

Trabalho, saúde e cidadania

As LER e os transtornos da voz*

Herval Pina Ribeiro**

RESUMO: Considerando a carência de estudos sobre as relações sociais do trabalho com a saúde e a cidadania, o artigo objetiva abordar a complexa rede de causalidade das doenças coletivas do trabalho, focando sua análise nas LER e nos transtornos da voz. Para tanto, evidencia a influência de postulados ideológicos do positivismo científico na formação e na atuação dos profissionais de saúde. Observa-se que, sob tal ideário, são disseminados conceitos e expressões que escondem a causalidade das doenças coletivas do trabalho, contribuindo para esvaziar o conteúdo social e cotidiano dos adoecimentos.

Palavras-chave: Doenças do trabalho. LER. Transtornos da voz. Degradação do trabalho.

Introdução

A revisão bibliográfica sobre o entrelaçamento das relações sociais do trabalho com a saúde e a cidadania mostra a pobreza dos estudos sobre o tema, ainda maior no campo da educação. Mesmo quando as teses do neoliberalismo ruem e as relações sociais do trabalho retomam o *status* de categoria sociológica central, passando a merecer atenção de pesquisas em saúde, é pequeno o número das que as priorizam na complexa rede de causalidade das doenças coletivas do trabalho.

A maioria dos acadêmicos na área de saúde do trabalhador, sem ter consciência disso, perfila-se e age segundo os postulados ideológicos do positivismo científico. E os profissionais de saúde que eles formam e especializam, principalmente nas áreas de medicina e de engenharia de segurança do trabalho, continuam atados à teoria objetiva do nexos causal direto dos acidentes e doenças do trabalho e atêm-se à possibilidade de comprová-lo objetivamente.

A causalidade das doenças coletivas do trabalho permanece escondida, presa às amarras do *trabalho em si*, conceitualmente reduzida ao *risco* ou dispêndio de energia humana *in loco* durante a jornada. Isto faz com que se abram espaços para conceitos e expressões imprecisos, como *estresse* e *assédio moral*.

Os adoecimentos e doenças coletivas vêm-se esvaziados do conteúdo heurístico, social e cotidiano, remetidas suas soluções remediadoras, como a assistência médica ou o contencioso trabalhista e civil.

A historicidade das doenças do trabalho no Brasil

Por essas e outras razões históricas, a lista oficial de doenças originadas pelas relações e divisão do trabalho ficou por largo tempo restrita a quatro dezenas, atribuídas sempre ao *trabalho em si* – às condições materiais, ligadas às atividades industriais. Somente em 1987, uma “nova” doença, as *lesões por esforços*

* Este ensaio tem como principal referência as oficinas sobre transtornos da voz, na Unifesp (2002), com a participação da Apeoesp, Sinpeem, Sinpro/SP, entre outros agentes. Delas resultou o livro "O grito do silêncio: degradação do trabalho e transtornos da voz" (no prelo). A experiência deu lugar ao Projeto de Notificação dos Transtornos da Voz, objeto de convênio entre o Ministério da Saúde e a Unifesp, que concebeu um questionário, para ser preenchido pelos trabalhadores no local de trabalho, para buscar o reconhecimento oficial dos transtornos como adoecimento coletivo do trabalho. Este questionário, iniciado em 2009, está em processo final de validação, quando será possível conhecer a dimensão e a dinâmica desse adoecimento, facilitar o reconhecimento oficial pretendido e trazer os sindicatos das categorias atingidas e suas bases à condição de protagonistas na sua resolução.

** Doutor em Saúde Pública. Docente do Departamento de Medicina Coletiva da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp).
E-mail: <hervalpina@uol.com.br>.

repetitivos (LER), sem nexos causal tão estreito, foi acrescida a ela, na primeira vez que uma doença do trabalho, aliás antiga, foi reconhecida oficialmente nas atividades de serviços (inicialmente em instituições financeiras e de crédito).

Mais de 14 anos depois, os ministérios da Previdência Social e da Saúde publicaram nova lista, oficializando conceitos novos e um número expressivo de doenças do trabalho passíveis de notificação (BRASIL, 2001). Registre-se, também, que, dos anos 1970 para cá, enquanto os acidentes do trabalho típicos (maculados por enorme não notificação) decresceram, as doenças do trabalho tiveram ascensão notável, desde a década de 1980. Os acidentes despencaram de 1,9 milhão (1976) para 500 mil (2007). E o número de doenças do trabalho, no mesmo período, saltou de quatro mil para 130 mil. A relação doença/acidente do trabalho subiu de 0,3% em 1980, para 6%, em 2004, e para 30%, em 2007.

Estes dados permitem inferências, como a não notificação histórica das doenças do trabalho e, agora, acrescente notificação de adoecimentos e doenças *atípicas*. Convidam, também, a pensar o porquê da elevada incidência recente de *LER* e de transtornos psíquicos em trabalhadores das mais diversas categorias e atividades econômicas, nas duas últimas décadas.

Morbidade e reestruturações produtivas

O trabalho e seu valor, as condições de vida, a morbidade e mortalidade modernas têm os pés fincados nas classes sociais que a revolução industrial fez nascer. O espólio negativo ficou com a classe trabalhadora, filha necessária e malquista do capitalismo industrial. Desde então, acidentes e doenças típicas do trabalho têm sido responsáveis por enorme morbidade e mortalidade. Por trás das más condições, sempre estiveram relações sociais, tanto mais mórbidas quanto maior a assimetria de poder entre as classes. No decorrer do século XX, tais relações começaram a melhorar e a violência explícita do trabalho a diminuir devido à resistência organizada dos trabalhadores. Ainda assim, milhões continuaram a adoecer e morrer do e no trabalho, por todo o século passado.

O número de mortes por acidentes do trabalho no século XX só foi menor ao de vítimas das guerras (grandes e menores). Junte-se a essa tragédia a das mortes por doenças infectocontagiosas e parasitárias, que dizimaram milhões de pessoas no decorrer dos séculos findo e presente. O maior número de vítimas em termos absolutos e relativos sempre esteve na classe trabalhadora e entre os mais pobres. No entanto, não são o baixo valor monetário pago pelo trabalho e o desemprego os responsáveis diretos pela elevada morbidade e mortalidade dos trabalhadores, mas, sim, pelas más condições materiais de vida e uma inserção social pior.

Salvo a minoria da classe trabalhadora elevada à condição de *classe média*, a maioria nada ou pouco possui, além da força de trabalho; ao vendê-la, obriga-se a usar conhecimento e experiência em troca de salário e a consumir energia física e intelectual no manuseio de materiais, instrumentos e máquinas. Chama-se a isto *trabalho vivo*, em contraposição ao *trabalho morto*, das máquinas. Da junção dos dois resulta a produção de bens, que têm valor de uso e troca.

Em meados do século XX, uma das grandes mudanças na indústria foi a introdução da microeletrônica, que possibilitou operar simultaneamente várias máquinas e momentos do processo produtivo fabril, elevando exponencialmente a produtividade e o volume da produção. Uma das consequências benéficas da automação foi distanciar o corpo do trabalhador das máquinas e processos industriais, com o que despencou a exposição aos riscos de acidentes e doenças típicas. Embora incidental, o ganho foi enorme para a preservação física, porém, aumentou o número de trabalhadores com doenças não

associadas materialmente ao trabalho, como hipertensão, infarto do miocárdio, úlceras duodenal e gástrica, *LER*, transtornos psíquicos etc., que passaram a ser reconhecidos como doenças do trabalho *atípicas* por não serem consequentes a riscos físicos, químicos e biológicos.

São formas coletivas de adoecer que têm a ver com as relações sociais internas e externas ao trabalho contemporâneo. Internas, porque agora as relações são mais tensas, dada à preocupação em manter o emprego, à intensificação da produção, à pior remuneração e controle mais rígido do trabalho; e externas, diante das incertezas do mercado de trabalho e da precariedade das relações contratuais, pelo não emprego e desemprego, que tensionam a vida social e familiar.

Mostram as estatísticas vitais que os que vendem força de trabalho adoecem mais e vivem menos, mas, como no passado, o patronato não se preocupa com a saúde do trabalhador, a preservação de postos de trabalho nem a oferta de emprego. É da essência do capitalismo reduzir o número de empregados, o valor do trabalho para extrair mais trabalho, diminuir encargos e negar ou sonegar direitos. Aí estão a automação e o formidável exército de reserva de mão de obra, que repõe os que se rebelam, adoecem ou morrem.

As inovações tecnológicas do maquinário e da administração do trabalho sempre caminharam paralelamente à intensificação do trabalho *vivo*. Ao reduzir o tempo *morto* do maquinário, induzem à redução do tempo *morto* do trabalho *vivo*, ou seja, as pausas entre uma tarefa e outra.

As exigências corporais do trabalho contemporâneo mudaram, porque a automação microeletrônica reduziu o esforço muscular bruto, de elevado gasto calórico. Mas a redução energética das tarefas fabris não deve ser vista como redução de exigências do labor, pois o trabalho com esforço físico foi substituído pelo uso de outros órgãos e centros vitais, como a atenção, a emoção, a audição, a fala, a visão. Hoje, a morbidez do trabalho recai, pesadamente, sobre órgãos que comandam a vida de relação: o psiquismo, a subjetividade, a afetividade e o comportamento social.

O conjunto de mudanças das relações sociais que caracterizou os ciclos anteriores de desenvolvimento do modo de produção capitalista continua na presente reestruturação da produção e do trabalho, na automação microeletrônica, que, como nas outras vezes, pesa nos modos de viver, adoecer e morrer dos trabalhadores e não trabalhadores, embora de modos quantitativa e qualitativamente diferentes.

Em menos de cem anos, a vida tornou-se quase totalmente urbana (suburbana para a classe trabalhadora); a expropriação do tempo do trabalho foi acrescida pela expropriação do tempo de transporte, diminuindo as horas de lazer; o próprio lazer foi transformado em tempo de trabalho; as horas de refeição, usurpadas, dentro ou nas redondezas do trabalho. O que se ganha com força de trabalho vendida determina onde morar, o que se pode comer, como dormir, como e quando amar e quantos filhos ter. Por isso, o tamanho da família encolheu, o Estado institucionalizou a escola e antecipou-a com a creche e a pré-escola para que a mulher partisse para o trabalho. Quando não se está trabalhando, transportando-se ou comprando coisas para trabalhar, se está à procura de trabalho.

A despeito da produtividade ter crescido duas mil vezes em cem anos (LANDES, 1994), a jornada formal de oito horas continua nominalmente a mesma e no Brasil só foi fixada nos anos 1930. De lá para cá, as horas e a intensidade do trabalho cresceram, levando à sobra de mercadorias sem vida e de mercadorias vivas sob a forma de força de trabalho excedente.

Hoje, 65% dos trabalhadores dos países industrializados estão em atividades econômicas de serviços em decorrência da automação da produção industrial. Mal remuneradas, tais atividades se realizam em

escritórios, lojas e salas de diferentes tamanhos. A similaridade das tarefas é de tal ordem que ao discorrer sobre a degradação do trabalho contemporâneo – que ele sustenta ser generalizada e independer da elevação da escolaridade – Braverman (1980) designa esses trabalhadores, genericamente, de *trabalhadores de escritório*.

O trabalho industrial, que conserva 25% da força de trabalho ativa, mudou muito em conteúdo, organização e formas de controle nos últimos 50 anos, devido à flexibilidade dos processos e relações sociais do trabalho, à produção descentralizada, parcelada e diversificada em regiões e países estrategicamente escolhidos, pela disponibilidade de matéria prima e, sobretudo, de mão de obra barata e mal organizada. A automação também chegou ao campo e acelerou a expulsão de trabalhadores; nos países industrializados o êxodo foi tão grande que não mais que 10% da força de trabalho estão na área rural.

Acuados pela automação, desconcentração da produção, terceirização e informalidade das relações de emprego – sob as políticas neoliberais – os trabalhadores estão na defensiva, razão das empresas se darem ao luxo de exigir-lhes crescente escolaridade, pluralidade de experiências, hígidez e, sobretudo, docilidade. O resultado é a competição desenfreada, o individualismo, a insegurança no emprego e uma seleção na entrada do mercado de mão de obra que beira a eugenia. Diante dessa conjuntura desfavorável e prolongada, como haveriam de adoecer os trabalhadores, senão prematuramente, de mal-estares que expressam as tensões e opressões no e do trabalho, que arrostam para a vida familiar e social?

No Brasil, nos anos 1990 e nos primeiros anos do milênio, houve reformas conservadoras da administração do Estado e da Previdência Social, privatização de empresas estatais estratégicas no campo da comunicação e mineração, adoção de legislação permissiva para facilitar que “organizações sociais” obtivessem financiamento público quase sem ônus e concessões para administrar e operar instalações, serviços e bens públicos, entre eles os de saúde, educação, estradas e transportes urbanos.

No entanto, o balanço das políticas neoliberais no mundo é desfavorável, embora o imaginário das populações assalariadas tenha-se iludido com a queda da inflação e o controle dos próprios gastos, na contramão da oferta abundante de mercadorias e de crédito bancário. A concentração de renda, as desigualdades sociais, o desemprego, o subemprego e a informalidade do emprego aumentaram, a degradação do trabalho cresceu, os direitos do trabalho e previdenciários minguaram e os sindicatos e movimentos populares enfraqueceram. Sempre foi preciso aos trabalhadores se movimentarem para que os transtornos de saúde devidos à produção fossem levados em conta pelos médicos, órgãos técnicos do Estado e pelo patronato e passassem, nessa ordem, a ser classificados, gerando direitos.

A indiferença para com a saúde dos trabalhadores deve ser objeto de uma leitura que não leve a estigmatizar patrões, gerentes e chefes e transformar o conflito de classe em demanda judicial individual, de caráter indenizatório, com o que a ação direta da direção sindical é repassada à sua banca de advogados. Sem desculpá-los, é preciso ficar claro que a postura patronal e da gerência tem a lógica sistêmica do capitalismo e da ideologia da classe burguesa, para quem a violência da produção e social parece natural.

Na visão patronal, dos materiais e equipamentos à pessoa do trabalhador, tudo é meio, instrumento de produção e propriedade sua. Os trabalhadores são parte de uma engrenagem, presos, histórica, culturalmente e por necessidade de sobrevivência, a relações sociais de excessiva subalternidade.

LER: uma doença emblemática

Ao resgatar os elementos dessa subalternidade histórica, vemos a *LER* como emblema das relações sociais do trabalho contemporâneo. A inflexão do número de acidentes e doenças *típicas* para o de adoecimentos e doenças *atípicas* do trabalho, puxada de um lado pela automação e de outra pelas *LER*, originou o deslocamento dos padrões causais objetivos clássicos; assim, as doenças *típicas*, mediadas causalmente por agentes físicos, químicos e bacteriológicos, como poeiras, gases e vapores, calor, ruído, peso, substâncias tóxicas, parasitos, bactérias e vírus, cederam lugar às doenças *atípicas* do trabalho, onde as *LER* se situam como *doença emblemática de transição*, acompanhada por transtornos psíquicos e outros, relacionados menos com as condições materiais do trabalho e mais com suas condições imateriais. Nem por isso, historicamente, doenças típicas e atípicas do trabalho deixaram de ser contestadas pelo patronato, em juízo ou fora dele.

Embora a causa imediata das *LER* seja atribuída, com boa dose de razão, aos esforços repetitivos, sua causalidade e a de qualquer doença do trabalho *típica* ou *atípica* não se resume a mediadores causais. O que diferencia um grupo de outro é a materialidade, proximidade e efeitos, qualitativamente diferentes dos mediadores. No caso das doenças *típicas* do trabalho, a presença no ambiente é ostensiva, a exemplo da intoxicação por vapores ou ingestão de chumbo (saturnismo) ou da perda da elasticidade do tecido pulmonar pela inalação de poeira de sílica (silicose).

Falta às *LER* e às doenças *atípicas* do trabalho a materialidade objetiva, passível de demonstração experimental. A não materialidade impede o diagnóstico categórico das doenças atípicas; o médico, em sua prática clínica preta de positivismo, não tem como estabelecer relação linear de causa e efeito. Os que conseguem escapar desse pragmatismo presumem estar diante de uma doença com base na história do trabalho do adoecido e em inferências epidemiológicas; ou seja, no conhecimento sobre as doenças coletivas do trabalho nas várias categorias de trabalhadores.

A globalização das *LER* e o fato inusitado de ser a primeira vez que se reconhece a atipicidade de uma doença do trabalho e suas implicações no campo dos direitos trabalhistas e previdenciários são elementos que reforçam a tese de que a inflexão da morbidade na classe trabalhadora tem a ver com as profundas mudanças das relações sociais no mundo do trabalho. As *LER* sinalizam um modo paradigmático coletivo de adoecer que exige olhar mais agudo sobre as relações sociais do trabalho e de sua importância na perda da saúde; paradigma e olhar que permitem entender as demais doenças coletivas e atípicas do trabalho contemporâneo, como são os transtornos psíquicos, da voz e das demais funções orgânicas. A violência explícita anterior deu lugar a outra, mais sutil, porém mais alargada, das relações sociais do trabalho; estas consomem o corpo por dentro, comprometem antes a função psíquica, a afetividade e a subjetividade, até chegar, quando chegar, às funções orgânicas mais à vista.

No Brasil, certamente, já na década de 1970, ocorriam *LER* na indústria, ainda de base eletromecânica e que acelerara o ritmo e estendera a jornada de trabalho muito além das oito horas, nos anos do “*milagre econômico*”. A intensificação da produção e a extensão da jornada na época engrossaram a insatisfação dos trabalhadores e serviram de estopim para as greves dos metalúrgicos do ABC em 1978.

Observe-se o entrelaçamento histórico, econômico, político e social na trajetória das *LER* enquanto doença coletiva do trabalho: misturam-se o “desconhecimento” da patologia (apesar de sua antiguidade e do aumento extraordinário no número de casos em países que fizeram reestruturações produtivas e do trabalho); as políticas de pessoal das empresas, que demitiam por improdutividade, sem levar em conta se o trabalhador estava doente e por quê; a eliminação de postos de trabalho em função da automação; a ocultação patronal da doença; o enquadramento insuficiente das doenças do trabalho pelo Estado; a

resistência da Previdência Social em conceder os “benefícios” devidos; a repressão no trabalho; a sensação de impotência política e o medo dos trabalhadores.

A constatação de um número expressivo de eventos mórbidos coletivos em categorias de trabalhadores de diversas atividades é o resultado de um olhar novo, epidemiológico, mas, também, da inferência cognitiva. Não obstante, olhar e inferência não esgotam a questão da causalidade das doenças na classe trabalhadora. Com isso se quer dizer que a causalidade das *LER* e, por extensão, dos demais transtornos coletivos da saúde contemporânea vai além da dedução lógica e óbvia sobre a relação entre o trabalho e alterações biológicas e funcionais; também implica a negação da teoria causal objetiva, escopo teórico da medicina positivista, cuja causalidade das doenças se esgota na identificação material de causas passíveis de comprovação objetiva.

Toda doença, as do trabalho entre elas, tem causas. A rejeição não é ao princípio da causalidade, mas à exigência formal do empregador privado e do Estado ao trabalhador para que comprove uma materialidade que pode não existir. Não é fácil discutir uma questão como esta numa sociedade saturada pelo positivismo das ciências naturais e pela lógica matemática que os quer ver em tudo o que é fenômeno social e quer fazer valer, a “ferro e fogo”, as leis e regras estribadas nos princípios positivistas da Infortunistica. Proceder desse modo é negar o que os sentidos do observador não captam; é ignorar a história, a ciência, a história da ciência e a história da razão.

Nos últimos cinco anos, observa-se mudança de postura, de regulamentação e obrigações quanto às notificações de acidentes e doenças do trabalho, como a instituição pela Previdência Social do *Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário (NTEP)*. Mesmo com a impropriedade da expressão, o INSS passou a conceder o benefício acidentário sem a necessidade da Comunicação de Acidentes do Trabalho (CAT). Com isso, 136 mil benefícios dessa espécie foram concedidos em 2007. Em apenas um ano, o número de doenças e acidentes do trabalho cresceu em 27,5% [de 512 mil (2006), para 653 mil (2007)]. O aumento se deveu aos 136 mil casos de doenças, 92 mil referidas ao sistema osteo-muscular e tendinoso e nove mil aos transtornos psíquicos.

Os transtornos da voz: teoria e práticas

A fala não é genética; aprende-se a falar com os outros. É uma invenção humana sem par, fruto de uma aprendizagem coletiva, provavelmente, o atributo sociocultural histórico que mais intimamente está ligado à evolução humana e que mais distingue a espécie. Com a fala, o homem ampliou seu espaço físico e cognitivo e elevou-se à condição de humanidade. Expressão racional da voz, é a maneira mais direta, embora imaterial, de o homem exteriorizar suas necessidades, ideias e sentimentos, resultado da interação do corpo com a natureza e o meio social que ela ajudou a construir.

Os órgãos envolvidos na produção da fala e linguagem não têm como função precípua produzir a voz; todos se incumbem de funções mais essenciais à sobrevivência, como a respiração, a mastigação e a deglutição; nem mesmo a laringe, trecho pequeno do tubo de passagem do ar inspirado e expirado, tem a função exclusiva de produzir a voz.

O fato é que mais recentemente a voz, de meio de comunicação e defesa, foi transformada em instrumento de trabalho degradado e a fala passou a ser vendida como mercadoria. Mais do que um problema individual e localizado de saúde, os transtornos coletivos da voz são a manifestação de um adoecimento social que precisa de acuidade indiciária para melhor levar à sua causalidade. Sem refletir e

teorizar sobre a experiência cotidiana do trabalho, é impossível compreender fenômenos sociais, como os adoecimentos e doenças coletivos.

Na 10ª versão de sua Classificação Internacional de Doenças, a Organização Mundial de Saúde (1997) acrescentou ao título antigo o adendo “e problemas relacionados com a saúde”, reconhecendo oficialmente transtornos da saúde ou adoecimentos que não configuram o *estado de doença*. Portanto, tê-los não é estar doente. *Adoecimento* é uma alteração da saúde sem perturbações morfológicas e funcionais importantes. Costuma ser um estado mais subjetivo que objetivo, isto é, há mais sintomas que sinais exteriores de sofrimento. Às vezes, até para seu portador é um evento impreciso, faltam-lhe causas e nexos causais explícitos e uma história orgânica preconizada pelo modelo biológico hegemônico de doença. É mais fugaz, repetitivo, tem baixa densidade orgânica e insignificante repercussão morfofisiológica e guarda distância da morte; mas tem proximidade com a doença, vez que tem causalidade e consequências, como sensações orgânicas desagradáveis, desânimo, alterações do humor e do psiquismo, dor física de baixa intensidade. Caracteriza-se por sensações subjetivas, que não obrigatoriamente evoluem para as alterações morfológicas e funcionais que configuram o estado de doença explícita.

É a passagem dessas sensações desagradáveis do indivíduo para o coletivo que dá ao adoecimento e à doença o caráter de fenômeno social, requerendo interpretação histórica e sociológica, por conter significados que extrapolam o sofrimento pessoal. Os adoecimentos e doenças coletivas são metáforas da sociedade na qual se vive, como já dizia Virchow (apud ROSEN, 1994) e dizem Sontag (1984), Berlinguer (1988) e Tronca (2000); ou signos, como prefere Bakthin (2004). Metáforas e signos expressam fenômenos sociais que precisam da reflexão, para serem socialmente valorizados e enfrentados.

No caso dos transtornos da voz, a primeira indagação é o porquê da reação funcional exacerbada (às vezes, catastrófica, de órgãos humanos sob estímulos de baixo poder de provocação, como a fala), que, a partir de dado momento, ocorre maciçamente em categorias de trabalhadores, com o caráter de problema social objetivo. O intrigante não é a reação orgânica, individual, mas aquela cujos sintomas e sinais são referidos aos mesmos órgãos, quase que simultânea no tempo e lugar em muitos trabalhadores, simulando epidemia e endemia, embora sem transmissibilidade objetiva. Pior é que podem mudar para o estado de doença com lesões anatômicas e alterações fisiopatológicas objetivas. Se não há infecciosidade, como e por que sua coletivização?

Sem desmerecer os possíveis méritos das investigações para compreender as respostas do organismo humano às exigências do trabalho, a busca de causas das doenças tem-se prestado incontáveis vezes a outros fins, que não os da proteção ou preservação da saúde dos trabalhadores, pois a fixação de embargos para o trabalho está na ordem do dia. São exigências velhas e novas com vistas à produtividade e ao rebaixamento do custo da força de trabalho.

A detecção antecipada de alterações morfológicas ou funcionais e sua interpretação positiva dependem de sensores e censores – os profissionais de saúde. No entanto, ao antecipar diagnósticos das fragilidades orgânicas e da mente do trabalhador, necessariamente não vão ao encontro da proteção de sua saúde mas da garantia da produtividade e da produção das empresas e organizações. Conforme a orientação patronal, discriminam asmáticos, homossexuais, hemofílicos, deficientes físicos, mulheres, idosos, disfônicos etc., tidos como insuficientemente saudáveis e pouco produtivos. Recusam a diversidade humana e descartam as pessoas mais sensíveis que, ao adoecer precocemente, revelam a morbidez do trabalho. Resultado: ao invés da valorização social dos adoecimentos e doenças coletivas, nega-se o direito ao trabalho.

O comportamento universal das empresas desnuda preconceitos, em direção a uma política de expurgo – eficaz, socialmente tolerada, cujos substratos são a insensibilidade patronal e a sujeição da classe trabalhadora, comuns às sociedades de classe. Por vezes, o expurgo é acobertado pelo discurso sanitário: o de que as empresas excluem e selecionam para proteger o trabalhador pouco saudável; uma falsidade ideológica, com o que asmáticos e disfônicos são impedidos de trabalhar onde haja poeira; mulher e idoso não podem carregar peso; hemofílicos não podem se empregar em laboratórios e serviços de radiologia etc. Subtraem-se os motivos da presença dos agentes nocivos do trabalho e se empresta caráter de patologia às diversidades biológicas humanas. Os termos da equação são invertidos: naturalizam-se as más condições e a nocividade da produção e do trabalho e socializam-se as perdas, pelo adoecimento e a exclusão. Isto fica mais claro nos países da periferia do sistema capitalista onde as condições de trabalho são mais predatórias.

Assim, quem não é acaba rotulado de susceptível, predisposto ou inadaptável, porque cedo ou tarde o corpo reage de algum modo ante uma condição nociva. Adoecido, o trabalhador nega o adoecimento a si e aos que lhe são próximos por temor de ser mandado embora. Contudo, a persistência, repetição e exacerbação de sintomas e sinais de sofrimento terminam em ausências ao trabalho e em queda da produtividade. E o adoecimento faz-se socialmente visível.

Ao se manifestar da mesma forma em categorias de trabalhadores que têm em comum fazer uso de órgãos e funções do corpo como instrumento direto de trabalho, o adoecimento adquire novo significado. O sofrimento individual e disperso faz-se público, como os transtornos da voz em professores, operadores de telemarketing, cantores, comunicadores e atores; como as *LER* em bancários e categorias afins e como os transtornos psíquicos em todos.

Ao socializar-se, o adoecimento transcende o registro formal; os dados estatísticos, frios e manipuláveis de organizações, empresas e institutos de previdência terminam por abrir espaço à inquietude social, ganham outro sentido e destino. Despertos pela coletivização do adoecimento percebida nas antessalas dos serviços médicos periciais e consultórios, os adoecidos tomam consciência da violência do trabalho da qual são vítimas, juntam-se e procuram construir perspectivas para além do cuidado individual. A reação orgânica inicial e a perplexidade são substituídas por uma postura de inconformismo coletivo, que ajuda a identidade entre os sujeitos em busca da resolução comum dos problemas. Foi o que gerou o projeto de notificação compulsória dos transtornos da voz em curso.

O conhecimento de que o uso excessivo ou imoderado do corpo faz adoecer é ancestral e incorporou-se ao senso comum. Esse tipo de uso provoca mal-estar e chega a causar alterações morfológicas e a prejudicar as funções de qualquer órgão, como no caso dos envolvidos na produção da voz. Porém, os aspectos clínicos individuais dos transtornos da voz não são os objetivos do projeto, mas a busca da causalidade de sua coletivização e significados sociais, pois o imoderado uso da fala não é fator mórbido determinante, mas subsequente.

No Brasil, até a segunda metade do século XX, os transtornos da voz eram tidos como fortuitos e individuais; começaram a merecer alguma atenção de administradores públicos do ensino, com o crescimento do número de profissionais da educação afastados das escolas. Desde então, vêm se constituindo em crescente problema coletivo de saúde dos educadores, mas também social: Como substituir o profissional? O que fazer com o aluno menor da escola pública sem aula?

Na última década o problema ganhou corpo e atingiu uma categoria nova, a de operadores de telemarketing. Como sempre as acusações caíram sobre os adoecidos, suspeitos de não querer trabalhar, acusação habitualmente estendida ao conjunto dos trabalhadores.

Na condição de empregadores, o Estado e as empresas se escusam da responsabilidade pelo adoecimento dos empregados. A relevância vai para a ausência ao trabalho e a preocupação gerencial volta-se para a demora do retorno, para as despesas com as horas não trabalhadas e para a queda da produtividade; segue-se a elaboração de normas de controle mais rígido da evasão. É a lógica histórica das sociedades de classe e do trabalho transformado em mercadoria.

Apesar de quatro décadas de registro aleatório dos transtornos coletivos da voz nos profissionais da escola pública, o número de pesquisas sobre sua coletivização não chega a três dezenas. Recentemente têm dado lugar a dissertações de mestrado e teses de doutorado na categoria dos profissionais em educação e na de operadores de telemarketing, atores e locutores. Com poucas exceções, as abordagens têm seguido o escopo da medicina ocupacional, com preocupações em identificar *fatores de risco* e nexos causais mais ou menos diretos, mensurar o ausentismo e operacionalizar intervenções tópicas.

Transformados em problema de saúde coletiva, do trabalho e social, os transtornos da voz começaram a ser objeto de relatos em congressos e seminários de especialistas como *doença ocupacional*, o que equivale a considerá-los inerentes ao exercício de ocupações, escamoteando a existência e determinação das relações sociais. Naturalizados, os transtornos da voz passam a ser de responsabilidade do trabalhador, por ter escolhido a ocupação, não se cuidar, utilizar a voz inadequadamente, ser “susceptível” ou “predisposto”.

O mito da falsidade de caráter do trabalhador está muito presente, particularmente agora, quando adoecimentos coletivos ganham dimensões de epidemias e endemias comportamentais. O aparato administrativo e técnico do sistema é parte interessada na permanência desse mito; mas quem faz da medicina uma prática é o doente com sua dor e não quem vive dela.

O fato de trabalhadores de várias categorias adoecerem coletivamente de um aparelho orgânico usado como ferramenta de trabalho sugere pertencimento de classe, pois somente os que vivem do trabalho adoecem coletivamente do trabalho; já o uso do corpo como força de trabalho e mercadoria afirma a condição de pertencimento de classe submetida. A diferença de concepção entre *doença natural* e *doença social* não é pequena nem meramente semântica; enxergar naturalidade em doenças do trabalho é negar sua causalidade social.

Onde ecoa a plenos pulmões a voz do capital, ninguém imagina extinguir as ocupações “periféricas” surgidas uma atrás da outra. O Estado brasileiro acostumou-se a reforçar a violência do trabalho: não busca soluções duradouras para os problemas sociais; atenua-os com programas assistenciais e com a aplicação de leis e normas, tornando moralmente aceitável o que não é. Veja-se a regulamentação de ocupações transitórias, como a de moto-frete, telemarketing e o comércio ambulante.

A degradação do trabalho contemporâneo é tanto maior quanto mais baixa sua importância social e sua posição na hierarquia das ocupações. Acoberta-se a amoralidade do subemprego e das ocupações anômicas, como as de catadores de lixo, ambulantes, motofretistas e empregados em segurança privada, sob o discurso enganoso de que todo e qualquer trabalho dignifica. As condições de trabalho nessas ocupações são deploráveis. As estatísticas mostram que uns são vítimas contumazes de acidentes, outros de

transtornos psíquicos, da voz e *LER* ou de lesões dolosas. Assim se estabelecem hierarquias mórbidas do trabalho e modos diferentes de adoecer e morrer.

Sem negar os avanços do conhecimento na otorrinolaringologia, fonoaudiologia e fisioterapia, o inusitado não está no campo biológico e nas modificações fisiopatológicas responsáveis pelas alterações da voz; nem nos meios diagnósticos e terapêuticos. Os profissionais de saúde usam esses conhecimentos ao tratar individualmente os adoecidos. O inusitado está na expansão dos transtornos e sua causalidade, complexa, por envolver transformações do mundo do trabalho que o exercício clínico não alcança.

São mudanças que atuam nas interrelações sociais e pessoais, com interferência dos centros neuropsíquicos, envolvendo cognição, emoção e linguagem. Agem mais insidiosamente sobre a mente do que sobre os órgãos diretamente envolvidos na emissão de sons e da fala. No entanto, os transtornos da voz são discutidos como alterações da laringe ou de órgãos diretamente envolvidos na sua emissão, o que faz com que sejam vistos sob o ângulo das disciplinas médicas e como patologias individuais.

São raras as produções científicas nessas áreas que colocam a preocupação com a rede de causalidade dos transtornos coletivos. As causas das alterações são inferidas e o trabalho só é lembrado quando o adoecido se refere ao uso da voz como instrumento de trabalho. Trata-se, porém, de hipótese não passível de comprovação objetiva, embora, com base em estudos epidemiológicos quantitativos, haja a conclusão óbvia de que o uso excessivo ou inadequado da voz, a inalação de microorganismos (ácaros, bactérias e vírus), poeiras, ar confinado e permanência em temperaturas desconfortáveis e ambientes barulhentos atuam como agentes provocadores, precipitantes ou associados.

Não escaparia aos profissionais de sala de aula que seus transtornos de voz têm relação com o trabalho. Melhoraram o acesso aos serviços médicos, a qualidade do diagnóstico, o tratamento e o prognóstico dos transtornos da voz para os educadores dos estados mais desenvolvidos e cidades maiores. As lesões mais graves, como laringite crônica, pólipos, nódulos e câncer parece que estão sendo mais prontamente atendidas. Pela proteção da voz e da prevenção coletiva nada ou pouco se fez, apesar dos transtornos terem aflorado há quase meio século entre profissionais das escolas públicas.

As razões são conhecidas: o empregador público ou privado está mais preocupado com a presença do trabalhador no trabalho do que com sua saúde. E sobram trabalhadores em educação, como sobram candidatos a operadores em telemarketing, categorias com maior número de trabalhadores com transtornos da voz inscritos na pauta administrativa das organizações estatais e privadas quando as ausências e afastamentos do trabalho apontaram nas estatísticas.

É de se imaginar os contratemplos de um professor disfônico em sala de aula. Por parte do empregador, a intervenção se dá no campo normativo, visando controlar, ao máximo, as ausências ao trabalho. Esta é, de resto, a forma de atuação dos serviços médicos periciais, estatais ou não.

Conclusões possíveis

Os transtornos coletivos da voz têm causalidade nas relações sociais do trabalho determinadas pelo modo de produção; não ocorrem tão somente devido às exigências do trabalho mas ao trabalho tomado como categoria sociológica de análise do modo capitalista de produção, desde a revolução industrial e burguesa. Como tal, o trabalho é mais do que o trabalho abstrato, *trabalho em si*; envolve relações sociais históricas, contraditórias, dialéticas e, portanto, mutáveis, dentro e fora da produção; abarca o espaço temporal, social, orgânico, mental, cognitivo, afetivo e material dos que trabalham.

Nos últimos 50 anos, a polaridade de classes teve os limites borrados pela tendência mais forte de o Estado favorecer o capital com políticas e ações, como as de inclusão social (real ou aparente) de estamentos e segmentos de classe, e as de exclusão, que atingem a classe trabalhadora sobretudo nas bordas do sistema capitalista globalizado. Não são políticas e ações improvisadas; têm bases e corpo doutrinário e ganharam consistência e fôlego com a derrocada do *socialismo de Estado* no leste europeu, após a qual o capitalismo se universalizou e o dinheiro, o poder e a propriedade (inclusive da ciência e da tecnologia aplicadas) concentraram-se nas mãos de algumas “famílias” envolvidas em toda espécie de negócios (lícitos e ilícitos).

Quando trabalhadores adoecem coletivamente e guardam atributos comuns de trabalho, como o uso de instrumentos materiais e do próprio corpo, sob exigências físicas e psíquicas desproporcionais às suas capacidades, por força de relações de subalternidade na produção e de classe na sociedade, a hipótese é que estas estejam envolvidas na causalidade do adoecimento. Isto transcende as características e peculiaridades orgânicas e mentais individuais e as exigências materiais e organizacionais da produção. A similaridade, proximidade e, paradoxalmente, a diversidade de tantos elementos explicam porque numa mesma categoria muitos trabalhadores ressentem-se e vão embora, outros ficame adoecem lenta ou tardiamente, e outros não adoecem.

Existe a morbidez processual das relações sociais em algumas ocupações que têm na voz um dos instrumentos imprescindíveis, razão principal de se recorrer à categoria *relações sociais*, suficiente para desvendar a causalidade dos adoecimentos do trabalho contemporâneo. Portanto, não se cogita comprovar nexos causais diretos e indiretos do trabalho com o adoecimento, objetivos precípuos de métodos experimentais ou epidemiológicos clássicos, voltados a identificar e mensurar *fatores* ou *variáveis de risco*, suspeitos de relação mais ou menos linear de causa e efeito, segundo o paradigma positivo da ciência moderna.

Sustentar que a causalidade dos adoecimentos coletivos do trabalho contemporâneo padece de materialidade não significa que inexistam mediações causais materiais e imateriais. Condições materiais ruins de trabalho e trabalhar demais não fazem bem à saúde; muito menos a quem usa a voz como ferramenta, fala e trabalha falando por necessidade de subsistência. Em uma epistemologia indiciária, o que se especula é a razão da presença do pó de giz, do ruído em sala de aula, do duplo emprego e jornada de trabalho prolongada; então, a análise não pode ficar na ambiência do trabalho abstrato em determinada organização ou empresa, pois, apesar de suas peculiaridades, ela é consequência de relações sociais de subordinação, de regras históricas, econômicas, sociais, culturais e dialéticas.

Mal-estar ao falar, disfonias e afonias coletivas, mais do que sintomas e sinais de adoecimento individual, alçaram-se à condição de signo. Ao silêncio imposto à consciência, a resposta fez-se de modo enviesado e involuntário sob a forma de manifestação orgânica loca lizada e socializada contra o desfavor das relações sociais subalternas da produção e do trabalho. O desvendar contínuo da natureza tem sido indispensável para a gestão possível dos fenômenos, mas falta desvendar continuamente as raízes dessas relações sociais.

Esta é uma sociedade de classes fundada na privatização dos meios de produção e de seus produtos. O marco político da revolução industrial é a hegemonia da burguesia no poder que se fez empresariado industrial e, mais recentemente, financeiro.

Além do crescimento exponencial do número de trabalhadores urbanos, a diversidade e ampliação da produção industrial redefiniram o perfil da classe trabalhadora em termos de gênero e idade e do seu modo

catastrófico de adoecer e morrer. Como exigência do trabalho, a escolaridade chegou por último; porém, agora como antes, o processo seletivo faz-se sob critérios estritos dos custos da produção e da busca de produtividade.

A mediação nítida entre trabalho e doença do trabalho não esgota a questão da causalidade das doenças da produção, nem mesmo a causalidade dos acidentes de trabalho típicos. Em suma: teoria, método e categoria de análise de processos e fenômenos sociais complexos devem reunir força explicativa suficiente que contemple, ao mesmo tempo, a heterogeneidade, a totalidade, a historicidade, a dinâmica e a unidade da vida social.

Independentemente do método e instrumentos metodológicos, nenhuma pesquisa social, ainda que realizada com todo rigor científico, permite a transposição automática dos seus resultados empíricos para o campo individual. Não há como afirmar categoricamente que o exercício de determinada ocupação causará ou causou transtornos da voz em determinada pessoa. O que as pesquisas sociais autorizam são inferências causais entre produção, trabalho *vivo* e adoecimento e doença coletiva: não há como provar material e individualmente a relação positiva, linear entre exercício ocupacional e os transtornos da voz.

Referências

BAKTHIN, Mikhail. **Marxismo e filosofia da linguagem**. 11 ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

BERLINGUER, Giovanni. **A doença**. São Paulo: Cebes-Hucitec, 1988.

BRAVERMAN, Harry. **Trabalho e capital monopolista: a degradação do trabalho no século XX**. 3 ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1980.

LANDES, David S. **Prometeu desacorrentado: transformação tecnológica e desenvolvimento industrial na Europa Ocidental, desde 1750 até a nossa época**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Representação do Brasil da OPS/OMS. **Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde**. Org. por Elisabeth Costa Dias. Colaborado por Ildeberto Muniz Almeida et al. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde / CID-10**. 10 ed. São Paulo: Edusp, 1997.

ROSEN, George. **Uma história da saúde pública**. São Paulo: Unesp; Hucitec–Abrasco, 1994.

SONTAG, Susan. **A doença como metáfora**. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

TRONCA, Italo. **As máscaras do medo: leprAids**. Campinas: Unicamp, 2000.