

MEIO E VIOLÊNCIA DO TRABALHO NO CAPITALISMO: DIMENSÕES E COMPLEXIDADES

*Herval Pina Ribeiro**

Resumo

Procuraremos mostrar neste artigo a relação entre desenvolvimento capitalista, natureza, violência e poder no seio das classes trabalhadoras.

Palavras-chave

Violência; saúde; trabalho; meio; lutas sociais.

Abstract

This article intends to show the relationship existing between capitalism, environment, work violence and disease. Violence and brutality against the working classes is linked with the capitalist nature.

Key-words

Violence; health; work; environment; social struggle.

Os números absolutos, taxas e coeficientes das estatísticas vitais, apesar de precários, não expressam tão-somente quantidades de adoecidos e mortos, mas acontecimentos subjacentes, entre eles, a violência explícita e antiga do trabalho, razoavelmente conhecida, e a violência contemporânea, submersa.

Violência, além de outros tantos significados, é constrangimento, indução ou condução para que o outro faça o que se quer por coação, necessidade, convencimento ou ignorância. Os meios, as formas e os níveis de violência e suas conseqüências dizem respeito ao exercício do poder e, nas sociedades de classes, às relações que se estabelecem entre elas no tempo, espaço e segundo as circunstâncias.

O objeto deste texto é a violência sistêmica do trabalho no capitalismo pós Revolução Industrial. Procuraremos mostrar que essa violência acompanha os ciclos de desenvolvimento e crises do sistema, muda de caráter e é quantitativa e qualitativamente desigual segundo as classes sociais, o que fica explícito nos perfis de morbidade e mortalidade populacionais e na emergência de doenças coletivas.

Os trabalhadores e seus familiares compõem a quase totalidade das populações do mundo, inclusive nos países “centrais”. Pode-se, por conseguinte, tomar a morbidade e mortalidade das populações como se fossem da classe trabalhadora, dada a pouca significância numérica da *classe de não trabalhadores*.

O adoecer e o morrer diferenciado da classe trabalhadora expressam uma violência sistêmica e são duas entre tantas questões complexas e indissociáveis da sociedade moderna de classes, e as doenças e acidentes do trabalho, oficialmente, são reconhecidos indicadores insuficientes dessa violência, por duas razões principais: levar em conta apenas os infortúnios que têm causalidade objetiva, ou seja, que traduzem a *violência explícita do trabalho* e a precariedade das estatísticas oficiais. Ainda assim, desentranhá-los é uma maneira de trazer à tona essa violência grotesca que, além do mais, acontece desigualmente entre categorias e ocupações; mas sempre se corre o risco de tomá-los pelo que não são, ou seja, como questão autônoma em si, como fazem pragmaticamente a medicina do trabalho e a engenharia de segurança.

Precavidos sobre a possibilidade de sucumbir ante esse desvio epistemológico, tomaremos as doenças e os acidentes de trabalho típicos como evidências da *violência explícita*, admitindo desde já a existência de uma *violência oculta*, não assumida ou revelada. Não se trata apenas de diferenciar níveis ou graus de violência, mas de procurar

entender porque o adoecer e o morrer na classe trabalhadora acontecem de modo tão diferente da classe de não trabalhadores e porque até aqui se valoriza exclusivamente, ou quase, as marcas deixadas pelo trabalho no corpo do trabalhador.

Se a violência do trabalho é uma questão social e biológica, devemos recorrer a métodos de aproximação adequados para apreendê-las e definir suas dimensões mais importantes, no caso, o *meio*, o *trabalho* e o *sujeito*, com o cuidado de esclarecer antes os significados que emprestamos a tais termos.

Nesta abordagem, o *meio* é uma dimensão que inclui constituintes naturais, ecológicos e sociais em permanente transformação pela ação humana organizada e desorganizada, pelo tempo e em diferentes espaços. É, portanto, simultânea e indissociavelmente *histórico e antrópico*.

O *trabalho* é uma dimensão transcendente e dinâmica, ao mesmo tempo, categoria histórica e sociológica central de análise, necessidade e interface do sujeito com o *meio* que ele transforma. No capitalismo é uma *praxis* subordinada e coletiva sobre o meio e local restritos, em um dado momento, por um processo de produção determinado e sob relações sociais internas reguladas por um contrato formal ou informal. Essas relações internas têm equivalências externas, na medida em que determinam a classe social à qual o sujeito e sua família pertencem e as relações com seus pares e com os outros. O viver, o adoecer e o morrer do trabalhador e de sua família, a despeito da especificidade do seu trabalho, são determinados por essas relações. Se em muitas circunstâncias a patogenia do trabalho está vinculada diretamente à especificidade do processo de produção e às relações sociais internas do trabalho, externamente está presa à sua condição ou ao pertencimento de classe.

O *sujeito* é aqui referido no substantivo, como o trabalhador ou os trabalhadores, na condição de classe social, cujo atributo primordial é vender força de trabalho pela necessidade de sobrevivência e pouco importa a forma de remuneração, se assalariada ou outra qualquer. Implicitamente, significa a existência, em contraposição, de um outro sujeito (o patrão) e de outra classe, a patronal, que compra força de trabalho.

O meio

Segundo Rosen,¹ o *meio* como dimensão comprometida na determinação de doenças apareceu embrionariamente nos escritos hipocráticos e serviu de alicerce ao que ele chama de “Epidemiologia medieval”. À época, *meio* era entendido como a soma de

condições climáticas com situações ou circunstâncias físicas locais. Foi a partir daí que Sydenham (1624-1689) desenvolveu sua teoria da “constituição epidêmica”, segundo a qual a eclosão das doenças coletivas resultaria da interação de um conjunto de acontecimentos naturais (de clima, solo, chuva, etc.) e situações locais, a epidemia sendo uma doença “que ataca ao mesmo tempo e com características imutáveis, grande número de pessoas”, fenômeno mais ou menos constante, homogêneo e razoavelmente comum definido pela quantidade de adoecidos, momento e lugar.²

Paralelamente, corria a “teoria do contágio”, de Fracastoro (1478-1533), que sustentava a existência de um elemento causal designado “*seminaria*”. Ele não imaginava sua *seminaria* como microorganismos, mas elementos da natureza capazes de, alternadamente, invadirem o corpo ou persistirem no ambiente, o que explicava o caráter cíclico de algumas doenças. O contágio poderia ocorrer de pessoa a pessoa, com a intermediação de outros elementos ou provir do ar. Antes, Paracelso e outros tinham exposto teoria parecida, mas foi Fracastoro quem a formulou com notável proficiência.³

O conceito de *meio ambiente* foi ampliado com a industrialização, a migração para as cidades, a deterioração das condições de trabalho e de vida e as conseqüências funestas e visíveis sobre a saúde das populações urbana e operária, dando lugar à *teoria da determinação social* das doenças.

Na concepção de cientistas e intelectuais da época, o meio não se circunscrevia aos elementos da natureza e às situações atmosféricas e geográficas, mas incluía dimensões dinâmicas, como o tempo e os acontecimentos sociais, econômicos e políticos. *Meio*, portanto, implicava mutabilidade espaço-temporal, modos de produção e regime de propriedade, políticas, conjunturas socioculturais e acontecimentos que envolviam populações e indivíduos determinando comportamentos e fenômenos os mais diversos, entre eles, as diferentes formas de adoecer. As epidemias seriam expressão de uma situação-limite, seu significado mais importante não sendo as formas patológicas e clínicas assumidas, mas sua universalidade, por vezes explosiva, indicativa de que se algo ia mal nos corpos de muitas pessoas no mesmo tempo e lugar era porque algo ia mal no mundo, um mundo de relações sociais e naturais.

As doenças que atingem populações não serão causadas por deficiências da própria sociedade? Não que se duvide da participação das condições atmosféricas, cósmicas ou similares, mas elas sozinhas jamais causam epidemias. Esses fatores atuam onde as populações vivem permanentemente em situação precária, devido às más condições sociais. Epidemias de natureza desconhecida aparecem e, com freqüência desaparecem sem deixar vestígios quando uma nova cultura se estabelece (...) As epidemias não são naturais e sua história

é, portanto, a história das perturbações de uma sociedade em transformação. São sinais de alarme que permitem ao homem público enxergar que seu país está conturbado e que mesmo uma política irresponsável não seria tão negligente a ponto de ignorar fatos irrecusáveis.⁴

No século seguinte, porém, acumularam-se evidências sobre o envolvimento direto de microorganismos com doenças, até a comprovação experimental e a identificação microscópica de muitos deles, no final do século XIX e nas primeiras décadas do posterior.

Como resultado, a “teoria da determinação social” ou do *meio* refluíu, cedendo espaço à *teoria infecciosa*, segundo a qual, as doenças, as coletivas em particular, resultariam da presença de um microorganismos específicos, salvo aquelas provocadas por agentes físicos ou químicos, também específicos, como gases e substâncias tóxicas, etc. Logo ficaria evidente que a simples presença de germens não causava doença, passando-se a admitir e especular sobre a existência de “variáveis” ou “fatores” do meio ou do indivíduo que interfeririam, ajudando ou inibindo a ação causal objetiva. Essa formulação eclética, embora mantivesse o positivismo e a linearidade da teoria original, representou um avanço conceptual notável, dando maior capacidade explicativa à *teoria da causalidade objetiva*, na medida em que a teoria do contágio, biológica e unicausal, passou a ser multicausal e incorporar agentes não biológicos, autógenos e heterógenos.⁵

Se a *teoria da determinação social* da doença carece originalmente de objetividade, a *teoria da causalidade objetiva*, hoje hegemônica, tem-na em excesso, dado seu cientismo positivo e material. Ambas, porém, como representações do real, são meias verdades ou verdades incompletas, com muitas lacunas, frestas que permitem entrever a complexidade das dimensões que assinalam a passagem dos estados de saúde.

Morin,⁶ até certo ponto retomando as concepções de Virchow, afirma que o *meio* não é um estado, mas um lugar de encontros e interações eventuais, onde ocorrem o desaparecimento e a promoção das espécies. *Meio* é também acontecimento, dinâmico por sua natureza, dizendo respeito também ao indivíduo, cujo aprendizado resulta da educação familiar e de encontros fora desse espaço, na escola e no trabalho.

A vida é um sistema eventualizado, acidental, aleatório e ocasional:

é na relação ecológica entre organização biótica, sistema aberto, e o meio que engloba outras situações bióticas, que acontecimentos e sistemas estão em inter-relação permanente (...) Tudo se passa como se todo o sistema biótico, nascido do encontro de sistemas físi-

co-químicos complexos, fosse constituído para o acaso, para a aleatoriedade, para jogar com os acontecimentos (...) a biologia moderna é a que nos introduz por todos os lados na noção de sistema aleatório ou eventualizado.⁷

Para esse autor, o que determina as mudanças é também o que introduz o acaso, ou seja, diante da complexidade da vida real, não há como prever sempre, lógica ou matematicamente, o que irá ocorrer. A espécie humana evoluiu entre possíveis determinações e acasos; por conseguinte, construções, reações e mudanças dos sistemas sociais se dão sob dimensões sempre complexas e mutáveis, segundo as situações, o lugar e o tempo permeados pela vontade e pela eventualidade.

Visto desse ângulo, os cerca de duzentos anos do modo de produção capitalista, que parecem uma eternidade, são um momento pequeno nos vários milhares de anos em que civilizações e sociedades foram construídas e desapareceram, nada sugerindo que este modo de produção e esta sociedade não sejam passageiros como os anteriores. Ele próprio tem passado por ciclos de desenvolvimento e crises, revelando características transformadoras e ao mesmo tempo predatórias, com profundas conseqüências sobre o *meio*, as populações e cada pessoa que o habitam e que dinamicamente e por todo o tempo e em qualquer lugar interagem com ele. Dito de outro modo, *o meio é histórico e antrópico*.

Nos primeiros séculos da era cristã, a expectativa média de vida na Europa não ia além dos vinte anos, passando para os quarenta em meados do século XIX e ultrapassando a casa dos setenta no final do século XX.⁸ Transcorreram, pois, 1.800 anos para que essa média dobrasse e apenas 200 para mais que triplicar.

Essa longevidade maior, lenta a princípio e rápida após a Revolução Industrial, deu-se graças à organização da sociedade centrada no trabalho coletivo, que propiciou a liberação das forças produtivas e os avanços da ciência e da tecnologia. Nesse percurso, doenças e mortes deixaram de ser determinadas pela natureza e vida inóspitas, fazendo-se cada vez mais sociais e relacionadas com a expropriação do trabalho, uma das características essenciais das sociedades de classe.

Nos sete séculos que precederam a Revolução Industrial, a fome e as “pestilências”, como a tuberculose, a cólera, a varíola, a peste e a febre amarela eram responsáveis pela maioria de doenças e mortes, deixando sempre atrás um rastro largo e extenso de covas ocupadas com vítimas de todas as classes, principalmente dos segmentos sociais mais pobres, compostos por escravos e servos.

Nos cem primeiros anos do industrialismo, essas doenças recrudesceram entre os trabalhadores livres e seus familiares. São inúmeras as descrições sobre as condições miseráveis de vida e de trabalho dos habitantes das infectas cidades industriais em fins do século XVIII e por quase todo o século seguinte. A coincidência de época e a similaridade de situação entre a Grã-Bretanha, França, Alemanha e Estados Unidos da América são tão grandes que é impossível negar a paternidade do capitalismo industrial na determinação da morbidade e mortalidade da emergente classe trabalhadora desses países.⁹

A diminuição da morbidade e mortalidade por doenças transmissíveis e carenciais, já percebida nas últimas décadas século XIX, resultou do desenvolvimento das forças produtivas e de políticas sociais que emergiram com a consolidação do Estado moderno e a ascensão dos trabalhadores como classe social que trouxeram significativas melhoras dos equipamentos sociais e dos padrões de vida urbana. Assim, a disponibilidade potável de água nas casas tornou-se quase universal, grande parte do esgoto doméstico e industrial foi canalizada, e as condições de moradia, educação e alimentação dos trabalhadores melhoraram graças à luta contínua de suas organizações por uma remuneração menos injusta da força de trabalho. Tiveram impacto bem menor as medidas tradicionais, como isolamento e quarentena, vigilância dos portos e as campanhas com as vacinas recém-descobertas, como as contra a varíola e a peste.¹⁰

Findo o século XIX, as taxas de morbidade e mortalidade por doenças transmissíveis estavam em franco declínio, a primazia passando para as doenças e mortes acidentais – incluindo as típicas do trabalho, desde e sempre presentes, que atingiam seletivamente trabalhadores ativos – e as mortes provocadas pelas guerras colonialistas. As doenças e os acidentes diretamente causados pelo trabalho, antes mais comuns na mineração, extração de madeira e atividades afins e na indústria pela qual iniciara a Revolução Industrial, a têxtil, tornaram-se mais frequentes nas indústrias emergentes de metalurgia pesada, química e petroquímica, construção e transportes ferroviário e marítimo.

De meados do século XX para cá, principalmente nas suas três últimas décadas, a reestruturação da produção, que tem como um dos seus carros-chefes a automação microeletrônica, é acompanhada de significativa redução das doenças e acidentes típicos do trabalho, colaborando para que o topo da morbidade e mortalidade dos trabalhadores e da população viesse a ser ocupado por um outro grupo de doenças de curso longo e

sem causalidade direta estabelecida, ditas *crônico-degenerativas* (cardiocirculatórias, metabólicas e neoplásicas). Assim, aqueles acidentes e doenças foram para o segundo plano, e as doenças transmissíveis, para o terceiro.

O quadro abaixo mostra a correspondência entre os três ciclos de desenvolvimento do capitalismo e as mudanças do perfil de morbidade e mortalidade nos países industrializados.

Quadro 1 – Morbidade e mortalidade nos ciclos de desenvolvimento e crise do capitalismo industrial¹

Primeiro ciclo (1780 a 1870)	Doenças e mortes de causalidade infectocontagiosa, parasitária e carencial Doenças e mortes acidentais ou intencionais Doenças e mortes sem causalidade estabelecida
Segundo ciclo (1870 a 1950)	Doenças e mortes acidentais ou intencionais Doenças e mortes de causalidade infectocontagiosa, parasitária e carencial Doenças e mortes sem causalidade estabelecida
Terceiro ciclo (1950 a)	Doenças sem causalidade estabelecida Doenças e mortes acidentais ou intencionais Doenças e mortes de causalidade infectocontagiosa, parasitária e carencial

Essa correspondência não aparece tão nítida nos países capitalistas periféricos, como o Brasil, principalmente porque seu desenvolvimento industrial, além de tardio e dependente, é díspare, privilegiando as regiões mais produtoras e consumidoras. Pesam, também, outras determinantes e circunstâncias, como a desigualdade antiga e acentuada entre suas classes e segmentos sociais. Apesar da assimetria antiga do desenvolvimento das regiões brasileiras que esteve baseada na monocultura da cana-de-açúcar e no trabalho escravo até 1888 e na monocultura do café até 1930, pode-se ensaiar essa periodização, considerando como primeiro ciclo de sua Revolução Industrial o compreendido

entre 1890 e 1930, quando se instalou a indústria têxtil nacional, localizada principalmente nas regiões Sudeste e Sul. O segundo ciclo (1930-1970), que tem como marco político a “revolução paulista” de 30, caracterizou-se pela implantação das indústrias pesadas de siderurgia e metalurgia, petroquímica, química e de transporte naval, rodoviário e ferroviário. O terceiro, à semelhança dos países centrais, tem tecnologicamente como carro-chefe a microeletrônica, a informática e a telemática.

O perfil da morbidade e mortalidade da população brasileira e da classe trabalhadora mudou em cada um desses períodos e mais rapidamente nas regiões industrializadas. Repetindo com atraso a trajetória da morbidade e mortalidade dos países centrais, prevaleceram, no primeiro ciclo, as doenças transmissíveis e carenciais, no segundo, as doenças e mortes acidentais, e no terceiro, passaram a predominar as de curso lento e sem causalidade estabelecida e sem vínculo aparente com o trabalho, classificadas, indevidamente ao nosso ver, como *crônico-degenerativas*.¹²

Chamamos a atenção para que o agrupamento de doenças segundo os aspectos considerados mais relevantes (transmissão, acidente, cronicidade, degeneração) obedece a concepções construídas com a finalidade pragmática de definir políticas e ações do Estado e sociais, que implicam o conhecimento da causa ou causas objetivas ou presumidas e uma relação linear com seu *efeito* (a doença), cujo nexos compete ao Estado normalizar e ao médico reconhecer.

No princípio do *nexo causal*, apóia-se a doutrina da responsabilidade objetiva dos acidentes e das doenças do trabalho que vigora em todos os países industrializados desde 1887¹³ e que define a repartição do ônus financeiro do evento mórbido: com o trabalhador, quando o nexos causal do trabalho não é provado; com o empregador, como proprietário dos meios de produção, contratante e presumível culpado; e com o sistema de assistência e seguro do Estado que provê direta ou indiretamente o pagamento dos “benefícios” correspondentes. Não há, pois, nenhuma transcendência científica na classificação entre doenças do trabalho e doenças que não são do trabalho. Essa é uma estratégia política e econômica de Estado, pois o enquadramento do adoecido gera despesas e “benefícios” para o *sistema reparador/regulador* em crise, porque os recursos do sistema são finitos e as despesas crescem, em parte, porque a população vive mais.

Em síntese, saúde, capacidade de trabalho, custeio, encargos, benefícios sociais e previdenciários, responsabilidade cível e criminal de doenças e acidentes do trabalho se situam no âmago das contradições entre o capital e o trabalho, da relação de compra e venda de força de trabalho mediada pelo Estado moderno nascido com a Revolução

Industrial, a quem cabe definir políticas públicas, implantá-las e gerenciá-las, inclusive essa, de reparação por meio do sistema reparador/regulador no campo da saúde e da previdência.

Perceba-se que o objeto (o seguro) que o sistema reparador/regulador administra moldou o conceito, classificou o que deve ser considerado doença e acidente do trabalho e definiu um campo específico da medicina para o seu reconhecimento: a *medicina ocupacional/industrial* ou, como modernamente se quer, a *medicina do trabalho*. Foi essa concepção restritiva e pragmática que deixou de fora as doenças e acidentes não relacionados diretamente com o processo produtivo, como fez no Brasil com a esquistossomose, a doença de Chagas, a leishmaniose e a malária, ditas *doenças tropicais*. O mesmo continua a ser feito com as doenças sem causalidade estabelecida, como as cardiocirculatórias, mentais, gastrocólicas, neoplásicas, como se nenhuma relação tivessem com o modo de produção e a sociedade do trabalho.

Ao longo do desenvolvimento do capitalismo industrial e de suas crises, que andam de mãos dadas, os acidentes e as doenças do trabalho foram conceituados e classificados assim, de modo estreito, enquadrando-se como tais apenas aqueles com relação causal direta ou positiva com o processo de trabalho, chamadas de *profissionais* ou *ocupacionais* e os acidentes *tipo e de trajeto*. A normalização internacional e a legislação nacional pertinentes que acabaram regulamentando a matéria, malgrado sua redução conceptual, restrições e ainda assim baixa aplicabilidade, não foram dádivas, mas resultado de uma luta secular dos trabalhadores.¹⁴ Milhões perderam a saúde e a vida para que, ao final, um número pequeno de patologias decorrentes diretamente de processos industriais ganhasse notoriedade, reconhecimento oficial e leis específicas. Tais infortúnios, que em vários momentos adquiriram feições de catástrofes, deram lugar a movimentos sociais de diversas ordens e grandezas, que culminaram nos sistemas modernos de assistência médica, seguridade e seguro sociais.

A persistência do enquadramento restrito das doenças e acidentes atribuídos ao trabalho torna evidente que, em sua essência, a concepção que o capital e o Estado capitalista fazem do trabalhador mudou pouco nesses mais de dois séculos, continuando ele a ser considerado como um componente simples e descartável do processo de produção, designado no coletivo como “recursos humanos”, segundo jargão moderno das empresas. Essa *coisificação* não é neutra e carrega implícita as seguintes metateorias da administração: a da *naturalidade do risco*: há sempre um *risco* material em qualquer processo produtivo e esse risco depende do nível tecnológico e da necessidade em lidar com novas tecnologias; a da *responsabilidade individual*: o risco, seja físico, químico

ou biológico, é de caráter ocupacional, implicando em responsabilidade do trabalhador na escolha de sua profissão/ocupação; a do *handcap biológico, psíquico* ou *comportamental*: há sempre uma predisposição, susceptibilidade ou inadaptabilidade dos que adoecem ou se acidentam; a da *confiabilidade técnico-normativa*: a obediência às normas de segurança e o uso dos equipamentos de proteção disponíveis são suficientes para evitar ou manter a frequência de infortúnios do trabalho dentro dos limites social, moral e politicamente gerenciáveis, e a da *eficiência do sistema reparador/regulador* como capaz de dar conta das doenças e acidentes de trabalho “verdadeiros”.

São postulados que continuam a nortear as políticas e práticas empresariais e do Estado, sobretudo nos países de industrialização periférica, onde a organização e a força política dos trabalhadores são baixas.¹⁵ Diante das concepções dessa natureza e da debilidade do movimento social brasileiro, é ilusório supor que o trabalhador, como força de trabalho, venha a se tornar objeto de políticas e ações patronais que pretendam, de fato, a promoção e a proteção da saúde do trabalhador e a prevenção de doenças e acidentes do trabalho.¹⁶

A despeito da pleora de pesquisas, teses, livros e artigos publicados sobre doenças e acidentes de trabalho nesses mais de cem anos, o problema não está no desconhecimento da patogenia do trabalho e de sua importância, mas na correlação de forças entre o capital e o trabalho. Vale dizer, é uma questão mais política que científica e técnica.

A busca do nexo causal que os técnicos do sistema reparador/regulador perseguem tem, pois, muito pouco de ciência. Ao afirmar isso, não se está propondo o abandono de pesquisas para a identificação de causas de doenças e mortes atribuídas ou não ao trabalho; nem que se subestime o desenvolvimento de métodos e instrumentos com tais fins. O que se está chamando atenção é sobre a insuficiência explicativa do paradigma causal e linear, simples demais até para a compreensão de doenças que envolvem causalidade objetiva e sobre a necessidade de uma ciência menos pragmática nessa área.

Também não se cogita, simplesmente, de substituir o paradigma da causalidade objetiva e sua utilização corrente na clínica, na medicina do trabalho e na engenharia de segurança, por um determinismo social sem sujeito e sem objeto, difuso, vinculado abstratamente ao capitalismo industrial, mas sustentar a complexidade e as múltiplas dimensões que determinam e envolvem a passagem do estado de saúde para o de doença e suas relações dentro e fora do trabalho.

Sem embargo, no ciclo atual do capitalismo, tornaram-se mais relevantes muitos dos seus aspectos socialmente negativos e potencialmente patogênicos, dada a quase globalidade do sistema. É, aliás, essa globalidade que tem merecido mais atenção dos

cientistas sociais contemporâneos fora e dentro do Brasil, sejam sociólogos, historiadores, economistas, filósofos, antropólogos ou políticos.¹⁷ Sem esgotar suas características, algumas das mais citadas e criticadas são: concentração maior e mais veloz do capital financeiro, pelas transferências de dinheiro volátil mediante operações no mercado de capitais facilitada pela informática e telemática; formação de grande oligopólios cujos interesses transitam sem fronteiras com a eliminação das barreiras fiscais e protecionistas dos países menos industrializados e dependentes, transformados em mercados abertos; alargamento da distância de desenvolvimento científico e tecnológico entre países centrais e periféricos; automação acelerada e adoção de novas formas de racionalização da produção, das relações sociais e de trabalho objetivando o fechamento dos tempos mortos da produção e do trabalho vivo, aumentando a exploração intensiva da força de trabalho; flexibilização e desconcentração da produção em unidades menores com deslocamento da mão-de-obra para áreas cinzentas do mercado informal não regulamentadas e não fiscalizadas; privatização dos bens públicos, como saúde, educação, segurança, seguridade, meio ambiente, produção e distribuição de energia e água, etc., e sua transformação em bens de mercado; desemprego, subemprego e trabalhos sazonais; redução do tamanho do Estado e maximização do discurso e práticas sobre a estabilidade da moeda, equilíbrio das contas públicas e pagamento das dívidas externas; contenção das políticas de redistribuição de renda e dos investimentos sociais; esvaziamento de políticas e representações públicas e estabilização de democracias formais; culto exacerbado do individualismo e do hedonismo dos que podem consumir; forte estímulo para a adoção de novos padrões de bens de consumo materiais, artísticos – culturais e estéticos –, rapidamente deterioráveis; incentivo indireto às práticas anti-sociais e às atividades subterrâneas e delinquentes; violência urbana; comportamentos e valores sociais conservadores; perda de perspectivas de vida para os segmentos jovens da população, angústia e medo dos segmentos de meia-idade e desesperanças dos idosos; diminuição da natalidade e elevação das taxas de pessoas idosas; aumento das mortes por acidentes de veículos, homicídios e suicídios; aumento das taxas de mortalidade súbita por doenças cardiocirculatórias, elevação da morbidade por doenças mentais, digestivas, neoplásicas e osteomusculares.

Não obstante, nem todos os acontecimentos sociais significativos que ocorrem no presente se devem ao capitalismo, nem são, necessariamente, negativos e patogênicos. Nos países industrializados, as áreas do conhecimento se alargaram e se tornaram mais acessíveis com as novas tecnologias da automação, informática e telemática; os custos de produção e os preços dos bens duráveis, semiduráveis, alimentos e serviços caíram

ou tendem à queda; as condições materiais de vida da população e dos trabalhadores são mais favoráveis que há três décadas atrás, a incorporação de inovações tecnológicas nos processos produtivos agrícolas e industriais trouxe melhoras importantes nas condições materiais de trabalho, com impacto significativo na redução de acidentes-tipos e de doenças do trabalho tradicionais. Não tem sido assim no resto do mundo, habitado por três quartos de sua população, em geral pobre, onde, mais velozes, têm chegado os problemas da “globalização” e da desigualdade.

O avanço das forças e movimentos sociais que marcou o século findo, chamado por Hobsbawn de a “Era dos Extremos”,¹⁸ faz parte das contradições intrínsecas do capitalismo. Acompanhando seu desenvolvimento e sua expansão, seguiram-lhe os passos os movimentos sindical, trabalhista e socialista, ocorreram duas guerras entre blocos de países capitalistas, a última com uma mortalidade direta de 35 milhões de pessoas,¹⁹ sucederam guerras e lutas anticolonialistas e de independência na Ásia, África e América e revoluções socialistas na Rússia, Cuba, China e em países africanos e asiáticos.

Se tomarmos como medida o extraordinário desenvolvimento do capitalismo que, neste início de século, parece mais firme do que nunca, esses acontecimentos com suas frustrações e insucessos tiveram enorme significado e conseqüências dificilmente escamoteáveis. Embora persistam formas de violência explícita e dolosa, como espancamentos, execuções sumárias e crimes de toda ordem perpetradas pelo Estado ou por seus agentes, alguns com caráter de genocídio, como massacres e bombardeios contra a população civil que fazem duvidar dos valores humanos da sociedade contemporânea, há uma consciência viva e universal de tais horrores. Muito do ideário revolucionário, reformista e contrário à expropriação de qualquer ordem foi transformado em direitos comuns e da classe trabalhadora

Os movimentos sociais contemporâneos parecem ter colocado de lado, até quando não se sabe, a utopia de uma sociedade sem classes, incorporando objetivos e bandeiras mais universais, como da não violência, defesa do meio, igualdade dos sexos e etnias, direito à terra, à moradia e ao trabalho e contra a globalização. Apesar dos seus ativistas pertencerem a diferentes segmentos sociais, em todos esses movimentos estão presentes as questões da propriedade, da expropriação, da exclusão e do poder. E o movimento sindical europeu, que parecia ter perdido força com a derrocada do socialismo de estado dos países do Leste e com a reestruturação produtiva, parece recuperar-se, logrando em alguns deles a redução da jornada de trabalho para seis horas semanais.

O tema saúde subjaz às lutas dos trabalhadores de todo o mundo e em todos os tempos, mas raramente teve primazia explícita nas políticas e nos movimentos sindicais.

Ganhou maior destaque com o aumento da gravidade e frequência de doenças e acidentes de trabalho trazidos pela grande indústria e pela automação mecânica, quando a consciência de classe e a organização dos trabalhadores fizeram-se maiores. Em nosso país, a questão das relações do trabalho com a saúde evoluiu de forma parecida e, mais uma vez, tardia, devido ao atraso do seu desenvolvimento industrial e, também, à repressão, ao cerceamento e ao controle da organização dos movimentos dos trabalhadores e populares por seguidas ditaduras e governos militares que ocuparam o poder no país por muitos anos, interrompidos por intervalos breves de governos eleitos para, em seguida, quase invariavelmente, serem depostos. Não obstante, foram esses movimentos que apressaram o fim do último regime militar. Recompuesto com base nos trabalhadores da indústria, principalmente os metalúrgicos, o movimento sindical brasileiro, além do papel importante que desempenhou no estabelecimento da democracia representativa, deu lugar a duas centrais de perfis ideológicos diferentes, serviu de esteio à criação de um partido político que costuma obter mais de um quarto dos votos em eleições majoritárias e criou um órgão técnico seu na área de saúde e trabalho, o Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas em Saúde e dos Ambientes de Trabalho (Diesat).

A primeira greve deflagrada no Brasil, cujo único motivo foi uma questão de saúde, ocorreu em 1983, em uma indústria química de São Bernardo de Campo, São Paulo, a Ferro-Enamel, que produzia pigmentos com chumbo para as indústrias de corantes. Outros movimentos relacionados à saúde haviam acontecido na década anterior ou vieram a acontecer depois, em várias empresas, quase todas indústrias, como mostra o Quadro 2.

Pode-se observar no Quadro que, à exceção dos dois movimentos mais recentes que envolvem atividades no setor de serviços e processamento de dados e têm a ver com LER, os demais ocorreram no setor industrial e dizem respeito a agentes físicos (poeiras e ruído) ou físico-químicos (gases e vapores). O andamento e a visibilidade desses movimentos acompanharam o nível de organização e conhecimento de suas lideranças sobre tais questões e o envolvimento ativo de suas bases. Não há registro de vitórias, se como tal se quiser se entender a satisfação integral de suas reivindicações, nas quais a necessidade de modificar os processos de produção e trabalho sempre constava. Algumas foram atendidas, e é provável que os níveis de sujeição aos agentes incriminados tenham sido reduzidos. Muitos trabalhadores, porém, já estavam inativos por terem sua capacidade de trabalho definitivamente comprometida, e diminuídas a qualidade e a esperança de vida. Outros se demitiram por temor de continuarem a comprometer sua saúde. Parece-nos que o maior ganho foi em termos de consciência

Quadro 2 – Principais movimentos de trabalhadores relacionados à questão da saúde ocorridos em São Paulo e no Rio de Janeiro, 1970-1994²⁰

Ano	Cidade	Empresa	Doença	Agente	Categoria
70-79	Jundiaí	várias	silicose	Sílica	Ceramista
79-85	Pedreira	várias	silicose	Sílica	Ceramista
83-87	Cubatão	Cosipa	intox.	Benzeno	Metalúrgica
83-85	São Bernardo do Campo	VW	surdez	Ruído	Metalúrgica
83-84	São Bernardo do Campo	F. Enamel	intox.	Chumbo	Químicos
85-87	Volta Redonda	CSN	intox.	Benzeno	Metalúrgica
85-86	São Caetano	Matarazzo	intox.	Benzeno	Químicos
85-86	Osasco	Aramante etc.	intox.	Gases	Metalúrgica
86	São Paulo	N. Química	intox.	S ₂ C	Químicos
87-88	Santo André	E. Cloro	intox.	Mercúrio	Químicos
86-87	São Paulo	estatais	LER	Esforço repetitivo	Proc. de dados
90-	SP/Campinas	bancos	LER	Esforço repetitivo	Bancária

e identidade de classe, de solidariedade na ação, a certeza, que passaram a ter muitos dos que participaram ativamente desses movimentos, de ser possível, dentro de conjunturas dadas e adversas, refazer muita coisa pela ação política.

Os movimentos sociais se integram dinamicamente ao meio, independentemente de sua origem e suas motivações, transitando em tempos e espaços finitos, conduzidos por forças que os impulsionam ou poderão favorecê-los, em confronto com outras, mais ou menos refratárias, que precisarão ser superadas ou contornadas para que alcancem, em parte, seus objetivos. Campo privilegiado da vontade coletiva organizada e da disposição de sujeitos em contradição, envolvem interesses materiais de várias ordens e grandeza, inclusive econômicos, explícitos ou não. Os relacionados com as atividades produtivas e com o trabalho, além de conjunturais, dinâmicos, permeados pelo acaso e pela imprevisibilidade, são inerentemente políticos.

Um dos objetivos dos movimentos sociais de saúde tem sido a redução do impacto de suas causas aparentes sobre a saúde dos trabalhadores e a administração de suas conseqüências, com ênfase internacional dada a medidas de prevenção, diagnóstico e tratamento precoces. E assim tem ocorrido historicamente até aqui, ao se darem, as intervenções, nos campos das técnicas em engenharia de segurança e medicina do trabalho com o objetivo de melhorar quase tão-somente as condições e os ambientes físicos da produção. Mas medidas dessa ordem, invariavelmente conhecidas, quando não são postas em execução, é porque os embargos são de natureza política, econômica ou social, começando pelo desinteresse do capital pelo trabalhador fora da contingência de

ser um dos componentes do processo de produção, ou seja, a saúde só é lembrada quando sua perda ou a luta coletiva dos trabalhadores em sua defesa ameaça a produção. Depreende-se que mesmo intervenções tóxicas e de eficácia menor podem ou não acontecer, a depender das circunstâncias e das forças em conflito. No entanto, a subordinação da técnica à política não desmerece a primeira, nem significa renunciar aos anteparos da ciência, indispensáveis a qualquer intervenção eficaz no campo da proteção à saúde no trabalho; mas, para torná-los disponíveis, é preciso que o movimento social a preceda.

O trabalho

O trabalho sempre foi necessidade do *sujeito* em qualquer tempo, organização social ou modo de produção. Dele fazem parte a consciência da necessidade, a concepção do quê e como fazer para satisfazê-la e o trabalho em si. A expansão e a complexidade crescente das sociedades humanas procedem de necessidades satisfeitas pelo trabalho que engendram outras novas e novas concepções, meios e instrumentos para satisfazê-las e novas relações sociais.²¹

Nos primórdios da humanidade, trabalhar era enfrentar a natureza bruta extraindo com as mãos e instrumentos rudimentares a satisfação de necessidades instintivas elementares. Nas sociedades tribais, ainda que os instrumentos de trabalho fossem do sujeito individual, o resultado do trabalho, isto é, a produção, era do *sujeito coletivo*.

A expropriação do trabalho, dos instrumentos e da produção é bem mais recente e se confunde com a história das sociedades de classe, começando na sociedade agrária pela expropriação violenta da terra e pela escravidão. Na sociedade industrial, os que trabalham são livres, mas meios e resultados da produção pertencem aos proprietários. Em síntese, a satisfação das necessidades por meio do trabalho passou de conflito com o meio natural a conflito social.

Apesar da violência brutal do seu início, a expropriação do trabalho no capitalismo industrial, modernamente, fez-se violência mais branda e aparentemente consentida, na medida em que é o trabalhador, virtualmente livre e no exercício de sua vontade, que vende horas de sua força de trabalho em troca de uma remuneração. Transformada em mercadoria como qualquer produto, em tese, a força de trabalho tem seu valor determinado pela lei da oferta e da procura. Na realidade, é a necessidade de subsistência que determina a venda e o preço das horas de vida transformadas em horas de trabalho;

e afora raras e passageiras situações, essa oferta, sempre maior que a procura, reduz seu valor e aumenta a expropriação. Essa relação de compra e venda entre o capital e trabalho vivo foi, é e será sempre desigual porque é da essência do capitalismo.

A automação da produção, isto é, a substituição do trabalho vivo (humano) pelo trabalho morto (das máquinas), não só mantém como agrava a desigualdade da relação de troca, que se transmuda em desigualdade de relações sociais dentro e fora da produção. No presente, a automação foi acelerada a tal ponto que motivou a tese do fim do trabalho e dos trabalhadores como classe social e da perda da centralidade do trabalho como categoria sociológica.²² Tese discutível sob vários aspectos, porque é fato que a despeito da automação progressiva que percorre toda sua história, 80 a 95% da força de trabalho continua sendo assalariada nos países mais desenvolvidos,²³ e o capital, por precisar do trabalho, esforça-se para obtê-lo a preços mais baixos, obedecendo à própria lógica de sua reprodução.²⁴

Ao longo de todas as sociedades de classe, a expropriação do trabalho nunca se fez sem resistência, que assume, às vezes, formas reativas violentas, que acabam quase invariavelmente esmagadas por uma violência maior do Estado. A diferença é que na sociedade moderna os trabalhadores adquiriram consciência de classe, organizaram-se e de um modo ou outro participam politicamente, conferindo ao conflito nuances que vão da negociação à mesa, passando pela greve, chegando, às vezes, a lutas de rua e à insurreição aberta. Foram o reconhecimento da inerência desse conflito de interesses, a organização dos trabalhadores e sua participação política ativa que deram lugar ao arcabouço jurídico e às legislações do trabalho, acidentária e previdenciária mais democráticas que regem as relações contratuais entre empregadores e empregados. Assim, considerando altos e baixos, houve um avanço social inequívoco nessas relações conflituosas, ainda marcadas por enorme desigualdade dentro e fora do trabalho. Dentro, a desigualdade persiste disfarçada em saber técnico gerencial que força de vários modos para que a relação de subordinação entre sujeitos mude para relação de submissão de classe; e fora, pelos modos de dominação mais gerais com base em políticas de emprego, de salário e sociais mediadas ou conduzidas pelo Estado. São tais desigualdades que determinam fundamentalmente os modos de viver, adoecer e morrer nas diferentes classes sociais.

Essas são leis genéricas que caracterizam as relações econômicas, sociais, culturais e de poder no capitalismo. Não mudaram de essência em seus ciclos e crises, mas os processos de produção, organização e relações sociais internas e externas passaram por

muitas e significativas mudanças em todos os setores e atividades econômicas porque o capital não é capaz de deter o desenvolvimento das forças produtivas, nem de controlar as contradições e esmagar em definitivo os movimentos sociais que engendra.

A produção consome hoje, relativamente, uma quantidade muito menor de massa de trabalho humano do que consumia no final do século XIX para produzir o mesmo tipo e volume de produto; ou seja, com dispêndio relativo muito menor de energia e horas de trabalho humano, a produção é centenas de vezes maior que há um século, em decorrência da automação.²⁵ E esse aumento é revertido para o capital.

Em parte, os trabalhadores também se beneficiam com a automação, na medida em que o dispêndio de força muscular e gasto calórico cai, e o risco de acidentes, intoxicações e doenças ditas “profissionais” diminui; todavia, à exceção de alguns países europeus, a jornada de trabalho permanece a mesma de cem anos atrás, milhares de processos e substâncias industriais foram introduzidos sem que seus efeitos nocivos a médio e longo prazo sejam conhecidos, e as exigências do trabalho cresceram, embora mudando de caráter.

Nos ciclos anteriores do capitalismo, a violência do trabalho era bem mais explícita. As jornadas eram mais extensas, o esforço muscular bruto era invariavelmente maior, envolvendo a sujeição dos trabalhadores a condições físicas e químicas insatisfatórias, insalubres ou perigosas com relação a temperatura, umidade, vapores, gases, poeiras, pressão, altura, correntes elétricas, etc.; as máquinas não tinham proteção, os processos de produção eram abertos, ensejando a presença no ambiente de matérias e produtos intermediários que provocavam lesões orgânicas visíveis ou objetivas. Essas precariedades subsistem, particularmente nos países de industrialização periférica, mas as novas regras e os padrões internacionais ditados pela competitividade e internacionalização maior das trocas e do consumo tendem a fazer com que as atividades produtivas “sujas” sejam atenuadas ou relegadas a regiões do “terceiro mundo”.²⁶

O controle do trabalho e a cobrança por maior produção e produtividade não são exigências novas, posto que advêm da expropriação do trabalho consumada desde a manufatura por jornadas de trabalho longas e extenuantes e graças ao poder quase selvagem do regime de capatazia. Aumentaram na era da automação mecânica com a grande indústria, quando as exigências do trabalho tornaram-se mais rígidas e racionais com o taylorismo e o fordismo, embora a selvageria física e premeditada tivesse diminuído e a jornada de trabalho fosse reduzida para oito horas, devido à pressão dos sindicatos.

Nas últimas quatro décadas, nos países industrializados, houve uma aceleração formidável dos processos produtivos, com a microeletrônica e a reorganização do trabalho, tornando mais competitivo e inseguro o mundo do trabalho.²⁷ Apesar da recente redução da jornada de trabalho para seis horas, em alguns países da Europa, a produtividade continuou crescendo, o trabalho se fazendo mais intenso, tenso e exaustivo, a despeito da exigência menor de esforço muscular bruto.

Marx²⁸ já apontara a tendência histórica da substituição do trabalho extensivo pelo trabalho intensivo com a automação, afirmando que a supressão do tempo morto da máquina induziria à supressão do tempo análogo do trabalho vivo, humano, suprimindo os “poros” ou tempos mortos da produção. A expressão “poros” é de um simbolismo ímpar, pois os poros da epiderme constituem parte do sistema de trocas do organismo com o meio. Eliminá-los significa reduzir drasticamente a capacidade de respirar, de trocar, de utilizar o tempo ocioso com estratégias defensivas e ofensivas para preservar fisicamente o corpo e a autonomia da mente.²⁹

As exigências do trabalho contemporâneo vêm perdendo em materialidade e ganhando em sutileza, levando a crer que fazem parte da natureza do trabalho, induzindo o trabalhador a incorporá-las como desafio a seu saber, à competência e às adequadas posturas físicas e aos comportamentos morais condizentes. As exigências são da produção, mas ele é conduzido a percebê-las como necessidade sua. Conhecimento, experiência, atenção e concentração permanentes, sociabilidade, posições e movimentos rituais do corpo passaram a ser cobrados como atributos naturais do sujeito. Nem a linguagem escapou da ideologia do controle, posto que a palavra trabalhador nem consta do vocabulário empresarial. Ele é chamado sempre empregado, funcionário ou colaborador. E visto que o controle da produção, da produtividade e do trabalho passou a ser automatizado, a presença de supervisores ou chefes diretos tende a se tornar coisa do passado.

A “flexibilidade” da produção, um dos componentes importantes da “reestruturação produtiva”, que consiste na produção de partes do produto (ele também flexível quanto à forma) em várias locais por subsidiárias, outras empresas e até pessoas físicas (*home-work*) recriou a alternativa do pagamento por produção. Com ela tem sido possível reduzir custos, substituir rapidamente modelos e produtos e aumentar a competitividade. Ao mesmo tempo, a desconcentração dos locais de trabalho tornou mais difícil a organização dos trabalhadores e sua sindicalização, facilitando a extensão da jornada e a cobrança mais intensa por produtividade, além de estimular relações informais e irregulares de trabalho e desproteção previdenciária.³⁰ A submissão do trabalhador aumen-

tou com essa estratégia produtiva, porque cresceu a incerteza do trabalho, induzindo à docilidade e à não organização, a produzir mais e concorrer com seus companheiros, comprometendo o princípio de solidariedade e a tomada e elevação de consciência de classe.

Nem o trabalho em casa (*homework*), em que alguns analistas apressados vêem uma forma ampliada de liberdade, por conferir certa autonomia em termos de tempo e local, livra o trabalhador de exigências e da patogenia do trabalho. Lá atrás, em 1700, a descrição de Ramazzini sobre a “doença dos escribas”, ao tratar do trabalho desses artesãos que faziam de suas casas oficinas, desmente essa tese.

A par da nova configuração da produção, deve-se a um dos seus ícones, a automação microeletrônica, o fantástico aumento da produtividade contemporânea. Resultado histórico da liberação das forças produtivas, o mito da informática obscurece a questão subjacente e fundamental que é a expropriação múltipla, também histórica e contínua, da ciência e da tecnologia.³¹ Não é, pois, o computador, um sucedâneo do trabalho vivo, que aumentou a patogenia do trabalho, mas o contexto da expropriação em que essa substituição se dá. Afinal, máquina antiga ou moderna é e será sempre objeto inanimado e não sujeito, jamais havendo causado desemprego, medo de desemprego, doenças, acidentes e mortes. Esses são fenômenos que remetem inexoravelmente ao regime de propriedade, à apropriação, à incorporação e ao uso dos meios de produção e à expropriação da ciência, da tecnologia e do trabalho. É essa expropriação múltipla e insaciável do capital que induz tanto a reestruturação produtiva como suas consequências, entre elas, as novas relações sociais internas e externas à produção e ao trabalho.

Os acidentes *tipo* e as doenças “ocupacionais” nos setores primário e secundário da economia, em que mais ocorrem, apresentam uma tendência decrescente em todo o mundo industrializado, visto que o contato entre o trabalhador e os materiais, meio e instrumentos de produção tendem à virtualidade.³² Afora atividades em que ainda persiste a proximidade física com riscos e agentes nocivos ou agressivos, e que não são poucos, a tendência é que eles venham a ficar mais isolados ou em concentrações menores, embora seu número seja cada vez maior e se saiba muito pouco sobre seus efeitos nocivos a baixas concentrações, isolados ou combinados, a médio e longo prazo, haja vista o envolvimento de muitos com neoplasias³³ e doenças cardiocirculatórias.³⁴

No setor terciário da economia, que concentra mais de metade da força de trabalho nos países industrializados, são poucas as atividades em que existem doenças atribuídas ao trabalho e reconhecidas. A exceção, ainda assim questionada, são as lesões por esforços repetitivos (LER).

Em síntese, as patologias contemporâneas do trabalho sugerem complexidade, várias dimensões, mas ligações com o trabalho sutis de difícil comprovação. Envolvem, por excelência, relações sociais internas do trabalho que, por sua vez, determinam as relações sociais externas que modulam a vida do trabalhador, todas caracterizadas pela sua imaterialidade e impossibilidade de mensurações instrumentais e objetivas. Essas patologias tendem a crescer nessa fase do capitalismo porque tais relações sofrem um processo crescente de degradação dentro e fora do trabalho. Diante da globalização, nunca foi tão preocupante a capacidade antrópica e fora de controle da sociedade humana.

Não é de estranhar que as dores do trabalho confluem agora mais para os aparelhos e sistemas orgânicos que, de modo complexo, interferem e são influenciados pelo meio e, mais especificamente, pelas relações sociais internas e externas do trabalho, como o psíquico, cardiocirculatório, gastrointestinal e o osteomuscular.

Se as condições materiais da produção tendem a deixar de ser causas de doenças ditas ocupacionais ou de acidentes *tipo*, nem por isso o corpo deixou de ser exigido; Costuma sair pouco do lugar porque o trabalho é mais sedentário, obrigando mais à postura sentada que em pé e mais em pé que em movimento. Os movimentos, quase restritos às mãos, são mais freqüentemente leves, embora constantes, passando a idéia de serem inócuos, tal a leveza de manuseio exigido pelas atuais máquinas industriais e de escritório. A baixa quantidade de força muscular e a repetição de movimentos são, no entanto, entre outros, responsáveis pela intensidade e pela aceleração da produção e pelo aumento da produtividade. As novas exigências da produção e do trabalho dizem, pois, mais respeito a agravos associados ao conteúdo do trabalho e ao seu destino social que ao uso de força muscular bruta.

Tomem-se, por exemplo, as exigências do “trabalho de escritório” presente em todos setores e atividades produtivas, caracterizado objetivamente pelo uso dos membros superiores, principalmente das mãos e pelo sedentarismo. Na sua evolução, o homem aprendeu a fazer outros usos da mão. O contato, a sensibilidade e a percepção das formas, sua projeção como instrumento de trabalho e conhecimento consistiram em um longo aprendizado que teve correspondência no córtex cerebral. Nesse percurso, a mão deixou de ser mero órgão motor e de apreensão para ser instrumento de expressão e vontade. Seu uso sensível, ágil, preciso e coordenado é, possivelmente, a mais acabada construção biológica, histórica e social propiciada pelo trabalho e pela interação do homem com o meio. Com e pela mão, o homem transformou o mundo e se transformou.

Os movimentos dos segmentos do sistema osteomuscular têm limitações, basicamente de manuseio, flexão, extensão e rotação. Sejam os instrumentos de trabalho simples como um martelo ou complexo como um “robô”, tenham cabos, botões, teclas ou cordas, as diferenças qualitativas dos movimentos são poucas. Variam, quantitativamente, segundo a força, ritmo, intensidade e tempo conforme as circunstâncias; mas o que distingue os trabalhos do operário, do bancário e do instrumentista de jazz não são apenas os instrumentos e a quantidade de movimentos. Há muitas e importantes diferenças, além dos componentes físicos de cada um desses trabalhos, que dizem respeito ao seu conteúdo intrínseco, à sua organização, às relações internas e externas e ao destino. Provavelmente, é nessas diferenças que reside a patogenia desigual do trabalho nessas categorias de trabalhadores.

Criar e executar com a liberdade com que costumam fazer os músicos de jazz é sentir o trabalho de um modo totalmente diverso do cumprimento de tarefas simples, esvaziadas de conteúdo lúdico e de prazer e com escassa autonomia e domínio sobre meios, instrumentos e processos, como ocorre na construção civil, nas linhas de montagem industrial e nos balcões de bancos e supermercados. O cumprimento de tarefas repetitivas e controladas, realizadas sob permanente pressão e tensões, que a experiência pode atenuar, mas não elimina, faz o trabalho real e automatizado de hoje penoso e sofrido em qualquer atividade; pode até não causar adoecimento do sistema osteomuscular, mas desencadear distúrbios e doenças em outros órgãos relacionados não objetivamente com o meio.

Quando a produção desliza das mãos dos artesãos para a organização fabril não é a máquina que promove a revolução, embora a simbolize. Muitos instrumentos da produção já eram automatizados e a precederam. Tampouco a expropriação do trabalho, bem mais antiga. O assinalamento das diferenças entre os dois modos foi a expropriação pelo capital industrial do conhecimento prático dos artesãos, transformado em saber teórico sistematizado e escrito, e o controle rígido do trabalho e do tempo de trabalho dos *operários* possibilitados pela concentração das máquinas, da produção e do trabalho, isto é, de todo o processo de produção em um mesmo local, a *fábrica*.

O controle do trabalho e do trabalhador sem centralização do emprego era, senão impossível, certamente muito difícil. Reunir os trabalhadores sob o mesmo teto era requisito fundamental para a existência da gerência racional ou científica.³⁵

Até então, o artesão fora o “senhor do seu tempo, começando e parando quando desejava”³⁶, seu trabalho era feito em sua oficina ou casa, com a semana de quatro dias, pois não se trabalhava aos sábados, e a segunda-feira era de repouso e santa (*saint Monday*).³⁷

A semana de seis dias de trabalho e a extensão da jornada aquém e além do dia solar passaram a existir na medida em que o artesão foi substituído pelo operário, quando “todas as fronteiras estabelecidas pela moral e pela natureza, pela idade e pelo sexo, pelo dia e pela noite foram destruídas”.³⁸ Não foi uma passagem sem traumas, posto que “o moderno proletariado industrial foi levado ao seu papel não tanto pelo atrativo ou recompensa monetária, mas por compulsão, força e medo”.³⁹

Pouco tempo foi preciso para que esses novos trabalhadores, agora operários, se organizassem, adquirissem consciência de classe e se tornassem *sujeitos coletivos*:

Os primeiros anos da década de 1830 foram marcados por agitações, nas quais os salários tinham importância secundária, que levantaram: os oleiros contra o pagamento de salários em espécie; os trabalhadores têxteis, pela jornada de dez horas; os trabalhadores da construção civil, pela ação cooperativa direta; todos grupos de trabalhadores, pelo direito de formação de sindicatos.⁴⁰

Dois décadas mais tarde, a Inglaterra tinha uma legislação do trabalho que, sem fazer desaparecer a exploração, restringiu seus abusos e, nos anos seguintes, estendeu-se aos países industrializados da Europa. Assim, o operariado que servira de instrumento para a liquidação do artesanato, ao se fazer sujeito coletivo consciente, tornou-se a principal força social em oposição à exploração do trabalho.⁴¹

Na Inglaterra, para citar um exemplo, o número de teares mecânicos passou de 2.400 em 1813 para 250 mil em meados daquele século, enquanto o número de artesãos caiu de 250 mil entre 1910 a 1920 para 3 mil em 1852. Portanto, no curto espaço de trinta anos, os artesãos foram substituídos por um novo tipo de trabalhador menos qualificado, o *operário* que, despido de qualquer autonomia e na fábrica, passou a *operar* as máquinas sob contrato de trabalho regido pela lógica do pagamento por jornada de trabalho, no início fixada em 16 horas. Em 1839, só nas indústrias têxteis da Inglaterra, haviam 419 mil operários. Nesse período de industrialismo, a atividade fabril predominante era a têxtil, que não requeria qualquer experiência, menos força que destreza, possibilitando que a maioria dos operários fosse recrutada entre mulheres e

crianças. Em 1833, um jovem operário e um assistente menor de 13 anos eram capazes de operar simultaneamente quatro teares mecânicos e produzir o equivalente a vinte vezes a produção de um artesão que trabalhasse com um tear manual.⁴²

A diversidade crescente das necessidades, estimulando e estimulada pela diversidade, expansão e automatização da produção, ampliou as atividades do terceiro setor da economia, dando lugar ao crescimento proporcionalmente maior do número de trabalhadores não ligados à produção de bens duráveis ou semiduráveis, como os de escritório, serviços, comércio, transporte, etc., que hoje constituem categorias que numericamente superam a força de trabalho em atividade nos países desenvolvidos alocada nos setores produtivos agrícola-extrativo e industrial.⁴³

Aquelas atividades existiam antes da revolução industrial, mas cresceram muito com a divisão social do trabalho ensejada pela compra e venda de objetos e serviços, transportes e administração. Essas categorias mais recentes, sem experiência histórica da exploração e violência mais explícita do trabalho, são pouco organizadas e se comportam menos como classe. Isso não significa que não sejam vítimas da expropriação do trabalho e da desigualdade e não adoeçam coletivamente, mas as relações desse adoecimento com o trabalho são mais sutis e menos percebidas.

O sujeito

Há quem viva mais de cem anos e há quem morra ao nascer. Ninguém tem a experiência concreta da morte, mas todos sabem que ela é inexorável. É um saber histórico e socialmente construído, que ultrapassa a simples observação da morte do próximo. É essa capacidade de reflexão, de projetar, a consciência do destino coletivo e irrenunciável que faz o homem transcender a individualidade da existência.⁴⁴

Quando ele saiu da caverna – ou do paraíso, pouco importa – sem retorno possível, sua vida deixou de ser simples manifestação visceral, obscura e individual, adquirindo sentido porque ele se tornou *sujeito coletivo*. A humanidade não se restringe à contabilidade dos seres da espécie que habitam o planeta, tendo passado, presente e futuro, experiências e conhecimentos incorporados à consciência.

A morte, experiência única e não datada como acontecimento individual, é determinada histórica e socialmente, a idade em que ocorra dependendo em grande parte do modo de produção, do tempo, do espaço e da cultura de cada sociedade e, na capitalista, da classe, segmento e categoria social a que se pertença.

Vemos todos os dias homens que vivem oitenta ou cem anos (...) o número dos que chegam a essa idade é pequeno em relação aos que não chegam, mas enfim, há quem chegue. E do fato de se chegar, às vezes, a essa idade é muito possível concluir que se chegaria mais freqüente até lá se circunstâncias acidentais e extrínsecas, se causas perturbadoras não viessem a se opor a essa longevidade. A maioria dos homens morre de doença, muito poucos morrem de velhice propriamente dita.⁴⁵

Se a morte é um fenômeno da natureza, a idade e a forma com que acontece são sociais, como testemunha o aumento crescente da média de vida das populações. Como supôs Fluorens um século e meio atrás, a duração biológica da vida é maior que a média de vida passada e presente, mas sempre é mais elevada nas classes abastadas, revelando as desigualdades até no morrer, como conseqüência dos modos de trabalhar, viver e adoecer.

Tudo acontece como se uma sociedade tivesse a mortalidade que lhe convém, já que o número de mortos e sua distribuição pelas diversas faixas etárias traduzem a importância que uma sociedade dá ou não ao prolongamento da vida... A duração média da vida não é a duração biologicamente normal, mas é, em certo sentido, a duração de vida socialmente normativa. Nesse caso, ainda a norma não se deduz da média, mas se traduz na média. Seria mais claro se, em vez de considerar a duração média da vida numa sociedade nacional considerada globalmente, essa sociedade fosse especificamente dividida em classe, em profissões, etc...⁴⁶

Os números absolutos, taxas e coeficientes das estatísticas vitais, embora precários, não expressam tão-somente quantidades de adoecidos e mortos, mas acontecimentos subjacentes, entre eles, a violência explícita e antiga do trabalho, razoavelmente conhecida, e a violência oculta e contemporânea, submersa. Atentos à primeira ordem de violência diante de sua materialidade, os trabalhadores como sujeitos coletivos só agora se dão conta dessa outra ordem de violência, não objetivamente relacionada com o trabalho e mais sutil, que não aparece nas estatísticas como doenças e mortes do trabalho.

Trabalhadores em condições de trabalho, sociais e de vida que pouco diferem entre si podem adoecer de forma e doenças diferentes ou não adoecer, revelando modos de cada um sentir o mundo e “andar na vida”. Esse modo de o sujeito individual reagir resultaria de uma mediação ativa com base na construção e experiência biológica de cada um, o geral se fazendo particular.⁴⁷

Adoecer é uma contingência social e humana que, por um juízo de valor da sociedade se transformou em atributo biológico negativo, levando à diferenciação das pessoas em *normais* quando toleram as agressões sem gemidos e protestos do corpo e em *anor-*

mais, predispostos, susceptíveis, inadaptados ou *doentes* quando as revelam. Essa concepção de normalidade é contemporânea da Revolução Industrial ao remunerar o trabalho por horas trabalhadas (*Homo faber*). Desde então é assim, a saúde e o seu anverso, a doença, sendo definidas pela capacidade de produzir, o trabalho medido se constituindo em divisor de águas.

Para Leriche, a doença é do sujeito, algo que incomoda e da qual toma-se consciência pelo sofrimento que dificulta ou impede o fazer e o trabalho, lembrando a possibilidade ameaçadora e insólita da morte. É uma percepção sensorial, subjetiva e total que ele pode não localizar ou localizar impropriamente, até porque costuma não conhecer ou conhece mal a localização de órgãos e funções.⁴⁸

O adoecimento é, pois, uma realidade concreta e não desejada, expressa em sensações, mudanças corporais, psíquicas, afetivas e de comportamento que impõem limitações orgânicas e psíquicas, afetivas e sociais. Sua exteriorização pode ser pálida amostra do que realmente se passa e o indivíduo consegue dizer. A marca principal é o sofrimento não partilhado e, por isso, impossível de ser apreendido em toda sua complexidade e dimensões.

Se para a patronato e o Estado capitalista só há doença quando o médico a reconhece e atesta, para o indivíduo – que prescindir do médico para vivenciá-la – a doença muda sua vida. Preocupa-lhe menos sua localização corpórea que as perturbações e limitações que o impedem de *fazer o que fazia antes* e desonera-o, a contragosto, da dinâmica social a que estava habituado. Envolve, pois, culpa e desvalia orgânica, psíquica, afetiva e social, impondo um novo modo de vida sofrido que transcende o simples desvio de padrões fisiológicos que sequer conhece.

São os doentes que geralmente julgam de pontos de vista os mais variados se não são normais ou se voltaram a sê-lo. Para um homem que imagina o seu futuro quase sempre a partir de sua experiência passada, voltar ao normal significa retomar uma atividade interrompida ou pelo menos equivalente, segundo os gostos ou os valores do meio. O essencial para ele é sair de um abismo de impotência e sofrimento em que quase ficou definitivamente.⁴⁹

Ser ou estar doente é, portanto,

um conceito de não valor que compreende todos os valores negativos possíveis (...) Os valores desejados são a vida, uma vida longa, a capacidade de reprodução, a capacidade de trabalho físico, a força, a resistência à fadiga, a ausência de dor, um estado no qual sente-se o corpo o menos possível, além da agradável sensação de existir.⁵⁰

Os doentes não são iguais porque os sujeitos também não são iguais, apesar dos constituintes comuns ou parecidos de doentes e doenças. Se há o que os diferencia na sua aparência externa, o que dizer dos caracteres anatômicos, fisiológicos, psíquicos e afetivos ocultos nos seus corpos e mais ou menos alterados pela doença? Se não existe um indivíduo igual ao outro, como não existem impressões digitais iguais, as formas de sentir e reagir diante dos estímulos e agressões presentes nas relações internas e externas ao trabalho serão próprias a cada um. O que pode adoecer alguns pode não adoecer outros, e os que adoecem o fazem de modos diferentes; isto é, cada sujeito tem um modo particular de reagir, de adoecer ou não adoecer, só em parte condicionado à sua biologia na medida em que também ela depende do meio e dos acontecimentos.

Manuel Castells⁵¹, referindo-se às últimas informações dadas ao público sobre os genes humanos, cuja quantidade, para surpresa dos próprios pesquisadores, revelou-se bem inferior ao previsto e próximo ao de várias outras espécies “inferiores”, como ratos, moscas e vermes, chama a atenção para que se caminha para aceitar como fato que os acontecimentos da vida do sujeito dependem mais do *meio* que de sua composição genética. Muito embora o sujeito subjetivamente perceba o *meio* como algo fora dele, ele próprio o compõe e objetiva e, coletivamente, transforma-o, fazendo-o antrópico.

O sofrimento de quem adoece é biológico, psíquico, afetivo e, socialmente, de exclusão. Individualmente, estar doente é querer e não poder estar indiferentemente em qualquer lugar, sem que os incômodos se agravem e outros ocorram. O medo de adoecer, por vezes exacerbado, pela vontade de uma hipotética saúde faz esquecer que o adoecimento, uma adversidade, nem sempre é uma catástrofe, mas uma condição do ser e de estar vivo.

Assentada no postulado causal oriundo das ciências positivas, a medicina moderna evoluiu entre muitos e extraordinários êxitos e equívocos que não foram poucos nem pequenos. Entre os primeiros, vale citar a prevenção de uma série de doenças transmissíveis através de vacinas que ensejaram, por sua vez, notáveis avanços no campo da imunologia. As expressões resistência, susceptibilidade, predisposição, estresse e, mais recentemente, inadaptabilidade têm aí suas raízes. São termos com muitos e imprecisos significados trazidos com pouco cuidado para o campo da medicina do trabalho.

A medicina moderna é uma ciência biológica, social e política que nasce com a preocupação de uma medicina social, isto é, com o olhar voltado para as populações na perspectiva do Estado e do capital.⁵² Esse modo de olhar desempenhou papel importante nas guerras imperialistas e colonialistas, protegendo os exércitos e a força de

trabalho migrante e local, através de medidas sanitárias gerais e campanhas de vacinação contra doenças transmissíveis que comprometessem ou viessem a comprometer a produção. No ciclo atual e sem perder de todo essas características, a medicina contemporânea é uma atividade econômica poderosa e está mais voltada para o interior do corpo do sujeito individual. Para o bem e para o mal, essa inflexão, que ficou mais evidente após os anos quarenta do século XX e coincidiu com a Segunda Guerra Mundial, iniciou-se com a “era dos antibióticos” e continuou com os modernos quimioterápicos e as inovações tecnológicas em diagnóstico e terapia sustentada. Ela acompanha a nova fase do desenvolvimento capitalista e obedece a outra lógica e ao objetivo de reproduzir o capital por meio das indústrias farmacêutica e de equipamentos e insumos médicos e hospitalares, aí se inserindo a engenharia e a biologia genéticas.⁵³

Doenças e mortes sempre costumam ser descritas como conseqüências de causas orgânicas e inorgânicas que se subordinam a leis físicas, químicas ou biológicas suscetíveis de algum tipo de intervenção; mas elas nunca são fenômenos puramente dessa ordem, particularmente quando coletivas, e sua determinação é mais complexa e dinâmica. Por isso, a morbidade e a mortalidade de populações e sua evolução histórica não podem ser explicadas por essa relação objetiva de causa/efeito.

Condições de trabalho e de vida, aparentemente inócuas para a maioria, podem gerar mal-estar e adoecimento em outros. É esse mal-estar e o adoecimento do segmento menor que denunciam a presença da nocividade. No entanto, essa sensibilidade subliminar é tida como *handicap*, isto é, atributo biológico negativo por registrar respostas tidas como fora dos padrões de normalidade na sociedade do trabalho.

Essa visão atravessada tende a favorecer concepções e ações excludentes. Boaventura de Souza Santos⁵⁴ adverte que a discriminação das minorias praticada contemporaneamente vai além da exploração da força de trabalho, caracterizando um processo sistemático de exclusão: das mulheres, das etnias consideradas inferiores, dos homossexuais, dos supostamente mais fracos e dos ditos inadaptados menos capazes de produzir, de “homens e mulheres simples e vulgares que não contam, não têm nome e não têm amanhã”.

A investigação científica, para saber por que uma minoria adocece e a maioria não, quando ambas convivem em *meios de vida e trabalho* aparentemente iguais e no mesmo espaço e tempo, fará sentido se direcionada para conhecer a nocividade oculta. Mas a lógica que orienta as investigações correntes é buscar a causa no sujeito e culpá-lo pela diferença com o padrão de resposta esperado. A sensibilidade reveladora da inadequação do meio e dos padrões biológicos ou níveis de tolerância arbitrados como normais é

vista com sinal trocado. Por trás desses juízos de valor, estão interesses muito concretos da sociedade industrial, o maior deles, o de aferir a capacidade de trabalho e garantir produção e produtividade. Esses são paradigma e valores que dão lugar a culturas e mitos. Historicamente, cada sociedade tem os seus. Em algumas, os epiléticos eram vistos com reverência, na nossa são excluídos como incapazes para o trabalho ou admitidos em função da classe social a que pertençam, *mutatis mutandi*, o mesmo se dando com os homossexuais, as mulheres, os asmáticos, hipertensos, coronários e, por extensão, os idosos, significando que a exploração e a exclusão da força de trabalho passam pelos crivos de classe, da economia e das políticas.

Em que pese o sofrimento que acarretam, os estados de doença são revelações das relações conflituosas do homem com o *meio antrópica* e *do trabalho* transpostas para o corpo e que eclodem em suas estruturas e funções mais sensíveis. E se lidamos com uma doença coletiva é porque uma mudança qualquer nesse meio antrópico tornou nocivo para muitos o que era apenas para alguns, “domiciliandose”.

O processo de domiciliação constitui fenômeno amplo e fundamental para a diversidade na comunidade antrópica. Dentro de seu amplo conceito, assiste-se à sua continuidade nos dias que correm, podendo-se observar a ocorrência de casos recentes. Destes, talvez aquele que mais tem merecido atenção no último decênio vem a ser o dos retrovírus HIV que, a partir dessa época, passaram a interagir significativamente com a população humana, dando origem ao quadro conhecido como imunodeficiência adquirida ou AIDS.⁵⁵

As LER são outro exemplo contemporâneo. E sobre elas, vamos nos debruçar por serem reconhecidamente uma doença relacionada com o trabalho.

O exemplo das LER

Vimos estudando as LER há nove anos em trabalhadores bancários e as temos como um modo de adoecimento emblemático sob vários aspectos, entre eles, por ser uma patologia de fato relacionada com o trabalho, mas que assinala, ao mesmo tempo, a transição entre o perfil de morbidade anterior caracterizado por doenças e acidentes tidos como de causalidade objetiva para o atual, em que as relações do trabalho com adoecimentos e doenças são mais sutis e menos demonstráveis e mais antrópicas. A universalidade, a explosividade e a grandeza das LER sugerem um processo de “domiciliação” parecido com outras doenças coletivas contemporâneas. Por isso, ao abordá-las,

mantemos o mesmo roteiro, expositivo, colocando a *dimensão do meio* – embora restringindo-nos às atividades financeiras – e as *dimensões do trabalho e do sujeito bancário*, procurando mostrar como essas dimensões são complexas e indissociáveis.

Os bancos

A usura é um negócio antigo. Nos primórdios do capitalismo mercantil era uma atividade individual malvista e reprimida, mas o volume e a rapidez das trocas geraram tão notável entesouramento em mãos dos comerciantes e dos que intermediavam as vendas, que o aluguel do dinheiro se tornou uma atividade econômica necessária. Assim, de prática estigmatizada quando exercida individualmente, ganhou aura de respeito e se consolidou com o capitalismo industrial e com o Estado moderno. Entre os empréstimos a juros e a formação do capital financeiro das modernas corporações bancárias, passaram-se seis séculos.⁵⁶

O Brasil fez essa transição tardiamente e à distância, permeada por relações com as instituições financeiras internacionais sob vários aspectos desastrosos e caracterizadas, sempre, por juros e taxas excessivamente elevados e elevada corrupção de parte dos negociadores brasileiros.⁵⁷ A primeira instituição financeira nacional, o Banco do Brasil, surgiu em 1808 e o segundo banco nacional em importância, o Banespa, em 1926, este com a finalidade de financiar os investimentos na lavoura do café e a expansão do processo de industrialização do estado de São Paulo.

Hoje, 80% dos empréstimos bancários se destinam às operações industriais e comerciais e 6% ao setor agrícola, e assiste-se a um processo nunca visto de concentração e desnacionalização dessas instituições. Essas mudanças de perfil e da propriedade das instituições financeiras coincidem com as mudanças da economia e se articulam com a reestruturação produtiva global e com mudanças das forças e dos grupos políticos no poder e na condução das políticas do Estado brasileiro. As antigas oligarquias rurais deslocadas, que haviam se associado a grupos de industriais e comerciantes, compondo as correntes e agremiações políticas de décadas atrás, recompuseram-se como sócios menores do capital internacional, sobretudo o financeiro, criando novas correntes e partidos, nos quais passaram a estar, minoritários, camadas e setores médios e operários, com reivindicações marcadas pelo conteúdo urbano, de classes e corporações. Por trás, financiando eleições de candidatos em todos os níveis de governo, estão essas novas forças econômicas que plasmam as políticas nacionais, dos estados e municípios.

A partir do início da década de 80, as instituições financeiras nacionais passam pelo mesmo processo de “modernização conservadora” das outras atividades econômicas caracterizado pela desnacionalização, privatização, concentração e, no caso dos bancos, pela acentuação do seu caráter usurário e uma série de mudanças tecnológicas, administrativas e das políticas de financiamento que envolvem automação e redução da força de trabalho, expansão territorial, privilégio das operações de transferência de dinheiro volátil e de operações de curto prazo, diversificação de “produtos”, empréstimo simples de dinheiro e aumento das taxas de juros e serviços.

Os bancários brasileiros, entre todas as categorias de trabalhadores do setor de serviços, constituem uma exceção histórica em termos de organização e politização. Já em 1934 seus sindicatos deflagraram uma greve nacional vitoriosa pela jornada de seis horas e conseguiram a criação do primeiro instituto nacional de aposentadoria e pensões de uma categoria. Repartida meio a meio entre trabalhadores de bancos privados e estatais até meados dos anos 1980, sua liderança sempre pertenceu aos últimos, provavelmente por serem *funcionários de carreira* e estáveis, submetidos a concurso público e com prerrogativas, benefícios sociais e representação política diferenciados. Tendo vivido um longo período de crescimento entre 1930 a 1985, quando acompanhando a expansão da atividade chegou a um milhão de trabalhadores, a partir daí a categoria começou a encolher, passando hoje a menos de quatrocentos mil.

Foi em 1982, no centro de processamento de dados de um banco estatal, o Banco do Brasil, que começaram a aparecer as lesões por esforços repetitivos, o que explica, em parte, porque são sindicatos de bancários os mais envolvidos no movimento social em torno das LER.

Os movimentos de força sempre causaram traumas ao sistema osteomuscular ao longo da história. Afinal, era a força muscular que mais se utilizava nas várias atividades produtivas antes da Revolução Industrial. Não são, porém, das lesões traumáticas causadas pelo esforço muscular bruto que Ramazzini⁵⁸ trata em a “doença dos escribas”. O que ele descreveu foram distúrbios e lesões cumulativas que o esforço leve e contínuo causa nesse sistema e que acometia artesãos que tinham como ofício lidar com códigos escritos da linguagem (palavras, números e sinais). Apesar de datar de 1700, sua descrição é uma síntese escrita à moda e com os conhecimentos da época sobre as várias perturbações da saúde que os acometiam, que ele atribuiu simultaneamente a “um contínuo movimento da mão”, ao “poderoso e tenaz esforço de ânimo e grande concentração de todo o cérebro” e ao sedentarismo impostos pelas relações de trabalho no capitalismo mercantil.

Mais do que uma descrição sobre o trabalho artesanal dos escribas da época, o que Ramazzini faz é descrever as conseqüências sobre a saúde das relações sociais de subordinação do trabalho sob encomenda e domiciliado. Dispersos por necessidade do ofício, esses artesãos viam-se na contingência de realizar suas tarefas em suas próprias casas com o máximo de perfeição e em um tempo consertado.

Por mais de um século, a “doença dos escribas” de Ramazzini permaneceu como um modo de adoecimento restrito a esse ofício, que só se agravaria com a substituição, em 1830, da pena de ave pela pena de aço como instrumento de trabalho. Não só a escrita como a nova tecnologia passou a ser mais veloz, como o trabalho foi deslocado da casa para o escritório da empresa, o artesão cedendo lugar ao empregado sob controle rígido da gerência; assim, no transcorrer do século XIX, os antigos e autônomos escribas foram substituídos por assalariados e se transformaram em uma imensa e crescente categoria de “trabalhadores em escritório”, acrescida nos anos seguintes por telegrafistas, datilógrafos e telefonistas, todos trabalhando com códigos de linguagem e usando instrumentos mecânicos sucedâneos da pena de escrever, muitos passando a se queixar do mesmo adoecimento.⁵⁹

Da metade do século XX para cá, com características muito parecidas às descritas por Ramazzini, as LER se universalizaram e se fazem presentes, com prevalências variáveis entre 5% a 30%, em quase todas as categorias de trabalhadores.⁶⁰ Em termos tecnológicos, o que assinala essa universalidade é a automação microeletrônica simbolizada pelo computador. Mas, como nas vezes em que foram introduzidas inovações técnicas importantes, as mudanças não ocorreram apenas nas tecnologias de processo, mas em relações e controles internos do trabalho.⁶¹

Acompanhando a “globalização” e a incorporação das novas tecnologias de automação e as novas formas de racionalização da produção e do trabalho, as LER ganharam sucessivamente o Japão,⁶² os países industrializados da Europa, a Austrália, os Estados Unidos da América do Norte⁶³ e, mais recentemente, os países de industrialização periférica como o Brasil. Presentes em todas as atividades econômicas e categorias de trabalhadores, essa universalidade e a concomitância sugerem que estamos diante de uma doença coletiva *domiciliada*, e a maioria dos pesquisadores prefere conceber e analisar como uma patologia médica e do trabalho e, raros, como uma questão de saúde pública.

Diferentemente dos países desenvolvidos, onde foram primeiro detectadas no setor industrial, no Brasil as LER foram flagradas no início da década de 1980 em atividades do setor de serviços, mais precisamente no centro de processamento de dados do Banco

do Brasil, no Rio Grande do Sul e, mais tarde, com as mesmas características, em centro similar da Dataprev. Foram os sindicatos de trabalhadores dessas empresas estatais que as denunciaram e deflagraram o movimento social das LER, mais tarde sendo acompanhados pelos de outras categorias, sem que lograssem até aqui fazer dele um movimento unificado e assumido por suas centrais. Sensibilizaram, porém, profissionais de saúde que atuam no setor público e pesquisadores da área, facilitando que a questão ganhasse maior visibilidade e se fizesse, um pouco, preocupação de Estado e social, por ser a doença mais comunicada ao Instituto Nacional de Seguro Social e mais atendida nos serviços de assistência à saúde do trabalhador de estados e municípios.⁶⁴

As organizações de trabalhadores da indústria, com uma história e uma presença hegemônica na construção de movimentos coletivos sobre acidentes e doenças do trabalho, vêm se comportando de maneira excessivamente tímida em relação às LER, apesar de sua presumida maior prevalência em algumas atividades industriais, como apontam as pesquisas internacionais.⁶⁵ Uma das hipóteses levantadas sobre essa aparente omissão é que a extinção de postos de trabalho e o desemprego debilitaram o movimento sindical. Mas o mercado de trabalho também foi drasticamente reduzido no ramo bancário, e, não obstante, são principalmente sindicatos dessa categoria que conduzem esse movimento.

Hipótese mais plausível é que as LER não têm uma materialidade inescusável, como as poeiras, os gases, os vapores e os acidentes *tipo*, isto é, *não têm causalidade objetiva*, mas inferida, embora a força muscular e os esforços repetitivos estejam muito presentes em várias atividades produtivas. Assimilar que a patogenia do trabalho pode ser mais complexa e envolver relações sociais internas e externas requer uma capacidade de abstração e de elaboração teóricas maiores, o que é um desafio muito recente para a maioria das lideranças e categorias de trabalhadores. Assim, a socialização do conhecimento e sua decodificação são, nos dias atuais, uma questão crucial para a classe trabalhadora, mais do que foi nos ciclos anteriores do capitalismo. Contudo, impulsionar políticas sindicais no campo do conhecimento é difícil, menos por problemas de ordem material e financeira e mais devido à contrapolítica da informação e do controle dos meios de comunicação de massa, monopolizados pelo capital, que “fazem a cabeça” do trabalhador em sentido oposto.

Apesar da juventude de suas vítimas, as LER não implicam necessidade de intervenções imediatas, porque há um excedente grande de mão-de-obra, e as funções exercidas pelos que adoecem são as mais desqualificadas na hierarquia das empresas. Abstraindo o desinteresse ou a incúria do patronato, que sempre se beneficia com esse

excedente, hoje, em uma quantidade nunca vista e por um tempo que ninguém é capaz de prever, é fato que as agências governamentais e as seguradoras ligadas à saúde e à previdência dos países industrializados estão preocupadas com a extensão e as consequências das LER, diante dos seus crescentes custos e da elevada expectativa de sobrevivência dos incapacitados, quase invariavelmente com idade abaixo de 45 anos. E é por aí que se insinua a proposta de privatização do seguro acidente no Brasil.

As perspectivas do movimento social das LER estão, pois, condicionadas a conjunturas econômicas, políticas e sociais complexas e maiores, e à dinâmica de acontecimentos que não se restringem aos que estão a ocorrer na área técnico-profissional estatal de saúde do trabalhador e timidamente dentro de sindicatos de trabalhadores.

É oportuno lembrar que o desenvolvimento do capitalismo no Brasil, tardio e periférico, tem sido extremamente predatório com sua força de trabalho. Ser a favor da utopia da preservação da saúde e da prevenção das doenças dos trabalhadores, fazer com que isto aconteça em um horizonte qualquer, não quer dizer que venha a ocorrer sem resistência e, menos ainda, com o beneplácito patronal, pois contraria interesses concretos do capital e sua voracidade intrínseca. Os avanços que houver nesse sentido decorrerão das contradições inerentes a esse modo de produção e dos movimentos sociais.

O trabalho bancário

O trabalho bancário, em si, é uma técnica exercida especialmente sobre determinado objeto, o papel ou sucedâneo, mediante instrumentos com a finalidade de produzir operações e informações, enfim, serviços que têm valor de mercadoria. Sua origem está no ofício ou na arte da escrita, próxima à contabilidade, no passado sendo um trabalho mental vertido no papel sob a forma de símbolos lingüísticos, números e outros modos de representação escrita.

Como tantas outras ocupações de escritório, com as quais contemporaneamente têm estreita identidade, foi possível dividir as atividades em intelectuais ou de concepção, reservando-as para a administração, e as mais simples, de operar manualmente máquinas de escrever e computar para os quadros mais subalternos. Mas, apesar de simples, essas requerem elevado nível de atenção e permanente estado de alerta, exigências que decorrem do medo de errar e de suas consequências. Afinal, trata-se de manipular a mercadoria de maior valor simbólico no capitalismo, o dinheiro.

As atividades financeiras como um todo envolvem técnicas e operação de instrumentos, meios e conhecimentos sobre os produtos à venda, mas, fundamentalmente, o tratamento de informações financeiras e a produção de medidas subseqüentes, a formulação de hipóteses sobre o mercado de capitais, a avaliação dos resultados e um acompanhamento dinâmico, atento e quase instantâneo. Todo o processo de concepção, análise e tomada de decisão está centralizado na administração superior, que detém, à distância, o controle das unidades operativas centrais e periféricas pelo sistema *on line* de computação, cabendo à gerência de nível médio, por ela própria e por seus prepostos (subgerentes, chefes e supervisores), o controle do trabalho e dos trabalhadores situados nos níveis inferiores. Nesse particular, a verticalidade do mando e a hierarquia de competências não diferem a organização bancária de qualquer outra. O controle do trabalho apontado como excessivo por uma alta percentagem de bancários se dá, hoje, menos por coerção direta da chefia do que pelo próprio sistema de computação e concorrencial entre os próprios trabalhadores. Assim, os computadores não são simples sucedâneos das máquinas de escrever ou calcular, meros facilitadores do trabalho, mas censores onipresentes da administração.⁶⁶

A essência da atividade bancária está na informação, que se faz cada vez mais rápida, pela telemática, conferindo ao dinheiro um atributo novo, a volatilidade. Mas como a automação contínua, a periferação e a integração do sistema não estão concluídas, ao menos no Brasil, os bancários da periferia cada vez acumulam mais tarefas simples e cada vez têm seu número reduzido, são substituídos pelos caixas eletrônicos, fazendo do usuário seu operador externo. O resultado de tudo isso é a redução da face pública do trabalho bancário, do trabalho vivo e do seu valor.

Historicamente, essa atividade exigia um conhecimento específico. Seus mestres, os contadores, e os pretendentes a mestre, os auxiliares de contabilidade, lidavam com a escrituração de livros, papéis e transações, cujos maiores interessados eram pessoas físicas das classes economicamente mais favorecidas e, secundariamente, empresas, que estavam longe de ter a importância de agora. Por isso, eram recrutados na classe média e letrada, impondo-se, naturalmente, comportamentos e expectativas compatíveis com seus depositantes e usuários. A expansão das instituições financeiras e de outras atividades de escrituração e similares, em que não se sujam as mãos e o colarinho (*white color*), e a origem de classe alimentaram por um bom tempo a expectativa de ascensão social e econômica, que se desvaneceu nas duas últimas décadas. Não obstante, a imagem antiga do bancário, de pessoa bem-sucedida e letrada ainda está bastante presente. Não é apenas por essa razão, mas muitos cursam profissões de nível superior ligadas

à atividade bancária, como advocacia, administração, economia e ciências contábeis. Tais expectativas estão sendo frustradas, como sinaliza a redução de salários e empregos, a despeito desse esforço educacional próprio. Assim, embora a tecnologia do trabalho bancário tenha avançado, a automação microeletrônica, a informática e a telemática não elevaram a qualificação da grande maioria dos trabalhadores situada nos escalões inferiores, nem colocaram ao seu alcance os conhecimentos incorporados com as novas tecnologias e, muito menos, as informações, privilégios da administração. O fato de mais de 70% dos bancários terem escolaridade média ou superior pouco tem a ver com a necessidade de utilizar seus conhecimentos gerais, sendo mais decorrência da oferta de mão-de-obra com esse nível de escolaridade.

A divisão e a desqualificação do trabalho bancário são, pois, um processo histórico, que parece irreversível. Os bancários mais novos o percebem como um trabalho temporário, burocrático, pouco valorizado e pouco criativo, com alta rotatividade induzida pela precarização das relações contratuais e a “terceirização” dos serviços trazidos com a reestruturação produtiva.

Nos poucos mais de dois séculos de capitalismo industrial, os processos de produção e trabalho mudaram muito. As posturas e os movimentos do corpo tiveram que acompanhar as novas exigências, mas obedecendo as restrições orgânicas do sistema osteomuscular. Os tecidos que o constituem se comportam como uma unidade morfológica e funcional, apesar de terem características próprias e apesar das diferenças individuais. Os tendões, por exemplo, dependem mais da sua viscosidade, enquanto os músculos têm na elasticidade um dos seus principais atributos, razão por que as contraturas ou tensões prolongadas e os movimentos rápidos por tempo alargado, mesmo leves, comprometem a ambos de maneira diferente, aos primeiros porque impedem seu repouso e sua oxigenação e aos segundos porque podem dar lugar à hipertrofia em pontos críticos, constrangendo vasos e nervos de passagem.

Exemplo da penosidade do trabalho contemporâneo, fisicamente, o trabalho bancário se caracteriza por seu forte componente sedentário, impondo sempre a posição sentada e menos a em pé, com movimentos predominantes da parte superior do corpo. As posições exigidas acabam ganhando certa rigidez, que induz esforços músculo-esqueléticos excessivos para mantê-la assim. Diferentemente do restante do corpo, o tronco e os membros superiores, particularmente as mãos e os dedos, são mais cobrados e obrigados a uma movimentação repetitiva e mais ou menos contínua. Antes, mais do que agora, essa feição pouco ergonômica era agravada pela inadequação do ambiente físico do trabalho.

Até onde esse trabalho, contido em um meio com relações internas e externas tão conflituosas, instáveis e subalternas e com um horizonte tão estreito, pode levar à ruptura dos limites indefinidos entre o fazer e o adoecer, entre o normal e o patológico?

O sujeito

Temos definido as LER como

um modo de adoecimento coletivo resultante de distúrbios e lesões das partes moles do sistema osteomuscular e conjuntivo e do sistema nervoso a nível periférico, localizados predominantemente na parte superior do corpo e atribuídos ao trabalho, tendo como principal sintoma a dor e entre suas causas mais próximas o uso excessivo dos tecidos diretamente envolvidos em movimentos de força ou contínuos, leves e repetitivos⁶⁷ e posições estáticas prolongadas.⁶⁸

Elas são as primeiras doenças do trabalho na história a adquirir tal universalidade e caráter explosivo e a se *domiciliar*. Um dos seus atributos peculiares é a seletividade, uma vez que atingem trabalhadores ativos, jovens e predominantemente mulheres que ocupam ou ocuparam as funções mais subalternas, ou seja, no “rés” ou “chão dos bancos”. Não é, pois, um adoecimento dos mais pobres, mas dos mais subalternos, que usam o corpo e, sobretudo, sua parte superior, principalmente as mãos, para realizar suas tarefas.

Antes de serem aceitas como doença, elas são um modo de adoecer (*illness*), isto é, sofrimento subjetivo referido pelo adoecido, de *dolentia*, *dolore*, cujo significado é sentir dor, sofrer. É diferente da doença da taxonomia médica, em inglês, *disease*, que tem como significado “o que se afasta do normal”, isto é, do padrão reconhecível por quem está autorizado a fazê-lo, no caso, o médico. Paradoxalmente, o adoecimento que é o sofrimento real, por ser subjetivo, passa a não ser, e a doença, construção do pensamento do médico, torna-se “real” por força do pragmatismo científico moderno.

Afora os preconceitos, provavelmente reside aí a dificuldade maior em conciliar o enfoque das LER como um modo coletivo de adoecer, que deve ser pesquisado em sua complexidade, múltiplas dimensões, universalidade e singularidades, com o enfoque estrito da clínica que as percebe como *caso* centrado na observação do sujeito queixoso, freqüentemente sem sinais objetivos e sem exames complementares que justifiquem o sofrimento e a dor alegados, de hábito ouvido com desconfiança, por isso não se as

classificando como doença osteomuscular. O que o médico prioriza, sempre, é o reconhecimento do trauma típico, desconhecendo a complexidade e as dimensões sociais e do trabalho e suas exigências traumáticas atípicas.

A apreensão e o manuseio são, ao mesmo tempo, uma mutação antropogênica caracterizada pela oposição do polegar aos demais dedos como resultado de um longo aprendizado. Lidar com instrumentos manuais, mecânicos ou eletrônicos exige posições e movimentos habituais. Podem diferir em termos de postura, tempo, força e ritmo e quantidade de movimentos, mas o que mais difere o trabalho de um operário de uma indústria microeletrônica do trabalho do músico de *jazz* é o conteúdo intrínseco em termos de criatividade e o destino social desses trabalhos, que suscitam reações orgânicas, psíquicas e afetivas diversas. É aí, nas diferenças de conteúdo e qualidade, mais do que na quantidade de movimentos que devem residir as razões da desigualdade de prevalência de LER. Não são de estranhar, pois, a alta prevalência de LER na linha de montagem fabril e sua insignificância entre instrumentistas de *jazz*. Criar e executar com a liberdade destes implica sentir o trabalho de um modo bem diferente do cumprimento de tarefas simples, esvaziadas de conteúdo simbólico e com escasso domínio sobre os instrumentos, processos, tempo e fins, como ocorre nas linhas de montagem industrial ou nos balcões de bancos e supermercados. Essas são tarefas simples, repetidas e repetitivas, nem por isso despidas de exigências quanto à atenção e produtividade associadas, hoje mais do que antes, ao medo do desemprego, à tensão e ao sofrimento, que a experiência e a sublimação podem amenizar, mas não eliminam.

O *sentir o trabalho* pode se traduzir em prazer, dor ou indiferença, requerendo mediações nos campos físico, psíquico e afetivo. A dor física e localizada das LER é um sintoma atribuído ao esforço que, cumulativamente, atua como elemento causal. A tese se sustenta porque essa é a reação natural dos tecidos do sistema locomotor quando sujeitos a impactos, contração prolongada, pressão contínua, movimentos de força ou de repetição desproporcionais à morfologia e à fisiologia. Ao esforço, somar-se-iam as condições biomecânicas ou ergonômicas desfavoráveis e as tensões, pressões e controle por produção e produtividade maiores.

Várias das exigências físicas do trabalho têm sido objeto de mensuração, como a sobrecarga dinâmica e estática, o número e o ritmo dos movimentos, o tempo de trabalho, etc. Sabe-se que condições ergonômicas estáticas e dinâmicas têm repercussões desfavoráveis sobre o sistema osteomuscular. Posições rígidas dos ombros e braços e movimentação contínua e mesmo leves das mãos e dedos tornam crítica a viscosidade

dentro das bainhas e dos leitos naturais onde deslizam tendões, nervos e vasos, resultando em atritos entre as várias estruturas sobrepostas que podem resultar em perturbações funcionais e lesões.⁶⁹

Os que pesquisam as LER mais criticamente tendem a reconhecer que a proteção à saúde e as medidas de prevenção requerem muito mais do que limitar o número de toques, fixar pausas, fazer correções ergonômicas e adotar outros tipos de medidas tópicas, o que não livra as empresas e a classe patronal da responsabilidade das LER. Tem baixa eficácia, sabe-se, posto que insuficientes para dar conta da complexidade e dimensões das LER como doença coletiva do trabalho e social, embora alguns pesquisadores relatem êxitos com intervenções circunscritas atestados pela redução de casos novos e da incapacidade e pela reabilitação de adoecidos;⁷⁰ mas mesmo nos países desenvolvidos, onde tais medidas foram implantadas, as LER mantêm-se na ordem do dia e fora de controle. A razão dessa reduzida eficácia parece estar na baixa vulnerabilidade das LER às técnicas de prevenção conhecidas e em suas complexidade, múltiplas dimensões e magnitude.

Sem demérito ou culpa dos pesquisadores, a captação das respostas humanas às exigências do trabalho tem, historicamente, servido mais para a negociação e o estabelecimento de *níveis de tolerância* do corpo do trabalhador do que para eliminar a nocividade do trabalho. A possibilidade de conhecer os limites humanos a tais exigências, sem que haja adoecimento explícito está na ordem do dia nesses tempos de exclusão. É oportuno advertir, porém, que medições fisiológicas e, sobretudo, testes psicológicos não dependem apenas de métodos e instrumentos, mas das escolhas dos sensores e sensores. A opção metodológica nunca foi neutra e, além de depender de condições materiais, envolve, de antemão, a posição do pesquisador ante a pesquisa e o objeto pesquisado. E mais, envolve a consciência do para que e para quem se está pesquisando.

Aos desfavores biomecânicos juntam-se outros, de natureza neuropsíquica, produzidos por exigências nos campos cognitivo, afetivo e comportamental. Essas carecem de instrumentos de mensuração objetiva e têm sido pesquisadas por meio de questionários. Nós próprios aplicamos esse tipo de instrumento com trabalhadores bancários em duas pesquisas.⁷¹ Kuorinka e Forcier⁷² fazem uma revisão e uma análise criteriosa de cento e oito estudos epidemiológicos com dados primários sobre LER em populações de trabalhadores de várias categorias. Essas exigências se repartem hierarquicamente de modo desigual, tanto que os que mais adoecem de LER – e provavelmente também

de outras doenças objetivamente não relacionadas com o trabalho – são os trabalhadores mais sujeitos, e, no caso dos bancários, os que exercem as funções de caixas e escriturários.

E aí, entre os mais sujeitos, está a mulher trabalhadora. Estudos realizados em diversos países apresentam resultados contraditórios quanto à maior prevalência de LER entre trabalhadoras, como apontam Kuorinka e Forcier.⁷³ Em estudo com 5.465 (70,1%) trabalhadores de bancos estatais, em um universo de 7.792, encontramos 11,2% com diagnóstico médico referido de LER, com uma proporção duas vezes maior no gênero feminino⁷⁴, significativamente menor do que nos estudos descritivos sobre frequência, que, em geral, dão uma proporção de três vezes maior. Nós próprios encontramos essa frequência em estudo anterior.⁷⁵

Ao privilegiar o sexo como “fator de risco” ou “variável”,⁷⁶ pode-se resvalar para conceitos vagos, com os de susceptibilidade ou predisposição, que seriam inerentes à mulher, devido a caracteres genéticos, antropométricos, constitucionais ou psicoemocionais.⁷⁷ Se não se levar em conta a subordinação histórica da mulher, particularmente em uma sociedade como a brasileira, de forte tradição patriarcal, esse tipo de abordagem pode favorecer preconceitos e colaborar para a desvalorização da força de trabalho feminina e maior submissão e exploração no trabalho da mulher sob a ameaça explícita, velada ou implícita de demissão, além de inibir os homens de revelarem uma doença supostamente feminina e calar a dor de ambos.

No Brasil, nos últimos quinze anos, coincidindo com a reestruturação produtiva no ramo, foi realizada uma meia centena de estudos sobre relações do trabalho com sofrimento e doenças na categoria bancária. Não é uma série muito extensa, mas expressiva se comparada às demais, particularmente do setor terciário da economia, em que a automação também ocorre e em que as preocupações com essas inter-relações parecem não ter ganhado corpo nem mesmo na classe trabalhadora. A preocupação com estudos dessa natureza, quase sempre patrocinados, estimulados ou apoiados pelo Estado e por entidades representativas dos bancários, deve-se, entre outros motivos, ao fato de envolver trabalhadores originários de estratos sociais diferenciados, com elevada escolaridade e história de organização, tradição de luta e poder de barganha acima da média, que os transformaram, nesses sessenta anos, em uma das categorias mais combativas do país. Em contraposição, no mesmo espaço de tempo, as instituições financeiras têm procurado forjar uma imagem de empresas com empregados saudáveis, de boa aparência e sempre atenciosos.

Essa disparidade de preocupações e condutas ante o mesmo objeto, as relações do trabalho com a saúde, vista de ângulos diferentes, a par de representar uma feição particular da contradição entre o capital e o trabalho nesse ramo de atividades é, afinal, revelada pela elevada prevalência das LER, gerando demandas individuais que tendem a se tornar coletivas, escapando ao controle patronal. Os estudos sobre a saúde dos bancários são uma das expressões da deterioração da saúde dos trabalhadores dessa categoria induzida por aquela contradição.

Por isso, sustentamos que as LER, conquanto tenham uma expressão morfofuncional localizada, é um adoecimento do corpo inteiro, isto é, biológico, psíquico e social. Sua localização decorre das exigências do trabalho e do modo individual do sujeito “andar na vida”, de elaborar as agressões físicas e psíquicas oriundas da realidade concreta, do seu trabalho, mas sua coletivização e sua domiciliação, mais do que isso, revelam que algo vai mal em nosso mundo “global”. Ou seja, há uma outra dimensão antrópica na qual as demais estão contidas.

No entanto, a medicina, sobretudo a do trabalho, mantém-se agarrada ao dogma da causalidade objetiva. Reduzida, a questão da patogenia do trabalho foi transferida do campo das relações sociais para o laboratório: doenças e acidentes, para serem considerados do trabalho, continuam a necessitar ter sua causalidade provada. Os clínicos, médicos do trabalho, ortopedistas, reumatologistas, cirurgiões, fisiatras e profissionais afins, sobretudo quando investidos da função de peritos, provavelmente diante de sua cultura, prática individualista e ideologia, costumam a aceitar que a realidade pode não ser tão óbvia e o que eles acreditam ver ou não ver é apenas uma maneira subjetiva e parcial de entrever o real centrado na observação direta.

Por sua vez, a epidemiologia contemporânea, que vem aperfeiçoando e sofisticando sua capacidade de análise matemática graças ao computador, continua presa à mesma concepção teórica de causalidade linear da clínica, carecendo da objetividade que ambas pretendem. Embora outras correntes epidemiológicas destoem do enfoque puramente quantitativo, é a que trabalha com números e variáveis que goza de maior prestígio e reconhecimento científico e que acaba dando sustentação à inferência causal como processo e princípio basilar,⁷⁸ ao alimentar o discurso e a prática da minoria dos profissionais que admitem a causalidade objetiva das LER .

Construções do pensamento, tanto o modelo clínico como o epidemiológico hegemônico, procuram a materialização do nexos causal que a clínica chama de “agente” e a epidemiologia de “variáveis” ou “fatores de risco”. Por trás das diferenças de abordagem, a primeira requerendo uma aproximação física com o objeto em análise (o

sujeito adoecido) e a segunda necessitando distanciar-se para observar o coletivo desses sujeitos, ambas têm como objetivo a apreensão objetiva do real, um na sua singularidade, outro na sua pluralidade; mas o que obtêm são representações, posto que o real está na realidade concreta do outro e outros, no sujeito adoecido e no sujeito coletivo e não na cabeça de clínicos e epidemiólogos.⁷⁹ Não se trata de passar a borracha sobre tais práticas empíricas, nem de lhes negar méritos e utilidade pragmática, mas ponderar sobre o tom dogmático desse cientismo e advertir sobre a complexidade e as dimensões múltiplas dessa e de outras doenças contemporâneas.

*Artigo recebido em maio de 2001 e aprovado para publicação,
pelo Conselho Consultivo, em junho de 2001.*

Notas

* Médico formado pela Universidade Federal da Bahia, doutor pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, na qual é colaborador docente e pesquisador, ex-secretário da Saúde do Estado da Bahia (1989).

¹ Rosen, G. *Uma história da saúde pública*. São Paulo, Unesp/Hucitec/Abraco, 1994, pp. 90-91

² Foucault, M. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 1977, pp. 22-40; Czeresnia, D. *Do contágio à transmissão. Ciência e Cultura na gênese do conhecimento epidemiológico*. Rio de Janeiro, Fiocruz, 1996, pp. 71-87.

³ Rosen, op. cit., p. 92.

⁴ Virchow apud Ribeiro, H. P. (org). Estudo da função ventilatória em escolares vivendo em áreas com diferentes níveis de poluição do ar. *Revista Medicinal Brasileira*. Ed. Suplemen., n. 1, ano XXX, 1977.

⁵ Leavell, H. e Clark, E. G. *Medicina preventiva*. São Paulo, McGraw-Hill do Brasil, 1976. pp. 37-98.

⁶ Morin, E. *Ciência com consciência*. Rio de Janeiro, Bertrand Brasil, 1996, pp. 233-255.

⁷ Idem, ibidem, p. 238.

⁸ Berlinguer, G. *Medicina e política*. São Paulo, Hucitec, 1987, pp. 56-70; Rosen, op. cit., p. 360.

⁹ Rosen, op. cit., pp. 157-230; Engels, F. *A situação da classe trabalhadora na Inglaterra*. São Paulo, Global, 1985, pp. 157-240; Thompson, E. P. *A formação da classe operária inglesa. A maldição de Adão*. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1987, pp. 11-38; Hobsbawm, E. J. *Os trabalhadores: estudos sobre a história do operariado*. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1981, pp. 113-27; Mendes, R. "Aspectos históricos da patologia do trabalho". In: ____ (org.). *Patologia do trabalho*. Rio de Janeiro, Atheneu, 1995, pp. 3-31.

¹⁰ Rosen, op. cit., pp. 231-266.

- ¹¹ Ribeiro, H. P. *A violência oculta no trabalho. As lesões por esforços repetitivos*. Rio de Janeiro, Fiocruz, 1999a, p. 42.
- ¹² Idem, *ibidem*, pp. 37-50.
- ¹³ Saad, T. L. P. *Responsabilidade civil da empresa nos acidentes de trabalho*. 2 ed., São Paulo, LTR, 1995, pp. 20-24.
- ¹⁴ Marx, K. *O capital. Crítica da economia política. O processo de produção do capital*. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1975, Livro I, v. 1, 1975, p. 341.
- ¹⁵ Noronha, E. G. "Greves e estratégias sindicais no Brasil". In: Oliveira, C. A.; Mattoso, J. E. L.; Siqueira Neto e J. F. Oliveira, M. A., (org.) *O mundo do trabalho. Crise e mudança no final do século*. São Paulo, Ministério do Trabalho-Centro de Estudos Sindicais e de Economia do Trabalho do Instituto de Economia da Universidade de Campinas/Scritta-Ed. Página Aberta, 1994, pp. 323-57; Oliveira, M. A. "Avanços e limites do sindicalismo brasileiro recente". In: Oliveira, Mattoso, Siqueira Neto e Oliveira, op. cit., pp. 497-518.
- ¹⁶ Faleiros, V. P. *O trabalho da política: saúde e segurança dos trabalhadores*. São Paulo, Cortez, 1992.
- ¹⁷ Offe, C. *Capitalismo desorganizado*. São Paulo, Brasiliense, 1994; Chesnais, F. *A mundialização do capital*. São Paulo, Xamã, 1996; Santos, B. S. *Pela mão de Alice. O social e o político na pós-modernidade*. São Paulo, Cortez, 1996; Harvey, D. *Condição pós-moderna*. 4 ed., São Paulo, Loyola, 1994, pp. 115-84; Katz, C. e Caggiola, *Neoliberalismo ou crise do capital*. São Paulo, Xamã, 1996; Tavares, M. C. e Fiore, J. L. (org.), *Poder e dinheiro. Uma economia política da globalização*. Petrópolis, RJ, 1997; Mattoso, J. E. L. "O novo e inseguro mundo do trabalho nos países avançados". In: Oliveira, Mattoso, Siqueira Neto e Oliveira, op. cit., pp. 521-62; Cano, W. "Industrialização, crise, ajuste e reestruturação". In: Oliveira, Mattoso, Siqueira Neto e Oliveira, op. cit., pp. 589-604; e Leite, M. P. "Reestruturação produtiva, novas tecnologias e novas formas de gestão da mão-de-obra". In: Oliveira, Mattoso, Siqueira Neto, Oliveira, op. cit., pp. 563-587, entre outros.
- ¹⁸ Hobsbawn, E. J. *A era dos extremos: o breve século XX. 1914-1991*. São Paulo, Companhia das Letras, 1994.
- ¹⁹ Landes, D. S. *Prometeu desacomodado. Transformação tecnológica e desenvolvimento industrial na Europa Ocidental, desde 1750 até a nossa época*. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1994, p. 502.
- ²⁰ Fontes: Ribeiro, H. P. e Lacaz, F. A. C. (org.) *De que adoecem e morrem os trabalhadores*. São Paulo, Diesat e Imep, 1984; Departamento intersindical de estudos e pesquisas de saúde e dos ambientes de trabalho (Diesat). *Insalubridade: a morte lenta do trabalho*. São Paulo, Oboré, 1989; Ribeiro, op. cit., 1999a, p. 216.
- ²¹ Garcia, J. C. "A categoria trabalho na medicina". In: Nunes, E. D. (org.) *Juan Cesar Garcia. Pensamento social em saúde na América Latina*. São Paulo, Cortez/Abrasco, 1989, pp. 68-99, pp. 100-124.
- ²² Offe, op. cit., pp. 167-197.
- ²³ Katz, C. e Coggiola, op.cit., pp. 143-146.
- ²⁴ Antunes, R. *Adeus ao trabalho? Ensaio sobre a metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho*. São Paulo, Cortez, 1995; e *Os sentidos do trabalho*. 4 ed., São Paulo, Boitempo, 2001; Mattoso, J. E. L. *A desordem do trabalho*. São Paulo, Página Aberta, 1995, pp. 69-120.
- ²⁵ Landes, op. cit.

- ²⁶ Navarro, V. e Bearman, D. M. *Health and work under capitalism: an international perspective*. Nova York, Baywood Publishing, 1982; Castleman, B. I. "The export hazar factories to developing Nations". In: Navarro e Berman, op. cit., 1982, pp. 271-308.
- ²⁷ Mattoso, J. E. L., op. cit., 1994, pp. 525-62; Leite, M. P., op. cit., pp. 563-587.
- ²⁸ Marx, op. cit., pp. 424-427.
- ²⁹ Dejours, C. *A loucura do trabalho*. São Paulo, Oboré, 1987, pp. 27-37; e "Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações". In: Chanlat, J. F. (coord.). *O indivíduo na organização*. São Paulo, Atlas, 1992, pp. 150-73; Ribeiro, H. P. *A violência do trabalho no capitalismo. O caso das lesões dos membros superiores por esforços repetitivos em trabalhadores bancários*. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, tese de doutorado, 1997a, pp. 102-121.
- ³⁰ Mattoso, op. cit., 1994, pp. 521-62; Leite, op. cit., pp. 563-87; Cano, W., op. cit., pp. 589-604; Antunes, op. cit., 2001, pp. 36-46.
- ³¹ Hobsbawn, E. J. *A era do capital: 1848-1875*. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1979, pp. 49-99; Braverman, H. *Trabalho e capital monopolista: a degradação do trabalho no século XX*. 3 ed., Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1981, pp. 135-148.
- ³² Berman, D. M. "Why work kills: a brief history of occupational safety an health in the United States". In: Navarro e Berman, op. cit., 1982, pp. 168-92; Castleman, op. cit., 1982; Deepe, H. U. "Work, Disease, and Occupational Medicine in the Federal Republic of Germany". In: Navarro e Berman, op. cit., 1982, pp. 193-207; Clutterbuck, R. C. "The state of industrial ill-health in the kingdon". In: Navarro e Berman, op. cit., 1982, pp. 141-51; Ribeiro, H.P. O número de acidentes do trabalho no Brasil continua caindo: sonegação ou realidade? *SOS/Rev.Assoc. Bras. Prev. Acidentes*, 29, pp. 14-21, 1994.
- ³³ Wunchs Filho, V. "Câncer em sua relação com o trabalho". In: Mendes, op. cit., 1995, pp. 459-85.
- ³⁴ Andrade Filho, A. e Santos Jr. E. A. "Aparelho cardiovascular". In: Mendes, op. cit., 1995, pp. 313-318.
- ³⁵ Braverman, op. cit., pp. 66-69.
- ³⁶ Landes, op. cit., p. 67.
- ³⁷ Hobsbawm, E. *Mundo do trabalho: novos estudos sobre história operária*. São Paulo, Paz e Terra, 1988, p. 281; Marx, op.cit., p. 311.
- ³⁸ Marx, op. cit., p. 316.
- ³⁹ Braverman, op. cit., p. 67.
- ⁴⁰ Thompson, op. cit., p. 28.
- ⁴¹ Marx, op. cit., p. 337.
- ⁴² Landes, op. cit., pp. 49-129.
- ⁴³ Mattoso, op. cit., 1995, pp. 68-120.
- ⁴⁴ Szamosi, G. *Tempo & espaço: as dimensões gêmeas*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1994, pp. 35-60.
- ⁴⁵ Fluorens, 1840, citado por Canguilhem, G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 1978, p. 126.
- ⁴⁶ Canguilhem, op. cit., p. 127.

- ⁴⁷ Breilh, J. "A reprodução social e a investigação em saúde coletiva: construção do pensamento e debate". In: Costa, D. C. (org.). *Epidemiologia: teoria e objeto*. São Paulo, Hucitec-Abrasco, 1986, pp. 137-65.
- ⁴⁸ Canguilhem, op. cit., pp. 67-76.
- ⁴⁹ Idem, ibidem, p. 91.
- ⁵⁰ Yaspers segundo Canguilhem, op. cit., p. 93.
- ⁵¹ Castells, M. A vida sob custódia. São Paulo, *Folha de S. Paulo, Mais*, 1/4/2001, p. 12.
- ⁵² Foucault, op. cit., pp. 79-111.
- ⁵³ Ribeiro, H. P. *O hospital, história e crise*. São Paulo, Cortez, 1993, pp. 53-69.
- ⁵⁴ Boaventura de Souza Santos. O novo milênio político. São Paulo, *Folha de S. Paulo*, 10/4/2001, p. 3.
- ⁵⁵ Forattini, O. P. *Ecologia, epidemiologia e sociedade*. São Paulo, Artes Médicas/Edusp, 1992, op. cit., p. 236.
- ⁵⁶ Arrighi, G. O. *O longo século XX*. Rio de Janeiro, Contraponto/Unesp, 1996, pp. 87-148.
- ⁵⁷ Basbaum, L. *História sincera da república: das origens a 1889*. 4 ed., São Paulo, Alfa-Ômega, 1976, pp. 167-78.
- ⁵⁸ Ramazzini, B. *As doenças dos trabalhadores*. Rio de Janeiro, Liga Brasileira contra os acidentes de trabalho, 1971, pp. 157-159.
- ⁵⁹ Ferguson, D. An Australian study of telegraphists' cramp. *Br. J. Ind. Med.*, 28, pp. 280-5, 1971; Baader, E. W. *Enfermedades profesionales: fundamentos clínicos*. Madri, Paz Montalvo, 1960, pp. 254-258.
- ⁶⁰ Ohara, H. e col. Prevalence of occupational cervicobrachial disorder among different occupational groups in Japan. *J. Human Ergol*, 11, pp. 55-63, 1982.
- ⁶¹ Coriat, B. "Automação programável: novas formas e conceitos de organização da produção". In: Schimitz, H. e Carvalho, R. Q. (org.). *Automação, competitividade e trabalho: a experiência internacional*. São Paulo, Hucitec, 1988, pp. 13-61.
- ⁶² Onishi, N. et alii. Shoulder muscle tenderness and physical features of female industrial workers. *J. Human Ergol.*, 5, pp. 87-102, 1976; Nakaseko, M. et alii. History of occupational cervicobrachial disorder in Japan. *J. Human Ergol*, 11, pp. 7-16, 1982.
- ⁶³ Chatterjee, D. S. Repetition strain injury: a recent review. *J. Social Occup. Med.*, 37, pp. 100-5, 1987; Bammer, G. "Review of current knowledge-musculoskeletal problems". In: Berlinguet, L. e Berthelette, D. (ed.) *Work with display units*. North Holland, Elsevier Publishers, 1990, pp. 113-20; Bammer, G. e Martin, B. Repetition strain injury in Australia: medical knowledge, social movement and de factor partisanship. *Social Problems*, 39, 1992, pp. 219-237.
- ⁶⁴ Ribeiro, op. cit, 1999a, pp. 203-26; Ribeiro, H. P. (org.). *LER: Conhecimento, práticas e movimentos sociais*. São Paulo, Universidade de São Paulo, 1997 b.
- ⁶⁵ Kuorinka, I. e Forcier, L. (coords.). *LATR-Les lésions attribuibles au travail répétitif ouvrage de référence sur les lésions musculo-squelettiques liées au travail*. Quebec, Ed. Maloine/IRSST/MultiMondes, 1995.
- ⁶⁶ Ribeiro, 1998, dados ainda não publicados.

⁶⁷ Organização Mundial de Saúde (OMS). *Manual de classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde*. 10 rev. CID-10. São Paulo, Edusp, 1994. 2 volumes.

⁶⁸ Ribeiro, op. cit., 1997b.

⁶⁹ Onishi, op. cit., 1976; Onishi, N. e col. Arm and shoulder muscle load in various keyboard operating jobs of women. *J. Human Ergol*, 11, pp. 89-97, 1982.; Maeda, K. e col. History of studies on occupational cervicobrachial disorder in Japan and remaining problems. *J. Human Ergol*, 11, pp. 29-36, 1982; Kilbon, A. Work-related neck and upper limb disorders in Sweden. *An International perspective on occupational Overuse Syndrome* (RSI). The Australian National University, Director's Unit Research School of Social Sciences, 1987, pp. 1-28.

⁷⁰ Nakaseko, op. cit.; Miyake, S. e col. Clinical Features of occupational cervicobrachial disorder (OCD). *J. Human Ergol*, 11, pp. 109-27, 1982; Chattergee, op. cit.; Feurstein, M. e col. Multidisciplinary Rehabilitation of Chronic Work-Related Upper Extremity Disorders. *J. Occup. Med.*, v. 35, n. 4, pp. 396-403, 1993; Itani, T. RSI in Japan. *An International perspective on occupational Overuse Syndrome* (RSI). The Australian National University, Director's Unit Research School of Social Sciences, 1987.

⁷¹ Ribeiro, H. P. Estado atual das Lesões por Esforços Repetitivos (L.E.R.) no Banco do Estado de São Paulo S.A. – Banespa. *Cad. Saúde Assoc. Func. Conglom. Banespa-Cabesp*, v. 1, n. 1, junho, 1995; Ribeiro, H. P. *LER. Detecção precoce e suas relações com gênero, idade e função*. Campinas, Sindicato dos Bancários de Campinas e Região, 1999 b.

⁷² Kuorinka e Forcier, op. cit.

⁷³ Idem, ibidem, pp. 413-414.

⁷⁴ Ribeiro, op. cit., 1999b.

⁷⁵ Idem, ibidem, 1995.

⁷⁶ Krom, M. C. T. E. M. et alii, Risk factors for carpac tunnel syndrome, *Am. J. Epidemiol.*, v. 132, n. 6, pp. 1102-1110, 1990.

⁷⁷ Lucire, Y. Neurosis in the workplace. *Med. J. Australia*, 145, pp. 323-330, 1986.

⁷⁸ Fachini, L. A. "Uma contribuição da epidemiologia: o modelo da determinação social aplicado à saúde do trabalhador". In: Buschinelli, J. T. P., Rocha, L. E. e Rigotto, R. M. (org). *Trabalho de gente? Trabalho, doença e trabalho no Brasil*. São Paulo, Vozes, 1993, pp.178-86.

⁷⁹ Gonçalves, R. B. M. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo*. São Paulo, Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, Tese de doutorado, 1986, pp. 2-62.