



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL - PPGSS**

DIANY IBRAHIM DE SOUZA CAMILO

**“NA SAÚDE E NA DOENÇA ATÉ QUE A MORTE OS SEPARE”:
TRABALHO E SAÚDE NOS TEMPOS DO CAPITAL**

**Maceió
2012**

DIANY IBRAHIM DE SOUZA CAMILO

**“NA SAÚDE E NA DOENÇA ATÉ QUE A MORTE OS SEPARE”:
TRABALHO E SAÚDE NOS TEMPOS DO CAPITAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Alagoas, como parte dos requisitos para obtenção do título de mestre em Serviço Social.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Reivan Marinho de Souza

**Maceió
2012**

Catálogo na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico
Bibliotecária Responsável: Fabiana Camargo dos Santos

C183n Camilo, Diany Ibrahim de Souza.
“Na saúde e na doença até que a morte os separe” : trabalho e
saúde nos tempos do capital / Diany Ibrahim de Souza. – 2012.

129 f.
Orientador: Reivan Marinho de Souza.
Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal
de Alagoas. Faculdade de Serviço Social. Maceió, 2012.

Bibliografia: f. 122-126.
Anexo: f. 127-129.

1. Trabalho. 2. Saúde – Condições de trabalho. 3. Doenças
sócio-ocupacionais. 4. Capitalismo. I. Título.
CDU: 364.26:613.6



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS



FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL-MESTRADO

Membros da Comissão Julgadora de Defesa da Dissertação de Mestrado de **Diany Ibrahim de Souza Camilo**, intitulada "**Na saúde e na doença até que a morte os separe**": **trabalho e saúde nos tempos do capital**", apresentada ao programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Alagoas em 18 de outubro de 2012, às 14h, na Sala 01 da Faculdade de Serviço Social (FSSO).

Banca Examinadora



Profa. Dra. Reivan Marinho de Souza
Orientadora (PPGSS - FSSO - UFAL)
CPF: 411790724-72



Profa. Dra. Edlene Pimentel Santos
Examinadora interna (PPGSS- FSSO - UFAL)
CPF: 133659674-00



Profa. Dra. Maria Adriana da Silva Torres
Examinadora externa (UFAL-Palmeira dos Índios)
CPF: 739920464-00

A Hilda e Ibrahim

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, *Hilda e Ibrahim*, que tanto amo e que tiveram (pelo menos tentaram ter) compreensão pelas minhas ausências e impaciências;

À minha orientadora e professora *Reivan Marinho*, com quem tanto aprendi e que tanto admiro;

A todo o *corpo docente do PPGSS*, que respondeu muitas perguntas e inquietações, e me deixou com muitas mais, como parte de um compromisso de buscar continuamente desvelar as verdades e me aprofundar nas teorias marxianas. Tais mestres mostraram que o que aprendemos é “*Para Além da academia*”;

Às Prof.^{as} Dr.^{as} *Edlene Pimentel e Maria Adriana Torres*, pela disponibilidade e atenção em aceitar fazer parte da banca examinadora;

Aos colegas discentes e, em especial, aos seis amigos da turma 2010: minha amiga *Milena Santos, Mayra Queiroz, Clara Crepuscular, Laninha, Karol e Paulo* por todos os momentos vividos juntos;

Ao terapeuta ocupacional e agora mestre em Serviço Social *Waldez Cavalcante*, que me incentivou e me inspirou em todos os momentos do mestrado;

Ao amigo, psicólogo, colega de trabalho e também chefe *Fred Alves*, por todo apoio, compreensão, debates e pela grande amizade;

À minha família (*Ibrahim/Camilo/Pacheco*), e a de Maceió, por adoção;

Às minhas amigas e amigos, em especial as da “antiga república do Grujaú” (*Bárbara, Marcele, Hiana*, minha amiga de infância e comadre *Iranilda*), a *Andréa/Oscar, Antônio Fernando, Claudete, Esmeralda/Jr.*

Aos amigos da UNCISAL, mais especialmente os da PROGESP/NAISST – *naisstianos* (em nome de *Martha Barboza e Maíra*) e da Unidade de Terapia Ocupacional/UTO (em nome de *Janayna Cajueiro*);

Aos amigos do PAM Salgadinho (*Lorella, Jane, Rita, e em especial, meu amigo e irmão camarada Gutembergue*);

Aos meus amigos de Recife (*Kelly Arruda, Dani Sá, Casi Chalegre, Rafa Chiapetta*);

À querida *Rosa*, pela proteção e escuta preciosa;

A “*Dona Rita*”, que tanto ajudou para manter-me concentrada e atenta às leituras e escritas, e ao “*senhor Panto*”, por proteger meu estômago diante dos “bombardeios” da vida;

Aos meus colegas e amigos *terapeutas ocupacionais* e os de *Serviço Social*.

A *TODOS os que fazem o PPGSS*, por se debruçarem tão bravamente na concepção marxista;

Aos grandes estudiosos *Karl Marx, Friedrich Engels e István Mészáros*, que tanto contribuíram para desvelar o mundo em que hoje vivemos e por demonstrarem que este não acaba por aqui.

Grata por tudo.

RESUMO

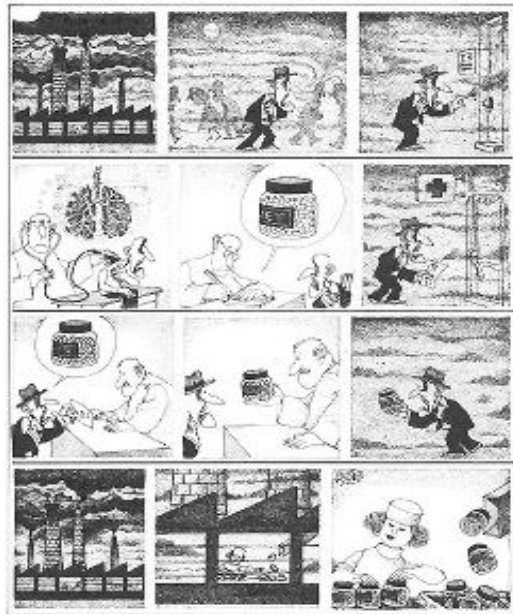
O presente estudo analisa a problemática da saúde relacionada às condições de trabalho e de reprodução dos trabalhadores, identificando as principais enfermidades e suas manifestações nas diferentes formações sociais, em particular aquelas produzidas no capitalismo. Recupera-se a base da produção material e das doenças desde a comunidade primitiva até o capitalismo contemporâneo, visando desvelar a relação que se constitui entre trabalho e doença e suas determinações na sociedade capitalista. A pesquisa desenvolvida é de natureza bibliográfica e tem como referência teórica de análise a perspectiva marxiana. Verifica-se que nas sociedades precedentes os homens conviveram com diferentes doenças, dentre elas, as pestes que contribuíram para dizimar populações. Pelo precário desenvolvimento das forças produtivas, tais sociedades não conseguiam controlar as enfermidades; as tentativas de controle não surtiam efeito, em sua maioria, pelo desconhecimento científico dos agentes causadores dessas enfermidades. Em tais sociedades, o surgimento e a proliferação das doenças eram associados às causas de ordem transcendental, religiosa ou mítica. Já no capitalismo, no decorrer do século XIX, com as transformações ocorridas nos métodos de trabalho, no processo de industrialização, as causas das doenças foram reveladas a partir das descobertas científicas. Em contrapartida, as precárias condições de trabalho e de vida levaram ao desenvolvimento e à disseminação de várias formas de adoecimento, haja vista a intensa jornada de trabalho dos operários que se materializou desde a fase concorrencial até a idade dos monopólios. Permeado por contradições, o sistema do capital, ao tempo que possibilitou, pelo desenvolvimento das forças produtivas e da ciência, condições para eliminar diversas doenças em curso, manteve formas adoecedoras porque seu objetivo não é dizimá-las, mas tão só amenizar suas consequências sociais. Na reestruturação produtiva contemporânea, as doenças sócio-ocupacionais adquirem uma configuração diferenciada, pois se mantêm as doenças de natureza física e ampliam-se os transtornos mentais, diretamente relacionados às alterações tecnológicas e à intensa exploração do trabalho. Identificam-se formas mais sutis de controle do capital que evidenciam a autonomia do trabalho e mascaram a necessidade de se ampliar a extração do trabalho excedente. Quanto ao Estado, torna-se nítida sua função de complementaridade à reprodução do capital, patente no complexo de instâncias lucrativas como a indústria farmacêutica, os planos privados de saúde, as empresas de equipamentos e os diversos serviços que constituem o *complexo médico-industrial*. Por fim, constatamos que na dinâmica do desenvolvimento capitalista, os trabalhadores estão subsumidos à exploração e à precarização do trabalho, cuja lógica produz uma diversidade de adoecimentos que atingem integralmente sua reprodução, controláveis parcialmente pelo sistema sociometabólico do capital.

Palavras-chave: Trabalho. Saúde. Doenças Sócio-Ocupacionais. Capitalismo.

ABSTRACT

The present study analyzes the problem of illness related to work conditions, identifying the main diseases and their manifestations in different social formations, particularly those produced under capitalism. We take up the basis of material production and of community's disease up to the early modern capitalism, aiming to unveil the relationship between work and illness and its determinations in capitalist society. The research is undertaken by an analysis of the literature and has become a reference theoretical of the Marxian perspective. It appears that in earlier societies men lived with different diseases, among them, the pests that contributed to decimate populations. By the poor development of productive forces, these communities could not control the diseases involved, and attempts of control had no effect in most cases because of the scientific ignorance of the causative agents of these diseases. In these societies, the spreading of disease was associated with transcendental, religious and mythical causes. However in capitalism, during the nineteenth century, with the changes occurring in the working methods and in the process of industrialization, gradually the causative agents of disease were revealed by the scientific discovery. In contrast, poor living conditions of workers led to the development and spreading of many diseases, considering the intense work day that happened from the competitive stage until the age of monopolies. Permeated by contradictions, the capitalist system at the same time that allowed the development of productive forces and science, and was able to eliminate several diseases in the course, kept unsanitary conditions because their goal is not to decimate the disease just mitigate its social consequences. In the contemporary restructuring of production, socio-occupational diseases acquire a different setting because it keeps physical diseases and increase mental illnesses that are directly related to technological change and intense exploitation of labor. Are identified more subtle forms of capital controls that emphasize the work autonomy and masks the need to expand the extraction of surplus labor. As for the state, it becomes clear its function complementary to the reproduction of capital, as reflected in complex instances lucrative as the pharmaceutical industry, private health plans, equipment companies and the various services that make up the medical-industrial complex. Finally, in the dynamic development of capitalism, workers are found subsumed by exploitation and casualization of labor, whose logic produces a variety of illnesses that affect their reproduction entirely, controlled partly by the socio-metabolic system of the capital.

Keywords: Labor. Health. Social and occupational diseases. Capitalism.



Charge do Quino

“[...] em seu impulso cego, desmedido, em sua voracidade por mais-trabalho, o capital atropela não apenas os limites máximos morais, mas também os puramente físicos da jornada de trabalho. Usurpa o tempo para o crescimento, o desenvolvimento e a manutenção sadia do corpo (...) o capital não se importa com a duração de vida da força de trabalho. O que interessa para ele, pura e simplesmente, é um maximum de força de trabalho que numa jornada de trabalho poderá ser feita fluir.”

(Karl Marx, 1988)
A jornada de trabalho

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Grupos de causas de adoecimento e morte dos trabalhadores

Quadro 2 – Classificação de Schilling (1984)

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABIFARMA – Associação Brasileira de Indústria Farmacêutica

ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas

AIVD – Atividades Instrumentais de Vida Diária

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividade de Vida Diária

CCQ – Centro de Controle de Qualidade

CID – Classificação Internacional da Doença

COFFITO – Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional

DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DANT – Doenças e Agravos Não Transmissíveis

Dort – Doenças Osteomioarticulares Relacionada ao Trabalho

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

EUA – Estados Unidos da América

GPS – *Global Positioning System*

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

LER – Lesões de Esforços Repetitivos

MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social

MS – Ministério da Saúde

OIT – Organização Internacional do Trabalho

PL – Participação de Lucros

PNCH – Política Nacional de Controle da Hanseníase

QVT – Qualidade de Vida no Trabalho

ST – Saúde do Trabalhador

SUS – Sistema Único de Saúde

TEPT – Transtorno de Estresse Pós-Traumático

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
1 A RELAÇÃO SAÚDE-DOENÇA NAS SOCIEDADES PRECEDENTES: PRIMEIROS REGISTROS DAS DOENÇAS RELACIONADAS AO TRABALHO	20
1.1 Comunidade primitiva: as primeiras expressões das doenças na sociedade	21
1.2 Das sociedades de classe – escravismo/feudalismo: suas temíveis doenças e o trabalho explorado	25
1.3 Do <i>Antigo Regime</i> ao modo de produção capitalista	38
2 MODO DE PRODUÇÃO CAPITALISTA: A RELAÇÃO SAÚDE-DOENÇA NO CONTEXTO DO TRABALHO	45
2.1 Bases da industrialização capitalista: esgotamento físico e mental dos trabalhadores	47
2.2 Precárias condições de trabalho, de reprodução social e as consequentes formas de adoecimentos	59
2.3 Bases de reprodução ampliada das doenças: o desenvolvimento do taylorismo/fordismo e o controle sobre as doenças do trabalho	68
3 REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA, SAÚDE DO TRABALHADOR E A FUNÇÃO SOCIAL DO ESTADO	78
3.1 Reestruturação produtiva e disseminação das doenças sócio-ocupacionais	79
3.2 Medicina do trabalho, saúde ocupacional, saúde do trabalhador e as doenças relacionadas ao trabalho	88
3.3 Complexo médico-industrial e mercantilização da saúde	98
4 O ESTADO E SUA NECESSÁRIA FUNÇÃO SOCIAL NA ORDEM DO CAPITAL	107
CONSIDERAÇÕES FINAIS	116
REFERÊNCIAS	122
ANEXO	127

INTRODUÇÃO

A presente dissertação tem como objeto de estudo a problemática da saúde relacionada às condições de trabalho e apresenta as principais doenças e suas manifestações nas diferentes formações sociais, em particular aquelas produzidas no capitalismo. Recupera-se a base da produção material e das enfermidades mais comuns desde a comunidade primitiva até o capitalismo contemporâneo, principalmente aquelas que mais acometeram os trabalhadores, para investigar se com o desenvolvimento das forças produtivas os homens conseguem exercer o controle da incidência das enfermidades e garantir melhores condições de reprodução material e social.

A pesquisa desenvolvida é de natureza bibliográfica, tendo como referência teórica de análise a perspectiva marxiana como meio de desvelar a relação que se constitui entre trabalho, saúde e as formas de adoecimento na sociedade capitalista. Essa perspectiva analítica de base ontológica procura desvendar a raiz dos fenômenos na dinâmica da realidade social, o que contribui para produzir uma *crítica radical*¹ do objeto investigado. Com isso, objetiva ultrapassar o mundo das aparências para aproximar-se da essência do fenômeno. Foram utilizados como referência metodológica os textos de Karl Marx, Friedrich Engels e de outros autores marxianos contemporâneos como István Mészáros, José Paulo Netto, Sérgio Lessa, Ivo Tonet; além de estudiosos da área da saúde, tais como Jean Claude Polack, Hésio Cordeiro, Seligman-Silva, Lacaz e Mendes & Dias que tratam o tema numa perspectiva histórico-crítica. A pesquisa bibliográfica e documental concretizou-se a partir dos seguintes procedimentos metodológicos: prévia seleção de obras clássicas e contemporâneas – levantamento bibliográfico extenso, leitura de textos, reflexão e sistematização dos conhecimentos, fichamentos de livros e artigos, estruturação do texto e redação final da dissertação, conforme normatização da ABNT². Esses procedimentos realizados na investigação respeitou a regência da análise imanente das obras pelas exigências que o objeto de pesquisa requereu.

Ao analisar o processo saúde-doença, considera-se que o adoecimento não é produzido a partir de uma única causa, mas de vários determinantes histórico-

¹ Crítica radical significa ir à raiz, apreender a essência dos fenômenos produzidos socialmente, conforme a perspectiva marxiana, de base histórico-social.

² ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS (ABNT).

sociais que estão associados às condições de vulnerabilidade do homem em relação à natureza e ao desenvolvimento da produção material na sociedade. Busca-se, com a apreensão do processo histórico-social em que se constitui o objeto, explicitar as concepções de saúde-doença e abordar as formas de tratamentos das doenças de maior destaque e suas manifestações nas sociedades precedentes até o capitalismo. Tem-se como hipótese que, pelo incipiente desenvolvimento das forças produtivas nas sociedades precedentes ao capitalismo, não foi possível controlar as enfermidades, como as grandes pestes que dizimaram populações, de forma mais acentuada no escravismo e feudalismo. As formas de controle outrora utilizadas não surtiam efeito, em sua maioria, por se desconhecer os elementos causadores, pois se remetia às causas de ordem transcendental, ora vinculadas a castigos e punições, ora como poder recebido pelas “mãos divinas”. Supõe-se que das várias enfermidades temíveis do passado, muitas tiveram descobertas suas causas, seus mecanismos de transmissão e de tratamento pelo avanço científico e pelas vastas pesquisas na área da saúde com o desenvolvimento e a consolidação do modo de produção capitalista. Uma sociedade que expandiu, sobretudo, a produção da riqueza material.

Em contrapartida, pelas contradições que são imanentes à relação capital, nesta sociedade vive-se um paradoxo. Ao mesmo tempo que as bases materiais desta sociedade propiciam o desenvolvimento acelerado das forças produtivas e o avanço da ciência e da tecnologia, a possibilidade de eliminar doenças é mantida e também são geradas formas adoecedoras. Tem-se, portanto, a persistência de doenças infectocontagiosas e o aparecimento de novos agravos, decorrentes direta ou indiretamente do trabalho no capitalismo em sua dinâmica incessante de acumulação de riqueza. Questiona-se, a partir dessa hipótese, por que não são eliminadas as doenças e, em particular, as relacionadas ao trabalho. Quais são seus determinantes histórico-sociais?

Diante dessa hipótese e problemática sinteticamente explicitada, apreende-se que o homem adoece de causas multifatoriais, em sua maioria, fruto do processo de reprodução material de cada sociedade. Tem-se como alicerce o trabalho, categoria fundante do ser social, com ênfase na problemática da saúde, pois é através do trabalho que a humanidade produz meios para o atendimento de suas necessidades de subsistência e as demais necessidades sociais e, com isso, desenvolve as forças produtivas nas diferentes sociedades.

Contudo, o trabalho apresenta outra particularidade quando subordinado ao capital nas sociedades de classes que o produziram, pois está voltado à produção de mercadorias como valor de troca, que são resultantes do trabalho abstrato, e não apenas para a confecção de valores de uso, que são produto do trabalho útil concreto (MARX, 1988a). O desenvolvimento histórico decorrente da dinâmica capitalista, conforme dito, produz outra forma de trabalho, o trabalho abstrato, responsável pela ampliação da riqueza social, porém este não suprime, não pode prescindir da determinação ontológica da categoria trabalho como fundante das relações humanas nas sociedades. Convive-se, portanto, contraditoriamente, no capitalismo, com essas duas formas de trabalho que estão sob a regência do trabalho abstrato no ordenamento da produção material e social. Os fenômenos sociais que aparecem nessa sociedade estão submetidos a esta lógica e mudam conforme as necessidades históricas. Assim, quando o trabalho adquire configurações adoecedoras e alienantes, não é resultante de suas características imanentes, mas da forma que ele assume no interior da sociabilidade capitalista, que tem como necessidade principal produzir riqueza através da expropriação da mais-valia, o que pode promover diferentes processos de adoecimento. Isso será abordado ao longo do presente texto.

Com base nessas considerações teóricas sobre a categoria trabalho entende-se que a problemática do trabalhador acometido por doenças está presente nas diferentes sociedades e tem implicações significativas para a reprodução da vida social. Mas, em particular, na sociedade capitalista, verifica-se com o desenvolvimento técnico-científico desenfreado dos processos de organização do trabalho e da incessante necessidade de acumulação, a proliferação de doenças, de natureza diversa, que atingem a vida dos trabalhadores.

De grande repercussão na Saúde Pública, essas doenças que acometem os trabalhadores dificultam ou inviabilizam seu retorno ao trabalho, aumentando assim a numerosa população dos que dependem da concessão dos benefícios auxílio-doença e aposentadoria por invalidez pela Previdência Social. Nesta perspectiva, trabalhadores em “idade produtiva”, quando acometidos por doenças crônicas de caráter limitante, vêem sustada abruptamente sua capacidade laborativa. Ao serem afastados do serviço, estes se deparam com uma nova realidade ao confrontarem-se com suas próprias limitações: a condição de dependência, e muitas vezes, da

necessidade de um familiar ausentar-se do emprego para exercer o papel imposto de cuidador, o que repercute negativamente no aspecto financeiro familiar.

Mas o aspecto que mais se destaca é que durante a reabilitação (e habilitação) nos serviços de saúde, os trabalhadores da área da saúde se deparam com muitos assalariados em condição de retornar ao trabalho, aptos a produzir em sua atividade, porém não encontram no mercado uma demanda receptiva a essa “clientela”, passando estes trabalhadores a constituir o *exército de reserva*³, no contexto de *crise estrutural*⁴ na atualidade, que produz um grande contingente de desempregados em diversas atividades. Cada vez mais seletivo pela demanda oferecida de assalariados disponíveis, o capital não absorve os que se encontram mais vulneráveis ao adoecimento ou com história de doenças do trabalho recorrente, que porventura causem desfalque e conseqüentemente prejuízo para a indústria, para as instituições públicas e comerciais. Com isso, esses assalariados outrora úteis e produtivos ao capital se perpetuam nos serviços de reabilitação, sendo relegados a uma rotina ociosa em casa, e recorrendo aos benefícios assistenciais do governo ou à tão reivindicada aposentadoria por invalidez, vista como segurança financeira familiar. Considerando esses prejuízos particulares, o trabalhador se vê diante de outra limitação imposta pela lógica do capital: a condição de “inutilidade” para o mercado de trabalho, que inviabiliza os que pretendem ser reinseridos, úteis para o capital como consumidores.

Esta realidade tão recorrente desde o início do século XX acentua-se depois dos anos 1980 no capitalismo, pela intensidade da dinâmica da reestruturação produtiva que amplia este universo de trabalhadores acometidos por doenças que passam a ser objeto de pesquisas, de ações na esfera privada e nos segmentos do Estado responsáveis pela legislação social e trabalhista. Diversos Programas e também um conjunto de profissões são criados para exercer o controle desta problemática, que tão só amenizam parcialmente os seus efeitos sobre a reprodução da força de trabalho.

³ Em sua investigação de natureza ontológica, Marx identificou formas variadas do *exército industrial de reserva*. As principais foram: *a flutuante*, *a latente* e *a estagnada*. Quanto à primeira, é composta por trabalhadores que oscilam em estar ou não empregados (mineiros, por exemplo); já a *latente* se manifesta quando desenvolve as relações trabalhistas, que podem transferir-se das áreas rurais para os grandes centros industriais; e a forma *estagnada* é constituída por trabalhadores que não alcançam emprego fixo e por isso peregrinam em meio a uma ocupação e outra. A base dessa população está constituída tanto pelos trabalhadores aptos que cronicamente não encontram emprego, quanto pelos órfãos e viúvas, além dos incapacitados e doentes. De acordo com Marx, estes se constituem em “asilo para inválidos do exército ativo de trabalhadores e o peso morto do exército industrial de reserva” (MARX, 1984, I,2:209 apud NETTO; BRAZ, 2008).

⁴ Esta crise é diferente das demais. Mézáros (2002) a identifica como estrutural, pois está marcada por um *continuum* depressivo. Diferente das crises anteriores, esta se mostra longa, duradoura, sistêmica e profunda.

Dentre essas profissões destaca-se a Terapia Ocupacional⁵, profissão da área da saúde cuja proposta está em possibilitar, através do uso de atividades⁶, a promoção e prevenção de saúde, tratamento e reabilitação às pessoas que temporária ou permanentemente estejam em situações de limitações quanto à autonomia e à independência de suas atividades cotidianas, dentre elas, as diárias⁷, as instrumentais⁸ e as ocupacionais.

Nossa trajetória profissional é nessa área de trabalho, em serviços públicos de saúde, principalmente na (re)habilitação de adultos e idosos e em saúde do trabalhador, em que nos deparamos com a significativa demanda de pacientes adultos jovens, na dita idade “produtiva”, acometidos por alguma doença associada ou não ao trabalho desempenhado. Contudo, pela condição de limitação imposta, tal situação implica para o trabalhador ausência do trabalho e em muitos casos do convívio social, haja vista o tempo prolongado que passa diariamente no local de trabalho, muitas vezes maior do que o disponível para o convívio com sua família ou amigos, quiçá o único lugar de socialização e de laços de amizade. Quando “bem-sucedido” o tratamento de reabilitação, o paciente apresenta-se apto ao retorno e, na sua maioria, regressa ao fator nocivo e extenuante que desenvolveu ou desencadeou a doença.

Nesse sentido, esta trajetória profissional despertou nossa atenção para o estudo, em nível de mestrado, sobre a vulnerabilidade ao adoecimento ocasionado diretamente pelo trabalho – as doenças ditas relacionadas ao trabalho, mas principalmente para apreender os elementos histórico-sociais que fundamentam a existência desta problemática.

Dentre as doenças mais evidentes estão aquelas que abrangem as moléstias osteomioarticulares (em grande parte as que compõem as LER/Dort⁹), os acidentes

⁵ De acordo com a definição apresentada pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO), a Terapia Ocupacional “é uma área do conhecimento, voltada aos estudos, à prevenção e ao tratamento de indivíduos portadores de alterações cognitivas, afetivas, perceptivas e psico-motoras, decorrentes ou não de distúrbios genéticos, traumáticos e/ou de doenças adquiridas, através da sistematização e utilização da atividade humana como base de desenvolvimento de projetos terapêuticos específicos” (COFFITO, 2012).

⁶ O Terapeuta Ocupacional compreende a Atividade Humana como um processo criativo, criador, lúdico, expressivo, evolutivo, produtivo e de automanutenção do Homem, como um ser prático interferindo no cotidiano do usuário comprometido em suas funções práticas objetivando alcançar uma melhor qualidade de vida (COFFITO, 2012).

⁷ A prática das Atividades de Vida Diária (AVD) é atribuição do terapeuta ocupacional conforme a resolução 316/2006 do COFFITO e abrange: mobilidade funcional, os cuidados pessoais, a comunicação funcional, a administração de *hardware* e dispositivos ambientais e a expressão sexual (COFFITO, 2012).

⁸ A prática das Atividades Instrumentais de Vida Diárias (AIVD) é atribuição do terapeuta ocupacional conforme a resolução 316/2006 do COFFITO e abrange a administração doméstica e capacidades para a vida em comunidade (COFFITO, 2012).

⁹ Lesões por Esforço Repetitivo (LER) e as Doenças Osteomioarticulares Relacionadas ao Trabalho (Dort).

de trabalho (por riscos biológicos, traumas, acidentes de trajeto, etc.) e as doenças ligadas ao sofrimento psíquico e de ordem emocional, dentre elas, estafa, depressão, estresse e a síndrome de Burnout¹⁰. Entretanto, cabe ressaltar a significativa prevalência das doenças mais conhecidas na “contemporaneidade” como as *Doenças Crônicas Não Transmissíveis* (DCNT), responsáveis hoje pela maior causa de morte da atualidade, compostas, entre tantas, pela Diabetes, Hipertensão Arterial (HAS), Acidente Vascular Cerebral (AVC), as neoplasias (câncer), as cardiovasculares e as respiratórias (DPOC¹¹); nestas, o trabalho pode estar relacionado direta ou indiretamente tanto no seu surgimento como na sua gravidade.

Além das doenças mencionadas de ordem crônica e limitante, há a persistência de doenças de caráter infectocontagioso que incidem de forma mais endêmica na população pauperizada. Essas doenças costumam dar visibilidade à condição de classe imposta, de forma que há aquelas associadas às precárias condições de vida e de saúde; e ainda há as que acometem a população de uma forma mais geral, como se observa em algumas doenças crônicas como os diversos tipos de neoplasias, responsáveis pelo grande número de mortes no futuro, conforme estatísticas atuais. Há também indícios de surgimento de agravos causados pela alimentação excessivamente industrializada e de pobre conteúdo nutricional, substâncias tóxicas e equipamentos de última geração, dos quais, pelo tempo de uso, ainda não há elementos suficientes para propor um prognóstico de seus danos vindouros.

Destaque também para as enfermidades que já poderiam ter sido extintas na humanidade, mas que ainda são endêmicas em países periféricos e em desenvolvimento, como a tuberculose e a hanseníase. Quanto a esta última doença, amplamente conhecida como lepra, doença milenar que seguiu sem cura até por volta da metade do século XX, embora erradicada em diversos países no mundo, o Brasil e a Índia “disputam” em número de casos. No Brasil, a hanseníase é endêmica nas áreas menos favorecidas das regiões Centro-Oeste, Norte e

¹⁰ Também conhecida como *Síndrome do esgotamento profissional*.

¹¹ São as doenças que compõem as Doenças Pulmonares Obstrutivas Crônicas (DPOC). As mais comuns são: bronquite crônica, enfisema pulmonar, asma brônquica e as bronquiectasias.

Nordeste, não sendo alcançada a meta estimada pelo Ministério da Saúde para erradicá-la até 2010¹².

A abordagem e reflexão desses elementos anunciados nesta introdução e os fundamentos que explicam a problemática do adoecimento do trabalho compõem esta dissertação, que está estruturada em três capítulos.

No 1º capítulo, discutem-se as sociedades precedentes ao capitalismo para explicitar como se produzia a relação saúde-doença na comunidade primitiva e nas primeiras sociedades de classes, escravismo e feudalismo, com base na particularidade da organização da produção material nestas sociedades. Na comunidade primitiva abordam-se as primeiras relações entre os homens na luta pela sobrevivência, o acometimento de doenças pelos grupos sociais de natureza nômade, suas formas míticas de enfrentamento desses agravos e os limites no desenvolvimento da produção material.

Destaca-se no escravismo, sobretudo no mundo grego e romano, a evidência de doenças de diversa natureza e a contribuição dessas sociedades para a área da saúde. Aborda-se a sociedade feudal que, em seu longo período de existência e de domínio na organização material e ideológica, produz a incidência das “temíveis” doenças, o incipiente avanço da ciência e da tecnologia no enfrentamento das necessidades físicas humanas, bem como a permanência das formas de tratamento elementares. Demonstram-se os aspectos histórico-sociais de desgaste desta sociedade na transição do antigo regime para o capitalismo.

No 2º capítulo, são abordadas as transformações nos métodos de trabalho, iniciadas e consolidadas no modo de produção capitalista, a condição de assalariamento e de reprodução social dos trabalhadores desde o período da manufatura, enfatizando o momento da grande indústria através da referência a Karl Marx em *O capital* e a Friedrich Engels em *A situação da classe trabalhadora na Inglaterra*. Trata-se da peculiaridade do desenvolvimento das forças produtivas e da ciência e do porquê da permanência de doenças que já poderiam ter sido eliminadas. Identifica-se nessa organização produtiva maior concentração e circulação de mercadorias. Explicita-se o controle do capital no processo de trabalho e o trabalhador, subsumido às exigências da produção, vivendo em condições de

¹² O Plano Nacional de Eliminação da Hanseníase em nível municipal 2006-2010 foi lançado pelo Ministério da Saúde em 2006. O documento disponível *online* pelo *site* portal da saúde do governo federal http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/hanseniasi_plano.pdf mostra como regiões hiperendêmicas Centro-Oeste e Norte, e o Nordeste considerado como muito endêmica. Em 2008, foi instituída a Política Nacional de Controle da Hanseníase (PNCH), baseada na detecção precoce dos casos, tratamento e cura (BRASIL, 2006).

pauperismo, o que culmina com a disseminação de várias doenças relacionadas ao trabalho, decorrentes dos ambientes insalubres na indústria, nas moradias e nas cidades.

Na continuidade histórica da produção material das sociedades apresentadas, o 3º capítulo analisa as formas de organização do trabalho contemporâneas, suas repercussões na vida do trabalhador, seja no vigor da produção e do consumo em massa, desenvolvido no taylorismo-fordismo, seja na peculiaridade da produção enxuta do toyotismo. Procura-se problematizar por que esses processos de desenvolvimento são simbioticamente acompanhados da precarização do trabalho, da intensa exploração da força de trabalho e de um potencial adoecedor, com destaque para as doenças de maior incidência na atualidade e para as estratégias utilizadas no sentido de combatê-las ou atenuá-las. Trata-se da ampliação do que ficou conhecido como *complexo médico-industrial* referente ao processo de mercantilização da saúde e das práticas lucrativas utilizadas na terapêutica das enfermidades, como as indústrias farmacêuticas e de equipamentos e as empresas hospitalares, que influenciam nos processos de saúde e do adoecer nas relações de trabalho. Tal complexo que repercute na saúde, é semelhante ao *complexo industrial-militar* caracterizado pelo escoamento de capital, no sentido de atender às necessidades de “obsolescência programada ou planejada” (MÉSZÁROS, 2002) demarcadas pelo consumo intenso de mercadorias, tanto pelos profissionais da área como pelos próprios doentes.

Ademais, e não menos importante, faz-se alusão, ainda neste capítulo, aos fundamentos ontológicos do Estado, no sentido de desvelar sua função social no capitalismo, pois se entende que grande parte da sociedade e de estudos realizados apreendem que o processo saúde-doença exige ações e respostas estatais para a vida dos trabalhadores e que a adoção efetiva/ universal de políticas sociais, em específico, de políticas de saúde, será resolutive para tal problemática. Procura-se discutir por que esta concepção dominante desconhece ou nega a dimensão de complementaridade do Estado, em termos econômicos e políticos, como instância necessária à reprodução capitalista, pois em essência não está voltado à garantia plena de condições humanas dignas para a classe trabalhadora.

Assim, pretende-se com este estudo contribuir para ampliar o debate teórico que aborda a relação entre a organização produtiva e a saúde do trabalhador. Em particular, problematizar as novas formas de adoecimento que são gestadas a partir

do desenvolvimento das forças produtivas no capitalismo, discutindo sobre os encaminhamentos e contradições que o sistema metabólico do capital põe, no sentido de apresentar perspectivas para superar tal cenário. E, principalmente, refletir sobre essas formas de adoecimento que têm atingido a reprodução integral do homem na sociedade, repercutindo fisicamente, intelectivamente e socialmente em suas vidas.

1 A RELAÇÃO SAÚDE-DOENÇA NAS SOCIEDADES PRECEDENTES: PRIMEIROS REGISTROS DAS DOENÇAS RELACIONADAS AO TRABALHO

O presente capítulo procura explicitar a relação saúde-doença nas sociedades que antecederam ao capitalismo, bem como as estratégias utilizadas pelos homens para combater as enfermidades mais temidas em cada época, principalmente aquelas que tinham relação com o trabalho.

No que se refere ao desenvolvimento histórico da humanidade, este foi marcado pela dinâmica dos modos de organização da produção social, tendo em seu interior desdobramentos pautados pelas diversas formas de relações entre os indivíduos e o trabalho. Dessa forma, concepções sobre saúde e doença, noções de curabilidade e tratamentos empregados também acompanharam as transformações decorrentes das demandas da produção e reprodução social de cada momento histórico.

A relação saúde-doença é marcada pelas alterações no contexto social, político e, principalmente, econômico. No entanto, nem todas as concepções que abordam tal relação têm como referência o argumento de Andery (2006, p. 11) de que:

É [a] base econômica que determina as formas políticas, jurídicas e os conjuntos das ideias que existem em cada sociedade. É a transformação dessa base econômica, a partir das contradições que ela mesma engendra, que leva à transformação de toda a sociedade, implicando um novo modo de produção e uma nova forma de organização política e social.

Concorda-se com esse argumento do autor de que a produção econômica e os processos de transformação que eles engendram definem relações sociais e políticas que interferem decisivamente na existência da problemática saúde-doença nas sociedades.

Com base nesse fundamento, aborda-se, inicialmente, a comunidade primitiva. Uma sociedade em que os homens se organizavam naturalmente, visando à produção dos bens para atender às necessidades materiais de todos; assim, não havia divisão de classes sociais, nem o controle privado da propriedade e da produção. A relação saúde-doença apresentava peculiaridade em decorrência das relações naturais que predominavam nesta sociedade. Nas sociedades de classes – escravismo e feudalismo –, conforme será tratado adiante, com o excedente da

produção desenvolve-se uma organização social em que se destacam as primeiras formas de exploração do homem pelo homem, o controle privado da propriedade e da produção do excedente, a formação do Estado e de classes sociais antagônicas. Até esse período, a apreensão dos elementos determinantes da relação saúde-doença era associada às causas de ordem transcendental.

São, portanto, abordadas e destacadas nos itens a seguir as doenças e epidemias que assolaram a comunidade primitiva e as sociedades escravista e feudal, as dificuldades encontradas e a diversidade das formas de tratamento concebidas pelos homens. Propõe-se explorar tais elementos com o propósito de explicitar as bases materiais dessas sociedades e a relação saúde-doença, bem como o processo em que essa relação se complexifica com o desenvolvimento das forças produtivas e de sua articulação à produção do trabalho.

1.1 Comunidade primitiva: as primeiras expressões das doenças na sociedade

Sendo o homem a forma mais complexa de vida, seus primeiros ancestrais já apresentavam capacidade cerebral de processar informações e retirar da natureza o que precisavam para a sobrevivência, em uma forma de organização superior aos demais animais. Entretanto, o que leva o homem a criar instrumentos, ferramentas, artefatos, produtos de subsistência, bem como o desenvolvimento de ideias, o planejamento e a elaboração, é resultado da sua interação com a natureza. Diferentemente dos homens, a atividade dos animais segue um processo biologicamente determinado, age de forma a proteger-se e definir sua sobrevivência dentro dos limites e possibilidades de sua ação instintiva na natureza.

A primeira forma de trabalho da história deu-se através da coleta, durante o período das comunidades primitivas, há milhares de anos. A coleta implicava uma sociedade nômade, organizada em bandos que passavam o dia em busca de alimentos. Para Lessa (2010), a vida gregária desenvolvida por essas comunidades gentílicas levou a sobrevivência do homem à seleção natural, visto que a existência de cada membro dependia da existência de todos e não havia relação de poder, de maneira que isto permitiu sua constante evolução diante das situações adversas nas andanças do grupo. O trabalho era realizado coletivamente com divisão nas tarefas por gênero e idade; o seu produto era dividido para todos, pois o consumo era

destinado à sobrevivência dos grupos, não havendo possibilidade de produzir excedentes. A propriedade de instrumentos e de produtos do trabalho pertencia à comunidade. O autor mencionado assinala que o trabalho compreende a gênese da vida social. Dessa forma, as novas descobertas e habilidades adquiridas forneceram condições para a criação de uma gama de conhecimentos e instrumentos, permitindo o desenvolvimento do próprio homem e das relações sociais. Marx (1988a) desvela o fundamento ontológico do trabalho no Capítulo V d'*O Capital*:

Antes de tudo, o trabalho é um processo entre o homem e a Natureza, um processo em que o homem, por sua própria ação, medeia, regula e controla seu metabolismo com a Natureza. Ele mesmo se defronta com a matéria natural como uma força natural. Ele põe em movimento as forças naturais pertencentes à sua corporalidade, braços e pernas, cabeça e mão, a fim de apropriar-se da matéria natural, numa forma útil para sua própria vida. Ao atuar, por meio desse movimento, sobre a Natureza externa a ele e ao modificá-la, ele modifica, ao mesmo tempo, sua própria Natureza. Ele desenvolve potências nela adormecidas e sujeita o jogo de suas forças ao seu próprio domínio (MARX, 1988a, p. 142).

O que faz do trabalho a categoria fundante do mundo dos homens é ser essencialmente uma categoria social. Assim, o homem ao transformar a natureza, utilizando sua corporalidade, não permanece o mesmo nesse processo, pois há intercâmbio orgânico. O homem que idealizou algo e concretizou a partir do produto do seu trabalho, modifica-se e adquire novas habilidades. Em outras palavras, Tonet e Nascimento (2009, p. 22) afirmam que:

O trabalho, portanto, tem a potencialidade de permitir ao homem expressar as suas forças essenciais; de construir-se como um ser autenticamente humano. Que isto seja efetivado de forma mais ou menos plena depende do momento histórico-social em que a humanidade se encontre e da forma concreta que o trabalho assuma.

Embora ainda não desenvolvido em sua forma plena, conforme atestam os autores, o trabalho se apresenta como a categoria fundante da vida social desde as comunidades primitivas. Nesse contexto, todos trabalhavam e usufruíam do fruto do trabalho, seja na coleta de alimentos ou a partir do planejamento e execução de novas maneiras de transformar a natureza, de acordo com suas necessidades. Com isso, engendra-se a formação do ser social.

À medida que se desenvolviam enquanto grupos, os homens passaram a se organizar em tribos, vivendo em cavernas ou choupanas e sobrevivendo tanto da coleta de alimentos quanto da caça eventual. Criaram vários instrumentos para a

caça e pesca, dentre eles, lanças, o machado de pedra, o arco e a flecha, peças de cerâmica; fizeram vestimentas e descobriram o fogo com sua larga funcionalidade. Da descoberta do fogo, sem sequer terem conhecimento do seu poder antibacteriano, os homens passaram a utilizá-lo para cozinhar e assar alimentos, proporcionando uma nutrição com menor risco de contaminação e de fácil mastigação, o que resultou em condições propícias para o desenvolvimento da fala. A cada geração, os homens aperfeiçoaram sua busca por alimentos, adquirindo maior conhecimento sobre as condições de clima e sobre os outros animais (UJVARI, 2003).

Predominava uma divisão sexual e espontânea do trabalho. Ao homem cabia a tarefa da caça e da pesca, a confecção de instrumentos e o combate com as outras tribos. Já à mulher, cabia-lhe a tarefa de cuidar da casa e fazer a comida. No entanto, ambos eram proprietários dos instrumentos criados e utilizados (ENGELS, 1984).

De acordo com Engels (1984) em sua obra *A origem da família, da propriedade privada e do Estado*, a disputa por alimentos e por abrigos demonstrava que a cooperação era a condição indispensável para a sobrevivência de todos. Com a domesticação de animais, os homens perceberam que o gado, além de ser alimento, produzia leite, e do couro eram feitas vestimentas, de forma que passou a ser vantajoso voltar-se à criação de certos animais. Gradativamente, o aumento dos produtos e da matéria-prima possibilitou o intercâmbio de produtos entre as tribos. O gado passou a ser a principal mercadoria de troca, haja vista a necessidade de uma mercadoria servir como dinheiro, equivalente universal de todas as mercadorias. Conforme desenvolviam a agricultura, a pecuária, a horticultura, a domesticação de animais, o aperfeiçoamento dos instrumentos, a aquisição de habilidades e o maior domínio sobre a natureza realizado pelo trabalho, os homens começaram a acumular sua produção, chegando a ultrapassar as necessidades imediatas para a sobrevivência. A partir da revolução neolítica¹³, o acúmulo desencadeado pelo excedente econômico permitiu a constante troca de produtos de uma comunidade com outra, gerando as mercadorias e as diferenciações entre os grupos. Destes, havia os que produziam, e os que se apropriavam dos bens produzidos. Essa nova característica possibilitou o surgimento do escravismo (NETTO; BRAZ, 2008).

¹³ Referente às duas grandes descobertas relacionadas à descoberta da agricultura e à domesticação de animais.

Assim, o excedente possibilitou as primeiras formas de exploração do homem pelo homem, baseado na propriedade privada. Essa passagem fundou a necessidade do Estado e o surgimento das sociedades de classe. De acordo com Lessa (2010, p. 6) “a coleta fundou a sociedade primitiva, e o trabalho explorado (alienado) fundou as sociedades de classe”. Neste sentido, o autor entende que “a gênese do trabalho explorado é, também, a gênese das classes sociais”, embora nem todas as comunidades seguiram esse curso histórico, como o modo de produção asiático¹⁴.

Diante dessas constatações, é indubitável que as condições de reprodução social nesse momento foram muito precárias e a carência fazia com que o pouco que se produzisse fosse consumido. Predominava um desenvolvimento atrasado das forças produtivas em face do domínio limitado do homem sobre a natureza. Andery (2006) argumenta que a sociedade primitiva era estruturada em função da produção de alimentos e artefatos, e de componentes míticos que influenciavam a vida da comunidade, predominando uma apreensão mágico-religiosa dos fenômenos sociais. Aos poucos a relação entre trabalho e magia foi sendo desvinculada e houve menos influência entre elas.

Os povos acreditavam que as doenças procediam de forças sobrenaturais decorrentes do poder dos deuses ou das feitiçarias lançadas por alguns homens. Assim, o tratamento e a cura das doenças eram realizados pelos rituais de magia por curandeiros, feiticeiros e xamãs, sendo os recursos naturais (ervas, água) também usados para mobilizar os espíritos benignos (UJVARI, 2003). Essa concepção mágico-religiosa perdurou por muitos séculos.

Embora haja poucos registros¹⁵ sobre as doenças mais prevalentes nesta época, devido ao nomadismo e ao trabalho exercido de maneira rústica, com utilização de instrumentos rudimentares, há indicativos da ocorrência de doenças, sobretudo articulares e de coluna, além de casos de desnutrição, pelos poucos

¹⁴ O modo de produção asiático tinha uma forma primitiva de exploração do homem pelo homem e se diferenciou do modo de produção escravista. Nas sociedades asiáticas a classe dominante se apropriava da riqueza através dos impostos de maneira coercitiva, sob ameaça do uso da força militar. Com característica de terra restrita para a agricultura, a produção exigia construções de estruturas tais como represas e túneis de irrigação, que permitissem o desenvolvimento das forças produtivas (LESSA; TONET, 2008).

¹⁵ Atualmente o campo da paleoparasitologia se ocupa em estudar a partir das fezes petrificadas em materiais arqueológicos, obtendo informações sobre os hábitos humanos naquela época. Os cientistas identificaram achados nos materiais coletados com amostras de plantas, alimentos e insetos, além de identificar as condições climáticas nas áreas de deserto ou montanhas em que viviam os primeiros habitantes. Isso constitui numa importante fonte para acompanhar o surgimento e a evolução das doenças e infecções ocasionadas por parasitas ao longo dos tempos (COELHO, 2003). Os pesquisadores identificaram, por exemplo, que as populações se tratavam com o uso de várias plantas, muitas vezes misturadas a outros compostos; visualizaram também resíduos de verminoses conhecidas nos nossos dias.

recursos alimentícios. As causas externas como ataque de animais nas disputas por alimentos e por abrigos provocavam enfermidades, assim como fenômenos da natureza decorrentes das mudanças climáticas (frio ou calor intenso), que implicavam adoecimentos sazonais (UJVARI, 2003).

Diante do exposto, cabe ressaltar o poder peremptório das forças da natureza sobre a vida dos homens e o caráter predominantemente natural enfrentado pelas comunidades primitivas no trato da relação homem-natureza, bem como sua modificação na realização do trabalho ainda de forma paulatina. Essa dimensão natural estendia-se ao homem com a aparição de doenças, em face do precário desenvolvimento das forças produtivas, resultante do incipiente domínio do homem em relação à natureza. Apesar da concepção mítica quanto às origens e causas das doenças e enfermidades, conforme dito anteriormente, os homens faziam uso de elementos orgânicos da natureza como ervas e plantas, de modo a tratar e curar-se das enfermidades. Muitas dessas ações deram resultados satisfatórios e persistiram por séculos, e ainda são encontrados resquícios dessa cultura nos dias de hoje, nas pesquisas realizadas.

Dando continuidade à exposição, a seguir será abordada a relação saúde-doença nas sociedades de classes precedentes ao capitalismo, com vistas a explicitar sua associação com a produção do trabalho.

1.2 Das sociedades de classe - escravismo/feudalismo: suas temíveis doenças e o trabalho explorado

Segundo o que foi explicitado anteriormente, o surgimento do excedente da riqueza na produção material foi o ponto de partida para a exploração e escravização do homem pelo homem, baseado na força e na violência, produzindo sociedades de classes. O modo de produção escravista, em particular, estrutura-se por volta de 3.000 anos a.C. até a queda do Império Romano.

A busca pelo conhecimento e a razão de mundo vigente revelam as necessidades e as demandas materiais da humanidade. Nas sociedades de classes, essas ideias correspondem às ideias da classe dominante. Como bem expõe Andery (2006, p. 12,13):

O desenvolvimento do homem e de sua história não depende de um único fator. Seu desenvolvimento ocorre a partir das necessidades materiais;

estas, bem como a forma de satisfazê-las, a forma de se relacionar para tal, as próprias ideias, o próprio homem e a natureza que o circunda, são interdependentes, formando uma rede de interferências recíprocas. Daí decorre ser esse um processo de transformação infinito, em que o próprio homem se produz. Nesse processo do desenvolvimento humano multideterminado, que envolve inter-relações e interferências recíprocas entre ideias e condições materiais, a base econômica será o determinante fundamental. Tais condições econômicas em sociedades baseadas na propriedade privada resultam em grupos com interesses conflitantes, com possibilidades diferentes no interior da sociedade, ou seja, resultam num conflito entre classes. Em qualquer sociedade onde exijam relações que envolvam interesses antagônicos, as ideias refletem essas diferenças. E, embora acabem por predominar aquelas que representam os interesses do grupo dominante, a possibilidade mesma de se produzir ideias que representem a realidade do ponto de vista de outro grupo reflete a possibilidade de transformação que está presente na própria sociedade.

Com base nessa consideração do autor entende-se que o desenvolvimento material das sociedades de classes, marcadas pelo controle de uma classe sobre a outra, produz relações sociais, políticas e ideológicas de dominação explícita. O grupo dominante exerce o poder sobre aqueles grupos que subjuga. Na pesquisa desenvolvida sobre o modo de produção escravista será particularizado o mundo greco-romano, com destaque para o desenvolvimento de sua produção material, as descobertas na medicina, as práticas preventivas de saúde e higiene, e o comércio, que possibilitou o surgimento do dinheiro e da atividade mercantil. Na Grécia antiga, cerca de 800 a.C., o comércio era basicamente composto de produtos agrícolas e artesanais, base da atividade econômica. Os produtores eram proprietários de terra, dos meios de trabalho e de outros homens, os escravos (ANDERY, 2006).

A relação de produção correspondia ao trabalho rude e braçal realizado pelos escravos. O escravo pertencia integralmente ao senhor, portanto, tudo o que ele produzia (inclusive filhos) não lhe pertencia, cabendo-lhe trabalhar para “pagar” ao senhor o investimento feito. As mulheres escravas dedicavam-se às tarefas domésticas, enquanto os homens cuidavam do gado, plantavam e colhiam. Crianças e idosos também trabalhavam. Seus hábitos de alimentação e higiene eram precários apesar das ações preventivas de saúde, cujas práticas não chegavam ao escravo. Somem-se à escassez a execução do trabalho sob correntes e a vigília cerrada sob risco de severos castigos. Por essa razão, devido às condições degradantes de trabalho, intimamente associadas às péssimas condições de moradia e alimentação, os problemas de saúde eram constantes. Muitas das causas das doenças eram atribuídas a ordens míticas associadas a castigos ou provações.

A condição de escravo era semelhante à de um instrumento de produção como outro qualquer; assentava-se numa negação peremptória do caráter humano do escravo. Dessa forma, os escravos reagiam comportando-se de maneira diferente de outros grupos sociais e, quando oportuno, sabotavam a produção. Cabia aos feitores o controle sobre eles para impedir rebeliões e castigá-los. Como na época havia grandes impérios e baixa economia local, em decorrência do desenvolvimento precário de técnicas para ampliar a produção, acumular riqueza significava trocar escravos, ter mais escravos e terras e, diante da desvantagem numérica, os senhores investiam na vantagem militar, com um exército cada vez mais eficiente para que eles se mantivessem como classe dominante.

Para manter o controle sobre os escravos, era necessário desenvolver instrumentos de coerção baseados na violência e na força, mantendo-se assim o regime de dominação. O Estado foi criado para esse fim; subsidiado pela classe dominante, precisava cada vez mais de riqueza para sua estrutura repressora. Nessa direção, a grandeza do Império também reclamava um enorme excedente econômico para manter a repressão dos escravos, a submissão dos povos conquistados e o parasitismo dos grandes proprietários. Com as invasões bárbaras¹⁶, a queda do Império Romano culminou no fim do escravismo (NETTO; BRAZ, 2008).

Nesse período verifica-se o aparecimento de doenças graves, sendo o tratamento empregado e a apreensão das suas causas determinantes orientados por uma concepção mágico-religiosa. Concebia-se a doença como sinal de desobediência ao mandamento divino. Dessa forma, estar enfermo significava ser possuidor de pecados. Em muitas culturas, o feiticeiro da tribo era quem podia expulsar os maus espíritos causadores de doenças. Assim, doença e morte poderiam ser resultado da maldição de um inimigo ou fruto de uma conduta errada da pessoa acometida (SCLIAR, 2010).

O povo hebreu viveu períodos de pestes e doenças associadas ao castigo divino. A Bíblia, no Antigo Testamento, explora, mais especificamente em *Levítico*, as enfermidades que acometiam o povo. Dentre os “castigos divinos” estão a

¹⁶ “A desordem política e a disseminação do cristianismo foram dois fatores que, somados às Invasões Bárbaras, foram responsáveis pela crise do Império Romano. Esse processo de ocupação foi realizado pelos bárbaros, povos que eram assim chamados pelos romanos por viverem fora dos territórios do Império e não falarem latim. Foi com a introdução das tradições dos bárbaros, também chamados germânicos, que o mundo feudal ganhou suas primeiras feições”. Disponível em: <<http://www.historiadomundo.com.br/idade-antiga/invasoes-barbaras.htm>> em 6 de novembro de 2011.

pobreza, a fome, a peste, a lepra, a febre, as úlceras, a sarna, a loucura e a cegueira transmitida para suas gerações (BÍBLIA, 1993).

Na Grécia antiga, sob forte influência da mitologia, acreditava-se que as doenças eram enviadas pelo deus Apolo. Dessa forma, a cura também era concebida através de um deus, Asclépio, deus solar e da saúde, filho de Apolo, o qual detinha o poder de curar as pessoas das enfermidades (UJVARI, 2003).

Ainda de acordo com a mitologia grega, as duas filhas de Asclépio, Higeia e Panaceia, eram responsáveis respectivamente pela restauração da saúde e pelos medicamentos empregados no tratamento e na cura. Essa visão mitológica foi predominante no século VI a.C. e permaneceu por quase mil anos. Os templos¹⁷ construídos para os tratamentos continham pavilhões para acomodar os doentes, que se purificavam através de jejum, banhos e óleos na pele. A cura se dava pelo sono, visto que dessa forma entidades eram recebidas e indicavam a terapêutica para cada caso (UJVARI, 2003). A cultura grega contribuiu para as primeiras noções do cuidado médico e práticas da medicina clínica, enquanto os romanos se voltaram às questões sanitárias nas vias urbanas do Império (SOUTO, 2004).

A causalidade das doenças era explicada pela relação homem-natureza, e cabia aos filósofos a tarefa de desvendá-la. Grandes pensadores surgiram nos tempos áureos da filosofia, como Tales de Mileto, Pitágoras, Anaximandro, Anaxímenes, Parmênides e Hipócrates. Dentre esses, Hipócrates foi quem mais se ocupou em analisar as causas das doenças e suas formas de tratamento.

Hipócrates, conhecido como “pai da medicina”, no século V a.C. contribuiu para distinguir a causa das doenças da influência direta dos deuses gregos. Ele definiu que há quatro elementos líquidos no corpo humano, denominados humores¹⁸, a saber: a bile amarela, a bile negra, a pituitária e o sangue. Para gozar de boa saúde, era necessário o equilíbrio entre esses fluidos e na falta ou excesso de um deles, desenvolviam-se as doenças. O tratamento proposto pelo filósofo para a cura baseava-se em eliminações de excrementos como fezes, urina, suor, vômito, secreção purulenta ou eliminação do sangue (sangria), além da utilização de algumas substâncias naturais (UJVARI, 2003). Ademais, eram recomendadas algumas práticas preventivas, como atividades físicas (ginásticas), massagens,

¹⁷ Os templos perduraram até 335 d.C., e, por ordem do Imperador Constantino, foram destruídos durante o Império Romano.

¹⁸ Hipócrates acreditava que esses humores também influenciariam o comportamento das pessoas, daí a associação até hoje que se tem do estado de humor posto como bem ou mal-humorado.

banhos e meios que provocassem a eliminação dos líquidos acima mencionados. Hipócrates contribuiu para detectar as condições climáticas e ambientais que influenciaram no aparecimento das doenças e denominou as que resultavam em quadro febril de larga expansão na população como epidemia.

A concepção fisiológica iniciada por Hipócrates explica as origens das doenças a partir de um desequilíbrio entre as forças da natureza que estão dentro e fora da pessoa. O médico era uma espécie de artesão, treinado mediante o relacionamento direto mestre-discípulo. O modelo hipocrático como ficou conhecido, centrava no paciente como um todo e no seu ambiente, evitando ligar a doença às perturbações de órgãos corporais particulares.

Pela própria condição de não humano do escravo, as práticas de saúde e higiene eram direcionadas exclusivamente à classe dominante. Notadamente, há poucos relatos na literatura sobre as doenças ocupacionais e relacionadas ao trabalho nesse período. Alguns registros identificaram o uso de bandagem de couro em volta da boca de tocadores de flautas, envenenamento por chumbo e pneumonia em escravos nas minas (ROSEN, 1994).

No mundo romano, alguns cuidados preventivos de higienização eram recomendados à população. Havia um sistema de abastecimento de água potável e de saneamento onde os dejetos eram deslocados ao esgoto subterrâneo, uma medida profilática eficiente de combate à diarreia para a época. Souto (2004) destaca que no Império de Nero havia funcionários públicos que supervisionavam a limpeza urbana das ruas e dos mercados públicos. É curioso que esse sistema de práticas sanitárias, após a decadência de Roma, não foi adotado nos séculos posteriores, durante o feudalismo, sendo recuperado somente no século XIX.

Dentre os hábitos dos romanos, havia a prática de banhos termais pela qual se pagava pelo serviço e poder-se-ia passar horas desfrutando dessas casas de banho, o que contribuiu para prevenir infecções como tifo e infestações de piolhos (UJVARI, 2003). Em contrapartida, os escravos ficavam no subsolo a fim de manter a temperatura ideal da água para essa prática, o que denota as precárias condições climáticas e de acomodação durante essa tarefa.

As guerras e as destruições foram responsáveis pela disseminação e expansão de muitas epidemias¹⁹. A cada território dominado em Roma, eram

¹⁹ Em 480 a. C., sob o comando de Xerxes, os persas reuniram-se para combater contra a Grécia. Depois das primeiras batalhas, os soldados persas foram castigados pela fome que assolava. Os sinais de fraqueza não

enviados prisioneiros de guerra para desempenhar trabalho escravo. Os que possuíam alguma habilidade eram destinados à realização de trabalhos artesanais, e os mais fortes executavam serviços braçais. Enquanto Roma vivia sua expansão nas relações comerciais, uma epidemia eclodiu por volta de 451 a.C.; ignora-se qual doença ocasionou a morte de tantos homens. É sabido que as pestes²⁰ que assolavam a sociedade poderiam ter sido provocadas por doenças como varíola, sarampo, diarreia, catapora, gripe ou algum agente infeccioso já extinto ou mutável. É oportuno mencionar que a cultura e os hábitos romanos permitiram o controle de boa parte das epidemias, no entanto sua expansão territorial também contribuiu para a disseminação de outras, com repercussões desastrosas. Galeno, médico conceituado em Roma por ter tratado de muitos gladiadores, era adepto da filosofia de Hipócrates. Através da medicina hipocrática, difundiu o método da sangria como forma de tratamento, o que o tornou um dos métodos mais utilizados na época, baseado no temperamento das pessoas acometidas (UJVARI, 2003).

O crescimento populacional de Roma resultou em problemas tipicamente urbanos como as habitações com cômodos pequenos, ruas estreitas com intenso comércio local. Quando um agente infeccioso era introduzido em determinada localidade do Império, disseminava-se pelas estradas romanas, por caminhos percorridos pelas pessoas infectadas, como legionários, comerciantes e viajantes (UJVARI, 2003). Algumas doenças infecciosas levavam a endemias como caxumba, resfriados, pneumonias, e a epidemias de malária e difteria, que muitas vezes, pelo seu potencial de incidência, eram consideradas pestes (SOUTO, 2004). Os romanos identificaram algumas doenças mais prevalentes nos escravos associadas às ocupações, como “varizes dos áugures”, “doenças dos ferreiros” e dos trabalhadores nas minas (ROSEN, 1994).

Da superação do escravismo decorreu o sistema feudal, e a propriedade de terra constituía o fundamento da estrutura social da sociedade, que se polarizava entre os senhores e os servos. A produção era destinada ao autoconsumo e havia compromissos mútuos entre os servos que prestavam serviços nas terras dos

demoraram a surgir, e para manter a sobrevivência alimentavam-se de capim, grama e casca das árvores. Uma epidemia de disenteria alastrou-se por todos os acampamentos militares, sendo retroalimentada a partir da ingestão de água e alimentos contaminados pela eliminação das fezes com os agentes causadores. Esse episódio resultou na morte de muitos guerreiros persas, e ficou conhecido como a “peste de Xerxes” (UJVARI, 2003).

²⁰ Outra grande epidemia alastrou-se pela Ásia Menor, Grécia e Egito e atingiu Roma em 166, onde permaneceu por 15 anos. Na época já era conhecida como “peste dos Antônios”, nome da família do imperador que então governava. Posteriormente essa mesma epidemia ficou conhecida como “peste de Galeno”; pela sintomatologia, provavelmente era varíola (UJVARI, 2003).

senhores e estes, que lhes garantiam a proteção da vida. Huberman (1986) expõe que o camponês no sistema feudal vivia em condições de miserabilidade, tendo de trabalhar arduamente no solo por longas horas para que pudesse obter algo nos dias em que não trabalhasse para o senhor. Os servos deviam priorizar as terras do senhor, para serem aradas, semeadas e para colher a produção. Ademais, eles eram fortemente vigiados e punidos, haja vista as leis e regras instituídas.

A Igreja Católica Romana²¹, constituída pelo clero, era grande possuidora de terras e exercia domínio religioso e político sobre as classes na sociedade, principalmente sobre os servos, de forma a evitar insatisfações e revoltas. Imperava a ideia de que as atitudes tomadas durante a vida serviam como pré-condição para alcançar fins supremos após a morte. Assim, a busca da riqueza pela riqueza não condizia com as atitudes que levavam o homem à redenção. Esta moralidade da Idade Média foi imposta pela Igreja, símbolo supremo desta época. Nessa direção, a Igreja pregava que as atitudes e ações desempenhadas pelos homens durante a vida eram requisitos necessários para obter um bom lugar depois da morte.

Convém salientar que, no mundo greco-romano e medieval, a produção dos bens materiais necessários à existência se dava sob a forma do trabalho escravo e servil. A produção de conhecimentos era limitada, predominando um desenvolvimento precário das forças produtivas. Isso acarretava para a sociedade, mas, em particular, para as classes dominadas, uma maior dependência e vulnerabilidade aos eventos da natureza, como os imprevistos climáticos e as pestes que dizimavam a população. Tais manifestações repercutiam na produção de bens indispensáveis à reprodução social. Ademais, escravos e servos – resguardando suas diferenças –, pelas condições vividas, não tinham interesse em aumentar sua produção.

A concepção de mundo era produzida conforme os parâmetros de uma estrutura imutável e de uma ordem social hierárquica. Acreditava-se que as classes sociais faziam parte da natureza, cabendo ao homem uma atitude de passividade e contemplação. O caráter ontológico metafísico²² buscava fundamentos a-históricos e atemporais para garantir unidade e permanência e, assim, minimizar as consequências das crises e a mutabilidade do mundo naquele momento. O

²¹ De acordo com Engels (1985), a Igreja possuía cerca de um terço das terras da *Europa Ocidental feudalizada*, hierarquia mantida por muito tempo proporcional às suas riquezas.

²² O ponto de vista ontológico implica a subordinação do sujeito ao objeto. Pode ser dividido em metafísico ou histórico-social, sendo o primeiro referente ao período greco-medieval e o segundo relacionado à perspectiva de análise marxiana.

conhecimento estava voltado à organização e à direção da pólis e da vida que pudessem explicar conteúdos relacionados a ordens universais de valores mais sólidos, buscados por pensadores que se ocupavam em estudar as coisas do ser e do espírito (TONET, 2010).

Até o período medieval, o ser singular estava subsumido à comunidade; aos poucos, o homem gregário, absorvido pelo sentimento de pertencimento à comunidade que dava sentido a sua vida, torna-se cada vez mais desprendido. Ser desterrado, como o indivíduo acometido por lepra na Idade Média, significava ser banido da vida social, e com isso serem retirados seus direitos e ser limitado a viver sozinho, à margem.

Na Europa, a forte influência da Igreja Católica também associou as doenças aos pecados, e sua cura envolvia fé e arrependimento. Das doenças mais frequentes durante a Idade Média, estão as variadas formas de pestes descobertas, como varíola, cólera, peste bubônica, todas com intenso poder de contágio e mortalidade; além das doenças como escabiose, *influenza*, sarampo, tuberculose e a lepra, que, por si só, tem sua história contada através dos séculos. Das formas de tratamento, pouco se modificou em relação à visão hipocrática, visto que no período medieval a doença estava ligada à impureza da alma, portanto a cura se dava por sacerdotes, mediante o arrependimento. Em muitos casos, a Igreja mantinha os doentes alojados em abrigos, confinados, para evitar maior contágio entre a população.

Conforme mencionado, o cristianismo era a base da vida dos homens da Idade Média. De acordo com Tuchman (1999, p. 32), ele “governava o nascimento, casamento e morte, sexo, comida, estabelecia as regras do direito e da medicina, dava à filosofia e à erudição sua matéria”. A Igreja medieval protegia, confortava e medicava os doentes. Cabia à Igreja a “assistência aos miseráveis da sociedade – o indigente e o doente, o órfão e o aleijado, o leproso, o cego, o doido – pela doutrinação dos fiéis na crença de que as esmolas lhes compravam méritos e um lugar no Céu” (idem, p. 34). Os comerciantes costumavam comprar *paz de espírito* para compensar suas atividades lucrativas, destinando parte do lucro à caridade. A autora (idem, p. 52) afirma ainda que as doenças eram entendidas em sua maioria de forma transcendental:

Vivia-se com o inexplicável. As bruxuleantes luzes dos gases dos pântanos só podiam ser fadas ou duendes; vaga-lumes eram almas de crianças mortas sem batismo. No terrível tremor e nas fissuras de um terremoto, ou no incêndio de uma árvore por um raio, estava a proximidade do sobrenatural. As tempestades eram avisos, a morte provocada por um ataque cardíaco, ou outros ataques, podia ser a obra de demônios. A magia estava presente no mundo: demônios, fadas, feiticeiros, fantasmas e vampiros tocavam e manipulavam vidas humanas; superstições e rituais pagãos persistiam entre a gente dos campos, sob, e mesmo ao lado, do padre e dos sacramentos. A influência dos planetas podia explicar qualquer coisa que não tivesse explicação. A astronomia era a mais nobre das ciências e a astrologia, depois de Deus, a maior determinante das coisas.

Essas ideias predominantes de culpa e de pecado estavam relacionadas às diversas enfermidades, embora houvesse estudos científicos para desvendar os mistérios da humanidade, incluindo as formas de adoecimento. A população, frequentemente, convivia com epidemias de grandes proporções, muitas disseminadas em outros lugares do mundo através das rotas marítimas conduzidas pelo transporte de mercadorias e pela descoberta de terras para serem exploradas.

A pior epidemia da humanidade, a peste negra ou peste bubônica, matou em torno de um terço da população da Europa no início de 1347; os ratos com pulgas contaminadas foram os disseminadores da pandemia²³. Por outro lado, havia outra doença de manifestação crônica causadora de deformidades que levavam a perda de dedos, desabamento de nariz e orelhas, tendo, seu portador, uma figura assustadora que disseminava o medo na população. A lepra foi a enfermidade mais estigmatizada da Idade Média. Ambas, a peste negra e a lepra, pela sua importância, tanto pela manifestação aguda como pela crônica, merecem algumas considerações a seguir.

Para expor a história da peste, recorreremos ao romance de Barbara W. Tuchman, intitulado *Um espelho distante*, do ano de 1999, que trata sobre o século XIV e dispõe um capítulo à chegada e disseminação da peste negra na Europa. A autora relata que, por volta de outubro de 1347, navios mercantes genoveses chegaram ao porto de Messina, na Sicília, com homens mortos e agonizantes nos remos. Vinham do porto de Caffa, localizado no mar Negro, na Crimeia, onde os genoveses tinham um posto de comércio. Os marinheiros doentes tinham estranhas inchações escuras, do tamanho de um ovo ou de uma maçã, disseminadas pelas axilas e virilhas, com pus e sangue, acompanhadas de bolhas e manchas negras por todo o corpo, provocadas por hemorragias internas. Sentiam muitas dores e morriam

²³ Epidemia de grande distribuição geográfica.

rapidamente cinco dias depois dos primeiros sintomas. Com a disseminação da doença, outros sintomas como febre constante e escarro sangrento surgiram em lugar das inchações ou *bubões*. As vítimas tossiam, suavam muito e morriam ainda mais depressa, dentro de três dias ou menos. Tudo o que saía do corpo – hálito, suor, sangue dos bubões e pulmões, urina sanguinolenta e excrementos enegrecidos pelo sangue – cheirava mal. A depressão e o desespero acompanhavam os sintomas físicos, e “a morte se estampava no rosto”.

A peste bubônica se apresentava em duas formas: uma que atingia a corrente sanguínea, provocando ínguas e hemorragia interna, e que se disseminava pelo contato; e uma segunda forma, mais virulenta, que atingia os pulmões e era disseminada pela infecção respiratória. A presença das duas, ao mesmo tempo, provocou uma alta mortalidade e rapidez²⁴ do contágio. A violência da peste parecia ainda mais terrível porque suas vítimas não conheciam prevenção nem remédio.

Estima-se que por onde a doença passava, despovoava territórios inteiros. Sem noção das formas de contágio, a doença prosseguia de forma devastadora. Os ricos se refugiavam nas casas de campo, longe de contatos externos; por outro lado, os pobres morriam nas suas casas e, por vezes, sua morte era anunciada pelo cheiro exalado. Como se desconhecia o agente causador tão comum, ratos e pulgas estavam no convívio inoportuno com os pobres, livres de qualquer suspeita. O bacilo²⁵, descoberto quinhentos anos depois, vivia alternadamente entre o estômago da pulga e a corrente sanguínea dos ratos, seu hospedeiro. Sua forma de transmissão se dava tanto pela picada da pulga quanto pela mordida dos ratos pretos tipicamente medievais que viviam em navios, além dos ratos de esgoto (TUCHMAN, 1999).

Os médicos acreditavam que a fisiologia do homem estava diretamente associada à astrologia e à regência dos planetas. Isso demonstra os limites do desenvolvimento da ciência e das profissões como a medicina²⁶. Para o povo em geral, a teoria mais convincente era a da ira de Deus²⁷. Tuchman (1999, p. 98) ressalta que:

²⁴ Tão rápido era o contágio que para um médico francês, conhecido como Simão de Covino, era como se uma pessoa enferma “pudesse contagiar todo o mundo” (TUCHMAN, 1999, p. 87).

²⁵ Bactéria conhecida como *Yersinia pestis*.

²⁶ Dentre os tratamentos mais utilizados para combater a peste bubônica, Tuchman (1999) lista alguns, como sangria, cauterização dos bubões, aplicação de emplastros quentes, pílulas de galhos de mirra e açafraão, poções de ouro. Todas as alternativas eram ineficazes.

²⁷ Conforme exposto, os medievais costumavam acreditar na existência de seres misteriosos que habitavam os céus e que provocavam as tempestades, a loucura e as doenças. Entretanto, tratavam com prudência os que

A aceitação generalizada dessa opinião criou um sentimento maior de culpa, pois se a peste era um castigo, deveria ter sido provocada por um pecado terrível. Que pecados pesavam na consciência do século XIV? Principalmente a cobiça, seguida da usura, mundanismo, adultério, blasfêmia, falsidade, luxúria, impiedade [...].

Cabia à Igreja Católica salvaguardar a sociedade desses elementos pecaminosos que ela supôs serem causadores de doenças; assim, só ela poderia conceder o perdão, a remissão dos pecados acometidos. No entanto, tais concepções não se sustentavam objetivamente, pois a disseminação e a mortalidade decorrentes da peste negra devastavam com rapidez os povos medievais, inclusive os sacerdotes, o que levava ao questionamento da existência de outras causas. Por maiores que fossem as conseqüências e as limitações objetivas/materiais para explicar as causas dessas doenças, foram as concepções metafísicas/transcendentais da Igreja que predominaram nesse momento da história. As medidas de controle e cura das doenças não alcançaram êxito, certamente pelo desconhecimento dos micro-organismos, devido à precariedade da ciência e às condições materiais de existência. Além, conforme mencionado anteriormente, das escassas medidas profiláticas e sanitárias relacionadas ao planejamento urbano, como sistemas de esgotos, higiene dos alimentos e habitações da Idade Média.

A doença mais estigmatizada do tempo medieval, a lepra²⁸, é uma moléstia milenar envolta de tabus e crenças de natureza simbólica. Há registro de que a doença é originada na Índia constando no tratado médico chinês *Nei Ching Wen*, datado de mais de 300 a.C. Manuscritos indianos, chineses, sírios e egípcios descrevem que a lepra era frequente no Oriente desde a Antiguidade. Acredita-se que a doença chegou à Europa em 400 a.C., possivelmente trazida por soldados persas ou pelas tropas de Alexandre “o Grande”, retornando das guerras na Ásia

eram responsáveis por sua saúde ou doença. Muitos “santos”, que também habitavam os céus, eram invocados a proteger as pessoas das diversas doenças, e estas passavam a receber o nome do santo protetor. Assim, a peste bubônica era conhecida também como mal de São Roque ou de São Sebastião, a lepra como mal de São Lázaro. E o diagnóstico da lepra era sentenciado como *está leproso do mal que dizem ser do Sr. São Lázaro e é servir a Deus acolhê-lo na dita ordem, deve-se separá-los dos que estão sãos* (FAES, 1996, apud CUNHA, 2002).

²⁸ O termo lepra foi usado por Hipócrates para designar as doenças de pele com lesões escamosas (*leper* significa escamas), no entanto, acredita-se que até o século XIV essa designação significava várias outras patologias, como elefantíase, escabiose, câncer de pele, lúpus, escarlatina, sífilis, eczemas e a lepra propriamente dita (CUNHA, 2002).

(SAMPAIO; RIVITTI, 2001, apud CAMILO, 2002). Costa (1992, apud CAMILO, 2002, p. 18) ressalta que a lepra:

Deformante e incurável no passado, conduzia os doentes, lenta e inexoravelmente, para a morte. De suas vítimas todos fugiam apavorados, evitando-os como se fossem fantasmas agressivos. Ao lado da doença, há a convicção do quadro de horror que sua presença infundia ao semelhante. Era um vivo-morto que todos temiam. Visão terrífica que a todos afugentava.

Uma das hipóteses mais aceitas do peculiar estigma²⁹ da hanseníase está associada às traduções bíblicas em que o termo hebraico *Tsara'ath*, empregado para condições de impureza religiosa e degradação moral, foi traduzido como lepra. O estigma contribuiu para que no decorrer dos tempos, o doente de lepra fosse identificado como portador do perigo e da morte. Eis aqui uma dimensão ideológica, eminentemente social da doença³⁰.

Em 583, durante o Concílio de Lyon na França, foram estabelecidas regras da Igreja Católica para a profilaxia da doença. Essas medidas consistiam na celebração de um ofício religioso ao doente, semelhante ao dos mortos³¹, após o qual o enfermo era banido da comunidade, retirados seus direitos civis, consagrando sua morte social. Passava a viver em cabanas destinadas para esse fim, além de ser obrigado a usar vestimentas³² com sinos e matracas para identificar e anunciar sua chegada ou passagem pelos povoados (MAIA, 2000, apud CAMILO, 2002).

Os sacerdotes recebiam a missão de diagnosticar e tratar a enfermidade, pois por considerarem ser oriunda de pecados deveria ser combatida através de sacrifícios, purificações e rituais (CHOURAQUI, 1978, apud CUNHA, 2002). Devido ao desconhecimento sobre a doença, o doente era visto como uma ameaça; assim, a Igreja Católica rechaçava suas vítimas utilizando como formas de controle ações coercitivas de natureza despótica. Estas ações eram naturalmente aceitas pela sociedade, pois os próprios doentes se resignavam à sina pecadora. Não só a

²⁹ O estigma ainda persiste apesar de ser curável e seu tratamento ser realizado através de administração da Poliquimioterapia (PQT), podendo durar até dois anos em sua forma mais contagiosa.

³⁰ Essa problemática de saúde sanitária permaneceu por toda a Idade Média, pois seu agente causador, o bacilo de Hansen, só foi descoberto em 1874 pelo médico norueguês Armauer Hansen.

³¹ "A realização do serviço funerário, com a participação da vítima, simbolizava a terrível exclusão da sociedade humana. O leproso vinha vestido com uma mortalha, lia-se a missa solene para os mortos, jogava-se terra sobre o doente; então padres o conduziam, acompanhado de parentes, amigos e vizinhos, até uma choupana, ou um leprosário, fora dos limites da comunidade" (ROSEN, 1994).

³² As vestimentas eram produzidas para promover o imediato reconhecimento. Compunha-se normalmente de um manto, um chapéu de abas largas e bermudas de cor escura e uma túnica bordada com a figura de São Lázaro. Preso à mão, ou em um cordão junto ao corpo, os doentes seguravam um corno ou matraca de madeira para anunciar sua chegada, gritando *impuro* (FROHN, 1993, apud CUNHA, 2002).

hanseníase, mas as doenças mentais também sofriam estigma. Muitas pessoas passavam por situações semelhantes de confinamento e de segregação, ficando à margem do convívio social. Os argumentos utilizados pelos sacerdotes remetiam aos preceitos da “culpa” cristã, que tornava o doente responsável pela enfermidade. Prevalece, nesse momento do feudalismo, a submissão da ciência ao pensamento transcendental de base religiosa que detinha o controle da reprodução social, dificultando a superação da ignorância sobre a descoberta das causas das doenças.

Conforme exposto, a relação saúde-doença durante o feudalismo sofreu modificações com os processos de organização da produção material e social. A Igreja Católica se colocou à frente dessa discussão, sustentada na concepção de que as doenças eram consequência de pecados cometidos pelos homens. E as pestes costumavam dizimar populações pelo seu forte poder de contágio e a difícil estratégia de controle, em virtude do desconhecimento do agente causal bem como de sua cura.

No início, pela característica autossuficiente dos feudos, as doenças eram mais restritas, não se alastravam com facilidade. À medida que se desenvolviam as atividades produtivas e o comércio, doenças controladas numa região tornaram-se epidêmicas em outra. Vírus, bactérias, sob condições ambientais adversas, foram sofrendo mutações, adaptando-se aos novos ambientes e adquirindo mais resistência, o que tornava as doenças mais persistentes. Assim, tanto o domínio ideológico da Igreja Católica quanto o desenvolvimento das forças produtivas, no feudalismo, dificultaram o avanço científico em direção à cura, ao controle e à erradicação das doenças mais prevalentes nesse período.

A seguir tratar-se-á dos elementos histórico-sociais que balizaram a longa transição do feudalismo ao capitalismo e a produção da relação material que contribuiu para definir uma configuração diferenciada da relação saúde-doença. Paradoxos se tornarão mais evidentes com o desenvolvimento da ciência e da produção da riqueza social que supostamente permitiria superar parcela significativa das doenças que acometiam a sociedade.

1.2 Do Antigo Regime ao modo de produção capitalista

A transição do feudalismo para o capitalismo foi duradoura e turbulenta. O modo de produção capitalista gestou-se no interior do feudalismo, diante dos sinais

de desgaste do regime feudal a partir do século XIV. Porém, a sociedade capitalista só vai se consolidar após a Revolução burguesa em 1789³³, período em que, além do domínio na esfera econômica, o sistema do capital passa a dominar a esfera política. Na vigência do regime feudal eram frequentes as rebeliões camponesas, que tomavam proporções cada vez maiores, o que era motivo de preocupação dos senhores feudais. O ressurgimento e crescimento do comércio iniciado pelas trocas de mercadorias foram estimulados ainda mais a partir das Cruzadas, o que agravou a estrutura do feudalismo. À medida que aumentava o número de artesãos e comerciantes, cresciam também as rotas comerciais para o Oriente. Tais processos resultaram em crescente consumo de especiarias, principalmente pela nobreza, classe parasitária. *Grosso modo*, esses eventos contribuíram para a crise do feudalismo e sua posterior derrocada.

Conforme evoluía o comércio, a velha organização feudal apresentava-se como um entrave. Essa particularidade altera a característica fundamental do feudalismo, a terra como única fonte de riqueza, para a posse do dinheiro baseada no lucro, regida pelos emergentes comerciantes. O desenvolvimento do comércio propiciou o surgimento das cidades e um movimento urbanizador favorável ao modo de produção que se gestara com o colapso do Antigo Regime. Com o capital mercantil vigente, os comerciantes estavam motivados pelo lucro, adquirido pelo processo de compra e venda de mercadorias. Esta nova classe, a burguesia, conduziu à gênese do capitalismo (NETTO; BRAZ, 2008).

Além desses fatores que contribuíram para o fim do regime feudal, destaca-se o esgotamento das terras devido aos poucos recursos técnicos para expansão do cultivo e os limites técnicos, que comprometeu a característica de autossuficiência dos feudos. Já o desenvolvimento da peste negra, conforme tratado no item anterior, dizimou um quarto da população européia, contribuindo também para o fracasso do Antigo Regime (idem, 2008).

À proporção que crescia a classe média, a ciência se desenvolvia timidamente através da astronomia, física, anatomia, fisiologia, etc. Até então, a ciência e a religião não se confrontavam, o que não tardou a acontecer. Considerada

³³A Revolução Francesa foi resultado da ascensão da burguesia ao poder. A forma como os homens se organizavam para produzir a riqueza material da sociedade não mais atendia à necessidade de expansão que a sociedade impunha. Culminou na derrocada da velha forma de organização feudal pela necessidade de suprimir os entraves impostos à livre produção, no sentido de atender à demanda da sociedade que estava se formando (SOBOUL, 1974).

como entrave no curso da evolução científica para a emergente classe burguesa, a Igreja passou a dar sinais progressivos de seu desgaste. Conforme Harold Laski (1973, p. 19):

As regras caíram porque o espírito que as informava tolhia o poder dos homens para satisfazerem as expectativas que estavam ao seu alcance concretizar, dados os meios de produção, quando o ideal medieval foi substituído pelo motivo de riqueza pela riqueza.

Com o fim dessa hegemonia do ideário medieval e da organização produtiva, os servos começaram a ser expulsos dos feudos, tornando-se “livres” para vender invariavelmente sua força de trabalho e, por sua vez, serem dominados pela classe burguesa. Nessa transição, os novos comerciantes iniciaram a acumulação de capitais, expandindo o mercado sobre os continentes através das rotas marítimas, resultando no crescimento das cidades e intensificando o comércio entre os séculos XI e XVIII. Gestava-se um novo modo de produção – o capitalismo em formação³⁴.

A transição perdurou cerca de três séculos para então se consolidar o capitalismo; à base de uma brutal violência, correspondeu à “parteira de toda velha sociedade que está prenhe de uma nova” (MARX, 1988b, p. 276). As explicações sobre os fenômenos foram perdendo o conteúdo predominantemente mágico, efêmero e determinista até se consolidar um novo pensamento explicativo do mundo. Andery (2001, p.163) argumenta que o processo de transição

[...] não foi “natural”, inexorável, e não se deu sem graves conflitos, muita violência no campo e nas cidades, luta pela tomada de poder. Os séculos XV, XVI e XVII (particularmente os dois últimos) são aqueles em que mais acentuadamente ocorrem mudanças que marcam a passagem do sistema feudal ao sistema capitalista.

É nesse processo de transição do feudalismo para o capitalismo que se constituem as origens da acumulação primitiva com a separação do produtor dos seus meios de produção. Conforme Marx (1988b) houve duas situações favoráveis que culminaram com o desenvolvimento da produção capitalista; primeiro, existirem possuidores de meios de produção e de dinheiro dispostos a incorporar valor aos seus bens através da exploração do trabalho alheio; segundo, existirem trabalhadores livres para vender sua força de trabalho como mercadoria, enquanto

³⁴ Marx (1988b, 265) descreve que “os expulsos pela dissolução dos séquitos feudais e pela intermitente e violenta expropriação da base fundiária, esse proletariado livre como os pássaros não podia ser absorvido pela manufatura nascente com a mesma velocidade com que foi posto no mundo”.

única coisa que ainda lhes resta para suprir suas necessidades básicas. Diante dessa “polarização no mercado, estão dadas as condições fundamentais da produção capitalista” (MARX, 1988b, p. 252).

Marx compreende que, nessa fase da acumulação primitiva, um dos aspectos essenciais desse processo que se destaca é que o

Trabalhador pode ser confiado às “leis naturais da produção”, isto é, à sua dependência do capital que se origina das próprias condições de produção, e por elas é garantida e perpetuada. [...] a burguesia nascente precisa e emprega a força do Estado para “regular” o salário, isto é, para comprimi-lo dentro dos limites convenientes à extração de mais-valia, para prolongar a jornada de trabalho e manter o próprio trabalhador num grau normal de dependência. Esse é um momento essencial da assim chamada acumulação primitiva (1988b, p. 267).

Cabe ressaltar que as primeiras formas históricas do capital, o capital usurário e o mercantil, datam dos períodos precedentes ao capitalismo, no entanto sua aparição não é suficiente para configurar o modo capitalista de produção. O novo sistema se estrutura pela necessidade de generalizar a produção de valores de troca (MELLO, 2001).

Ao se referir ao sistema capitalista, Mello (2001) explica que na fase de transição ainda predominava o valor de uso³⁵, ou seja, a produção de objetos a partir das necessidades de consumo. Com o desenvolvimento crescente da produção, generaliza-se a produção de mercadorias³⁶ como valor de troca voltado unicamente aos interesses do mercado e soberano na dinâmica geral da economia. Consta-se que a relação produção-controle é cindida sob a lógica do capital, pois tal processo separa o trabalhador – produtor da riqueza – do controle da propriedade e dos meios de produção, que são convertidos em capital e ficarão sob o domínio do capitalista. Os bens materiais produzidos não são controlados por quem efetua a produção da riqueza.

O século XV foi palco do desenvolvimento do capital mercantil, e a necessidade de força de trabalho foi contornada e superada pela expulsão dos camponeses das terras. A tomada de terras e bens da Igreja resultou no excesso de

³⁵ O valor de uso realiza-se somente no uso ou no consumo. Os valores de uso constituem o conteúdo material da riqueza, qualquer que seja a forma social desta (MARX, 1988a, p. 46).

³⁶ De acordo com Marx a “mercadoria é, antes de tudo, um objeto externo, uma coisa, a qual pelas suas propriedades satisfaz necessidades humanas de qualquer espécie. A natureza dessas necessidades, se elas se originam do estômago ou da fantasia, não altera nada na coisa. Aqui também não se trata de como a coisa satisfaz a necessidade humana, se imediatamente, como meio de subsistência, isto é, objeto de consumo, ou se indiretamente, como meio de produção” (MARX, 1988a, p. 45).

trabalhadores livres³⁷ no final do século. Dessa forma, o capitalismo quando emerge no século XVI com o mercantilismo, já representa um sistema em pleno desenvolvimento de abrangência internacional. Mello (2001) explica que “é ao longo desse período que vão ser processadas transformações fundamentais na esfera da *produção* (cooperação simples, manufatura) que vão garantir o atendimento das demandas do mercado em expansão (...)” (MELLO, 2001, p. 41).

Quanto às doenças que prevaleceram nesse período de transição, mantêm-se aquelas existentes no feudalismo e destacam-se novas doenças que passaram a surgir e proliferar em outras regiões devido ao aumento de circulação promovido pelas viagens comerciais e pela urbanização.

Como esse período é marcado também por disputas territoriais, religiosas e comerciais, isso favoreceu a troca de agentes transmissores de doenças e, com isso, o aparecimento de novas epidemias. O tifo, por exemplo, ocorreu na Europa a partir do século XVI e foi responsável por milhares de mortes nesse período. Seu agente infeccioso, a *rickettsia*, ficava alojada em piolhos e transmitia de homem para homem através do sangue contaminado. Além dos sintomas como mal-estar, cefaleia e dores em todo o corpo, o tifo levava à obstrução dos vasos sanguíneos, o que fatalmente acarretava necrose e perda das extremidades dos membros.

Outra doença comumente encontrada nos tripulantes dos navios era o escorbuto, causado pela carência de vitamina C. Muitos chegavam às novas terras com o crescimento extremo das gengivas e um odor fétido pelo apodrecimento destas.

A peste negra, que predominou durante o feudalismo, desapareceu espontaneamente da Europa por volta do século XVII, o que implicou aumento populacional. Muitas doenças endêmicas como a varíola, o tifo, sífilis, cólera atingiram acentuadamente a população mais pobre nas áreas urbanas. Para Sabroza (2001, p. 9) “este período de mais de 300 anos, que vai da metade do século XV até o início do século XIX, deixou marcada no ainda incipiente projeto capitalista de saúde a questão da diferença de valor da vida humana”.

A hanseníase manteve sua existência, porém houve redução de sua incidência até o final do século XIX, época em que praticamente se extinguiu a

³⁷ Para Mello (2001, p. 84), “liberando para as cidades uma massa de trabalhadores expulsos da terra que, de vagabundos, transformaram-se rapidamente na principal força motriz de fazer dinheiro para o capitalista”. O que resultou, para o autor, em uma “expropriação das massas, transformação compulsória de servos, camponeses e trabalhadores autônomos em proletários” (idem, p. 38).

doença do continente europeu. No entanto, à medida que a hanseníase desaparecia na Europa, mantinham-se os focos endêmicos na Ásia e na África, introduzia-se a doença no Novo Mundo em decorrência das conquistas espanholas e portuguesas, e do tráfico de escravos africanos. Durante a colonização da América Latina tornou-se gradativamente foco endêmico, quadro em que o Brasil se mantém até hoje.

Foi a partir do século XVI, com a introdução da ciência moderna na Europa, que a medicina conseguiu diagnosticar e tratar muitas doenças infecciosas, o que culminou com a superação das concepções mágico-religiosas sobre o advento e tratamento das doenças na sociedade. Urge a necessidade de desmitificar o velho mundo e superar as concepções acima citadas, para a chegada do mundo regido pelo capital.

Com base no que foi exposto neste capítulo, entende-se que a relação saúde/doença passou por várias mudanças nas sociedades precedentes ao capitalismo. Os homens no sistema comunal primitivo atribuíam as causas das doenças aos elementos sobrenaturais. Os teóricos modernos explicaram tal processo como resultante de uma visão mágica da relação saúde-doença, o que “permitia um alto grau de manipulação [que] era complementada por cuidadosas observações empíricas sobre a utilidade medicinal de produtos naturais, transmitidas cuidadosamente de geração a geração” (SABROZA, 2001, p. 6). Com a emergência das sociedades de classes, “o modo mágico de lidar com as doenças foi suplantado pelo modelo místico ou religioso, que se tornou hegemônico” durante todo o regime escravista e feudal. Sabroza (idem, p. 6) esclarece que a doença “passou a ser vista como pecado, resultado da desobediência a códigos de condutas prescritos pelos deuses e vigiados pelos sacerdotes”, e o enfermo era culpabilizado pelos seus infortúnios. Desse modo, os métodos utilizados não eram mais adequados para dar respostas aos novos problemas de saúde decorrentes do aumento da população, das precárias condições de higiene, dos problemas relacionados ao trabalho, da alta mortalidade resultante de doenças infectocontagiosas e das guerras.

Sabroza (idem, p. 7) destaca que a escola de Hipócrates na Grécia desenvolvia uma *medicina de elite*, “tendo como princípio o equilíbrio entre o indivíduo e seu ambiente”. Sob o Império Romano, o pensamento mágico, o misticismo religioso e a doutrina hipocrática conviveram com a tradição empírica, o que explica a coexistência de diversas concepções de saúde e doença, através da

persistência de modelos anteriores que atendiam às necessidades da sociedade. Nesse contexto da ciência moderna, Ornellas (1999, p. 21) afirma que:

Engendra-se, então, um novo paradigma da ciência, e, no âmbito dele, uma nova concepção de doença e saúde. É um processo que ocorre, dentro dos marcos da construção da ciência moderna, do empirismo que, reafirmando a importância da impressão sensorial, resgata a objetividade e a exterioridade da natureza, da observação, como prática sistemática de descoberta e de invenção que mediatiza o conhecimento, ao racionalismo que supõe ambos subordinados à razão. A versão organicista permeará a ideia de uma doença que se inicia antes dos sintomas e da lesão anatomopatológica, isto é, de uma alteração funcional. A saúde se expressará pela ausência de sintomas e dos signos perceptíveis de uma patologia. A “cura” será substituída pela cessação de sintomas. E a ideia da cura como da eliminação da doença no corpo dos indivíduos incorpora-se à medicina moderna. Eliminação que se dará pela intervenção da medicina no corpo dos indivíduos, intervenção que se estende ao “corpo social”, sobre as condutas e sobre as práticas sociais.

Identifica-se com essa afirmação do autor o desenvolvimento da ciência moderna e uma nova concepção da relação saúde-doença. Com as epidemias que dizimavam populações, foram impostas *as ideias de culpa e de pecado* durante a Idade Média. Tais ideias foram refutadas na formação do sistema capitalista. E assim, o Renascimento cultural e científico e o Iluminismo impulsionaram as novas descobertas em várias áreas das ciências exatas e biológicas, explicitando o esforço dos homens em pesquisar na natureza, através de métodos empíricos, a explicação das causas das doenças. Isto está argumentado no capítulo seguinte com a menção a que:

O Renascimento cultural e científico possibilitou uma maior compreensão da constituição do corpo humano, estudado detalhadamente por médicos e artistas, e as doenças, como os outros fenômenos, passaram a ser atribuídas a causas naturais. Os grandes avanços na física mecânica e na compreensão da composição química da matéria resultaram na representação do corpo humano como uma máquina, passível de defeitos em seu funcionamento, e que, quando compreendidos, poderiam ser corrigidos. Acompanhando as ciências naturais, preocupadas em descobrir e catalogar novas formas de vida de um mundo que estava sendo revelado, a clínica realizou um grande esforço de identificar, classificar e descrever doenças, novas e antigas. (SABROZA, 2001, p. 8).

Acrescente-se ainda que a teoria dos miasmas, até então desenvolvida no Império Romano, ressurgiu para difundir e combater as doenças infecciosas associadas à decomposição de matéria orgânica resultante da acumulação de gases

patogênicos no ambiente (SABROZA, 2001). A medicina social também surgiu a partir do mundo moderno, no entanto, trazia em seu conteúdo a visão histórico-social, de forma a identificar a característica multicausal das doenças relacionadas às condições de vida. Tal tese foi pouco difundida, pois havia mais interesse em apontar a causa de agentes nocivos no ambiente do que em explicar as causas sociais de adoecimento da população.

Verificou-se, portanto, nesse período de transição das sociedades precedentes ao capitalismo, a superação do controle das concepções míticas e transcendentais sobre os fenômenos da sociedade, e sobremaneira, da relação saúde-doença. Com a formação da sociedade capitalista, as referências científicas passam a predominar na explicação dos processos históricos e na consequente ação dos homens; contudo, emergem contradições que demonstram a regência da lógica mercantil, que visa tão somente atender às demandas lucrativas e não, prioritariamente, às necessidades materiais e sociais da maior parte dos trabalhadores, conforme será visto mais adiante. Avança-se em termos das descobertas científicas em diversas áreas, o que não significa superar o usufruto precário do produto desse avanço científico e da produção da riqueza pela maior parte da sociedade.

2 MODO DE PRODUÇÃO CAPITALISTA: A RELAÇÃO SAÚDE-DOENÇA NO CONTEXTO DO TRABALHO

A expansão do capital destinada à circulação de mercadorias requisitou um progressivo desenvolvimento das forças produtivas e da divisão do trabalho de uma forma inédita. Nas sociedades precedentes, a divisão do trabalho era limitada às “regras fixas de organização”, a produção estava voltada às satisfações das necessidades, ao valor de uso de limites geográficos definidos (MELLO, 2001, p. 83). Da produção incipiente doméstica e artesanal que exigia destreza e habilidade, passava a vigorar a parcelização das tarefas, em que cada um executava uma tarefa específica, de forma a acelerar o ritmo da produção de mercadorias para um mercado em franca expansão.

De acordo com Marx (1988b), uma “das condições indispensáveis para a implantação da manufatura fora a acumulação de capitais facilitada pelo aumento da disponibilidade de metais preciosos provenientes da descoberta do Novo Mundo” (idem, p. 83). O capitalista tratou de reunir um maior número de trabalhadores e instrumentos de trabalho numa mesma oficina e ter como produção mercadorias sob ordem do comerciante burguês³⁸.

O surgimento da grande indústria, conforme será tratado neste capítulo, demarcou uma nova fase de produção no sistema do capital, passando a atender a parte da demanda do mercado em expansão em nível mundial. Para tanto, foi preciso um “revolucionamento” nos meios de transporte e de comunicação, ancorado na concepção de que “quanto maior a velocidade da circulação, maior a valorização do capital geral”, o que amplia a produção para mercados cada vez mais distantes (MELLO, 2001, p. 95).

Com o desenvolvimento do capitalismo e, em particular, da ciência moderna, a produção de conhecimento se orienta supostamente para atender às necessidades básicas da reprodução dos homens. Pesquisas e descobertas em

³⁸No início da produção capitalista: [...] um mesmo capital individual ocupa simultaneamente um número maior de trabalhadores, onde o processo de trabalho, portanto, amplia sua extensão e fornece produtos numa escala quantitativa maior que antes. A atividade de um número maior de trabalhadores, ao mesmo tempo, no mesmo lugar (ou, se se quiser, no mesmo campo de trabalho), para produzir a mesma espécie de mercadoria, sob o comando do mesmo capitalista, constitui histórica e conceitualmente o ponto de partida da produção capitalista. Com respeito ao próprio modo de produção, a manufatura, por exemplo, mal se distingue, nos seus começos, da indústria artesanal das corporações, a não ser pelo maior número de trabalhadores ocupados simultaneamente pelo mesmo capital. A oficina do mestre-artesão é apenas ampliada (MARX, 1988a, p. 244).

diversas áreas do conhecimento (Ciências da Natureza – exatas e biológicas – e Ciências Humanas) se expandiram no novo mundo. Essas descobertas possibilitaram controlar a disseminação das doenças e das grandes epidemias que atingiram a reprodução da humanidade no velho regime. Contudo, com o avanço da industrialização capitalista, a relação saúde-doença adquire novas configurações, pois o ritmo do processo de trabalho implica intensa extração da mais-valia absoluta e relativa, traduzindo-se em consequências danosas à saúde dos trabalhadores.

Foi a partir do século XVI que a relação saúde-doença foi regulada por um modelo biomédico³⁹, o qual trata de forma mecanicista e reducionista a concepção homem-natureza, sob a influência dos teóricos modernos como Galileu, Descartes, Newton e Bacon. Estes e outros autores modificaram a forma de conceber o mundo, direcionando o conhecimento às exigências da modernidade. Concepção semelhante evoluiu no capitalismo no século XIX, quando se propaga a ideia do homem como mero *apêndice da máquina*⁴⁰, interferindo decisivamente na formulação de diretrizes estatais que atuaram sobre as consequências da produção capitalista para a saúde dos trabalhadores.

Com o incremento do maquinário na grande indústria, a relação saúde-doença adquire uma configuração peculiar. Para explicitar tal processo, neste capítulo, reflete-se sobre as bases e a consolidação da industrialização capitalista. Abordam-se os fundamentos do sistema do capital e suas formas de controle do trabalho, as condições objetivas da reprodução social e a problemática da saúde dos trabalhadores.

2.1 Bases da industrialização capitalista: esgotamento físico e mental dos trabalhadores

No período em que vigora a grande indústria capitalista verifica-se uma transformação na organização da produção, nas formas de acumulação e nas relações sociais. Marx (1988b) ao tratar do desenvolvimento da indústria, analisa o

³⁹ No conceito biomédico a doença é vista como uma anormalidade nos mecanismos de adaptação do organismo ou a ausência de reação aos estímulos expostos. A doença é analisada sob duas perspectivas: a Patologia e a Clínica Médica. A primeira aprofunda os estudos nos mecanismos etiopatogênicos e a segunda valoriza a abordagem relacionada à semiologia (estudo dos sinais e sintomas) e terapêutica (tratamento) dos sintomas. A literatura da área de saúde recebe forte influência deste modelo, por exemplo, quando distingue as doenças pela etiopatogenia, classificando-as em infecciosas ou não infecciosas e quanto a sua duração, agudas ou crônicas (ALMEIDA FILHO & ROUQUAYROL, 2006).

⁴⁰ Expressão utilizada por Marx em *O Capital* (1988a e b).

“revolucionamento” das forças produtivas, da gradação do maquinário mais simples ao mais complexo, o que significa desenvolver simultaneamente mais funções mediante o uso da força de trabalho assalariada. Esta força de trabalho é associada aos novos inventos na maquinaria que assume a função de força-motriz. Proporcionalmente, os proletários são mais explorados devido à intensidade da jornada de trabalho, às condições de vida precárias e degradantes marcadas por doenças e mortes prematuras, causadas, sobretudo, pela negligência de cuidados com a saúde.

As formas de controle utilizadas pelo capital sobre o trabalho atingem tanto a saúde física quanto mental do trabalhador. O processo de industrialização e todas suas consequências para a vida do trabalhador e para a sociedade, em geral, foram iniciados com a Revolução Industrial. Com esta, a produção material ultrapassou a capacidade de consumo de mercadorias, culminando com um acelerado processo de acumulação. Inicialmente, ocorreu a utilização desmesurada da força de trabalho mediante a extração da mais-valia absoluta⁴¹, causando danos físicos e mentais aos trabalhadores, o que deixou o corpo suscetível às doenças oportunistas.

Foi com o advento da manufatura que ocorreu esse prolongamento do tempo de trabalho socialmente necessário, decorrente da mudança no ritmo e na intensidade da produção de mercadorias. O trabalhador ficou submetido a uma atividade parcial, reduzido a um órgão componente de um conjunto para a elaboração de um único produto, de forma a produzir mais mercadorias em menor tempo. Desprovido de autonomia, o trabalhador assalariado é para o capitalista iniciante, apenas, parte do mecanismo de produção (MARX, 1988b). A manufatura foi predominante entre meados do século XVI; até o último terço do século XVIII, é nesse período que a cooperação associada à divisão do trabalho adquiriu sua forma clássica, conforme esclarece Marx (1988a, p. 255):

A origem da manufatura, sua formação a partir do artesanato é, portanto, dúplice. De um lado, ela parte da combinação de ofícios autônomos de diferentes espécies, que são despidos de sua autonomia e tornados unilaterais até o ponto em que constituem apenas operações parciais que se complementam mutuamente no processo de produção de uma única e mesma mercadoria. De outro lado, ela parte da cooperação de artífices da mesma espécie, decompõe o mesmo ofício individual em suas diversas

⁴¹ A mais-valia é o tempo de trabalho excedente. A mais-valia absoluta resulta da extração do tempo de trabalho excedente através do prolongamento da jornada de trabalho ou através da redução absoluta do salário do trabalhador.

operações particulares e as isola e as torna autônomas até o ponto em que cada uma delas torna-se função exclusiva de um trabalhador específico. Por um lado a manufatura introduz, portanto, a divisão do trabalho em um processo de produção ou a desenvolve mais; por outro lado, ela combina ofícios anteriormente separados. Qualquer que seja seu ponto particular de partida, sua figura final é a mesma — um mecanismo de produção, cujos órgãos são seres humanos.

Com esta base artesanal manufatureira, o trabalhador passa a exercer uma atividade cooperada que se concretiza de forma dúplice, ou seja, de duas maneiras diferentes, porém não distintas, pois se decompõe o processo de trabalho com a parcelização de tarefas e a extensão da jornada de trabalho sob o controle de um mesmo capitalista. Mesmo sendo produto de um trabalho cooperado, a atividade torna-se função exclusiva de um trabalhador especialista, que fica limitado ao ofício e ao instrumento de trabalho, a ferramenta.

Esta atividade produtiva provoca esgotamento físico e mental, sobretudo porque a extração de mais-trabalho é levada às últimas consequências. Contudo, conforme ressaltado na afirmação a seguir, os danos à saúde da classe trabalhadora existem desde o início da divisão do trabalho em geral. Isso significa que, em qualquer sociedade, os problemas de saúde relacionados ao trabalho sempre existiram, mas com a manufatura generaliza-se a divisão técnica do trabalho, estabelecendo-se a cisão entre trabalho manual e intelectual e, com isso, atinge-se a força vital dos indivíduos “em suas raízes”, ou seja, sua energia física e espiritual, potencializando-se, dali por diante, o mecanismo que impulsionará as patologias industriais. Isso está explicado nas palavras de Garnier citado por Marx (1988a, p. 272) em seu capítulo *Divisão do trabalho e Manufatura d’O Capital*, quando afirma que:

[a] deformação física e espiritual é inseparável mesmo da divisão do trabalho em geral na sociedade. Mas como o período manufatureiro leva muito mais longe esta divisão social dos ramos de trabalho e, por outro lado, apenas com a sua divisão peculiar alcança o indivíduo em suas raízes vitais, é ele o primeiro a fornecer o material e dar impulso para a patologia industrial.

Esse argumento de que “a deformação física e espiritual é inseparável da divisão do trabalho em geral” reafirma o pressuposto do próprio Marx de que o desenvolvimento da produção material da existência, mediada pela divisão do trabalho, atinge integralmente a vida dos homens. E, sobretudo, na sociedade

capitalista, no período manufatureiro, e mais adiante na grande indústria, onde se apresenta uma “divisão de trabalho peculiar”, em que o desenvolvimento da técnica aplicado à produção da riqueza é determinado pela necessidade imperativa de acumulação, em detrimento do atendimento das necessidades sociais, atingindo as “raízes vitais” do trabalho, sua energia essencial. Isso configura uma das contradições do desenvolvimento capitalista que irá se acirrar com o advento do maquinário na grande indústria, conforme será abordado.

É, portanto, com a Revolução Industrial, no século XVIII, que se desenvolve o aparato técnico e científico para ampliar a produção e acumular riqueza sob o domínio dos proprietários dos meios de produção. O advento da maquinaria utilizada como capital, no período da grande indústria, destina-se a baratear mercadorias⁴², reduzir parte da jornada de trabalho e ampliar outra parte, que é fornecida gratuitamente pelo trabalhador para o capitalista, correspondendo ao meio de produção da mais-valia.

Na manufatura, o revolucionamento do modo de produção teve como ponto de partida a força de trabalho; já, na grande indústria, o ponto de partida foi o meio de trabalho revolucionado (MARX, 1988b, p. 5). Por essa razão, a manufatura representou o “fundamento técnico imediato da grande indústria”. Para Marx, a “produção mecanizada ergueu-se, portanto, de maneira natural sobre a base material que lhe era inadequada” (idem, p. 12).

A maquinaria tornou-se “o meio mais poderoso” para ampliar a confecção de mercadorias, reduzindo o tempo de trabalho necessário para sua produção na grande indústria. A máquina⁴³ opera uma massa de ferramentas de uma só vez, movimentada por uma única força-motriz, qualquer que seja sua força. Logo, a ampliação do tamanho das máquinas passou a exigir uma força motriz mais potente do que as que se utilizava na manufatura, de forma que a máquina a vapor tinha uma ação dupla, pois já estava contida sua própria força motriz alimentada por carvão e água. Tal fato permitiu uma expansão no funcionamento das máquinas

⁴² Marx menciona a expressão de John Stuart Mill, autor da obra *Princípios da Economia Política*, quando diz que “é de se duvidar que todas as invenções mecânicas até agora feitas aliviam a labuta diária de algum ser humano” (MARX, 1988b, p. 5).

⁴³ Para Marx (1988b, p. 12) a maquinaria compõe-se de três partes: a máquina motriz, que funciona com a força motora; o mecanismo de transmissão, que regula, distribui e transmite o movimento à máquina-ferramenta. Esta, por sua vez, tem a função de modificar o objeto de trabalho conforme sua finalidade. A máquina-ferramenta faz uso das mesmas ferramentas utilizadas na manufatura, mas não como ferramenta de um homem, senão de uma máquina, que exerce as mesmas operações que o homem executava com suas ferramentas. Só que a máquina-ferramenta movimenta simultaneamente vários instrumentos naturais de produção, coisa que para o homem torna-se impraticável.

movidas simultaneamente, emancipadas dos limites da força humana, assumindo assim autonomia quanto à produção e força motriz, delineando velocidade, ritmo e intensidade da produção de mercadoria⁴⁴.

Devido ao homem apresentar limites físicos e cognitivos para executar várias tarefas ao mesmo tempo em uma constância precisa e em movimento uniforme, a máquina⁴⁵ passou a exercer essa tarefa. A máquina passa a executar todas as funções necessárias à utilização/processamento da matéria-prima, constituindo um sistema automático que requisitará contínuo aperfeiçoamento. Essa produção mecanizada cria para si uma nova base, necessária ao seu modo de produzir. Disso decorre que um revolucionamento numa esfera da indústria condicionará as mudanças nas outras esferas. A revolução promovida na indústria e, posteriormente, na agricultura exigiu alterações nas condições gerais da produção social, a exemplo dos meios de transporte e de comunicação. Essas significativas mudanças decorrentes da utilização da máquina são mencionadas por Mello (2001, p.104), quando diz que:

A aplicação da máquina e do vapor pulverizou as fronteiras, encurtou o tempo, reduziu o espaço, ativou as trocas internacionais, consolidou o mercado mundial, multiplicou a produção, universalizou os padrões de consumo, suplantou as nacionalidades; enfim, criou, definitiva e *empiricamente*, um mundo à imagem e semelhança do capital (grifo do autor).

O desenvolvimento da maquinaria possibilitou globalizar o capital, diminuindo os limites de sua expansão, permitindo aumentar tanto a produção quanto o consumo de mercadorias mundialmente. Consolida-se a base da atividade produtiva – indústria – que cria definitivamente o mundo das mercadorias, o mundo do capital. Esta é, então, a função social que a máquina vai exercer no desenvolvimento capitalista com a grande indústria.

⁴⁴ Sobre isto Marx expõe que “o caráter cooperativo do processo de trabalho torna-se agora, portanto, uma necessidade técnica ditada pela natureza do próprio meio de trabalho”. É somente na grande indústria que “o homem aprende a fazer o produto do seu trabalho anterior, já objetivado, atuar gratuitamente em larga escala como uma força da Natureza. Assim, em vez de trabalhar com a ferramenta manual, o capital põe o operário a trabalhar agora com uma máquina, que conduz por si mesma suas ferramentas” (MARX, 1988b, p.16).

⁴⁵ No exemplo descrito por Marx (1988b, p. 10), enquanto na manufatura de produção de envelopes, um trabalhador dobrava o papel, o outro passava a cola, um terceiro dobrava a aba, um outro punha a divisa do envelope para finalmente concluir; uma só máquina executava todas essas funções exercidas e fazia simultaneamente cerca de três mil envelopes em uma hora. O princípio subjetivo da divisão do trabalho da manufatura será suprimido com a produção mecanizada, prevalecendo um princípio técnico, considerado objetivamente em si e por si. Cria-se a base técnica e firma-se sobre ela; produzem-se máquinas por meio de máquinas.

Marx (1988b) é quem primeiro afirma essa funcionalidade da máquina no capitalismo, quando diz que o capital já nasce global, isto porque seria impossível se expandir se não houvesse um mecanismo técnico que sustentasse a sua produção. No entanto, o desenvolvimento desse mecanismo técnico não decorre da necessidade de modernização da manufatura, mas, principalmente, porque “a produção mecanizada teve de revolucionar a base natural encontrada – o artesanato – por uma motivação consciente do capital” (SOUZA, 2011, p. 44). Cria-se uma base técnica e a produção firma-se sobre ela; produzem-se máquinas por meio de máquinas. Esse organismo objetivo, a máquina, já encontrado pronto é condição precípua do exercício do trabalho coletivo na produção material na grande indústria.

No que se refere ao tempo de vida útil da máquina, sua operacionalidade enquanto instrumento de trabalho, Marx (1988b) explica que quanto mais se usa a máquina, a cada duração da jornada de trabalho e de suas consecutivas repetições, mais ela sofre desgaste⁴⁶. Nos primeiros anos de vida da máquina, o prolongamento da jornada de trabalho ampliava sua escala de produção, principalmente porque,

Durante esse período de transição, em que a produção mecanizada permanece uma espécie de monopólio, os lucros são, por isso, extraordinários e o capitalista procura explorar ao máximo essa “lua-de-mel” por meio do maior prolongamento possível da jornada de trabalho. A grandeza do ganho estimula a voracidade por mais ganho (MARX, 1988b, p. 29).

Esse prolongamento desmedido da jornada de trabalho, caracterizado pela extração da mais-valia absoluta, conforme mencionado anteriormente, prevalece dominante no período manufatureiro e ainda no início da grande indústria, provocando reações por parte da classe trabalhadora pelo caráter extenuante da jornada e pelas condições degradantes da execução do trabalho. Porém, pela radicalidade das revoltas proletárias e pelas exigências que a Lei Fabril impõe ao capitalista para atender às demandas do proletariado, o desenvolvimento do maquinário possibilita ao capitalista alterar a dinâmica da atividade produtiva para

⁴⁶ Segundo Marx (1988b), como outro qualquer outro componente do capital constante, a maquinaria não cria valor, mas transfere seu valor ao produto para cuja feitura ela serve. A maquinaria entra sempre por inteiro no processo de trabalho e sempre, apenas, em parte no processo de valorização. Ela nunca agrega mais valor do que em média perde em seu desgaste. Há grande diferença da máquina enquanto elemento formador de valor e elemento formador do produto. A máquina transfere valor ao produto; a grandeza dessa parcela de valor depende de sua grandeza. Quanto menos trabalho ela mesma contém, tanto menos valor agrega ao produto. Quanto menos valor transfere, tanto mais produtiva é e tanto mais seu préstimo se aproxima das forças naturais. A produção de maquinaria por intermédio de maquinaria reduz seu valor em relação a sua amplitude e sua eficácia.

manter e, principalmente, ampliar as formas de acumulação. Realiza-se a redução do tempo de trabalho socialmente necessário *via condensação/ intensidade* do trabalho proporcionada pela máquina, o que configura a mais-valia relativa⁴⁷. Assim, segundo Marx, “*a medida de seu grau de condensação, cuja extração se converte de grandeza extensiva em grandeza intensiva, concretiza a mais-valia relativa*” (MARX, 1988b, p. 31). Convém destacar que as formas de mais-valia absoluta e relativa não se excluem, no entanto, predomina a mais-valia relativa a partir da grande indústria até as formas de organização do trabalho atuais.

A Lei Fabril foi promulgada para atender a algumas demandas dos trabalhadores e conter suas revoltas, mas, sobretudo, para responder aos anseios capitalistas. Apesar de as leis fabris⁴⁸ regulamentarem a redução da jornada de trabalho de 12 horas para 11 horas, estabelecerem a duração e horários dos serviços e o ensino compulsório às crianças na fábrica, com a determinação da idade mínima para o trabalho. Tais medidas eram facilmente burladas, visto que o trabalhador precisava compensar com uma hora a menos e produzir um *quantum* a mais do que antes. Os capitalistas aceleravam as máquinas para os trabalhadores adequarem-se ao ritmo delas. Conforme Marx (1988b, p. 41-42):

Enquanto o trabalho em máquinas agride o sistema nervoso ao máximo, ele reprime o jogo polivalente dos músculos e confisca toda a livre atividade corpórea e espiritual (ENGELS apud MARX, 1988b). Mesmo a facilitação do trabalho torna-se um meio de tortura, já que a máquina não livra o trabalhador do trabalho, mas seu trabalho de conteúdo. Toda produção capitalista, à medida que ela não é apenas processo de trabalho, mas ao mesmo tempo processo de valorização do capital, tem em comum o fato de que não é o trabalhador que usa as condições de trabalho, mas que, pelo contrário, são as condições de trabalho que usam o trabalhador: só, porém, com a maquinaria é que essa inversão ganha realidade tecnicamente palpável. Mediante sua transformação em autômato, o próprio meio de trabalho se confronta, durante o processo de trabalho, com o trabalhador como capital, como trabalho morto que domina e suga a força de trabalho viva.

⁴⁷ A mais-valia relativa implica a *intensificação do ritmo de trabalho* e o barateamento dos preços de produtos de primeira necessidade através do incremento tecnológico. De acordo com Souza (2011, p. 46), a mais-valia relativa é produzida a partir da revolução das condições técnicas e sociais do processo de trabalho e do próprio modo de produção, que pelo aumento intensivo da força produtiva do trabalho reduz o valor da força de trabalho e encurta a parte da jornada para reproduzir este valor.

⁴⁸ Diante da intensificação da exploração, e da crescente miséria humana, as autoridades tiveram a preocupação de que o excesso de trabalho levaria à redução das futuras capacidades produtivas, além do clima de insatisfação e protestos. As leis fabris significaram a regulamentação da jornada de trabalho e a implementação de cláusulas sanitárias e de educação. As leis fabris inglesas mais conhecidas foram as de 1802, 1819, 1833, 1844, 1847, 1850, 1856, 1864, 1867, 1871 e 1878. Ao contrário do que muitos teóricos defendem quanto às conquistas da classe trabalhadora, tais medidas serviram de impulso ao desenvolvimento industrial e à ampliação da mais-valia relativa.

Com essa afirmação, Marx problematiza o trabalho na grande indústria dizendo que mesmo que a máquina promova a “facilitação” do trabalho continua dita a dinâmica integral do processo de trabalho e torturando o trabalhador, pois é a máquina que usa o trabalhador para que o trabalho realizado se concretize como componente essencial do processo de valorização, não apenas para produzir trabalho útil concreto. A máquina extenua o trabalhador, pois agride seu sistema nervoso e domina mecanicamente a livre atividade corpórea de seus músculos para atender à finalidade do processo de acumulação. Essa é a implicação determinante do uso da máquina para a saúde do trabalhador.

Pode-se inferir que a redução de uma hora da jornada de trabalho estabelecida pela Lei Fabril de 1844 possibilitou maior controle do processo de trabalho e maior rendimento na produção, pois,

Assim que a redução da jornada de trabalho, que cria de início a condição subjetiva para a condensação do trabalho, ou seja, a capacidade do trabalhador em liberar mais força de trabalho num tempo dado, se torna obrigatória por lei, a máquina, na mão do capitalista, transforma-se no meio objetivo e sistematicamente aplicado de espremer mais trabalho no mesmo espaço de tempo. Isso ocorre de duas maneiras: mediante aceleração das máquinas e ampliação da maquinaria a ser supervisionada pelo mesmo operário ou de seu campo de trabalho. A construção mais aperfeiçoada da maquinaria é em parte, necessária para exercer maior pressão sobre o trabalhador, em parte ela acompanha por si mesma a intensificação do trabalho, porque a limitação da jornada de trabalho obriga o capitalista a controlar mais rigorosamente os custos de produção (MARX, 1988b, p. 33).

A jornada de trabalho reduzida “elev[ou] maravilhosamente a regularidade, uniformidade, ordem, continuidade e energia do trabalho⁴⁹” (MARX, 1988b, p. 32). E os industriais souberam tirar proveito da situação. A máquina converteu-se em um instrumento sistemático de “espremer mais trabalho no mesmo espaço de tempo”⁵⁰ (idem, p. 33).

⁴⁹ Marx (1988, p.33) assevera que o aperfeiçoamento da máquina a vapor eleva o número de batidas de seu êmbolo por minuto e permite, simultaneamente, por meio de maior economia de força, acionar com o mesmo motor um mecanismo mais volumoso com um gasto de carvão constante ou até mesmo em diminuição. O aperfeiçoamento do mecanismo de transmissão diminui a fricção e — o que distingue de modo tão evidente a maquinaria moderna da antiga — reduz o diâmetro e o peso das árvores de transmissão grandes e pequenas a um mínimo cada vez menor.

⁵⁰ Tal situação exige do operário maior atenção para aumentar a velocidade da máquina. Marx relata um caso para melhor ilustrar o que ocorria na fábrica: no ano de 1844, Lorde Ashley, agora Conde de Shaftesbury, fez, na Câmara dos Comuns, a seguinte exposição apoiada em documentos: “O trabalho feito pelos ocupados nos processos fabris é agora três vezes maior do que ao terem início tais operações. A maquinaria tem, sem dúvida alguma, realizado uma tarefa que substituiu os tendões e músculos de milhões de seres humanos, mas também multiplicou prodigiosamente (*prodigiously*) o trabalho das pessoas dominadas por seu terrível movimento. [...] O trabalho de acompanhar para cima e para baixo, por 12 horas, um par de mules para fiar algodão nº 40 envolvia em 1815 a necessidade de caminhar uma distância de 8 milhas. Em 1832, para acompanhar um par de mules, produzindo fio do mesmo número, durante 12 horas, a distância a percorrer era de 200 milhas e frequentemente

O trabalhador assalariado exercia sua função num espaço físico, condenado a um trabalho duradouro, repetitivo e monótono. Trabalho levado ao extremo de monotonia, que não lhe permitia desviar a atenção, passando horas preso à máquina. No entender de Engels (2010), o trabalho obrigatório e indesejado é uma tortura cruel e degradante, pois a cada dia o trabalhador é sentenciado a fazer o que não quer e o dia inteiro, por tempo indeterminado. Marx (1988b, p. 41, 42) salienta que “a lúgubre rotina de uma infundável tortura de trabalho, na qual o mesmo processo mecânico é repetido sempre, semelha o trabalho de Sísifo”⁵¹, cuja carga de trabalho, como a rocha, recai continuamente sobre o estafado operário.

O trabalhador passava a maior parte de seu dia na fábrica, num lugar insalubre, e tal situação se prolongava em seu lar. Esses ambientes insalubres propiciavam o aparecimento, o agravamento e a disseminação de doenças infectocontagiosas, causadas principalmente pelas péssimas condições em que viviam os operários. Essa proliferação de doenças reflete, sobremaneira, o processo de pauperização a que estava submetido e o potencial destruidor do maquinário. Sobre isso, nosso autor expõe que:

Para os trabalhadores pauperizados, deve ser grande consolo acreditar, por um lado, que seu sofrimento seja apenas “temporário” (*a temporary inconvenience*), por outro, que a maquinaria só se apodere paulatinamente de todo um setor da produção, ficando reduzida a dimensão e a intensidade de seu efeito destruidor. Um consolo bate o outro. Onde a máquina se apodera paulatinamente de um setor da produção, produz miséria crônica nas camadas de trabalhadores que concorrem com ela (MARX, 1988b, p. 46, 47).

Os trabalhadores tinham a impressão de que a condição de pauperismo em que se encontravam fosse temporária. Não conseguiam apreender, inicialmente, através da realização do trabalho, que as consequências decorrentes da expansão da maquinaria eram transferidas de um espaço para outro do setor produtivo. O desemprego, a fome e as precárias condições de trabalho e de reprodução social (moradia, alimentação) não ficavam restritos a um dado espaço; expandiam-se com

mais (p. 34). E mais, acrescenta que (...) embora os inspetores de fábrica louvem incansavelmente, e com toda razão, os resultados favoráveis das leis fabris de 1844 e 1850, reconhecem, no entanto, que a redução da jornada de trabalho provocou uma intensificação do trabalho destruidora da saúde dos trabalhadores e, portanto, da própria força de trabalho (ASHLEY, L, apud MARX, 1988b, p. 33 e 34).

⁵¹ Pela mitologia grega, Sísifo recebeu um castigo por ter desprezado os deuses e a morte, sendo condenado a empurrar uma pedra gigante até o pico da montanha, onde de lá ela rola até embaixo. O personagem mitológico precisa descer para buscá-la e repetir exaustivamente essa tarefa por toda a eternidade (ANDERÁOS NETO, N). *O mito de Sísifo*. Disponível pelo site <http://pt.shvoong.com/humanities/1100019-mito-s%C3%ADsifo/>. Acesso em 8 de julho de 2010).

regularidade e tornavam os trabalhadores suscetíveis aos mais variados tipos de doenças e infecções oportunistas. Contudo, convém salientar que a maquinaria e os demais recursos tecnológicos, em si, não são destrutivos para a reprodução do trabalhador, mas adquirem esse caráter ao ser utilizados sob a égide da produção na sociedade capitalista, pois

É um fato indubitável que a maquinaria não é, em si, responsável pela “liberação” dos operários dos meios de subsistência. Ela barateia o produto e aumenta sua quantidade no ramo de que se apodera e deixa inalteradas as massas de meios de subsistência produzidos em outros ramos industriais. [...] As contradições e os antagonismos inseparáveis da utilização capitalista da maquinaria não existem porque decorrem da própria maquinaria, mas de sua utilização capitalista! Já que, portanto, considerada em si, a maquinaria encurta o tempo de trabalho, enquanto utilizada como capital aumenta a jornada de trabalho; em si, facilita o trabalho, utilizada como capital aumenta sua intensidade; em si, é uma vitória do homem sobre a força da Natureza, utilizada como capital submete o homem por meio da força da Natureza; em si, aumenta a riqueza do produtor, utilizada como capital o pauperiza, etc. (MARX, 1988b, p. 54).

No entanto, com o desenvolvimento da produção capitalista e de suas contradições imanentes (produzir riqueza e pobreza ao mesmo tempo), os operários passaram a identificar as máquinas como sendo as causadoras de todos os males que os afligiam. Isso resultou em diversas reações e movimentos, que tiveram uma importância significativa em termos da organização política do operariado com a destruição de máquinas nas fábricas. Porém, os trabalhadores não conseguiam associar a máquina, a sua funcionalidade, à produção do capital, através do trabalho abstrato – trabalho como processo de valorização, conforme explicitado acima.

Pelo trabalho enfadonho e de pouca significância, a divisão de trabalho era multiplicada em atividades simples, que exigiam predominantemente o uso de força muscular. Por isso mulheres e crianças constituíram um poderoso meio de aumentar o número de trabalhadores na produção mecanizada. Foi incorporada toda a família, na fábrica, sem distinção de sexo nem idade, sob o comando imediato do capitalista. De modo cruel, “o trabalho forçado para o capitalista usurpou não apenas o lugar do folgado infantil, mas também o trabalho livre no círculo doméstico, dentro de limites decentes, para a própria família” (MARX, 1988b, p. 21). Com essa ampliação de assalariados, a família inteira estava a serviço do capital.

O fato intrigante é que ao dispor de todos os membros da família, a maquinaria desvaloriza a força de trabalho, pois ela compra não só mais força de

trabalho, jornadas de trabalho e, conseqüentemente, mais-trabalho pelo preço abaixo do que se pagaria pelo operário da família. A esse respeito, nosso autor (1988b, p. 21) discorre que “o trabalhador vendia anteriormente sua própria força de trabalho, da qual dispunha como pessoa formalmente livre. Agora vende mulher e filho. Torna-se mercador de escravos”.

Fica evidente que a maquinaria leva ao aumento do material humano explorável pelo capital, sobretudo ao apropriar-se também do trabalho feminino⁵² e infantil, pelo baixo custo de suas forças de trabalho e pela flexibilidade de seus corpos e de seus temperamentos e comportamentos às imposições dos capitalistas. O capital “toma para si” todo o tempo de vida do trabalhador, seja pela ampliação desmedida da jornada de trabalho ou pela intensidade da exploração da força de trabalho. Os danos irreparáveis causados à reprodução física e social dessa força de trabalho suplementar são mais evidentes naquelas atividades realizadas no trabalho domiciliar, contratado pela fábrica, porque

A exploração de forças de trabalho baratas e imaturas torna-se, na manufatura moderna, mais desavergonhada do que na fábrica propriamente dita, pois a base técnica aí existente, substituição da força muscular por máquinas e facilidade do trabalho, lá em grande parte não existe e, ao mesmo tempo, o corpo feminino ou ainda imaturo fica exposto, da maneira mais inescrupulosa, às influências de substâncias venenosas etc. Ela se torna ainda mais desavergonhada no assim chamado trabalho domiciliar do que na manufatura, porque a capacidade de resistência dos trabalhadores diminui com sua dispersão; toda uma série de parasitas rapaces se coloca entre o empregador propriamente dito e o trabalhador, o trabalho domiciliar luta em toda parte com empresas mecanizadas ou ao menos manufatureiras no mesmo ramo da produção, a pobreza rouba do trabalhador as condições mais necessárias ao trabalho, como espaço, luz, ventilação etc., cresce a irregularidade do emprego e, finalmente, nesses últimos refúgios daqueles que a grande indústria e a grande agricultura tornaram “supérfluos”, a concorrência entre os trabalhadores alcança necessariamente seu máximo. A economia dos meios de produção, desenvolvida sistematicamente apenas pela produção mecanizada, que de antemão e ao mesmo tempo é o desperdício mais inescrupuloso de força de trabalho e roubo dos pressupostos normais da função do trabalho, acentua agora tanto mais esse seu lado antagônico e homicida quanto menos estiverem desenvolvidas num ramo da indústria a força produtiva social do trabalho e a base técnica de processos combinados de trabalho (MARX, 1988b, p. 70).

⁵² As mulheres eram submetidas à disposição do arrendatário pelo “mestre do bando”, que costumava alugá-las. Elas eram deslocadas para longe de suas aldeias, voltavam ao amanhecer, usavam anáguas e saias curtas, botas, “parecendo muito fortes e saudáveis, mas arruinadas pela imoralidade costumeira e despreocupadas com as conseqüências nefastas que seu amor por essa vida ativa e independente está acarretando para seus infelizes rebentos, que definham em casa” (MARX, 1988b, p. 23).

Isso significa que ao mesmo tempo que a produção mecanizada capitalista promove o desenvolvimento das forças produtivas, firmando uma base técnica autônoma que garante a expansão da produção da riqueza mundialmente, promove, por outro lado, o seu contrário, pois absorve para o ritmo intenso da fábrica uma força de trabalho imatura. E associado a esse processo, o capitalista expulsa um contingente maduro de força de trabalho, barateando seu valor e tornando-o disponível a toda sorte de trabalho e ao desemprego (população supérflua), e o que lhe resta fazer como uma das alternativas é submeter-se ao trabalho domiciliar, que acentua a natureza degradante e “homicida” do trabalho abstrato. O trabalho domiciliar, torna-se funcional ao núcleo central da grande indústria, pois implica economia dos meios de trabalho, de salário e de proteção social, além do que se realiza combinado aos processos de trabalho fabril. Mantém desigualmente a condição precária e desumana do trabalho, tanto na fábrica quanto no trabalho domiciliar, que requerem a apropriação do trabalho feminino e infantil.

As crianças recrutadas para trabalhar nas indústrias não chegavam à adolescência. Extremamente vulneráveis, sofriam de raquitismo, adquiriam deformidades físicas, principalmente desvios severos de coluna, além de todo o prejuízo de um desenvolvimento neuropsicomotor anormal. Iniciavam no trabalho a partir dos cinco anos de idade e passavam boa parte do tempo em atividades que exigiam esforço físico e mental muito além dos limites permitidos para sua idade. Eram facilmente punidas e castigadas pelos inspetores de fábrica. Em suma, não é difícil presumir as consequências dessa barbaridade.

Uma investigação médica oficial datada de 1861 registrou alta taxa de mortalidade de filhos de trabalhadoras, associada principalmente ao excesso de ocupação das mães fora do lar e ao decorrente descuido e maus-tratos das crianças, como alimentação inadequada, desnutrição crônica, administração de drogas como opiatos, “além da alienação antinatural das mães contra seus filhos, e conseqüentemente esfomeação e envenenamento propositais” (MARX, 1988b, p. 23). Tais eventos ocorridos nos espaços fabris “se reproduz[iam] aí e, em maior grau, o infanticídio disfarçado e o tratamento de crianças com opiatos” (idem, 1988b, p. 24).

Conforme exposto, a maquinaria a serviço do capital, além de elevar a produtividade do trabalho, ou seja, de reduzir o tempo de trabalho destinado à produção de mercadoria, se apoderava também do eficiente meio de estender a

jornada de trabalho que extrapola o limite natural. “Ela (a maquinaria) cria, por um lado, novas condições que capacitam o capital a dar livre vazão a essa sua tendência constante e, por outro lado, novos motivos para aguçar seu apetite voraz por trabalho alheio” (MARX, 1988b, p. 26 e 27). O autor enfatiza que

O capital não tem, por isso, a menor consideração pela saúde e duração de vida do trabalhador, a não ser quando é coagido pela sociedade a ter consideração. À queixa sobre degradação física e mental, morte prematura, tortura do sobre-trabalho, ele responde: Deve esse tormento atormentar-nos, já que ele aumenta o nosso gozo (o lucro)? De modo geral, porém, isso também não depende da boa ou da má vontade do capitalista individual. A livre-concorrência impõe a cada capitalista individualmente, como leis externas inexoráveis, as leis imanentes da produção capitalista (MARX, 1988a, p. 206).

Dada a inexorabilidade, a imanência da lei da acumulação capitalista, mesmo com as constantes modificações da forma de trabalho e da visão do trabalhador quanto a sua subordinação ao longo de séculos dentro da estrutura capitalista, o trabalhador mantém-se suscetível ao adoecimento por causas relacionadas à atividade ocupacional, de forma direta e indireta. Mesmo diante das modificações do “mundo do trabalho” com o surgimento de novas máquinas, o aumento das informações, as automações, todas essas “crias” da contemporaneidade ampliam o acirramento da concorrência dos grandes grupos monopolistas. O interesse do capital é sempre o mesmo: aumentar as formas de controle e a exploração do trabalhador através da intensidade da extração do trabalho excedente. Seja pela aparição e aumento do estresse, da fadiga crônica, da síndrome de Burnout, das “epidemias” de depressão e outras que, indiretamente, estão relacionadas aos danos à saúde do trabalhador e da grande massa de assalariados.

Foi através do controle intenso do processo de trabalho que o trabalhador vendeu extremamente barata sua força de trabalho, viabilizada pela exploração de seu tempo de trabalho socialmente necessário e pela apropriação gratuita do excedente de seu trabalho pelo proprietário dos meios de produção. Fica constatado com isso que é “o trabalho morto que suga e domina a força de trabalho vivo” (MARX, 1988b, p. 42). Mas é, principalmente, a generalização da extração da mais-valia relativa na grande indústria que irá determinar, dali por diante, a exploração integral da força física e mental do trabalhador, propiciando o desencadeamento de um conjunto de doenças e problemáticas sociais. Nesse contexto, era praticamente

inviável que, mediante aquelas condições de trabalho, o trabalhador conseguisse preservar sua saúde e viver muito tempo. A sentença era, fatalmente, a morte de sua liberdade, de sua saúde, de sua consciência, e por último, a sua própria morte.

Dando continuidade à reflexão, serão estudadas, a seguir, as condições precárias de trabalho e da vida social dos trabalhadores, na fase de desenvolvimento do capitalismo concorrencial, em que se evidenciam as consequências materiais da reprodução do capital. A relação saúde-doença adquire uma configuração peculiar, embora ainda predominem similaridades com o que foi identificado nas sociedades precedentes, sobretudo no que se refere à permanência de alguns males físicos.

2.2 Precárias condições de trabalho, de reprodução social e as consequentes formas de adoecimentos

A Revolução Industrial, conforme explorado anteriormente, alterou a produção da base material com consequências decisivas à reprodução social, intensificando os efeitos da urbanização sobre a saúde da classe operária. Na obra *A situação da classe trabalhadora na Inglaterra*, Friedrich Engels, em 1845, expõe o processo de industrialização e urbanização, a formação do proletariado e as precárias condições de vida e de trabalho dos operários e de seus familiares. Para ele, somente no país analisado é que o proletariado pode ser estudado em todos os seus aspectos e relações mais universais, que caracterizam o início do capitalismo industrial (ENGELS, 2010).

À proporção que se produziam mercadorias e se gerava concentração de riqueza, sob o domínio dos proprietários capitalistas, ampliavam-se as condições de miserabilidade do operariado. Diferentemente das sociedades precedentes, a relação entre doença e saúde no capitalismo teve suas raízes no processo de produção das mercadorias, resultante da exploração da força de trabalho. Não havia muita alternativa para o operariado, pois

[...] nessa guerra social, as armas de combate são o capital, a propriedade direta ou indireta dos meios de subsistência e dos meios de produção, é óbvio que todos os ônus de tal situação recaem sobre o pobre. [...] Se tem sorte de encontrar trabalho, isto é, se a burguesia lhe faz o favor de enriquecer à sua custa, espera-o um salário apenas suficiente para manter

vivo; se não encontrar trabalho e não temer a polícia, pode roubar; pode ainda morrer de fome, caso em que a polícia tomará cuidado para que a morte seja silenciosa para não chocar a burguesia (ENGELS, 2010, p. 69).

A fome esteve presente como causa direta da morte de trabalhadores, embora “muito mais numerosas [eram] as mortes causadas indiretamente pela fome, porque a sistemática falta de alimentação [provocava] doenças mortais” (ENGELS, 2010, p. 69). Sem opção, o operariado residia próximo às fabricas em que trabalhava, nos bairros em que se concentrava maior pobreza, em locais precários e insalubres. Não havia calçamento nas ruas, e tampouco saneamento básico; a população convivia de perto com o lixo, os dejetos e os animais, na mais completa ausência de higiene. As habitações eram pequenas, sujas, mal ventiladas, privadas de condições mínimas para serem habitadas⁵³. As doenças contagiosas eram facilmente disseminadas por todos esses bairros. Instalava-se “a fome e a miséria, a doença e o vício, com todo o seu cortejo de horrores, destruindo um corpo atrás de outro, uma alma atrás de outra!” (*THE TIMES*, 1843, apud ENGELS, 2010, p. 76).

Engels menciona um artigo retirado do periódico inglês *The Artizan* publicado no ano de 1843, em que fez referência às condições sanitárias das cidades onde viviam os operários. As ruas eram estreitas, pouco iluminadas, e não havia saneamento, o que resultava em um cenário de

imundícies, detritos e excrementos de pelo menos 50 mil pessoas [eram] jogados todas as noites nas valetas, de sorte que, apesar do trabalho de limpeza nas ruas, forma[vam-se] massas de esterco seco das quais emana[vam] miasmas que, além de horríveis à vista e ao olfato, representam um enorme perigo para a saúde dos moradores”.(...) todos os que conhecem bem a situação dos habitantes podem testemunhar o ponto atingido pelas doenças, pela miséria e pela degradação moral (*THE ARTIZAN*, apud ENGELS, 2010, p. 79).

⁵³ Cerca de 50 mil pessoas não tinham idéia onde iam dormir em Londres, algumas se abrigavam em um dos diversos albergues noturnos pagos conhecidos como *lodging-houses*, os quais confinavam pessoas sadias e doentes, de qualquer gênero ou idade. Engels (2010, p. 101) declara que é o sistema mais nefasto e moralmente degradante de alojar trabalhadores. Em 1831 a inspeção da vigilância sanitária encontrou uma única instalação sanitária utilizada para cerca de 380 pessoas em Manchester. “Essa é uma descrição dos diversos bairros operários de Manchester, tais como os observei durante vinte meses. Resumindo o resultado de nosso percurso através deles, diremos que 350 mil operários de Manchester e arredores vivem quase todos em habitações miseráveis, úmidas e sujas; que a maioria das ruas nas quais têm de passar se encontra num estado deplorável; extremamente sujas, essas vias forma aberturas sem qualquer cuidado com a ventilação, sendo a única preocupação o máximo lucro para o construtor. Em síntese, nas moradias operárias de Manchester não há limpeza nem conforto e, portanto, não há vida familiar possível; só podem sentir-se à vontade nessas habitações indivíduos desumanizados, degradados, fisicamente doentios e intelectual e moralmente reduzidos à bestialidade” (idem, p. 105).

Convivendo diariamente com risco iminente, os trabalhadores eram expostos e estavam vulneráveis aos danos físicos e mentais, contando com a sorte para não ser acometidos por tantos infortúnios. Engels, além de descrever a vida precária do trabalhador, ressaltou o perigo do desemprego como desencadeador da condição de vulnerabilidade social:

Qualquer operário, mesmo o melhor, está constantemente exposto ao perigo do desemprego, que equivale a morrer de fome, e são muitos os que sucumbem. Por regra geral, as casas dos operários estão mal localizadas, são mal construídas, mal-conservadas, mal arejadas, úmidas e insalubres; seus habitantes são confinados num espaço mínimo e, na maior parte dos casos, *num único cômodo vive uma família inteira*; o interior das casas é miserável: chega-se mesmo à ausência total dos móveis mais indispensáveis. O vestuário dos operários também é, por regra geral, muitíssimo pobre e, para uma grande maioria, as peças estão esfarrapadas. A comida é frequentemente ruim, muitas vezes imprópria, em muitos casos – pelo menos em certos períodos – insuficiente e, no limite, há mortes por fome. A classe operária das grandes cidades oferece-nos, assim, uma escala de diferentes condições de vida: no melhor dos casos, uma existência momentaneamente suportável – para um trabalho duro, um salário razoável, uma habitação decente e uma alimentação passável (do ponto de vista do operário, é evidente, isso é bom e tolerável); no pior dos casos, a miséria extrema – que pode ir da falta de teto à morte pela fome, mas a média está muito mais próxima do pior que do melhor dos casos. (ENGELS, 2010, p. 115; 116, grifos do autor).

Na percepção do autor, não somente as condições de trabalho eram nocivas, mas as condições do não trabalho, do desemprego, conduziam a uma maior intensidade de miséria, pois havia muitos casos de morte por fome. Diante disso, Engels (2010) demonstra como a relação capital subordina o proletariado, impossibilitando-o de agir conforme sua vontade e autonomia, de maneira que:

desprovido de tudo – entregue a si mesmo, não sobreviveria um único dia, porque a burguesia se arrogou o monopólio de todos os meios de subsistência, no sentido mais amplo da expressão. Aquilo de que o proletariado necessita, só pode obtê-lo dessa burguesia, cujo monopólio é protegido pela força do Estado. Eis por que o proletariado, de direito e de fato, é escravo da burguesia, que dispõe sobre ele de um poder de vida e de morte. Ela lhe oferece os meios de subsistência, mas em troca de um “equivalente” – seu trabalho; e chega ao ponto de lhe dar a aparência de agir segundo sua própria vontade, de estabelecer livremente com ela um contrato, sem constrangimentos, como se o proletariado fosse o autor de seu próprio destino. Bela liberdade, que deixa ao proletariado, como alternativa à aceitação das condições impostas pela burguesia, a chance de morrer de fome, de frio, de deitar-se nu e dormir como animal selvagem! (...) (idem, p. 118).

Diante das condições precárias no trabalho⁵⁴ e de vida, como prevenir doenças? E qual a expectativa de vida da classe operária? Doenças agudas e crônicas se misturavam e eram disseminadas com rapidez, em virtude da saúde precária dos trabalhadores. Muitos operários tinham a aparência de tísicos, com aspectos lívidos, esguios e magros, de tórax estreitos e olhos encovados, rostos inexpressivos e inermes. Doenças respiratórias como escarlatina e tuberculose expressavam as condições sanitárias da classe operária; “esse flagelo universal é provocado pelo péssimo estado das habitações operárias [como] a má ventilação, a umidade e a sujeira” (ENGELS, 2010, p.138).

Engels alertou para o perfil comum dos operários; em sua maioria, possuíam um corpo frágil, magro, com ossatura angulosa, pouco resistente e aparência pálida. Entretanto, exceto os músculos hipertrofiados exigidos pelo trabalho, em geral, o corpo “apresentava-se flácido”. Quase todos com problemas gástricos, hipocondríacos, melancólicos e irritadiços. “Seu organismo debilitado [tinha] poucas chances de resistir às doenças, que vitima[va] com frequência – por isso, envelhec[iam] prematuramente e morr[iam] jovens (idem, p. 144). Desses desdobramentos, o autor argumenta que

a miséria só permite ao operário escolher entre deixar-se morrer lentamente de fome, suicidar-se ou obter aquilo de que necessita onde encontrar – em outras palavras, roubar. Não espanta o fato de a maioria ter preferido o furto ao suicídio ou à morte por fome (ibidem, p. 155).

A miséria, o pauperismo era a condição determinante que levava o operário a morrer de inanição, suicidar-se ou roubar. A maioria dos trabalhadores optava pelo roubo, conforme exposto pelo autor, e esta problemática se desdobrava em outras como a violência, os vícios, a desestruturação familiar, aviltando mais ainda sua condição de vida. Diante dessa realidade, o trabalhador ficava vulnerável às doenças e aos vícios. Os vícios representavam a busca de algo que “abstraísse” momentaneamente o sofrimento vivido, levando-os frequentemente ao consumo excessivo de álcool e de opíacos. Engels (2010) salienta que o alcoolismo⁵⁵ deixou

⁵⁴ O filme *Germinal*, baseado no livro do escritor Émile Zola escrito em 1881, expõe as condições de trabalho e de vida das famílias proletárias na França do século XIX, bem como as primeiras expressões de organização à exploração e repressão do Estado através de movimentos grevistas.

⁵⁵ Os pais costumavam oferecer aguardente e ópio aos filhos, trazendo como consequência muitas patologias precoces aos órgãos digestivos das crianças e dos adolescentes.

de ser um vício e tornou-se um fenômeno natural, necessário às condições em que viviam os trabalhadores.

Nesse contexto social, sob pena de tornar inviável a sobrevivência e a reprodução do processo de produção, surge, por volta da primeira metade do século XIX, a Medicina do Trabalho, no berço da Revolução Industrial na Inglaterra, como uma intervenção das autoridades locais para evitar a perda de trabalhadores. A rigor, a especialidade foi criada para identificar e minimizar as doenças e os acidentes ocupacionais dentro dos limites permitidos pelo capital. Sua função consistia em reduzir os custos dos capitalistas, em reparar o homem-máquina para garantir seu funcionamento, no sentido de detectar possíveis ameaças de epidemias que desfalcariam forças de trabalho. Nessa direção, caberia ao médico do trabalho reparar as não conformidades em tempo mínimo (MENDES; DIAS, 1991, p. 341).

Os primeiros serviços em Medicina do Trabalho estavam centrados na figura do médico, homem de confiança do capitalista, pois agia em sua defesa diante das intercorrências ocupacionais, os acidentes de trabalho e doenças ocupacionais. Suas ações estavam voltadas à prevenção dos riscos de doenças visíveis e facilmente mensuráveis, de dimensão unicausal. Eram desconsideradas as condições histórico-sociais, econômicas e culturais e, notadamente, as relações de dominação e exploração em que viviam os trabalhadores (MENDES; DIAS, 1991).

Os médicos que inspecionavam as fábricas detectavam casos frequentes de malformações na estrutura óssea, principalmente as deformações da coluna vertebral e de membros inferiores, associadas ao tempo prolongado numa mesma posição inapropriada, causando diferentes deformidades.

A Medicina do Trabalho e a legislação social tornaram-se, então, necessárias à manutenção do sistema de exploração – obtenção da produtividade, ampliação dos lucros e redução de custos. De forma que “o esforço é pago porque a prevenção custa menos que a reparação, e de outra parte o rendimento do ‘motor humano’ aumenta se ele trabalha em melhores condições fisiológicas” (DESOLLE, 1958, apud FERREIRA FILHO, 2010)⁵⁶.

⁵⁶ A força de trabalho apenas permanece vendável quando conserva os meios de produção como capital. O capital não é um dado, e sim uma relação conflituosa na qual ele se valoriza. É ele quem comanda o processo de trabalho. Assim, a força de trabalho é um valor de uso, é algo útil para o capital. A garantia de trabalho é necessária tanto para o trabalhador, que precisa vendê-la para garantir sua subsistência, quanto para o capital e o capitalismo, pois possuem como base a existência “saudável” e produtiva dos trabalhadores. Ao Estado cabe, via legislação social, manter as condições de produção e garantir a existência da classe trabalhadora enquanto objeto de exploração. A legislação social generaliza as condições de exploração para o capital, mesmo que parte do capital seja “sacrificada” (FERREIRA FILHO, 2010, p. 12).

Um dos fatos mais comuns, nesse momento de enfrentamento das doenças, era que os trabalhadores, sem condições de pagar pelos altos honorários exigidos pelos médicos fora do espaço fabril, recorriam aos charlatões com suas “pílulas milagrosas”, fabricantes de panaceias e fortificantes. Buscavam a cura para não deixar a miséria abatê-las ainda mais, pois na ausência de um membro da família trabalhando, a situação se agravava. Sem o tratamento adequado, havia um campo aberto para a alta incidência de epidemias e surtos de cólera, escarlatina, tifo, varíola, rubéola, malária, coqueluche e doenças pulmonares como tuberculose, asma, bronquite e rouquidão crônica⁵⁷, casos de tétano, acompanhada de alta taxa de mortalidade e de baixa expectativa de vida⁵⁸.

Em relação aos acidentes de trabalho, os mais comuns resultavam das amputações e esmagamentos de membros, sendo as extremidades superiores as mais acometidas, o que limitava sua independência. Não era difícil encontrar numa visita à fábrica, fragmentos humanos de acidentados por descuido, desatenção ou conduta arriscada. As crianças eram mais propensas a ser vítimas por afogamento, queimaduras e atropelamentos. Nas deformidades em decorrência do excesso de permanência numa mesma postura, havia casos bizarros em que o capitalista conseguia extrair proveito da deformidade instalada como meio de aumentar a produção daquele indivíduo (ENGELS, 2010).

A convivência com esses sofrimentos desestruturava emocionalmente o operariado. Prevalia uma degradação moral e física. E a dificuldade para lidar diariamente com a dor e o sofrimento levava à perda de sentido dos trabalhadores com a vida. Engels (2010) adotou o termo “assassinato social” para declarar que era isto que os capitalistas faziam, em vasta extensão, com a classe proletária.

É difícil imaginar, hoje, um trabalho a ser executado por mais de 16 horas consecutivas na postura em pé, em que era proibido sentar, sob forte pena de punição, para quem ousasse desobedecer. Os danos causados pelo tempo de jornada prolongado e intensificado nas indústrias algodoeiras e de fiação de linho eram gritantes. O rigor da permanência da postura em pé durante todo o tempo de execução da tarefa tornava o trabalho ainda mais estafante, visto que a pressão mecânica da parte superior da coluna sobre os quadris e as pernas (ENGELS, 2010,

⁵⁷ Pelo excesso de inflamação de garganta, decorrente da intensa exposição aos agentes causadores.

⁵⁸ Em um relatório sobre o estado de saúde da população trabalhadora em Liverpool no ano de 1840, constou que a média de vida para os homens da classe superior era de 35 anos; para os homens de negócios era de 22 anos; e dos operários, de apenas 15 anos (ENGELS, 2010).

p. 192) induzia a sintomas como quadro de dor constante nessas regiões, edemas nos tornozelos e ulcerações nas pernas.

As condições do local de trabalho insalubres, caracterizadas pela alta temperatura (quente e úmida) dentro da fábrica e pela baixa temperatura no meio externo, os tetos baixos, as sujeiras em geral, os vapores de óleo e pó exalados, submetidos ao confinamento em um espaço sem circulação de ar, promoviam sem dificuldades a proliferação de doenças contagiosas as mais diversas e a vulnerabilidade social.

Os resultados incontestes dos relatórios médicos sobre o perfil dos operários eram de que se tratava de pessoas com “notável falta de resistência às doenças, um estado depressivo geral que afeta todas as funções vitais e um progressivo debilitamento das energias espirituais e físicas” (ENGELS, 2010, p. 193). A obrigatoriedade imposta ao operário para seguir o ritmo da máquina, a permanência da postura em pé, a privação do sono e a condição geral do local de trabalho constituíram danos graves à saúde do trabalhador.

Dos relatos de médicos e cirurgiões mais significativos referentes às doenças e sintomas mais frequentes na classe operária são destacados os registros de “deformações físicas”, “atrofia muscular”, “debilidade na constituição física”⁵⁹, “escrofulose”, “doenças pulmonares”, “afecções mesentéricas e má digestão, palidez”⁶⁰, “enfraquecimento [que levavam] às doenças esporádicas”⁶¹, [...] “organismos, se não deformados, débeis e doentios”⁶², “baixa estatura, magreza e palidez da maioria das pessoas em Manchester”⁶³. Dessas enfermidades relatadas, as conseqüências para a vida do trabalhador eram duradouras e irreversíveis, pelo envelhecimento precoce, debilidade física e desgaste mental.

Diante do exposto, a insalubridade que rondava a vida dos trabalhadores, tanto nas indústrias quanto em suas residências, demonstrava que a maioria das doenças estava estreitamente relacionada à pobreza extrema da classe operária e à negligência de cuidados com a saúde dos trabalhadores, pelas autoridades da época. As providências tomadas eram apenas pontuais, de pouca resolutividade, como inspecionar os bairros, analisar a gravidade da situação e emitir relatórios a fim de não “atingir” a classe média, ou seja, não interferir em sua atividade de

⁵⁹ Power (Report, p. 74), apud Engels (2010, p. 194).

⁶⁰ F. Sharps, cirurgião (Leeds), apud Engels (idem, p. 194).

⁶¹ Beaumont, cirurgião (Bradford), apud Engels, (idem, p. 194).

⁶² Dr. Loudon apud Engels (idem, p. 195).

⁶³ Dr. Hawkins apud Engels (idem, p. 195).

supervisão/controlado dos trabalhadores na produção de mercadorias. Esta era a dimensão social da doença, produto de uma relação de exploração, que não constava das observações dos supervisores nesses relatórios.

Uma variedade de doenças floresceu na população trabalhadora, pois o capitalismo fabricou “mulheres inférteis, crianças deficientes e incapacitadas precocemente, homens abatidos, gerações inteiras estragadas, fadadas à debilidade e ao definhamento, e tudo unicamente para encher os bolsos da burguesia!” (MARX, 1988b, p. 189). Das doenças mais marcantes desse momento histórico, destacam-se aquelas associadas às condições precárias de higiene e alimentação, e de fácil transmissão nos aglomerados urbanos. Dentre elas, as que mais levaram a óbito, foram a sífilis, o tifo, surtos de sarampo e varíola, escarlatina, difteria, *Escherichia coli*, *Shigella*, *Salmonella Thipy* (agente causador da febre tifoide) e cólera. Dadas as condições propícias para se proliferar, o século XIX é considerado por muitos autores como o “século da tuberculose”, devido à urbanização industrial.

Mas, por outro lado, grandes descobertas foram feitas, como o barômetro, o termômetro, o microscópio, o que possibilitou ao homem entender a anatomia, a fisiologia, a citologia humana, bem como os micro-organismos. Através desses conhecimentos, muitas teorias surgiram para compreender os mecanismos de transmissão das doenças parasitárias e contagiosas. Destas descobertas surgiram outras que, ao longo do tempo, foram refutadas com os avanços das pesquisas e tecnologias mais refinadas de detecção e diagnóstico precisos. No entanto, as condições que promoviam a proliferação das doenças não foram alteradas; as situações adoecedoras decorrentes da exploração tornavam o trabalhador vulnerável e, principalmente, o aumento do pauperismo e do desemprego contribuía para elevar os índices de mortalidade.

Foram as bases histórico-materiais do desenvolvimento da industrialização capitalista na Europa e o conseqüente surgimento da classe operária que garantiram a acumulação e a reprodução ampliada do capital. De acordo com Pimentel (2007, p. 53), a Lei Geral de Acumulação Capitalista, formulada por Marx, “expressa o grau de exploração do trabalho, cuja conseqüência mais aviltante é a pobreza que atinge a classe trabalhadora, ao tempo que garante a expansão, acumulação e reprodução do capital”. A regência desta Lei Geral da Acumulação Capitalista na sociedade confirma o argumento destacado pela autora de que, enquanto em um polo se amplia a riqueza disponível ao capital, no outro eleva-se significativamente a miséria

do operariado. A dinâmica da composição orgânica do capital constitutiva daquela lei geral matriza a relação desigual entre produção da riqueza e do pauperismo que, tendencialmente, se generaliza com a industrialização capitalista. Esta tendência confirma nosso argumento de que a relação doença-saúde é complexa, tem seu fundamento no desenvolvimento da produção material e não poderá ser anulada nesta sociedade. De início, pouco controle se efetivou sobre o aparecimento e a proliferação das doenças, tanto no que se refere às doenças típicas do universo do trabalho quanto às demais doenças que proliferaram nas cidades, pela persistência das condições de pauperismo aviltantes.

Talvez fosse necessário explicar de forma mais detalhada o perfil de cada doença, seu tempo de evolução, as mais frequentes em cada função desempenhada e em cada ramo da indústria, associadas às idades, ao gênero, as que mais incapacitavam, as que mais provocavam dores, como o destaque aos sofrimentos psíquicos e as consequências do abuso de álcool, mas este não é o objetivo de nossa pesquisa. No entanto, os elementos explicitados deixam claros, os efeitos nocivos e degradantes do trabalho desenvolvido e a vida precária e insalubre da classe proletária desde o início do processo de industrialização.

Algumas conquistas e direitos para a classe trabalhadora presentes na legislação fabril, sob resistência e protestos, foram assimilados pelo capital, o qual soube aproveitá-las para ampliar sua capacidade incontrolável de obter lucro (MÉSZÁROS, 2002). Quanto à garantia de melhores condições de vida e de trabalho, expressa na promoção de saúde para o trabalhador, estas demandas não foram objeto da intervenção do Estado, pois a intenção última era ampliar o desenvolvimento capitalista e suas formas de acumulação, o que resultou no agravamento das condições de pobreza e na multiplicação de doenças.

Da mesma maneira que a condição de miséria e a proliferação de doenças obstaculizavam o avanço incontrolável e compulsivo do capital, o aparato técnico científico sob controle capitalista promoveu soluções parciais na organização e gestão da produção para evitar o agravamento dessas problemáticas, conforme será tratado no item seguinte. Esses métodos propunham medidas de reparo para a máquina-objeto e para a “máquina-homem”, quando sofressem desgastes em razão do risco de tornar inviável o uso da força de trabalho.

Os processos de industrialização e de urbanização acarretaram vastos prejuízos à classe operária, conforme visto anteriormente. Cabe ressaltar que o

excesso de trabalho com jornadas intensas e duradouras refletiram em impactos na extração da mais-valia absoluta, no que se refere ao prolongamento do tempo socialmente necessário pelo capitalista. Tanto o prolongamento do tempo de trabalho quanto a redução do salário e a intensidade do trabalho estão intimamente relacionados às condições precárias de vida dos trabalhadores e à vulnerabilidade às doenças a que estavam continuamente expostos. Entende-se que os componentes que propiciam a perda da saúde a partir da estrutura do trabalho na sociedade capitalista são trabalho alheio, precário e degradante.

Reiterando nossa discussão, a grande indústria se complexifica e novos cenários são ajustados para adequar a reprodução social do trabalhador. As crises cíclicas⁶⁴ do capitalismo, os avanços científicos e as descobertas em vários campos de conhecimento foram orientados por segmentos econômicos que detinham o controle da expansão e acumulação de capital. A passagem do capitalismo concorrencial para o capitalismo monopolista, no final do século XIX, exige mudanças no modo de produzir que intensificam ainda mais a exploração da força de trabalho na dinâmica compulsiva do sistema do capital.

Serão tratados no item seguinte os processos contemporâneos de organização do trabalho iniciais (taylorismo-fordismo), na fase de desenvolvimento monopolista, para explicitar a dinâmica da problemática saúde-doença resultante das diversas formas de exploração e controle da força de trabalho e alguns aspectos relativos à emergência do Estado de Bem-Estar Social. Procura-se apontar as formas de adoecimento mais evidentes e as estratégias de controle, destacando-se a relação entre o desenvolvimento das forças produtivas e a permanência ou a superação de determinadas doenças.

2.3 Bases de reprodução ampliada das doenças: o desenvolvimento do taylorismo/fordismo e o controle sobre as doenças do trabalho

O trabalho em sua forma universal, ou seja, independentemente da formação sócio-histórica, é uma condição ineliminável para a vida humana. No entanto, o trabalho assalariado, organizado sob o ordenamento capitalista, adquire uma forma

⁶⁴ As crises cíclicas são inevitáveis e inelimináveis no modo de produção capitalista, resultantes de sua própria dinâmica contraditória. As causas são multifatoriais, dentre elas, Netto; Braz (2008) destacam a anarquia de produção, redução da taxa de lucro e do consumo da classe trabalhadora. Os autores descrevem ainda quatro fases da crise: a *crise*, a *depressão*, a *retomada* e o *auge*.

particular em decorrência de sua realização estar voltada necessariamente para a produção de mercadorias como valor de troca. Convém salientar que, na sociedade capitalista, não desaparecem os elementos fundantes do processo de trabalho para produzir objetos úteis, porém este processo de trabalho ocorre associado ao processo de valorização de mercadorias, conforme já exposto na introdução desta dissertação. Essa dualidade do trabalho, “ora como mediação fundamental que leva à emancipação propriamente humana”, ora distanciando “o humano do humano”, submetendo-os a uma relação entre coisas na sociedade capitalista, é condição fundamental para apreender o trabalho em sua totalidade (IASI, 2010, p. 61-62). Nessa direção, procura-se esclarecer que não é o trabalho em si, mas a generalização das condições histórico-materiais do desenvolvimento capitalista que produz a expropriação do trabalho, tornando o processo de trabalho adoecedor e nocivo ao trabalhador.

Com a introdução do taylorismo-fordismo na organização produtiva contemporânea são identificadas diversas alterações no processo de trabalho. Procura-se capturar a problemática da relação saúde-doença nesse processo para explicitar se o desenvolvimento capitalista consegue conter a proliferação de doenças e, em particular, aquelas relacionadas ao trabalho. Em que medida nesse novo momento de organização e gestão do trabalho, em que predomina a modernização da técnica, da gerência e das descobertas científicas, avança-se em termos da superação das precárias condições de trabalho e de reprodução social evidentes no período inicial da industrialização capitalista, conforme visto no item anterior.

As últimas décadas do século XIX anunciaram a passagem do capitalismo concorrencial para o capitalismo monopolista, conduzindo à formação de cartéis, trustes e demais fusões, formando grandes monopólios. Tal passagem culminou em um cenário de mudanças e profundas inovações científicas nas áreas automobilística⁶⁵, de comunicação (telefonía, radiotelegrafia), da saúde, da arte, etc.

⁶⁵ Quanto ao ramo automobilístico, este representa um importante setor para o desenvolvimento do sistema capitalista, haja vista sua complexidade para obter a composição do automóvel. Cada carro tem em média 20 mil peças, sendo necessário utilizar matérias-primas de vários segmentos, como o setor siderúrgico, as indústrias de vidreira, autopeças e pneus. Isso sem contar com a montagem e o acabamento. Visualizando este processo é fácil conceber o quanto ele reflete na economia do país, pelo número de assalariados, suas rendas e seu potencial de vendas. Os países mais desenvolvidos iniciaram a concorrência com forte apoio do Estado no que se refere a abrir mercado interno para atender à demanda das indústrias, dificultar a importação dos concorrentes e possibilitar infraestrutura. Assim, tal setor condizia com a guerra econômica entre os cinco países de efervescente relevância mundial, como o Japão, os Estados Unidos, a Alemanha, a França e a Itália, sedentos pela constante acumulação de capital (GOUNET, 1999).

Após sucessivas crises econômicas, seguidas por fases de expansão e depressão, por volta de 1860 foi generalizada nos países centrais a extração da mais-valia relativa, apropriada pela intensidade da exploração do tempo de trabalho, a redução dos preços de produtos de consumo de primeira necessidade e o incremento tecnológico. Isso propiciou produzir mais riquezas e ampliar a acumulação de capital. Contudo, ainda se manteve, na gestão do processo de trabalho, a morosidade do tempo de trabalho, o que justificou o controle dos tempos e movimentos por Taylor.

Em 1903, nos Estados Unidos (EUA), Frederick Winslow Taylor, ao observar a produção dos operários, planejou eliminar o desperdício, a ociosidade e a morosidade operária, através de uma técnica de padronização e uniformização do trabalho com o uso do cronômetro para racionalizar o tempo e os movimentos desnecessários do proletariado durante a jornada de trabalho. A divisão do trabalho estava condicionada à execução de tarefas específicas, de maneira repetitiva e contínua, conforme o ritmo da máquina e sob normas e regras bem rígidas de controle (GOUNET, 1999). Taylor percebeu que, dessa forma, reduziria significativamente o absenteísmo – as faltas contínuas, a sabotagem na execução da atividade e a frequência de revoltas e greves pelos operários. O controle dos trabalhadores passa a ser exercido por intermédio de supervisores que acompanhavam, minuciosamente, as etapas do processo produtivo. Por outro lado, esta modernização da divisão do trabalho intensifica a separação entre concepção, planejamento e execução do processo de trabalho.

Com a verificação empírica desses estudos, Taylor cria a Teoria Geral da Administração Científica, que deu origem à profissão de mesmo nome, expressa em três princípios da gerência científica, que afirmam o controle dos tempos e movimentos para o mínimo desperdício de esforço e de tempo (BRAVERMAN, 1987). Este método ou gestão do trabalho trouxe consequências para a saúde dos operários, tanto na exposição aos agravos ocupacionais quanto na vulnerabilidade e gravidade de outras enfermidades vigentes, relacionadas principalmente ao comprometimento da saúde mental. O trabalho repetitivo com a prática de “adestramento” procurava fixar a ideia do homem-máquina, sendo o operário parte da engrenagem do maquinário (ANTUNES, 2005).

Os indicadores de agravos na relação saúde e trabalho eram limitados aos acidentes e às doenças ocupacionais. Esse entendimento desenvolvido pela

Medicina do Trabalho e, posteriormente, pela Saúde Ocupacional significou uma visão reduzida, fragmentada e de culpabilização individual ao trabalhador. Isto porque não se articulava à emergência e ao agravamento das doenças tipicamente do trabalho e demais agravos relacionados a ele, como a intensidade da exploração da força de trabalho e as condições precárias de trabalho. Os riscos de ordem ocupacional eram considerados infortúnios do trabalho, cuja fatalidade encontrava-se na vulnerabilidade e suscetibilidade do trabalhador, concebendo assim o pensamento da Medicina Ocupacional (LACAZ, 2000).

Contudo, em decorrência da crise econômica do capitalismo no século XX, Henry Ford, baseando-se no método de organização do trabalho taylorista, cria o modelo de produção fordista, em 1913, voltado à indústria automobilística. Apropriou-se dos princípios da gestão taylorista, porém busca superar a produção artesanal em sistema de A a Z taylorista, que aumentava o custo de cada carro. Assim, para atender à demanda crescente de expansão dos mercados e de acumulação, ele modifica parte da organização de trabalho de forma a produzir um único modelo, o *padrão T*, que reduziu o custo com a produção em massa. Desde os anos de 1920 até os anos 1970 o fordismo foi o sistema dominante de produção na indústria automobilística mundial. O operário⁶⁶ na linha de produção estava subsumido ao ritmo do maquinário e a produção em larga escala se expandia com vigor (GOUNET, 1999).

Das principais modificações na esfera da produção implementadas pelo fordismo, Gounet (1999) destaca a produção em massa, o parcelamento das tarefas, o uso de esteira rolante automática, e a produção vertical, com o intuito de evitar desperdícios e movimentos desnecessários. Assim como no taylorismo, o fordismo amplia a radical separação entre a concepção e a execução do processo produtivo. A concepção, a dimensão intelectual/ subjetiva e o controle do trabalho pertencem à gerência científica, e a execução das tarefas desprovidas de significado cabia à classe trabalhadora, submetida a uma vigilância intensa.

O fordismo aprimorou as formas de controle tayloristas existentes, elevando a parcelização das tarefas de maneira que cada operário se responsabilizava por uma única atividade até se obter o produto final. O operário também era tido como um mero *apêndice da máquina*, a executar exaustivamente movimentos repetitivos, de tarefa fragmentada e de curtos ciclos, o que levava a movimentos estereotipados. A

⁶⁶ Nessa lógica, os trabalhadores insatisfeitos começaram a organizar as lutas operárias e as grandes revoltas.

linha de montagem estava acoplada a uma esteira rolante de maneira que as peças chegavam até o operário reduzindo o tempo e o desperdício de esforço desnecessário à produção, levando-os a uma acentuada desqualificação e alienação⁶⁷. Dessa forma, a produção planejada, conduzida no fordismo, não se limitava apenas às fábricas; “invadia o lar e as esferas mais privadas e íntimas da vida do trabalhador”, no intuito de se criar um novo tipo de operário padrão (KUMAR, 2006, p. 89).

O sistema taylorista/fordista⁶⁸ se expandiu nas economias capitalistas centrais e foi disseminado nos países periféricos após as guerras mundiais, constituindo a produção e o consumo em massa em escala mundial. Durante sua vigência os danos causados à saúde do trabalhador foram imensuráveis, decorrentes do excesso de atividades repetitivas e intensas que fadigam a musculatura na utilização excessiva, e do enfraquecimento de outros grupos musculares pouco solicitados na ação recorrente. Ademais, o pensamento do trabalhador alheio ao todo do que se produz, facilmente levava ao estado de exaustão e ao desgaste mental⁶⁹. Em relação à incidência de doenças epidêmicas, pela melhoria na insalubridade nos espaços fabris houve uma redução significativa, embora outras doenças tenham se agravado com a modernização do processo de trabalho, como as doenças ocupacionais.

Os fatores que repercutem sobre o estado de saúde do trabalhador são as condições de estresse, a monotonia, a rotina burocrática e entediante, desprovida de significado, a exposição aos riscos ocupacionais, os baixos salários, a precarização, vulnerabilidade ou instabilidade no trabalho; em sua maioria, são componentes geradores de sofrimento. No entender de Cordeiro (1980), a doença pode significar

⁶⁷ Sobre a alienação que se constitui na separação entre concepção e execução do processo de trabalho capitalista, Iasi (2010, p. 73) afirma que “o trabalho se apresenta de tal forma estranhado que a cisão entre o sujeito do trabalho e seu ato produz uma intensa sensação de sofrimento que, levada até certo grau de intensidade, chega a manifestações de doença mental. Os efeitos do trabalho estranhado, no entanto, não se restringem ao espaço da produção, se alastram para a vida do trabalhador, [subordinando-o e tornando-o funcional] à própria dinâmica da exploração”.

⁶⁸ O livro *Admirável mundo novo*, escrito por Aldous Huxley em 1932, ilustra os efeitos nefastos e desumanizantes de uma sociedade comprometida com os avanços científicos. O autor desenvolve a história de uma sociedade em que os homens são criados nas incubadoras e passam por diferentes processos até chegar ao nascimento. Há uma seleção de grupos de indivíduos divididos por castas, de forma que, já em sua composição humana, definia-se quem seria alfa (a casta superior, os gestores do mundo), delta, beta e o epsilon, este último formado por trabalhadores. Os operários recebiam agentes químicos nocivos durante o desenvolvimento fetal para obter resistência aos reagentes. Ademais, todos passavam por experiências de condicionamentos intensos para “serem o que são e amarem o que fazem”. Graças ao grande idealizador e inspirador Ford, eles estavam sempre tentando alcançar um grau máximo de *Fordeza* (em referência a Henry Ford) para a “evolução” da sociedade.

⁶⁹ Como ilustrado no filme de Charles Chaplin sobre o trabalho do operário no universo fabril, *Tempos modernos*, o trabalho era duplamente adoecedor: promovia desgaste físico e mental, que se prolongava e cronicava com danos irreparáveis à saúde do operário, na produção em massa.

ao capitalista limitação na força, impossibilidade de trabalhar e necessidade de reparar o “homem-máquina”, para manter seu funcionamento.

Das doenças comumente encontradas no período em que prevaleceu a grande indústria, tem-se ainda a predominância daquelas de caráter infecto-contagioso, persistentes na população mais pauperizada, e as doenças do trabalho, agravadas pelos riscos físicos, biológicos, mecânicos, químicos, que comprometem a estrutura física do trabalhador, como as LER/Dort, bem como os agravos decorrentes dos transtornos psíquicos, também relacionados ao trabalho. Verifica-se, no período do taylorismo-fordismo, uma prevalência maior de doenças relativas aos aspectos ocupacionais e a incidência de doenças psicossomáticas e mentais.

A disseminação de um conjunto de doenças durante o período do taylorismo-fordismo decorreu do crescimento da indústria em diversos segmentos produtivos. Contudo, no início desse processo de organização do trabalho, o desenvolvimento significativo das forças produtivas levou à superprodução, à superacumulação e às crises frequentes do capitalismo. Após a crise de 1929, países como os Estados Unidos, Inglaterra e França responderam como interventores na economia, implementando políticas públicas com a finalidade de equilibrar o sistema e reduzir o impacto econômico, aprimorando a implantação do fordismo.

Em face da necessidade histórica, esse Estado interventor garantiu a viabilidade da produção em massa fordista para um consumo também em massa. Diante dos ideais keynesianos de regulação da economia, o Estado também amplia a intervenção nos problemas sociais através das políticas públicas e sociais, e dentre as políticas sociais de proteção social ao trabalho (previdência, assistência e saúde), destaca-se a política de saúde como uma das prioridades. Isto porque à proporção que se desenvolvia a Ciência e a Tecnologia voltadas à medicina, a área da saúde tornou-se alvo dos interesses lucrativos do capital. Esse processo de mercadorização incorporou vários segmentos lucrativos como os de medicamentos, os de equipamentos médico-hospitalares, os de serviços e de assistência, compondo o que foi denominado por alguns teóricos de *complexo médico-industrial*⁷⁰, na vigência do capitalismo monopolista. Em face desses

⁷⁰ De acordo com Landmann (1982), o termo complexo médico-industrial faz referência ao complexo militar-industrial que ficou conhecido “em 1951, [pelo] general Dwight Eisenhower, ao tomar posse na Presidência dos Estados Unidos, alertou o mundo sobre o chamado “complexo militar-industrial” representado pela simbiose entre a indústria de armamentos e o sistema militar que, em decorrência da associação, adquiriu imenso poder político e econômico, a ponto de influenciar decisões substanciais da vida da nação, criando conflitos entre o interesse do país e o de áreas privadas que poderiam levar os Estados Unidos (como, aliás, levaram) a uma

desdobramentos, a área da saúde foi mercantilizada, tendo o Estado como um dos agentes legitimadores da instituição e expansão do complexo médico-industrial.

É instaurado, nesse momento, o Estado de Bem-Estar Social⁷¹, que vigorou nos países centrais do pós-Segunda Guerra até os anos de 1970, e o princípio basilar do pensamento liberal que o criou era de que através do pleno emprego e da efetividade das políticas sociais, as desigualdades sociais chegariam ao fim ou seriam significativamente reduzidas, em virtude da nova relação entre Estado e Sociedade Civil. O Estado de Bem-Estar assumiu o controle da economia e promoveu uma política pública e social com vistas à distribuição do bem-estar da sociedade, conduzindo a *um fenômeno novo na história* da sociedade capitalista. Sua proposta maior era o compromisso com o pleno emprego, boas condições de trabalho e de salário, e a melhoria de vida dos cidadãos mediante o acesso universal às políticas públicas.

Foi exatamente durante o apogeu do fordismo que se instituiu

O Estado de Bem-Estar Social assumi[ndo], então, um conjunto de atribuições. A produção em massa necessitava, para ser lucrativa, de uma demanda estável, com políticas dirigidas a investimentos públicos vitais para o crescimento da produção e do consumo e para garantir o pleno emprego. Além disso, buscava-se fornecer um forte complemento ao salário do trabalhador/consumidor, com um amplo programa de políticas públicas, como educação, saúde, habitação, seguro-desemprego, seguridade social. Afinal, o sistema de previdência social permitia aos assalariados continuarem como consumidores mesmo quando desempregados, doentes ou aposentados. (MERLO; LÁPIS, 2007, p. 65).

Os dados estatísticos⁷² mostram que no período de vigência do Estado de Bem-Estar Social elevou-se a renda dos trabalhadores, bem como as condições de vida destes e de suas famílias. Tais informações refletem o crescimento da aristocracia operária, parcela dos trabalhadores que apresentavam bons salários e constituíam os consumidores dos produtos fordistas. No entanto, é destes trabalhadores que se extrai a mais-valia relativa. Com os produtos de primeira

política belicista e às guerras inglórias, que custaram centenas de milhares de vidas. Nos últimos anos, surgiu um novo complexo industrial, tão perigoso como o primeiro, o *médico-industrial*, com imenso poder econômico e político, lidando com a saúde de populações, influenciando em decisões substanciais da sua vida e visando também, e primordialmente, o lucro, sem se importar com as consequências” (p. 29 e 30).

⁷¹ Convém salientar que durante os “trinta anos gloriosos” do capitalismo, durante a vigência do Estado de Bem-Estar Social, foram amplamente difundidas as ditaduras militares e a extensão de mecanismos de repressão e tortura, nos países periféricos, sob a hegemonia dos Estados Unidos da América, mascaradas pela urgência de expansão do desenvolvimento capitalista.

⁷² Conferir os dados estatísticos em “O Estado de Bem-Estar e a distribuição da riqueza”, capítulo II. In: LESSA, Sérgio. *O que é, mesmo, o Estado de Bem-Estar?* 2011 (mimeo).

necessidade com preços baixos, o aumento da tecnologia e o acesso às políticas públicas, esses trabalhadores vivem também da riqueza produzida por eles e pelos trabalhadores que produzem meios de sobrevivência, sendo destes extraídas de forma violenta a mais-valia relativa e a absoluta. Como um todo, o aumento da extração de mais-valia dos trabalhadores torna o sistema mais lucrativo (LESSA, 2011).

Quanto ao Estado de Bem-Estar, ao contrário das argumentações de que houve distribuição da riqueza nos países desenvolvidos, um olhar mais atento e menos influenciado pelo discurso comum revela que há fortes indícios do oposto: houve mais concentração de riqueza. Os ricos “distribuíram” para os próprios ricos. Ademais, tal período acentuou a divisão da classe trabalhadora entre os assalariados mais explorados pelas multinacionais de maior abrangência nos países periféricos e o aumento de consumo da aristocracia proletária (LESSA, 2012).

O taylorismo/fordismo prosperou na moderna fábrica capitalista através da expropriação do operário-massa, destituindo-o de qualquer participação na organização do processo de trabalho (ANTUNES, 2005). O capitalismo expandiu-se com vigor durante suas “três décadas gloriosas” de superprodução e superacumulação, identificado com o apogeu do fordismo. Contudo, a partir do início dos anos 1970, começou a dar sinais de desgaste, representados, via de regra, pela queda da taxa de lucro, pelo desemprego estrutural, pela maior concentração de capital e pelas privatizações.

Portanto, nesta fase de desenvolvimento produtivo acelerado, no taylorismo-fordismo, identificou-se um desgaste físico intenso do trabalhador, decorrente das atividades repetitivas, exaustivas e fragmentadas, que provocam dores e doenças musculares graves, problemas ortopédicos (amputação de braços, dedos) e a incidência de doenças mentais e psicossomáticas, bem como a continuidade dos vícios, como o alcoolismo e o tabagismo. A incidência de doenças mentais e de doenças psicossomáticas demarca a diferença em relação aos processos anteriores. Ainda prevalecem doenças infectocontagiosas e respiratórias, conforme dito anteriormente, embora tenham sido reduzidas. A relação saúde-doença adquire novos contornos e preservam-se determinados aspectos. Em geral melhoraram as instalações no ambiente de trabalho, apesar de condições de insalubridade ainda permanecerem nas moradias das populações subalternizadas. A infraestrutura das cidades e a garantia de emprego, nos países centrais, avançaram

significativamente, e também desenvolvem-se a ciência e a tecnologia, contribuindo para o diagnóstico de doenças e de seu tratamento, ainda que as formas de prevenção não tenham sido disseminadas na sociedade para evitar a proliferação das doenças. Desse modo,

Com o desenvolvimento das forças produtivas verificamos que a ação do Estado e do capital sobre a problemática da saúde é diferenciada, há necessidade do controle do desenvolvimento desenfreado das doenças, seja no trabalho ou na sociedade em geral, pois ameaça a ordem social e a produção capitalista. Há, portanto, que amenizar seus efeitos para não inviabilizar a reprodução da vida humana e, também, manter em níveis suportáveis as doenças na sociedade. É estimulado, nessa fase de transição do século XIX para o século XX e consolidado, no século XX, a formação de segmentos do capital na área da saúde para promover a expansão das formas de mercantilização. O binômio saúde-doença transforma-se no capitalismo monopolista numa mediação necessária à reprodução de segmentos lucrativos do capital. E o Estado, em sua função complementar ao desenvolvimento do capital, e mesmo sob a insígnia de defesa da vida como bem elementar e do direito ao acesso universal à saúde, facilita o desenvolvimento do processo de mercantilização (MELLO, 2001, p. 47).

Entende-se a partir desta argumentação que a relação saúde-doença exige o controle do Estado sobre a disseminação das doenças, no entanto, pelas exigências de expansão do capital, a área da saúde transforma-se num segmento lucrativo, “mesmo sob a insígnia de defesa da vida como bem elementar e do direito de acesso universal à saúde”, o que é tão bem propagado pelo Estado de Bem-Estar Social. Assim, com o desenvolvimento das forças produtivas, a modernização do aparato produtivo e o surgimento de um conjunto de profissões para auxiliar as demandas do padrão taylorista-fordista, apreende-se que a problemática da saúde adquire uma face complexa no capitalismo monopolista, com a formação do *complexo médico-industrial*, explicitado anteriormente.

No capítulo a seguir dar-se-á continuidade ao debate da relação saúde-doença no contexto contemporâneo de crise estrutural dos anos 1970, explicitando as estratégias encontradas pelo capital na reestruturação produtiva dos anos 1980, através da produção flexível, que mascaram suas consequências sobre a reprodução social do trabalhador, em particular, os efeitos das doenças sócio-ocupacionais. Serão discutidos outros aspectos que contribuirão para aprofundar as reflexões sobre o por que, na sociedade contemporânea, o desenvolvimento da base material extremamente avançado ainda expõe os homens a condições de vida

degradantes e não possibilita superar doenças graves. Por que os autores contemporâneos afirmam que a vida integral dos trabalhadores está comprometida com o trabalho extenuante, pois amplia as formas de adoecimento, ainda que os Programas de Controle da Qualidade de Vida, propagados pelas empresas, insistam em afirmar que é possível garantir melhores condições de reprodução social aos trabalhadores.

3 REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA, SAÚDE DO TRABALHADOR E A FUNÇÃO SOCIAL DO ESTADO

Neste terceiro capítulo dar-se-á continuidade à exposição da pesquisa, com destaque aos elementos histórico-sociais que configuram o desgaste do modelo de produção e de acumulação rígida, no contexto da crise estrutural dos anos 1970; as bases da reestruturação produtiva contemporânea dos anos de 1980 e por que a nova organização e gestão do trabalho flexível intensificou seus efeitos sobre a saúde do trabalhador, expressos nas doenças sócio-ocupacionais. Abordar-se-á a ampliação do *complexo médico-industrial* e, por fim, serão feitas reflexões teóricas sobre a função social do Estado na sociedade capitalista.

Nos anos de 1970, ocorrem grandes mudanças na sociedade capitalista em face da queda tendencial da taxa de lucros, que dificulta ampliar as formas de acumulação e dos processos de produção, configurando a maior crise estrutural capitalista. Esta crise se expressa no desemprego massivo; no aumento do preço do petróleo entre os anos de 1973 e 1979; nas oscilações do dólar (1978 e 1985); no desgaste do *Welfare State*; na hipertrofia do sistema financeiro; na redução do investimento na atividade produtiva industrial; no desgaste do modelo taylorista-fordista⁷³ e nas formas de acumulação rígida. Isso impulsionou o capital internacional a investir em seu processo de reestruturação, facilitado pela assimilação do padrão flexível de produção e de acumulação, associada ao projeto neoliberal, que resultou numa transferência sistemática de capitais para o mercado financeiro.

Instauram-se mudanças com o modelo flexível que incidem na atividade produtiva, ampliando os padrões de produtividade e lucratividade pelo avanço tecnológico e, por outro lado, aumenta o fenômeno do desemprego, dos processos de terceirização que dificultam o acesso dos trabalhadores ao emprego e precarizam as condições de reprodução destes. Acentuam-se as formas de adoecimento relacionadas ao trabalho, tanto no que se refere às doenças ocupacionais que

⁷³ Lessa (2007) ressalta dois momentos relacionados às transformações no “mundo do trabalho” na contemporaneidade: o primeiro seria referente ao apogeu e esgotamento do fordismo e keynesianismo, e o segundo, na década de 1990, correspondente ao processo de reestruturação produtiva. Ao tratar desse segundo momento, questiona se houve de fato uma ruptura com a produção taylorista-fordista, na atualidade, mesmo com a assimilação generalizada do modelo flexível, que utiliza o sistema informacional, os processos de automação e a eletromecânica. Há para o autor uma continuidade dessa base produtiva em razão da permanência de diversos aspectos técnicos e econômicos da organização capitalista.

atingem fisicamente os trabalhadores, como LER/Dort, síndrome de Burnout, quanto às doenças psicossomáticas e mentais, que decorrem da instabilidade, dos riscos e das pressões presentes nos ambientes de trabalho e na vida social.

3.1 Reestruturação produtiva e disseminação das doenças sócio-ocupacionais

O modelo taylorista/fordista de produção verticalizado, marcado pelo consumo/produção em massa, segundo exposto anteriormente, possibilitou a obtenção de grandes lucros à indústria de base/de capital fixo e de transformação, a saber, a automobilística e a de eletrodomésticos, nos países centrais, e tardiamente nos países periféricos. Isso correspondeu entre os anos de 1930 e 1970, aos “anos gloriosos” do capitalismo, marcados pela expansão e acumulação de capital.

Entretanto, a partir dos anos 1970, o capitalismo vivencia um período de recessão econômica e de crise estrutural⁷⁴ do capital. Essa crise foi determinada pela queda tendencial da taxa de lucro, gerada pela elevação do preço da força de trabalho, pela redução dos níveis de produtividade do capital, pela oscilação do dólar e pela queda do preço do petróleo (ANTUNES, 2005). Isso promoveu uma redução no investimento de grandes segmentos de capitalistas no setor produtivo industrial e, com isso, a hipertrofia do setor financeiro. Ocorre uma relativa autonomia desse setor em relação aos segmentos produtivos, colocando o capital financeiro como um campo prioritário para a especulação. Configura-se uma acentuada concentração de capitais, resultante das fusões entre as empresas monopolistas e oligopolistas; o desgaste do *Welfare State* (Estado de bem-estar social) e a crise do padrão de acumulação taylorista-fordista, que caracteriza uma das expressões fenomênicas da crise estrutural. Era visível a incapacidade de o capital responder à retração do consumo, que se ampliava com o desemprego estrutural em curso (idem, 2005).

⁷⁴ Segundo Mészáros (2002), a crise é denominada de crise estrutural porque atinge de forma global o cerne do sistema sociometabólico do capital mundialmente, pois se os seus elementos básicos como produção, circulação e consumo não mantêm um “equilíbrio” conforme as exigências da produtividade e da acumulação, acirram-se as contradições iminentes deste sistema. As crises peculiares ao desenvolvimento da sociedade capitalista, de natureza cíclica e estrutural, derivam da superprodução de mercadorias e da falta de escoamento desses produtos. Antes dos anos de 1970, as crises eram apenas cíclicas, temporárias; e após 1970, adquirem caráter estrutural. Saliente-se que, embora as crises sejam de naturezas diferentes, enquanto as relações capitalistas permanecerem dominantes as crises são inelimináveis/ inexoráveis, pois constituem a essência do sistema do capital. A dinâmica das crises demonstra o quanto o sistema é instável; ele produz sempre a sua afirmação e sua negação.

Assim, em resposta à configuração desta crise estrutural capitalista dos anos 1970, o mercado passou a exigir modificações na produção e nos processos de acumulação, que foram materializadas na reestruturação capitalista contemporânea. Dentre os mecanismos encontrados pelo capital para reestruturar-se estão a assimilação das formas de produção e a acumulação flexível; a reconfiguração do Estado com a implementação do projeto neoliberal; o aumento das privatizações de instituições estatais que atuavam no setor produtivo; a retração dos gastos públicos e a transferência de parte destes para o capital privado, o que acarretou as desregulamentações, a flexibilização dos mercados, do processo produtivo e da força de trabalho, e os processos de terceirização. As consequências para os trabalhadores foram os processos de terceirização, as demissões em massa, a permanência de relações de trabalho precárias e a reestruturação dos sindicatos, resultando na fragmentação da classe operária (idem, 2005).

No que se refere à reestruturação da atividade produtiva, são adaptadas estratégias capitalistas que se materializam com o uso intensivo da microeletrônica, da informática e da adesão aos sistemas⁷⁵ *just in time*, *kanban* e *kayzen*, que compõem o modelo toyotista⁷⁶, para reverter a crise econômica, o que repercute diretamente nas condições de trabalho e de reprodução dos trabalhadores. O toyotismo

é uma resposta à crise do fordismo nos anos 70. Em lugar do trabalho desqualificado, o operário é levado à polivalência. Em vez da linha individualizada, ele integra uma equipe. No lugar da produção em massa, para desconhecidos, trabalha um elemento para “satisfazer” a equipe que vem depois da sua na cadeia. Em suma, o toyotismo elimina, aparentemente, o trabalho repetitivo, ultra-simplificado, desmotivante e embrutecedor. Afinal chegou a hora do enriquecimento profissional, do cliente satisfeito, do controle de qualidade (GOUNET, 1999, p. 33).

Este modelo de produção é voltado para a demanda, para um mercado restrito cujos objetivos são minimizar o desperdício de tempo na produção, a

⁷⁵ Para Gounet (1999, p. 27), o sistema *just in time* implica reduzir o estoque, o que exige que a produção, transporte e compra de mercadorias se realizem na hora certa, orientados pela demanda. O *Kanban* é comparado pelo autor a uma “[...] espécie de placa” que indica diversas coisas, dentre elas se há algum defeito na peça ou no elemento ao qual está ligada. Acende uma luz que demonstra tal problema, para que a peça seja repostada ou consertada imediatamente. Já o *Kayzen* significa a disseminação de uma concepção de humanização do trabalho para aumentar a produtividade dos trabalhadores.

⁷⁶ O modelo toyotista ou toyotismo foi criado em 1950, no Japão, a partir de uma pesquisa do engenheiro Taiichi Ohno numa fábrica automobilística, a Toyota, referenciado por uma pesquisa que associou elementos do modelo taylorista-fordista para responder às necessidades do mercado japonês. Este padrão produtivo requer intenso desenvolvimento tecnológico (substituição do trabalho vivo pelo trabalho morto), um controle de qualidade dos produtos e dos trabalhadores, uma política de bonificação aos trabalhadores mais eficientes e a transformação do sindicato em “sindicato empresa”.

redução do estoque via controle da qualidade, realizada por uma equipe de trabalhadores polivalentes e multifuncionais, orientados por uma produção horizontalizada e enxuta. Para Lacaz (2000, p. 156) essa produção toyotista dirigida pela demanda demonstra

A cada vez mais clara percepção do esgotamento de um ciclo, coloca ao capital a necessidade de pensar em novas formas de gestão, divisão e organização do trabalho, o que começa a acontecer na década de 1970, inicialmente em países do capitalismo central, inspirados no modelo japonês. Esse modelo vai constituir-se no *novo paradigma*, que reacende a discussão sobre o controle e o disciplinamento dos trabalhadores [grifo do autor].

Este autor postula a ideia de que há um esgotamento de um ciclo e a instauração de uma nova organização e gestão do trabalho de base toyotista que põe em questão o debate sobre o controle e disciplinamento dos trabalhadores. É sabido que este padrão não se generaliza no mundo de modo uniforme, sendo implantado inicialmente nos países centrais e, posteriormente, nos países periféricos, de forma híbrida, associado ao modelo taylorista-fordista. Assim, mesmo considerando as modificações significativas na produção capitalista com o toyotismo, conforme será explicitado, questiona-se com base em Lessa (2007) e Antunes (2005) se de fato é um “novo paradigma”, porque efetivamente a base técnica do taylorismo-fordismo não foi substituída integralmente.

Pode-se considerar, desse modo, que essas mudanças no mundo do trabalho⁷⁷, caracterizadas pela passagem do padrão taylorista-fordista de produção para o modelo japonês, revelam que há mais elementos de continuidade do que de ruptura, pois são mantidos os critérios da reprodução capitalista e as mudanças promovidas pela assimilação do modelo toyotista há um sutil mascaramento da exploração intensa do trabalho. Altera-se o perfil do trabalhador, à medida que se exige qualificação (absorção de conhecimentos e técnicas), motivação, engajamento e um “autocontrole” do processo de trabalho.

Mesmo após as mudanças significativas decorrentes da inovação tecnológica com o toyotismo, as bases da reprodução capitalista permanecem, uma vez que o

⁷⁷ Dentre as transformações do mundo do trabalho, ressalta-se o fato de que o desenvolvimento das forças produtivas nas últimas décadas, mesmo no contexto destrutivo do capital, produziu as condições objetivas para a superação da ordem do capital, na medida em que se precisa de “cada vez menos horas destinadas ao intercâmbio orgânico com a natureza para produzir os bens materiais indispensáveis à reprodução social” (LESSA, 2010, p.314). Em contrapartida, mesmo dadas as condições necessárias para se reduzir tanto o tempo de trabalho quanto a intensidade de utilização da força de trabalho, o capitalista utilizou-se de mecanismos de controle mais rebuscados para ampliar o tempo excedente.

propósito deste modelo é ampliar os padrões de produtividade e de lucratividade do capital. Essas mudanças tendem a intensificar a exploração da força de trabalho em decorrência das formas de controle que, via gestão participativa, buscam capturar ideológica e subjetivamente o trabalhador através de meios supostamente mais “humanizados” de subordinação do trabalho (SOUZA, 2011).

Para Souza (2011), essas formas de controle que supõem “humanização” e autonomia no processo de trabalho são implantadas para promover a adesão dos trabalhadores às requisições tecnológicas e gerenciais de forma manipulada. Isso se concretiza quando as empresas “concedem benefícios materiais ou simbólicos, como o emprego vitalício, o ‘salário por antiguidade’, os programas de participação nos lucros (PL), o ‘sindicalismo de empresa’, a revalorização do saber operário, expressos nas políticas de qualificação permanente [...]” (idem, p. 93). Além disso, são enfatizados nos programas gerenciais os aspectos comportamentais, motivacionais e culturais do trabalho.

Esse ideário de humanização “propõe ao trabalhador encontrar sentido no trabalho capitalista essencialmente desprovido de sentido” (idem, p. 33), e é uma investida do capital para mascarar a exploração intensa a que o trabalhador está submetido. Assim, “aderir às regras não é uma opção do trabalhador, é uma condição para ele se manter no trabalho” (idem, p. 73). Estratégias como os Círculos de Controle de Qualidade (CCQ) e os Programas de Qualidade Total e de Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) propõem a participação integral da classe trabalhadora em atividades executivas, gerenciais e também relacionadas à política de qualidade de vida no trabalho. Forja-se uma autonomia e autocontrole do trabalhador, o que representa uma captura não só da sua estrutura física como força de trabalho, mas também de sua subjetividade, balizada pelo incentivo à gestão participativa e à sua criatividade no trabalho.

Os Programas de Qualidade de Vida no Trabalho (Valorização e Saúde do Trabalhador, lazer, ginástica laboral, qualificação profissional) como modalidade de controle predominante na empresa capitalista até os dias atuais enveredam por uma concepção de qualidade de vida do indivíduo no trabalho; desse modo, interessa o bem-estar do trabalhador como força de trabalho, o que não representa o atendimento das suas demandas sociais de reprodução como indivíduo na sociedade. Isso significa que

O bem-estar físico e mental da força de trabalho só interessa à reprodução capitalista para garantir a lucratividade. Somente nesse sentido a vida do indivíduo é considerada decisiva para o capital. A potência só faz sentido enquanto *actu*, força de trabalho articulada ao processo de produção e acumulação. Na medida em que o indivíduo deixar de interessar ao capital como força de trabalho, sua vida não terá mais qualidade. Nessa perspectiva, a qualidade de vida será sempre parcial e limitada, pois apenas reproduz a força de trabalho necessária às intenções do capital, que rebaixa e estreita o horizonte do indivíduo enquanto gênero humano (SOUZA, 2011, p. 187-188).

Entende-se que esta concepção de qualidade de vida diz respeito à garantia de cuidados em práticas de saúde, de ginástica laboral e de lazer para o trabalhador, a fim de evitar o agravamento das doenças sócio-ocupacionais provocadas pelo estresse do trabalho e da vida cotidiana. Esta concepção é veiculada nas instituições privadas e públicas com a reestruturação produtiva dos anos de 1980. O trabalhador precisa estar bem física e mentalmente para responder às demandas contemporâneas como força de trabalho ativa e saudável.

Apesar da disseminação desse ideário da qualidade de vida no trabalho de forma ampla na sociedade, e também da efetividade desses programas em empresas, Lacaz (2000) atenta para a ampliação das doenças relacionadas ao trabalho, em oposição ao entendimento anterior mais restrito que considerava apenas as doenças e acidentes típicos de trabalho, vistos como inerentes à função exercida, bem como a uma suscetibilidade individual. Atualmente considera-se que as doenças relacionadas ao trabalho são aquelas que acometem também a população em geral, mas que quando articuladas às condições de trabalho, podem assumir um perfil diferenciado quanto à sua intensidade, seu agravamento e sua cronicidade.

Ribeiro (1999) destaca que o perfil de morbimortalidade acompanha o desenvolvimento capitalista. Desse modo, no período de acumulação primitiva houve predominância de doenças ligadas ao baixo consumo de bens e serviços e às condições precárias de vida e de trabalho. Na fase monopolista verificou-se um aumento dos acidentes e doenças consideradas típicas do trabalho, o que o autor (1999) considerou tratar-se da “violência explícita do trabalho”. Com a implantação do modelo japonês amplia-se o perfil de morbimortalidade⁷⁸, uma vez que além do

⁷⁸ Do ponto de vista sanitário, essa realidade contraditória traz consigo um novo perfil de morbimortalidade dos trabalhadores. Além das doenças e acidentes associados à organização taylorista/fordista, hoje se agrega a tendência de mudança deste perfil, em que predominam doenças não reconhecidas como do trabalho, na medida em que a organização (japonesa) do trabalho é o novo paradigma mundial e dele fazem parte a

grupo de doenças reconhecidas como exclusivas do campo ocupacional, outros agravos que não estão diretamente vinculados à ocupação são incorporados como *relacionados* ao trabalho, uma vez que podem ser intensificados por este, sendo destacados na dinâmica da atividade produtiva. Assim, constata-se o crescimento de doenças de ordem crônica e potencialmente incapacitantes, como as doenças cardiovasculares, o sofrimento mental e os acidentes de trabalho ampliados para acidentes de trajeto (os acidentes de trânsito no percurso da residência ao trabalho e em viagens a trabalho⁷⁹).

A busca pela prevenção e as ações de combate às doenças e agravos relacionados ao trabalho ocorreram mais acentuadamente a partir da reestruturação produtiva, embora com limitações, conforme assinalado por Seligman-Silva (2011, p. 135), quando destaca que

O potencial preventivo, entretanto, vem sendo seriamente limitado na prática de grande parte das empresas, pela dominância do ideário neoliberal fixado na busca da maximização de lucros no curto prazo e *coisificação* (reificação) da dimensão humana – reduzida a mero insumo do processo produtivo, insumo cujos *custos* os donos do capital buscam reduzir ao máximo de forma imediatista (grifos da autora).

A autora assevera que a denominação saúde ocupacional, trazida desde o surgimento da medicina do trabalho, costuma ser utilizada sob a lógica positivista, pois se sustenta na ideia da relação causa-efeito e de culpabilização do indivíduo pela escolha do trabalho sob riscos. Isto porque “é desconsiderada a complexidade que a dimensão social e a dimensão subjetiva introduzem nas questões de saúde” (idem, 2011, p.110). De modo distinto, Marx (1988a) observa que o excesso de trabalho e a limitação imposta pela condição física e mental do trabalhador causam extenuação e condição degradante de reprodução do trabalhador. Isso se explicita quando afirma que

Apropriar-se de trabalho durante todas as 24 horas do dia é, por conseguinte, o impulso imanente da produção capitalista. Sendo porém fisicamente impossível sugar as mesmas forças de trabalho continuamente dia e noite, necessita pois, para superar esse obstáculo físico, do revezamento entre as forças de trabalho consumidas de dia e de noite, um revezamento que admite diferentes métodos, por exemplo, podendo ser

informática, a automação, a polivalência, a restrição hierárquica, o *enxugamento* do efetivo (*downsizing*), o desemprego etc. (LACAZ, 2000, p. 157, grifos do autor).

⁷⁹ É considerado acidente de trabalho o evento que ocorre pelo exercício do trabalho ou a serviço da empresa, que possa provocar lesões corporais e/ou perda funcional, que gere morte, ou redução permanente ou temporária da capacidade de trabalho (MENDES; DIAS, 1991).

ordenado de tal forma que parte do pessoal operário faça numa semana o trabalho diurno, na outra, o trabalho noturno etc. (MARX, 1988a, p. 197).

Entende-se com a exposição do autor que a base material que estrutura a atividade produtiva tem um impulso imanente no capitalismo que é a apropriação da vida do indivíduo, consumindo ao máximo sua força física e intelectual através da extração da mais-valia. Não interessa em que condições se objetiva o trabalho, mas o resultado que dele provém.

Haddad (1986a apud Teixeira 2008) salienta outro aspecto importante que se verifica na contemporaneidade, que denomina de “depreciação social” de parte da classe trabalhadora. Este processo acontece, em especial, com os trabalhadores aposentados ou os que são afastados por invalidez/acidente de trabalho, e que assim não têm mais valor de uso para o capital: são os supérfluos para o capital, os que só ganham visibilidade como consumidores de mercadorias e de serviços. Nessa direção, Teixeira (2008) destaca que o envelhecimento (e também o adoecimento) é um problema social, principalmente para a classe trabalhadora, haja vista os mecanismos de controle utilizados para a expropriação do tempo de trabalho e de vida do trabalhador. Condições de exploração necessárias para responder à reprodução do capital. Concordando com a afirmação da autora, a expectativa do envelhecimento e do adoecimento amplia-se, pois

É a classe trabalhadora a protagonista da tragédia no envelhecimento, considerando-se a impossibilidade de reprodução social e de uma vida cheia de sentido e valor na ordem do capital, principalmente, quando perde o “valor de uso” para o capital, em função da expropriação dos meios de produção e do tempo de vida (TEIXEIRA, 2008, p. 30).

A não requisição de força de trabalho na condição de envelhecimento e de adoecimento demonstra, pelo exposto, o quanto o capital facilmente descarta aquele grupo de trabalhadores que são acometidos por essas problemáticas. Esses trabalhadores perdem, portanto, sua função como valor de uso para a reprodução capitalista e passam a constituir o universo da população supérflua.

Convém salientar que os mecanismos de controle na atualidade são mais refinados e eficientes em virtude do aparato tecnológico a serviço dos grupos monopolistas que detêm o domínio sobre a dimensão técnica e intelectual do trabalho. Com a necessária assimilação do “componente intelectual do trabalho”,

uma dimensão pouco explorada pelo capital em momentos anteriores da produção capitalista, o modelo toyotista exige o domínio de um arsenal de conhecimentos com base na informática e na microeletrônica. A ênfase nesse componente torna, aparentemente, a força de trabalho mais criativa e autônoma no processo de trabalho, o que supõe superar aquela dinâmica rígida da produção taylorista-fordista de caráter fragmentado e repetitivo.

O autocontrole do processo pelo próprio trabalhador, ao contrário do que propaga o toyotismo, representou para o capitalismo a chave para ampliar a subordinação do trabalho já que o trabalhador não impõe limites ao tempo de trabalho na produção, o que mascara a intensa exploração, que agora não tem mais a figura do supervisor ou gerente a exercer o controle coercitivo. O trabalhador, seja em atividades com vínculos formais ou precários, controla parte da quantidade a produzir e o tempo de trabalho, mas o que determina a dinâmica da sua atividade é a necessidade da produção de mercadorias, de acordo com o modelo flexível, para responder ao momento de crise capitalista.

Com isso, a exploração do trabalho é mais intensa, porém aparece mascarada pelo suposto autocontrole do trabalho. Este é um dos aspectos que, a nosso ver, diferenciam este modelo das formas anteriores de organização e gestão do trabalho anteriores, pois propicia a eclosão de um conjunto de doenças, sejam elas de natureza ocupacionais, psicossomáticas ou os transtornos mentais que derivam do trabalho e a ele transcendem. Essa é uma peculiaridade das formas de adoecimento no processo de reestruturação produtiva contemporânea, o que torna os trabalhadores mais dependentes e subjugados a essa lógica alienante.

Entretanto, as formas de controle também se objetivam materialmente e são passíveis de vigilância, pois a cada projeto novo implantado estão incluídos os elementos de cobrança, como missão, visão, planejamento estratégico, bem como incentivos financeiros ou convertidos em folgas. No primeiro sinal de entrave e inviabilidade do trabalho, os seus “colaboradores” são culpabilizados e punidos com perdas salariais. Pontos eletrônicos como “chicote eletrônico”, radares, câmeras de vigilância, controle via *GPS*⁸⁰ são cada vez mais utilizados nas empresas privadas e, progressivamente, introduzidas nas empresas estatais. Essas e inúmeras outras ferramentas, sem limites para “tamanho criatividade” de extração de mais-trabalho, utilizadas pelo sistema do capital são intensamente adoecedoras.

⁸⁰ *Global Positioning System*

Trabalhos que exigem esforço físico e outros de grande desgaste mental ou o somatório destes levam não só a uma infinidade de doenças como à morte prematura por motivos que se diferenciam daqueles que marcaram o trabalho forçado na fase da grande indústria ou do período taylorista. Os princípios de autocontrole impactam física e mentalmente os trabalhadores. A síndrome de Burnout (esgotamento), doença que degrada integralmente a vida do trabalhador, dentre outras, é uma das consequências da nova configuração do trabalho contemporâneo.

Amplia-se a dimensão alienante do trabalho, porque além do seu caráter fisicamente degradante, os trabalhadores sucumbem à ideia de que têm o domínio sobre o processo de trabalho. Isso corrobora a perda do referencial de classe, o que impede refletir sobre a possibilidade de superação do domínio do trabalho abstrato na sociedade. A fadiga resultante do ritmo intenso e da exigência da criatividade torna perversa a condição de trabalho e de reprodução do trabalhador, que tem dificuldade em perceber o quanto a exploração atinge diversas esferas da sua vida. Com isso, o capital consegue com a reestruturação produtiva, com a inovação tecnológica, completar o ciclo de dominação sobre o trabalho, porque captura espiritual e intelectualmente o trabalhador, tornando-o cada vez mais suscetível às suas iniciativas. Até o período taylorista-fordista os trabalhadores eram mais resistentes às determinações capitalistas e demonstravam isso através de movimentos organizados.

Esse quadro não está muito distante do retrato que Friedrich Engels traçou das condições da classe trabalhadora na Inglaterra. No entanto, a crise estrutural dos anos 1970 acentua os efeitos destrutivos da reprodução capitalista sobre o trabalho, expressos no desemprego, na pobreza, nas formas precárias de trabalho, na violência e no não acesso aos serviços e bens coletivos produzidos pela maior parte dos trabalhadores. A diferença da realidade contemporânea em relação aos processos produtivos anteriores é que o capital produz mecanismos de controle mais velados e mais sutis para encobrir tanto as consequências sociais da crise quanto para mascarar a sua intensa necessidade de extrair mais trabalho. Os programas de controle da qualidade e da qualidade de vida (gestão participativa) visam capturar a subjetividade do trabalhador e fazê-lo acreditar no trabalho mais “humanizado” e “saudável”.

3.2 Medicina do Trabalho, Saúde Ocupacional, Saúde do Trabalhador e as doenças relacionadas ao trabalho

Em 1700, o médico italiano Bernardino Ramazzini, considerado por muitos estudiosos como o *Pai da Medicina do Trabalho*, publicou em sua obra "*De morbis artificum diatriba*" (As doenças dos Trabalhadores) uma relação que abrangeu 54 profissões em que descrevia os principais problemas de saúde apresentados pelos trabalhadores, desde suas condições, posturas e ambientes de trabalho, identificando que as causas das doenças eram decorrentes de suas funções. Entretanto, o primeiro serviço de saúde orientado para responder às demandas da reprodução da classe trabalhadora em relação às doenças ocupacionais foi o da Medicina do Trabalho a partir da Revolução Industrial, conforme consta nos itens 2.2 e 2.3 deste estudo.

A Organização Internacional do Trabalho (OIT), em 1919, ligada às Nações Unidas, estruturou-se periodicamente em Convenções Internacionais do Trabalho, no sentido de ser uma referência internacional no trato das relações de trabalho. A OIT recomendou, no ano de 1953, a criação de um instrumento normativo para compor a "Proteção da Saúde dos Trabalhadores", representado pelos Serviços de Saúde Ocupacional, que se expandiu mundialmente (MENDES; DIAS, 1991). Esta consideração dos determinantes sociais da doença foi importante para que os profissionais pudessem entender as bases materiais da problemática da saúde e não apenas constatar suas consequências quando da intervenção sobre elas através da medicina do trabalho.

Para intervir sobre a problemática da saúde, em particular sobre as doenças sócio-ocupacionais, foram criados historicamente diversos programas e legislações que estabelecem a proteção social ao trabalho. Nessa direção, a expansão da Saúde Ocupacional correspondeu ao setor responsável na empresa por tratar das relações de saúde dos trabalhadores, com o objetivo de prevenir doenças e acidentes do trabalho, evitando o absenteísmo e o desfalque da força de trabalho. Tanto a medicina do trabalho como a saúde ocupacional tinham como limites a visão mecanicista e com predominância da perspectiva unicausal. O termo foi ampliado, na década, de 1980 para *Saúde do Trabalhador*, pois os termos anteriores não abrangiam o conjunto de ações dos novos contornos exigidos pelo mundo do trabalho; era preciso ampliar a visão limitada da relação saúde-doença no trabalho e

a atuação da equipe de forma multi e interdisciplinar, além do médico do trabalho, contando com a intervenção de outros profissionais da área de saúde e áreas afins para integrar o campo da Saúde do Trabalhador, como enfermeiro do trabalho, engenheiro do trabalho, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo, assistente social, técnico de segurança do trabalho, ergonomista, etc.

Assim, a área Saúde do Trabalhador (ST) apresenta como objeto de estudo e intervenção as relações entre o trabalho e a saúde. Dentre seus objetivos estão a promoção e a proteção da saúde do trabalhador através da vigilância dos agravos e riscos ambientais e das condições de trabalho, compreendendo o diagnóstico, tratamento e reabilitação, e também sugerindo modificações nos maquinários. É orientada por uma visão multicausal, tendo o aspecto social como determinante das condições de saúde (MENDES, 2003).

Apesar do avanço quanto à abrangência da área saúde do trabalhador, em nosso entender, os elementos essenciais que compõem a relação capital-trabalho que determinam a existência e a manifestação da problemática da saúde do trabalhador não são contemplados. Sabe-se que, dado o desenvolvimento desigual e combinado do capitalismo, as expressões das contradições basilares da sociedade, como o desemprego, o pauperismo e as desigualdades sociais, interferem decisivamente na configuração desta problemática e a redimensionam historicamente. Assim, embora seja importante uma intervenção multiprofissional e interdisciplinar sobre a problemática da saúde considerando seu nível de complexidade, esta atuação responde às consequências imediatas da reestruturação produtiva sobre a saúde do trabalhador devido aos limites institucionais. O paradigma dos determinantes sociais acima assimilados pelos profissionais da área da saúde não estão explicitamente articulados às referências técnicas que orientam a intervenção.

Na atualidade, a problemática da saúde do trabalhador se amplia pelas modificações gerais nos processos de trabalho na sociedade em decorrência da implantação do modelo flexível e de suas consequências, segundo exposto no primeiro item deste capítulo. Um dos efeitos severos destas modificações é a precarização do trabalho, compreendida como resultante da

desregulamentação e perda de direitos trabalhistas e sociais, [d]a legalização dos trabalhos temporários e da informalização do trabalho. Como consequência, podem ser observados o aumento do número de trabalhadores autônomos e subempregados e a fragilização das organizações sindicais e das ações de resistência coletiva e/ou individual dos sujeitos sociais. A terceirização, no contexto da precarização, tem sido acompanhada de práticas de intensificação do trabalho e/ou aumento da jornada de trabalho, com acúmulo de funções, maior exposição a fatores de riscos para a saúde, descumprimento de regulamentos de proteção à saúde e segurança, rebaixamento dos níveis salariais e aumento da instabilidade no emprego. Tal contexto está associado à exclusão social e à deterioração das condições de saúde (idem, p. 19).

A precarização das condições de trabalho e de reprodução social, decorrente também dos processos de terceirização, um fenômeno que se expande internacionalmente, corrobora para deteriorar as condições de saúde dos trabalhadores.

O aparato tecnológico necessário para a efetivação do modelo flexível aprofunda a exploração do trabalho, precarizando também suas condições de trabalho e desumanizando-o como gênero humano. A incerteza da permanência no trabalho, o ritmo intenso e concentração de muitas atividades num trabalhador levam ao aparecimento de novos perfis de adoecimento e sofrimento dos trabalhadores. De acordo com Mendes e Wunsch (2011, p. 464), o trabalho é envolto de contradições, pois, ao mesmo tempo que pode atender às necessidades básicas de reprodução dos homens, também representa o seu inverso, próprias das “condições destrutivas da organização trabalho na lógica do capital, que pode determinar a produção de doenças e mortes”. Conforme o Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde (BRASIL, 2001, p. 19),

Embora as inovações tecnológicas tenham reduzido a exposição a alguns riscos ocupacionais em determinados ramos de atividade, contribuindo para tornar o trabalho nesses ambientes menos insalubre e perigoso, constata-se que, paralelamente, outros riscos são gerados. A difusão dessas tecnologias avançadas na área da química fina, na indústria nuclear e nas empresas de biotecnologia que operam com organismos geneticamente modificados, por exemplo, acrescenta novos e complexos problemas para o meio ambiente e [par]a saúde pública do país. Esses riscos são ainda pouco conhecidos, sendo, portanto, de controle mais difícil.

Essa afirmação explica a complexidade do desenvolvimento das forças produtivas, na atualidade, e as contradições que dela decorrem que não são controláveis pelo capital, o que confirma com o argumento central de nossa

dissertação. Pois se por um lado, positivamente são reduzidos alguns riscos, melhoram as condições de insalubridade e diminuem as doenças no trabalho com o avanço das forças produtivas, por outro lado, desencadeiam-se outros problemas para a saúde do trabalhador e para o meio ambiente, decorrentes da ampliação das tecnologias mais avançadas nas áreas da química fina, biotecnologia e nuclear. Os riscos à saúde do trabalhador nessas áreas ainda são poucos conhecidos, e ainda de difícil controle. Os impactos dos avanços tecnológicos para a sociedade e para o meio ambiente se complexificam também porquanto o desenvolvimento industrial numa área demandará pesquisas e estudos noutra área, evidente que sob a regência do controle capitalista.

Teixeira (2008, p.36) ressalta uma das tendências da área da saúde do trabalhador, que corrobora as prerrogativas capitalistas, ao responsabilizar a pessoa suscetível aos agravos pelo seu bem-estar físico e mental. Contrário a esta posição, o autor afirma que as doenças do trabalho resultam dos “mecanismos de controle opressivo do capital sobre o tempo de vida dos indivíduos, cujo planejamento continua externo, alienado e definido pelas necessidades reprodutivas do capital”.

Merlo e Lápiz (2007) complementam esse pensamento quando explicam que em relação às LER/Dort, os casos estão se intensificando em virtude das novas conformações do trabalho, pois o incremento tecnológico aumenta a cadência, o ritmo e a tensão no processo de trabalho.

Mendes e Dias (1999, p. 27) salientam que “os trabalhadores compartilham os perfis de adoecimento e morte da população em geral, em função de sua idade, gênero, grupo social ou inserção em um grupo específico de risco.” Entretanto, tornam-se vulneráveis a adoecimentos em consequência do trabalho que exercem. Esses autores afirmam que o perfil de adoecimento e morte dos trabalhadores é resultante da junção desses fatores, sintetizados em quatro grupos de causas, sendo os três últimos itens constituintes da classificação de doenças relacionadas ao trabalho.

O quadro abaixo explicita a classificação das doenças que acometem trabalhadores na contemporaneidade.

Quadro 1- Grupos de causas de adoecimento e morte dos trabalhadores

1. Doenças comuns, aparentemente sem qualquer relação com o trabalho;

2. Doenças comuns (crônico-degenerativas, infecciosas, neoplásicas, traumáticas, etc.) eventualmente modificadas no aumento da frequência de sua ocorrência ou na precocidade de seu surgimento em trabalhadores, sob determinadas condições de trabalho;
3. Doenças comuns que têm o espectro de sua etiologia ampliado ou tornado mais complexo pelo trabalho. A asma brônquica, a dermatite de contato alérgica, a perda auditiva induzida pelo ruído (ocupacional);
4. Doenças músculo-esqueléticas e alguns transtornos mentais exemplificam esta possibilidade, na qual, em decorrência do trabalho, somam-se (efeito aditivo) ou multiplicam-se (efeito sinérgico) as condições provocadoras ou desencadeadoras destes quadros nosológicos;
5. Agravos à saúde específicos, tipificados pelos acidentes do trabalho e pelas doenças profissionais. A silicose e a asbestose exemplificam este grupo de agravos específicos.

Fonte: BRASIL. Doenças relacionadas ao trabalho: Manual de procedimentos para serviços de saúde: (2001).

Há também a classificação de Schilling (1984), muito utilizada no campo da saúde do trabalhador quanto a doenças segundo sua relação com o trabalho, a seguir:

Quadro 2 – Classificação de Schilling (1984)

Categoria	Exemplos
I – Trabalho como causa necessária	Intoxicação por chumbo Silicose Doenças profissionais legalmente reconhecidas
II – Trabalho como fator contributivo, mas não necessário	Doença coronariana Doenças do aparelho locomotor Câncer Varizes de membros inferiores
III – Trabalho como provocador de um distúrbio latente, ou agravador de doença já estabelecida	Bronquite Crônica Dermatite de contato alérgica Asma Doenças mentais

Fonte: BRASIL. Doenças relacionadas ao trabalho: Manual de procedimentos para serviços de saúde: (2001).

Tem-se com esses dois quadros a classificação e a discriminação de um conjunto de doenças que acometem a classe trabalhadora, o que evidencia sua diversidade e possíveis tratamentos.

Seligmann-Silva (2011, p. 59) afirma que o ambiente de trabalho estressante pode além de gerar “conflitos interpessoais [pode ainda], eclod[ir] sob forma de crises agudas” manifestadas por vários sintomas clínicos e de transtorno mental *como* quadros de “hipertensão arterial, enfarte do miocárdio e outras expressões orgânicas, até síndromes neuróticas ou mesmo surtos psicóticos”.

Para essa autora, a concepção de desgaste está associada à ideia de consumo *das energias vitais do trabalhador*. Os autores Laurell e Noriega apud SELIGMAN-SILVA (2011, p. 135) explicam que o desgaste do trabalhador corresponde à “perda de capacidade potencial e/ou afetiva, corporal e psíquica”.

Para Marx (1988, p. 203), a reflexão sobre o consumo da força física do trabalhador consiste no roubo de suas energias vitais, pois

A produção capitalista, que é essencialmente produção de mais-valia, absorção de mais-trabalho, produz, portanto, com o prolongamento da jornada de trabalho não apenas a atrofia da força de trabalho, a qual é roubada de suas condições normais, morais e físicas, de desenvolvimento e atividade. Ela produz a exaustão prematura e o aniquilamento da própria força de trabalho. Ela prolonga o tempo de produção do trabalhador num prazo determinado mediante o encurtamento de seu tempo de vida.

Aludimos a Marx para explicar que a produção capitalista leva, indubitavelmente, com o aumento e/ ou intensidade da jornada de trabalho, à atrofia, ao desgaste físico e à diminuição do tempo de vida útil do trabalhador, o que o torna mais suscetível a doenças e agravos.

A *doença profissional* é aquela gerada ou desencadeada pelo exercício do trabalho peculiar a determinada atividade constante. Já a *doença do trabalho* compreende aquele grupo de doenças que foram adquiridas ou desencadeadas em decorrência das condições em que o trabalho é realizado e em relação direta com ele⁸¹. Assim, as doenças ditas profissionais ou ocupacionais, conforme a literatura, são aquelas decorrentes da exposição a agentes agressores, podendo ser físicos, químicos e biológicos, como é o caso das doenças comumente específicas, decorrentes da função exercida, como a Bissinose, que acomete aos trabalhadores que trabalham com algodão; a Pneumocarnose (bagaçose), causada pela introdução das fibras da cana-de-açúcar, absorvidas pelo sistema respiratório; a Siderose, decorrente de atividades desenvolvidas com limalha e partículas de ferro; e a asbestose, causada pelo amianto, que pode provocar câncer no pulmão.

Um das mais preocupantes de ordem crônica e muitas vezes incapacitantes são aquelas incluídas nas Lesões por Esforço Repetitivo (LER) ou Doença Osteomioarticular Relacionada ao Trabalho (Dort), causadas por inflamações provocadas por atividades de trabalho que exigem movimentos manuais repetitivos durante longo tempo. Elas atingem os músculos, tendões e nervos superiores e que têm relação com as exigências das tarefas, dos ambientes físicos e da organização do trabalho. Essas doenças podem resultar num quadro de dor, parestesia, fadiga, sensação de peso em membro acometido. São exemplos as

⁸¹ Conforme o entendimento da legislação brasileira contemplada na Lei n. 8.213/91 que dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social.

bursites, epicondilites, cervicobraquialgias, tenossinovites, tendinites, síndrome do túnel de carpo. Dentre os sintomas precoces e mais avançados, Ribeiro (p.108) aponta:

Os sintomas mais precoces, variáveis conforme os tecidos envolvidos, são a sensação localizada de desconforto ou peso, anestesiamiento, formigamento ou franca dor. Esta, de início leve, surda, inconstante, local e que aparece com os movimentos, pode se irradiar, se tornar difusa, despertada por pressões leves e acabar por se fazer espontânea e contínua. A dor é o mais freqüente, incômodo e limitativo dos sintomas. Edemaciação, variações de calor ou cor locais, dor forte e persistente são sinais sugestivos do estado avançado das lesões, que se fazem acompanhar de redução maior ou menor dos movimentos e de incapacidade funcional temporária e até definitiva. Essa é uma consequência possível, acusando um grave e prolongado processo traumático.

De acordo com essa sintomatologia, as disfunções músculo-esqueléticas podem resultar em limitação ou perda não só da capacidade laboral, mas das atividades de vida diária e de lazer, o que pode gerar dependência da pessoa em relação à execução de suas tarefas. Para Ribeiro (1999, p. 92), tal situação é agravada e complexificada:

À medida que se sucedem os ciclos de desenvolvimento e crise do capitalismo, cresce a expropriação das tecnologias - cada vez mais automatizadas —, aumenta a massa de trabalho abstrato e alienado do trabalho. Mudaram de natureza as exigências do trabalho com o advento das novas máquinas automatizadas, entre elas os robôs e os computadores, e com a nova organização do trabalho. Tais exigências não têm mais o caráter antigo de deslocamento de carga ou peso dos ciclos anteriores da produção capitalista que exigia força bruta. O corpo continua sendo exigido, mas de outro modo. Os esforços são agora bem mais leves, mas contínuos, rápidos, dando a impressão de serem inócuos, tal a leveza no manuseio das máquinas industriais e dos escritórios. E quando se requer mais destreza, exige-se mais atenção. Agora, o corpo sai pouco do lugar. Nesses trabalhos atentos, tensos e intensos, a cabeça e os olhos seguem os passos rápidos da produção, as mãos se movimentam mais que o resto do corpo e os braços as acompanham ou se colocam em posturas mais ou menos rígidas para que elas executem as tarefas prescritas.

Esse autor (1999) destaca o elevado número de casos de doenças relacionadas ao trabalho que acarretam transtornos mentais, e o agravamento das doenças crônicas, refutando a concepção de que as novas frentes tecnológicas favoreceriam o trabalhador na redução de doenças e de esforço físico. Pela dinâmica incontrolável do capital, principalmente nos tempos atuais, o efeito é

exatamente este ressaltado pelo autor, pois a inovação tecnológica vem impondo o aumento dos riscos e agravos à saúde do trabalhador.

Alguns sintomas mencionados nos estudos mais recentes sobre a Saúde do Trabalhador podem estar associados a um quadro patológico instalado ou que surgiu ao longo do tempo. Destes, os mais citados na literatura contemporânea são fadiga crônica, irritabilidade, esgotamento, estresse, tristeza, melancolia, labilidade emocional. Dos principais transtornos psíquicos reconhecidos pela Portaria 1.339 (Ministério da Saúde) de 1999⁸², destacamos o Esgotamento profissional ou Síndrome de Burnout; essa expressão inglesa significa “queimar até o final”, entendida como um tipo de exaustão identificada pela primeira vez na década de 1970 pelo pesquisador Herbert Freudenberger. Os principais sintomas descritos são depressão, exaustão, perda da perspectiva de concretização de algo que outrora significou uma missão ou meta, irritabilidade, apatia ou insensibilidade, mau humor, reação emocional negativa, queda do desempenho, entre outros.

Entende-se com a descrição da sintomatologia desta síndrome, que vem se ampliando um tipo particular de exaustão física do trabalhador, que em muito está relacionada ao limite emocional, psíquico de sua resistência pelo tipo de trabalho desenvolvido. A nosso ver, isso exprime uma tendência contemporânea, ainda que preliminarmente apontada por Marx, de que o capital completa a captura da subordinação do trabalho, porque a incidência dessa síndrome demonstra o quanto é atingida a dimensão psicofísica, afetivo-intelectual, espiritual do trabalho. Com este argumento não se postula a defesa de algo inovador no capitalismo, mas a constatação da proporção e gravidade que esse tipo de doença adquire com a adoção do modelo flexível de produção.

Acrescente-se às doenças acima descritas a incidência do Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), que está enquadrado no conjunto das neuroses contemporâneas. Conforme a literatura (SELIGMAN-SILVA, 2011), esse transtorno é descrito como um ou mais eventos em que a pessoa testemunhou ou vivenciou ameaça de morte ou de lesão grave a ponto de comprometer a integridade física da vítima ou de outros envolvidos. Há atualmente muitos registros de ocorrência do

⁸² O Ministério da Saúde (MS) elaborou a lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho a partir da décima revisão da Classificação Internacional das Doenças (CID10), estruturada “por doença e por agente etiológico ou fator de risco de natureza ocupacional” (idem, p. 13), publicada na Portaria/MS n.º 1.339/1999, adotada também pelo Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), de forma a auxiliar no planejamento e execução das ações de vigilância, diagnóstico e tratamento no âmbito dos serviços de saúde.

TEPT verificados no trabalho. Dentre os principais sintomas estão a esquivia (evitação), a hipervigilância e o déficit de memória.

Uma das doenças que resistem desde a Revolução Industrial é o Alcoolismo Crônico Relacionado ao Trabalho, que, no século XX, constitui um grave problema de saúde mental, considerado oneroso para o Estado e para as empresas. O quadro patológico de abuso de álcool está diretamente associado a trabalhos perigosos, exigência cognitiva em excesso, trabalho monótono, episódios de isolamento, ou afastamento prolongado do lar.

Emerge, na sociedade contemporânea, um novo perfil patológico caracterizado pela redução da incidência e mortalidade das doenças infecto-contagiosas e uma maior incidência e prevalência na classe trabalhadora de acometimentos causados pelas Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) em que não é evidente o nexos de causalidade com o trabalho. Dentre elas encontram-se as doenças cardiovasculares, gastroclicas, psicossomáticas, os cânceres, lesões osteomioesqueléticas (LER/Dort), as neurológicas, as doenças mentais, as mortes por excesso de trabalho (LACAZ, 2000). A denominação encontrada de doenças “difusas” que atingem os trabalhadores e de que não se conhece a origem explica, a nosso ver, conforme discutido anteriormente, a complexidade dos impactos do padrão flexível de organização e de gestão do trabalho, bem como a incontável dinâmica da reestruturação capitalista:

De modo esquemático, pode-se dizer que o perfil de morbimortalidade dos trabalhadores caracteriza-se pela coexistência de agravos que têm relação direta com condições de trabalho específicas, como os acidentes de trabalho típicos e as doenças profissionais; as doenças relacionadas ao trabalho, que têm sua frequência, surgimento e/ou gravidade modificadas pelo trabalho e doenças comuns ao conjunto da população, que não guardam relação etiológica com o trabalho (BRASIL, 2001, p. 20).

Outro aspecto importante a ser considerado para a proliferação de doenças, na atualidade, é que a redução nos preços dos produtos alimentícios industrializados e, ao mesmo tempo, o aumento dos preços dos produtos naturais e orgânicos implicam inversão de consumo de produtos e uma série de problemas de saúde. Ocorre em função disso uma transição nutricional, pois alimentos de pobre valor vitamínico e alto teor calórico são mais consumidos, o que leva ao sobrepeso e à obesidade das populações mais pobres. Este é um fator de risco para muitas das

doenças contemporâneas, dentre elas as Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT) e as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT).

Pelo forte poder incapacitante as Doenças Crônicas Não Transmissíveis passaram a ser alvo da atenção do Estado na elaboração de estratégias para minimizar os dados alarmantes. Essas doenças estão acometendo a população cada vez mais cedo, fruto das condições de exploração, do consumo de produtos nocivos e das condições e hábitos de vida. As DCNT são responsáveis pela maior causa de morte no mundo, em 2008 corresponderam a 63% de óbitos na população mundial⁸³; sendo a incidência maior em população de baixa e média renda. Além de fatores dos fatores de risco mencionados, o texto salienta que:

Os níveis de atividade física no lazer na população adulta são baixos (15%) e apenas 18,2% consomem cinco porções de frutas e hortaliças em cinco ou mais dias por semana. 34% consomem alimentos com elevado teor de gordura e 28% consomem refrigerantes 5 ou mais dias por semana, o que contribui para o aumento da prevalência de excesso de peso e obesidade, que atingem 48% e 14% dos adultos, respectivamente (BRASIL, 2011).

Esses índices comprovam a degradação da reprodução dos trabalhadores, que derivam, a nosso ver, da precária condição material de trabalho, na medida em que o pauperismo a que estão submetidos os impede de não só consumir alimentos ricos nutricionalmente, bem como de suprir as necessidades físicas que garantam uma melhor condição de vida para evitar o acometimento de agravos à saúde. As DCNT tendem concretamente a ampliar suas incidências caso permaneçam os elementos que determinam sua existência e proliferação.

Atualmente, lida-se com o que se denomina *Tríplice carga*, referente à incidência e prevalência de doenças parasitárias e infecciosas, doenças do aparelho circulatório e às causas externas (associadas à violência e a acidentes diversos) Evidencia-se também a pouca valorização de alimentos regionalizados, em consequência à expansão de produtos alimentícios mundialmente consumidos, influenciada principalmente pelo padrão norte-americano e europeu (BRASIL, 2011).

⁸³ Dados retirados do *Plano de ações estratégicas de enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) 2011-2022*. Em 2011 foi elaborado o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis⁸³ (DCNT) no Brasil 2011-2022, do Ministério da Saúde (MS). Tal proposta divide as doenças em quatro grupos: circulatórias, câncer, respiratórias crônicas e diabetes; tendo como fatores de risco em comum os modificáveis como o tabagismo, etilismo, sedentarismo, alimentação inadequada e obesidade. Quanto à relevância do plano, o estudo aponta que no Brasil, as DCNT correspondem a cerca de 70% das causas de mortes, constituindo um problema de Saúde Pública (BRASIL, 2011).

No entanto, convém salientar que, apesar das medidas tomadas pelo Estado para responder às precárias condições de reprodução social dos trabalhadores na contemporaneidade, não há como negar que o desenvolvimento desenfreado da produção capitalista demonstra que o processo de trabalho é um “espaço concreto de exploração, [e] a saúde do trabalhador é uma das expressões desta exploração” (LAURELL; NORIEGA, 1989, apud MENDES; WÜNSCH, 2011, p. 465).

Há, portanto, condições de trabalho geradoras de doenças, todavia, diagnóstico, tratamento e cura estão associados ao processo de mercantilização e a valorização do sistema sóciometabólico do capital. A complexidade das doenças sócio-ocupacionais indica o quanto a relação saúde-doença está subordinada à dimensão material e a sua tentativa de resolução, ao processo de mercantilização.

Este quadro geral de doenças abordadas, neste subitem, expressa a complexidade dos problemas relacionados à saúde do trabalhador, que vão desde os problemas físicos aos problemas mentais. Diante do exposto, apesar do avanço tecnológico em diversos campos da produção material, da intervenção do Estado e das diferenças dos padrões de desenvolvimento social entre países, ainda persistem na sociedade precárias condições de trabalho e de reprodução social, o que promove o aparecimento de novas doenças e a permanência das existentes de forma crônica, conforme já dito. É, portanto, na dinâmica sócio-metabólica do capital que se explica a complexidade da problemática da saúde do trabalhador na atualidade, e os elementos estruturais que definem o porquê de a promoção da saúde não ser uma necessidade para a reprodução dessa sociedade.

Dar-se-á continuidade à reflexão com a abordagem ao *complexo médico-industrial*, identificado por alguns autores entre as décadas de 1970 - 1980 como uma das estratégias econômicas decisivas para a reprodução do capital na área da saúde, visto que interfere decisivamente na relação saúde-doença, na contemporaneidade.

3.3 Complexo médico-industrial e mercantilização da saúde

Pelo exposto no item primeiro deste capítulo, verifica-se o quanto a reestruturação produtiva contemporânea, com o advento do modelo de acumulação flexível/toyotismo, influenciou nas condições de trabalho e de reprodução social da força

de trabalho. A problemática da saúde do trabalhador agrava-se com o acirramento das desigualdades sociais neste momento atual do desenvolvimento capitalista.

Entende-se que, tanto para o capitalista quanto para a força de trabalho, a saúde transformou-se em mercadoria. Contudo, o trabalhador precisa manter-se em condição física e mental adequada para participar da produção da riqueza material. É com base nesse argumento, na dinâmica do capitalismo em sua fase atual e nas considerações de autores da área, que se faz necessário abordar o *complexo médico-industrial* no processo de *mercadorização* da saúde.

A maior parte das publicações que fazem críticas à relação saúde-doença no capitalismo ocorre entre as décadas de 1970 e 1980 e são resultantes da inserção dos pesquisadores nos movimentos sociais⁸⁴ e de sua aproximação às concepções marxistas. Atestam isso os estudos dos autores franceses, a exemplo de *A expropriação da saúde (Nêmesis da Medicina)*, de Ivan Illich, publicado no Brasil em 1975, e o de Jean Claude Polack, em 1971, intitulado, na publicação em espanhol, *La medicina del capital*, bem como os estudos de Arthur Jores, sob o título *La medicina em la crisis de nuestro tiempo*, de 1979, o de Howard Waitzkin (*Uma visão marxista sobre atendimento médico*), de 1980, o de Hésio Cordeiro (*A indústria da saúde no Brasil*), também em 1980, o de Jayme Landmann (*Evitando a saúde e promovendo a doença*), de 1982, o de Carlos Gentile Mello (*A medicina e a realidade brasileira*), de 1983, o de Hubert Lepargneur (*O despertar dos doentes na gestão de saúde*), de 1986, entre outros⁸⁵. Em sua maioria, esses autores trataram da mercantilização/expropriação da saúde⁸⁶, do *complexo médico-industrial* e da função social da medicina.

⁸⁴ Na década de 1970, no Brasil, através do Movimento de Reforma Sanitária, propôs-se uma nova concepção de Saúde Pública que lutava sob o lema “Saúde – direito dos cidadãos, dever do Estado”, sendo formalizada pela Constituição de 1988 e regulamentada pelas leis 8.080/90 e 8.142/90. Do artigo 196 consta que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação”, princípio norteador do Sistema Único de Saúde (SUS). O Sistema Único de Saúde (SUS/ Brasil) está assentado em três princípios, a saber: a UNIVERSALIDADE, que garante o acesso às ações e serviços a todas as pessoas; a EQUIDADE, que assegura a igualdade da assistência à saúde; e a INTEGRALIDADE, que considera a pessoa como um todo, devendo as ações de saúde atender a todas as suas necessidades. Mesmo o SUS sendo considerado um avanço na implementação de políticas públicas, não se pode ocultar ter sido ele assimilado pela lógica do capital. A política que ampara o SUS é amplamente travestida, desfigurada, dissimulada na prática. A visão mercadológica e do lucro é soberana em face dos princípios e diretrizes norteadores do SUS. Cada vez mais o Estado é incapaz de atender ao que se propôs, sendo obrigado a frustrar todas as medidas de melhorias da saúde da população e do trabalhador. Nessa vertente, os movimentos dos profissionais de saúde para recuperar as conquistas e concessões perdidas não apresentam perspectiva de sucesso. O que se vê são políticas reformistas e de ajuste que requerem contenção de gastos, incentivo à privatização e a adesão aos planos de saúde (MENEZES, 2008).

⁸⁵ Todas essas obras citadas antecedem à Constituição Federal de 1988 e ao Sistema Único de Saúde.

⁸⁶ ILLICH, 1975.

No final do século XX, expande-se o processo de mercantilização das políticas sociais públicas, aspecto mencionado nesta dissertação, quando se fez referência ao Estado de Bem-Estar Social. Esse processo foi iniciado nos países centrais e disseminado, mundialmente, de forma mais acentuada com o aprofundamento da crise estrutural, em que o capital precisou utilizar-se também do segmento público para manter e garantir sua lucratividade. A função social das políticas públicas é converter o Estado em grande comprador e consumidor, para evitar um maior agravamento da crise de superprodução. Dessa forma, a saúde passou a ser progressivamente rentável ao capital, e sua importância para a reprodução do capital gerou perdas significativas à força de trabalho.

Os grandes capitalistas, na área da saúde, passam então a produzir mais mercadorias para manter seus índices de lucratividade, em decorrência da queda tendencial da taxa de lucro, provocada pela crise estrutural dos anos 1970. Esse setor passou por transformações significativas, promovidas pelo avanço da ciência articulada à tecnologia, para fins mercadológicos. Conforme discorre Lessa (2010, p. 53):

Tanto a medicina quanto os serviços de saúde conheceram profundas transformações após a I Guerra Mundial. O desenvolvimento tecnológico e científico jogou, na evolução deste complexo social um enorme papel. Contudo, seria um equívoco imaginar que a conversão da medicina e dos serviços de saúde naquilo que hoje conhecemos é uma decorrência necessária do desenvolvimento científico e tecnológico.

Desse modo, verifica-se que a ciência associada à tecnologia, estas especificamente voltadas ao campo da saúde, e os avanços da medicina combinados às novas pesquisas, tiveram como finalidade última ampliar o movimento do capital. Mézáros (2009) em sua obra *A crise estrutural do capital* confirma tal afirmação ao ressaltar que

(...) argumentar que “ciência e tecnologia podem solucionar todos os nossos problemas a longo prazo” é muito pior do que acreditar em bruxas, já que tendenciosamente omite-se o devastador enraizamento social da ciência e da tecnologia atuais. Também nesse sentido, a questão central não se restringe a saber se empregamos *ou não* a ciência e a tecnologia com a finalidade de resolver nossos problemas – posto que é óbvio que devemos fazê-lo –, mas se seremos *capazes* ou não de *redirecioná-las radicalmente*, uma vez que hoje ambas estão estreitamente determinadas e circunscritas pela necessidade da perpetuação do processo de maximização dos lucros (MÉSZÁROS, 2009, p. 53, grifos do autor).

Com isso, entende-se que os avanços técnico-científicos na área da saúde buscam a lucratividade, pois atendem mais às necessidades do capital do que à satisfação das necessidades humanas, na manutenção da saúde do ser humano. Em *Para Além do Capital*, o autor também analisa o desenvolvimento da ciência sob a exigência do capital e expõe que:

A mesma reversão se aplica ao desenvolvimento da ciência e à transformação das práticas produtivas de acordo com suas potencialidades inerentes, que supostamente deveriam favorecer a expansão do valor de uso e a interação dialética da progressiva expansão do valor de uso com o desdobramento das necessidades humanas. Como resultado das novas exigências e determinações do capital, a *ciência* é desviada de seus objetivos positivos, e a ela é designado o papel de ajudar a multiplicar as forças e modalidades da destruição, tanto diretamente, fazendo parte da folha de pagamento do complexo militar-industrial ubíqua e catastróficamente, perdulário, como indiretamente, a serviço da “obsolescência planejada” e de outras engenhosas práticas manipuladoras, divisadas para manter os lobos da superprodução longe da porta das indústrias de consumo (MÉSZÁROS, 2002, p. 694, grifo do autor).

Com base nesse autor, conclui-se que o incremento da ciência aplicado à produção industrial deveria atender à expansão de valores de uso que visassem às necessidades humanas, mas como tal associação é orientada, nesta sociedade, à produção de valores de troca, são produzidos bens que respondem aos imperativos destrutivos/negativos de reprodução do capital. A saúde e a doença, conforme exposto nesta dissertação, são produzidas por esta sociedade e articulam-se contraditoriamente, servindo tão só como mercadoria. Já a formação do lucrativo *complexo médico-industrial* no capitalismo dos monopólios, entre os anos 1960 e 1970, compõe a reprodução dessa lógica, pois resulta do aumento no consumo de medicamentos e de equipamentos médico-hospitalares, em função dos convênios e contratos estabelecidos com médicos e hospitais, em que se paga pelos serviços produzidos, tendo sido iniciado nos Estados Unidos⁸⁷ e disseminado mundialmente.

Cordeiro⁸⁸ (1980, p. 162) ressalta que entre 1966 e 1974 observam-se mudanças na área da saúde, assentadas no “processo de capitalização da prática médica”, em que estariam articuladas ao “conjunto de instituições prestadoras de

⁸⁷ De acordo com a literatura, a origem do termo pode ser buscada no pensamento crítico ao modelo de saúde norte-americano nos anos 1970 (ANDREAZZI; KORNIS, 2008).

⁸⁸ Hésio Cordeiro é considerado por muitos autores com uma das grandes referências marxistas na abordagem do complexo médico-industrial em sua obra *A Indústria da saúde no Brasil* (1980).

assistência à saúde, de formação de recursos humanos e de produção de insumos materiais (medicamentos e equipamentos)” para a formação do que chamou de *complexo médico-industrial*.

De modo similar, autores como Mendonça; Camargo Jr. (2011, p. 220) explicam que o complexo médico-industrial é constituído por

(...) uma gama de elementos, especialmente o setor produtivo industrial de base química e biológica (fármacos, vacinas e hemoderivados etc.), e de base mecânica, eletrônica e de materiais (equipamentos mecânicos, equipamentos eletroeletrônicos, próteses etc.), bem como o setor de prestação de serviços (hospitais, ambulatorios e serviços de diagnósticos e de tratamento).

Esse complexo serve, portanto, como mais uma forma de escoamento da produção em excesso do sistema do capital, tendo o Estado como um dos principais compradores/consumidores. Waitzikin (1980), em sua obra *Uma visão marxista sobre atendimento médico*, salienta que o capital monopolista manifesta-se através do crescimento dos centros médicos, da penetração financeira de grandes corporações e do “complexo médico-industrial”, sendo o Estado um dos agentes que intermedeiam as relações de compra e de efetivação de serviços.

Sobre a penetração financeira de grandes corporações, Vianna (2002) defende que além do complexo médico-industrial, está se lidando, de forma mais hegemônica, com um complexo médico-financeiro como parte de uma tendência geral do capitalismo contemporâneo quanto à expansão do processo de financeirização do capital.

Desse modo, a constituição do complexo médico-industrial foi permeada por um processo de intensa obsolescência da tecnologia, de modo que a área da saúde pôde expandir seu processo de *mercantilização*. De acordo com Nogueira (2003, p. 6), “os imperativos macroeconômicos e as estratégias mercadológicas, utilizadas em larga escala para transformar a saúde em um objeto corriqueiro de consumo contribuem, igualmente, para a metamorfose na concepção de direito à saúde”.

A apreensão da saúde não como um direito, mas como mercadoria, resulta tanto das atividades lucrativas na fabricação de produtos de insumos, equipamentos e medicamentos⁸⁹, como da prestação de diversos serviços que são efetuados,

⁸⁹ Atualmente existem no Brasil cerca de 350 laboratórios farmacêuticos, dos quais 56 são multinacionais. As companhias internacionais capturam 70% do faturamento nacional. Lideram mundialmente as indústrias *Pfizer*,

como consultas e procedimentos médicos. Há um excesso na produção de equipamentos e insumos, e se verificam a “obsolescência planejada ou programada”⁹⁰ e uma *anarquia*⁹¹ na produção de fármacos.

Na década de 1980, a perspectiva da Saúde Coletiva na Medicina, que se aproximava da perspectiva marxista, entendia o trabalho capitalista como elemento gerador de riscos à saúde. Isso se constata no texto de Laurell e Noriega (1989) apud Bernardo (2006, p. 18), quando definem que “o trabalho é o elemento central não só porque este gera riscos para a saúde, mas, principalmente, porque, como categoria social, o trabalho estrutura a organização da sociedade”.

São consideravelmente escassos os estudos atuais na área da saúde que colocam, na ordem do dia, a condição de classes antagônicas e a natureza da desigualdade social em relação com a saúde do trabalhador. Em estudo mais recente sobre o assunto, o médico Alex Botsaris destacou em seu livro *Sem anestesia: o desabafo de um médico (os bastidores de uma medicina cada vez mais distante e cruel)*, 2001, os pontos nevrálgicos que permeiam a prática médica nos grandes hospitais e consultórios, marcada pelas exigências do mercado. Ele afirma que “a medicina, hoje, é exercida sob a plena e absoluta opressão do capital”.

De acordo com Polack (1978), embora a medicina se oponha cientificamente ao uso de produtos “milagrosos” para responder aos problemas de saúde, por outro lado vincula a cura à compra e ao consumo intenso de medicamentos. Assim,

(...) permite e favorece o não uso de bens coletivos preventivos, para satisfazer a onda de consumidores individuais de “objetos de saúde” (cremes dentais milagrosos, vitaminas salvadoras, afrodisíacos e “mata-fome”, estimulantes e tranquilizantes, revistas “médicas”, massagens, sauna, aparelhos ultravioleta, etc.). A medicina, ao ser a responsável ideológica por esta não utilização, fortalece a equação que liga a cura com o ato de consumo, ou seja, com a compra de um produto, e concentra a sua estratégia no campo fechado do “colóquio singular” da relação “médico-paciente”, núcleo estrutural do intercâmbio terapêutico, mediado pelos “cuidados” e o dinheiro, a prescrição e os honorários (POLACK, 1978, p. 52 e 53, tradução nossa).

GlaxoSmithKline, Sanofi-Aventis, Novartis, Johnson & Johnson (ABIFARMA apud *site garantiadaqualidade.com.br*, disponível em março de 2012).

⁹⁰ O fenômeno da “obsolescência planejada ou programada”, conforme destaca Mészáros (2002), intensifica-se no capitalismo contemporâneo e corresponde ao processo de produção de mercadorias com tempo de vida útil curto para que atenda à exigência da reposição mais rápida de mercadorias no mercado, garantindo com isso a positividade da composição orgânica do capital e seu consequente processo de acumulação. Este fenômeno origina-se no momento inicial da industrialização capitalista quando, então, através do incremento do maquinário na grande indústria, o capitalista encontra a fórmula que irá garantir a reposição contínua de sua composição orgânica, produzindo mais mercadorias e aumentando a taxa decrescente de seu valor de uso. Isso produz implicações materiais severas para a destruição da natureza e do próprio homem, processo este que não será analisado neste trabalho.

⁹¹ Mello (1983, p. 63) afirma que “vivemos em uma completa anarquia farmacêutica e em um mundo selvagem de medicamentos”.

Os fabricantes de equipamentos médicos, por sua vez, financiam pesquisas para comprovar que os aparelhos são indispensáveis à prática médica de profissionais atualizados, que buscam incessantemente recursos tecnológicos avançados. Para Botsaris (2001, p. 255), “não existem mecanismos para o controle da influência do mercado sobre o sistema de saúde. Essa força está concentrada em três áreas: nas administradoras de planos de saúde, nos fabricantes de equipamentos médicos e na indústria farmacêutica”. Acrescenta ainda que:

Talvez o grupo que tenha maior poder de atuação, e que mais influencia a medicina, de forma negativa, seja o das grandes empresas farmacêuticas. [...] num setor cujo principal objetivo é o lucro, certamente não existe espaço para preocupações com a pobreza ou a saúde da população (idem, p. 247).

O capital, assim, lucra nas duas situações: *na saúde*, para manter a força de trabalho eficiente e produtiva, e *na doença*, quando incorpora todos os elementos lucrativos do *complexo médico-industrial* a partir da consulta médica com a prescrição de medicamentos e de diagnósticos com a solicitação de exames. Com as consultas e a prescrição de medicamentos é acionada a indústria farmacêutica, a de insumos e a de equipamentos médico-hospitalares, seja na rede privada, seja na rede pública de saúde. Sobre isso Cordeiro (1980, p. 64 e 65) afirma que:

O medicamento, ao mesmo tempo que é instrumento de institucionalização do consumo, ocupa também um lugar nas estratégias do médico no contexto da relação com o paciente. O medicamento cumpre a função de proporcionar aumento da produtividade do trabalho médico, ao permitir uma redução do tempo de consulta. [...] A prescrição de medicamentos sintomáticos permite reduzir o tempo da consulta, ao mesmo tempo que há um estatuto de confiança do paciente no “diagnóstico” representado pela prescrição.

Desse modo, a reprodução do complexo médico-industrial está relacionada à funcionalidade da prescrição médica para a resolução da doença de forma mais rápida e eficaz. O paciente torna-se, portanto, dependente de uma relação que mantém a dinâmica da atividade da indústria farmacêutica. Esta pode ser considerada uma das mediações que compõem a efetividade deste complexo na sociedade.

A sociedade capitalista coloca na ordem do dia a transformação de tudo, produção de bens e de relações sociais, em mercadoria, sendo a área de saúde

marcada por esse processo de mercantilização que se agrava com a crise estrutural. Nesta área, evidencia-se a privatização dos serviços e a precarização do trabalho dos profissionais de saúde, com a expansão dos planos de saúde privados e da indústria farmacêutica. Diversas indústrias controladas por multinacionais recebem incentivos fiscais e empréstimos (LANDMANN, 1982, p. 32)⁹². E esse processo de mercantilização da saúde só tende a aumentar, haja vista ser mais um elemento de obsolescência em que há produção em excesso de bens e serviços de saúde. Ocorre uma ampla produção já que o consumo também se dá em excesso. Sob forte influência da mídia, que anuncia, como exemplo, produtos de estética ou medicações “milagrosas”, especialmente aquelas de combate à obesidade, ocorre um forte e promissor investimento das indústrias farmacêuticas nesse segmento. Conforme Landmann (1982), as companhias farmacêuticas “escolhem” seus projetos com base no lucro previsto pela pesquisa do novo medicamento e pelas doenças mais populares (da “moda”) no mercado. Entre os medicamentos com mercado garantido estão as drogas cardiovasculares, os analgésicos, os antigripais e os de uso crescente na área da saúde mental, como tranquilizantes, antidepressivos, ansiolíticos, etc.

Teoricamente, a demanda por determinada droga deveria ser relativamente estável. Isto porque, tirante as flutuações epidêmicas de determinada doença ou grupo de doenças, o seu uso deveria ser limitado, o que auto-regularia o crescimento do mercado. A maneira de influenciar e aumentar a demanda é maximizar as necessidades médicas para as quais a droga é indicada. Por exemplo, se o fabricante produz um antibiótico específico para determinada doença, a demanda é uma. Mas se este antibiótico tem “amplo espectro de indicações”, a demanda se torna bem maior. A indústria de drogas usou esta estratégia, com relativo sucesso, mesmo sabendo que as conseqüências poderiam ser trágicas (LANDMANN, 1982, p. 41).

Mello (1983) afirma que “o nível de saúde depende do nível de vida, e numa sociedade de classes, a classe explorada é mais vulnerável ao aparecimento de doenças”. Dito de outro modo, as pessoas que compõem a população pauperizada

⁹² Lepargneur (1986) faz uma observação acerca da utilização do nome *cliente* em lugar de paciente. Para ele, são assim chamados porque entram como pagadores na seção saúde da máquina de produção capitalista da sociedade do consumo. Prossegue esse autor: “devidamente excitado (promovido) pela propaganda, o consumo de bens e serviços de saúde está crescendo assustadoramente, e mais ainda seus custos, nas camadas, regiões ou países que aparentemente menos deveriam precisar desses retoques ao processo natural” (p. 19 e 20).

estão mais propensas ao risco de morte e de comorbidades evitáveis⁹³ associadas às condições nutricionais, de higiene e de moradia precárias.

Segue o paradoxo no cenário atual: mesmo com as inovações científico-tecnológicas na área da saúde, com a descoberta de várias causas de doenças de grande repercussão e com o aumento da expectativa de vida relacionado à redução da mortalidade, a crise da saúde se aprofunda e se estreita, sem perspectiva de alteração desse quadro crítico, pois o sistema do capital não consegue mais atender às demandas. Conforme Mézáros (2002, p. 952): “Na ausência total de critérios reguladores que possam desenvolver positivamente as necessidades humanas, a lógica infernal e o impulso infinito do capital para a autoexpansão quantitativa conduz inevitavelmente a consequências destrutivas”. A dinâmica e a expansão do complexo médico-industrial na contemporaneidade explicitam esse impulso frenético do capital para responder à sua necessidade incontrolável de acumulação, ainda que isso resulte na destruição da natureza e do próprio homem.

Diante do exposto, entende-se que o desenvolvimento do complexo médico-industrial acentua a problemática da saúde e coloca em evidência uma questão fundamental: vive-se numa sociedade de classes antagônicas, em que os problemas de saúde produzidos são mais graves na classe trabalhadora, o que degrada sua condição de trabalho e de vida. Essa questão se torna mais evidente nos países de capitalismo periférico, vindo a público o descaso com a problemática da saúde mediante as denúncias sobre as condições degradantes das instalações nos hospitais públicos e o aumento das filas para se conseguir atendimento médico, e com o avanço das epidemias “da moda” em curso, o que põe em questão a responsabilidade do Estado sobre o aparato público no controle dessa problemática.

Os elementos determinantes do controle da produção material, inclusive na área da saúde, e as formas de acumulação não são relacionados à intervenção pública, nas análises realizadas pelos teóricos e gestores do Estado, conforme se procura explicar a seguir. O debate sobre a função social do Estado na ordem capitalista expõe os seus limites para responder às demandas históricas dos trabalhadores e a sua integração subordinada ao sistema sociometabólico do capital.

⁹³ Landmann (1982) salienta que nos casos das doenças pouco frequentes ou que não gerem lucro, as pesquisas são descartadas, como é o caso das medicações para hanseníase e tuberculose. Nesta última, a droga utilizada no tratamento, *isoniazida*, é tabelada pelo governo brasileiro, o que para as indústrias farmacêuticas confere pouca margem de lucro na sua comercialização, “ainda mais: sendo a doença um apanágio das classes pobres, o custeio do tratamento recai nas instituições governamentais” (1982, p. 36).

Diante do agravamento da problemática da saúde, na atualidade, torna-se necessário analisar a função social e a natureza do Estado em suas bases na sociedade capitalista, pois o que foi discutido nesta dissertação poderia levar o leitor a concluir que, a depender da atuação do Estado ou da força política das reivindicações populares, tal problemática seria eliminada ou alterada significativamente. O passo a seguir é desmistificar a possibilidade de resolução desta problemática na esfera da política, ressaltando que o capital necessita de uma estrutura de controle como o Estado, com todo o seu aparato jurídico-político, para manter esta sociedade, tão só amenizando as consequências resultantes das suas contradições.

3.4 Estado e sua necessária função social na ordem do capital

O Estado como instituição necessária à reprodução das sociedades de classes assume diferentes formas ao longo do desenvolvimento do sistema do capital e das sociedades em geral. Solidamente estabelecido, o Estado tem como função social o exercício do controle das relações sociais para evitar o acirramento dos conflitos entre classes antagônicas. Objetiva produzir o “aparente” consenso, mantendo os elementos centrais que afirmam a contradição entre as classes – a propriedade, o capital e o trabalho assalariado. No exercício da “aparente” mediação utiliza meios coercitivos de controle a fim de manter os trabalhadores produzindo a riqueza para a classe dominante.

A presente exposição propõe-se a abordar o Estado na perspectiva histórico-social, no sentido de identificar sua estrutura ontológica, sua natureza e função social. Analisá-la não é tarefa fácil, pois significa desvelar o que está posto, porém travestido, encoberto por tantos mecanismos utilizados para manter o sistema dominante em funcionamento.

Para tanto, utiliza-se como aparato metodológico para uma reflexão ontológica de análise histórico-social, duas obras de Engels, *Do socialismo utópico ao socialismo científico* e *A origem da família, da propriedade privada e do Estado*, e de Karl Marx, *As Glosas Críticas Marginais ao artigo “o rei da Prússia e a reforma social” de um prussiano no século XIX*, que explicitam a essência do Estado

burguês, seus fundamentos ontológicos e a esfera da política. Em estudo mais contemporâneo, István Mészáros em sua obra *Para além do capital* (2002) reafirma a tese marxiana ao analisar e desvelar o papel incontestado do Estado em servir *ativamente* à classe dominante na reprodução do capital.

Conforme visto no capítulo 1, o surgimento do Estado remonta ao final das comunidades primitivas, cujo excedente econômico, verificado a partir da *revolução neolítica*, permitiu o aparecimento das primeiras formas de exploração do homem pelo homem e da propriedade privada. Essa importante passagem fundou a necessidade do Estado e o surgimento da sociedade de classes, pondo um fim à sociedade gentílica. A partir disso, o Estado tornou-se necessário no sentido de atenuar conflitos antagônicos das sociedades de classes divergentes e inconciliáveis. Em *A origem da família, da propriedade privada e do Estado*, Engels (1979) discorre que o Estado

[...] é antes um produto da sociedade, quando esta chega a um determinado grau de desenvolvimento; é a confissão de que essa sociedade se enredou numa irremediável contradição com ela própria e está dividida por antagonismos irreconciliáveis que não consegue conjurar. Mas para que esses antagonismos, essas classes com interesses econômicos colidentes não se devorem e não consumam a sociedade numa luta estéril, faz-se necessário um poder colocado aparentemente por cima da sociedade, chamado a amortecer o choque e a mantê-lo dentro dos limites da "ordem". Este poder, nascido da sociedade, mas posto acima dela e se distanciando cada vez mais, é o Estado (ENGELS, 1979, p. 191).

A importância de se conhecer a origem do Estado reside na compreensão de que através da análise histórico-social é possível apreender sua natureza de classe e sua função na reprodução da totalidade social. Nessa direção, os pressupostos ontológicos do Estado devem ser extraídos da realidade concreta, registrando como se caracterizava a reprodução material em cada modo de produção. Assim, pode-se desvelar que o Estado não é um poder acima das classes que assume uma forma neutra, Engels (1979) esclarece que:

Como o Estado nasceu da necessidade de conter o antagonismo das classes, e como, ao mesmo tempo, nasceu em meio ao conflito delas, é, por regra geral, o Estado da classe mais poderosa, da classe economicamente dominante, classe que, por intermédio dele, se converte também em classe politicamente dominante e adquire novos meios para a repressão e exploração da classe oprimida. Assim, o Estado antigo foi, sobretudo, o Estado dos senhores de escravos para manter os escravos subjugados; o

Estado feudal foi o órgão de que se valeu a nobreza para manter a sujeição dos servos e camponeses dependentes; e o moderno Estado representativo é o instrumento de que se serve o capital para explorar o trabalho assalariado (ENGELS, 1979, p. 193 e 194).

Conforme exposto pelo autor, uma sociedade composta por classes antagônicas e inconciliáveis requer a existência de um poder para conter e administrar os conflitos, por mais insanáveis que sejam. O Estado assume tal função, sendo concebido a partir das ideias da classe dominante e atendendo a suas demandas, durante os regimes escravista, feudal e capitalista.

Assim, o poder do Estado se firma com o apoio de um aparato de instrumentos de dominação e repressão que, independentemente das variações de exercício do seu poder, estão presentes para a manutenção da dominação do Estado sobre a classe trabalhadora. São acionadas formas de controle objetivas e subjetivas para mantê-lo subsumido a essa estrutura repressora, dentre elas, o aparato estatal; este, constituído pelas forças armadas, pelo Direito e pelo funcionalismo público, exerce o domínio sobre o trabalho, auxiliando a função despótica do proprietário capitalista. Holloway (1982) anota que, além da utilização de força bruta, o Estado procura resolver os conflitos de maneira pacífica, minimizando os conflitos nos limites da legalidade do espaço administrativo estatal.

Portanto, o capital necessita da presença do Estado de forma permanente para a complementação da própria base material. O capital invade todas as esferas e espaços da vida, por sua compulsão e voracidade. Por essa razão, ele também esgota sua capacidade e não soluciona suas contradições, o que se converte, ao mesmo tempo, em seu “dinamismo e deficiência fatídica” (MÉSZÁROS, 2002, p. 100). No entender desse autor, o sistema do capital é o mais eficiente modo de extração da mais-valia, “orientado para a expansão e movido pela acumulação” (idem, p. 100). Seu movimento de expansão e de depressão desencadeado pelas sucessivas crises econômicas, de caráter ineliminável, acompanha a história do capitalismo. Nessa direção, permeado por crises incontroláveis e por contradições basilares, o capital requer políticas saneadoras de suas crises cíclicas e estruturais, deixando isso a cargo do Estado.

Como visto, após a crise de 1929-1933⁹⁴ o Estado interventor ampliou as políticas sociais em face das mudanças geradas pela produção taylorista-fordista⁹⁵. Nesse contexto, quando se instaura o Estado de Bem-Estar Social⁹⁶, no período pós-Segunda Guerra Mundial até o início da crise estrutural de 1970, intelectuais e profissionais acreditaram que as desigualdades seriam significativamente reduzidas em virtude da nova relação entre o Estado e a sociedade. A reestruturação produtiva e o neoliberalismo surgiram para viabilizar alternativas à crise de acumulação, que consistiu na transferência sistemática de capitais para o mercado financeiro.

Para Mézáros (2002, p. 98), o Estado “se ergue sobre a base deste metabolismo socioeconômico que a tudo engole e o *complementa* de forma indispensável (e não apenas servindo-o) em alguns aspectos essenciais”. Esse autor explica que o Estado pode assumir historicamente formas variadas e até opostas, mas atua sempre no sentido de atender às necessidades do capital. Mesmo se tivesse escolha, esta instituição não poderia desvincular suas ações das demandas de sustentação do capital. Como a função do Estado complementa o sistema do capital, ele propicia sua expansão, concentração e centralização. Com efeito, “a base socioeconômica do capital é totalmente inconcebível separada de suas formações de Estado” (idem, p. 117).

Nesse contexto de crise estrutural vive-se um movimento de inflexão, pois o capital não consegue burlar as dificuldades que se acumulam e se intensificam, por meio da *autoexpansão produtiva*, sobretudo devido à queda da taxa de lucro. Do mesmo modo, a classe trabalhadora não consegue extrair direitos e conquistas, nem resgatar ganhos outrora concedidos, haja vista que isso colocaria em risco a garantia de lucratividade do capital. Mézáros (2002, p.95) afirma que “o sistema do

⁹⁴ Período de recessão econômica conhecido como *Grande Depressão*, caracterizado por uma crise de superprodução e subconsumo, que se generalizou pelos países capitalistas, evidenciando o equívoco liberal de autorregulação do mercado.

⁹⁵ O Estado compra produtos até de produção destrutiva como o lucrativo complexo industrial-militar, já que seu propósito maior é não prejudicar a economia por causa da superprodução.

⁹⁶ De acordo com pesquisa realizada por Sérgio Lessa, o Estado de Bem-Estar não passou de um mito, pois, desveladas suas reais intenções, todas as suas prerrogativas defendidas por teses que lhe impunham um caráter positivo, ao fim, têm como prioridade servir às demandas soberanas impostas pelo capital. Tais “anos dourados” representaram o Estado comprador que ampliou o acesso às políticas públicas como a universalização da saúde e da educação, transporte e moradia; concentração de renda, crescimento da aristocracia proletária sob forte extração de mais-valia relativa, e necessariamente, a extração de mais-valia absoluta de uma grande massa localizada principalmente nos países periféricos. Sua tese se sustenta em análises de diversos autores que defendem e criticam o *Welfare State* e em dados estatísticos. No entender desse autor, o Estado de Bem-Estar, ao contrário das argumentações de que houve distribuição da riqueza nos países envolvidos, se estudado com um olhar mais apurado e menos influenciado pelo discurso comum, revela fortes indícios do oposto: houve mais concentração de riqueza. Os ricos “distribuíram” para os próprios ricos. Ademais, tal período acentuou a divisão da classe trabalhadora entre os assalariados mais explorados pelas multinacionais de maior abrangência no Terceiro Mundo e o aumento de consumo da aristocracia proletária. O autor pretende compor um livro com tais exposições em breve. Cf. Lessa, 2011, mimeo.

capital é *obrigado a frustrar* todas as tentativas de interferência, até mesmo as mais reduzidas, em seus parâmetros estruturais” (grifo nosso). Não por uma questão de escolha, mas por uma determinação histórica, fruto das contradições imanentes do capital, cada vez mais agravadas pela crise. Para o autor:

É necessário insistir que o capital é, (...) *em última análise, uma forma incontrolável de controle sociometabólico*⁹⁷. A razão principal por que este sistema forçosamente escapa a um significativo grau de controle humano é precisamente o fato de ter, ele próprio, surgido no curso da história como a mais poderosa (...) estrutura “*totalizadora*” de controle à qual tudo o mais, inclusive os seres humanos, deve se ajustar, e assim provar sua “viabilidade produtiva”, ou perecer, caso não consiga se adaptar. Não se pode imaginar um sistema de controle mais inexoravelmente absorvente – e, neste importante sentido, “totalitário” – do que o sistema do capital globalmente dominante, que sujeita cegamente aos mesmos imperativos a questão da saúde e a do comércio, a educação e a agricultura, a arte e a indústria manufatureira, que implacavelmente sobrepõe a tudo seus próprios critérios de viabilidade, desde as menores unidades de seu “microcosmo” até as mais gigantescas empresas transnacionais, desde as mais íntimas relações pessoais aos mais complexos processos de tomada de decisão dos vastos monopólios industriais, sempre a favor dos fortes e contra os fracos (MÉSZÁROS, 2002, p. 96, grifos do autor).

Atualmente, as possibilidades são cada vez mais estreitas de se conseguir qualquer ganho para a classe trabalhadora, devido ao aprofundamento da crise estrutural. Conforme Mézáros (idem, p. 95), há algumas décadas até se podiam extrair do capital “concessões aparentemente significativas”, obtidas como melhoria de vida para o trabalhador, concessões estas “que mais tarde se demonstraram reversíveis”. Ganhos que o capital pôde reconhecer e implantar durante o *Welfare State*, dentro dos limites permitidos pelo capital e que puderam ser assimilados e convertidos em vantagens para o próprio capital, integrando-o em seu impulso vital de acumular e expandir.

Mézáros acrescenta ainda que nessa fase de crise estrutural o Estado se faz cada vez mais presente, não só nos limites do espaço jurídico-legal, mas auxiliando o capital na sua base reprodutiva, adquirindo mercadorias, investindo em infraestrutura, injetando dinheiro em tempos de crise, salvando os bancos, etc. Holloway (1982) ressalta que, por ser o capitalismo essencialmente um sistema de exploração de uma classe por outra, o papel do Estado consiste em “assegurar a

⁹⁷ Mézáros utiliza o termo *controle sociometabólico* de forma a representar o conjunto da totalidade do sistema social, o modo como ele se reproduz e seus órgãos indispensáveis para exercer a função reprodutiva. Ou seja, no sentido da totalidade da interação desses diversos órgãos que o constituem. O capital exerce o controle sobre toda a existência social na era capitalista, dada a sua característica de incontrolabilidade, tese amplamente defendida pelo autor.

sobrevivência e a reprodução de todo o sistema” (idem, p. 15) e “atenuar os conflitos e manter a rebelião fora da ordem do dia” (idem, p. 16).

Notadamente o capital rejeita e destrói qualquer restrição à sua lógica reprodutiva que interfira em seu movimento de reprodução e expansão. Assim, impõe ao seu comando político condições para manter a sua forma de reprodução. Por sua vez, o Estado tem autonomia para decidir quais meios e instrumentos serão utilizados para atender às necessidades do capital. Pode até mesmo incorporar e conceder alguns direitos aos trabalhadores em alguns momentos, sem, contudo, perder de vista sua *determinação unidirecional*. Atende parcialmente para manter a dominação e exploração do capital sobre o trabalho, todavia tal feito “não altera minimamente o caráter absolutamente desumanizante do sistema do capital avançado” (MÉSZÁROS, 2002, p. 98).

É atribuição do Estado não deixar a classe trabalhadora desprovida de assistência e do atendimento das demandas sociais, de modo que ele precisa administrar observando até onde pode financiar as necessidades da classe trabalhadora. No que se refere às políticas sociais, estas contribuem para estimular a reprodução da força de trabalho, manter a ordem social e, de forma coercitiva e ideológica, contém os conflitos de classe. Sobre a funcionalidade da política social, Mészáros (2002, p. 126 e 127) afirma:

O papel do Estado em relação a esta contradição é da maior importância, pois é ele quem oferece a garantia fundamental de que a recalcitrância e a rebelião potenciais não escapem ao controle. Enquanto esta garantia for eficaz (parte na forma de meios políticos e legais de dissuasão e parte como paliativo para as piores consequências do mecanismo socioeconômico produtor de pobreza, por meio dos recursos do sistema de seguridade social), o Estado moderno e a ordem reprodutiva sociometabólica do capital são mutuamente correspondentes.

Portanto, o Estado desempenha *ativamente* a sua função em toda a história do capitalismo. Todas as modificações que se fizeram na forma do Estado visaram torná-lo mais eficaz no ordenamento da reprodução ampliada do capital. Está na esfera de competência estatal “administrar as necessidades e interesses do capital, manter a capacidade de assegurar o avanço do ‘todo’ na dinâmica variável da acumulação e expansão” (MÉSZÁROS, 2002, p. 128, grifo do autor). Entre o capital e o Estado há uma relação dialética com funções diferentes, porém complementares.

Mészáros (2002) analisa em sua obra *Para Além do Capital*, três pilares pelos quais o sistema do capital apresenta defeitos estruturais que geram contradições insolúveis. O primeiro deles é a cisão entre *produção e controle*, “radicalmente isolados e diametralmente opostos” (idem, p. 105), ou seja, a separação entre os que detêm a posse dos meios de produção e os proprietários da força de trabalho, uma contradição ineliminável nesse sistema. O segundo pilar diz respeito ao excesso de *produção* e, por outro lado, à restrição do *consumo*. Logo, enquanto houver excesso de produção haverá reprodução de miséria e pauperização dos que produzem a riqueza (conforme a lei geral de acumulação capitalista). O último pilar é referente ao defeito entre *produção e circulação*, e requer o desenvolvimento de um sistema internacional de dominação e subordinação. Diante de tais contradições imanentes ao capital, a atuação do Estado está em atenuar os defeitos estruturais através de algumas ações corretivas, de constantes ajustes, integrando-se ao sistema.

Na intenção de reverter as crises por meio do Estado, o capital se utiliza de multifacetárias ações de caráter destrutivo, dentre elas: os investimentos na indústria bélica (complexo industrial-militar) e as conseqüentes guerras mundiais; o nazifascismo; o keynesianismo e o projeto democrático-social do *Welfare State*; o neoliberalismo acompanhado da reestruturação produtiva e dos avanços tecnológicos, e, como visto no item anterior, a constituição do complexo médico-industrial e a mercantilização da saúde e da doença. Todas essas investidas do capital implicam derrota para a classe trabalhadora, com repercussões sentidas em maior ou menor força e intensidade nos diferentes países.

Assim, no intuito de alcançar uma sociedade *para além do capital*, é preciso uma mudança *radical* na reprodução social e a extinção da propriedade privada, da exploração do homem pelo homem e da divisão social de classes, base para a existência do Estado. O Estado necessariamente precisa ser extinto, conforme diz Engels (1975, p. 95-96) acerca da possibilidade concreta do fim da sociedade capitalista após a extinção do Estado:

A sociedade, que se movera até então entre antagonismos de classe, precisou do Estado, ou seja, de uma organização da classe exploradora correspondente para manter as condições externas de produção e, portanto, particularmente, para manter pela força a classe explorada nas condições de opressão (a escravidão, a servidão ou a vassalagem e o trabalho assalariado), determinadas pelo modo de produção existente. O

Estado era o representante oficial de toda a sociedade, sua síntese num corpo social visível; mas o era só como Estado que, em sua época, representava toda a sociedade: na Antiguidade era o Estado dos cidadãos escravistas, na Idade Média o da nobreza feudal; em nossos tempos, da burguesia. Quando o Estado se converter, finalmente, em representante efetivo de toda a sociedade, tornar-se-á por si mesmo supérfluo. Quando já não existir nenhuma classe social que precise ser submetida; quando desaparecerem, juntamente com a dominação de classe, juntamente com a luta pela existência individual, engendrada pela atual anarquia da produção, os choques e os excessos resultantes dessa luta, nada mais haverá para reprimir, nem haverá necessidade, portanto, dessa força especial de repressão que é o Estado. [...] O Estado não será "abolido", *extingue-se* (p. 95 e 96, grifo nosso).

Em *Glosas Críticas*, Marx também expõe sua tese de extinção do Estado em uma sociedade socialista. Nesta obra, descreve quatro teses a respeito do Estado: a primeira demarca a dependência ontológica do Estado da sociedade civil, o que “supõe a concepção de que o ser social tem um ordenamento cuja matriz é a economia” (MARX, 2010, p. 21); a tese seguinte considera o Estado como um instrumento de reprodução dos interesses da ordem dominante, ou seja, um instrumento de opressão de classe; a terceira tese descreve que o Estado como impotente para modificar a sociedade civil, constatando Marx que “a degradação da vida dos trabalhadores não é um simples defeito de percurso, mas o resultado ineliminável da forma das relações de trabalho” (idem, p. 23). A última tese diz respeito à necessidade imanentemente ontológica de extinção do Estado.

De acordo com Mészáros (2009), a destruição da lógica do capital em todas as suas manifestações apenas é possível através de uma política radical e extraparlamentar que reorienta a estrutura econômica vigente. Apenas a destruição do sistema sociometabólico formado pelo *Estado, o capital e o trabalho assalariado* pode superar a lógica do capital e possibilitar a emancipação humana. Mészáros (idem, p. 21), ao analisar a perspectiva de superação diante da crise instalada, assevera que “somente uma alternativa socialista radical ao modo de controle metabólico social tem condições de oferecer uma solução viável para as contradições que surgem à nossa frente”.

Portanto, é na esfera da produção, na raiz da desigualdade, que os homens mantêm-se desiguais. Apenas numa sociedade livre da exploração, da opressão, do Estado e do capital, poderão os trabalhadores exercer o trabalho livres de quaisquer amarras, pois “não há necessidade de instrumentos para mantê-la” (MARX, 2010, p. 32). Não se trata de *melhorar, reformar ou aperfeiçoar* o Estado, e tampouco de

propor um meio de *humanizar* o capitalismo. A análise marxiana é reforçada por Mészáros ao estabelecer como necessária a destruição do Estado. A palavra de ordem é superar, romper e encontrar respostas *para além do capital*.

Alguns teóricos assinalam que o aparato estatal pode atender tanto à classe dominante quanto à classe trabalhadora, defendendo uma ação de neutralidade do Estado. Nessa vertente, é possível crer que dependendo de quem ocupe o cargo político, os ganhos podem estar mais voltados aos trabalhadores na conquista de direitos, na garantia de políticas sociais universalistas e da cidadania, e no combate ao neoliberalismo. Porém, de maneira coercitiva ou consensual, o Estado apenas atenua contradições e administra os conflitos sociais, dada a sua limitação ontológica.

Em suma, a análise marxiana, através das obras de Marx e Engels e dos autores marxistas contemporâneos como Holloway e Mészáros, leva a constatar que os diferentes Estados são formas diversas de atender à função social para a qual foram criados, conforme a necessidade do sistema do capital. De um extremo ao outro, o Estado exerce a mesma função e não modifica a sua essência, visto ser essa a sua *raison d'être*⁹⁸.

⁹⁸ Expressão francesa que significa "razão de ser, de viver", utilizada por Mészáros (2002, p. 125).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos processos históricos nas sociedades precedentes e no capitalismo possibilitou apreender que a problemática da saúde-doença relacionada ao trabalho, objeto desta dissertação, desdobra-se de forma diferenciada com o desenvolvimento das forças produtivas. Verificou-se que essa problemática constituiu-se socialmente nos processos de reprodução material nas sociedades e que o desenvolvimento científico aplicado tecnologicamente à produção industrial, identificado no capitalismo, propiciou a diminuição da incidência das grandes epidemias, porém não eliminou a problemática saúde-doença, dado o caráter mercantil predominante nesta sociedade.

Nas sociedades precedentes, os homens recorreram a uma visão mágico-religiosa/mítica para entender os processos de adoecimento e neles intervir. Com isso, perceberam a enfermidade como originária de uma dimensão transcendental, cuja responsabilidade ou culpa (individual ou coletiva) se dava em atitudes humanas que desagradavam à ordem divina. A nosso ver, a constituição das doenças reside no precário desenvolvimento das forças produtivas, pois o desconhecimento científico das causas e das formas de prevenção das enfermidades favoreceu a disseminação dessa forma de conceber e lidar com os agravos e doenças na época.

Na transição à sociedade capitalista, uma série de conceitos estabelecidos são postos em questão e negadas essas concepções religiosas, míticas, transcendentais, passando os homens a compreender o mundo e os problemas que decorrem da vida em sociedade. Os homens produziram uma nova forma de pensar e intervir sobre o mundo, em que a razão e a Ciência dão a direção da práxis humana. A história passou a ser compreendida como produto da ação dos homens, que se reconhecem na própria história, ainda que sob a ótica da emergente classe dominante, a burguesia.

Ademais, foi a partir do século XIX que o excedente produzido conseguiu suprir as carências e oferecer condições para responder às necessidades humanas. A sociedade capitalista, regida por esta classe, produziu pobreza e doenças que seriam supostamente incompatíveis com o acelerado desenvolvimento das forças produtivas. No entanto, a sede do capital em acumular e expandir precedeu a demanda social básica da reprodução do homem. Quanto mais se acumula riqueza em um pólo, no outro se encontra mais miséria e pobreza, conforme atesta a Lei

Geral da Acumulação Capitalista (Marx, 1988). O trabalho é, portanto, o meio mais eficiente para reproduzir o capital, ainda que associado às demais condições materiais.

No trato das doenças que mais acometeram a classe trabalhadora durante o período da acumulação primitiva, estão as enfermidades infecto-contagiosas e pestilentas, que demonstraram alto índice de mortalidade e formas de controle e cura incipientes. Somadas a essas, no capitalismo concorrencial, conforme demonstrou Engels (2010), as precárias condições de vida do proletariado no início da industrialização provocaram a incidência de doenças associadas à insalubridade e à subnutrição, e doenças do trabalho como intoxicações, deformidades ósseas, perda auditiva e os frequentes acidentes de trabalho.

No desenvolvimento do capitalismo monopolista evidencia-se a redução das doenças de ordem infectocontagiosa e o significativo aumento dos agravos ocupacionais que atingem a estrutura física e mental dos trabalhadores, provocando sua degradação e desumanização. Foram verificados diversos tipos de acidentes nos espaços fabris no período de vigência da organização produtiva taylorista-fordista. Até meados do século XX, a prática dominante da medicina buscava mensurar as doenças “visíveis” e pouco se falava dos transtornos mentais decorrentes das relações de subordinação do trabalho ao capital.

A nosso ver, o processo saúde-doença é determinado, no interior da sociedade capitalista, em particular, pelo aumento do pauperismo, pelas precárias condições de trabalho, pelo desemprego e pelo grau de exploração do trabalho. O controle exercido pelo capital gerou e fixou ao longo desse desenvolvimento formas de subordinação, subsunção formal e real do trabalho, que interferiram decisivamente para a produção e a complexificação das doenças relacionadas ao trabalho.

Com as alterações tecnológicas e organizacionais nos anos de 1980, “novos” ajustes no processo de trabalho foram necessários à reestruturação produtiva. Constituiu-se o trabalhador polivalente, que utiliza massivamente o aparato tecnológico como a informática e a microeletrônica nas atividades laborais na produção flexível, o que passa a exigir maior habilidade e concentração de muitas atividades em poucos trabalhadores, acarretando prejuízo e desgaste na esfera física e mental do trabalhador. Amplia-se a captura da dimensão intelectual e subjetiva do trabalho, intensificando a exploração dos trabalhadores.

No entanto, esses mecanismos de controle do trabalho passam a ser mais velados, por práticas de gestão ditas inovadoras, como os Programas de Qualidade de Vida no Trabalho e os Programas de Responsabilidade Social, que teoricamente atenderiam às necessidades dos trabalhadores. Supostamente, o conjunto de mudanças promovidas pelo desenvolvimento das forças produtivas poderia propiciar a redução da exploração do trabalho e atenuar a extração de mais-valia pelo capital se os trabalhadores detivessem o controle da produção material. Entretanto, ocorre o inverso: precarizam-se as condições de trabalho e aumentam os índices de desemprego, nesta fase contemporânea de crise estrutural.

Assim, na reestruturação produtiva contemporânea, as doenças relacionadas ao trabalho ampliaram-se com o agravamento das enfermidades crônicas, pertencentes às Doenças Crônicas Não Transmissíveis – DCNT – e a intensificação dos transtornos mentais. Isso constitui a causa de muitos afastamentos, licenças e aposentadorias por invalidez. As doenças mais comumente encontradas atualmente são aquelas que apresentam uma relação direta ou indireta com o trabalho e com as condições de vida nesse contexto de aprofundamento da crise estrutural. Delas, destacam-se os casos de LER/Dort, lombalgias, estresse, depressão, síndrome do pânico, síndrome de Burnout, em resposta às demandas ofensivas do capital em face do seu impulso incontrolável de acumular riqueza e extrair ao máximo o excedente da força de trabalho. Desse modo, a sociedade ainda não tem uma dimensão precisa do quão nocivo pode ser o aparato tecnológico para a saúde e para a sobrevivência do planeta.

Procurou-se explicitar, no decorrer da exposição da pesquisa, que o Estado e as políticas sociais, no capitalismo, funcionam como instrumentos de dominação do capital, pois têm apenas o papel de minimizar o acirramento das desigualdades sociais. Isso acontece tanto para manter as condições que não coloquem em risco a existência da sociedade capitalista como para viabilizar as mínimas necessidades de subsistência e consumo da classe trabalhadora.

Variadas foram as formas de expressão da crise de superprodução que caracterizaram a dinâmica da sociedade capitalista e os problemas sociais que daí decorreram. Dentre as expressões mais contundentes da questão social relacionada à saúde do trabalhador estão as doenças do trabalho ou ocupacionais, conforme tratado nesta pesquisa. E o número crescente de pessoas acometidas pelas DCNT apresenta-se num contexto complexo, pois, ao tempo que ocorre um aumento da

expectativa de vida, na contemporaneidade, produz-se um grande contingente de idosos e de trabalhadores acometidos por doenças. Estes idosos portam algum tipo de limitação e/ou incapacidade, tornando-os impróprios e improdutivos para o trabalho e para a reprodução do capital, ampliando o universo dos desempregados, do “exército industrial de reserva”. Portanto, nesta sociedade são desconsiderados ou velados os antagonismos de classe que, na produção social, nas condições materiais de existência, resultam no adoecer, no envelhecer, na manutenção do pauperismo e nas demais consequências sociais.

A medicina do trabalho, surgida no início da industrialização, atua para manter a disciplina operária com vistas à redução do absenteísmo e do desfalque de força de trabalho. De acordo com a literatura, a prática médica detém a hegemonia do cuidado e da cura, relativos à saúde e à doença, e articula-se, no capitalismo contemporâneo, ao complexo médico-industrial. A saúde passa a ter um espaço importante no processo de acumulação do capital ao ser mercantilizada com a formação do *complexo médico-industrial*, que se expande a partir da década de 1980.

Verificou-se com a pesquisa que esse *complexo médico-industrial*, produto desta lógica mercantil, passa a intervir nos diversos segmentos públicos e privados sobre a problemática da saúde, intensificando as condições precárias de atendimento dos trabalhadores acometidos por doenças ocupacionais, bem como os demais usuários dos serviços públicos de saúde. A relação saúde-doença adquire, com a configuração deste complexo, uma feição particular, porque não só o integra, mas cronifica a problemática resultante da produção material da sociabilidade capitalista, que em si não é voltada para atender às necessidades humanas daqueles homens que a produzem.

O sistema sociometabólico em sua lógica produtora de capital agrava, contemporaneamente, a produção de doenças e, assim, provoca uma enorme quantidade de casos de acidentes de trabalho e de adoecimentos relacionados ao trabalho. Nesse sistema, sob a lógica mercadológica, tanto a doença como a saúde convertem-se em mercadoria. A produção do trabalho abstrato, alienado, atua como causa e contribui para a ampliação de distúrbios, transtornos e de riscos, sejam eles físicos, químicos, biológicos, ergonômicos ou psicossomáticos.

Sobre a relação que se estabelece entre Estado e capital, entende-se que o Estado alimenta o circuito do capital, fornece o diagnóstico de crises, orienta e atua

sobre os agravos que possam comprometer sua vitalidade, cuida da saúde do capitalismo mediante medidas curativas. O tratamento é um paliativo pela característica de “paciente crônico” diante da crise estrutural que se aprofunda e o define cada vez mais. Assim, o Estado está presente e dá assistência mesmo sem chances de cura do capitalismo, pois sua função vital é prezar pela saúde do capital e agir diante das intercorrências e na agudização dos sintomas de seu enfermo, de forma a remediar e acompanhá-lo até seu último suspiro, porquanto já se chegou ao esgotamento do papel civilizatório do capital.

As reflexões feitas neste estudo não visam a reproduzir uma concepção fatalista de sociedade, e tampouco a apregoar uma ação imobilizadora. Pelo contrário, a análise crítica permite refletir sobre as funções e limitações do Estado e dos profissionais que estão vinculados às políticas sociais, em particular os da área da saúde. Dito isso, tão só uma ação radical e revolucionária possibilitará eliminar os males sociais produzidos pelo sistema sociometabólico do capital, representado no conjunto formado pelo capital, pelo Estado e pelo trabalho assalariado.

Buscou-se provocar o debate, fomentar outras pesquisas e possibilitar a interlocução com profissionais da área da saúde que atuam na esfera do trabalho. Não se pretendeu esgotar o debate sobre a problemática da saúde, mas questionar a relação imanente entre produção material da existência na sociedade do capital e as precárias condições de reprodução social do trabalho. Também não se tem a ilusão de que este estudo realizado aponte caminhos alternativos ou corrobore as propostas de qualidade de vida no trabalho que supõem *humanizar* a dinâmica do trabalho no capitalismo, mas, ao inverso, intenciona-se contribuir com as pesquisas que pretendem aprofundar a relação orgânica que se constitui entre a área saúde do trabalho e a dinâmica do capital.

“Na saúde e na doença até que a morte os separe”: trabalho e saúde nos tempos do capital remete a uma relação entre o trabalho alienado e a saúde. O capital procura usufruir ao máximo da força de trabalho, das suas condições físicas e mentais, para produzir a riqueza necessária à reprodução e à expansão do seu sistema sociometabólico. Essa relação se reproduz e se cronifica no capitalismo, um a depender do outro: o trabalhador necessita vender sua força de trabalho para garantir sua subsistência, enquanto o capitalista precisa garantir as condições mínimas de saúde para manter a força de trabalho produtiva e geradora de lucros, através da extração do excedente de seu trabalho. Assim, sob a ótica da

“humanização” do trabalho, o capital na contemporaneidade aprimora e complexifica os mecanismos de controle do trabalho, no sentido de cooptar não só a dimensão física, mas subjetiva, psico-afetiva e intelectual do trabalhador, comprometendo integralmente sua vida e a reprodução social.

REFERÊNCIAS

ALDOUS, Huxley. *Admirável Mundo Novo*. São Paulo: Globo, 2000.

ALMEIDA FILHO, Naomar de; ROUQUAYROL, Maria Zélia. *Introdução à Epidemiologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

ANDERÁOS NETO, N. *O mito de Sísifo*. Disponível em: <<http://pt.shvoong.com/humanities/1100019-mito-s%C3%ADsifo/>>. Acesso em 8 de jul. de 2010.

ANDERY, M. A. et al. *Para compreender a ciência*. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

_____. _____. São Paulo: Educ/Espaço e Tempo, 2001.

ANDREAZZI, Maria de Fátima Siliansky de; KORNIS, George Edward Machado. Padrões de acumulação setorial: finanças e serviços nas transformações contemporâneas da saúde. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2008, vol.13, n. 5, p. 1.409-1.420.

ANTUNES, Ricardo. *Adeus ao trabalho?* Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do Mundo do Trabalho. 10 ed. São Paulo: Cortez, 2005.

_____. A substância da crise. In: MÉSZÁROS, I. *A crise estrutural do capital*. São Paulo: Boitempo, 2009. p. 9-16.

_____. *Os sentidos do Trabalho*: Ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. São Paulo: Boitempo, 1999.

BERNARDO, Lílian Dias. Os significados do trabalho e da reabilitação profissional para o trabalhador incapacitado para o exercício da profissão habitual. Belo Horizonte: UFMG. *Dissertação* (mestrado). Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Minas Gerais, 2006. 72 f.

BÍBLIA. *A Bíblia Sagrada*: Antigo e Novo Testamento. Traduzida em português por João Ferreira de Almeida. Rev. e atualizada no Brasil, 2 ed. São Paulo: Sociedade Bíblica do Brasil, 1993. Levítico, Cap. 13, 14 e 15.

BOTSARIS, Alex. *Sem anestesia*: o desabafo de um médico (os bastidores de uma medicina cada vez mais distante e cruel). Rio de Janeiro: Objetiva, 2001. 322p.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Plano Nacional de Eliminação da Hanseníase em Nível Municipal 2006-2010*. Brasília, 2006. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/hanseníase_plano.pdf>. Acesso em 5 de nov. de 2011.

_____. *Doenças relacionadas ao trabalho*: manual de procedimentos para os serviços de saúde /Ministério da Saúde do Brasil, Organização Pan-Americana da

Saúde no Brasil; organizado por Elizabeth Costa Dias; colaboradores Idelberto Muniz Almeida et al. – Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 2001. 580p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022* / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília. Ministério da Saúde, 2011. 148 p.

BRAVERMAN, Harry. *Trabalho e capital monopolista: a degradação do trabalho no século XX*. Tradução: Nathanael C. Caixeiro. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1987.

CAMILO, Diany Ibrahim de Souza. *A contribuição da Terapia Ocupacional na redução do estigma em indivíduos com Hanseníase*. 2002, 45 fl. Trabalho de Conclusão de Curso (graduação em Terapia Ocupacional) Universidade Federal de Pernambuco – UFPE, Recife, 2002.

COELHO, Sarita. *O estudo da doença no passado*, 2003. Disponível em <<http://www.invivo.fiocruz.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infolid=238&sid=9&tpl=printerview>>. Acesso em 2 de nov. de 2011.

COFFITO. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Decreto Lei nº. 938, de 13 de outubro de 1969. *Lei de regulamentação profissional*. Brasília, 1969. Disponível em: <<http://www.coffito.org.br/>>. Acesso em 5 de nov. de 2011.

CORDEIRO, Hésio. *A indústria da saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1980. p. 229.

CUNHA, Ana Zoé Schilling da. Hanseníase: aspectos da evolução do diagnóstico, tratamento e controle. *Ciênc. saúde coletiva*. [online] São Paulo, v. 7, n. 2, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232002000200004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 9 de nov. de 2011.

ENGELS, Friedrich. *A origem da família, da propriedade privada e do Estado*. Trad. José Silveira Paes. 3 ed. São Paulo: Global, 1984.

_____. *Do socialismo utópico ao socialismo científico*. Lisboa: Edições Avante, 1975.

_____. *A situação da classe trabalhadora na Inglaterra*. São Paulo: Boitempo, 2010.

FERREIRA FILHO, José Marcelo Marques. *A medicina do trabalho e sua relação com o capital*. Artigo apresentado no X Encontro Nacional de História Oral testemunhos história e política. Recife, 26 a 30 de abril de 2010. Disponível em: <http://www.encontro2010.historiaoral.org.br/resources/anais/2/1270396880_ARQUIVO_historiaoraljosemarcelomarquesferreirafilho.pdf>. Acesso em 19 de dezembro de 2011.

GERMINAL (filme). França. 1995. Direção: Claude Berri. Duração: 155 min.

GOUNET, Thomas. *Fordismo e Toyotismo na civilização do automóvel*. Tradução Bernardo Joffili. São Paulo: Boitempo Editorial, 1999.

HISTÓRIA DO MUNDO. *Invasões bárbaras*. Disponível em <http://www.historiadomundo.com.br/idade-antiga/invasoes-barbaras.htm>. Acesso em 12 de julho de 2012.

HOLLOWAY, John. *Fundamentos teóricos para uma crítica marxista de La administración pública*. México: Instituto Nacional de Administración Pública, 1982.

HUBERMAN, Leo. *História da riqueza do homem*. ed. Ltc. 1986.

IASI, Mauro Luís. Trabalho: emancipação e estranhamento? In: LOURENÇO et al (org). *O avesso do trabalho II: trabalho, precarização e saúde do trabalhador*. Capit. 3. São Paulo: expressão Popular. 2010. p. 61-83.

ILLICH, Ivan. *A expropriação da saúde* (Nêmeses da medicina). Ed. Nova Fronteira 1975.

JORES, Arthur. *La medicina em La crisis de nuestro tiempo*. México: Siglo veintiuno editores. 5º Ed. Colección Minima 3, 1979, 80 p.

KUMAR, Krishan. *Da sociedade pós-industrial à pós-moderna: novas teorias sobre o mundo contemporâneo*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2006.

LACAZ, Francisco A. de Castro. Qualidade de vida no trabalho e saúde/ doença. *Rev. Ciência & Saúde Coletiva*, 5 (1):151-161, 2000.

LANDMANN, J. *Evitando a saúde e promovendo a doença: o sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Achiamé, 1982.

LASKI, Harold. *O Liberalismo Europeu*. São Paulo: Mestre Jou, 1973.

LEPARGNEUR, H. *O despertar dos doentes: auto-responsabilidade na gestão da saúde*. Rio de Janeiro: Achiamé/ICAPS, 1986, 141p.

LESSA, Sergio. *Abaixo o casamento monogâmico*. 2010 (mimeo).

_____. *O que é, mesmo, Estado de Bem-Estar?* 2011, versão 12 (mimeo).

_____. *Trabalho e proletariado no capitalismo contemporâneo*. São Paulo: Cortez, 2007. 359p.

MARX, Karl. *O Capital: Crítica da Economia Política*. Vol. 1, tomo 1, 3 ed. São Paulo: Nova cultural, 1988a.

_____. *O Capital: Crítica da Economia Política*. Vol. 1, tomo 2, 3 ed. São Paulo: Nova cultural, 1988b.

_____. *Glosas críticas: marginais ao artigo “O rei da Prússia e a reforma social” de um prussiano*. São Paulo: Expressão Popular, 2010.

MARX; ENGELS. *Manifesto do Partido Comunista*. São Paulo: Expressão Popular, 2008.

MELLO, Alex Fiuza. *Marx e a globalização*. São Paulo: Boitempo, 2001.

MELLO, C. G. *A medicina e a realidade brasileira*. Rio de Janeiro: Achiamé, 1983, 137 p.

MENDES, R. & DIAS, E. C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. São Paulo: *Rev Saúde Pública*, 25:341-9, 1991.

MENDES, Jussara Maria Rosa. *O verso e o averso de uma história: o acidente e a morte no trabalho*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2003, 228 p.

MENDES, Jussara M. R; WÜNSCH, Dolores S. Serviço Social e a saúde do trabalhador: uma dispersa demanda. *Serv. Soc. Soc. São Paulo*. n. 107, jul./set., 2011

MENEZES, Paula F. Menezes de. Saúde do Trabalhador: Ratificação do Capitalismo contemporâneo e sua materialidade no limite da esfera pública. *Revista Intercâmbios dos Congressos de Humanidades*, Brasília, p. 36 - 46, 2008.

MERLO, Álvaro R. Crespo; LAPIS, Naira Lima. A saúde e os processos de trabalho no capitalismo: reflexões na interface da psicodinâmica do trabalho e da sociologia do trabalho. *Psicologia e Sociedade*, 19 (1), jan/abr, 2007, p. 61-68.

MÉSZÁROS, István. *Para além do capital*. Cap.1, 2, 13, 17. São Paulo: Boitempo, 2002.

_____. *A crise estrutural do capital*. São Paulo: Boitempo, 2009.

NETTO, J. P; BRAZ, M. *Economia Política: uma introdução crítica*. 2. São Paulo: Cortez, 2008. (Biblioteca Básica de Serviço Social; v.1). 258p.

NOGUEIRA, Vera M. Ribeiro. A concepção de direito à saúde na sociedade contemporânea: articulando o político e o social. *Revista Virtual Textos e Contextos*. n. 2, ano II, dez, 2003.

ORNELLAS, Cleuza P. As doenças e os doentes: a apreensão das práticas médicas no modo de produção capitalista. *Rev.latino-americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 7, n. 1, p. 19-26, janeiro 1999.

PIMENTEL, Edlene. *Uma “Nova questão social”?* Raízes materiais e humano-sociais do pauperismo de ontem e de hoje. Maceió: EDUFAL, 2007.

POLACK, Jean Claude. *La medicina del capital*. Caracas: Editorial Fundamentos, 1971.

ROSEN, G. *Uma história da Saúde Pública*. São Paulo: HUCITEC, Editora da Universidade Paulista, Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva, 1994.

RIBEIRO, Herval Pina. *A violência oculta do trabalho: as lesões por esforços repetitivos* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999. 240 p.

SABROZA, P. C. *Concepções de Saúde e Doença*. Rio de Janeiro: EAD, Ensp, 2001. (Texto de Apoio ao módulo I do Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde). Disponível no site <<http://www.abrasco.org.br/UserFiles/File/13%20CNS/SABROZA%20P%20ConcepcoesSaudeDoenca.pdf>> em 7 de novembro de 2011.

SCLIAR, Moacyr. História do conceito de saúde. Rio de Janeiro: *Physis*, v. 17, n. 1 abr. 2007.

SELIGMAN-SILVA, E. *Trabalho e desgaste mental: o direito de ser dono de si mesmo*. São Paulo: Cortez, 2011

SOBOUL, Albert. *História da Revolução Francesa*. Rio de Janeiro: Zahar, 1974

SOUTO, Ana Cristina. *Saúde e política: A vigilância sanitária no Brasil 1976-1994*. São Paulo: Sociedade Brasileira de Vigilância de medicamentos, 2004, 227p.

SOUZA, Reivan Marinho. *Controle capitalista e reestruturação produtiva: Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade*. Maceió: EDUFAL, 2011, 220p.

TEIXEIRA, Solange Maria. *Envelhecimento e trabalho no tempo do capital: implicações para a proteção social no Brasil*. São Paulo: Ed. Cortez, 2008. 326 p.

Tempos Modernos. Estados Unidos. 1936. Direção: Charles Chaplin. Duração: 87 min.

TONET, Ivo; LESSA; Sérgio. *Introdução à filosofia de Marx*. São Paulo: Expressão popular, 2008. 128 p.

TONET, Ivo. *O método científico*. 2010. (mimeo).

TONET, Ivo; NASCIMENTO, Adriano. *Descaminho da esquerda: da centralidade do trabalho à centralidade da política*. São Paulo: Editora Alfa-Omega, 2009.

TUCHMAN, B. W. *Um espelho distante*. Rio de Janeiro: José Olympio, 1999.

UJVARI, S. C. *A História e suas epidemias: a convivência do homem com os microorganismos*. Ed. SENAC, 2003.

WAITZKIN, H. *Uma visão marxista sobre atendimento médico*. São Paulo: Ed. Avante, 1980.

ANEXO - LISTA DE DOENÇAS RELACIONADAS COM O TRABALHO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

LISTA DE DOENÇAS RELACIONADAS COM O TRABALHO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE - (elaborada em cumprimento da Lei 8.080/90 - inciso VII, parágrafo 3º do artigo 6º - disposta segundo a taxonomia, nomenclatura e codificação da CID-10)

LISTA DE NEOPLASIAS (TUMORES) RELACIONADAS AO TRABALHO

- Neoplasia maligna do estômago (C16.-)
- Angiossarcoma do fígado (C22.3)
- Neoplasia maligna do pâncreas (C25.-)
- Neoplasia maligna da cavidade nasal e dos seios paranasais (C30- e C31.-)
- Neoplasia maligna da laringe (C32.-)
- Neoplasia maligna dos brônquios e do pulmão (C34.-)
- Neoplasia maligna dos ossos e cartilagens articulares dos membros (C40.-)
- Outras neoplasias malignas da pele (C44.-)
- Mesoteliomas (C45.-): da pleura (C45.0), do peritônio (C45.1) e do pericárdio (C45.2)
- Neoplasia maligna da bexiga (C67.-)
- Leucemias (C91- e C95.-)

LISTA DE DOENÇAS DO SANGUE E DOS ÓRGÃOS HEMATOPOÉTICOS RELACIONADAS AO TRABALHO

- Síndromes mielodisplásicas (D46.-)
- Outras anemias devidas a transtornos enzimáticos (D55.8)
- Anemia hemolítica adquirida (D59.-)
- Anemia aplástica devida a outros agentes externos (D61.2) e anemia aplástica não-especificada (D61.9)
- Púrpura e outras manifestações hemorrágicas (D69.-)
- Agranulocitose (neutropenia tóxica) (D70)
- Outros transtornos especificados dos glóbulos brancos: leucocitose, reação leucemóide (D72.8)
- Metahemoglobinemia (D74.-)

LISTA DE DOENÇAS ENDÓCRINAS, NUTRICIONAIS E METABÓLICAS RELACIONADAS AO TRABALHO (Grupo IV da CID-10)

- Hipotireoidismo devido a substâncias exógenas (E03.-)
- Outras porfirias (E80.2)

TRANSTORNOS MENTAIS E DO COMPORTAMENTO RELACIONADOS AO TRABALHO (Grupo V da CID-10)

- Demência em outras doenças específicas classificadas em outros locais (F02.8)
- Delirium, não-sobreposto à demência, como descrita (F05.0)
- Transtorno cognitivo leve (F06.7)
- Transtorno orgânico de personalidade (F07.0)
- Transtorno mental orgânico ou sintomático não especificado (F09.-)
- Alcoolismo crônico (relacionado ao trabalho) (F10.2)
- Episódios depressivos (F32.-)
- Estado de estresse pós-traumático (F43.1)
- Neurastenia (inclui síndrome de fadiga) (F48.0)
- Outros transtornos neuróticos especificados (inclui neurose profissional) (F48.8)
- Transtorno do ciclo vigília-sono devido a fatores não-orgânicos (F51.2)
- Sensação de estar acabado (síndrome de burnout) / síndrome do esgotamento profissional (Z73.0) (Grupo VI da CID-10).

LISTA DE DOENÇAS DO OLHO E ANEXOS RELACIONADAS AO TRABALHO (Grupo VII da CID-10)

- Blefarite (H01.0)
- Conjuntivite (H10)
- Queratite e queratoconjuntivite (H16)
- Catarata (H28)
- Inflamação coriorretiniana (H30)
- Neurite óptica (H46)
- Distúrbios visuais subjetivos (H53.-)

LISTA DE DOENÇAS DO OUVIDO RELACIONADAS AO TRABALHO (Grupo VIII da CID-10)

- Otite média não-supurativa (barotrauma do ouvido médio) (H65.9)
- Perfuração da membrana do tímpano (H72 ou S09.2)
- Outras vertigens periféricas (H81.3)
- Labirintite (H83.0)
- Perda da audição provocada pelo ruído e trauma acústico (H83.3)
- Hipoacusia ototóxica (H91.0)
- Otalgia e secreção auditiva (H92.-)
- Outras percepções auditivas anormais: alteração temporária do limiar auditivo, comprometimento da discriminação auditiva e hiperacusia (H93.2)
- Otite barotraumática (T70.0)
- Sinusite barotraumática (T70.1)
- Síndrome devida ao deslocamento de ar de uma explosão (T70.8)

LISTA DE DOENÇAS DO SISTEMA CIRCULATÓRIO RELACIONADAS AO TRABALHO (Grupo IX da CID-10)

- Hipertensão arterial (I10.-) e doença renal hipertensiva ou nefrosclerose (I12)
- Angina pectoris (I20.-)
- Infarto agudo do miocárdio (I21)
- Cor pulmonale SOE ou doença cardiopulmonar crônica (I27.9)
- Placas epicárdicas ou pericárdicas (I34.8)
- Parada cardíaca (I46)
- Arritmias cardíacas (I49.-)
- Aterosclerose (I70.-) e doença aterosclerótica do coração (I25.1)
- Síndrome de Raynaud (I73.0)
- Acrocianose e acroparestesia (I73.8)

LISTA DE DOENÇAS DO SISTEMA RESPIRATÓRIO RELACIONADAS AO TRABALHO (Grupo X da CID-10)

- Faringite aguda não-especificada (angina aguda, dor de garganta) (J02.9)
- Laringotraqueíte aguda (J04.2) e laringotraqueíte crônica (J37.1)
- Outras rinites alérgicas (J30.3)
- Rinite crônica (J31.0)
- Sinusite crônica (J32.-)
- Ulceração ou necrose do septo nasal (J34.0) e perfuração do septo nasal (J34.8)
- Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas (inclui asma obstrutiva, bronquite crônica, bronquite asmática, bronquite obstrutiva crônica) (J44.-)
- Asma (J45.-)
- Pneumoconiose dos trabalhadores do carvão (J60.-)
- Pneumoconiose devida ao asbesto (asbestose) e a outras fibras mineirais (J61.-)
- Pneumoconiose devida à poeira de sílica (silicose) (J62.8)
- Pneumoconiose devida a outras poeiras inorgânicas: beriliose (J63.2), siderose (J63.4) e estanhose (J63.5)
- Doenças das vias aéreas devidas a poeiras orgânicas (J66.-): bissinose (J66.0)
- Pneumonite por hipersensibilidade à poeira orgânica (J67.-): pulmão do granjeiro (ou pulmão do fazendeiro) (J67.0); bagaçose (J67.1); pulmão dos criadores de pássaros (J67.2); suberose (J67.3);

pulmão dos trabalhadores de malte (J67.4); pulmão dos que trabalham com cogumelos (J67.5); doença pulmonar devida a sistemas de ar condicionado e de umidificação do ar (J67.7); pneumonite de hipersensibilidade devida a outras poeiras orgânicas (J67.8); pneumonites de hipersensibilidade devidas à poeira orgânica não-especificada (alveolite alérgica extrínseca SOE; e pneumonite de hipersensibilidade SOE) (J67.0)

- Afecções respiratórias devidas à inalação de produtos químicos, gases, fumaças e vapores (J68.-): bronquite e pneumonite (bronquite química aguda) (J68.0); edema pulmonar agudo (edema pulmonar químico) (J68.1); síndrome da disfunção reativa das vias aéreas (J68.3) e afecções respiratórias crônicas (J68.4)
- Derrame pleural (J90.-) e placas pleurais (J92.-)
- Enfisema intersticial (J98.2)
- Transtornos respiratórios em outras doenças sistêmicas do tecido conjuntivo classificadas em outra parte (M05.3): síndrome de Caplan (J99.1)

LISTA DE DOENÇAS DO SISTEMA DIGESTIVO RELACIONADAS AO TRABALHO (Grupo XI da CID-10)

- Erosão dentária (K03.2)
- Alterações pós-eruptivas da cor dos tecidos duros dos dentes (K03.7)
- Gengivite crônica (K05.1)
- Estomatite ulcerativa crônica (K12.1)
- Gastroenterite e colite tóxica (K52.-)
- Cólica do chumbo (K59.8)
- Doença tóxica do fígado (K71.-): com Necrose Hepática (K71.1); com Hepatite Aguda (K71.2); com Hepatite Crônica Persistente (K71.3); com outros Transtornos Hepáticos (K71.8).
- Hipertensão portal (K76.6)

LISTA DE DOENÇAS DA PELE E DO TECIDO SUBCUTÂNEO RELACIONADAS AO TRABALHO (Grupo XII da CID-10)

- Dermatoses pápulo-pustulosas e suas complicações infecciosas (L08.9)
- Dermatite alérgica de contato (L23.-)
- Dermatites de contato por irritantes (L24.-)
- Urticária de Contato (L50.6)
- Queimadura solar (L55.-)
- Outras alterações agudas da pele devidas à radiação ultravioleta (L56.-): dermatite por fotocontato (dermatite de berloque) (L56.2); urticária solar (L56.3); outras alterações agudas especificadas (L56.8) e outras alterações sem outra especificação (L56.9)
- Alterações da pele devidas à exposição crônica à radiação não-ionizante (L57.-): ceratose actínica (L57.0); dermatite solar, “pele de fazendeiro”, “pele de marinheiro” (L57.8)
- Radiodermatites (aguda, crônica e não-especificada) (L58.-)
- Outras formas de acne: cloracne (L70.8)
- Outras formas de cistos foliculares da pele e do tecido subcutâneo: elaiocniose ou dermatite folicular (L72.8)
- Outras formas de hiperpigmentação pela melanina: melanodermia (L81.4)
- Leucodermia, não classificada em outra parte (inclui vitiligo ocupacional) (L81.5)
- Porfiria cutânea tardia (L81.8)

Fonte: BRASIL. *Doenças relacionadas ao trabalho*: Manual de procedimentos para os serviços de saúde. 2001