

SAÚDE E PROCESSO PRODUTIVO NO BRASIL: NOTAS INTRODUTÓRIAS

*Maria Mercedes Rabelo **

Introdução

É nosso objetivo tentar explicitar quais são os determinantes fundamentais do quadro de saúde da força de trabalho no Brasil, o que nos remete necessariamente para a consideração de diferentes aspectos que se referem, por um lado, às condições de vida a que está submetida a população e, de outro, às relações de trabalho que se estabelecem ao nível da organização técnica do trabalho. Inúmeras determinações históricas e sociais, que se expressam em um contexto social específico, vão interferir profundamente na configuração de certo nível de saúde, fato que é observável através das maneiras características e diferenciadas de adoecer e morrer nos diversos grupos humanos.

Essas determinações históricas e sociais referem-se, basicamente, às esferas da produção e do consumo. Com relação à primeira, verificamos que o trabalhador está submetido a exigências decorrentes do estágio de evolução em que se encontra o processo produtivo: desempenham papel fundamental fatores que, embora penalizem a saúde da força de trabalho, objetivam, primeiramente, o aumento da produtividade.

No âmbito do consumo, o trabalhador, para garantir o seu bem-estar e o de sua família, de um lado, conta com recursos que provêm de seu salário direto, o qual lhe permite adquirir bens de consumo individual, como alimentação, agasalho, etc., e, de outro, pode usufruir dos benefícios oferecidos pelo Estado. Tais benefícios se constituem, então, em uma forma de salário indireto, que se viabiliza através da oferta dos meios coletivos de consumo, como educação, saúde, transportes, etc. Esse tipo de salário indireto foi analisado em profundidade por Castells (1978), ao discutir as contradições que se localizam no espaço urbano. Para ele, trata-se de um mecanismo que o próprio modo de produção capitalista encontrou para diminuir os custos de produção, na medida em que transfere ao Estado a responsabilidade de subsidiar parte da reprodução da força de trabalho.

* Socióloga da FEE.

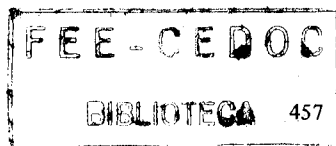
1 – Condicionantes do nível de saúde de uma população

Algumas das abordagens tradicionais associam o nível de saúde de uma população aos avanços da medicina, ao número de profissionais médicos, ao número de leitos hospitalares, etc. Diversamente, no entanto, estudiosos dessa área, dentre os quais podemos citar Madel Luz (Luz, 1979), Silva (1983) e Possas (1981), têm reafirmado constantemente a importância fundamental de uma alimentação adequada para a manutenção de um padrão mínimo de saúde e, a seguir, o papel de grande relevância que desempenha a infra-estrutura de saneamento básico, como água e esgoto. Informa-nos a literatura que, quando as primeiras práticas médicas que revolucionaram a prevenção e a cura de certas doenças (como tuberculose, cólera, difteria e tifo) se tornaram corriqueiras, as taxas de mortalidade nos países desenvolvidos já haviam começado a baixar há muito tempo, devido à significativa melhoria das condições de habitação e de saneamento e, principalmente, à maior resistência individual, decorrente de uma nutrição melhor balanceada (Illich, 1975, p.20). São ainda fatores essenciais as condições de trabalho, de transporte e de educação.

No Brasil, desde o início da industrialização, o Estado optou por intervir diretamente na economia, em detrimento da formulação de políticas sociais, limitando-se a atender àquelas reivindicações populares que, de alguma forma, reverteriam em benefícios para o capital, como é o caso, por exemplo, da educação, que vai melhor qualificar a força de trabalho. Essa postura vai ter como repercussão um considerável atraso no fornecimento daqueles equipamentos públicos voltados para a reprodução dos trabalhadores (infra-estrutura e saneamento básico, serviços de saúde, etc.).

Assim, o atendimento direto à saúde é marcado pela precariedade e pela baixa qualidade, quando esse serviço é prestado pelos vários níveis da esfera governamental. Apenas para recapitular os últimos anos, devemos lembrar que, durante a década de 70, se procedeu a uma reestruturação dos órgãos encarregados de prover a melhoria da qualidade de saúde da população brasileira, reestruturação esta que se estendeu inclusive ao nível dos ministérios. Ao Ministério da Previdência e Assistência Social, onde se concentraram os recursos da área da saúde, coube o atendimento médico-previdenciário, cuja prioridade é a medicina curativa e assistencialista. Associado à iniciativa privada, esse ministério estruturou-se para dar atenção à saúde daquele segmento ligado ao mercado formal de trabalho, desempenhando importante papel no que se refere ao controle e à manutenção da força de trabalho. Ao Ministério da Saúde designaram-se as tarefas relativas aos aspectos preventivos da saúde do conjunto da população, através das campanhas de saúde pública, das vacinações e do atendimento daquela parcela sem acesso às estruturas da Previdência, via Unidades Sanitárias das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Esses postos de saúde, no entanto, têm se mostrado ineficazes e insuficientes, na medida em que a sua atuação é restrita, basicamente, à atenção materno-infantil, como reflexo da pouca ênfase conferida à questão da saúde na dotação orçamentária (Possas, 1981).

Atualmente, está em fase de implantação, à nível nacional, uma nova modalidade de organização dos serviços de saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS), o qual



pretende incorporar as diversas instâncias do serviço estatal e ampliar o atendimento a todos os brasileiros. Tal sistema ainda não pôde comprovar sua viabilidade e sua adequação quanto a garantir o acesso universal a boas condições de saúde. Contudo o surgimento de obstáculos à sua adequada estruturação, no sentido do financiamento e da gestão, tem acirrado o debate.¹ Em vários estados, têm sido apontadas falhas graves no repasse de recursos para os municípios, na capacitação de recursos humanos, bem como na aplicação de isonomia salarial para os diferentes níveis, na efetiva participação da sociedade na gestão do Sistema, etc.

2 – Saúde e processo produtivo

É, no entanto, no âmbito do processo produtivo, das condições objetivas de trabalho e das formas concretas de organização do processo de trabalho que vai se situar nosso interesse para a análise.

Dentre as muitas formas de consumo da força de trabalho no processo produtivo, podemos distinguir dois grandes grupos: de um lado, aqueles processos de trabalho nos quais predomina a extração de mais-valia absoluta – caracterizada por baixo nível tecnológico e redução do salário associada ao aumento da jornada de trabalho – e, de outro, aqueles nos quais se objetiva a extração de mais-valia relativa – aumentando a produtividade e intensificando o trabalho através de crescentes inovações tecnológicas.

Dentro do processo evolutivo do modo de produção capitalista, ocorreram, no final do século XIX, inúmeras e profundas modificações na estrutura da organização do trabalho, no sentido de maximizar a produtividade. O taylorismo, como foram chamadas as inovações imprimidas por Taylor, buscou estabelecer a maneira ótima de realizar cada tarefa dentro de um tempo mínimo, cujo resultado garantiria, então, uma maior produção num dado intervalo de tempo. Para isso, fizeram-se necessárias a apropriação e a dominação do “saber fazer” operário.

Nessa ótica, a parte técnica do processo produtivo incorporou as chamadas condições subjetivas do trabalho, ou seja, aquela parcela do trabalho ainda não submetida ao capital, que se refere exclusivamente à força de trabalho e à diversidade quanto à maneira e ao tempo necessário para que cada trabalhador realize uma mesma tarefa.

A economia capitalista organizou-se, basicamente, através do consumo das energias física e psíquica do trabalhador acoplado ao dinamismo de parques tecnológicos cada vez mais complexos. A concepção e a execução do trabalho distanciaram-

¹ A Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Saúde em Debate, por exemplo, muito tem contribuído, em suas edições, para a discussão. A esse respeito, ver especialmente os números 23, 25 e 27 de 1989.

se; a produção foi toda parcelada, e cada trabalhador se vê, agora, realizando uma pequena parte do produto, mas nunca o produto. Essa dissociação do produto de seu trabalho configura a alienação e o sofrimento psíquico. Da mesma maneira, não há mais tarefa coletiva. Ocorre uma "individualização uniformizante", uma desqualificação do trabalhador. Ele é, agora, apenas o operador de máquina, e, conforme veremos mais adiante, esse aspecto tem como decorrência uma série de fatores comprometedores para a saúde.

Tendo em vista o objetivo central do capital, qual seja, a sua reprodução ampliada, o desenvolvimento tecnológico sempre crescente implica, freqüentemente, a introdução de matérias-primas e agentes químicos nocivos à saúde, bem como a realização da atividade produtiva em ambientes muitas vezes insalubres (em relação à luz, ao som, ao calor, etc.). Esse aspecto é, geralmente, desconsiderado pelo capital. Dado que a acumulação capitalista impõe a redução da relação receita/custos ao mínimo possível, com vistas a um maior lucro, raramente são previstos gastos relativos à proteção e à segurança dos trabalhadores.

Embora sejam utilizadas cerca de 15.000 substâncias químicas na indústria, a legislação brasileira estabelece quais são os limites de tolerância, no sentido de que o trabalhador pode ficar exposto oito horas por dia, todos os dias, sem desenvolver doenças, para apenas 200 delas. Além disso, os manuais de Medicina do Trabalho organizam uma descrição das doenças profissionais, sua evolução, sua prevenção, etc., porém restringem-se aos 20 agentes tóxicos mais conhecidos. Ou seja, as demais substâncias permanecem com livre acesso ao organismo do trabalhador (Possas, 1981, p.88-91).

De outro lado, os trabalhadores brasileiros ainda desconhecem o grau de periculosidade a que estão expostos: seja pelo caráter cumulativo e lento dos efeitos, seja pela invisibilidade de muitas substâncias e poeiras tóxicas. Na maior parte dos casos, não é percebida a existência de relação entre a doença apresentada e o trabalho desempenhado durante vários anos.

Acrescenta-se a isso o fato de que, no Brasil, tem se tornado cada vez mais freqüente a organização de serviços médicos dentro da fábrica ou no próprio local de trabalho. Esse serviço convém ao capital por duas razões: de um lado, diminui o absentismo e, de outro, medicaliza e individualiza a enfermidade, no sentido de apresentá-la como dissociada do processo produtivo. Ela é veiculada como um fenômeno biológico individual, e até, muitas vezes, o trabalhador acaba por sentir-se culpado por estar doente. Atualmente, a Medicina do Trabalho tem sido objeto de inúmeras discussões, pois, através dela, se expande o poder de controle do capital sobre a força de trabalho, dominando, agora, inclusive, a sua doença. Deve-se à ampliação crescente dessa forma de atendimento a aparente redução dos acidentes de trabalho nos registros oficiais. O trabalhador é atendido no próprio local de trabalho ou por empresas conveniadas, e a ocorrência dos acidentes e das doenças profissionais não é comunicada aos organismos oficiais, provocando um imenso sub-registro de informações.

Em outros casos, o trabalhador percebe, agregado ao seu salário, um certo percentual por insalubridade ou periculosidade no trabalho, percentual este que, no entanto, jamais lhe devolverá a saúde. Porém, dadas as precárias condições de vida a

que estão submetidos e devido ao reduzido poder de compra de seus salários, os trabalhadores têm sido obrigados a vender, além de sua força de trabalho, sua saúde. Apenas muito recentemente, as reivindicações sindicais têm somado às lutas salariais demandas referentes a melhores condições de trabalho.

Para o empresário, por sua vez, dado o imenso exército industrial de reserva, é muito mais econômico pagar o trabalhador por sua exposição a agentes tóxicos e a acidentes do que implantar em sua empresa instalações e procedimentos adequados à preservação da saúde.

As considerações anteriores não se limitam a questões relativas a enfermidades de origem exclusivamente ambiental, mas, ao contrário, referem-se a todas as doenças ocupacionais, inclusive àquelas que resultam de certos tipos de organização do processo de trabalho, alguns dos quais discutiremos a seguir.

A introdução da máquina em escala ampliada implica um ônus para o trabalhador, na medida em que ele passa a perder gradativamente o controle sobre o exercício da sua própria atividade. O conhecimento que ele detinha anteriormente em relação ao processo produtivo agora está incorporado ao capital fixo. A dominação do **saber fazer** operário significa um importante passo no sentido de buscar sempre uma maior valorização do capital, já que, a máquina, imbuída desse *savoir faire*, impõe sobre o operário o ritmo e a velocidade da operação a ser desempenhada.

Essa nova relação que se estabelece entre o trabalhador e a máquina, onde, podemos dizer, o trabalhador é subjugado à tecnologia, aprofunda uma contradição fundamental subjacente a todo processo produtivo: o conflito capital *“versus”* trabalho. Ainda que restrita apenas ao ponto de vista da saúde, a discussão de alguns aspectos decorrentes da **modernização da exploração**, no âmbito do próprio processo de trabalho, é fundamental.

Uma primeira questão a ser levantada refere-se à maior probabilidade de ocorrência de acidentes nessas situações onde o poder de decisão operário foi extinto. Pesquisadores da saúde no trabalho têm apontado situações só perceptíveis no interior do processo produtivo, as quais exigem decisões imediatas no sentido de dominar um imprevisto, retomar o controle de determinado encadeamento, etc. Sob essas circunstâncias, o trabalhador acrescenta à sua fadiga intensa tensão e medo. Ele sabe que não terá acesso aos instrumentos de controle, caso necessite.

Em segundo lugar, o processo de trabalho profundamente parcelado exige a repetição contínua de pequenas tarefas, resultando num procedimento monótono e dissociado de sentido. A monotonia e a repetitividade que vão neutralizar a atividade mental originam inúmeras neuroses ocupacionais e redundam, freqüentemente, em somatização e adoecimento (Dejours, 1987).

Por outro lado, algumas categorias, como é o caso das telefonistas (pesquisadas por Dejours), têm no sofrimento de seus profissionais uma fonte de maior produtividade, pois, quanto mais nervosas, mais rápido elas atenderão a cada cliente e, portanto, mais clientes atenderão.

Essa tensão cotidiana tem sido responsável pela elevada incidência de enfermidades cuja origem está vinculada ao *stress* no trabalho. Eyer & Sterling (1982, p.55) descrevem detalhadamente os efeitos somáticos da tensão e as decorrentes alterações

nervosas e endócrinas, concluindo que não existe uma só célula do corpo que não sofra o efeito dessas alterações. Esses autores, entre outros, apontam evidências no sentido de que há estreita correlação entre aumento das taxas de mortalidade por hipertensão, diabete, úlceras, neoplasmas e a maior exposição a fontes de *stress*.

Em terceiro lugar, a crescente internacionalização do capital e a conseqüente transferência de tecnologia para países em desenvolvimento têm originado alguns problemas para a força de trabalho desses países. Os trabalhadores dos países de capitalismo avançado têm oferecido resistência à participação em alguns momentos, ou, até mesmo na totalidade, de determinados processos produtivos, devido à sua toxicidade e periculosidade. Esses equipamentos são, então, transferidos para aqueles países onde a força de trabalho apresenta precária organização sindical, permitindo uma postura de dominação mais incisiva por parte do capital.

Por último, apenas para destacarmos alguns aspectos fundamentais que determinam a saúde no trabalho, é importante discutirmos como o próprio trabalhador se percebe enquanto força de trabalho participativa de um processo mais amplo de produção. Alguns estudos na vertente antropológica e psicanalítica, como Soares (1980), Costa (1989) e Fina (1980), vêm oferecer elementos para nossa discussão.

Devido à exacerbada demanda de suas energias física e psíquica, constantemente à revelia de um suporte alimentar e de momentos de lazer e descanso adequados, o trabalhador é levado a perceber-se unicamente enquanto objeto de trabalho.

Nessa ótica, ao nível das representações simbólicas dos trabalhadores, adoecer é uma estratégia vergonhosa para não trabalhar. É a covardia ante uma realidade que, embora adversa e penosa, deve ser suportada e vencida. O trabalhador deve afrontar ao máximo as piores condições de trabalho, o cansaço, a angústia e o medo, ainda que, a médio prazo, venha a desequilibrar-se emocionalmente e não responda mais à medicalização ambulatorial a que é submetido quando da consulta médica. A consulta médica, como vimos, é norteadora por um enfoque que reduz a doença à esfera do que é individual.

Numa ideologia bastante veiculada, cujo cerne é o corpo-trabalho (em contraposição ao corpo-prazer na burguesia), o sujeito só encontra sentido para viver na medida em que possa vivenciar intensamente sua identidade enquanto ser que produz, no nosso caso, através do corpo que trabalha.

Nesse arcabouço ideológico compartilhado pelo conjunto dos trabalhadores, o adoecimento é tecnocraticamente dissociado das circunstâncias que o produzem e é devolvido à responsabilidade e à culpabilidade da força de trabalho, cujas manutenção e reprodução se viabilizam exclusivamente através de sua própria capacidade e desejo.

Tendo em vista, então, o conjunto das considerações levantadas até aqui, podemos apontar como fundamental a discriminação dos componentes de um amplo quadro de fatores que determinam o processo saúde-doença. Só assim será possível alcançarmos uma melhor compreensão dos diversos perfis de saúde que diferentes comunidades da sociedade capitalista apresentam. Inúmeras pesquisas vêm indicando as relações que se estabelecem entre a manutenção de determinados níveis de saúde e o quadro das condições gerais de vida. Da mesma forma, é, agora, importan-

te que se aprofunde o desvendamento daqueles fatores subjacentes ao processo de trabalho e à sua organização, uma vez que se caracterizam por apresentarem estreita vinculação com a saúde dos trabalhadores. Além disso, é necessário perceber que, dado o caráter coletivo da doença, sua prevenção passa, necessariamente, pela incorporação, aos paradigmas atuais, da dimensão fundamental e estruturante que o trabalho ocupa na construção do indivíduo.

Bibliografia

- AGUDELO, Saúl Franco (1981). La salud y el trabajo. **Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública**. Medellín/Colômbia, 7(1-2), ene./dic.
- CASTELLS, Manuel (1978). **La question urbana**. 5.ed. México, Siglo Veinteuno.
- COSTA, Jurandir F. (1989). **Psicanálise e contexto cultural: imaginário psicanalítico, grupos e psicoterapias**. Rio de Janeiro, Campus.
- DEJOURS, Christophe (1987). **A loucura do trabalho**. São Paulo, Cortez.
- EYER, Joseph & STERLING, Peter (1982). Mortalidad relacionada con el stress y la organización social. **Cuadernos Médico Sociales**, Rosário, Asociación Médica de Rosário/Centro de Estudios Sanitarios y Sociales, (21):53-75, jul.
- FINA, Ignasi (1980). El riesgo del trabajo industrial. **Revista Transición**, México, Nueva Imagen, 3(17).
- HERNANDEZ, Samuel (1982). Salud mental y trabajo. **Revista Centroamericana de Ciência de la Salud**, São José/Costa Rica, 8(23):57-64, set./dic.
- ILLICH, Ivan (1975). **A expropriação da saúde: Nêmesis da medicina**. Rio de Janeiro, Nova Fronteira.
- LAURELL, Ana Cristina (1981). Processo de trabalho e saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, CEBES, (11):8-22.
- LUZ, Madel (1979). **As instituições médicas no Brasil: instituições e estratégias de hegemonia**. Rio de Janeiro, Graal.
- PIGALUGA, Izabel (1982). Saúde e trabalho. In: IBASE. **Saúde e trabalho no Brasil**. Petrópolis, Vozes.
- POSSAS, Cristina (1981). **Saúde e trabalho: a crise da previdência social**. Rio de Janeiro, Graal.
- SILVA, Lucia Silva e (1983). **Saúde e classes subalternas: a subordinação da saúde do povo ao capital**. Porto Alegre, UFRGS. (Dissertação de Mestrado). (Mimeo).
- SOARES, S. S. F. (1980). **Enlouquecer para sobreviver: manipulação de uma identidade estigmatizada como estratégia de sobrevivência**. Brasília, UnB/ICH.