organisation du travail et santé dans l'Union Européenne**. Luxembourg : Office des Publications Officielles des Communautés Européennes, 2003. p. 9-36.
- MENDES, J. M. R. **O verso e o averso de uma história: o acidente e a morte no trabalho**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2003.
- MERLO, A. R. C. **A informática no Brasil: prazer e sofrimento no trabalho**. Porto Alegre: UFRGS, 1999.