

03-08-2023

O trabalhador é central para a Saúde Coletiva?

Rosângela Gaze

[Médica sanitária. Professora do Instituto de Estudos de Saúde Coletiva/UFRJ]

Pensar que o trabalhador não seja central para a Saúde Coletiva é difícil de entender e impossível de aceitar. Por ser impossível de aceitar é que precisamos conversar sobre isso. O trabalhador é central para a área de Saúde Coletiva? A saúde dos trabalhadores é central na abordagem do processo saúde-doença na dimensão coletiva? Acredito que não. E, não nego, o pressuposto é passível de contestação. Muitos dizem que há até duas políticas públicas com foco na saúde do trabalhador. E há os que contradizem – “*quem tem duas não tem nenhuma*” (Vasconcellos, 2013). Os que defendem que o trabalhador seja central na Saúde Coletiva apontam: «Há 233 Centros de Referência (Cerest) numa Rede Nacional de Saúde do Trabalhador (Renast), conferências e diversos eventos e cursos de saúde do trabalhador... Há x e y coisas ‘chamadas’ de saúde do trabalhador...» Os que discordam destacam: «Difícil é encontrar o trabalhador com saúde e dignidade à vera na Saúde Coletiva».

O trabalho é central no caminhar a vida. Admito que, por parecer óbvio, seja até difícil acreditar que o trabalhador não seja central no trabalho, no trabalhar a vida. Pois não é! Para muita gente, embora alguns não se deem conta, central é o trabalho e não o trabalhador. Não é para a Medicina do Trabalho, pois esta é DO Trabalho, própria do, pertencente ao trabalho. Não é para a Saúde Ocupacional que trata da Ocupação para que esta possa ser exercida, em outras palavras, para que a força-de-trabalho garanta a produção. Força-de-trabalho que há tempos representa a objetificação de um coletivo de trabalhadores e não de pessoas de carne-ossos-alma que exercem atividades no trabalho para viver com dignidade. Não é para a Epidemiologia (inclusive a Ocupacional) que há décadas conta casos e mortes de agravos “relacionados” ao trabalho, sem questionar que esta ‘relação’ é socialmente dinâmica segundo características temporais, espaciais e das pessoas. Pessoas que vivem e trabalham. O trabalho (assim como gênero, raça/etnias, idade, renda etc.) é um condicionante social de sofrimento, adoecimento, morte e invalidez.

Analisar estatísticas apontando genericamente para causas associadas às ‘clássicas’ iniquidades sociais (fome, pobreza, saneamento...), sem pesquisar vínculos epidemiológicos com o trabalho equivale a negligenciar os trabalhadores nos estudos epidemiológicos. Pessoas, com frequência, residem em um território e trabalham em outro. A produção de bens e serviços no dinâmico mundo do trabalho da atualidade se desenvolve em cadeias produtivas, entrelaçadas a outras, muitas vezes, de natureza transnacional. Trabalhadores, para sobreviverem sob a insígnia da precarização estrutural do trabalho, se habilitam em múltiplas ocupações, se inserem em diversas atividades econômicas, ambientes de trabalho, ‘vínculos’ empregatícios (formal, informal, avulso, microempreendedor, desempregado, desalentado etc) e outros.

Nesses cenários, complexos, o sofrimento, adoecimento, morte e mutilações ocorrem. Manifestam-se no trabalhador como agravos não transmissíveis e transmissíveis, inaparentes, agudos, crônicos, desconhecidos, inusitados, etc., nas dimensões pessoal e social. Em ambas as dimensões, o processo saúde-trabalho-doença se desenrola em prismas e interconexões variados. Mas é na dimensão social, coletiva, que se observa a infinita multiplicidade de conexões complexas e dinâmicas no tempo e no espaço. A imagem que melhor se aproxima do que se reproduz nos territórios vivos é a de um caleidoscópio. Ou seja, analisar a dinâmica ‘caleidoscópica’ do processo de adoecimento e morte no trabalho e pelo trabalho requer estar presente no ambiente em que se desenvolvem as atividades. Requer o saber do trabalhador, a sua vivência, experiência, história dentro daquele processo de trabalho. Requer a construção de indicadores de saúde, em tempo real, alicerçados em modelo antropológico de coleta de histórias de vida, ancorando sentidos aos ‘dados’. É o que constrói Diana Antonaz (2001) na etnografia “*A dor e o sentido da vida - Um estudo de caso: a “nova doença” das telefonistas do Rio de Janeiro (1980/1990)*”. Valorizando o saber e o sofrimento dessas trabalhadoras, a LER/Dort adquire visibilidade e é reconhecida pela previdência social.

As clássicas análises estatísticas extraídas de ‘pálidas’ séries históricas quantitativas de ocorrência de agravos se tornaram obsoletas diante da dinamicidade caleidoscópica da realidade territorial (Gaze, 2017, p.141). Da aparente ‘certeza’ estatística resulta distorção mais grave do que os temidos vieses epidemiológicos. Não se trata apenas de emitir resultados pouco consistentes (ou de escassa significância) mas de se induzir, ou aprofundar, o apagamento da realidade presente. Metaforicamente, assemelha-se a olhar a nascente cristalina de um rio extenso, deduzir que suas águas permanecem límpidas na foz e, mesmo sem investigar, concluir que não polua o mar.

Difícil compreender que o saber dos trabalhadores e o seu próprio sofrer, adoecer e morrer não sejam centrais ao saber da saúde coletiva. Conversando com Vasconcellos et al. (2010), ao citar Oddone (1986), percebemos que o “saber sacro” (científico) costuma resistir à penetração do “saber profano” (operário). Por vezes, nós, trabalhadores não temos consciência de que sofremos, adoecemos e morreremos pelo trabalho. E raramente percebemos o que se pode conquistar com nossos saberes. Inclusive, nós, docentes sob o produtivismo acadêmico alienante detrator da construção do conhecimento. Difícil calar quando há questões não respondidas e outras sequer formuladas. Qualquer agravo pode estar relacionado ao trabalho. E ter múltiplas causas. Que tal investigar se os transtornos do comportamento estão associados ao trabalho? E as infecções urinárias de repetição? Endemias várias? Epidemias e pandemias? Síndromes metabólicas? Agravos autoimunes? De causa desconhecida?

O desafio é gigantesco, a recusa das revistas uma certeza, o cancelamento acadêmico uma possibilidade... A alegria em defender a saúde dos trabalhadores uma preciosidade... ■ ■ ■

Referências: - Gaze R. Mulheres do lar, homens provedores e desigualdade na história social da hepatite C. In: Franco SP, Nascimento DR, Silveira AJT (orgs). *Uma história brasileira das doenças*, v.7. 1. ed. Belo Horizonte: Fino Traço, 2017. - Vasconcellos LCF. *Dois políticas, duas vigilâncias, duas caras*. *RBSO*, 38(128):179-82. 2013. - Antonaz D. “*A dor e o sentido da vida - Um estudo de caso: a “nova doença” das telefonistas do Rio de Janeiro (1980/1990)*”. [Tese] Pós-graduação em Antropologia Social. UFRJ/Museu Nacional, 2001. - Vasconcellos LCF, Almeida CVB, Guedes DT. *Vigilância em Saúde do Trabalhador: passos para uma pedagogia*. *Trab. Educ. Saúde*, 7(3):445-62, nov.2009/fev.2010.

OBS. Os textos expressam a opinião de seus autores, não necessariamente coincidente com a dos coordenadores do Blog e dos participantes do Fórum Intersindical. A cada reunião ordinária, os textos da Coluna Opinião do mês são debatidos, suscitando divergências e provocando reflexões, na perspectiva de uma arena democrática, criativa e coletiva de encontros de ideias em prol da saúde dos trabalhadores.