



## **A exploração do corpo no trabalho ao longo da história**

*Paulo G. L. Pena*

*Alessandra Rocha Gomes*

### **Introdução**

O presente capítulo debate a utilização do corpo trabalhador no curso histórico, suas relações com a saúde e os aspectos legais correlacionados. Seu objetivo está centrado na reflexão abrangente sobre os sucessivos modos de produção no mundo do trabalho, tendo como parâmetro a saúde dos trabalhadores, especialmente no Brasil, de forma a permitir um entendimento sobre os marcos regulatórios do passado e da atualidade.

Em função da amplitude do objeto, da sua complexidade e do longo período de tempo em questão, fizemos uma seleção centrada em grandes fases históricas da formação econômica e social do Brasil e suas relações com os principais métodos de produção

e organização do trabalho. A época pré-colombiana, com suas diversas nações indígenas que viviam no Brasil antes da colonização europeia, não foi incluída neste texto pela falta de conhecimentos e de estudos sobre as relações saúde-trabalho desses povos.

Em todo grande período histórico existe a predominância de métodos de produção associados às formas particulares de exploração do corpo nos processos de trabalho. Com tal premissa, fez-se uma abordagem genérica do método de produção artesanal no feudalismo; do sistema escravista no capitalismo mercantilista dos períodos colonial e imperial do Brasil; e das formas de organização do trabalho no capitalismo contemporâneo, como o taylorismo, o fordismo e o toyotismo. Para cada época analisada, foi feita uma relação aproximativa com os aspectos jurídicos, procurando estabelecer correspondências gerais entre as formas de uso do corpo no trabalho e a legislação. Sobre o regime escravocrata, buscou-se um detalhamento maior da legislação colonial e imperial, em função da escassez do tema nas publicações sobre saúde e trabalho.

## **O corpo artesão e servil**

A sociedade feudal se caracterizava pela existência de relações de produção baseadas na apropriação da terra pelo senhor feudal e na propriedade parcial sobre o camponês servo (Garcia, 1989). A produção de bens e serviços era efetuada pelo trabalho servil.

Os servos possuíam a terra que utilizavam (não havia relação entre a propriedade jurídica e a posse efetiva) e eram proprietários dos seus instrumentos de trabalho. Esses camponeses produziam em pequena escala os bens essenciais à satisfação das suas necessidades, cuja energia humana nessa forma de produção era a força de trabalho familiar. Essa capacidade de trabalho resultava de aprendizado

inscrito no saber tradicional das famílias de artesãos. Uma parte da renda produzida era apropriada pelos senhores feudais em forma de produtos do trabalho artesanal, de serviço, de participação em campanhas militares ou de impostos (Marx, 2006).

A força do feudalismo instituiu relações sociais de servidão por meio da coerção. Os camponeses não se constituíam em trabalhadores livres, pois estavam privados juridicamente do direito de propriedade e de venda da sua força de trabalho em qualquer lugar em troca de salário. O servo não tinha a liberdade de vender a sua força de trabalho no mercado em troca de salário (Marx, 2006).

Segundo Castel (2001), não havia a noção genérica de desemprego na sociedade feudal. Pertencer a um feudo implicava encontrar nele ocupações agrícolas, artesanais, serviços ou militares. Em alguns países europeus, notadamente França e Inglaterra, durante longo tempo puniam-se os servos sem trabalho, que vagavam pelo mundo e, por isso, eram considerados vagabundos, com penas que variavam do trabalho forçado até a morte. A organização do trabalho (jornadas, folgas, ritmo, intensidade etc.) e as doenças relacionadas ao trabalho encontravam-se inscritas na ordem familiar. O senhor feudal e o clero não se interessavam pelas condições de trabalho e saúde dos servos, pois exigiam apenas que eles lhes pagassem os dízimos e impostos. A família arcava com a assistência ao doente e com o seu acolhimento na invalidez, mesmo que isso implicasse excesso de trabalho para assegurar o consumo próprio e o pagamento dos impostos. As leis e regras existentes nos feudos se concentravam nas imposições tributárias, disciplinares e criminais, pois o trabalho e as doenças dele decorrentes não eram objeto de regulamentação e interferência nesse modelo de Estado.

No feudalismo, o sistema produtivo era centrado nos métodos artesanal e agrícola primitivo. O método artesanal emergiu na Antiguidade como forma de produção de bens e serviços e persistiu até a

Revolução Industrial, quando definitivamente perdeu sua hegemonia. O trabalho artesanal pode ser encontrado em qualquer modo de produção: escravista, feudal e capitalista, inclusive na modernidade, de forma residual. A caracterização do trabalho artesanal inicia-se com o entendimento do tipo de contrato social que se estabelece na geração de produtos (Braverman, 1980). Nesse caso, não há uma relação entre a troca de trabalho pelo salário, e sim um contrato entre o serviço ou produto desejado e a realização ou entrega desse produto. Nessa relação, o valor do trabalho está contido na entrega do produto ou no serviço prestado, quando este é vendido ou trocado por outro equivalente no mercado. Desse modo, o trabalhador artesão é proprietário dos seus instrumentos e recebe valores em função do produto do trabalho, em que geralmente não há salário envolvido no processo (Marx, 2006).

O artesão controla a concepção e a execução da sua atividade, detendo o *saber-fazer* (*know-how*) com o domínio de métodos aplicados em todas as etapas do processo de produção. Há, portanto, uma unidade psicofísica e social dos seus atos que possibilita a constituição de uma integridade física e mental no exercício do trabalho. O esforço excessivo e o adoecimento resultam da miséria social ou de coerções externas à produção do bem ou serviço, como o pagamento de impostos, que induzem à aceleração das atividades. O artesão típico era capaz de realizar qualquer tarefa do ofício, em qualquer região (Hobsbawm, 2000). A divisão técnica do trabalho, quando ocorre, é rudimentar e não distancia o trabalhador do seu objeto de atuação, como se configurou na Revolução Industrial, em que os ofícios deram lugar aos operadores de máquinas, ou seja, operários em tarefas parceladas. No século XIX, auge da Revolução Industrial na Inglaterra, muitos artesãos habilitados eram contratados nas fábricas e mantinham suas tradições, habilidades, condutas éticas e regras de ofício. Essa condição persistiu até a

difusão da “organização científica do trabalho”, por Frederick W. Taylor, a partir do início do século XX, em que o saber artesão foi incorporado ao sistema gerencial e contábil da indústria.

Os artesãos formavam as profissões que trabalhavam individualmente, em cooperativas ou nas manufaturas, antes da Revolução Industrial. Dessas organizações de artesãos saíam os marcos regulatórios resultantes nas regras de ofícios e costumes que determinavam a organização do trabalho, o uso de técnicas e os cuidados em relação aos riscos profissionais para proteção à saúde.

Em 1700, Bernardino Ramazzini (1633-1714) publicou a primeira edição do livro *De morbis artificum diatriba*, considerado um marco na medicina do trabalho e na saúde pública, em que descreveu as doenças relacionadas a 54 profissões artesanais (Ramazzini, 1985). No caso do artesão, a doença não podia ser relacionada à exposição a um agente específico no posto de trabalho, pois a divisão técnica era rudimentar. O artesão executava atividades em todo o processo produtivo e, por isso, a doença frequente nesse ambiente tinha a característica da profissão. Cada doença relacionada a uma determinada profissão foi denominada de doença profissional, pois expressava a nocividade predominante diante do conjunto de exposições aos riscos presentes. Hoje, com a marcante divisão do trabalho, é difícil aplicar essa denominação ao trabalhador industrial ou de serviços.

A perda da hegemonia da produção artesanal ocorreu com a Revolução Industrial, que resultou nas sociedades industriais modernas. Mas a predominância do método industrial não significou a eliminação do artesão, principalmente nos países receptores de tecnologias. No Brasil, são inúmeras as práticas artesanais presentes na nossa realidade, como as da pesca, da agricultura familiar, da fabricação de farinhas e de quitutes ou de profissões como sapateiros, vendedores ambulantes, artesãos diversos, entre outros. A relevância se expressa em números, ao oficialmente se reconhecer a existência

de aproximadamente 8,5 milhões de trabalhadores artesãos (Brasil, 2008). Esse importante contingente de profissionais, que se organiza na produção de bens e serviços em diversas categorias, não é objeto de políticas públicas de saúde do trabalhador.

No Brasil, como antes, as atividades artesanais são reguladas pelas normas das categorias que adquiriram a condição de profissão. Os aspectos referentes à proteção da saúde e à segurança no trabalho não são objetos de regulamentações pelo Estado. Considerados como autônomos, as formas de proteção à saúde e o manejo das doenças profissionais estão inscritos no saber de cada artesão ou corporação. Nesse sentido, as normas de segurança e medicina do trabalho da CLT (Consolidação das Leis do Trabalho) não se aplicam ao artesão típico.

O artesão, em geral, não tem direito ao seguro acidentário, salvo exceções que conferem o direito à proteção especial ao produtor, parceiro, meeiro, arrendatários rurais, garimpeiro, pescador artesanal e o assemelhado em regime de economia familiar, conforme artigo 11 da Lei 8.213/1991 (Horvath, 2005).

Entretanto, para esses artesãos, suas relações com doenças e agravos inscritos nas normas securitárias ainda não são estudadas, dificultando orientações aos procedimentos que promovam a aplicação do direito alcançado. A maior parte do trabalho artesanal ocorre no setor informal da economia. Não existe a possibilidade de o Estado exigir do empregador para o artesão a observância da prevenção dos riscos nos ambientes de trabalho por meio de normas trabalhistas, pois geralmente não há empregador, diferentemente do que ocorre com o trabalhador assalariado. Nesse sentido, o artesão geralmente se encontra sem assistência à saúde no trabalho e, por isso, deveria ser objeto da prioridade da ação do Estado nos programas de proteção à saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS).

## **Corpos cativos para o trabalho forçado: escravos no Brasil e nas Américas**

Na história do Brasil colonial e imperial, a força de trabalho escrava teve uma importância central na nossa formação econômica, social e cultural. Os escravos formaram os primeiros coletivos de trabalhadores, caracterizados pelos escravistas como plantéis para as atividades agrícolas, nas minas e de serviços nas eras colonial e imperial. O assalariado representava a menor parte dos trabalhadores, e a gestão do trabalho escravo se fazia por meio das mais violentas técnicas de contenção no trabalho e nos alojamentos-cativeiros, em que a senzala era a estratégia principal de aprisionamento.

O trabalho escravo predominou em grande parte da história antiga. Na Grécia e em Roma, a escravidão se caracterizou como o tipo mais conhecido e dramático de condições de trabalho extremadas de sofrimento, suplícios, morbidade, acidentes, mortes precoces. As relações de produção nas sociedades escravistas tinham por natureza a posse do escravo como objeto de total e inteira propriedade do senhor. Nessas sociedades havia uma divisão do trabalho em atividade intelectual, exercida pela classe dominante, e atividade manual, exercida pelos escravos. Os trabalhadores doentes e escravizados eram assistidos por um modelo de prática médica veterinária, a cargo de simples praticantes (Garcia, 1989).

Na época do capitalismo mercantil, os europeus desenvolviam a passagem do método de produção artesanal para o de escala, com a Revolução Industrial. Ao mesmo tempo, para as suas colônias nas Américas, África e Ásia, impunham as atrocidades das relações escravistas. No Brasil foram quase 400 anos de trabalho escravo, e, nessa condição, surgiu a prática de uma *medicina do trabalho* dirigida para os trabalhadores escravos. Mas, diferentemente do que ocorria no escravismo da Antiguidade, incorporaram-se avanços e

descobertas da época, tornando essa prática mais próxima da zootecnia e da medicina veterinária atual.

Na escravidão não havia relações de compra e venda da força de trabalho, pois o escravo não era proprietário do seu corpo e nem mesmo da sua liberdade para viver. O escravista era, simultaneamente, proprietário dos meios de produção e dos corpos dos trabalhadores (Garcia, 1989). O escravo era uma mercadoria que podia passar das mãos de um proprietário a outro, e sua força de trabalho era inscrita na condição de mero patrimônio, semelhante ao animal de carga. Nesse contexto, o proprietário do escravo era dono da sua vida e da sua morte e de toda a sua prole. Portanto, o escravo não era proprietário da força de trabalho contida no seu corpo, não herdava a sua prole – não era proletário –, nem tinha a liberdade para si e para seus dependentes *ad eternum*.

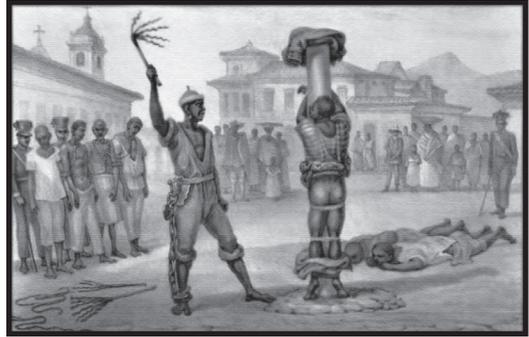
A tutela do senhor de escravos ocorria, ainda, sob a forma de restrição da liberdade espacial. A imposição de uma vida em cativeiro ao escravo significava o estabelecimento de um regime fechado, acorrentado, em senzala, em enfermaria quando doente (Marquese, 2004; Taunay, 2001) e no navio negreiro quando transportado como carga viva. Segundo Patterson (2008), essa condição impunha ao escravo a morte social.

As técnicas gerenciais do trabalho escravo eram aplicadas pelos senhores ou pelos próprios feitores, ou seja, feitores de corpos dóceis e aculturados (Marquese, 2004). As formas de punições variavam conforme os desígnios dos senhores de escravos e respectivos feitores. A obtenção desse modo de vida impunha uma reorganização social e cultural para adaptação e acomodação ao regime de cativeiro pela imposição do medo e do terror por meio de punições, castigos, mutilações, que podiam chegar à castração, retiradas de seios, mortes em rituais públicos e, mesmo após a

morte, esarteamentos, para semear o terror e fazer com que os outros escravos aceitassem esse regime típico de animais de carga (Carneiro, 2005; Verger, 2002; Tavares, 2001).

Os castigos eram individuais e ou coletivos e hierarquizados por severidade, podendo alcançar o exílio definitivo, por meio da venda para regiões longínquas, ou a morte. Comumente havia punição corporal, associada à humilhação e à destruição de laços familiares, sociais e valores culturais. E, com frequência, os escravos eram marcados com ferros para afirmar o patrimônio e negar sua condição humana (Figuras 1 e 2).

Figuras 1 e 2  
**Exemplos de castigos e punições na gestão do trabalho escravo**



Fonte: Técnicas de suplício utilizadas na gestão do trabalho escravo (pinturas de Debret, 1768-1848). Disponível em: <[http://giramundo-cirandeira.blogspot.com/2009\\_10\\_01\\_archive.html](http://giramundo-cirandeira.blogspot.com/2009_10_01_archive.html)>; captado em: 20-4-2010.

Com a escravidão em larga escala nas Américas e o tráfico, o mercado de escravos se organizou de modo distinto do mercado da força de trabalho no modo capitalista industrial. No mercado de escravos, como em qualquer outra exposição de comércio de animais, expunham-se os negros aos compradores conforme a idade, o sexo e a força física, com a melhor aparência possível, para a valorização

do patrimônio (Verger, 2002). Os compradores avaliavam a compra por meio de inspeções da situação física do escravo, da dentição, da existência ou não de deformidades e de outras indicações da higiene, conforme a proposição de uso do trabalho escravo (Figura 3).

Figura 3  
**Mercado de escravos**



Fonte: Johann Moritz  
Rugendas, 1835.  
Disponível em: <[http://www.scipione.com.br/educa/oficinas/historia/03/documentos/documentos\\_122002.htm](http://www.scipione.com.br/educa/oficinas/historia/03/documentos/documentos_122002.htm)>; captado em:  
20-4-2010.

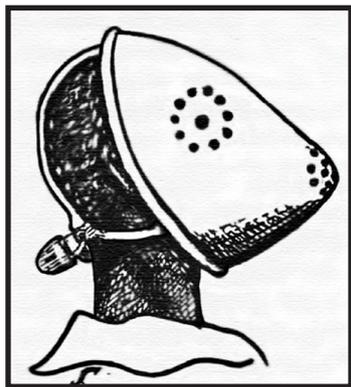
A visibilidade das doenças do trabalho se perdia em um mundo de violência extrema. As informações disponíveis na literatura indicam que o trabalho escravo se expressava como desastre epidêmico, mortandade elevada e constrangimento moral extremo. A violência e o castigo não raramente levavam à morte e representavam instrumentos de gestão de uma crueldade sem limites. A elevada mortalidade se iniciava com o transporte por meio dos navios negreiros. A caravela era concebida para transportar madeira, ouro, cana-de-açúcar e outros produtos para Portugal. No retorno, a caravela passava pela África e transportava em média 500 escravos, que eram violentamente aboletados nos porões insalubres desses navios para uma viagem de aproximadamente 40 a 50 dias para a Bahia e o Rio de Janeiro (Mauro e Souza, 1997).

O escravo não era passageiro nem tripulante do navio negreiro, e sim carga viva similar aos animais transportados. A própria legislação da época assim o caracterizava, conforme descrito adiante nos Quadros 1 e 2. Por isso, nos navios negreiros praticava-se o extermínio dos doentes simplesmente jogando-os ao mar. Como carga, os escravos podiam também ser sacrificados e lançados ao mar em situações de risco para os navios, como nas tempestades, em que se exigia a redução do peso da embarcação, ou ainda diante da aproximação de navios de guerra ingleses após a proibição do tráfico internacional de escravos (Tavares, 2001). Nessas viagens longas, nos porões dos navios se estabeleciam condições para a ocorrência de diarreia e outras doenças resultantes da higiene extremamente precária, em que muitos desidratavam pela escassez de água e alimentos contaminados, desnutriam-se (Ujvari, 2008), e os que chegavam ao Brasil eram verdadeiros sobreviventes de uma odisseia hedionda.

Os escravos morriam da violência imposta pelos castigos, suplícios, doenças como escorbuto, disenteria, doenças pestilenciais e outras endêmicas. O tratamento de doenças era forçado e se justificava não em função da compaixão para com o sofrimento do escravo, mas, sobretudo, pelo seu valor patrimonial. Caso não houvesse interesse, o escravo doente ou idoso enquanto mercadoria desvalorizada podia até mesmo ser sacrificado e substituído por outro hígido, adquirido no mercado (Carneiro, 2005). Quando havia interesse do proprietário, a doença era tratada com o mesmo conhecimento de terapias aplicadas ao animal de criação. Entretanto, na luta para manter o cuidado com seu próprio corpo, muitos escravos se curavam com a medicina tradicional dos povos africanos, de eficácia semelhante à dos colonizadores (*idem*). As precárias estatísticas da época mostram que apenas metade dessa população sobrevivia nas viagens; a violência sobre os escravos se refletia na esperança de vida, que era, em média, de apenas sete anos (Mauro e Souza, 1997).

O tratamento médico forçado não existe nas relações capitalistas, pois o trabalhador doente, ao perder sua capacidade de trabalho, é demitido ou substituído por outro, tornando-se um doente desempregado. Entretanto, para o escravo doente, como patrimônio do proprietário, o tratamento forçado era uma condição inerente à preservação do valor patrimonial. Nas Figuras 4 a 6, observa-se uma técnica forçada para manter a saúde do escravo: a máscara de ferro ou couro, utilizada para impor uma violenta abstinência aos escravos que desenvolviam dependência ao álcool ou para controlar a dieta, impedindo a ingestão de alimento em excesso ou de terra. A máscara servia também como castigo político contra líderes de revoltas (Carneiro, 2005). Esse é um exemplo de um equipamento de proteção individual hediondo, uma espécie de zootecnia aplicada ao ser humano escravizado.

Figuras 4 e 5  
**Máscara de ferro: tratamento forçado, suplício**



Fonte (Figura 4): Salvador Ferraz (1956), *in*: Luiz Edmundo, *O Rio de Janeiro no tempo dos vice-reis*, v. I, Rio de Janeiro, Conquista.

Fonte (Figura 5): Pintura de Debret. Disponível em: <<http://www.historiabrasileira.com/brasil-imperio/missao-artistica-francesa/>>; captado em: 20-4-2010.

Figura 6

**Escrava Anastácia, castigada com uma máscara que também era utilizada para tratamento forçado da dependência ao álcool, assim como para o controle da dieta do escravo**



Fonte: Brasil Cultura (2009). Disponível em: <<http://www.brasilcultura.com.br/historia/hoje-dia-12-de-maio-escrava-anastacia/>>; captado em: 20-4-2010.

Sobre as condições de saúde do escravo, Gilberto Freyre cita um relato da época segundo o qual “os senhores de engenho viviam envidados pelo fato de lhes morrerem muitos escravos e o trabalho agrícola mais devastador era, talvez, o da lavoura de cana” (Freyre, 1992, p. 157). Descrevendo a condição escrava no século XVIII no Rio de Janeiro, afirma ainda:

Houve os que se suicidaram comendo terra, enforcando-se, envenenando-se com ervas e potagens dos mandingueiros. O banzo deu cabo em muitos. O banzo – a saudade da África. Houve os que de tão banzeiros ficaram lesos, idiotas. Não morreram: mas ficaram penando... Doenças africanas seguiram-no até o Brasil, devastando-os nas senzalas. (Freyre, 1992, p. 464.)

O banzo, essa forma grave de depressão, pouco estudada na nossa história, pode representar a primeira grande epidemia de doença mental relacionada ao trabalho no Brasil.

Podemos dizer que a origem da medicina do trabalho no Brasil, configurada na medicina da força de trabalho escrava, consistia na assistência à saúde dos escravos por meio de práticas pré-científicas de medicina veterinária aplicadas aos seres humanos em cativeiros.

### **Legislação escravista no Brasil e a tutela senhorial sobre a saúde do escravo**

As leis referentes ao trabalho escravo que têm relação com as suas condições de saúde sintetizam concepções predominantes em pelo menos dois grandes períodos da história do Brasil: colonial e imperial, este já sob a influência do movimento abolicionista e da proibição do tráfico de escravos pela Inglaterra.

Na primeira etapa, há três marcos regulatórios característicos. O primeiro fundava-se na concepção do escravo como propriedade doméstica do senhor e por isso o Estado, por princípio, não deveria intervir (Marquese, 2004). Nesse período, explica-se assim a inexistência de leis sobre as condições do trabalho escravo, pois seu estatuto era objeto de uso doméstico, de responsabilidade do proprietário. Com isso, o Estado não podia interferir nas jornadas, na definição de castigos, na proteção da saúde, na reprodução, na formação de famílias e em tudo o mais concernente à vida e à morte do escravo. Havia uma legislação adequada para a afirmação no Brasil, assim como nas Américas, de um modo de cuidado com a saúde que legitimava a forma de prática de medicina veterinária para o escravo, semelhante ao escravismo da era antiga.

O segundo aspecto se refere a uma regulação fazendária de mercado de escravos. O tráfico por interesses e acordos econômicos e políticos internacionais situava o fornecimento de escravos enquanto *matéria-prima* agrícola. Dessa forma, o escravo representava, enquanto mercadoria, não apenas um patrimônio do escravista, mas também uma fonte de impostos para o Estado. Nesse caso, justifica-se a existência de algumas leis que procuravam melhorar as condições dos navios negreiros para aumentar os sobreviventes das viagens e assim elevar a arrecadação de impostos.

A terceira vertente trata da predominância de um modo de governo cristão dos escravos, em que as Monarquias portuguesa e espanhola deixavam nas mãos dos jesuítas (Marquese, 2004) orientações não contraditórias com os dois princípios citados.

No século XIX, sob o regime imperial no Brasil, manteve-se o regime escravista, mas as leis passaram a indicar uma atenuação de práticas extremamente violentas da escravidão em função das pressões internacionais. No início, a intervenção do Estado era incipiente e se concentrava na limitação de punições e na melhoria de algumas condições de trabalho e saúde. Com o crescimento do movimento abolicionista, as leis passaram a reduzir gradativamente o regime escravista, ampliando as formas de alforrias, libertando crianças e idosos, até que em 1888 foi decretada a abolição da escravidão, sendo o Brasil o último país das Américas a proibir essa modalidade atroz de trabalho. Com isso, as práticas de saúde de medicina veterinária aplicada aos seres humanos escravizados passaram também para a ilegalidade. Nos Quadros 1 e 2, observamos a legislação do Brasil colonial e imperial.

## Quadro 1 Legislação sobre o trabalho escravo no Brasil colonial

<b>Escravo como mercadoria: controle do comércio e do tráfico de escravos</b>		
<b>Data</b>	<b>Instrumento</b>	<b>Assunto</b>
29-03-1549	Alvará	Autoriza os senhores de engenho a importarem até 120 escravos da Guiné e da Ilha de São Tomé para cada engenho que estivesse funcionando
23-09-1664	Ordem régia	Prevê 25 pipas de água para cada cem escravos transportados
18-03-1684	Alvará	Dispõe sobre o embarque em Angola de negros para o Brasil
10-06-1699	Carta régia	Eleva os direitos sobre a entrada de escravos africanos no Brasil
14-10-1751	Alvará	Dispõe sobre a exportação de pretos
25-12-1799	Portaria	Obriga os navios a mostrarem o livro de carga, pois havia a suspeita de que alguns excediam o limite de escravos permitidos (ato da Real Junta da Fazenda da Capitania de Pernambuco)
<b>Legislação de natureza fazendária, considerando que o escravo era um patrimônio tributável e, por isso, sobre ele incidiam impostos de forma similar a qualquer outra mercadoria</b>		
29-03-1559	Carta régia	Concede aos senhores de engenho pagarem apenas um terço dos direitos sobre os escravos que mandassem buscar no Congo, até o número de 120
03-07-1751	Alvará	Aprova o contrato de 3\$500 por escravo na alfândega da Bahia
14-12-1757	Alvará	Estabelece direitos pagos por entrada de escravos em Pernambuco
24-09-1761	Alvará	Estabelece direitos pagos por entrada de escravos na Bahia
19-10-1798	Decreto	Isenta de direitos a exportação de escravos de Angola para o Pará

**Continua...**

**...Continuação**

<b>Escravo como mercadoria: controle do comércio e do tráfico de escravos</b>		
<b>Data</b>	<b>Instrumento</b>	<b>Assunto</b>
03-06-1809	Alvará	Cria impostos nas alienações onerosas de escravos ladinos, para atender às despesas do Estado com a vinda da Família Real
<b>Legislação sobre governo cristão dos escravos, sob influência dos jesuítas</b>		
17-03-1693	Carta régia	Ordena ao governador do Maranhão que dê providências a fim de que os escravos não morram sem os últimos sacramentos
31-01-1701	Carta régia	Manda dar sábado livre aos escravos
<b>Legislação sobre os escravos no espaço público, como fugidos e em circulação na sociedade: o Estado regulando o direito à propriedade</b>		
10-03-1682	Alvará	Determina que fossem dominados com gente armada os negros fugidos para o sertão
20-02-1696	Alvará	Declara que “sendo presente o demasiado luxo das escravas no Brasil e devendo evitar-se esse excesso e o mau exemplo que dele podia seguir-se, [...] em nenhuma capitania pudessem usar vestidos de seda, de cambraia [...] nem também de guarnição de ouro ou prata nos vestidos”
15-08-1736	Alvará	Cria o serviço da captação dos escravos
03-03-1741	Alvará	Manda marcar com um F nas espáduas os negros fugitivos
24-01-1756	Lei	Pune os escravos que andem com faca

Fonte: Brasil, Fundação Biblioteca Nacional (2009).

## Quadro 2 Legislação sobre o trabalho escravo no Brasil imperial

<b>Data</b>	<b>Instrumento</b>	<b>Assunto</b>
1823	Convenção assinada pelo Brasil	Equipara o tráfico de escravos na costa africana a uma forma de pirataria
1824	Constituição (art. 179, XIX)	Abolir os açoites, a tortura, a marca de ferro quente e todas as mais penas cruéis
1830	Código Criminal (art. 28, § 1º)	Estabelece que “serão obrigados à satisfação, posto que não sejam delinquentes, os senhores pelo escravo até o valor deste”
1830	Código Criminal (art. 179)	Impõe pena de 3 a 9 anos e multa a quem reduza à escravidão a pessoa livre que se ache na posse de sua liberdade
31-05-1831	Portaria	Manda processar, com aplicação do inciso supracitado, quem introduza africanos como escravos
07-11-1831	Lei	Estabelece que todos os escravos que entrem no Brasil fiquem livres
10-06-1835	Lei	Determina penas aos escravos que matarem seus senhores, estabelecendo novas regras para pronta punição
04-09-1850	Lei nº 581 Eusébio de Queiroz	Estabelece medidas para a repressão do tráfico negreiro e impõe penas aos contrabandistas
05-07-1854	Lei	Autoriza uma perseguição mais decisiva aos traficantes de escravos
27-04-1853	Aviso	Esclarece que o escravo não é pessoa miserável para que o promotor público dê queixa a seu favor, cabendo este direito ao seu senhor
28-12-1853	Decreto nº 1.303	Declara que os africanos livres, cujos serviços foram arrendados por particulares, ficam emancipados depois de 14 anos, quando o requeiram, e providencia sobre o destino desses africanos
05-06-1854	Lei nº 731	Declara desde quando deve ter lugar a competência dos auditores de Marinha para processar e julgar os réus mencionados no artigo 3º da Lei nº 581, de 4 de setembro de 1850, e os casos em que devem ser impostas pelos mesmos auditores as penas de tentativa de importação de escravos

**Continua...**

## ...Continuação

<b>Data</b>	<b>Instrumento</b>	<b>Assunto</b>
21-09-1863	Avisos	Estabelecem que os escravos libertados em testamento, além das forças da terça*, estão sujeitos à restituição do excesso por meio de arrematação dos serviços
24-09-1864	Lei nº 1.237	Reforma a legislação hipotecária. O § 1º do artigo 2º dessa lei inclui entre as “coisas” que podem ser objeto de hipoteca os escravos e os animais pertencentes às propriedades agrícolas que forem especificados no contrato, sendo com as mesmas propriedades
24-09-1864	Decreto nº 3.310	Concede emancipação a todos os africanos livres existentes
28-09-1871	Lei nº 2.040, Lei do Ventre Livre	Declara a condição livre dos filhos de mulher escrava que nascerem desde a data da lei, libertos os escravos da nação e outros, e providencia sobre a criação e tratamento daqueles filhos menores e sobre a libertação anual dos escravos (regulamentada pelo Decreto nº 5.135, de 13-11-1872)
vº [sic.] 12-1871	Decreto nº 4.835	Aprova o regulamento para a matrícula especial dos escravos e dos filhos de mulher escrava, conforme o disposto no artigo 8º da Lei nº 2.040, de 28 de setembro de 1871
08-05-1872	Decreto nº 4.960	Altera o regulamento aprovado pelo Decreto nº 4.835, de 1º de dezembro de 1871, na parte relativa à matrícula dos filhos livres de mulher escrava
28-09-1885	Lei nº 3.270 Lei do Sexagenário	Regula a extinção gradual do elemento servil e declara livres os escravos maiores de 60 anos (regulamentada pelo Decreto nº 9.517, de 14-11-1885)
<b>13-05-1888</b>	<b>Lei nº 3.353 Lei Áurea</b>	<b>Declara extinta a escravidão no Brasil</b>

Fonte: Brasil, Fundação Biblioteca Nacional (2009).

\* Forças da terça: termo jurídico português que se refere à partilha de herança no caso de superveniência de filhos legítimos em vida do testador, que os não tinha ao tempo do testamento (Código Civil Português, 1888). Disponível em: <<http://www.fd.unl.pt/Anexos/Investigacao/1328.pdf>>; captado em: 29-4-2010.

Em síntese, o arcabouço legal apresentado legitimava a concepção do escravo como uma mercadoria, objeto similar a um animal doméstico. Com isso, cabia ao senhor de escravos estabelecer o modo de tratamento da saúde do seu plantel, sob a mesma lógica de preservação do capital investido. Portanto, a função desse *modelo de medicina veterinária* era manter a *saúde* do patrimônio escravo (Garcia, 1989), por meio de tratamento forçado e, muitas vezes, de práticas de estímulo à natalidade para multiplicar o patrimônio.

O desconhecimento sobre as doenças do trabalho marca a invisibilidade histórica acerca dos danos e crueldades infligidas aos escravos. O resgate desse genocídio representa um tributo de solidariedade com as gerações oprimidas do passado para preservar sua memória, e, ainda, o conhecimento do regime escravocrata ajuda a identificar formas de violência na atualidade que, não raramente, recuperam modelos arcaicos de exploração. A escravidão, abolida formalmente em 1888, persiste na atualidade com novas facetas que a tornam invisível. O conceito legal atual de trabalho escravo caracteriza a ausência de liberdade do trabalhador, mantida pela coerção não econômica (Gellner, Nisbet e Touraine, 1996), configurando-se sua condição de cativo. As técnicas da escravização moderna no Brasil variam desde a violência direta, impedindo que trabalhadores rurais ou urbanos (principalmente migrantes clandestinos) se libertem das atividades do trabalho forçado; a dependência química, pela adição de drogas em substituição às correntes, a exemplo do trabalho de crianças exploradas pelo narcotráfico no controle das favelas; até a subjugação de profissionais do sexo ao trabalho forçado pela ameaça física e pela dependência econômica ou das drogas.

No período escravista, os abolicionistas e quilombolas representaram os primeiros grandes movimentos sociais contra o trabalho desumano no país, inclusive no âmbito da saúde dos trabalhadores.

Na atualidade, a ação social e da saúde, antes como hoje, implica a abolição dessa modalidade de trabalho. Os profissionais de saúde podem colaborar na identificação e denúncia de todas as formas de escravidão, realizar perícias para caracterizar danos físicos, psíquicos e morais em trabalhadores libertados e fundamentar processos jurídicos de reparação de danos.

### **Corpo parcelado e disciplinado para a Revolução Industrial**

A noção de indústria pode ser pensada de forma ampla, na sua característica essencial do uso da energia inanimada para a produção de bens úteis para a sociedade. Os historiadores convencionaram que o surgimento da industrialização enquanto fenômeno social ocorreu em meados do século XVIII, principalmente na Grã-Bretanha (Gellner, Nisbet e Touraine, 1996). A forma de fabricação industrial que caracterizou esse fenômeno representava um método particular de produção criado na Inglaterra, com três características inusitadas em relação à produção na modalidade artesanal existente até então: 1) a divisão técnica do trabalho; 2) o uso intensivo de máquinas de propriedade da empresa; e 3) a existência de uma força motriz capaz de movimentar o conjunto de máquinas – energia a vapor e posteriormente a energia elétrica (Engels, 1985).

Nesse contexto, as oficinas industriais se constituíram, genericamente, de um conjunto de maquinarias, uma força motriz e um conjunto de trabalhadores organizados para esse novo meio técnico-social. A operação das máquinas gerava uma divisão técnica do trabalho que se acentuou significativamente com o desenvolvimento da indústria. As atividades passaram a ser mais parceladas, com tarefas divididas e, portanto, solicitando exageradamente

partes do corpo do trabalhador. Nessa fase inicial, a indústria nascente não dispunha de método gerencial próprio e recorreu aos métodos tradicionais de organização do trabalho (Braverman, 1980). Assim, os métodos de gestão militar e de iniciativa e incentivo foram tomados como formas de organização para o controle e a imposição de disciplina ao conjunto de trabalhadores inseridos na nova modalidade de produção.

Configurou-se a denominada Revolução Industrial e a consequente ocorrência de grandes mudanças econômicas e sociais, também com impactos negativos na saúde dos trabalhadores. Jornadas de trabalho excessivas, ausência de descanso remunerado (não existiam férias), ambientes agressivos e perigosos (ruído, falta de higiene, ventilação, iluminação etc.), além da falta de treinamento, eram parte desse contexto. Outro fato marcante era o emprego de crianças e mulheres, cujos salários eram menores e, conseqüentemente, cujo trabalho era mais lucrativo para os empregadores. Essa situação levou à produção de graves danos à saúde dos trabalhadores, dentre os quais se destacavam a tuberculose, as doenças carenciais, os acidentes graves com mutilações e óbitos e as deformidades ósseas decorrentes do crescimento das crianças que trabalhavam longas jornadas em posturas nocivas.

Não existiam leis que protegessem a saúde do trabalhador na primeira fase da Revolução Industrial. Contudo, as motivações eram distintas nos dois modos de produção. No caso do modo escravista, a ausência de regulamentações justificava-se pelo fato de o trabalhador ser visto como animal. Já no caso do operariado europeu nascente, a ausência de marcos regulatórios era decorrente da emergência de um modo novo de produzir. Nessa forma de relações laborais, comprava-se a força de trabalho associada à higidez e à

capacidade de realização das atividades. Os trabalhadores doentes ou acidentados eram imediatamente demitidos e substituídos por outros hígidos, capazes de manterem a produção.

Com o agravamento das condições de trabalho decorrentes da Revolução Industrial, em 1830 um empresário britânico contratou um médico que organizou o que se considera o primeiro serviço de medicina do trabalho (Mendes e Dias, 1991). Quando existia essa modalidade de assistência médica, ela se estruturava como prática da medicina curativa e cirúrgica, de inspiração militar ou filantrópica, essencialmente concentrada no atendimento de acidentes do trabalho, extremamente frequentes na época (Rosen, 1994).

Com as máquinas e o novo modelo de produção, a indústria capitalista demarcou sua hegemonia em relação ao método de produção artesanal e, ao mesmo tempo, gerou a necessidade de imensa força de trabalho formada por legiões de trabalhadores adultos e de crianças a partir dos quatro anos de idade. Nesse processo, consequências graves para a saúde dos trabalhadores, em especial crianças, começaram a ser identificadas.

Estudos clássicos de Villermé [1988 (1840)], na França, e de Engels (1985), na Inglaterra, descreveram os efeitos devastadores das condições de trabalho na saúde da criança, no início da Revolução Industrial. As condições da época propiciaram a ocorrência de epidemias que estarreceram as sociedades inglesa e francesa. Em função da alta frequência de óbitos, epidemias, mutilações e deformações atingindo os trabalhadores e relacionadas às precárias condições de trabalho, várias leis começaram a ser editadas, principalmente na Inglaterra e França. A formação de um conjunto de leis regulamentando as relações de trabalho, suas condições

e a proteção à saúde redundou na ampla legislação trabalhista da modernidade, conforme resumo no Quadro 3.

Quadro 3  
**Primeiras leis que originaram o direito do trabalho moderno  
(Inglaterra, França e Alemanha, século XIX)**

Inglaterra	
1802	Ato de saúde e da moralidade dos aprendizes, limitando a idade para o trabalho da criança
1833	Ato das fábricas, verdadeiro início da legislação fabril na Inglaterra (instituído pela reforma sanitária sob a coordenação de E. Chadwick, a ser completada com a reforma da Lei dos Pobres)
1833	Nomeação dos primeiros inspetores do trabalho
1898	Criação da primeira inspeção médica do trabalho na Inglaterra
França	
1840	Villermé publica o livro <i>L'État physique et moral des ouvriers</i>
1841	Regulamentação proibindo o trabalho de crianças menores de 8 anos e limite de 12 horas de trabalho para jovens de 12 a 16 anos
1851	Proibição da jornada de trabalho acima de 10 horas para menores de 14 anos e de 12 horas para adolescentes entre 14 e 16 anos
1874	Proibição do trabalho para menores de 12 anos
1874	Criação da inspeção do trabalho (estruturação definitiva em 1892)
1917	Introdução da prática da medicina do trabalho nas empresas
1892	Primeira lei para adultos protegendo o trabalho da mulher, limitado a 11 horas por dia
1937	Constituição do núcleo da inspeção médica do trabalho (médicos conselheiros junto aos inspetores médicos do trabalho)
Alemanha	
1878	Obrigatoriedade da inspeção (assim como nos EUA e na Bélgica)

Fontes: diversas, extraídas dos textos relacionados na bibliografia.

## **Corpo descerebrado e dividido ao extremo: a procura do “homem boi” taylorista**

O método de organização do trabalho na Primeira Revolução Industrial sofreu profundas modificações com a emergência do taylorismo e do fordismo no início do século XX. Com a nova concepção social e cibernética de organização da indústria, desenvolvida inicialmente por Henri Ford para a sua montadora de carros nos Estados Unidos, a Segunda Revolução Industrial foi desencadeada, constituindo-se em nova matriz de produção.

Para Lipietz (1997), o fordismo se constitui em um macromodelo de desenvolvimento que pode ser analisado como um paradigma industrial que engendra princípios gerais de organização do trabalho; significa também a associação ao taylorismo na mecanização industrial, sob a lógica cibernética. Esta se constitui na concentração do enfoque no âmbito das transformações ocorridas no interior da empresa, também denominada de microfordismo ou microcorporativista, segundo Gramsci (1984).

No plano macroeconômico, no início do século XX, diante de um quadro de trabalhadores muito instável, a fábrica Ford aumentou os salários de seus funcionários (cinco dólares por dia) objetivando aumentar a disciplina e a estabilidade da força de trabalho (Beynon, 1995). Concomitantemente, instituiu um conjunto de outras medidas para racionalizar a empresa, transformando-a em uma grande máquina cibernética em que o trabalhador representaria uma parte, como peças dos recursos anexados ao complexo (Figura 7). As empresas fordistas adotaram o gerenciamento científico baseado no método de Taylor, valorizando todas as formas de intensificação das tarefas e de automação industrial.

Figura 7

### Linha de produção com difusão de postos de trabalho no fordismo



Fonte: Produção em massa (fordismo) *versus* produção enxuta (sistema Toyota de produção). Disponível em: <<http://papodeobra.blogspot.com/2008/11/producao-em-massa-fordismo-x-producao.html>>; captado em: 20-4-2010.

O aumento do salário resultou no crescimento da capacidade de consumo dos trabalhadores, o que tornou possível uma estrutura social de acumulação em nível planetário, caracterizando a sociedade de consumo no estilo americano (Gramsci, 1984). Finalmente, o fordismo, como ficou conhecido, representa a construção de um sistema de regras sociais entendida como um modo de regulação do sistema produtivo e da sociedade.

O taylorismo significa uma estrita separação entre a concepção do processo de produção, que representa as tarefas do escritório e da organização, e a execução de tarefas padronizadas e formalmente prescritas sob forte controle do tempo (Braverman, 1980). Os métodos taylorista e sucedâneos foram difundidos em todos os ramos empresariais, em particular no setor terciário. O sistema de tarefas, como foi denominado por Taylor, fundava-se na execução atenciosa do experimento para determinar a melhor *performance* de cada operação e o montante de tempo requerido com a análise dos materiais, instrumentos e seqüências gestuais para estabelecer prescrições de atividades, com uma clara divisão de trabalho entre a administração e a execução.

Para Schwartz (2003), a organização científica do trabalho simplifica a atividade humana, ou seja, ela é antecipada e preparada pelo outro – o trabalho prescrito pelo administrador –, e aqueles que executam não precisam pensar, como queria Taylor. O trabalhador deveria ser o resultante da aplicação do seu método de divisão extrema entre o trabalho intelectual e o trabalho manual. Sustentava-se essencialmente na intervenção sobre o universo biopsíquico, social e cultural do trabalhador para adaptá-lo às necessidades técnicas e econômicas, o que implica uma hipossolicitação ou hipersolicitação psicofisiológica, ambas nocivas à saúde. Requisitam-se apenas conteúdos psíquicos elementares para a realização das tarefas, com uma dinâmica cognitiva mínima.

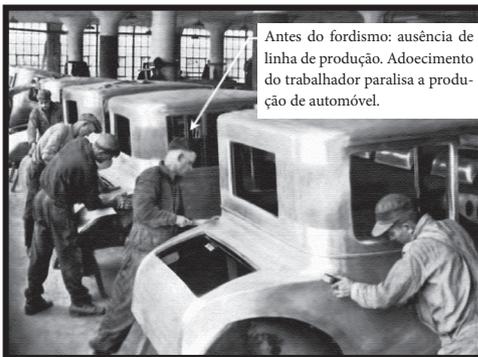
No taylorismo, o biorritmo do corpo deve ser adequado ao tempo regido pelo cronômetro, símbolo da produtividade econômica. A desconstrução do ser humano pode ser sintetizada pela conhecida obsessão taylorista da busca do “homem boi”, em que se subjuga o trabalho a um cotidiano violentamente empobrecido e, assim, se reduz a condição humana ao nível do comportamento amestrado do animal de carga (Marx, 2006). Associado ao fordismo, o trabalhador passa a ser valorizado como parte de uma equipagem complexa, merecedora inclusive de processos de análise seletiva na sua inserção na indústria. Nessa condição, tem a manutenção da sua saúde por meio das práticas de medicina, psicologia, alimentação, segurança e higiene industrial, entre outros. Com isso, evita-se o *desastroso* absenteísmo pela saúde, capaz de interromper a atividade produtiva.

O combate ao absenteísmo (ausentismo), na perspectiva de manter a força de trabalho em atividade, proporcionou a introdução de profissões de saúde e segurança como parte das indústrias modernas em todo o mundo. A tarefa desses profissionais era prevenir doenças e acidentes do trabalho e assim reduzir o absenteísmo nas fábricas, aumentando a produtividade e o lucro. Em seguida, esse modelo de medicina do trabalho e de segurança industrial de

natureza preventiva foi paulatinamente incorporado nas empresas e traduzido para legislações e regulamentações trabalhistas. O fordismo difundiu-se pelo mundo, instituindo a produção em série e o consumo em massa, cuja racionalidade foi aplicada também nos setores agrícola e terciário (Beyond, 1995; Gramsci, 1984).

A organização fordista-taylorista criou a prática de medicina do trabalho na indústria moderna como um serviço especializado em manter a capacidade de trabalho tendo em perspectiva o aumento da produtividade. Essa prática, embora incorporasse o discurso da prevenção introduzida pelo fordismo, procurava aplicar, juntamente com a engenharia de segurança, os princípios do taylorismo na adaptação do trabalhador à precariedade nas fábricas, apesar de sua nocividade em matéria de saúde (Figuras 8 e 9). Nas práticas sobre o corpo do trabalhador, a ênfase se estabelece na seleção dos mais aptos e saudáveis para o trabalho por meio de rigorosos exames pré-admissionais, associados ao processo de exclusão por adoecimento, nas sequências de exames periódicos e demissionais.

Figuras 8 e 9  
**Linhas de produção e relação com ausentismo  
por doença no modelo fordista**



Fonte: <[http://carrosantigos.files.wordpress.com/2009/05/automobile\\_industry\\_1923\\_17.jpg](http://carrosantigos.files.wordpress.com/2009/05/automobile_industry_1923_17.jpg)>;  
captado em: 20-4-2010.

O trabalhador doente pode ser excluído antes da admissão ou posteriormente por meio das avaliações periódicas, quando se omite a informação do diagnóstico de doença do trabalho do próprio trabalhador ou das instituições, com a sonegação da notificação obrigatória. Quando a invalidez temporária ou permanente do trabalhador se confirma, comumente essas práticas se voltam para a demissão do trabalhador e não para o seu tratamento ou para sua reabilitação profissional. Em relação ao perfil epidemiológico produzido nas empresas, essa prática de seleção de hígidos e exclusão de doentes resulta no denominado “efeito do trabalhador sadio”. Trata-se, portanto, de um importante conceito da epidemiologia do trabalho que desmonta o discurso sobre a existência de menor prevalência de doenças nas empresas quando comparadas à população em geral. Em síntese, essa prática médica é denominada de taylorista por vários autores (Desrioux, 1993; Davezies *et al.*, 1998), e esses serviços não objetivam prevenir doenças do trabalho, tratá-las, reabilitar quando indicado, mas, simplesmente, excluir doentes e susceptíveis do mundo do trabalho.

No Brasil, no fim do século XIX e início do XX, com o desenvolvimento da indústria, são relatadas condições precárias de trabalho semelhantes às ocorridas anteriormente nos Estados Unidos e na Europa. A questão social da saúde dos trabalhadores, enquanto classe em formação, emerge com as condições degradantes do trabalho da criança, espancamentos nas fábricas, trabalho noturno, além das condições precárias do trabalho das mulheres e da duração excessiva da jornada (Mendes, 2005). Com o aumento da atividade fabril, principalmente em São Paulo, cresceram os movimentos sociais que levaram à criação da legislação trabalhista em 1917, com a elaboração de um código de trabalho rudimentar, e da lei sobre acidentes do trabalho de 1919 (Mendes, 2005; Spedo, 1998), até a criação do Sistema Único de Saúde, em 1988, conforme resumido no Quadro 4.

**Quadro 4**  
**Principais normativas relacionadas à saúde**  
**e ao trabalho – Brasil, 1888 a 1988**

Ano	Assunto
1891	Determinação da fiscalização nas fábricas em que trabalhavam menores no Distrito Federal
1911-1919	Criação dos primeiros serviços de medicina do trabalho, nas fábricas de São Paulo, de características curativas, com desconto de 2% dos salários para cobrir parte dos custos
1919	Primeira lei de acidentes do trabalho. Base para o surgimento da legislação previdenciária-acidentária Seguro de acidente do trabalho privado
1920	Reforma Carlos Chagas – Criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), com atribuições de polícia sanitária a estabelecimentos de trabalho
1923	Criação da Inspeção de Higiene Industrial e Profissional no DNSP
1923	Lei Eloy Chaves – Criação da Caixa de Aposentadoria e Pensões dos Ferroviários
1930	Criação do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio*
1931	Criação do Departamento Nacional do Trabalho, com as funções de higiene, segurança e inspeção dos ambientes de trabalho. As funções iniciais do campo da higiene e segurança do trabalho são retiradas da saúde pública Contratação de médicos nas áreas de higiene do trabalho. Proibição do trabalho do menor etc.
1933-1938	Criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP)
1940	Criação das Delegacias Regionais do Trabalho (DRT)
1943	Consolidação das Leis do Trabalho (CLT)
1944	Reforma da Lei de Acidentes de Trabalho
1960	Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS)
1965	Regulamentação da inspeção do trabalho, que estabeleceu o Sistema Federal de Inspeção do Trabalho, no qual se baseia a ação de fiscalização de segurança e medicina do trabalho do Ministério do Trabalho e Previdência Social
1966	Criação do INPS, unificando os IAPs
1966	Criação da Fundação Nacional de Segurança, Higiene e Medicina do Trabalho (Fundacentro) para realizar estudos e pesquisas na prevenção de acidentes e doenças do trabalho

**Continua...**

## ...Continuação

Ano	Assunto
1967	Estatização do Seguro de Acidentes do Trabalho (SAT)
1975	Criação do Sistema Nacional de Saúde
1977-1978	Alteração do Capítulo V do Título II da CLT e criação das Normas de Segurança e Medicina do Trabalho, tornando-se a referência para a ação fiscalizadora do Ministério do Trabalho e para o Poder Judiciário
1986	Adesão à Convenção nº 148 da Organização Internacional do Trabalho (OIT), que estabelecia a participação de representantes dos trabalhadores nas ações de fiscalização do trabalho
1988	Constituição da República Federativa do Brasil – Criação do SUS. Atribuição ao SUS de responsabilidade sobre o trabalho para a proteção da saúde. Introdução da noção de saúde do trabalhador na esfera da saúde pública: “Ao Sistema Único de Saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei: [...] II executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador” (art. 200)

Fontes: Diversas, extraídas dos textos relacionados na bibliografia.

\* Esse ministério foi denominado, pelo primeiro titular da pasta, Lindolfo Collor, “Ministério da Revolução” (FGV, 1997).

O SUS resulta, de imediato, em importantes e inusitados movimentos: influencia a organização da saúde do trabalhador na rede pública como um direito universal e dever do Estado; leva a incorporar princípios constitucionais nas legislações estaduais (Oliveira *et al.*, 1997); e introduz a formulação da concepção da saúde do trabalhador como decorrência da esfera conceitual da saúde pública, diferenciando-se assim de modelos reducionistas da medicina do trabalho e da saúde ocupacional (Minayo-Gomez e Thedim-Costa, 2003). A saúde do trabalhador deve ser objeto dos direitos humanos e dos princípios que regem a proteção à saúde, e não mais submissa às estritas imposições econômicas na esfera das relações saúde-trabalho (Vasconcellos e Oliveira, 2008).

Nessa perspectiva, vislumbra-se a saúde como elemento central na proteção do corpo do trabalhador, diante das imposições econômicas e sociais de processos produtivos e relações sociais perversas, que têm marcado a história do trabalho.

## **Corpo flexível e precário: duplo padrão na reestruturação produtiva**

Na fábrica Toyota, no Japão, iniciou-se outro processo de reestruturação dos sistemas produtivos, que recebeu várias denominações: ohnismo – remete ao nome do engenheiro Onho, que implantou o método; toyotismo – nome da fábrica Toyota, que primeiro fez a reestruturação produtiva; *Kanban* – sistema de reposição de estoques; *just in time* e fluxo tenso – produção no tempo exato do consumo; zero estoque; flexibilização (técnica e social) do trabalho; e subcontratação em cascata ou terceirização (Coriat, 1991), como ficou conhecida no Brasil e que caracteriza apenas um dos aspectos do processo.

A reestruturação produtiva se expandiu nos anos 1980, mas, na verdade, começou a ser concebida no Japão no começo dos anos 1960, segundo Coriat (1991). Na época, a família Toyota queria fabricar automóvel produzindo somente o necessário e não mais a produção em massa, com grandes estoques, que muitas vezes transbordavam, sem consumidores. Assim, confiou ao engenheiro Ohno a busca de soluções, que ele encontrou ao observar o sistema de reabastecimento de supermercados. Tratava-se da técnica *Kanban*, que surgiu como uma “inovação organizacional de grande importância no setor do comércio” (Coriat, 1991, p. 29). A concepção do supermercado moderno, assim como de grandes lojas, remete à emergência de um racionalismo originário da introdução do método fordista no setor terciário. As características de um supermercado se constituíram em elemento central na criação do modelo japonês, na fábrica Toyota, que introduziu o método *Kanban*.

A denominada terceirização de todas as atividades consideradas não essenciais à linha central de produção constitui um fluxo tenso ou linear, no sentido de organizar a denominada fábrica mínima. A linearidade das linhas de produção e a terceirização formam dois blocos distintos de trabalhadores na empresa. Um deles, o núcleo

duro, com relações de trabalho estáveis, e o outro com relações de trabalho precárias. O processo de subcontratação em cascata e a variação da jornada de trabalho pressionam as relações de trabalho fordistas, fundadas em jornadas definidas de tempo de trabalho e contratos de trabalho de longa duração. Para a empresa, a flexibilização das relações de trabalho surgiu para se estabelecer todo o tipo de tempo de trabalho em função da demanda, mesmo que isso signifique precarização do trabalho.

Essa reestruturação trouxe novas consequências para a saúde decorrentes da precarização ou deterioração das condições de trabalho e das formas de contratação dos trabalhadores. Segundo Minayo-Gomez e Thedim-Costa (2003), a precarização do trabalho tem as seguintes características: diminuição de postos de trabalho e fragilidade dos novos arranjos laborais, como a oferta de empregos de tempo parcial ou duração eventual; limitações na absorção da força de trabalho jovem, inclusive qualificada; instabilidade e irregularidade ocupacionais; subemprego e desemprego recorrentes, duradouros e sem perspectivas de inclusão no mercado formal; dificuldades de inserção da força de trabalho não qualificada e rendimentos decrescentes para boa parcela das populações já empobrecidas.

Essa característica do processo de reestruturação produtiva impõe diferenciação no quadro de trabalhadores em relação aos contratos de trabalho, às condições de trabalho e, conseqüentemente, às condições de saúde. Conforma o denominado duplo padrão referente às relações de trabalho e saúde entre os contratados pela empresa principal e os terceirizados em geral. Dessa maneira, forma-se um grupo de trabalhadores do núcleo duro que mantém conquistas do fordismo, inclusive em relação ao modelo de práticas de saúde preventiva, medicina e segurança no trabalho, assistência médica supletiva, dentre outros. Os terceirizados formam outro grupo, sob condições precárias e desprovido total ou parcialmente de direitos

trabalhistas e previdenciários e cujo cuidado com a saúde se assemelha ao período pré-fordista, do início da Revolução Industrial.

Nesse processo, encontra-se em andamento uma forte pressão dos setores empresariais para flexibilizar a legislação a fim de adaptá-la ao modo flexível da produção e dos serviços. Essa via significa eliminar conquistas de proteção ao trabalho e da saúde conseguidas historicamente e com isso promover a precarização e a diversificação dos modos de exclusão do trabalho (Minayo-Gomez e Lacaz, 2005). A precarização se refere à flexibilização dos contratos de trabalho, com perdas de direitos trabalhistas, com o objetivo de permitir agilidade nos contratos e demissões de trabalhadores em função de modificações nas linhas de produção. Mais ainda, implica o retorno aos marcos do Estado liberal do início do século XX no Brasil, com a retirada ou o fim das instituições que protegem o trabalho, a exemplo da privatização do sistema previdenciário público, inclusive do seguro de acidentes de trabalho.

Os efeitos perversos da reestruturação produtiva se acumulam, com a automação dos processos agroindustriais e de serviços, com a robotização, que resulta na redução dos postos de trabalho, e com o conseqüente aumento do desemprego tecnológico. Essas transformações contribuem para a redução da exposição a alguns agentes de risco, mas acrescentam novos conteúdos ao trabalho, como a intensificação do ritmo, da sobrecarga psíquica, da multiplicidade de funções e do aumento de responsabilidades.

Essa realidade social vem mudando o perfil do trabalho e dos trabalhadores e a própria concepção de corpo e, conseqüentemente, dos determinantes da saúde-doença desse grupo populacional. Trata-se do denominado duplo padrão de saúde, em que perfis de adoecimento do passado persistem com novos perfis epidemiológicos nos mesmos ambientes de trabalho, o que torna mais complexa a problemática de saúde do trabalhador.

No Brasil, persistem aspectos arcaicos e violentos de uma precarização estrutural que se soma à precarização resultante da reestruturação produtiva. É o caso da exploração do trabalho da criança em condições sociais similares ao ocorrido no século XIX nos países europeus. Atualmente, segundo a Organização Internacional do Trabalho, as estatísticas e fontes de informação indicam que nos países em desenvolvimento 120 milhões de crianças com idade entre 5 e 14 anos trabalham em tempo integral (Forastieri, 1997). Esse dado aumenta significativamente para 250 milhões quando se incluem aqueles em que nessa idade tiveram o trabalho como atividade secundária (*idem*). No Brasil, essa realidade continua presente, em que aproximadamente 3 milhões de crianças e adolescentes trabalham. São números alarmantes que expressam uma dimensão quantitativa do problema, mas os aspectos essenciais relativos à economia, aos impactos sociais e, sobretudo, à saúde continuam em grande parte invisíveis nas estatísticas e nos estudos epidemiológicos.

## Conclusão

A história revela que modos de exploração do corpo resultam em agravos na esfera da saúde do trabalhador, em conformidade com os respectivos processos de trabalho e seus marcos regulatórios. A mudança, na perspectiva da saúde do trabalhador, implicaria transformações nos processos de trabalho para estabelecer a prioridade do estatuto humano e da saúde diante dos interesses privados e econômicos.

O exemplo brasileiro mostra que o processo saúde-enfermidade relacionado ao trabalho tem variado segundo as próprias transformações históricas e sociais. São marcos na memória as modalidades mais atroz de uso do corpo dos trabalhadores para a obtenção de riquezas, a exemplo dos castigos hediondos introduzidos como rotinas na administração de escravos.

A saúde e o corpo representam a própria qualidade de vida, e, contrariamente, a exploração no trabalho leva à doença e à morte precoce. Assim como a saúde é uma conquista, a saúde do trabalhador e a proteção do corpo resultam das conquistas históricas e sociais vivenciadas em todos os tempos e lugares. A luta dos trabalhadores e de diversas organizações e grupos sociais por uma vida digna é a mesma luta pela melhoria da saúde do trabalhador.

## Referências bibliográficas

- BEYNON, HUW (1995). *Trabalhando para Ford: trabalhadores e sindicalistas na indústria automobilística*. Rio de Janeiro, Paz e Terra.
- BRASIL – FUNDAÇÃO BIBLIOTECA NACIONAL (2009). *Projeto Escravos no Brasil (Imagens)*. Disponível em: <[http://consorcio.bn.br/scripts/odwp032k.dll?t=bs&pr=slave\\_trade\\_pr&db=slave\\_trade&use=sh&disp=list&ss=NEW&arg=brasil](http://consorcio.bn.br/scripts/odwp032k.dll?t=bs&pr=slave_trade_pr&db=slave_trade&use=sh&disp=list&ss=NEW&arg=brasil)>; captado em: 30-4-2009.
- BRASIL – SECRETARIA ESPECIAL DE AQUICULTURA E PESCA – SEAP (2008). Disponível em: <[http://www.presidencia.gov.br/estrutura\\_presidencia/seap/noticias\\_ultimas\\_noticias/06/02/2007](http://www.presidencia.gov.br/estrutura_presidencia/seap/noticias_ultimas_noticias/06/02/2007)>; captado em: 8-8-2008.
- BRAVERMAN, Harry O. (1980). *Trabalho e o capital monopolista: a degradação do trabalho no século XX*. 3ª ed. São Paulo, Jorge Zahar.
- CARNEIRO, Edison (2005). *Antologia do negro brasileiro*. Rio de Janeiro, Agir.

- CASTEL, Robert (2001). *As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário*. Petrópolis, Vozes.
- CORIAT, Benjamin (1991). *Penser à l'envers: travail e organisation dans l'entreprise japonaise*. Paris, Christian Bourgois Éditeur.
- DAVEZIES, Philippe; DULERY, Jean Paul; HUEZ, Dominique; PASQUAL, Marie; e SANDRET, Nicolas (1998). Pour finir avec l'aptitude médicale. *Santé et Travail*, n. 23, p. 61-3.
- DESRIEAUX, François (1993). Le taylorisme va bien, merci. *Santé et Travail*, n. 7, p. 24-9.
- ENGELS, Friedrich (1985). *A situação da classe trabalhadora na Inglaterra*. Tradução de R. C. Artigas e R. Forti. São Paulo, Global, Coleção Bases, n. 47.
- FGV – FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS (1997). *A era Vargas: dos anos 20 a 1945. Anos de incerteza (1930-1937)*. Disponível em: <<http://cpdoc.fgv.br/producao/dossies/AEraVargas1/anos30-37/PoliticaSocial/MinisterioTrabalho>>; captado em: 30-4-2010.
- FORASTIERI, Valentina (1997). *Children at work: health and safety risks*. Geneva, International Labour Office.
- FREYRE, Gilberto (1992). *Casa grande & senzala*. 32<sup>a</sup> ed. Recife, Record.
- GARCIA, Juan César (1989). Sociologia e medicina: bases sociológicas das relações médico-paciente. In: NUNES, Everardo Duarte (org.). *Juan César Garcia: pensamento social em saúde na América Latina*. São Paulo, Cortez.
- GELLNER, Ernest; NISBET, Robert; e TOURAINE, Alain (1996). *Dicionário do pensamento social do século XX*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar.
- GRAMSCI, Antonio (1984). *Maquiavel, a política e o Estado moderno*. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira.
- HOBBSAWM, Eric J. (2000). *Os trabalhadores: estudo sob a história do operariado*. São Paulo, Paz e Terra.

- HORVATH, Miguel Jr. (2005). *Direito previdenciário*. São Paulo, Quartier Latin.
- LIPIETZ, Alain (1997). Le monde de l'après fordisme. In: APPAY, Beatrice e THÉBAUD-MONY, Annie (direction). *Précarisation sociale, travail et santé*. Paris, Inserm-Iresco.
- MARQUESE, Rafael de Bivar (2004). *Feitores do corpo, missionários da mente: senhores letrados e o controle dos escravos nas Américas, 1660-1860*. São Paulo, Companhia das Letras.
- MARX, Karl (2006). *O capital: crítica da economia política*. Livro 1, v. 1. Tradução de Reginaldo Sant'anna, 23ª ed. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira.
- MAURO, Frédéric e SOUZA, Maria (1997). *Le Brésil: du XVe siècle à la fin du XVIIIe siècle*. Liège, França, Ed. Sedes.
- MENDES, René (2005). Conceito de patologia do trabalho. In: MENDES, René (org.). *Patologia do trabalho*. 2ª ed. São Paulo, Atheneu.
- MENDES, René e DIAS, Elizabeth Costa (1991). Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. *Revista de Saúde Pública*, v. 25, n. 5, p. 341-9.
- MINAYO-GOMEZ, Carlos e LACAZ, Francisco Antonio de Castro (2005). Saúde do trabalhador: novas e velhas questões. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 10, n. 4, p. 797-806.
- MINAYO-GOMEZ, Carlos e THEDIM-COSTA, Sonia Maria da Fonseca (2003). Incorporação das ciências sociais na produção do conhecimento sobre trabalho e saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 8, n. 1, p. 125-36.
- OLIVEIRA, Maria Helena Barros; OLIVEIRA, Luiz Sérgio Brandão; RIBEIRO, Fatima Sueli Neto; e VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de (1997). Análise comparativa dos dispositivos de saúde do trabalhador nas constituições estaduais brasileiras. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 13, n. 3, p. 425-33.
- PATTERSON, Orlando (2008). *Escravidão e morte social*. São Paulo, Edusp.

- RAMAZZINI, Bernardino (1985). *As doenças dos trabalhadores*. São Paulo, Fundacentro-Ministério do Trabalho.
- ROSEN, George (1994). *Uma história da saúde pública*. Tradução de M. F. S. Moreira. São Paulo, Unesp.
- SCHWARTZ, Yves (2003). Réflexion autour d'un exemple de travail ouvrier. Annexe an chapitre 1. In: SCHWARTZ, Yves e DURRIVE Louis (orgs.). *Travail & ergologie: entretiens sur l'activité humaine*. Toulouse, Octarès Éditions.
- SPEDO, Sandra Maria (1998). Saúde do trabalhador no Brasil: análise do modelo de atenção proposto para o Sistema Único de Saúde. Dissertação de mestrado. Campinas, Unicamp.
- TAUNAY, Carlos Augusto (2001). *Manual do agricultor brasileiro*. São Paulo, Companhia das Letras.
- TAVARES, Luís Henrique Dias (2001). *História da Bahia*. São Paulo e Salvador, Edusp-Edufba.
- UJVARI, Stefan Cunha (2008). *A história da humanidade contada pelos vírus*. São Paulo, Contexto.
- VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de e OLIVEIRA, Maria Helena Barros de (2008). Direitos humanos e saúde no trabalho. *Saúde e Direitos Humanos*, v. 4, n. 4, p. 113-34.
- VERGER, Pierre (2002). *Fluxo e refluxo: do tráfico de escravos entre o Golfo do Benin e a Bahia de Todos os Santos dos séculos XVII a XIX*. Salvador, Currupio.
- VILLERMÉ, L. R. [1888 (1840)]. Tableau de l'état physique et morales des ouvriers employés dans les manufactures de coton, de laine et de soie. Paris, Jules Renouard et Cie. Librairies In: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *El desafío de la epidemiología – problemas y lecturas seleccionadas*. Washington, 1988.