

A MEDICINA DO TRABALHO E SUA RELAÇÃO COM O CAPITAL

José Marcelo Marques Ferreira Filho¹
Mestrando UFPE
jmmhistoria@gmail.com

Adoecimento e morte pelo trabalho fazem parte da história humana, e algumas “doenças do trabalho” são quase tão antigas quanto ele. Entretanto, isso não os faz um atributo natural do trabalho, apenas uma consequência possível. O que determina as patologias ditas “ocupacionais” não é a profissão ou o trabalho em si, mas sua expropriação.

Desde sua criação, a Medicina do Trabalho trilhou os caminhos estabelecidos pelo capital que instituiu os critérios do que deveria ou não ser considerado doença e acidente do trabalho.² Especialidade médica criada durante a Revolução Industrial Inglesa, na primeira metade do século XIX, suas bases estavam firmadas, sobretudo em questões econômicas. “Naquele momento, o consumo da força de trabalho, resultante da submissão dos trabalhadores a um processo acelerado e desumano de produção, exigiu uma intervenção, sob pena de tornar inviável a sobrevivência e reprodução do próprio processo” (MENDES & DIAS, 1991, p. 341).

Desse modo, prevenir acidentes e doenças do trabalho – “que de tragédia e problema social passaram a ser questão burocrática de contagem e contabilidade (...) sobre como proceder para reduzir seu registro e o pagamento de benefícios” – não era considerado gasto, mas investimento. O objetivo era diminuir custos com substituição e treinamento da nova força de trabalho: “Nós fazemos revisão de nossas máquinas regularmente e sabemos que é mais econômico fazer pequenas reparações antes que elas sejam deterioradas completamente. Porque não aplicar o mesmo princípio à conservação do homem?” (personagem não identificado citado por POLACK, 1971, p. 31).³

Deliberadamente, e de forma refletida “O capital não se importa[va] com a duração de vida da força de trabalho” (MARX, 1985, p. 212). Porém, se o caminho mais

¹ Bolsista CNPq. Orientadora Prof. Dr^a Christine Rufino Dabat

² RIBEIRO, Herval Pina. *A violência oculta do trabalho: as lesões por esforços repetitivos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999, p. 24

³ « Nous révisons nos machines régulièrement et savons qu’il est plus économique de procéder à de menues réparations avant qu’elles soient détériorées complètement. Pourquoi ne pas appliquer le même principe à la conservation de l’homme? »

curto para chegar ao fim desejado – o lucro máximo – era “cuidar” de seus empregados, garantir a saúde da classe trabalhadora, para manter a produção, era minimamente necessário.⁴

No regime capitalista para toda força de trabalho existe um custo correspondente sempre maior quanto menor for seu período de vida. Uma vez eliminados do processo produtivo, os trabalhadores desgastados deviam ser substituídos – com altos custos.⁵ Doravante, as empresas precisavam diminuir custos, com proteção mínima à saúde da classe trabalhadora, para garantir e ampliar o sistema de exploração. “Parece, portanto, como sendo do próprio interesse do capital uma jornada normal de trabalho” (MARX, 1985, p. 212). Nesse sentido Jean Claude Polack questiona:

A Saúde representa um setor da produção? Sem dúvida, não no sentido estrito do termo. O “tratamento” não é um produto, um objeto separável de seu agente, uma propaganda suscetível de circular como um autêntico valor de troca. Esse “produto” não desaparece no ato de consumo. (...)

⁴ “La conciencia del significado económico de la salud, pues consideró el dominio técnico de la salud como garantía del desarrollo económico”. GOMERO CUADRA, Raul; ZEVALLOS ENRIQUEZ, Carlos & LLAP YESAN, Carlos. “Medicina del Trabajo, Medicina Ocupacional y del Medio Ambiente y Salud Ocupacional”. In: *Rev Med Hered* 17 (2), 2006 105.

⁵ MENÉNDEZ, A. & RODRÍGUEZ, E. “Salud, trabajo y medicina en la España ilustrada”. In: *Arch Prev Riesgos Labor*, 2005; 8 (1): 4-13, citam o exemplo das minas de Almadén. “La importancia de las minas de Almadén deriva de la utilización a gran escala del mercurio en los procesos de amalgamación. Esta técnica metalúrgica, cuyo uso se generalizó en las minas de plata americanas en la segunda mitad del siglo XVI. (...) La intoxicación mercurial provocaban frecuentes abandonos temporales de los trabajos, y representaban la principal causa de incapacitación temporal y del acortamiento de la capacidad productiva de los mineros de Almadén. (...) La rápida incapacitación de los operarios por motivos de salud limitó la oferta de mano de obra, por lo que comprometía sistemáticamente el logro de los objetivos productivos de las Minas. (...) La pérdida de la salud fue percibida como una merma de la capacidad productiva. (...) Era, pues, el efecto indeseable pero obligado de un proceso productivo condicionado por la propia naturaleza del mercurio y la riqueza de los criaderos, excluyendo de la consideración causal a las decisiones sobre niveles de producción o ritmos de trabajo, determinantes sociales —como bien sabemos en nuestros días— de los niveles de riesgo asumidos por los trabajadores. (...) Respecto a los accidentes, las propuestas preventivas se limitaban a aquellos siniestros en cuya causa o desenlace estuviese implicado el factor humano: descuido, falta de celo o intencionalidad. (...) Los dirigentes del Establecimiento introdujeron mecanismos que garantizaran, a medio y largo plazo, la «conservación» de la mano de obra empleada en las minas. (...) El discurso médico legitimó toda y cada una de estas prácticas, reivindicando además nuevos espacios de experiencia para la práctica y control médico. (...) La ciencia médica también reivindicó para sí un creciente carácter normativo, es decir, regulador de los hábitos y forma de vida de los mineros. (...) La creciente preocupación por este asunto impulsó la adopción de diversas medidas. Se trataba de evitar comportamientos «inmoderados», juzgados por el Superintendente como perniciosos a la salud física y moral de los trabajadores, y responsables a la postre de faltas al trabajo. O dicho de otro modo, esta regulación de tiempos, hábitos y en última instancia del cuerpo de los trabajadores perseguía a toda costa la conservación de la salud, entendida como la base objetiva de la capacidad de trabajar”.

Contribuindo para o aumento da produtividade, o “tratamento” é “indiretamente produtivo” (POLACK, 1971, p. 35).⁶

A Medicina do Trabalho tinha sob seu controle a parte humana da atividade de produção: o trabalho. E, embora o valor das vidas humanas não devesse resultar de um cálculo econômico, “é bem evidente, entretanto, que é assim que as coisas ocorrem (...) mas, a ideologia dominante reitera essa negação” (POLACK, 1971, p. 42).⁷

A Saúde pública é uma empresa comercial. Isso é, ela está submissa às leis ordinárias do comércio, pode ser avaliada segundo os critérios comerciais e comparada a outros aspectos da atividade econômica. As cidades, os departamentos, os Estados e a nação não possuem fundos ilimitados para seus diversos setores de investimentos. A utilização desses fundos será necessariamente decidida em função dos melhores dividendos (...) (BIXRY-HEMENWAY citado por POLACK, 1971, p. 37).⁸

Parte das idéias construídas em torno da Medicina do Trabalho tentou mostrar como seu surgimento se deu por meio de uma tomada de consciência dos burgueses detentores dos meios de produção com relação à classe trabalhadora.⁹ O professor de Medicina do Trabalho na Faculté de Lille, Pierre Dalaunay, em seu livro *La Medecine du Travail: medecine humaine*, publicado em 1968, argumenta: “a concepção que se faz da medicina, dita do trabalho, é geralmente incompleta”, pois, “a medicina do trabalho não trata as doenças; ela exerce de outro modo a autêntica medicina, sob forma de

⁶ « La Santé représente-t-elle un secteur de production? Au sens strict du terme sans doute pas. Le « soin » n'est pas un produit, un objet détachable de son agent, une marchandise susceptible de circuler comme une authentique valeur d'échange. Ce « produit » ne disparaît pas dans l'acte de consommation. (...) Contribuant à l'élévation de la productivité, le « soin » est « indirectement productif » ».

⁷ « Il est bien évident pourtant que c'est ainsi que les choses se passent... Mais l'idéologie dominante réitère cette dénégation ».

⁸ « La Santé publique est une entreprise commerciale. A ce titre elle est assujettie aux lois ordinaires du commerce, peut être estimée selon les critères commerciaux et comparée à d'autres aspects de l'activité économique. Les villes, les départements, les Etats et la nation ne possèdent pas de fonds illimités pour leurs divers secteurs d'investissements. L'utilisation de ces fonds sera nécessairement décidée en fonction des meilleurs dividendes (...) ».

⁹ “Los inicios de la Medicina del Trabajo tuvieron inicialmente una visión asistencial dirigida a la restación de primeros auxilios y hospitalización especializada, em la evaluación de los daños biológicos sufridos desde una perspectiva puramente clínica o quirúrgica y em tratamiento y rehabilitación de los casos de invalidez, relegando los problemas de prevención a la evaluación médica pre - ocupacional y periódica de los trabajadores, encuestas higiénicas y las campañas de educación sanitaria. Entonces, la Medicina del Trabajo fue conocida como la especialidad médica que se ocupaba de la vigilancia de la salud de los trabajadores, relacionando las condiciones laborales y los procesos de trabajo con la salud de los trabajadores con su principal efecto: las enfermedades ocupacionales”. GOMERO CUADRA, Raul; ZEVALLOS ENRIQUEZ, Carlos & LLAP YESAN, Carlos. “Medicina del Trabajo, Medicina Ocupacional y del Medio Ambiente y Salud Ocupacional”. In: *Rev Med Hered*, 17 (2), 2006 105.

vanguarda: a medicina preventiva” (DELAUNAY, 1968, p. 14).¹⁰ “Os empregadores particularmente conscientes de seu papel social coloca[vam] a disposição de seus trabalhadores tratamentos médicos, numa época onde nenhuma lei trazia a menor cobertura aos riscos de doença” (DELAUNAY, 1968, p. 17).¹¹

Todavia, na esteira de vários críticos dessa especialização médica, a Medicina do Trabalho não possuía como preocupação primeira a manutenção da saúde do trabalhador para assegurar seu bem estar. Como afirma Christophe Dejourns no livro *Conjurer la Violence: travail, violence et santé*: “A prevenção da violência na empresa não passa por uma ‘humanização’ da empresa, nem por uma forma ou outra de simpatia ou compaixão” (DEJOURS, 2007, p. 81).¹²

Jean Claude Polack, referindo-se aos discursos da Medicina, ratificava, com outros argumentos, a afirmação precedente: “Querer separar a racionalidade científica, tirada da experiência do laboratório ou da observação, dos propósitos que revelam, em filigrana, as afirmações técnicas, os elementos de uma ideologia de classe, passa por uma tentativa obscurantista e obsoleta” (POLACK, 1971, p. 7-8).¹³ Portanto, o discurso dito “científico-humanizador” fazia parte das estratégias da classe detentora dos meios de produção para eclipsar os reais motivos que impulsionaram a prática “assistencialista-lucrativa” da prevenção.

O médico do trabalho surgiu como “uma espécie de braço do empresário para a recuperação” da força de trabalho necessária à industrialização emergente (BARRETO, 2006, p. 97). Desde a incorporação de seus serviços nos espaços fabris, parte desses profissionais, consciente ou inconscientemente, foi coagida pela forma de pensar e fazer do capital (BARRETO, 2006, p. 118). “Não é ao acaso que a Henry Ford tenha sido atribuída a declaração de que ‘o corpo médico é a seção de minha fábrica que me dá mais lucro’” (OLIVEIRA & TEIXEIRA citado por MENDES & DIAS, 1991, p. 343).

¹⁰ « La conception qu’on se fait de la médecine, dite du travail, é souvent incomplète. (...) Le médecin du travail ne traite pas les malades; Il exerce pourtant authentiquement la médecine, sous une forme d’avant-gard: la médecine préventive ».

¹¹ « Des employeurs particulièrement conscients de leur rôle social mettent à la disposition de leurs ouvriers des soins médicaux, à une époque où aucune loi n’apportait la moindre couverture au risque maladie ».

¹² « La prévention de la violence dans l’entreprise ne passe pas par une « humanisation » de l’entreprise, ni par une forme ou une autre de sympathie ou de compassion ».

¹³ « Vouloir faire le partage entre la rationalité scientifique, tirée de l’expérience de laboratoire ou de l’observation, et les propos qui révèlent, en filigrane des affirmations techniciennes, les éléments d’une idéologie de classe, passe pour une tentative obscurantiste et désuète ».

A formação, o recrutamento, o estatuto social dos médicos, dos engenheiros ou dos dirigentes da empresa têm também, independentemente de toda vontade de ignorá-las, uma influência sobre a forma como as condições de trabalho são apreendidas. Por exemplo, os médicos não estão sempre prontos a interrogar a vida profissional de seus pacientes. E eles podem se dar para isso “boas razões”: eles têm pouca influência sobre as condições de trabalho de seus pacientes enquanto têm boas chances de persuadi-los a beber com moderação ou a parar de fumar (GOLLAC, M. & VOLKOFF, S., 2006).¹⁴

A saúde vista exclusivamente como negação de sintomas e sinais clínicos,¹⁵ isto é, como um estado e não como um ideal, precisava ser mensurada, medida, avaliada.¹⁶ Porém, “a percepção dos laços entre saúde e trabalho não é imediata. Ela não se impõe espontaneamente nem aos trabalhadores, nem àqueles que dirigem seu trabalho”.¹⁷ Para Dejours, a “Avaliação individual de desempenho é muito criticável, pois está fundada em princípios quantitativos e objetivos do trabalho efetivo. Esses métodos que são fundados sobre a pretensão de medir, de fazer a medição do trabalho, seu primeiro defeito é que suas bases científicas são falsas”.¹⁸

Sabendo que “o essencial do trabalho é de natureza subjetiva” e “tudo que pertence ao mundo subjetivo não pertence ao mundo visível”,¹⁹ quais métodos poderiam – legitimamente – avaliar o estado de saúde dos trabalhadores? “Essas avaliações, falsas,

¹⁴ « La formation, le recrutement, le statut social des médecins, des ingénieurs ou des dirigeants d'entreprise a aussi, indépendamment de toute volonté de les méconnaître, une influence sur la façon dont les conditions de travail sont appréhendées. Par exemple les médecins ne sont pas toujours prêts à interroger la vie professionnelle de leurs patients. Et ils peuvent se donner pour cela de «bonnes raisons»: ils ont peu d'influence sur les conditions de travail de leurs patients alors qu'ils ont de bonnes chances de les persuader de boire avec modération ou de cesser de fumer ». GOLLAC, M. & VOLKOFF, S. “La santé au travail et ses masques”. In: *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2006/3, 163, p. 4-17.

¹⁵ “Não será evidente que, se quisermos elaborar uma patologia científica, devemos considerar as causas reais e não os efeitos aparentes, os mecanismos funcionais e não suas expressões sintomáticas”. CANGUILLEM, George. *O Normal e o Patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009, p. 45-46.

¹⁶ Para Christophe Dejours a saúde não se concebe como um “estado” (estado de bem-estar físico, psíquico e social), mas como um ideal. « La santé ne se conçoit pas como un «état» (état de bien-être physique, psychique et social), mais comme un idéal ». DEJOURS, Christophe. *Conjurer la Violence : travail, violence et santé*. Paris: Éditions Payot & Rivages, 2007, p. 15.

¹⁷ « La perception des liens entre santé et travail n'est pas immédiate. Elle ne s'impose spontanément ni aux travailleurs, ni à ceux qui dirigent leur travail ». GOLLAC, M. & VOLKOFF, S. “La santé au travail et ses masques”. In: *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2006/3, 163, p. 4-17.

¹⁸ Palestra ministrada na Journée organisée par l'ANM (association nationale de médiateurs) Assemblée Nationale, Paris 24 octobre, 2008.

¹⁹ Idem.

são responsáveis por numerosas catástrofes”.²⁰ “O trabalho é sempre outra coisa do que aquilo que se pode pensar quando se observa de fora”.²¹

Como se pode avaliar o trabalho se ele é subjetivo? Apenas existe uma via possível. É a do reconhecimento pelos pares. Só o profissional que conhece minha profissão por dentro, porque ele a pratica como eu, compreende a habilidade e a engenhosidade do meu trabalho. Mas esse reconhecimento é rigorosamente qualitativo. (...) A medida quantitativa apenas pode adquirir sua utilidade se for constantemente confrontada com a avaliação qualitativa, quer dizer com o conhecimento dos pares. (DEJOURS, 2009, p. 43).²²

Embora a idéia primeira seja prevenir acidentes e doenças – mesmo para manter o sistema de exploração em funcionamento, como já discutido –, uma vez que o trabalhador estivesse doente, a Medicina do Trabalho, amparada pelo capital, procurava eximir da empresa o ônus do adoecimento. “A causalidade da doença é artificialmente produzida e atribuída ao trabalhador reforçando o ocultamento do adoecer” (BARRETO, 2006, p. 38). “Nem mesmo acidentes e doenças coletivos e catastróficos escaparam da regra de mascarar” (RIBEIRO, 1999, p. 24).

Até a segunda metade do século XX, a prática médica dominante buscava exclusivamente a doença “visível e mensurável” nos marcos da biologia do indivíduo,²³ e persistia desconsiderando as condições históricas, econômicas e culturais, as relações sociais, os modos de produção e o modo de vida; bem como as relações de dominação e submissão.

A teoria da monocausalidade das doenças, que a explica como ligada à “predisposição” ou “susceptibilidade” do trabalhador e transfere para ele a responsabilidade do adoecimento e acidente de trabalho, argumenta haver um risco de adoecer e morrer próprio da natureza de qualquer trabalho. E esse risco é apresentado

²⁰ « Ces évaluations, fausses, sont reponsables de nombreuses catastrophes ». DEJOURS, Christophe. *Travail vivant: sexualité et travail*. Vol. 1, Paris: Édition Payot & Rivages, 2009, p. 44.

²¹ « Le travail est toujours autre chose que ce que l'on peut croire lorsqu'on l'observe de l'extérieur ». DAVAZIES, Philippe. *Réflexion sur la santé au travail*. Intervention au colloque «travail santé aujourd'hui au tournant du millénaire», le 22 novembre, 1997.

²² « Comment peut-on évaluer le travail si le travail est subjectif ? Il n'y a qu'une seule voie possible. C'est celle de la reconnaissance par les pairs. Seul le professionnel qui connaît mon métier de l'intérieur, parce qu'il le pratique comme moi, peut saisir l'habileté et l'ingéniosité de mon travail. Mais cette reconnaissance est rigoureusement qualitative. (...) La mesure quantitative ne peut acquérir son utilité que si elle est constamment confrontée à l'évaluation quantitative, c'est-à-dire à la reconnaissance par les pairs ».

²³ “La medicina contemporánea considera las consecuencias del trabajo sobre la salud como un fenómeno biológico individual”. GARCIA, Juan C. “La Categoría Trabajo en Medicina”. In: *Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud*. Buenos Aires, 30 de abril al 7 de mayo de 1988.

sempre como de natureza material, ambiental, físico ou químico, fazendo parte do processo de produção e tendo um caráter ocupacional, implicando na auto-responsabilidade de cada trabalhador ao fazer sua escolha profissional. Ou seja, segundo essa linha de argumentação, existe uma predisposição patogênica, e individual, relacionada ao conceito genérico de “resistência”, que marca a causa primeira das doenças ocupacionais.²⁴ Nesse ponto de vista, seria o sistema imunológico em baixa que predisporia o trabalhador às doenças. Os problemas relacionados à saúde mental, bem como o meio social não eram enquadrados nesse modelo.

O pensamento clássico na medicina do trabalho considera o trabalho como um problema ambiental, uma vez que coloca o trabalhador em contato com agentes químicos, físicos, biológicos e psicológicos que causam acidentes e doenças. Essa concepção reproduz claramente a forma tradicional de medicina que entende as doenças como um fenômeno biológico que ocorre no indivíduo (LAURELL citado por GOMES & CARVALHO, 1993).²⁵

As teorias que naturalizam as doenças tiveram suas origens nos limites estabelecidos pelo capital e mediados pela Medicina, que tinha o poder de classificar o que deveria, ou não, ser considerado doença e acidente de trabalho e como devem ser entendidas as demais doenças, tidas como infecto-contagiosas, crônico-degenerativas, do meio ambiente, tropicais e, mais modernamente, do *stress*, do estilo de vida etc. Para a doença ser considerada do trabalho, era preciso haver exposição ao risco específico e que ele ultrapassasse os níveis de tolerância normalizados, isto é, abaixo dos quais a doença não ocorreria, exceto, presume-se, em pessoas predispostas ou susceptíveis.

Outras abordagens, menos mecanicistas, ao contrário, não atribuem ao meio ambiente/social senão uma função de *fator desencadeante* em face de síndromes ou doenças, cujas origens não são mais imputadas ao trabalho, mas a certas condições de

²⁴ “La naturalización de los riesgos llevó asociada la permanente ausencia de críticas al proceso productivo”. MENÉNDEZ, A. & RODRÍGUEZ, E. “Salud, trabajo y medicina en la España ilustrada”. In: *Arch Prev Riesgos Labor*. 2005; 8 (1): 4-13.

²⁵ “Classical thinking in occupational health sees labor as an environmental problem, since it puts the worker in contact with chemical, physical, biological, and psychological agents that cause accidents and diseases. This conception clearly reproduces the traditional form of medicine that sees disease as a biological phenomenon which occurs in the individual”. LAURELL, A. C. “Processo de trabalho e saúde”. In: *Revista Saúde em Debate*, 1981, 11: 8-22 citado por GOMEZ, Carlos M. & CARVALHO, Sônia Maria T. M. de. “Social Inequalities, Labor, and Health”. In: *Cad. Saúde Públ.* Rio de Janeiro, 9 (4): 498-503, out/dez, 1993.

possibilidades relacionadas a fraquezas inerentes ao sujeito e preexistentes ao aparecimento da doença.

A legislação sobre doenças e acidentes do trabalho no Brasil: uma questão econômica

Semelhante a Europa, as questões sobre política de saúde e de segurança do trabalho têm início no Brasil como um problema econômico. A primeira lei sobre acidentes de trabalho no Brasil, 15 de janeiro de 1919, responsabilizava os empregadores pela indenização das vítimas. Em 1923 a lei Eloy Chaves instituiu assistências médica para várias categorias.

A lei de 1919 estabelece o regime de indenização para os trabalhadores, como uma forma de compensação de perdas e danos causados pelos acidentes de trabalho. Essa 'compensação', essa 'proteção dos mais fracos' reflete bem a ideologia liberal do discurso político da época e da Constituição Republicana de 1891 (FALEIROS, 1992, p. 19).

O segundo instrumento a legislar sobre os acidentes de trabalho foi o decreto de nº 24.637, de 10 de julho de 1934 e trouxe algumas inovações importantes: estendeu o conceito de acidente às doenças do trabalho; aboliu a exigência do trabalho como causa única do infortúnio do doente, ou seja, possibilita – ao menos teoricamente – a aceitação do *princípio da concausa* e passa a “obrigar” o empregador a manter contrato de seguro para cobertura das despesas com indenizações aos trabalhadores acidentados.

A equivalência do acidente de trabalho à doença profissional é feita de forma mecânica, considerando-se que a doença equivalente ao acidente deve ser provocada exclusivamente pelo 'exercício do trabalho'. As doenças endêmicas não são levadas em conta, mesmo se se manifestam em consequência do trabalho, o que limita extraordinariamente o campo de aplicação do conceito de doença profissional
(...) a legislação de 1934 contém as principais reivindicações do empresariado dentro dos limites gerais da acumulação e do controle sobre os trabalhadores: custos mínimos e manutenção da autonomia patronal no interior das fábricas (FALEIROS, 1992, p. 111-112).

A prevenção não foi mencionada na lei, assinalada apenas em 1940 pelas Estatísticas dos Acidentes de Trabalho publicadas no Boletim do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio em 1942. E, embora seu campo de atuação fosse estendido aos trabalhadores rurais, na prática eles não usufruíam seus benefícios.

Dez anos depois, o decreto-lei nº 7.036 de 10 de novembro de 1944 amplia substancialmente os direitos acidentários: “obrigava” o médico a emitir o atestado competente no início e fim do tratamento; instituiu normas de prevenção e higiene do trabalho e de reabilitação profissional; tornava mais severas as obrigações do empregador e da seguradora; estabelecia a obrigação do empregado comunicar todo acidente ou doença profissional à autoridade jurídica, dentre outros. Além disso, cabia ao Ministério do Trabalho o controle das listas das doenças profissionais, das tabelas de indenizações e da fiscalização da lei.

(...) as Comissões Internas de Prevenção de Acidentes estabelecidas em 1944 na lei, atingem somente as empresas de mais de cem operários de forma obrigatória. Os serviços que deviam ser oferecidos aos acidentados pelas empresas são implantados somente se o patrão assim o desejar. A fiscalização do trabalho, ainda que prevista em lei, não é praticada. Para verificar isto basta lembrar o número reduzido de fiscais do trabalho (FALEIROS, 1992, p. 125).

Depois dessas mudanças, consideradas avanços do ponto de vista teórico-jurídico, a legislação sofreu um retrocesso promovido pelo regime militar ao retirar direitos e benefícios trabalhistas. A primeira da nova série de leis foi o decreto-lei nº 5.316, de 14 de fevereiro de 1967, que transferia a competência do julgamento das demandas acidentárias da justiça estadual para a federal. Devido à falência de duas grandes seguradoras – a Segurança Industrial e a Protetora – uma nova lei estatiza o seguro acidentário passando assim a previdência social estatal. Entretanto, dentro da lógica da acumulação de capital, os benefícios caem drasticamente de valor.²⁶

O decreto-lei nº 293, de 23 de fevereiro de 1967, que dispõe sobre o seguro de acidentes do trabalho, no **Art. 4º** afirmava: “§ 2º São doenças do trabalho as que resultarem, direta e exclusivamente, do exercício do trabalho²⁷ e de características especiais ou excepcionais em que o mesmo seja realizado”. E no **Art. 6º** “não será considerada agravação ou complicação de um acidente do trabalho que haja determinado lesões já consolidadas, qualquer outra lesão corporal ou doença que, resultante de outro acidente, se associe ou se superponha às conseqüências do anterior”. Isto é, as complicações, seqüelas e conseqüências decorrentes das doenças passam a ser

²⁶ RIBEIRO, Herval Pina. *A violência oculta do trabalho: as lesões por esforços repetitivos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999, p. 29.

²⁷ Grifo do autor.

de inteira responsabilidade dos próprios adoentados. Além disso, os trabalhadores rurais foram expressamente excluídos.

Outro decreto, de nº 893, de 26 de setembro de 1969 – que altera a Lei nº 5.316, de 14 de setembro de 1967, integra o seguro de acidentes do trabalho na previdência social, e dá outras providências – entre outras perdas, restringia ainda mais a concessão de benefícios quanto à incapacidade de trabalho, subordinando-a ao estabelecimento da causalidade direta pelo trabalho e também revogava a obrigatoriedade de aproveitamento do acidentado pelo empregador. No **Art. 16º** consta: “a previdência social não será obrigada ao depósito prévio da importância de qualquer condenação para a interposição de recurso, nem estará sujeita a depósito, penhora ou seqüestro de dinheiro ou de bens para a garantia da execução de julgados, sendo nulos de pleno direito os atos praticados com tais objetivos”. Em outras palavras o trabalhador deveria arcar com suas despesas enquanto aguardava o julgamento do recurso sem direito a nenhum benefício.

É necessário ainda notar que os trabalhadores rurais estão praticamente fora do âmbito dos seguros, considerando mesmo que a maioria deles não recebe sequer remuneração em dinheiro. São pagos por meio de trocas de serviços e de produtos agrícolas, com o controle dos patrões sobre o seu consumo através das vendas e barracões, ficando esse trabalhador sem ver e tocar dinheiro vivo (FALEIROS, 1992, p. 143).

O retrocesso da legislação durante o regime militar prosseguiu com auxílios acidentários reduzidos; as doenças relacionadas ao trabalho desclassificadas e restritas novamente às “doenças profissionais”.

O recuo da legislação pós-1967 parece traduzir uma tendência de se abolir a responsabilidade da previdência social estatal para com os acidentes de trabalho, igualando os benefícios acidentários aos benefícios previdenciários ordinários e remetendo os trabalhadores acidentados à justiça comum, para pleitearem dos seus empregadores as indenizações pelos acidentes de trabalho, retroagindo à legislação de acidentes de 1919, invocando, no caso, o ato culposo do empregador ou preposto, muito difícil de comprovação em juízo (RIBEIRO, 1999, p. 30).

Em 1971, o governo Médici implantou o FUNRURAL – sistema de previdência específico para os trabalhadores da área rural, com benefícios e formas próprias de custeio. Os benefícios eram inferiores ao salário mínimo nem sempre pago ao

trabalhador rural. Além do atraso da legislação rural sobre os acidentes do trabalho, os benefícios apareceram desiguais em relação aos trabalhadores urbanos. Para ajuda em casos de doenças, o trabalhador urbano recebia 92% do salário mínimo, enquanto o trabalhador rural 75%. A pensão em caso de morte do trabalhador urbano era igual a um salário mínimo completo, enquanto que para os trabalhadores rurais representava apenas 50% do salário.

As leis acima mencionadas no período militar permitiram a coleta, mesmo parcial, de dados referentes a acidentes do trabalho e a publicação, pela primeira vez, de estatísticas. “Os dados publicados pelo INPS começam a mostrar a ponta de iceberg referente às condições de trabalho extremamente desfavoráveis ao trabalhador no processo de acumulação capitalista brasileiro” (FALEIROS, 1992, p. 203). Entretanto, essas estatísticas não incluíam os acidentes da zona rural e nem os acidentes dos trabalhadores não assegurados pela Previdência Social. Nos dados sobre acidentes de trabalho, para os anos 1979 e 1982, em média 85%, tinha como consequência uma incapacidade temporária, acarretando prejuízo para o trabalhador. A incapacidade temporária significava perda da capacidade de trabalho parcial ou por um tempo determinado, implicando na impossibilidade do trabalhador voltar à produção. As categorias dos trabalhadores mais afetadas foram as pertencentes aos níveis de remuneração mais baixos.

A visão da imprensa sobre os acidentes de trabalho seguia a trilha dos empresários que transferiam para os trabalhadores a culpa do infortúnio:

A questão dos acidentes do trabalho não está ausente da grande imprensa, que denuncia o número elevado de acidentes ocorridos no país, sem desvincular, no entanto, essas ocorrências dos autores, culpabilizando-os como ‘ignorantes, analfabetos, incapazes de avaliar o perigo em que se encontram’. Essa culpabilização coloca a responsabilidade dos acidentes no dorso dos trabalhadores, e provoca uma sensibilidade da opinião pública sobre a displicência do trabalhador e não sobre as condições de trabalho (FALEIROS, 1992, p. 220-221).

Assim, “a forma corrente da prática de classes dos patrões é de desobrigar-se da mão-de-obra ‘inutilizada’ pelos acidentes de trabalho” (FALEIROS, 1992, p. 45). No período militar, além das profundas distâncias existentes entre a doutrina do direito, isto é, o espírito da lei; o contexto político: um regime ditatorial apoiado pela burguesia; a

interpretação do texto jurídico e seu cumprimento... o poder, entre os anos 1964 e 1985, estava na sua máxima concentração.

A força de trabalho apenas permanece vendável quando conserva os meios de produção como capital. O capital não é um dado, e sim uma relação conflituosa na qual ele se valoriza. É ele quem comanda o processo de trabalho. Assim, a força de trabalho é um valor de uso, é algo útil para o capital. A garantia de trabalho é necessária tanto para o trabalhador, que precisa vendê-la para garantir sua subsistência, quanto para o capital e o capitalismo, pois possuem como base a existência “saudável” e produtiva dos trabalhadores. Ao Estado cabe, via legislação social, manter as condições de produção e garantir a existência da classe trabalhadora enquanto objeto de exploração. A legislação social generaliza as condições de exploração para o capital, mesmo que parte do capital seja “sacrificada”.

A legislação social não é, pois, uma ‘proteção’ dos trabalhadores, como o proclamam os discursos governamentais, mas a regulação da exploração trabalhadora a um nível mais geral, contraditoriamente restringindo-a enquanto coíbe a depredação total da força de trabalho e sua desvalorização, e amplia e generaliza as condições de exploração para o conjunto dos capitalistas, atendendo, como assinala Marx, as reivindicações de igualdade que as indústrias regulamentadas exercem, isto é, a igualdade no direito de explorar o trabalho (FALEIROS, 1992, p. 253).²⁸

Se o capitalismo inclui o desejo do detentor de capital de acumular ainda mais capital, e as relações desse detentor com outras pessoas (exploração), a fim de realizar seu desejo; se ele é a capacidade de alocar recursos escassos para satisfazer desejos ilimitados, então, a Medicina do Trabalho e a legislação social, enquanto braço do capital e elemento necessário para a manutenção do sistema de exploração, não configura uma contradição. Seu ideal maior era a manutenção da produtividade, ampliação dos lucros e redução de custos. “Não existe contradição econômica: o esforço é pago porque a prevenção custa menos que a reparação e de outra parte o rendimento do ‘motor humano’ aumenta se ele trabalha em melhores condições fisiológicas” (DESOILLE, 1958, p. 7).²⁹

²⁸ Grifo do autor.

²⁹ « Et Il n'existe pas de contradiction économique: l'effort est payant parce que la prévention coûte moins cher que la réparation et que d'autre part le rendement du 'moteur humain' augmente s'il travaille dans les meilleures conditions physiologique ». Grifo do autor.

A Medicina do Trabalho, embora construída sobre um discurso que procurava sua auto-legitimação como instituição preocupada com os efeitos do processo de trabalho sobre a saúde do trabalhador, nasceu da necessidade do capital de manter a estrutura que permitisse a continuidade da exploração da classe trabalhadora. Fundada no racionalismo econômico cujas palavras centrais são *baixos custos, produtividade e lucro*, essa especialização médica ajustava-se às necessidades empresariais de controle tanto da mão-de-obra quanto da produção.

A prevenção supõe uma inversão das finalidades sociais da produção; o mercado capitalista designa à medicina a via obrigatória de uma economia da morte. A utilização total dos conhecimentos médicos no campo de uma prática terapêutica desalienada requer a morte dessa economia de exploração (POLACK, 1971, p. 47).³⁰

O mecanismo mental que guiava os passos dos investidores na *saúde-produtividade* do trabalhador poderia ser simplificado na idéia de que a prevenção é o caminho mais curto (o meio) para se chegar a um fim determinado (acumulação). O corpo do trabalhador passa a ser categorizado como mais um meio de produção – juntamente com *outras* máquinas e ferramentas – moldado às expectativas do capital. Dessa forma ele se configura não mais como uma força produtiva que moldaria outros elementos para produzir. Ele mesmo se torna (ou é tornado) um meio de produção, um objeto de trabalho sobre o qual se exerce o *uso*.

Referências Bibliográficas

- BARRETO, Margarida Maria Silveira. *Violência, saúde e trabalho: uma jornada de humilhação*. São Paulo: EDUC, 2006.
- BIAVACHI, Magda Barros. *O Direito do Trabalho no Brasil (1930-1942): A construção do sujeito de direitos trabalhistas*. São Paulo: LTr: Jutra-Associação Luso-Brasileira de Juristas do Trabalho, 2007.
- BOBBIO, Norberto. *A era dos direitos*. Rio de Janeiro: Campus, 1922.
- CANGUILEM, George. *O Normal e o Patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

³⁰ « La prévention suppose un reversement des finalités sociales de la production ; le marché capitaliste désigne à la médecine la voie obligée d'une économie de la mort. L'utilisation entière des connaissances médicales dans le champ d'une pratique thérapeutique désaliénée requiert la mort de cette économie d'exploitation ».

- CHIARELLI, Carlos A. G. *Teoria e Prática da Legislação Rural: trabalhista, sindical e previdenciário*. Porto Alegre: LIVRARIA SULINA, 1971.
- CORBIN, Alain; COURTINE, Jean-Jacques; VIGARELLO, Georges (coords.). *História do corpo: Da Revolução à Grande Guerra*. Petrópolis: Vozes, 2008.
- CORBIN, Alain; COURTINE, Jean-Jacques; VIGARELLO, Georges (coords.). *História do corpo. As mutações do olhar: O século XX*. Petrópolis: Vozes, 2008.
- DABAT, Christine Rufino. *Moradores de Engenho: estudo sobre as relações de trabalho e condições de vida dos trabalhadores rurais na zona canavieira de Pernambuco, segundo a literatura, a academia e os próprios atores sociais*. Recife: Universidade Federal de Pernambuco, 2007.
- DAVAZIES, Philippe. *Réflexion sur la santé au travail*. Intervention au colloque «travail santé aujour d'hui au tournant du millénaire», le 22 novembre, 1997.
- DEJOURS, Christophe. *A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*. 5ª Ed. São Paulo: Cortez, 1992.
- DEJOURS, Christophe. *Psicodinâmica do trabalho: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho*. Christophe Dejours, Elizabeth Abdoucheli, Christian Jayet. Coordenação Maria Irene Stocco Betiol. São Paulo: Atlas, 1994.
- DEJOURS, Christophe. *Le corps, d'abord: corps biologique, corps érotique et sens moral*. Paris: Éditions Payot & Rivages pour l'édition de poche, 2003.
- DEJOURS, Christophe. *A banalização da injustiça social*. 7ª Edição, Rio de Janeiro: FGV, 2006.
- DEJOURS, Christophe. *Conjurer la Violence : travail, violence et santé*. Paris: Éditions Payot & Rivages, 2007.
- DEJOURS, Christophe. *Travail vivant: sexualité et travail*. Vol. 1, Paris: Édition Payot & Rivages, 2009.
- DEJOURS, Christophe. *Travail vivant: travail et émancipation*. Vol. 2, Paris: Édition Payot & Rivages, 2009.
- DELAUNAY, Pierre. *La Médecine Du Travail: médecine humaine*. Paris : Éditions du Centurion, 1968.
- DESOILLE, Henri. *La Médecine du Travail*. « que sais-je ? » le point des connaissances actuelles. Paris: Presses Unisitaires de France, 1958.
- FALEIROS, Vicente de Paula. *O Trabalho da Política: saúde e segurança dos trabalhadores*. São Paulo: Cortez, 1992.
- FOUCAULT, Michel. *Vigiar e Punir: história da violência nas prisões*. 12ª Ed., Rio de Janeiro: Petrópolis, 1995.
- GARCIA, Juan C. “La Categoría Trabajo en Medicina”. In: *Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud*. Buenos Aires, 30 de abril al 7 de mayo de 1988.
- GOLLAC, M. & VOLKOFF, S. “La santé au travail et ses masques”. In: *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2006/3, 163, p. 4-17.
- GOMERO CUADRA, Raul; ZEVALLOS ENRIQUEZ, Carlos & LLAP YESAN, Carlos. “Medicina del Trabajo, Medicina Ocupacional y del Medio Ambiente y Salud Ocupacional”. In: *Rev Med Hered* 17 (2), 2006 105.
- GOMEZ, Carlos M. & CARVALHO, Sônia Maria T. M. de. “Social Inequalities, Labor, and Health”. In: *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, 9 (4): 498-503, out/dez, 1993.
- MARX, Karl. *O Capital: crise da economia política*. Vol. 1, São Paulo: Nova Abril, 1985.

- MENDES, René & DIAS, Elizabeth Costa. “Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador”. In: *Rev. Saúde Públ.*, São Paulo, 25(5), 1991.
- MENÉNDEZ, A. & RODRÍGUEZ, E. “Salud, trabajo y medicina en la España ilustrada”. In: *Arch Prev Riesgos Labor*, 2005; 8 (1): 4-13.
- MIRANDA, Carlos Alberto Cunha. *A arte de curar nos tempos da colônia: limites e espaços da cura*. Recife: Fundação de Cultura Cidade do Recife, 2004.
- NOVAES, José Roberto Pereira. “Champions of productivity: pains and fevers in São Paulo’s sugarcane plantations”. In: *Estudos Avançados*, 21 (59), 2007.
- POLACK, Jean Claude. *La Médecine du Capital*. Paris: François Maspero, cahiers libres 222-223, 1971.
- RIBEIRO, Herval Pina. *A violência oculta do trabalho: as lesões por esforços repetitivos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.
- ROSA, F. A. de Miranda. *Sociologia do Direito: o fenômeno jurídico como fato social*. 9ª Edição, Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992.