

Resistência Médica e Concessão de Benefícios ao Trabalhador

Luciara Silveira de Aragão e Frota
Historiadora, Jornalista e Analista de Política Internacional

A preocupação com causa e efeito e a história determinista das doenças não se constituem uma novidade. A comprovação no campo de medicina dando a prova com base no experimental dá-se, a partir da segunda metade do século XIX, com as investigações e postulados teórico-metodológicos na área da microbiologia. O apego à forma, a dogmática apreensão da prova, transferiu-se ao terreno das relações sociais e ao trabalho. A Revolução Industrial argüiu como necessária a sua aplicação aos adoecidos e acidentados no trabalho. Causa e efeito comprovado no processo de produção passou a ser exigência. São os primeiros da medicina industrial.^[1]

O estado capitalista e o complexo sistema de instituições previdenciárias, de assistências médica e seguradoras, vão, então, compor um arsenal de legislações e normas específicas fundamentadas numa visão positivista impregnando a prática médica. Nesse sistema, “usuário” e “beneficiário” “médico e cliente”, “empregador e empregado” são meras nomenclaturas. O objetivo é o final de uma partida em que de um lado, a vítima busca fazer jus ao benefício correspondente; do outro, o médico avaliador da doença física a serviço do sistema. Põe-se assim, às claras, a aplicação teórica, do anexo causal.

O médico é formado, conhecedor da terminologia própria de sua profissão; terminologia catalogada desde a revolução científica com tecnologia acentuada pela globalização. Cabe ao médico examinar, avaliar, mensurar grau de exposição de risco e as possibilidades do avanço. Não se trata aqui do “sacerdócio” incorporado na mente coletiva, mas do técnico servindo ao Estado. A reparação ao adoecido no trabalho vai depender de um intrincado aparato burocrático que principia com um sistema de dúvidas para estabelecimento do necessário nexos causal. É preciso medir, tratar do risco específico, verificar os limites de exposição e aferir os níveis de tolerância a que se sujeitou o adoecido no trabalho. Cabe também observar sobre mais condições as pessoas não adoeceriam, salvo nos casos de predisposição já existentes. Trata-se da realidade objetiva, mas, não se cogita da conciliação entre produção com mais benefícios à saúde e reclamos e reparações solicitadas por aqueles acometidos de doenças no trabalho ou vítimas do infortúnio laboral.^[2]

O laudo do médico, o atestado por ele fornecido, ou ainda, o relatório médico, como eles próprios rotulam o documento que expedem é o ponto inicial na tramitação burocrática para o afastamento do trabalhador em função da doença. Dá-se procedimento mais ou menos idêntico, no caso de recebimento de benefícios de seguros de saúde, morte e invalidez permanente.^[3]

A importância desse documento cresce na razão direta do estabelecimento do nexos causal entre doença e trabalho. Nota-se, então, quase sempre, resistências por parte do médico. O costume é não consignar a relação existente ou transferi-la para outras instâncias, tais como, serviços estatais, serviços inerentes à própria empresa e mesmo a postos de saúde de natureza privada e ao fornecimento de relatórios imprecisos. Isto é fato, não só na formação do processo burocrático por dificuldades criadas pelos seguros para cumprimento das aposentadorias previstas em Lei ^[4], como, em casos específicos, onde a doença é desencadeada pela função exercida no trabalho. Ressalte que, nesse caso, a situação torna-se mais difícil pois no não estabelecimento do nexos causal dá-se a perda dos correspondentes benefícios. É preciso que o adoecido prove os danos tão somente à sua integridade física, requerendo, de modo individual, a comprovação de sua doença e de que ela é efeito “de uma causa gerada na produção” ^[5]. O surgimento da teoria do nexos causal está relacionado ao infortúnio do trabalhador e dá-se como um prolongamento da teoria da mono causalidade das doenças infecciosas.^[6]

É certo que a legislação acidentária discursa sobre “a prevenção de doenças e acidentes de trabalho e sobre a prioridade que deve ser dada aos métodos de proteção coletiva que incidiram sobre instalações, equipamentos e processos” ^[7]. Noutras palavras, o que se recomenda é o uso dos discutíveis equipamentos de proteção industrial superposto ao fato de que a sobrevivência em caso de doença ou de acidente, grave ou não, deverá comprovar o uso do equipamento para que a legislação legitime os danos à saúde e mesmo a morte por acidente. Forma-se, pois, um elo entre a organização do trabalho nas empresas e os direitos e benefícios do trabalhador. Da mesma forma, entre a medicina ocupacional e a advocacia trabalhista. Elas requerem o comprovante nexos entre trabalho como causa e doenças e acidente para a correspondente geração de benefícios.^[8]

O comportamento técnico dos métodos credenciados como peritos junto aos INSS, revestidos de uma característica formal-burocrática, inclina-se, via de regra, à negação dos benefícios. O número de atendimentos, quase sempre elevado, não os deixa sempre dispostos a receber e a ouvir sobre sofrimento psíquico das doenças menos visíveis e mesmo daquelas mais expostas. Na percepção de muitos vitimados por doenças no trabalho, as

práticas médicas e técnicas de cada empresa e, principalmente do INSS e dos próprios credenciados usufruindo de sua caixa beneficente, são de qualidade média quanto às políticas implementadas. Ou seja, referem-se às políticas próprias e as socialmente impróprias da instituição. A questão saúde versus força de trabalho e a manutenção do modelo médico-assistencial vigente, preservando a empresa, é uma equação a espera de solução. A fragilidade do sistema de avaliação médica nem sempre reflete diagnósticos corretos e, às vezes, a aplicação de terapias, cirurgias e medicamentos é inadequada.

Mesmo popularmente, não se desconhece a predisposição genética, biológica e/ou psíquica no adoecimento daquele que trabalha. O contraditório dá-se quando o médico, com a base científica desse conhecimento, elabora laudo pretensamente bem fundamentado, relatando confidências colhidas no momento da consulta agindo de forma investigativa e contrária aos interesses do doente.^[9] Ele é então, agente na construção e disseminação de uma crença imprópria e destrutiva, quando ultrapassa a fronteira da medicina rumo à avaliação psicológica, parte de um outro campo específico de conhecimento. Dá-se, nesse caso, uma construção subjetiva usada como elemento fundamental no documento para o processo burocrático de negação da doença. O detalhe “psicológico”^[10] apanhado em conversação com o doente avaliado apesar de passível, do ponto de vista do Direito, de contestação, é uma forma, dentre múltiplas formas de pressão, de preenchimento de relatórios com conteúdos subjetivos, como os exigidos pelas companhias de seguro nos casos de invalidez. No caso específico dos funcionários das empresas regidas pelo CLT, quando os médicos não são os indicados pelos seguros, e mesmo o de famosas clinica particulares, quando chamados a opinar utilizam políticas semelhantes. Essas condutas fazem diminuir a confiança nos médicos e no sistema de saúde vigente. Embora, façam-se distinções entre os profissionais do INSS, profissionais de empresa e os liberais ou autônomos – de onde se retiram os “peritos” dos seguros – percebe-se que as práticas são similares e que seus textos de laudos, relatórios e atestados, aparentando cientificismo são orientados de forma homogênea. Eles traduzem as resistências dos seguros e do INSS ao compromisso assumindo de assistências aos funcionários e trabalhadores. Isso acontece mesmo quando se sabe que o empregador contribui com uma taxa acidentária diferenciada e proporcional ao risco profissional do trabalhador. Essa tese rumo a generosidade da doutrina do “risco social”^[11] difícil de vingar em países como o nosso, onde há escassez de benefícios na área de saúde.

A busca de um ato isento de influencias de terceiros e de fraudes, atua no sentido de negação da doença minimizando a causalidade do trabalho, a finalidade social da assistência previdenciária e as indenizações devidas. O zelo e cuidado na cessão dos benefícios pelos médios beira o temor ao indevido e o

adoecido no trabalho incorpora, a seu modo, uma forma discriminatória de ver e de ver-se, mais além do binômio trabalho-doença e resvala no suposto desejo de não trabalhar. A elaboração dessa crença parte de uma teoria gestada a partir das restrições da negação da doença pelos médicos, levando por exemplo, a discussão ao terreno jurídico sobre a especificidade do termo invalidez.

As resistências ao preenchimento dos próprios formulários de seguros pelos médicos chegam a sobrepor-se às conclusões de juntas médica oficiais em casos já decididos de aposentadorias por invalidez, prevista em Lei. Tal como se fosse um tipo de pré-leitura às restrições. A atitude e a ação desses profissionais, conformando a situação dos adoecidos aos pressupostos teóricos e ideológicos adotados em diferentes instituições define práticas políticas quase idênticas. Como conciliar e fazer valer o senso comum introjectado do suposto aspecto psicológico do adoecido no trabalho, sem espezinhar as necessidades individuais de reconhecimento das suas limitações de saúde? Outras doenças, como as provenientes de esforços repetitivos como a tessenovite definitivamente relacionadas ao trabalho repetitivo de digitação de textos tem seu reconhecimento sempre dificultado. Dá-se, notadamente, com os que trabalham em escrituração, independente do exercício em casa comerciais ou escritórios, dado ao processo de produção agravado pela racionalidade como norma no capitalismo industrial. A patogenia vem sendo reconhecida mais pelo número de casos em elevação e por haver um anexo presumido entre suas causas.

Os movimentos e organizações sociais integrados pelo ser humano moderno passam, como visto, pela forma como ele se vê, participa e se insere no processo de trabalho. A trama que conduz a mudança na saúde, introduzindo melhorias nos interesses dos doentes, pede objetivos e motivações em espaços finitos, sob a condução de forças que impulse ou favoreça. Elas foram sempre o tecido das mudanças sociais em diversas épocas, representando um desafio que necessita de respostas. A ação sobre políticas da saúde, o processo das relações entre instituinte e instituído, o como lidar com o plano das necessidades do novo, o discurso médico; o reverenciar a saúde, são todos vitais como elementos potenciais e coletivos, no plano da saúde e participar da busca de soluções é exercitar-se nos direitos da cidadania.

Certo, no inconsciente de cada um se outorga à medicina a primazia, ou uma das primazias no campo das ciências. Assume-se a visão do médico como "sacerdote" coloca-se, no fundo, um paradigma: buscamos uma ressacralização, buscamos ser felizes. "Saúde e alegria", "mente sã num corpo são", são slogans que vem atravessando os tempos. Usando memória, história,

percepção, buscamos receitas para a nossa ação nas nossas falas nos textos da mídia – uma verdade de fora para dentro de cada um de nós. Há dificuldades em criticar e rejeitar diretrizes, transformando a vivência – como usuário, beneficiário, cliente – e o vir a ser projetos eficazes de mudança.

As doenças e mazelas que afetam o corpo, meio de obtenção do próprio sustento, necessitam ser bem reconhecidas. Claro, não falo aqui do corpo como paisagem pública incorporando-se modelos externos de beleza com o uso de silicone e reparos de lipoaspiração. No caso específico dos adoecidos no trabalho, frias instruções impressas substituem folder e cartazes sugestivos, que orientem funcionários e trabalhadores quanto aos seus direitos trabalhistas na área de saúde. A propaganda ligando saúde e temática médica passa, ao longo do tempo, por modificações que não contemplam atratividade nem a realidade dos trabalhadores. Diverge por razões óbvias, do enaltecimento do “operário padrão”. Talvez porque a sociedade disciplinar reflete-se como um princípio racionalizador, contendo elementos dos séculos XVIII-XIX dado que, historicamente, a saúde é, em tese, um tema como qualquer outro com suas ideologias, símbolos e acomodações.

Como o médico não é bom conhecedor da legislação referente aos direitos do trabalhador, o desconhecimento e o desinteresse são parte da base de sua resistência. O cumprimento das exigências da legislação trabalhista é dificultado também por parte da classe empresarial, sendo o país um dos primeiros do mundo em acidentes de trabalho.

Ressalte-se ainda que a evolução da propaganda quanto ao tema de preservação da saúde no trabalho foi pouco cuidada e incentivada. Ela apenas levantou parte da questão como quando se deu o direcionamento de doenças, como tuberculose e sífilis, para solucionar problemas morais. Incógnitos, mesmo contagiados trabalhavam sobre pretensos controles de saúde. Na verdade, a propaganda sobre saúde nos anos 40 e 50 voltou-se para a classe médica focalizando a família nuclear e deslocando-se após os anos 50 para o culto à beleza. A eugenia que aparece na publicidade voltou-se então para a preocupação do amor conjugal e a noção de saúde é a da alegria de viver. As doenças que retratam os pobres modificam-se nos cartazes: pobres e negros não aparecem na publicidade. A imagem visual, mais que a retórica, factível de calar entre trabalhadores, mais facilmente, não foi direcionada à preservação individual e coletiva, principalmente no caso dos acidentes de trabalho. Ao mesmo tempo em que a caridade deixou de ser um destino coletivo e passou a ser uma escolha pessoal, os avanços da cidadania cobram o cumprimento desses direitos.

A publicidade educativa necessita transformar-se em instrumento fortalecedor do elo entre organizações empresariais e direitos do trabalhador. Ela pode ser mais um pilar na construção originária de pressões de trabalhadores e exigências sociais. Faz-se preciso que todo o elenco de políticas de legislações previdenciárias e de acidentes, meios de fiscalização e ações – quer de caráter reparador ou de abrangência restrita – centradas na teoria do nexo causal – voltem-se para todos os setores das empresas detectando e minimizando as conseqüências de uma assistência médica e trabalhista, ainda frágil.

A resistência médica na concessão dos benefícios estabelecidos em lei parece incluir-se na ação precisa de diminuição do raio de ação do Estado ^[12] cortando as chamadas políticas sociais e suprimindo direitos arduamente conquistados.

a²b

- [1] Também chamada “medicina do trabalho”
- [2] Nos anos 30, o estado mediou o conflito capital versus trabalho. Instituiu um sistema de previdência social e assistência médica, além de criar institutos de previdência social e aposentadorias por categorias laborais – Entrevista: Paulo Maria Aragão – Advocacia do Trabalhista – Fortaleza, 18.11.2001 – Arquivo Pessoal.
- [3] Dá-se, em termos conceituais, a predominância na legislação acidentária da doutrina da responsabilidade objetiva. Há que se ressarcir a vítima financeiramente, independente de culpados e de noção de culpa. Idem. Ibidem.
- [4] Como Aids, Neoplasia Maligna e outros. Artigo 186, Inciso 1, parágrafo 1º da Lei 8.112 de 11.12.1990.
- [5] Vera Carli – Advocacia & Consultoria. Entrevista São Paulo, 30.10.2001 – Arquivo Pessoal.
- [6] Sobre saúde e trabalho conforme de trabalho de Herval Pina Ribeiro “A Violência Oculta no Trabalho”. Rio de Janeiro. Fiocruz, 1999.
- [7] Idem. Ibidem.
- [8] Vera Carli. Entrevista citada
- [9] “Ela me disse que o marido a deixou após fazer mastectomia... está com problemas psicológicos”. Cópia de Relatório Médico encaminhado à Cia. De Seguro Sul América. Arquivo pessoal.
- [10] Idem. Ibidem.
- [11] Herval Pina. Obra citada, p. 30
- [12] Marilena Chauli in Introdução de O DIREITO À PREGUIÇA de Paul Lafargue. São Paulo. 2º ed. Hucitec, 1999.