

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

HENRIQUE PEREIRA FREITAS DE MENDONÇA

A PROBLEMÁTICA DA SAÚDE NA SOCIEDADE CAPITALISTA E SUAS  
IMPLICAÇÕES NO PROCESSO DE ADOECIMENTO DOS TRABALHADORES  
BRASILEIROS

MACEIÓ/AL

2017

HENRIQUE PEREIRA FREITAS DE MENDONÇA

A PROBLEMÁTICA DA SAÚDE NA SOCIEDADE CAPITALISTA E SUAS  
IMPLICAÇÕES NO PROCESSO DE ADOECIMENTO DOS TRABALHADORES  
BRASILEIROS

Dissertação de Mestrado em Serviço Social apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Alagoas, na linha de pesquisa Trabalho, política e sociedade, para obtenção do título de Mestre, sob orientação da Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Virgínia Borges Amaral.

MACEIO/AL

2017

**Catálogo na fonte**  
**Universidade Federal de Alagoas**  
**Biblioteca Central**

Bibliotecária Responsável: Helena Cristina Pimentel do Vale

- M539p Mendonça, Henrique Pereira Freitas de.  
A problemática da saúde na sociedade capitalista e suas implicações no processo de adoecimento dos trabalhadores brasileiros / Henrique Pereira Freitas de Mendonça. – 2017.  
134 f. : il.
- Orientadora: Maria Virgínia Borges Amaral.  
Dissertação (mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal de Alagoas. Faculdade de Serviço Social. Programa de Pós-graduação em Serviço Social. Maceió, 2017.
- Bibliografia: f. 129-134.
1. Capitalismo. 2. Trabalho. 3. Saúde do trabalhador. 4. Doenças ocupacionais. I. Título.

CDU: 364.2:331.47(81)



AUTOR: HENRIQUE PEREIRA FREITAS DE MENDONÇA

Dissertação intitulada "A problemática da saúde na sociedade capitalista e suas implicações no processo de adoecimento dos trabalhadores brasileiros", apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Alagoas, em 18 de setembro de 2017, às 14:30 horas, na sala de multimeios da Faculdade de Serviço Social.

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Virgínia Borges Amaral  
Orientadora (PPGSS – UFAL)

**Banca Examinadora:**

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Edlene Pimentel Santos  
Examinadora interna (PPGSS – UFAL)

Prof. Dr. Diego de Oliveira Souza  
Examinador Externo (UFAL – CAMPUS ARAPIRACA)

Aprovada em 18 de Setembro de 2017

*A todos aqueles cuja a beleza da vida é tomada para satisfação dos desejos mesquinhos do capital.*

## AGRADECIMENTOS

À Deus, por ter me concedido sabedoria e perseverança diante de todas as dificuldades enfrentadas para a conclusão deste estudo.

À minha orientadora, professora Maria Virgínia Borges Amaral, por ter aceitado o desafio de me conduzir neste caminho. Por todo o aprendizado que me ofereceu e as orientações sempre presentes e pertinentes.

Ao professor Sóstenes Erikson por ter visto um potencial em mim o qual eu mesmo ignorava e sua ajuda sem a qual esta pesquisa nunca poderia ter sido feita.

Aos professores Diego de Oliveira Souza e Edilene Pimentel pelas considerações fundamentais que permitiram a conclusão deste texto.

À minha esposa Simone que esteve comigo em cada momento da elaboração deste texto dando seu apoio e estímulo mesmo quando o cansaço se fazia mais forte.

À minha mãe Socorro e minha avó Francisca que sempre zelaram para que eu tivesse uma boa educação.

Às queridas tias Bernadete e Maria, cujo apoio foi fundamental para chegar até este momento.

Aos colegas de turma que me acompanharam nessa jornada, em especial Amanda Marinho e Drielly Tenório, cujos debates e indagações sempre representaram momentos ricos de reflexão sobre meu objeto.

Aos professores do PPGSS que compartilharam seus conhecimentos, fundamentais à elaboração deste texto.

Por fim, aos colegas de trabalho, em especial Lisandra de Almeida Santos, Rosemary Brandão de Farias, Fabian Elói Tenório e Uilson de Souza Moraes cujo apoio também foi de suma importância a elaboração desta dissertação.

À todos meus sinceros agradecimentos.

*O capital é trabalho morto, que apenas se reanima, à maneira dos vampiros, chupando trabalho vivo e que vive tanto mais quanto mais trabalho vivo chupa.*

Karl Marx

## RESUMO

Esta dissertação procura analisar o processo de adoecimento dos trabalhadores brasileiros a partir da relação trabalho-saúde na sociedade capitalista. Trata-se de um estudo de natureza bibliográfica e documental realizado sob a perspectiva teórica histórico-crítica marxista. Constatou-se que o processo de exploração da força de trabalho para a redução do tempo de trabalho necessário e reprodução do processo de acumulação de capital resulta no adoecimento dos trabalhadores tanto relacionado à sua atividade laboral, quanto às outras dimensões de sua vida. No Brasil, essa condição é agravada pelo recente processo de industrialização e urbanização que gerou um processo de transição epidemiológica que coaduna antigas formas de adoecimento resultantes do desenvolvimento histórico do país, com novas formas correspondentes à modernização econômica. Observa-se assim que o atendimento das demandas do capital e não das necessidades humanas é a raiz para não só o adoecimento relacionado ao trabalho, mas para o adoecimento do trabalhador em outras esferas da vida e que a superação desta problemática implica na superação do modo de produção capitalista.

**Palavras-chave:** Capitalismo; Trabalho-Saúde; Saúde do Trabalhador; Adoecimento.

## **ABSTRACT**

This research seeks to analyze the process of sickness of Brazilian workers from the work-health relationship in capitalist society. This is a bibliographical and documentary research carried out under the Marxist historical-critical theoretical perspective. It was found that the process of exploiting the workforce to reduce the necessary working time and reproduction of the process of accumulation of capital results in the sickness of the workers as much related to their work activity as in the other dimensions of their life. In Brazil, this condition is exacerbated by the recent process of industrialization and urbanization, which has led to a process of epidemiological transition that coincides with old forms of illness resulting from the historical development of the country, with new forms corresponding to economic modernization. It is observed that the fulfillment of the demands of capital and not of human needs is the root for not only the sickness related to work, but for the sickness of the worker in other spheres of life and that overcoming this problem implies overcoming the mode Of capitalist production.

**Keywords:** Capitalism; Work-Health; Worker's health; Illnes

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	10
1 A CENTRALIDADE DO TRABALHO PARA O PROCESSO GLOBAL DE ADOECIMENTO .....	16
1.1 O trabalho em seus elementos basilares e a saúde .....	16
1.2 A produção de mais-valia pelo tempo de trabalho excedente e sua relação com o adoecimento .....	29
1.3 O pauperismo e a saúde: Para além do adoecimento relacionado ao trabalho .....	41
2 A ERA DO CAPITALISMO MONOPOLISTA: AS EXPRESSÕES DO ADOECIMENTO AO LONGO DO SÉCULO XX .....	50
2.1 A macrorresposta ao pauperismo: a implementação de políticas sociais para intervir no adoecimento dos trabalhadores .....	50
2.2 O adoecimento dos trabalhadores brasileiros e a transição epidemiológica .....	69
3 A EXPLORAÇÃO DO TRABALHO EM TEMPOS DE CRISE ESTRUTURAL DO CAPITAL E O ADOECIMENTO DOS TRABALHADORES BRASILEIROS .....	77
3.1 A crise estrutural do capital e seus efeitos sobre a saúde do trabalhador .....	77
3.2 As expressões do adoecimento nos trabalhadores brasileiros na atualidade .....	95
3.3 O adoecimento em outras dimensões da vida dos trabalhadores brasileiros .....	110
3.3.1 O perfil das doenças infectocontagiosas .....	111
3.3.2 O quadro de doenças crônicas não-transmissíveis .....	118
3.3.3 O adoecimento e morte por causas externas .....	122
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	127
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	131

## INTRODUÇÃO

Quando a saúde do trabalhador é citada por estudiosos dessa questão, tende-se a referir-se ao campo do conhecimento que compreende a associação entre o trabalho e a saúde/adoecimento. Embora existam diversas pesquisas dedicadas a esta temática, abordando-a de diferentes formas (cortes transversais, casos clínicos, revisões integrativas, entre outros)<sup>1</sup> estas limitam-se a realizar cortes transversais da realidade descrevendo perfis epidemiológicos, casos clínicos, novas modalidades de tratamento, bem como oferecer soluções parciais com ênfase na prevenção de doenças e a promoção e recuperação da saúde.

Não questionamos aqui a validade de tais estudos no oferecimento de subsídio teórico-científico que promova conhecimento na saúde da população, entretanto, é importante citar que seu alcance se torna limitado ao esbarrar nos limites econômico-sociais impostos pela dinâmica sócio-produtiva capitalista. Isto posto, este estudo busca entender o processo de adoecimento dos trabalhadores em suas características mais fundamentais, tomando a reflexão acerca da relação trabalho-saúde sociedade capitalista como alicerce.

O interesse por esse objeto surgiu devido a sua relação com nossa formação na área de conhecimento em saúde e posterior formação especializada na saúde do trabalhador. Enfatiza-se a centralidade do debate em um momento histórico de avanço dos interesses do capital sobre os trabalhadores, agravando perfis de adoecimento já existentes e criando novos.

A princípio, consideramos que o adoecimento, se tomado sob a dimensão natural, é inerente à vida. Todos os seres vivos adoecem em algum (s) momento (s) de sua existência e, acima de tudo, o adoecimento mostra que o organismo é portador de alguma alteração que prejudica seu funcionamento fisiológico habitual. Desta forma, sob esta perspectiva, o adoecimento é enquadrado sob o aspecto biológico, o qual atinge qualquer ser vivo, inclusive o homem. Entretanto, para o ser humano, o adoecimento tem características muito mais complexas, haja vista que o próprio homem é um ser vivo totalmente diferente dos outros em vários aspectos (como veremos mais adiante).

Ao estudar o adoecimento, observando-o enquanto fenômeno social, Asa Cristina Laurell (1982) afirma que este pode ser compreendido como um algo material e objetivo

---

<sup>1</sup> Para maior conhecimento sobre as diferentes modalidades de pesquisa sob perspectiva burguesa recomendamos a leitura de “Fundamentos de metodologia científica” de Marina de Andrade Marconi e Eva Maria Lakatos (2003).

expressado por meio dos perfis patológicos nos grupos humanos. Esse perfil varia de acordo com a população estudada em suas relações de produção e desenvolvimento das forças produtivas historicamente determinadas.

Apesar dos avanços na atenção à saúde dos trabalhadores, consequência de seu movimento político-social no intuito de obter melhores condições de vida e trabalho, as expressões do adoecimento persistem até nossos dias, uma vez que as características fundamentais do processo de trabalho, demandado pelas transformações internas do capital, continuam a se reproduzir.

Nesse ponto, destacamos a vigência da doutrina político-econômica neoliberal que há 40 anos comanda o cenário econômico, político e social mundial. Esse período é marcado pela expansão sem precedentes do capital, numa ofensiva contra os direitos e garantias dos trabalhadores, contra a intervenção do Estado, contra barreiras sociopolíticas e restrições para o fluxo do capital. Um cenário mascarado pela ideologia da globalização que apresenta essas medidas como um progresso da própria humanidade (NETTO; BRAZ, 2010).

Ao analisarmos o adoecimento dos trabalhadores nesse contexto, observamos que as novas demandas do capital para com a produção requerem do trabalhador um número maior de habilidades e saberes os quais exigem mudanças comportamentais que se adequem à forma de acumulação de capital vigente. Comparando os dados coletados no sistema de informações em saúde – DATASUS - verificamos as seguintes variações no panorama dos acidentes e doenças do trabalho no Brasil: Em 1997 houve 252,67 acidentes e doenças do trabalho a cada 10000 trabalhadores. No ano 2000 o número foi de 171,91, porém voltou a crescer em 2010, chegando a 197,94<sup>2</sup>. Se isolarmos esses dados, verifica-se o recorte momentâneo do adoecimento dos trabalhadores, mas se analisados sob a perspectiva histórico-crítica, poderiam fornecer também informações sobre as causas desta problemática e não apenas descrever mais uma nova expressão do adoecimento dos trabalhadores na sociedade capitalista.

Essa abordagem também se reflete sobre a natureza das produções científicas relacionadas ao adoecimento. Podemos citar a pesquisa de Duran, Robazzi e Marziale (2007) como exemplo, pois, em um levantamento de dissertações e teses sobre enfermagem do trabalho no período compreendido de 1979 a 2004, constataram que em 140 dissertações de

---

<sup>2</sup> <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2011/d06.def>. Acesso em 20/10/2014 às 17:00.

mestrado houve prevalência de 50% de estudos de natureza quanti-qualitativa e qualitativa fenomenológica. Já em 44 teses de doutorado revelou-se que a quantidade de estudos nessas temáticas correspondeu a 48,92%. Em relação às tendências das temáticas estudadas prevaleceu “condições de trabalho/adoecimento e doenças do trabalho” (40,71%) no mestrado. No doutorado, esse número variou para 31,82%. Sendo que outras linhas de pesquisa estudadas alcançaram pouca expressividade.

Quando realizamos a intersecção das temáticas com o tipo de estudo realizado percebemos pouca preocupação em questionar a base humano-material na qual a problemática da saúde se assenta, mas apenas em descrever uma situação posta historicamente, propondo medidas paliativas para amenização de seus desdobramentos na sociedade capitalista. Por isso, concordamos com Souza (2012b) ao supor que existe desconhecimento por parte dos autores acerca da relação entre o adoecimento e a natureza do capital e seu funcionamento, ou um ocultamento desta relação, necessário à essência do capital e sua reprodução. Desse modo, pressupomos que as noções apresentadas sobre o adoecimento da classe trabalhadora ao omitirem a sua gênese no antagonismo capital-trabalho contribuem para a reprodução de uma prática voltada ao atendimento dos interesses do capital e conseqüentemente para a reprodução da sociabilidade vigente.

Ao observarmos a expressão dessa problemática nos trabalhadores brasileiros, constatamos que as manifestações do adoecimento dos trabalhadores agravaram-se com o passar do tempo, pois o recente processo de industrialização e modernização econômica (pós-golpe militar de 1964) teve como efeitos: uma transição demográfica rápida (aumento da expectativa de vida e diminuição da quantidade de jovens no país) acompanhada de uma rápida transição epidemiológica, o que gerou um perfil heterogêneo de coexistência entre doenças transmissíveis, violências e acidentes, doenças crônicas não transmissíveis e adoecimento mental. Assim, ao mesmo tempo em que os trabalhadores brasileiros têm de conviver com as doenças infectocontagiosas e as violências típicas do subdesenvolvimento econômico, também tem de viver com as doenças crônicas típicas da modernidade, os transtornos mentais, os acidentes e as doenças relacionadas ao trabalho. O conhecimento desta problemática revela-se de grande importância não só para a saúde como também para áreas de conhecimento dedicadas ao estudo dos fenômenos sociais, dentre elas o Serviço Social.

Para o Serviço Social, o estudo do adoecimento é importante por ser uma das expressões do pauperismo agravado pelo processo de acumulação de capital nas mãos da

burguesia. Tais expressões, entre muitas outras, interessam ao assistente social, pois este profissional encontra-se em uma posição de intervenção das políticas sociais que visam a garantia dos direitos fundamentais aos trabalhadores, tais como moradia, alimentação, saúde, educação entre outros.

Tendo em vista os aspectos do adoecimento dos trabalhadores, procura-se conhecê-los no Brasil, (com destaque para o período neoliberal), a partir da relação trabalho-saúde no modo de produção capitalista.

Para alcançar este objetivo, optamos pela abordagem histórico-crítica marxista na qual, o método empregado para conhecer a sociedade burguesa tem sua primazia na totalidade social, entendida não como uma soma de partes diferentes compondo um todo, mas como afirma Lukács (2013), um grande complexo composto por outros complexos menores que mantem entre si uma relação análoga. Para Lukács (2013), a totalidade seria composta por singularidades, porém cada singularidade se manifesta de uma forma determinada, com particularidades próprias, que por sua vez compõem uma totalidade menor que a social, mas com a qual guarda relações de semelhança recíprocas. A dinâmica entre as particularidades resulta então na totalidade social que surge e cresce independente da vontade do sujeito individualmente. Porém a sociedade é fruto das relações recíprocas entre os homens, então não há uma relação de externalidade entre sujeito e objeto como acontece nas ciências naturais. Como Tonet (2013) afirma, o sujeito do conhecimento não é o sujeito individual, mas a classe. No campo da pesquisa social, o sujeito está dentro do objeto e, portanto, qualquer teoria nessa área exclui qualquer possibilidade de neutralidade como apregoam os teóricos do método burguês moderno.

Poder-se-ia pensar que dessa maneira o papel do pesquisador é passivo diante do objeto, uma vez que o reproduzir sem atuar sobre o mesmo não implicaria possibilidade de transformá-lo, mas é justamente o contrário: trata-se de conhecer o mundo como ele é, não como se espera que ele seja. Nas palavras de Vaisman “não se trata de organizar o mundo pela cabeça, mas organizar a cabeça pelo mundo” (2006, p. 10)<sup>3</sup>. Portanto, trata-se de

---

<sup>3</sup> Pode-se ver isto em Marx (2008, p. 258-9): “Se começasse, portanto, pela população [...] elaboraria uma representação caótica do todo e, por meio de uma determinação mais estrita, chegaria analiticamente, cada vez mais, a conceitos mais simples; do concreto pensado, chegaria a abstrações cada vez mais tênues, até alcançar as determinações mais simples. Chegado a esse ponto, teria que fazer a viagem de modo inverso, até dar de novo com a população, mas dessa vez não como uma representação caótica de um todo, porém com uma rica totalidade de determinações e relações diversas (...). O concreto é concreto por que é a síntese de muitas determinações, isto é, unidade do diverso. Por isso o concreto aparece no pensamento como processo de síntese,

conhecer o objeto como ele é, como se move na realidade em sua relação recíproca com outros objetos, tendo seu ponto de partida nas relações materiais da sociedade.

A teoria em Marx é “reprodução ideal do movimento real do objeto pelo sujeito que pesquisa: pela teoria, o sujeito reproduz em seu pensamento a estrutura e a dinâmica do objeto que pesquisa” (NETTO, 1997, p. 5). E realizar esse movimento exige do sujeito capacidade para mobilizar conhecimentos, criticá-los, revisá-los além de criatividade e imaginação (NETTO, 1997). Isso significa que ao mesmo tempo em que a realidade social tem existência autônoma o homem também pode atuar sobre ela, modificando-a, porém, respeitando suas particularidades.

Como Marx (2015, p. 6) afirma “Os homens fazem a sua própria história, mas não a fazem como querem, não a fazem sob circunstâncias de sua escolha e sim sob aquelas com que se defrontam diretamente, legadas e transmitidas pelo passado”. Dessa maneira, compreender o objeto é ao mesmo tempo compreender seu método num movimento contínuo de descoberta e análise, o que significa buscar as determinações mais essenciais em um ato de reflexão totalmente novo que coloca a própria realidade social como algo a ser questionado, debatido e/ou superado.

Com base em tais considerações, desenvolvemos o estudo acerca do objeto desta pesquisa. Trata-se de uma investigação de natureza bibliográfica e documental na qual utilizamos o referencial teórico de Marx além de outros pesquisadores marxistas como Giorgy Lukács, Eric Hobsbawn, István Mészáros, José Paulo Netto, Sergio Lessa, entre outros. Além disso, utilizamos dados obtidos em informes eletrônicos do Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Sócio Econômicos – DIEESE; página eletrônica do Ministério da Saúde; boletins da Secretaria de Vigilância em Saúde; informações obtidas com associações e órgãos não governamentais sobre perfil epidemiológico no Brasil; artigos obtidos em bases de dados interligadas a Biblioteca Virtual em Saúde – BVS – publicados nos últimos 25 anos que atendessem aos descritores processo Saúde-Doença e Trabalho-saúde. Levantamos 89 textos, dos quais selecionamos 28 relacionados a nosso objeto.

Assim, organizamos este estudo em 3 partes: inicialmente discutimos e situamos o papel central do trabalho no complexo social da saúde para então refletir sobre a relação trabalho-saúde no modo de produção capitalista e como esta relação se conecta ao

---

como resultado, não como ponto de partida, embora seja o verdadeiro ponto de partida e, portanto, e também o ponto de partida da intuição e da representação

adoecimento não apenas no campo da produção, como também nas outras dimensões da vida do trabalhador.

Em seguida, situamos, historicamente, o adoecimento dos trabalhadores, as demandas do modo de produção capitalista ao longo do século XX e como as transformações econômicas, políticas e culturais desse período influenciaram no perfil do adoecimento dos trabalhadores brasileiros do final do século XX.

Por fim, identificamos o adoecimento do trabalhador na vigência da doutrina econômico-social neoliberal, caracterizado no Brasil por 5 macro expressões: 1) o adoecimento relacionado ao trabalho; 2) o adoecimento mental; 3) a proliferação de doenças infectocontagiosas; 4) o recente aumento dos índices de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT's); 5) a participação das causas externas (violências e acidentes) nos índices de mortalidade e morbidade. Esse capítulo trata das raízes do perfil epidemiológico do trabalhador no Brasil relacionando-o a base material sobre a qual se assenta.

Esperamos assim, contribuir para desvelar este objeto em suas determinações mais fundamentais. Trata-se, portanto de uma pesquisa voltada para os trabalhadores, entendidos aqui como o conjunto de indivíduos assalariados que não são detentores dos meios de produção e que sofrem com os efeitos da exploração do trabalho. Portanto, é um estudo orientado a contribuir para a construção de uma sociedade emancipada na qual o trabalho promova de fato a dignificação do homem ao invés de sua degradação.

## **1 A CENTRALIDADE DO TRABALHO PARA O PROCESSO GLOBAL DE ADOECIMENTO**

A saúde, de modo geral, se constitui de diversos componentes: profissionais, insumos, instrumentos, formação profissional, serviços, entre outros. Pode-se considerar que a saúde depende de uma série de mercadorias e serviços, os quais devem ser pagos para o tratamento ou a cura de determinada doença. Por isso, é um enorme segmento econômico de produção e consumo de mercadorias que são adquiridas pela relação de compra e venda. Essa relação é entendida (aparentemente) como uma forma definitiva, pois toda e qualquer atividade humana, cuja finalidade seja garantir a satisfação das necessidades do indivíduo e sua família, ou trabalho, é mercantilizada no modo de produção capitalista. Assim, é preciso entender como ocorre o processo de mercadorização do trabalho, e por consequência da saúde.

### **1.1 O trabalho em seus elementos basilares e a saúde**

O trabalho é uma atividade universal do mundo dos homens: está presente em todas as culturas e em qualquer parte do mundo; das organizações humanas mais primitivas até o atual modo de produção capitalista. Partindo da concepção de Marx (1996a), o trabalho é um processo entre homem e natureza no qual o homem apropria-se da matéria natural colocando em ação suas próprias forças para, em um movimento recíproco de transformação, fazer algo útil para si. E, ao mesmo tempo em que modifica a matéria natural, ele modifica a si mesmo desenvolvendo suas potencialidades e sujeita as forças de sua corporalidade a seu pleno domínio.

Trata-se de uma atividade exclusivamente humana, pois rompe com o padrão animal no qual a ação é ditada por instintos e/ou por herança genética. Isto, pois apenas o homem antevê o resultado de seu trabalho. Ele prevê a solução para sua necessidade ao contemplar a matéria natural e orienta o esforço de seus órgãos e atenção para tal fim. Esta ação se chama prévia ideação ou teleologia: “[...] o que distingue, de antemão, o pior arquiteto da melhor abelha é que ele construiu o favo em sua cabeça, antes de construí-lo em cera” (MARX, 1996a, p. 298).

Ao realizar trabalho, o homem utiliza um instrumento (ou meio de trabalho) para transformar a natureza, o que, de acordo com Marx (1996a), pode ser definido tanto como uma coisa quanto por um complexo de coisas que se situam entre o trabalhador e o objeto de

trabalho, servindo como condutor da atividade sobre o objeto por meio da utilização de suas propriedades físicas, mecânicas ou químicas. À medida que o processo de trabalho se desenvolve/complexifica “necessita ele de meios de trabalho já trabalhados” (MARX, 1996a, p. 299). Ou seja, é natureza transformada pelo trabalho para auxiliar outras transformações. Por isso, o homem é considerado um “*toolmaking animal*, um animal que faz ferramentas” (MARX, 1996a, p.299, grifo do autor). O desenvolvimento dos meios de trabalho expressa o desenvolvimento das forças produtivas, pois amplia, melhora e facilita o controle e exploração da natureza.

Vê-se que o trabalho é uma atividade direcionada a suprir as necessidades do homem, mas isto não significa que estas necessidades são limitadas. Para Marx (1996a), o trabalho não segue prioritariamente uma forma fixa, mas variadas formas que atendem diversas necessidades e implicam no desenvolvimento constante de muitas outras novas:

Como cada coisa possui muitas propriedades e, por isso, é capaz de diversas aplicações úteis, o mesmo produto pode constituir a matéria-prima de processos de trabalho muito diferentes. Grão, por exemplo, é matéria-prima do moleiro, do fabricante de amido, do destilador, do criador de gado etc. Torna-se matéria-prima de sua própria produção, como semente (MARX, 1996a, p. 301).

Entretanto, a natureza não oferece ao homem mercadorias (como afirma Marx) em uma forma já acabada. À exceção de atividades extrativas, cujos produtos prontos preexistem, mas serão utilizados como matéria prima em outro processo de trabalho, cabe ao homem:

[...] apoderar-se dessas coisas, despertá-las dentre os mortos, transformá-las de valores de uso apenas possíveis em valores de uso reais e efetivos. Lambidas pelo fogo do trabalho, apropriadas por ele como seus corpos, animadas a exercer as funções de sua concepção e vocação, é verdade que serão também consumidas, porém de um modo orientado a um fim, como elementos constitutivos de novos valores de uso, de novos produtos, aptos a incorporar-se ao consumo individual como meios de subsistência ou a um novo processo de trabalho como meios de produção (MARX, 1996a, p. 302).

Significa que a finalidade do trabalho é produzir valores de uso que satisfaçam as necessidades humanas. Na sociedade capitalista tais valores de uso materializam-se sob a forma de mercadorias e serviços, cuja única forma de aquisição é por meio da relação de compra e venda. Quanto mais mercadorias um indivíduo tem maior seu poder de compra. Dessa forma, para Marx, “a riqueza das sociedades em que domina o modo de produção capitalista aparece como uma imensa coleção de mercadorias, e a mercadoria individual como sua forma elementar” (1996a p. 165). E ao se deparar com a mercadoria, o indivíduo a aprecia sob dois aspectos: seu valor de uso e valor de troca. Consideremos primeiramente o que é valor de uso:

A utilidade de uma coisa faz dela um valor de uso. Essa utilidade, porém, não paira no ar. Determinada pelas propriedades do corpo da mercadoria, ela não existe sem o mesmo. [...] Esse caráter não depende de se a apropriação de suas propriedades úteis custa ao homem muito ou pouco trabalho. [...] O valor de uso realiza-se somente no uso ou no consumo (MARX, 1996a, p. 166).

Entretanto para adquirir a mercadoria não basta considerar apenas seu valor de uso, pois este não é mensurável. Para Marx (1996a) o valor de uma mercadoria é dado pela quantidade de tempo de trabalho socialmente necessário à sua produção, o qual é “aquele requerido para produzir um valor de uso qualquer, nas condições dadas de produção socialmente normais, e com o grau social médio de habilidade e de intensidade de trabalho” (p. 169). Assim, a mercadoria deve possuir uma forma de apreciação que permita a livre compra e venda, ignorando seu caráter de utilidade. Essa outra forma é o valor de troca da mercadoria que consiste:

[...] na relação quantitativa a proporção na qual valores de uso de uma espécie se trocam contra valores de uso de outra espécie, uma relação que muda constantemente no tempo e no espaço. O valor de troca parece, portanto, algo casual e puramente relativo; um valor de troca imanente, intrínseco a mercadora (*valeur intrinsèque*), portanto uma *contradictio in adjecto* (MARX, 1996a, p. 166, grifos do autor).

Para que o valor de troca entre mercadorias efetive-se, tem-se que abstrair seus valores de uso. Esta comparação entre mercadorias<sup>4</sup> é necessária à produção capitalista e só pode ser feita se desconsideradas todas as particularidades do trabalho envolvido em sua confecção para reduzi-las à uma única característica comum: o fato de exigirem o dispêndio de energia humana para se concretizarem. Desta maneira, tendo a mercadoria este caráter de apreciação dual (valor de uso e valor de troca), o trabalho que irá gerá-la também possui caráter dual. O trabalho que produz a mercadoria deve ser considerado tanto trabalho concreto, pois cria um valor de uso, como trabalho abstrato, já que é reduzido à condição de dispêndio de energia humana, resultando em valor de troca (trabalho concreto de um tipo que se compara com trabalho concreto de outros tipos). Não se trata de dois trabalhos distintos. É apenas a apreciação do trabalho sob o ângulo do valor de uso (trabalho concreto) e sob o ângulo do valor de troca (trabalho abstrato) (NETTO; BRAZ, 2010). Para Marx (1996a), trabalho abstrato é simples dispêndio de força de trabalho humana. É por meio do emprego do trabalho abstrato que o capitalista pode extrair a mais-valia do trabalhador.

---

<sup>4</sup> A mercadoria universal que serve como medida de comparação com todas as outras é o dinheiro (Ver NETTO; BRAZ, 2010).

O valor de uso não se cristaliza apenas na mercadoria produzida. Uma vez que para a produção dela o homem deve aplicar suas próprias forças para transformar a natureza e realizar trabalho, estas também são portadoras de valor de uso. A força de trabalho a qual o homem emprega na transformação da natureza é o que torna capaz a criação e ampliação de valores de uso para a sociedade. Portanto, a própria força de trabalho também é valor, pois sem ela não há trabalho. O empregador paga pela utilização da força de trabalho do indivíduo para que o mesmo produza valores de uso. Nesta situação:

[...] o produto é propriedade do capitalista, e não do produtor direto, do trabalhador. O capitalista paga, por exemplo, o valor de um dia da força de trabalho. [...] A partir do momento em que ele entrou na oficina do capitalista, o valor de uso de sua força de trabalho, portanto, sua utilização, o trabalho, pertence ao capitalista. O capitalista, mediante a compra da força de trabalho, incorporou o próprio trabalho, como fermento vivo, aos elementos mortos constitutivos do produto, que lhe pertencem igualmente. Do seu ponto de vista, o processo de trabalho é apenas o consumo da mercadoria, força de trabalho por ele comprada, que só pode, no entanto, consumir ao acrescentar-lhe meios de produção. O processo de trabalho é um processo entre coisas que o capitalista comprou, entre coisas que lhe pertencem (MARX, 1996a, p. 304).

Esse processo é primordial ao capitalista, pois é a partir dele que o mesmo pode extrair a mais-valia. A produção capitalista gira em torno da produção de mais-valia sendo o lucro sua expressão financeira. O esquema de produção é simples: o capitalista dispõe de uma soma de riqueza (materializada na forma de dinheiro) que investe na aquisição de meios de trabalho e operários/trabalhadores<sup>5</sup>. Ao fazê-las atuar juntas, obtém mercadorias que vende por um valor superior ao investido.

Com parte da riqueza que obteve com a venda, o capitalista adquire mais meios de produção. Durante a produção, esses meios não criam novos valores, mas tem parte de seus valores somados para dar um valor final (transferência de valores). A parte da quantia (capital) que é investida nos meios de produção nem leva a prejuízo, nem à mais-valia, pois apenas transferem parte de seu valor de uso a mercadoria, por isso é chamado de capital constante (NETTO; BRAZ, 2010). Isto, pois:

O máximo de perda de valor que podem sofrer no processo de trabalho está evidentemente limitado pela grandeza originária de valor com que entram no processo de trabalho, ou pelo tempo de trabalho exigido para sua própria produção. Meios de produção nunca podem, por isso, agregar ao produto mais valor do que

---

<sup>5</sup> Concordamos com Souza (2012a), ao considerar que a manifestação do trabalho na sociedade de classes gera indivíduos que produzem a riqueza material, ou seja, que realizam trabalho no sentido fundamental da palavra e aqueles que exercem atividades para manutenção das relações sociais de produção. Utilizamos a partir daqui a nomenclatura operários ou proletários quando nos referirmos exclusivamente aos primeiros e trabalhadores quando referenciarmos ao conjunto de ambas as categorias.

possuem independentemente do processo de trabalho a que servem (MARX, 1996a, p. 322).

Marx demonstra tal processo por meio de um exemplo:

Suponhamos que seu valor de uso, no processo de trabalho, dure apenas 6 dias. Perde então, em cada dia de trabalho, 1/6 de seu valor de uso e cede, por isso, 1/6 de seu valor ao produto diário. Desse modo calcula-se a depreciação de todos os meios de trabalho, isto é, por exemplo, sua perda diária de valor de uso e sua correspondente transferência diária de valor ao produto. Isso demonstra convincentemente que um meio de produção nunca transfere mais valor ao produto do que perde no processo de trabalho pela destruição de seu próprio valor de uso (MARX, 1996a, p. 321).

Ocorre o agregamento de parte do valor do meio de produção a mercadoria e por isso não gera mais valor para seu dono capitalista, diferente do que ocorre com a força de trabalho a qual Marx denomina de capital variável. A junção do capital constante com o capital variável é o que Marx (1996a) denomina composição orgânica do capital. Para o capitalista, a compra da força de trabalho (ou capital variável) segue as mesmas regras da compra dos meios de produção, pois para ele é um custo como qualquer outro. Mas essa identificação, como afirmam Netto e Braz (2010, p. 99), oculta “o fato de a mercadoria força de trabalho constituir uma mercadoria especial”:

Suponhamos que o processo de produção se interrompa no ponto em que o trabalhador tenha produzido um equivalente do valor de sua própria força de trabalho, tendo agregado mediante trabalho de 6 horas, por exemplo, um valor de 3 xelins. Esse valor forma o excedente do valor do produto sobre seus componentes devidos ao valor dos meios de produção. Ele é o único valor original que surgiu de dentro desse processo, a única parte de valor do produto que é produzida pelo próprio processo. Certamente, substitui apenas o dinheiro adiantado pelo capitalista na compra da força de trabalho e gasto pelo próprio trabalhador em meios de subsistência. No que se refere aos 3 xelins despendidos, o novo valor de 3 xelins aparece apenas como reprodução. Mas ele é reproduzido realmente, e não só aparentemente, como o valor dos meios de produção. A substituição de um valor pelo outro é mediada aqui por criação nova de valor (MARX, 1996a, p. 324).

Ao ser utilizada, a força de trabalho produz mais valor que o seu custo e o necessário para reproduzir a si mesma. Eis a origem da mais-valia no modo de produção capitalista: “(...) **o capitalista paga ao trabalhador o equivalente ao valor de troca da sua força de trabalho e não o valor criado por ela na sua utilização (uso) – e este último é maior que o primeiro.** O capitalista compra a força de trabalho pelo seu valor de troca e se apropria de todo seu valor de uso” (NETTO; BRAZ, 2010, p. 100, grifo dos autores).

A mais-valia (como denominou Marx) é sempre maior que o custo necessário à reprodução do trabalhador. “A taxa de mais-valia é, por isso, a expressão exata do grau de

exploração da força de trabalho pelo capital ou do trabalhador pelo capitalista” (MARX, 1996a, p. 332):

De início, igualamos, portanto a parte constante do capital a 0. O capital adiantado se reduz assim de  $c + v$  a  $v$ , e o valor do produto  $c + v + m$  ao produto de valor  $v + m$ . Dado o produto de valor = 180 libras esterlinas, no qual se representa o trabalho que fluiu durante todo o processo de produção, temos de deduzir o valor do capital variável = 90 libras esterlinas para obter a mais-valia = 90 libras esterlinas. O número 90 libras esterlinas =  $m$  expressa aqui a grandeza absoluta da mais-valia produzida. Mas sua grandeza proporcional, isto é, a proporção em que se valorizou o capital variável, é evidentemente determinada pela relação entre a mais-valia e o capital variável, expressando-se como  $m/v$ . No exemplo acima é, portanto,  $90/90 = 100\%$  (p. 330).

A criação de valores excedentes é algo imanente ao trabalho e que o capital utiliza de modo muito eficiente. Uma vez que o trabalhador não pode criar valores novos sem conservar valores antigos, ele transmite ao produto novo, os valores anteriormente agregados aos meios de produção (incluindo a matéria prima do produto). “É, portanto, um dom natural da força de trabalho em ação, do trabalho vivo, conservar valor ao agregar valor, um dom natural que nada custa ao trabalhador, mas que rende muito ao capitalista, a conservação do valor preexistente do capital” (MARX, 1996a, p. 323).

Isso significa que a força de trabalho aumenta seu próprio valor no processo produtivo ao reproduzir o equivalente para garantir sua própria reprodução e um excedente, a mais-valia. A força de trabalho é a porção do capital que continuamente transforma-se de grandeza constante em grandeza variável (por isso chamada de capital variável) (MARX, 1996a). O trabalhador não produz para si, mas para o capitalista e este precisa que seja produzida tanta mais-valia quanto for possível. O que é alcançado por meio da divisão social do trabalho.

De acordo com Marx (1996b, p.137), “na medida em que o processo de trabalho é puramente individual, o trabalhador reúne todas as funções que mais tarde se separam”. Tanto o saber teórico quanto o prático existem juntos no trabalhador e este controla inteiramente o processo de trabalho. Entretanto, segundo o autor (1996a, p. 444), quando um processo de trabalho é complicado, uma simples massa de trabalhadores executando operações distribuídas entre si simultaneamente possibilita em muito “encurtar o tempo de trabalho necessário para fabricar o produto global”. Por isso afirma:

[...] a jornada de trabalho combinada produz maiores quantidades de valor de uso, diminuindo por isso o tempo de trabalho necessário para produzir determinado efeito útil. [...] Ao cooperar com os outros de um modo planejado, o trabalhador se

desfaz de suas limitações individuais e desenvolve a capacidade de sua espécie (MARX, 1996a, p. 445-46).

Para alcançar o resultado final, é preciso coordenação e comando nas operações para que se desenvolvam de forma harmoniosa e coesa. Uma vez libertado do trabalho manual, o capitalista transfere funções de supervisão do trabalhador individual (ou do grupo de trabalhadores) a outra classe de assalariados:

Do mesmo modo que um exército precisa de oficiais superiores militares, uma massa de trabalhadores, que cooperam sob o comando de um mesmo capital necessita de oficiais superiores industriais (dirigentes, managers) e suboficiais (capatazes, *foremen*, *overlookers*, *contre-mâtres*) durante que o processo de trabalho comandam em nome do capital. (MARX, 1996a, p. 448, grifo da obra).

Assim, a divisão social do trabalho leva o trabalhador individual a dar espaço para o trabalhador coletivo, que consiste em “um pessoal combinado de trabalho, cujos membros se encontram mais perto ou mais longe da manipulação do objeto de trabalho” (MARX, 1996b, p.137). Ou seja, um grupo de trabalhadores que exercem diferentes subfunções do trabalho concreto para a produção. Essas subfunções podem ser consideradas transformação direta da natureza manualmente (como um pedreiro construindo uma casa) ou a idealização e planejamento do produto final (o projeto da casa feito por um arquiteto), porém não altera o resultado final do processo que foi realizado não por um trabalhador individual, mas coletivo. E para o capital esse processo é produtivo, pois ao final do trabalho:

[...] a sociedade conta com mais carros, mais prédios, mais comida, mais roupas, mais energia, mais tijolos, mais ferro, alumínio, cobre, etc. O montante total da riqueza social se ampliou pela introdução nas relações sociais de uma nova porção da natureza convertida em meio de trabalho ou de subsistência (LESSA, 2007, p. 166).

Esse trabalho produtivo não é apenas uma atividade de efeito prático, mas uma relação de produção social formada historicamente e que leva o trabalhador a servir como valorizador do capital. O trabalho produtivo para Marx “é apenas produção de mercadoria, é essencialmente mais-valia. [...] Apenas é produtivo o trabalhador que produz mais-valia para o capitalista ou serve a autovalorização do capital” (1996b, p.138). Isto é observado quando ao identificar o trabalhador coletivo que consiste em “um pessoal combinado de trabalho, cujos membros se encontram mais perto ou mais longe da manipulação do objeto de trabalho” (MARX, 1996b, p.137). Ou seja, um grupo de trabalhadores que exercem diferentes subfunções do trabalho concreto para a produção. Por isso Marx considera: “Para trabalhar produtivamente, já não é necessário, agora, por pessoalmente a mão na obra; basta ser órgão do trabalhador coletivo, executando qualquer uma de suas subfunções” (IDEM).

O desenvolvimento histórico do modo de produção capitalista ampliou o trabalho produtivo por que a reprodução do capital incluisse todas as práxis produtoras de mais-valia, sejam elas trabalho (intercambio homem/natureza) ou não. E se estreita, porque, diferente do trabalho, que produz “em geral” o trabalho produtivo produz apenas mais-valia. Ao a humanidade atingir o capitalismo, o “trabalho produtivo” deixou de ser produção “em geral” para se converter “essencialmente” em “produção de mais-valia” (LESSA, 2007, p. 152).

Com base nas colocações anteriores, pode-se inferir que, para o capital, o trabalhador coletivo é sempre trabalhador produtivo: sempre produz mais-valia. Porém, é preciso salientar que o inverso não é verdadeiro: nem todo trabalhador produtivo é trabalhador coletivo (LESSA, 2007). Sabe-se que, para o capital, o trabalho produtivo não existe sem a ação coordenada de vários trabalhadores numa cadeia produtiva, desde aqueles que manipulam diretamente o objeto de trabalho até os que executam atividades para viabilização desse processo. Deste modo, à medida que o processo produtivo se complexifica, outras atividades relacionadas tanto a produção diretamente (como o transporte, por exemplo) quanto a manutenção das condições de viabilidade e funcionamento que ultrapassam o espaço do trabalho, geram outras esferas de atividades para o homem, como a ciência, a educação, a filosofia, entre outros. Vê-se então que todas as atividades humanas em conjunto com trabalho compõem a *práxis*.

Netto e Braz (2010), concordando com Lukács, distinguem a práxis em duas frentes: a primeira para o controle e exploração da natureza (Sujeito=homem e Objeto=natureza) e a segunda voltada para influir o comportamento e a ação do homem (Sujeito=homem e Objeto=homem). É preciso salientar que no primeiro caso, os produtos resultantes objetivam-se materialmente, enquanto que no segundo caso, idealmente, ou seja, exercem influência sobre o pensamento e comportamento humanos. Destacamos aqui algo distinto em relação ao trabalho: para Lessa (2012), nestas atividades não existem a produção de um novo *quantum* de riqueza material. Porém, no contexto da sociedade de classes, são imprescindíveis para a viabilização da produção material da sociedade:

O capitalismo e os modos de produção anteriores compartilham desta determinação ontológica mais universal: o afastamento das barreiras naturais propiciado pelo desenvolvimento das forças produtivas, pela divisão social do trabalho, pela crescente riqueza gerada no intercambio orgânico com a natureza, faz com que a reprodução do poder da classe dominante exija um crescente complexo de atividades que, ainda que não transformem diretamente a natureza são imprescindíveis para a manutenção do trabalho escravo, servil ou operário (LESSA, 2012, p. 166).

Estas atividades não se constituem da relação sujeito-objeto na qual está presente o que se pode chamar de teleologia primária (pois é transformação da natureza, trabalho), mas da relação sujeito-sujeito e, neste caso, predomina uma teleologia secundária, ou nova posição

teleológica que “ao invés de buscar a transformação do real tem por objetivo influenciar na escolha das alternativas a serem adotadas pelos outros indivíduos, visando a convencê-los a agir em um dado sentido e não em outro” (LESSA, 2012, p. 66).

Lukács (2012) fornece como exemplo o surgimento do complexo *direito*, uma *práxis* voltada, segundo autor, a legitimar juridicamente a sociedade de classes. À medida que a sociedade se complexifica, diversas *práxis* humanas surgem como a linguagem, o ensino, a filosofia, a medicina, o comércio, entre outros. Atividades humanas que precisam existir para que as bases materiais da reprodução social capitalista continuem a se perpetuar. Estas não podem ser consideradas trabalho em um sentido fundamental, pois, embora seus sujeitos possam ser trabalhadores produtivos (que produzam e autovalorizem a mais-valia), não existe ampliação do montante social da riqueza, há apenas a produção de mais-valia. Marx provê um exemplo dessa condição:

Se for permitido escolher um exemplo fora da esfera da produção material, então um mestre-escola é um trabalhador produtivo se ele não apenas trabalha as cabeças das crianças, mas extenua a si mesmo para enriquecer o empresário. O fato de que este último tenha investido seu capital numa fábrica de ensinar, em vez de numa fábrica de salsichas, não altera nada na relação (1996b, p. 138).

É evidente que o burguês dono da escola aumenta seu capital, entretanto isto se dá por meio da conversão da “riqueza que já fora produzida e que se encontrava sob a forma de dinheiro no bolso dos pais dos alunos, em seu capital privado” (LESSA, 2007, p. 167). Estes elementos são cruciais para o entender como a saúde é abordada dentro dos limites impostos pelo capital. E não poderíamos prosseguir esta discussão sem situar tais pressupostos, pois assim como o trabalho exerce a prioridade ontológica sobre as outras *práxis*, entender como o trabalho é reduzido a condição de mercadoria pelo capital é prioritário para saber como a saúde é abordada no seio da sociedade capitalista.

Embora reconheçamos que a saúde é uma categoria do conhecimento, para entender o processo de adoecimento das populações humanas nós a abordaremos sob as características de mercadorização típicas da sociedade capitalista. Não objetivamos criar a impressão ao leitor que consideramos a saúde como uma mercadoria passível unicamente de valor de troca, desprovida de seu valor de uso, pelo contrário, concordamos com Collière (apud Oguisso, 2007), para quem as práticas de saúde existem desde que surgiu a vida, e seu fim primeiro é permitir que a vida continue a desenvolver-se, lutando contra a morte – do indivíduo, do grupo ou da própria espécie, ou seja, uma prática inerente ao ser humano. Entretanto, para os fins propostos neste estudo, nos deteremos na visão predominante sobre a saúde na sociedade

capitalista: área teórico/prática portadora de valor de troca ou “trabalho em saúde”. Dessa forma, ao utilizarmos a expressão “processo de trabalho em saúde”, (comumente utilizada na pesquisa em saúde) nos referimos a atividade profissional assalariada, como outras no modo de produção capitalista.

Segundo Schoeller (2010), “Processo de Trabalho em Saúde” é a “aplicação da força de trabalho em saúde, que ao utilizar instrumentos de trabalho específicos visa à transformação de seu objeto de trabalho, objetivando a cura e/ou prevenção de doenças” (p. 162). Esse conceito traz elementos importantes para esta discussão: instrumentos de trabalho em saúde; objeto de trabalho em saúde; força de trabalho em saúde;

Pode-se considerar instrumentos de trabalho em saúde (ou meios de trabalho), o hospital, o centro de saúde, equipamentos médicos, medicamentos, insumos hospitalares, veículos, entre outros cuja utilização serve como canal entre o profissional e seu objeto de trabalho (SCHOELLER, 2010). Buscando o paralelo com Marx, seriam as ferramentas que se colocam entre trabalhador e natureza, responsáveis por conduzir a ação humana de transformação material. Compõe-se dos meios de produção para o trabalho em saúde, os quais também podem se considerar o imenso complexo tecnológico de produção de mercadorias com valor de uso para a saúde (empresas farmacêuticas, de transporte, produtos suplementares, operadoras de planos de saúde, etc). Em suma, os recursos que o trabalhador utilizará para agir sobre o que a autora denomina objeto do trabalho em saúde.

Então que seria o objeto de trabalho em saúde? Para Schoeller (2010), se a finalidade do trabalho em saúde é de curar e/ou prevenir doenças, cabe o questionamento: curar e/ou prevenir o que? Para a medicina moderna o corpo humano é a morada da doença, por isso curar significa curar alguém; prevenir significa antecipar-se algo que ocorrerá com alguém. Dessa forma, para a autora é o corpo humano o objeto do trabalho em saúde. É neste objeto específico que o profissional irá utilizar seus conhecimentos e consumir os meios de trabalho para obtenção de sua finalidade. Tanto objeto de trabalho, quanto o produto final do processo de trabalho em saúde (a cura e/ou prevenção) ocupam mesmo lugar no espaço-tempo, o homem. O produto final é a própria atividade do trabalhador que não se materializa sem ele e não pode ser acumulada. Desta forma, Schoeller (2010, p. 160) afirma que “o produto final do trabalho em saúde é um serviço”. Uma atividade cujo produto final é a própria atuação profissional executada por meio de conhecimentos e métodos que visem atingir uma determinada condição diferente da anterior.

Entretanto, a análise da autora merece algumas considerações uma vez que toma o corpo humano sobre o qual será exercido o trabalho em saúde apenas na dimensão biológica. Schoeller (2010), mostra como se apresenta uma das expressões da relação trabalho-saúde no capitalismo, caracterizada pela hierarquização entre o profissional de saúde e o paciente:

Na prática cotidiana, essa é a visão predominante entre os trabalhadores da saúde e usuários e expressa-se em uma relação de dominação sobre o usuário (cliente, paciente), na qual o primeiro tem a capacidade – formal, oficial e legal – de decidir sobre o melhor para o paciente, que deverá aceitar as decisões passivamente, ou, quando muito, cooperar para que as decisões sejam mais bem implementadas (2010, p. 161).

Porém, sua análise termina nesse ponto. Não avança na busca das determinações mais fundamentais dessa relação e ignora que a “análise de qualquer particularidade social, isto é, de qualquer processo social (tomado como objeto), tem por base uma ontologia do ser social, de forma explícita ou não, reconhecidamente ou não” (SOUZA, 2016, p. 342).

Assim, concordamos com Souza (2016) (a partir da análise das obras de Marx, 1988; Lukács, 2013; Rezende, 1989; e Laurell, 1982), quando afirma que “a saúde é um processo social objetivamente existente, partícipe da processualidade geral do ser social” (p. 342). Não é um processo que envolve somente tratamento e cura de uma enfermidade que atinja o corpo humano, mas um processo recíproco entre o profissional e o paciente mediado pelo complexo das relações sociais historicamente determinadas os quais cada um vivenciou.

Ou seja, trata-se de um tipo de teleologia secundária, na qual mesmo havendo a presença da natureza sob a forma do tratamento/cura a partir da utilização substâncias e/ou técnicas provenientes do meio natural (e, portanto, que obedeçam à lei da causalidade), o que será predominante para que o objetivo se concretize será a abordagem social do adoecimento. E após a concretização, implicará mudanças em ambos os indivíduos, profissional e paciente, não condicionadas pela natureza, mas pela forma social em que ambos se relacionaram a partir dos conhecimentos e vivências acumulados durante suas vidas.

Assim, pode-se concluir que, o que a autora considera como objeto de trabalho em saúde, na verdade é o homem em suas relações sociais historicamente determinadas, não meramente o corpo humano enfermo. Dessa maneira, manifesta-se sob o jugo das relações sociais predominantes que, no caso da sociedade capitalista, são as relações de compra e venda. Venda da força de trabalho profissional (que compreende seus conhecimento e habilidades), compra de um serviço que permitirá o tratamento ou cura de uma doença (o qual

envolve também a compra de meios de trabalho, instrumentos, fármacos, transporte, energia, entre outros).

Embora a expressão do serviço varie de acordo com o momento histórico pela venda total ou parcial de serviços e insumos de saúde para a maior parte da população, a condição de compra e venda não é tocada, pois sua *práxis* precursora, o trabalho, é submetida a esta condição. Isso Schoeller (2010) reconhece (ainda que não perceba), pois toda a conformação presente no setor saúde gera gastos crescentes com equipamentos e medicações, além de manter um sistema médico individualista e oneroso que não atende plenamente as necessidades de saúde e/ou oferece serviços de baixa qualidade:

[...] os custos da medicina moderna, curativa, individualista e hospitalar são crescentes, devido ao incremento de tecnologias (equipamentos e medicamentos) sempre mais sofisticadas. Tanto é que atualmente a indústria farmacêutica e de equipamentos médico-hospitalares tornou-se um braço da medicina, sujeita às leis de mercado como qualquer indústria. Um braço muito rentável, pois o Estado brasileiro por meio de políticas sociais implementadas nas últimas décadas, estimulou e subsidiou o consumo crescente de mercadorias oferecidas por esse setor, aprofundando ainda mais o modelo médico-hospitalar vigente no país (p. 163).

Somados a esses custos (que de fato correspondem ao capital constante dessa indústria) se encontra o gasto com o último elemento do Processo de Trabalho em Saúde exposto por Schoeller (2010), a força de trabalho em saúde que se constituiu historicamente de modo a atender as demandas da acumulação capitalista. O enfoque de atenção à saúde predominante centraliza no médico o papel de principal prestador de saúde “na medida em que teve importância política na manutenção do status quo e seus membros passaram a fazer parte dos grupos políticos e da elite econômica, reforçando, cada vez mais, o seu poder” (GEOVANINI, 2010, p. 22). Como isso ocorreu/ocorre?

A força de trabalho em saúde consiste em um pessoal combinado com diferentes saberes e funções que visam atingir a cura e/ou prevenção de doenças. Ou seja, consiste no capital variável, que permite a concentração mais-valia na saúde. Nogueira (apud SCHOELLER, 2010), classifica a força de trabalho em saúde em 3 grupos: a) indivíduos ocupados com atividades do setor (atividades indiretas como gestão, segurança, transporte, entre outros); b) indivíduos ocupados em ações diretas do setor com formação específica para exercer atividades em saúde (como médicos, técnicos, enfermeiros, farmacêuticos, entre outros); c) indivíduos desempregados, com ou sem formação para exercer atividades de saúde e que buscam ativamente empregar-se. Entre esta enorme massa de indivíduos ergue-se a divisão do trabalho em saúde.

O desenvolvimento do processo de trabalho em saúde exige a fragmentação dos saberes e práticas entre diversos profissionais. Desta fragmentação surgem duas divisões do trabalho: a primeira, caracterizada pela especificidade da prática a ser realizada, é de caráter horizontal, pois compreende diversas especialidades; a segunda caracteriza-se pela verticalidade na qual o modelo de atenção à saúde biomédico (que situa a origem do adoecimento numa relação de causa/efeito por algum agente biológico) faz do médico o principal prestador da assistência à saúde sendo auxiliado por outros profissionais de menor status hierárquico na divisão do trabalho em saúde. Por isso legitima uma estrutura interna com relações de domínio e coerção do profissional médico sobre outros trabalhadores da saúde (SCHOELLER, 2010).

Forma-se assim, uma pirâmide hierárquica na qual o topo é ocupado pela categoria médica; as camadas intermediárias por outros profissionais de nível superior como enfermeiros, assistentes sociais, fisioterapeutas, entre outros; e na base situam-se os profissionais de nível médio, técnico e fundamental. Sob essa organização, a divisão horizontal serve para mascarar as relações de trabalho que possuem seu momento predominante na verticalização, subordinação e controle:

[...] a formação da camada intelectual ou dos trabalhadores da medicina ocorre seguindo a concepção de mundo das classes hegemônicas, e é expressão particularizada das relações sociais fundamentais na apropriação privada dos meios de produção. [...] É mais fácil para a burguesia formar os intelectuais da medicina, que reproduzirão as relações sociais hegemônicas, tanto no que diz respeito aos modelos de conhecimento sobre o processo saúde-doença que os mesmos adotarão, quanto nas propostas de intervenção, ou nas relações que desenvolverão com outros profissionais para a execução de seu trabalho (SCHOELLER, 2010, p. 167).

As demais profissões (enfermeiros, técnicos, odontólogos, farmacêuticos entre outros) desenvolvem-se subalternas de forma hierárquica e disciplinar à medicina. Como consequência seu valor de troca torna-se consideravelmente menor, pois está aqui expressa a relação de subdivisão do trabalho na qual o médico apreende o esforço intelectual ao passo que às demais categorias resta o saber prático, de menor prestígio<sup>6</sup>. Eis aqui um exemplo da expressão de Marx: “Como no sistema natural cabeça e mão estão interligados, o processo de trabalho intelectual e manual. Mais tarde separam-se até se oporem como inimigos” (1996b, p. 137).

---

<sup>6</sup> Não estamos afirmando aqui que a atividade dos profissionais não médicos é desprovida de conhecimento teórico ou intelectual, o que reduziria tais atividades ao tecnicismo. Estamos nos referindo a uma condição posta historicamente que desvaloriza a atividade dos profissionais não médicos na saúde.

Em outras palavras, a burguesia forma os profissionais da medicina para serem seus representantes no setor da saúde, reproduzindo todas as relações de trabalho típicas da fábrica. Dessa forma, o antagonismo de classes encontra expressão na saúde:

No plano ontometodológico, então, conceber a saúde como processo social objetivo – e, indo mais além, como práxis – implica uma concatenação da qual a luta de classes é o elemento dinamizador por excelência. A intensidade e a direção das lutas provocam o surgimento de elementos com potencial de alterar o curso da saúde, do ponto de vista tanto de sua objetividade como processo quanto do seu arcabouço teórico-prático, como práxis. Portanto, a saúde se expressa na história como resultado de múltiplas determinações, desde as universais, do ser social em geral, até aquelas mais particulares, próprias da saúde em si e mutáveis ao longo do tempo (SOUZA, 2016, p. 350).

Tendo em vista a polarização que coloca categoria médica em posição hierarquicamente superior e os profissionais atendentes de nível médio técnico em posição inferior (não esquecendo as diversas outras categorias intermediárias entre as mesmas) é sobre a base da pirâmide hierárquica que recai o ônus da exploração do trabalho no setor saúde, desde o operário na indústria de medicamentos até o trabalhador presente no serviço direto ao usuário.

É da exploração desse trabalhador que é acumulada a mais-valia no setor saúde. Da redução de sua *práxis* social a trabalho abstrato, produtor de mercadorias e serviços que somados constituem uma mercadoria ainda maior: a saúde. Uma conformação social necessária à reprodução do capital, desenvolvida historicamente. A sociedade capitalista retira a saúde do indivíduo por meio da exploração de seu trabalho, gerando adoecimento (primeiramente decorrente de sua atividade e depois para as outras esferas de sua vida), para depois lucrar vendendo-a para esse mesmo indivíduo.

Chegamos agora a um ponto fundamental de nossa discussão: descobrir como esse processo se dá do ponto de vista técnico-operativo. Quais os mecanismos para a produção de *mais-valia* e como se relacionam ao adoecimento do trabalhador primeiramente em seu trabalho e depois nas outras esferas de sua existência?

## **1.2 A produção de mais-valia pelo tempo de trabalho excedente e sua relação com o adoecimento.**

Vejamos agora como é extração da mais-valia, a forma típica de exploração do trabalho no capitalismo. Por meio da atuação conjunta dos meios de produção e da força de trabalho surgem às mercadorias e serviços necessários à satisfação de necessidades, seja

humana, seja do capital (como assinala Marx). Se por meio do processo de trabalho o homem cria valores (materializados sob a forma de mercadorias) equivalentes a satisfação de suas necessidades bem como de seus dependentes, e valores excedentes equivalentes a satisfação das demandas do capital, pode-se considerar que em um dia, o processo de trabalho constitui-se de uma quantidade de tempo para produção de meios de subsistência do trabalhador (ou seja, para a satisfação de suas necessidades e de sua família) e outra quantidade de tempo para criação de excedentes indispensáveis ao capital.

Segundo Marx (1996a), a quantidade de tempo pode variar conforme o valor de meios de subsistência diários médios do trabalhador. Se, por exemplo, o valor dos meios de diários de subsistência do trabalhador e sua família representam 6 horas de trabalho, o trabalhador precisará de 6 horas para produzi-los. Se ele trabalhasse para si e não para o capitalista, permanecendo iguais todas as demais circunstâncias de seu trabalho, esse tempo não passaria por mudança alguma e ele continuaria garantindo sua reprodução. Mas, ao trabalhar para o capitalista sob estas condições, o trabalhador apenas repõe a este último o valor adiantado para dar início à produção. Assim:

A parte da *jornada de trabalho*, portanto, em que sucede essa reprodução, eu chamo de *tempo de trabalho necessário*, e de *trabalho necessário* o trabalho despendido durante esse tempo. Necessário ao trabalhador, por ser independente da forma social de seu trabalho. Necessário ao capital e seu mundo, por ser a existência contínua do trabalhador a sua base (MARX, 1996a, p. 330, grifo nosso).

Entretanto, se o capitalista apenas repõe o valor que adiantou no processo produtivo, não extrai mais-valia, por conseguinte não lucra. Então, precisa que a jornada de trabalho também compreenda um período de tempo no qual o trabalhador não produza o valor de sua própria reprodução:

O segundo período do processo de trabalho, em que o trabalhador labuta além dos limites do *trabalho necessário*, embora lhe custe trabalho, dispêndio de força de trabalho, não cria para ele nenhum valor. Ela gera a *mais-valia*, que sorri ao capitalista com todo o encanto de uma criação do nada. Essa parte da jornada de trabalho chamo de *tempo de trabalho excedente*, e o trabalho despendido nela: *mais trabalho (surplus labour)* (MARX, 1996a, p.331, grifo nosso).

Ao final do trabalho obtém-se, além do produto final, um excedente, o *mais produto*, a materialização da mais-valia extraída pelo capitalista ao final do trabalho. E como o produto decorrente do trabalho necessário representa o custeio da reprodução da força de trabalho, é a quantidade de mais produto (considerado aqui também globalmente) que representa a quantidade de riqueza gerada na sociedade.

[...] a grandeza do mais produto determina-se pela sua relação não com o resto do produto total, mas com aquela parte do produto em que se representa o trabalho necessário. Como a produção de mais-valia é o objetivo determinante da produção capitalista, não é a grandeza absoluta do produto, mas a grandeza relativa do mais-produto que mede o grau de riqueza (MARX, 1996a, p. 342-43).

Dessa forma, observa-se que o processo de trabalho sob o ponto de vista do tempo de produção da mercadoria possui também um caráter dual: compreende um período de tempo trabalho necessário no qual o trabalhador produz o equivalente a seus meios de subsistência; e um período de tempo de trabalho excedente no qual produz mais-valia. Tais períodos quando somados constituem a jornada de trabalho diária. E, por sua vez, a soma das diversas jornadas de trabalho envolvidas desde a produção, circulação e venda, constituem o tempo de trabalho socialmente necessário à produção da mercadoria (MARX, 1996a).

No capítulo VIII de “O Capital”, Marx analisa a jornada de trabalho tendo como base a produção de mais-valia. Se considerada de modo superficial, a jornada de trabalho consiste basicamente no tempo dispendido pelo indivíduo trabalhando. A depender do tipo de trabalho, a jornada pode variar por uma quantidade de horas por dia: 4 horas, 6 horas, 8 horas, 10 horas, 12 horas... etc. Esse número é estabelecido quando firmado o contrato empregatício entre o capitalista e o trabalhador, por isso Marx considera a jornada de trabalho uma grandeza variável. Porém, lembremos que a jornada de trabalho consiste na soma do tempo de trabalho necessário com o tempo de trabalho excedente. Então qual seria o marco dentro da jornada de trabalho entre o tempo de trabalho necessário e o tempo de mais trabalho? Onde termina o primeiro e começa o segundo?

A jornada de trabalho é uma grandeza móvel, mas varia dentro de certos limites. Ela possui um limite máximo que não pode ser prolongável devido a dois fatores: o primeiro é a própria limitação física da força de trabalho; o segundo é a limitação moral, já que o trabalhador precisa de tempo para satisfazer suas necessidades espirituais e sociais.

Uma pessoa pode, durante o dia natural de 24 horas, despende apenas determinado quantum de força vital. [...] Durante parte do dia, a força precisa repousar, dormir, durante outra parte a pessoa tem outras necessidades físicas a satisfazer, alimentar-se, limpar-se, vestir-se etc. Além desse limite puramente físico, o prolongamento da jornada de trabalho esbarra em limites morais. O trabalhador precisa de tempo para satisfazer a necessidades espirituais e sociais, cuja extensão e número são determinados pelo nível geral de cultura. A variação da jornada de trabalho se move, portanto, dentro de barreiras físicas e sociais (MARX, 1996a, p. 346).

A jornada de trabalho nunca pode exceder a capacidade vital da força de trabalho, pois põe em risco a própria produção de mais-valia, uma vez que é o trabalho humano único gerador de riqueza. É necessário um limite que permita a força de trabalho recobrar energias,

descansar, alimentar-se, divertir-se para então estar em condições de gerar mais-valia na próxima jornada de trabalho.

O capitalista paga ao trabalhador o direito de usufruir de sua força de trabalho por um dia. Mas não pode obrigar o trabalhador a trabalhar por um dia inteiro devido às barreiras acima descritas com as quais se depara. Então, para cumprir seus desígnios, o capitalista<sup>7</sup> tem que “absorver com sua parte constante, os meios de produção, a maior massa possível de *mais-trabalho*” (MARX, 1996a, p. 347, grifo nosso).

Significa que, uma vez que a jornada de trabalho possui limites precisos, quanto menor for o tempo de trabalho necessário, maior será o tempo de trabalho excedente e, portanto, maior será a produção de mais-valia. A tendência do capitalista é, portanto, alargar ao máximo o tempo de trabalho excedente: o trabalho que de nada serve ao trabalhador; o trabalho que resulta em mais produto/mais-valia a qual é expropriada do trabalhador e que só serve ao capitalista.

Entretanto, Marx (1996a) sinaliza para o fato de que as negociações entre empregadores e trabalhadores acerca da jornada de trabalho não ultrapassam os limites do intercâmbio de mercadorias, pois para o primeiro quanto mais sobre-trabalho<sup>8</sup> pelo menor valor possível ele puder extrair, menor será o custo final de seu capital variável; por outro lado, para o trabalhador, quanto maior for o pagamento pela jornada de trabalho, maior a valorização de sua mercadoria, a força de trabalho. Estabelece-se uma antinomia jurídica de direito contra direito (devidamente reconhecida na tradição jurídica burguesa) no qual ambos estão corretamente embasados<sup>9</sup> e cuja decisão ao final será obtida pelo emprego da força.

A oposição entre capitalista e trabalhador é simplificada através disputa por salários. Perde-se o elemento de contradição entre o capital e o trabalho, pois este último é visto apenas por seu valor de troca. Porém a criação de mais produto não nasce no capitalismo. Ela permeia os outros modos produtivos experimentados pelo homem<sup>10</sup>, porém apenas no capitalismo o mais produto é criado para obtenção de mais-valia (MARX, 1996a).

---

<sup>7</sup> “O capitalista é apenas o capital personificado. A alma do capitalista é a alma do capital” (MARX, 1996a, p. 347).

<sup>8</sup> Ao longo deste texto empregaremos este termo como sinônimo de mais trabalho.

<sup>9</sup> Dentro dos limites impostos pelo direito burguês.

<sup>10</sup> O mais produto consiste no excedente econômico que surge na comunidade primitiva e que abre caminho para o advento do modo de produção escravista (NETTO;BRAZ, 2010)

Não se deve confundir a extração do mais trabalho no capitalismo com a extração de mais trabalho em suas formas predecessoras nas quais é possível observar uma clara separação entre o tempo dispendido (a quantidade de dias por semana) pelo trabalhador para produzir para si e o tempo para produzir para seu senhor:

O trabalho necessário que, por exemplo, o camponês valáquio executa para sua automanutenção está espacialmente separado de seu mais-trabalho para o boiardo. Um ele realiza em seu próprio campo, o outro na propriedade do senhor. Ambas as partes do tempo de trabalho existem, independentemente, uma ao lado da outra. Na forma de corvéia, o mais-trabalho está nitidamente dissociado do trabalho necessário. Todavia, a avidez do capitalista por mais-trabalho manifesta-se no empenho em prolongar desmedidamente a jornada de trabalho, a do boiardo mais simplesmente na caça direta por dias de corveia (MARX, 1996a, p. 350-51).

Da utilização do mais trabalho pelo capitalista decorrem duas formas de mais-valia produzidas pelo trabalhador. A primeira pode-se obter por meio do prolongamento da jornada de trabalho em caráter absoluto. Por isso, Marx (1996a) chama a mais-valia extraída nesse processo de mais-valia absoluta.

O que marca a jornada de trabalho que produz mais-valia absoluta é a natureza constante do tempo de trabalho necessário. O que se amplia é o tempo de trabalho excedente. Se um trabalhador consegue reproduzir o equivalente a seus meios de subsistência num período de 4 horas e sua jornada de trabalho é de 8 horas, então 4 horas é puro mais trabalho. Se seu acordo com o empregador é de uma jornada de 10 horas, então serão 6 horas de sobre-trabalho; se a jornada for de 12 horas, serão 8 horas e assim sucessivamente (MARX, 1996a).

Entretanto, como já citado anteriormente, as capacidades físicas do trabalhador impedem que a jornada de trabalho seja indefinidamente ampliada, além das barreiras físicas e morais. A produção de mais-valia fica comprometida, pois esta chega à um limite no qual não é mais possível ampliar a jornada de trabalho. Foi preciso então desenvolver outra forma de extrair mais-valia além do modo absoluto de exploração. O tempo de mais trabalho dentro da jornada de trabalho compreende um espaço. Se for possível reduzir o tempo de trabalho necessário ao trabalhador dentro da jornada de trabalho, automaticamente é possível ampliar o tempo de mais trabalho. Assim, ambos os períodos dentro da jornada de trabalho são elásticos. Como demonstra Marx:

O prolongamento do mais-trabalho corresponderia à redução do trabalho necessário, ou seja, uma parte do tempo de trabalho que o trabalhador até agora utilizava de fato, para si mesmo, transforma-se em tempo de trabalho para o capitalista. O que teria mudado não seria a duração da jornada de trabalho, mas sua divisão em trabalho necessário e mais-trabalho (1996a, p. 429-30).

Marx (1996a, p. 430), exemplifica como o capitalista extrai a *mais-valia* nessa situação:

A grandeza do mais-trabalho obtém-se, porém, subtraindo da jornada de trabalho total o tempo de trabalho necessário. Subtraindo-se 10 horas de 12 ficam 2, e não se pode ver como, nas condições dadas, o mais-trabalho pode ser prolongado além de 2 horas. Na verdade, o capitalista pode pagar ao trabalhador, em vez de 5 xelins, 4 xelins e 6 pence ou menos ainda. Para reproduzir esse valor de 4 xelins e 6 pence bastariam 9 horas de trabalho, cabendo assim ao mais-trabalho 3 horas em vez de 2 da jornada de trabalho de 12 horas e aumentando-se a própria mais-valia de 1 xelim para 1 xelim e 6 pence. Mas esse resultado somente seria obtido mediante compressão do salário do trabalhador abaixo do valor de sua força de trabalho. Com os 4 xelins e 6 pence que produz em 9 horas, ele dispõe de 1/10 menos meios de subsistência do que antes, e assim a reprodução de sua força de trabalho só se dá de maneira atrofiada. O mais-trabalho neste caso apenas seria prolongado por ultrapassar seus limites normais, seu domínio só se expandiria usurpando parte do domínio do trabalho necessário.

À medida que o próprio método de trabalho e os meios de produção também se transformam para serem mais produtivos (uma mudança que não se opera apenas singularmente em determinada fábrica ou tipo de trabalho, mas em todo o universo produtivo) suas implicações reverberam em toda a sociedade. O aumento da força produtiva do trabalho passa por alterações que implicam menor quantidade de trabalho para produzir maior quantidade de valor de uso. No processo de trabalho significa que se reduz o tempo de trabalho necessário à produção de uma mercadoria:

[...] um sapateiro pode, por exemplo, fazer um par de botas numa jornada de trabalho de 12 horas. Para fazer, no mesmo tempo, dois pares de botas, tem de duplicar-se a força produtiva de seu trabalho, e ela não pode duplicar-se sem alteração em seus meios de trabalho ou em seu método de trabalho, ou em ambos ao mesmo tempo. [...] não basta de modo algum, para produzir mais-valia mediante a transformação do trabalho necessário em mais-trabalho, que o capital se apodere do processo de trabalho em sua forma historicamente herdada ou já existente, e apenas alongue sua duração. Tem de revolucionar as condições técnicas e sociais do processo de trabalho, portanto o próprio modo de produção, a fim de aumentar a força produtiva do trabalho, mediante o aumento da força produtiva do trabalho reduzir o valor da força de trabalho, e assim encurtar parte da jornada de trabalho necessária para a reprodução deste valor (MARX, 1996a, p. 431).

Devido à mais-valia nesse processo estar submetida à contração do tempo de trabalho necessário e não com a extensão da jornada de trabalho, Marx a chama de mais-valia relativa. Esta por sua vez, depende de diversos fatores. O valor de uma mercadoria não compreende apenas seu processo de realização (venda). A produção de uma mercadoria também compreende o valor de suas matérias primas, do processo de trabalho envolvido na formação dos trabalhadores para transformação das matérias necessárias a confecção da mercadoria, do transporte, entre outros (desenvolvimento da força produtiva, aquisição de mais mercados, diminuição do tempo de trabalho necessário, utilização da divisão social do

trabalho de modo mais efetivo). “O verdadeiro valor de uma mercadoria, porém, não é seu valor individual, mas sim seu valor social, isto é, não se mede pelo tempo de trabalho que custa realmente ao produtor, no caso individual, mas pelo tempo de trabalho socialmente exigido para sua produção” (MARX, 1996a, p. 433).

Poder-se-ia advogar então que em tempos de crise, para sua superação, bastaria reduzir a jornada de trabalho para assim reduzir a produção de mais valia, porém, a jornada de trabalho nunca pode ser limitada a ponto de reduzir o mais trabalho: “Quanto menos negócios são feitos, tanto maior deve ser o ganho sobre o negócio feito. Quanto menos tempo pode ser trabalhado, tanto mais tempo excedente de trabalho deve ser trabalhado” (MARX, 1996a, p. 355). Ou seja, intensifica-se ainda mais a exploração, pois agora a jornada de trabalho é menor e o trabalhador deve produzir tanta mais valia quanto produzia com uma jornada mais prolongada. Entretanto, seja em tempos de estabilidade, seja em tempos de crise, para o capital a taxa de mais valia não pode decrescer ao ponto de ameaçar as bases materiais da economia. Para que isso não ocorra, o capital lança mão abertamente da exploração do trabalho para produzir mais-valia, medida esta que produz a extenuação do trabalhador e que, posteriormente, pode resultar em adoecimento e morte. Porém, como isso ocorre?

Para responder a essa questão, é preciso recorrer as considerações de Laurell e Noriega (1989) sobre o que denominam “nexo biopsíquico humano” ou “a expressão concreta na corporeidade humana do processo histórico num determinado momento” (p. 100). Para os autores, é imprescindível pensar a biologia humana como portadora de historicidade, uma vez que as manifestações de tal historicidade se dão nos níveis mais complexos do corpo por meio da adaptação as diversas situações que se interpõem ao indivíduo. É a capacidade do corpo de responder com flexibilidades as transformações do meio e que se manifestam em mudanças específicas nos processos corporais.

Os processos de adaptação geralmente são conceituados como processos “fisiologicamente normais” capazes de proteger o organismo em termos de sua sobrevivência. No entanto, essa visão tão enraizada por um pensamento teleológico perde de vista o fato de que muitos processos de adaptação não somente significam a sobrevivência em condições corporais precárias, como também, até, podem se converter em seu contrário, ou seja, destruidores da integridade corporal (LAURELL; NORIEGA, 1989, p. 101).

Significa que o processo de adaptação implica em mudanças no padrão de saúde do indivíduo que não apenas geram saúde, como também o adoecimento. A autora cita como exemplo o estresse, o qual considera o processo de adaptação típico da sociedade capitalista,

pois, embora essa condição seja necessária ao indivíduo para colocá-lo em estado de alerta diante de algum perigo, a repetição frequente desta condição torna-se destrutiva para o organismo e seus sistemas corpóreos.

Outro aspecto refere-se ao fato de que os processos de adaptação tenham como momento predominante as condições sociais uma vez que decorrem da forma específica a qual os homens apropriam-se da natureza. Isto pois, o ambiente no qual os seres humanos vivem é um produto social que se apresenta em modalidades distintas entre os vários grupos humanos (LAURELL; NORIEGA, 1989).

Dessa forma, é a partir do estudo das coletividades humanas que se pode identificar o “nexo biopsíquico humano”:

Enquanto os estereótipos de adaptação caracterizam as coletividades humanas, é nestas que podemos estudar o nexa biopsíquico historicamente específico, e não nos indivíduos isolados. Todavia, não é suficiente definir que o novo objeto do conhecimento é o processo biopsíquico histórico das coletividades humanas, mas é necessário acrescentar que é dos grupos definidos por sua inserção social específica. Ou seja, o significativo não é opor o indivíduo (um só) com o grupo (muitos) mas destacar que, enquanto a inserção social deste determina os modos de andar a vida, é a coletividade constituída a partir de sua inserção social que encarna o nexa biopsíquico historicamente específico (LAURELL; NORIEGA, 1989, p. 103)

Esta condição expressa bem a relação singular-particular-universal tal como explica Lukács (2012), embora o adoecimento tenha o componente individual (singular) é por meio da relação e mediações com o grupo (universal) que se expressará o adoecimento sob formas específicas em cada indivíduo (particular).

Embora Laurell e Noriega situem sua discussão no capitalismo de meados do século XX, ao descrever as condições de adoecimento dos trabalhadores no século XIX, é possível identificar em Marx (1996a) vários exemplos dessa situação em relatos e laudos epidemiológicos. Para o autor, a busca por lucros em diversos segmentos industriais, como a dos ceramistas, não conhece limites com relação ao abuso da força de trabalho gerando consequências graves para a saúde dos trabalhadores:

Às 2, 3, 4 horas da manhã, crianças de 9 a 10 anos são arrancadas de suas camas imundas e obrigadas, para ganhar sua mera subsistência, a trabalhar até as 10, 11 ou 12 horas da noite, enquanto seus membros definham, sua estatura se atrofia, suas linhas faciais se embotam e sua essência se imobiliza num torpor pétreo, cuja aparência é horripilante. [...] O que se deve pensar de uma cidade que realiza uma assembleia pública para peticionar que o tempo de trabalho para homens se limite a 18 horas por dia! (LONDON DAILY TELEGRAPH DE 17 DE JANEIRO DE 1860, apud MARX, 1996a, p. 357-58).

Eis um dos relatos de uma das crianças que Marx (1996a, p. 358-59) transcreve:

Eu chego às 6 horas, às vezes às 4 horas da manhã. Trabalhei durante toda a noite passada indo até as 6 horas da manhã. Eu não estive na cama desde a última noite. Além de mim trabalharam 8 ou 9 outros meninos toda a última noite. Todos, com exceção de um, retornaram esta manhã. Eu recebo semanalmente 3 xelins e 6 pence” (1 táler e 5 groschen). “Eu não recebo nada a mais, quando trabalho toda a noite. Eu trabalhei, na última semana, durante 2 noites inteiras”.

Sobre a situação dos trabalhadores ceramistas dos distritos de *Stoke-Upon-Trent* e *Wolstanton*, mais da metade dos óbitos (no primeiro) e 2/5 dos óbitos (no segundo) de trabalhadores do sexo masculino foram de doenças pulmonares. Além disso, os relatórios médicos evidenciavam que cada nova geração de novos ceramistas era mais raquítica e fraca que a anterior (MARX, 1996a, p. 359). Emblemático é o relatório do Dr. J. T. Arledege:

Como uma classe, os ceramistas, homens e mulheres [...] representam uma população física e moralmente degenerada. São em regra raquíticos, mal construídos e frequentemente deformados no peito. Eles envelhecem antes do tempo e são de vida curta; flegmáticos e anêmicos, denunciam a fraqueza de sua constituição por meio de obstinados ataques de dispepsia, perturbações hepáticas e renais e reumatismo. Sobretudo sofrem sob as doenças do peito, pneumonia, tísica, bronquite e asma. Sofrem de uma forma peculiar desta última conhecida como asma de ceramista ou tísica de ceramista. A escrofulose, que ataca as amígdalas, ossos ou outras partes do corpo é uma doença que afeta mais de 2/3 dos ceramistas. A degenerescência (degenerescence) da população deste distrito não é muito maior exclusivamente graças ao recrutamento dos distritos rurais circunvizinhos e ao casamento com raças mais sadias (MARX, 1996a, p. 359-60).

Problemas graves de saúde decorrentes de jornadas absurdas de trabalho de até 15 horas de trabalho ininterrupto. Marx continua sua exposição transcrevendo o relatório de J. Leach sobre as condições sub-humanas nas fábricas as quais as operárias das fábricas de papéis de parede eram submetidas:

No inverno passado (1862) de 19 moças, 6 deixaram de vir em consequência das doenças provocadas por excesso de trabalho. Para mantê-las acordadas, preciso gritar-lhes. T. Lightbourne: “Eu tenho 13 anos. [...] No último inverno trabalhávamos até 9 horas da noite e no inverno anterior, até às 10 horas. No inverno passado, eu costumava gritar quase todas as noites devido à dor causada pelos meus pés feridos”. G. Aspden: “Este meu filho, quando tinha 7 anos de idade, eu costumava carregá-lo nas costas para lá e para cá através da neve, e ele costumava trabalhar 16 horas. [...] Eu frequentemente me ajoelhei para alimentá-los enquanto ele estava junto à máquina, pois ele não podia abandoná-la ou desligá-la”. Smith, o dirigente *associè* de uma fábrica de Manchester: “Nós” (ele quer dizer seus “braços” que trabalham para “nós”) “trabalhamos sem interrupção para as refeições, de modo que o trabalho diário de 10 1/2 horas está terminado às 4 1/2 horas da tarde e tudo o que vem depois é sobretrabalho”. [...] As crianças e adultos” (152 crianças e pessoas jovens menores de 18 anos e 140 adultos) “trabalharam igualmente em média, durante os últimos 18 meses, em média pelo menos 7 jornadas e 5 horas por semana, ou seja, 78 1/2 horas semanalmente. Nas 6 semanas que terminaram a 2 de maio deste ano” (1863), “a média foi superior: 8 jornadas ou 84 horas por semana” (MARX, 1996a, p. 361-62).

Observa-se que a lei de produção nesses locais era a extensão da jornada de trabalho ao máximo possível, pois assim aumenta-se o tempo de trabalho excedente e, portanto, de produção de mais-valia absoluta. Mas sabe-se que a própria limitação das capacidades físicas da força de trabalho torna inviável a produção de mais-valia. Assim, surgem as técnicas de revezamento entre turnos diurnos e noturnos. Como salienta Marx (1996a, p. 371):

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 ordenado de tal forma que parte do pessoal operário faça numa semana o trabalho diurno, na outra, o trabalho noturno etc.

A duração ininterrupta do trabalho por 24 horas consiste numa alternativa muito viável para o aumento da jornada de trabalho e dentro dela do mais trabalho. Marx nos fornece um exemplo claro dessa premissa ao descrever a jornada de trabalho de crianças em uma indústria de laminação:

Numa laminação em que a jornada nominal de trabalho ia das 6 horas da manhã até as 5 1/2 da tarde, um menino trabalhava 4 noites cada semana, até pelo menos 8 1/2 horas da noite do dia seguinte [...] e isso durante 6 meses.” “Outro, com a idade de 9 anos, trabalhava às vezes 3 turnos de 12 horas seguidos e quando tinha 10 anos trabalhava 2 dias e 2 noites consecutivos.” “Um terceiro, agora com 10 anos, trabalhava das 6 da manhã até a meia-noite por 3 noites e até as 9 horas da noite durante as outras noites.” “Um quarto, agora com 13 anos, trabalhava durante toda a semana, das 6 horas da tarde até as 12 horas do dia seguinte, e às vezes em 3 turnos consecutivos, por exemplo, de segunda-feira da manhã até terça à noite.” “Um quinto, agora com 12 anos, trabalhava numa fundição de ferro em Stavely, das 6 horas da manhã até a meia-noite durante 14 dias, sendo incapaz de fazê-lo por mais tempo.” George Allinsworth, de 9 anos de idade: “Vim pra cá sexta-feira passada. No dia seguinte tivemos de começar às 3 horas da manhã. Por isso fiquei aqui a noite inteira. Moro a 5 milhas daqui. Dormi no chão com um avental embaixo de mim e com um casaco pequeno em cima de mim. Os outros dois dias estive aqui às 6 horas da manhã. Sim, este é um lugar quente. Antes de vir para cá, trabalhei também durante um ano inteiro num alto-forno. Era uma grande usina no campo. Começava também aos sábados às 3 horas da manhã, mas pelo menos podia ir dormir em casa, pois era perto. Nos outros dias começava às 6 da manhã e terminava às 6 ou 7 da noite” etc (MARX, 1996a, p.372-73).

A citação acima mostra que os turnos com revezamento de trabalhadores, para realização ininterrupta do trabalho, também são prejudiciais, pois se reduz o tempo do trabalhador de contemplar suas outras necessidades sejam de educação, saúde, intelectuais, lazer, sociais e espirituais que são fundamentais ao ser social. A não satisfação dessas necessidades (e muitas outras que surgem à medida que se desenvolve o ser social) leva inevitavelmente ao adoecimento. O tempo de trabalho excedente suga do trabalhador suas energias, alegrias, desejos. Sendo assim:

Usurpa o tempo para o crescimento, o desenvolvimento e a manutenção sadia do corpo. Rouba o tempo necessário para o consumo de ar puro e luz solar. Escamoteia tempo destinado às refeições para incorporá-lo onde possível ao próprio processo de produção, suprimindo o trabalhador, enquanto mero meio de produção. [...] Reduz o sono saudável para a concentração, renovação e restauração da força vital a tantas horas de torpor quanto a reanimação de um organismo absolutamente esgotado torna indispensáveis (MARX, 1996a, p. 379).

Fundamentalmente o modo de produção capitalista atrofia trabalhador roubando-lhe suas condições físicas, psíquicas, morais e sociais. “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” (MARX, 1996a, p. 379). Dessa forma, o adoecimento sob tais condições de trabalho é portador de uma historicidade que só é possível existir sob os ditames materiais capitalistas uma vez que decorrem de suas exigências para com o trabalho. Eis o exemplo concreto da materialização do “nexo biopsíquico humano”.

Embora a adoção do modo de produção capitalista tenha representado um salto tanto qualitativo quanto quantitativo na produção de mercadorias para saciedade das necessidades humanas:

[...] a origem da questão da saúde dos trabalhadores está na sociedade capitalista, sendo, portanto, um fenômeno social exclusivo e típico da organização societária burguesa. Sua razão de ser está profundamente enraizada na necessidade, vital para o sistema, de acumulação de capital. Isto nos permite afirmar que a degradação da saúde dos trabalhadores entra no processo de acumulação como um componente indispensável, sem o qual o capital não é produzido. Isto é, o caráter destruidor e desumanizador do capital requer o consumo crescente da força de trabalho; para tanto, o suor e o sangue do proletariado são imprescindíveis (são componentes do capital variável) (SOUZA, 2012a, p. 144).

Entendida esta condição podemos chegar a consequência imediata do adoecimento a partir da abordagem do “nexo biopsíquico humano”, o processo de desgaste que se expressa primeiramente no adoecimento relacionado ao trabalho e posteriormente expande-se para as outras dimensões da vida do trabalhador.

De forma sucinta, Laurell e Noriega denominam o processo de desgaste como a “perda da capacidade potencial e/ou efetiva corporal e psíquica” (1989, p. 110). Este conceito parte da premissa do desenvolvimento de uma nova categoria teórica também imprescindível ao “nexo biopsíquico humano”: a de “cargas de trabalho”, a qual consiste nos elementos do trabalho que ao atuarem dinamicamente entre si e o trabalhador geram os processos de adaptação que resultam no desgaste.

[...] o conceito de carga possibilita uma análise do processo de trabalho que extrai e sintetiza os elementos que determinam de modo importante o nexu biopsíquico da coletividade operaria e confere a esta um modo histórico específico de “andar a vida” (LAURELL E NORIEGA, 1989, p. 110).

Para os autores, as cargas de trabalho podem ser de diferentes tipos: físicas, químicas, biológicas, mecânicas, fisiológicas e psíquicas. As quatro primeiras cargas relacionam-se a exterioridade do trabalhador que ao atuar junto a este último resultam em uma nova condição de saúde/adoecimento para o mesmo. Podem ser exemplificados pelo calor, ruído, pó, fumaças, vapores, microrganismos, bem como meios inadequados de trabalho que ao serem usados acarretam acidentes mecânicos de trabalho. Tais fatores possuem existência independente do trabalhador, porém ao atuarem junto com ele levam a processos corporais complexos e mudanças no estado de homeostase (pleno equilíbrio de funcionamento dos sistemas corpóreos) do indivíduo.

Já as duas últimas expressam-se em transformações internas ao corpo do trabalhador, assim não são visíveis como alterações fisiológicas a níveis celulares como a dor ou a ruptura de ciclos corporais como o circadiano (ou ciclo do sono) provocado pelo trabalho em turnos (tal como vimos nos exemplos de Marx). As cargas psíquicas exercem importante papel sobretudo por causarem situações de sobrecarga mental, ou seja, tensão prolongada que podem ser devido a supervisão, pressão, consciência da periculosidade do trabalho entre outros. A despersonalização do trabalhador pelo seu tipo de trabalho também acarreta uma grave carga psíquica provocada pela parcelização do trabalho, a monotonia, repetitividade, ou pela separação entre a concepção e execução do trabalho (tal como veremos no fordismo). Todos estes fatores contribuem para a instauração de quadros de estresse crônico e fadiga nervosa (LAURELL; NORIEGA, 1989). Entretanto, é preciso chamar atenção para o fato de tais cargas possuem a dimensão social como predominante na sociedade capitalista:

[...] com relação a qualquer carga, aparecem invariavelmente dois fatos. Um é que surge como expressão particular da forma específica de produzir (das características da base técnica e dos objetos empregados, mas também da organização e divisão do trabalho). Outro é que a intensidade, e ainda a presença ou não, das cargas não é alheia as relações de força entre o capital e trabalho num centro de trabalho concreto e na sociedade (LAURELL; NORIEGA, 1989, p. 113).

Dessa forma, a interação entre o trabalhador e o trabalho consiste na materialização histórica da relação entre o capital e o trabalho a qual coloca entre o indivíduo e o meio de trabalho as diversas cargas interagindo entre si. O ruído, por exemplo, embora seja uma carga física com o tempo provoca tensões nervosas que se traduzem como carga psíquica provocando adoecimento. Assim:

[...] o conceito de “desgaste” permite consignar as transformações negativas, originadas pela interação dinâmica das cargas, nos processos biopsíquicos humanos. O desgaste pode ser definido, então, como a perda da capacidade efetiva e/ou potencial, biológica e psíquica. Ou seja, não se refere a algum processo particular isolado, mas sim ao conjunto dos processos biopsíquicos (LAURELL; NORIEGA, 1989, p. 115).

E como o processo de desgaste tem como momento predominante a dimensão social, é importante ressaltar que caracterizam também as coletividades humanas. Ele se expressa por meio dos indivíduos singulares, porém é na coletividade que adquirem significado e visibilidade pois não dependem das características biopsíquicas individuais do trabalhador, porém das condições históricas específicas nas quais a coletividade se constituiu (LAURELL; NORIEGA, 1989).

Tais particularidades do adoecimento relacionado ao trabalho tiveram (e tem) consequências nefastas à saúde dos trabalhadores, os quais viram (e veem) as outras dimensões de suas vidas também afetadas pelo adoecimento. E embora não vejam a ligação direta entre a forma com a qual exercem seu trabalho (do modo assalariado) e as outras enfermidades que os acometem, não significa que não existe uma relação.

Veremos agora como a classe trabalhadora reagiu/reage diante das arbitrariedades cometidas pelo capital contra sua saúde fora do âmbito da fábrica. Uma vez que foi estabelecido qual o papel exercido pela utilização do tempo de trabalho excedente (o mais trabalho) para a produção de mais produto e, por consequência, mais-valia no que concerne ao adoecimento do trabalhador. Entraremos agora na discussão acerca do papel exercido pela pauperização e sua relação com o adoecimento.

### **1.3 O pauperismo e a saúde: para além do adoecimento relacionado ao trabalho**

Ao abordar a produção a partir da totalidade social, observa-se que a junção dos capitais individuais de um determinado ramo da produção (as diversas empresas envolvidas na produção circulação e consumo daquele segmento de mercado) compõe o capital global desse ramo e, por sua vez a composição do capital de todos os ramos produtivos dá a composição do capital social de um país. Segundo Marx (1996b), o crescimento de capital implica o crescimento da força de trabalho. Se as demais circunstâncias são mantidas constantes (que a massa de meios de trabalho requeira sempre a mesma massa de força de trabalho), então cresce tanto a demanda de trabalho quanto o fundo de subsistência do trabalhador. Como mostra o autor:

Como o capital produz anualmente uma mais-valia, da qual parte é adicionada anualmente ao capital original, [...] sob o aguilhão particular do impulso ao enriquecimento, [...] a escala da acumulação é subitamente ampliável mediante mera repartição modificada da mais-valia ou do mais-produto em capital e renda, as necessidades da acumulação do capital podem superar o crescimento da força de trabalho ou do número de trabalhadores, a demanda de trabalhadores pode se tornar maior que a sua oferta e por isso os salários se elevam (MARX, 1996b, p. 246).

Marx (1996b) observa que esta situação gera formas mais suportáveis de vida para os trabalhadores, pois com mais dinheiro é possível comprar mais mercadorias e constituir um fundo de reserva para melhores condições objetivas de sobrevivência. Porém, esta situação apresenta-se apenas inicialmente. Quando o processo de acumulação ultrapassa essa fase, exige uma produtividade crescente com incremento de capital constante em maior quantidade que o capital variável. Assim, a acumulação decresce devido ao crescente preço do trabalho e com isso desaparece a desproporção entre capital e força de trabalho explorável. Consequentemente, o preço do trabalho cai para o nível necessário à valorização do capital:

Vê-se que: no primeiro caso, não é a diminuição no crescimento absoluto ou proporcional da força de trabalho ou da população operária que torna o capital redundante, mas, ao contrário, é o aumento do capital que torna insuficiente a força de trabalho explorável. No segundo caso, não é o aumento no crescimento absoluto ou proporcional da força de trabalho ou da população trabalhadora que torna o capital insuficiente, mas, ao contrário, é a diminuição de capital que torna excessiva a força de trabalho explorável ou, antes, seu preço (MARX, 1996b, p. 252).

Tal movimento do processo de acumulação de capital tem como consequência o surgimento de um enorme contingente de trabalhadores que não conseguem se empregar e ao mesmo tempo encontram-se em posição de ameaça a empregabilidade daqueles que trabalham: o exército industrial de reserva. E ao mesmo tempo, a acumulação de capital precisa do exército industrial de reserva para se perpetuar. Como explica Marx:

[...] se uma população trabalhadora excedente é produto necessário da acumulação ou do desenvolvimento da riqueza com base no capitalismo, essa superpopulação torna-se, por sua vez, a alavanca da acumulação capitalista, até uma condição de existência do modo de produção capitalista. Ela constitui um exército industrial de reserva disponível, que pertence ao capital de maneira tão absoluta, como se ele o tivesse criado à sua própria custa. Ela proporciona às suas mutáveis necessidades de valorização o material humano sempre pronto para ser explorado, independente dos limites do verdadeiro acréscimo populacional. Com a acumulação e o desenvolvimento da força produtiva do trabalho que a acompanha, cresce a súbita força de expansão do capital, não só porque cresce a elasticidade do capital em funcionamento e a riqueza absoluta, da qual o capital só constitui uma parte elástica, mas também porque o crédito, sob qualquer estímulo particular, põe, num instante, à disposição da produção, como capital adicional, parte incomum dessa riqueza (MARX, 1996b, p.262-63).

A existência desse enorme contingente excedentário é reconhecida como necessária por defensores do sistema capitalista os quais o próprio Marx cita em seu texto como como H.

Merivale e T. Malthus (1996b). Por isso, Marx (1996b) considera que a expansão do processo de acumulação não pode limitar-se a reprodução natural da população trabalhadora, mas precisa de um contingente, um exército industrial de reserva como instrumento utilizado pelo capitalista para baixar os salários, pois trata-se de um volume de força de trabalho que pode ser recrutado a qualquer momento em que o mesmo precisar ampliar sua acumulação. Tal volume varia de acordo com a demanda de acumulação em determinado momento, e isso se reflete nos salários pois assim como qualquer outra mercadoria para o capitalista, quanto maior a oferta de capital variável menor o seu valor de troca:

O salário mais elevado estimula a multiplicação mais rápida da população trabalhadora, o que continua até que o mercado de trabalho esteja supersaturado, portanto tendo o capital se tornado insuficiente em relação à oferta de trabalho. O salário cai, e agora vem o reverso da medalha. Com o salário em baixa, a população trabalhadora é mais e mais dizimada, de modo que em relação a ela o capital volta a ficar excessivo, ou, também como outros o explicam, o salário em baixa e a correspondente exploração mais elevada do trabalhador novamente acelera a acumulação, enquanto, ao mesmo tempo, o salário baixo mantém o crescimento da classe trabalhadora em xeque (MARX, 1996b, p. 267-68).

Observa-se que movimento do exército industrial de reserva para mais ou para menos redefine constantemente os salários. O resultado direto do fenômeno é uma nova forma de pobreza: o pauperismo, o qual é fundamental para o entendimento do processo de adoecimento dos trabalhadores na sociedade capitalista.

Segundo Santos e Costa (2006), a partir da década de 1830 foi observado por estudiosos e críticos da época uma pobreza diferente da vista em épocas anteriores. Uma pobreza caracterizada por uma miséria massiva e absoluta. Identificava-se um enorme contraste entre “o quanto a pobreza crescia à medida que a sociedade se tornava capaz de produzir mais bens e serviços” (p. 3), o que incomodava, pois ia de encontro aos ideais de igualdade, justiça e fraternidade tão defendidos na revolução burguesa<sup>11</sup>.

Pimentel (2012), traz importantes contribuições para a caracterização do pauperismo sobre o qual nos debruçamos. Para a autora:

Quanto maior for a camada miserável da classe trabalhadora e o exército industrial de reserva, maior será o pauperismo oficial. Esse pauperismo se constitui naquela camada social que perdeu a capacidade a capacidade de vender sua força de trabalho e tem que mendigar a caridade pública. Ele se expressa na forma como o capital se apropria da força de trabalho da classe trabalhadora através dos diversos mecanismos de exploração e dominação, com a finalidade de assegurar a sua

---

<sup>11</sup> Nos referimos aqui ao lema “Liberdade, Igualdade e Fraternidade”, difundido durante a fase mais decisiva de transformação da sociedade feudal para a capitalista, a Revolução Francesa de 1789.

reprodução e a acumulação da riqueza por parte dos capitalistas e, contraditoriamente produz seu produto como capital (PIMENTEL, 2012, p. 44-5).

Por isso, Pimentel (2012) considera que a acumulação de riqueza em um polo da sociedade significa acumulação de miséria, sofrimento, tormento, ignorância e degradação humana no polo oposto. Trata-se de uma contradição gritante: o capitalismo amplia a capacidade produtiva da sociedade, de controlar a natureza e assim, satisfaz as necessidades sociais, superando barreiras nacionais em um constante movimento de universalização. Entretanto, ao mesmo tempo, cria uma classe operária urbana cujas necessidades não são atendidas devido ao processo de acumulação capitalista que concentra a riqueza nas mãos da burguesia (SANTOS; COSTA, 2006).

Ao falar sobre o exército industrial de reserva, Marx (1996b) advertia quanto à atenção que deveria ser dada aos trabalhadores fora do local de trabalho e que o entendimento da conexão entre os problemas da população trabalhadora (o autor chama especial atenção para a fome, a qual consistia num dos maiores desafios para os trabalhadores na época) e a fartura sempre maior da burguesia só seria possível conhecer por meio do desvelamento das leis econômicas.

Entretanto, não demorou muito até que os trabalhadores percebessem que a riqueza que geravam para outros causava-lhes infortúnio e miséria. Iniciaram-se as reivindicações por melhores condições de trabalho, de vida, moradia, por assistência à saúde, educação e segurança ao Estado (a estrutura formal de controle das classes trabalhadoras pelas elites econômicas), apresentadas através de partidos políticos, sindicatos e outros órgãos de representação, para que este interfira no âmbito econômico-social e promova melhorias de vida. O Estado se responsabiliza por manter a classe trabalhadora com mínimo de saúde para manutenção da produtividade. Dessa forma, concordamos com Geovanini (2010, p.22):

O Estado passa, então, a assumir o controle da assistência à saúde como forma de garantir a reprodução do capital, reestabelecendo a capacidade de trabalho do operariado. Cria uma legislação de proteção ao trabalho, com o fim de manter a população sadia e produtiva. Ao atender este objetivo, as práticas de saúde passam a absorver a ideologia dominante e a colaborar para a manutenção da hegemonia e da relação de dominação/subordinação entre as classes.

Essas intervenções assumiam caráter de urgência, uma vez que os grandes índices de morbimortalidade causados pelas precárias condições de saúde pública, as constantes epidemias exigiam uma resposta da burguesia, materializada pelo Estado, que embasado na

concepção biomédica<sup>12</sup> do processo saúde-doença inicia grandes campanhas de higienização inicialmente implementadas pelo governo da Grã-Bretanha, principal potência econômica e política da época (SCYLIAR, 2007). Tendo em vista que o perfil epidemiológico era prioritariamente de doenças infectocontagiosas (o que contribuía também para uma baixa expectativa de vida), tais campanhas mantinham o foco curativista cuja finalidade era manter a reprodução da força de trabalho para as indústrias. Este modelo de ação foi importado por muitos outros países<sup>13</sup>. A epidemiologia ganhou forma embasada na concepção biomédica de que:

Se a saúde do corpo individual pode ser expressa por números – os sinais vitais -, o mesmo deveria acontecer com a saúde do corpo social: ela teria seus indicadores, resultado desse olhar contábil sobre a população e expresso em uma ciência que então começava a emergir, a estatística (SCYLIAR, 2007, p. 34).

Essa abordagem permitiu a criação das primeiras legislações que visavam evitar o esgotamento precoce da força de trabalho, como a “Lei Fábril” (ou “lei das 12 horas”, Inglaterra, 1833); bem como leis similares de redução da jornada de trabalho para 12 horas diárias em Zurique, Argóvia, França e na Áustria entre outros países (MARX, 1996a, p. 390). Entretanto, mesmo tais leis não surtiam efeito desejado, pois sempre era possível burlar seus dispositivos incrementando mais horas de trabalho além da jornada normal<sup>14</sup>. O capital não pode sacrificar o mais trabalho que lhe gera mais valia, tanto singularmente como universalmente por todos os trabalhadores. Como expõe Marx:

O trabalho que o capital total de uma sociedade põe em movimento, dia a dia, pode ser considerado uma única jornada de trabalho. Se, por exemplo, o número de trabalhadores é de 1 milhão e a jornada de trabalho média de um trabalhador é de 10 horas, a jornada de trabalho social será de 10 milhões de horas. Dada a duração desta jornada de trabalho, a massa de mais-valia só pode ser aumentada por meio do aumento do número de trabalhadores, isto é, da população trabalhadora. O crescimento da população constitui aqui o limite matemático da produção de mais-valia pelo capital total social. Pelo contrário. Com dada grandeza da população, esse limite será constituído pelo prolongamento possível da jornada de trabalho (MARX, 1996a, p. 421).

---

<sup>12</sup> A descoberta de microrganismos causadores de doenças realizadas por Louis Pasteur em meados do século XIX, abre espaço para se pensar a doença sob o ponto de vista puramente biológico: o adoecimento é causado puramente por algum agente etiológico, um microrganismo, portanto é um fenômeno individual que depende puramente do doente para ser superado (SCYLIAR, 2007).

<sup>13</sup> Destacamos aqui o caso brasileiro personificado na figura de Oswaldo Cruz, médico sanitário responsável pelas primeiras campanhas profiláticas na nascente república. Fato que rendeu inclusive uma das revoltas mais famosas na república cafeeira, “a revolta da vacina”. Para mais informações ver “SUS: Sistema Único de Saúde – antecedentes, percurso, perspectivas e desafios” de Zenaide Neto Aguiar.

<sup>14</sup> Marx continua a expor mais exemplos no decorrer do capítulo VIII de “O capital”, os quais não nos deteremos aqui, mas que recomendamos ao leitor resgatar em outro momento.

A produção de mais valia, quer seja pelo aumento da jornada de trabalho quer seja pela diminuição do tempo de trabalho necessário, ou seja, a exploração do trabalho, constitui a base material para o adoecimento dos trabalhadores tendo em vista que produz consequências nefastas no modo de vida do trabalhador.

Em sua obra “A situação da classe trabalhadora na Inglaterra”, Engels (2008) dá contribuições fundamentais para verificarmos a validade de tal condição. O autor dedica sua obra a descrever, os bairros operários, as condições de saneamento, a escassez de alimentos, bem como a violência, a prostituição, o trabalho infantil entre outras situações degradantes. No que concerne à saúde dos trabalhadores o autor considera:

Durante o período em que permaneci na Inglaterra, a causa direta da morte de vinte ou trinta pessoas foi a fome, em circunstâncias as mais revoltantes; mas, quando dos inquéritos, raramente se encontrou um júri que tivesse a coragem de atestá-lo em público. [...]. Muito mais numerosas foram as mortes causadas indiretamente pela fome, porque a sistemática falta de alimentação provoca doenças mortais: as vítimas viam-se tão enfraquecidas que enfermidades que, em outras circunstâncias, poderiam evoluir favoravelmente, nesses casos determinaram a gravidade que levou à morte (ENGELS, 2008, p. 69, grifo do autor).

Além das condições sanitárias da época (esta é a descrição do bairro operário de Edimburgo):

Nessa parte da cidade não há esgotos, banheiros públicos ou latrinas nas casas; por isso, imundícies, detritos e excrementos de pelo menos 50 mil pessoas são jogados todas as noites nas valetas, de sorte que, apesar do trabalho de limpeza das ruas, formam-se massas de esterco seco das quais emanam miasmas que, além de horríveis à vista e ao olfato, representam um enorme perigo para a saúde dos moradores. (THE ARTIZAN, 1843 apud ENGELS, 2008, p. 79).

Em seu estudo, Engels transcreve reportagens de jornais com denúncias das condições deploráveis de vida enfrentadas pelos trabalhadores em diversas cidades em conjunto com suas próprias observações, mostrando que tanto a burguesia quanto as autoridades inglesas não estavam alheias à miséria do proletariado. De fato, ao questionar um burguês de Manchester sobre as condições absurdas de construção e moradia do bairro operário, o autor afirma que o rico industrial calmamente lhe ouviu e ao final respondeu: “e apesar disso, ganha-se aqui muitíssimo dinheiro” (ENGELS, 2008, p. 338).

Por seu turno, Dejours (2015) relembra a pesquisa de Villermé em Paris em 1826, na qual chama a atenção para a falta de higiene, subalimentação, promiscuidade, esgotamento físico, entre outros como fatores de redução da longevidade operária. Entendia-se, portanto que o adoecimento um problema das ciências naturais, cujo entendimento restringia-se a

pesquisas laboratoriais, “esvaziando-a de seu conteúdo sócio-político” (SOUZA, 2012b, p. 22). Então se tornou conveniente considerar que a causa do adoecimento está no próprio indivíduo ou em microrganismos que causem desequilíbrio fisiológico e não o pauperismo dos trabalhadores.

A ideia que a saúde é apenas ausência de doença enraizou-se e, embora nos últimos anos tenha-se agregado outros significados - como o da Organização Mundial da Saúde (OMS), na qual a saúde é entendida como estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doenças – a visão biomédica permaneceu firme, haja vista que “O doente, na concepção da medicina moderna, clinica, científica, é a moradia da doença” (SCHOELLER, 2010, p. 161).

Vimos que o Processo de Trabalho em Saúde<sup>15</sup> está marcado pelas influências políticas, econômicas, legislativas e ideológicas, além das relações de poder dentro das perspectivas socioeconômicas e políticas vigentes (GEOVANINI, 2010). Vimos também que a saúde se constitui de um campo que engloba diferentes práticas para atender a necessidade de perpetuação do ser social. Segundo o conceito difundido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), “saúde não é apenas ausência de doença, mas consiste num completo bem-estar físico, psíquico e social”<sup>16</sup>. A OMS visa propor uma conceituação atemporal e universal, cabível a todos os povos, a todas as formações sociais em qualquer época. Trata-se de uma redação simples e objetiva que busca não dar margem a dúvidas interpretações, porém ao submeter tal conceito a uma análise mais rigorosa percebe-se que o mesmo ainda possui limitações e não consegue responder satisfatoriamente à pergunta: o que é saúde?

Tendo como base o trabalho como categoria fundante de todas as práxis humanas (como vimos anteriormente), Souza (2012a) parte da crítica ao conceito de saúde da OMS que, em sua aparência, representa um avanço importante sobre a concepção anteriormente predominante a qual considerava a saúde como simples ausência de doença, uma desordem no funcionamento fisiológico do organismo causado por um agente biológico, físico ou químico. Na concepção da OMS, o completo bem-estar configura-se num equilíbrio entre os diversos

---

<sup>15</sup> Lembramos ao leitor, que quando nos referimos a expressão “processo de trabalho em saúde”, o termo “trabalho” o qual nos referimos é a forma de abordagem do capital para com a práxis humana, ou seja, o “trabalho abstrato”, não o trabalho como atividade fundante. Por isso, não consideramos a expressão “Processo de Trabalho em Saúde no capitalismo”, uma vez que entendemos que esse processo só existe no modo de produção capitalista. Embora concordemos, com Schoeller (2010) quanto ao uso do termo, fazemos esta ressalva.

<sup>16</sup> <http://www.paho.org/bra/>. Acessado em 07/08/2016.

fatores (mental, biológico, social, entre outros) que compõe o ser social. No entanto, para Souza (2012a, p. 156) ocorreu apenas um “refinamento” discursivo para a velha concepção biomédica e fundamental ao capital. Vejamos por que.

A primeira limitação de tal conceito é desconsiderar que a saúde é um condição relativa e dinâmica (REZENDE, apud, SOUZA, 2016a). Dessa forma, o estado de adoecimento seria o desequilíbrio entre tais fatores os quais ou estão em equilíbrio ou não. Assim, “O adjetivo ‘completo’ expressa uma condição de estado absoluto, em que ou se tem saúde ou não se tem, não existindo processo, busca ou conflito” (p. 343).

Para Souza (2016a), a concepção da OMS não leva em consideração que os homens ao se deparar com situações que põem em risco sua saúde podem reagir às mesmas buscando superá-las. E neste conflito os homens nem estão completamente “sãos” e nem completamente “doentes”, mas numa constante relação dialética e dinâmica. Dessa maneira, o estado de adoecimento não pode ser abordado distinto do estado saudável. Ambos fazem parte do mesmo processo social que consiste em mais um dos diversos processos que constituem o ser social e que embora seja fruto da atividade humana, escapa ao controle do próprio homem. Dessa forma, a saúde consiste num processo social objetivo, existente e exterior a consciência do homem. Por isso também é participe da constituição do ser social.

Nesta concepção, o suposto bem-estar se configura como um equilíbrio entre o físico, mental e social, e a doença seria o desequilíbrio, persistindo uma dicotomia entre saúde e doença (tanto quanto a concepção anterior, que a OMS tentou combater). A definição da OMS não leva em consideração que os homens, ao se depararem com situações que ameaçam a sua saúde, podem instituir um conflito, um embate, na busca por transformar o que lhes é hostil. Neste enfrentamento, eles não estão nem “sãos” (em equilíbrio) nem “doentes” (em desequilíbrio); estão lutando. Ao desconsiderar este conflito, cancela-se a dinamicidade do processo saúde-doença, conferindo-lhe caráter estático (SOUZA, 2012a).

Dessa maneira, o processo de adoecimento consiste numa relação dialética entre estar doente e estar saudável. Tal relação é condicionada, e condiciona mutuamente, pelos conflitos entre o indivíduo e a totalidade social em que se insere a qual tem o momento predominante. As transformações ocorridas no seio da base produtiva do modo de produção capitalista tiveram (e tem) determinações diretas sobre o adoecimento da classe trabalhadora em todas as dimensões do ser social. Porém, isto não anula a capacidade dos indivíduos de lutarem por melhores condições de saúde, podendo provocar diferenciações nesta totalidade. Por isso, segundo a visão do autor, a conceituação da OMS apenas repete com outras palavras a concepção biomédica da saúde.

É possível observar isso ao identificar como o adoecimento dos trabalhadores foi abordado, ao longo do século XX. Foi visto que o Estado capitalista ofereceu uma resposta ao pauperismo dos trabalhadores o qual, por conseguinte também foi uma resposta a adoecimento dos mesmos. No próximo capítulo observaremos como esta resposta materializou-se e quais as mediações presentes que delinearão a trajetória do nosso objeto.

## **2 A ERA DO CAPITALISMO MONOPOLISTA: AS EXPRESSÕES DO ADOECIMENTO AO LONGO DO SÉCULO XX**

Durante capítulo anterior, situamos as bases da nossa discussão partindo da abordagem do trabalho na perspectiva do materialismo histórico-dialético e em seguida realizamos a análise visando compreender sua forma de expressão no capitalismo. Uma vez estabelecido este ponto, relacionamos o trabalho sob os ditames do capital, o trabalho abstrato, e a saúde no modo de produção capitalista, fazendo as inter-relações entre eles. Dessa forma, procuramos demonstrar como isso se reflete na saúde do trabalhador, tanto no local de trabalho quanto nas outras dimensões da vida do trabalhador.

Neste capítulo, continuaremos essa discussão situando o adoecimento dos trabalhadores ao longo do século XX, com destaque para o surgimento das políticas sociais, para chamada “revolução cultural” da década de 1960, e, por fim, para o caso brasileiro (cujo perfil epidemiológico sofreu influência das transformações econômicas e sociais nos países desenvolvidos).

### **2.1 A macrorresposta ao pauperismo: a implementação de políticas sociais para intervir no adoecimento dos trabalhadores**

O modo de produção capitalista foi resultado de profundas mudanças que levaram ao fim do modo de produção feudal. Isso ocorreu por meio de duas estratégias conjuntas: a primeira foi dar início a um processo de acumulação de riquezas que permitisse a classe burguesa, aos poucos, obter poder econômico o suficiente para superar a servidão típica da Idade Média pelo trabalho assalariado. Essa forma de trabalho permitia o aumento da produtividade ao mesmo tempo em que gerava maior riqueza para o burguês empregador. Assim, a adoção do trabalho assalariado representou um avanço no campo da produção de bens necessários a sociedade.

A segunda foi superar as estruturas político-feudais, restritas à aristocracia agrária feudal que controlava o Estado, para assim a própria burguesia assumir essa função. Tomar o Estado feudal e transformá-lo em um Estado burguês implicava a ratificação da sociedade capitalista como a mais avançada forma de desenvolvimento social do homem<sup>17</sup>. Marx

---

<sup>17</sup> Tese inicialmente defendida por Hegel em sua teoria do “Fim da História”, e que posteriormente também foi defendida por Augusto Comte, fundador do positivismo, conjunto de ideias sob os quais o capitalismo se sustenta no campo da ideologia. Até hoje tal tese é amplamente difundida e defendida, em especial pelos grandes teóricos da globalização, a exemplo de Von Hayek.

(1996b) denominou esse período como de “acumulação primitiva de capital”, pois foi o momento em que as atividades econômicas mercantis burguesas (por isso muitos autores também chamam esse período de mercantilismo) permitiram a essa classe acumular grandes massas de capitais para posteriormente investir plenamente nos meios de produção (a indústria) e na força de trabalho, ainda que sem consciência disso.

Tais estratégias favoreceram o nascimento da indústria moderna em meados do século XVIII. O surgimento da maquinaria e da grande indústria representou um avanço sem precedentes para a produção de mercadorias que antes era feita em oficinas de manufatura, num processo demorado e dispendioso. Agora, era possível produzir em larga escala e as atividades burguesas que, até então eram comerciais em sua totalidade, tornaram-se eminentemente industriais. Assim, se encerra a fase de predomínio do capital mercantil como fonte de acumulação principal de capital para entrar em cena a fase do capital industrial concorrencial<sup>18</sup>.

Segundo Netto e Braz (2010), esse momento recebeu a denominação de concorrencial, pois amplas possibilidades de negócio se abriram para pequenos e médios capitalistas: muitas empresas abriam, não existiam ainda monopólios industriais e os Estados emprestavam dinheiro a qualquer um que quisesse investir na indústria. Aos poucos, estas empresas se diferenciaram de acordo com sua acumulação de capital em pequenas, médias e grandes empresas, porém, a concorrência acirrada de capitais, a partir de 1870, levou a falência de muitas pequenas e médias empresas já que não possuíam capital para investir na produção como as grandes indústrias. Esse cenário evidenciou uma situação completamente nova, uma vez que a “mão invisível”<sup>19</sup> do mercado não era suficiente para proporcionar a todos os capitalistas a lucratividade ascendente:

[...] As tarifas protetoras elevaram-se nos Estados Unidos, após a Guerra Civil. Na Rússia, uma tarifa protetora geral foi adotada em 1877; na Alemanha, em 1879; na França, em 1881. Atrás dos muros tarifários, indústrias incipientes transformavam-se em indústrias "gigantescas". Isso, literalmente. A partir de 1870 entramos num período de trustes nos Estados Unidos, de cartéis na Alemanha. A concorrência foi substituída pelo monopólio. Os pequenos negociantes foram expulsos do mercado pelos grandes. O pequeno negócio foi esmagado pelo grande negócio, ou com ele se fundiu para fazer um negócio ainda maior. Em toda parte, houve crescimento, fusão, concentração - indústrias gigantescas se formavam, indústrias que buscavam o monopólio. A substituição gradual da concorrência pelo monopólio não foi uma

<sup>18</sup> Não estamos querendo afirmar aqui que o capital mercantil deixa de existir, mas que deixa de ser a principal fonte de acumulação de capital cedendo espaço para o capital industrial.

<sup>19</sup> Termo cunhado por Adam Smith cuja obra “A riqueza das nações” é a base para o liberalismo econômico capitalista, no qual as forças de mercado agiriam como uma “mão invisível” natural que regularia o livre comércio impedindo injustiças econômicas proporcionando prosperidade a todos.

imposição externa, mas uma evolução da própria concorrência. (HUBERMAN, 1981, p. 219-20).

Tratava-se de um “massacre” dos grandes capitalistas sobre os pequenos capitalistas:

Negócio é luta. Pergunte aos homens de negócios. Ora, todos sabem que na luta os mais fortes vencem os mais fracos. Também nos negócios ocorreu isso. Duas companhias concorrem num certo ramo. Uma dá um golpe na outra, reduzindo seus preços. Esta reage, reduzindo-os ainda mais. E assim por diante. Golpes - na forma de redução de preços - são trocados. Dentro em pouco, os preços estão abaixo do custo de produção. Quem ganhará a luta? É evidente também que quanto maior a escala de produção, tanto menores os custos. Isso significa que as companhias maiores e mais fortes têm vantagem inicial. Mas é a capacidade de resistir que conta. E a capacidade de resistir, nessa luta, é medida pelas reservas de capital, que determinam o tempo de resistência. A firma com maior volume de capital é a mais forte. Os preços reduzidos a deixam assustada, mas deixam seu adversário tonto, e, dentro em pouco, completamente derrotado (HUBERMAN, 1981, p. 221).

Ou seja, quanto mais capital acumulado por uma empresa ou segmento de empresas de determinado ramo, mais fácil será resistir a quedas de preço que derrotam os pequenos industriais. Entretanto, após eliminar a concorrência, como estabelecer um preço que proporcione a retomada do processo de acumulação de capital?

Banida a competição de preços, os vendedores de uma determinada mercadoria, ou de seus sucedâneos, tem interesse em fazer com que o preço ou preços sejam estabelecidos de molde a maximizar os lucros do grupo como um todo. Podem lutar pela divisão desses lucros – assim a que voltaremos – mas nenhum deles pode desejar que o total em relação ao que se trava a luta seja menor e não maior. É esse o fato decisivo na determinação das políticas de preço e estratégias da grande empresa típica (BARAN; SWEEZY, 1978, p. 67).

O monopólio não espera a concorrência lhe ditar qual o preço da mercadoria: ele fixa o preço em comum acordo com outros monopólios. E, juntamente com o crescimento dos monopólios industriais, outro monopólio adquiriu dimensões ainda mais titânicas: o bancário. Os bancos passam a concentrar as enormes massas de capitais depositadas pelas grandes empresas, passando eles mesmos a constituir seus próprios monopólios de capital bancário. Como afirma Huberman (1981), quando monopolistas desejavam dinheiro para ampliar seus negócios recorriam aos banqueiros; quando desejavam iniciar novo negócio e vender suas ações para levantar dinheiro iam aos banqueiros que controlavam os cofres com as enormes remessas de dinheiro da nação. E quanto mais dinheiro controlavam, maior era o poder dos banqueiros dentro dos monopólios. Ainda segundo Huberman (1981):

Havia as "direções interligadas", o que significava estarem os homens importantes do mundo bancário nas juntas diretoras dos grandes trustes ou companhias gigantescas, nas quais estavam "interessados" - ou seja, nas quais seus bancos investiam grandes somas. Essa ligação não precisava ser tão íntima. Bastava que os banqueiros controlassem os cordões da bolsa - isto lhes dava o poder de ditar políticas às firmas industriais (p. 224).

Ou seja, as instituições bancárias são de fato as comandantes dos monopólios, controlando os passos dos administradores industriais sob a ameaça constante de retirada do crédito para a empresa. Como assinala Nikitin (apud NETTO; BRAZ, 2010, p. 179):

Os bancos compram ações dos monopólios [...] e se convertem em seus coproprietários. Por seu turno, os monopólios industriais também possuem ações dos bancos com que se relacionam. Em consequência, produz-se o enlace, a fusão do capital monopolista bancário com o capital monopolista industrial.

Para Netto e Braz (2010, p. 179), “essa nova fusão de capitais monopolistas industriais com os bancários constitui o capital financeiro [...]”. Duas grandes medidas para contornar a crise do capitalismo concorrencial já foram vistas: eliminação da concorrência; estabelecimento de preços fixos que permitiam a retomada do crescimento da taxa de lucro. Isso permitiu alavancar o processo industrial de produção de mercadorias a um ritmo que seus mercados nacionais não conseguiam consumir. Era preciso encontrar mercados externos para escoar a produção e fontes baratas de matérias primas. Tais mercados foram conquistados à custa de muito sangue e pólvora.

A partir do último quartel do século XIX, os monopólios iniciaram (por meio da utilização de seus Estados Nacionais específicos) o intenso processo de colonização política e econômica (no caso da África e da Ásia) e “econômico-dependente” (no caso da América Latina e China)<sup>20</sup>. Dessa forma, desde a criação dos monopólios, passando pela constituição do capital financeiro até essa nova colonização do resto do mundo, gerou-se uma massa de capital excedente grande demais até mesmo para os monopólios:

A indústria monopolista trouxe grandes lucros a seus donos. Superlucros. Mais dinheiro do que eles poderiam usar. Parece incrível, mas em certos casos os lucros foram tão grandes que os organizadores de trustes não poderiam gastá-los todos, mesmo que tentassem. Não tentaram. Economizaram o dinheiro - e o mesmo fizeram outros milhões de pequenos poupadores, que colocavam seu dinheiro em bancos, companhias de seguro, empresas de investimentos etc. O resultado foi uma superacumulação de capital (HUBERMAN, 1981, p. 228).

Esta superacumulação, por sua vez, foi utilizada como valorizadora de capital. Os monopólios financeiros iniciam um intenso processo de empréstimos de capital a países menos desenvolvidos para modernização de seus mercados consumidores. E esses mercados usavam o montante dos empréstimos para consumir produtos oferecidos pelas metrópoles monopolistas:

---

<sup>20</sup> Fazemos aqui essa distinção, pois no caso da China e América Latina, as metrópoles imperialistas não chegaram de fato a assumir diretamente o controle desses Estados Nacionais. Porém, agiam nos bastidores manipulando as elites que detinham o poder político nestes países para beneficiarem-se (ver Hobsbawn, 1995).

Além dos lucros obtidos diretamente com o investimento, os empréstimos eram feitos de tal maneira que grande parte deles tinha de ser gasta na metrópole. Assim, quando a Inglaterra fez empréstimos à Argentina para a construção de ferrovias, a maioria dos trilhos, material rolante etc., foi comprada na Inglaterra - com lucro para os fabricantes ingleses. A exportação do capital excedente trouxe, nesse caso, também, lucro para os industriais ingleses. A exportação do capital excedente levou à exportação de mercadorias excedentes, também (HUBERMAN, 1981, p. 230).

Essa grande massa de capitais excedentes que se valorizavam livremente por meio da financeirização (praticada nos grandes centros financeiros, as bolsas de valores) chegou ao limite de sua própria capacidade em 1929, uma vez que os grandes monopólios não encontram, segundo Netto e Braz (2010, p. 190), “ramos ou setores capazes de oferecer aos investimentos possíveis, os lucros visados pelos monopolistas”.

A crise de 1929 foi à prova definitiva de que o mercado não é capaz de se autorregular. O capital não pode se autogerir e, portanto, requer que o Estado intervenha na economia para retomar o crescimento da taxa de lucro. A função do Estado é recuperar o processo de acumulação por meio de investimentos. Assim, operar como uma empresa capitalista em setores-chave da economia, além de proporcionar a reprodução da força de trabalho. Isto retira momentaneamente do capital a responsabilidade sobre diversas despesas (incluindo programas sociais). Ao implementar essas medidas, a partir da década de 1930, os monopólios entram em seu período mais próspero (a qual muitos autores chamam de “anos dourados”): o Estado de Bem-Estar Social, que iria perdurar até o início da década de 1970.

Em 1929, a crise da especulação de capitais financeiros monopolistas exigiu que o Estado intervisse impedindo a perda de capitais dos grandes grupos empresariais. Foi estimulada uma capitalização do Estado, tornando-o uma empresa que visava garantir o caro financiamento de indústrias de base e a reprodução da força de trabalho (NETTO; BRAZ, 2010). O trabalho se organizou de acordo com o modelo teórico-administrativo Taylorista-Fordista, que consistia em uma forma de organização do processo produtivo que implicava a produção crescente em série, numa linha de montagem para o consumo em massa. Assim, era possível ampliar o investimento geral e diminuir o custo de produção por unidade ao mesmo tempo em que se ampliava exponencialmente a produção. Tal relação só foi possível baseada em uma rígida divisão de tarefas entre executores e planejadores; especialização e mecanização do trabalhador; pouca variedade nas mercadorias; planos de bonificação por produção; supervisão especializada; adoção de métodos de trabalho testados e aprovados para eliminação do imprevisto na produção. Além disso, esse modelo de produção também exigiu o incremento de novas tecnologias que permitiam extrair *mais valia* relativa em maior

quantidade (MONTAÑO; DURIGUETTO, 2011). Com isso, foi possível diminuir o tempo de trabalho necessário e aumentar o de tempo de trabalho excedente, mantendo a jornada de trabalho com poucas modificações.

A partir de 1930 esse modelo estabeleceu uma articulação entre a coerção burguesa e o consentimento do operário por meio da pressão sobre os sindicatos e a concessão de salários indiretos, benefícios sociais, bem como uma maciça propaganda ideológica nas metrópoles capitalistas. Algo denominado Estado de Bem-Estar Social (*Welfare State*).

O *Welfare State* consistiu numa série de medidas econômico-políticas que visavam à superação da crise capitalista de 1929. Seu idealizador foi o economista inglês John Maynard Keynes. Capitalista convicto, Keynes chegou à conclusão de que o excesso de liberdade para as atividades econômicas tinha sido o real causador da crise, porém, não enxergava a contradição entre os interesses do capital e os interesses dos trabalhadores, uma vez que o conforto do primeiro implica a superexploração do trabalho do segundo. Keynes buscou um capitalismo “melhorado”, impassível de crises e para tanto, resolveu ir contra o “Estado Mínimo” do liberalismo clássico, propondo a ação do Estado capitalista na regulação, fiscalização e controle da economia. Desta forma:

[...] o Estado passa a intervir no controle das relações capital-trabalho, subvencionando o consumo, garantindo a reprodução da força de trabalho, a expansão da acumulação capitalista, e respondendo a algumas demandas sociais. A estratégia para isso foi à construção de um “pacto social” entre as classes “industriais”, que derivou nas diversas experiências de *Welfare State*, de keynesianismo, ou dos chamados “populismos” (ou Estados desenvolvimentistas) latino americanos (MONTAÑO; DURIGUETTO, 2011, p. 161).

Em consequência desse processo o Estado adota medidas para:

a) *criação de condições para expansão da indústria local e para acumulação capitalista* (...) - reversão da tendência ao subconsumo, produção de força de trabalho massiva, desenvolvimento da infraestrutura necessária para a indústria e um relativo controle estatal das fronteiras às incorporações de bens; e b) *incorporação de respostas estatais a demandas trabalhistas* – políticas sociais, “pleno emprego”, legislação trabalhista, desenvolvimento da participação democrática, ampliação da cidadania (MONTAÑO; DURIGUETTO, 2011, p. 161, grifo da obra).

Tais medidas potencializaram o crescimento econômico e a extração de mais-valia. Porém, só pôde ser realizado através de reformas políticas e legais que resultaram em mais direitos sociais, reinvestimento produtivo, sistemas de juros à créditos baixos (para estimular produção e consumo) e, fundamentalmente, produção e consumo em massa.

Além disso, para Montañó e Duriguetto (2011), como os monopólios incorporaram (controlaram) todas as atividades no mesmo ramo industrial, desde a extração de matéria prima até a mercadoria final e serviços complementares (comercialização, por exemplo), o custo do investimento inicial geral era alto; o aumento da produção de mercadorias padronizadas exigia a ampliação dos meios de produção, resultando em investimento maior devido ao aumento do consumo de energia, matérias primas, exigência de grandes estruturas e instalações. De acordo com os autores:

No contexto do processo de monopolização, ainda em curso no pós-guerra, e de concentração de capital para os ramos não monopolizados, investimentos desta monta no início de cada processo produtivo parecem impraticáveis (ou arriscados demais) para a maioria dos capitais particulares (ver Oliveira, 1988, p. 16). É nesse sentido que o *Estado* surge como instituição que desempenha funções (de intermediação) financeiras, *fonte de crédito para a indústria* – sendo um *Estado de “bem-estar” para o capital* –, operando como verdadeira “ponte invisível” entre o poupador e o investidor (Oliveira, 1988, p. 14), quer dizer, recebendo dinheiro de quem poupa (a sociedade, o trabalhador médio) e destinando-o para o capitalista que investe (MONTAÑO; DURIGUETTO, 2011, p. 165, grifo do autor).

Acrescente-se o fato de que a produção em massa utiliza trabalhadores excessivamente especializados atuando sobre máquinas dispendiosas, também especializadas e dispendiosas, suprimentos adicionais, trabalhadores extras, mais tempo, resultando num volume maior de mercadorias. O consumidor obtém produtos a preços baixos, mas de pouca variedade com métodos de trabalho monótonos e sem sentido (WORMACK apud MONTAÑO; DURIGUETTO, 2011). Com essas medidas:

[...] não apenas se encurta o tempo de trabalho necessário para produzir as mercadorias (aumentando o volume de produção por unidade de tempo), como também diminui o tempo necessário a reprodução da força de trabalho (aumentando o tempo excedente e, portanto, a mais valia relativa). Assim, o aumento do volume de produção (e do valor produzido) obtém-se por duas vias: por um lado, pela extensão do tempo de trabalho excedente (dado o encurtamento do necessário à reprodução da força de trabalho); por outro, pelo aumento da produtividade nesse tempo excedente (MONTAÑO; DURIGUETTO, 2011, p. 166).

Frisamos aqui que o encurtamento do tempo de reprodução da força de trabalho permite ao capitalista reduzir os salários, sem que signifique um salário inferior ao valor da força de trabalho. Nesta situação, entra em cena um agente, sem interesse em lucro, que fornece bens e serviços necessários à recomposição da força de trabalho: o Estado “benfeitor”, que cumpre tal tarefa pela adoção do salário indireto e complementos salariais via políticas sociais (saúde, educação, transporte, segurança, entre outros). “O Estado social intervém, portanto, com *políticas sociais, favorecendo a redução do custo de reprodução da*

*força de trabalho*, retirando-o parcialmente da responsabilidade do capitalista e socializando-o” (MONTAÑO; DURIGUETTO, 2011, p. 172, grifo do autor).

Dito isso, podemos entender que ao contrário do que se pode concluir, as políticas sociais não surgiram no século XX. Intervenções do Estado para atenuar a tensão entre as classes remontam o capitalismo concorrencial, mas no pós-segunda guerra se tornam componente estratégico basilar para a retomada de crescimento dos monopólios e da taxa de lucro. Todavia, não se pode considerar que foi fruto exclusivo do interesse do capital em ultrapassar as barreiras temporárias que impedissem sua expansão. Também foi resultado de anos de lutas da classe trabalhadora por melhores salários e condições de vida e trabalho, participação política, liberdade de expressão, entre outros. Fenômenos cuja relação dialética teve como resultado políticas sociais que variavam de acordo com as particularidades de cada país onde se desenvolviam.

A atuação do Estado no fornecimento de serviços básicos aos trabalhadores cristalizou-se, primeiramente, na seguridade dos trabalhadores:

- Entre 1883 e 1914, todos os países europeus implantaram um sistema estatal de compensação de renda para os trabalhadores na forma de seguros;
- No mesmo período, 11 dos 13 países europeus introduziram seguro-saúde e 9 legislaram sobre pensão para idosos;
- Em 1920, 9 países tinham alguma forma de proteção ao desempregado (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 67).

Entretanto, a visão ampliada de que o *Welfare State* simulava a existência de todo um esforço do Estado para proteger os indivíduos das consequências econômicas e sociais do livre mercado, só se generaliza após a 2ª Guerra Mundial. Segundo Behring e Boschetti (2011), as medidas do Estado de Bem-Estar social no que concerne as políticas sociais podem ser classificados em 3 modelos básicos. O primeiro, caracterizado como “liberal”, o qual predominou nos Estados Unidos tendo como características políticas focadas na assistência aos pobres, planos de previdência, benefícios à população de baixa renda, algumas reformas sociais entre outros. Evidentemente que tais concessões só eram aplicadas a pessoas que comprovassem baixa renda e situação de pobreza. O segundo modelo, denominado de Bismarckiano, predominou em países como Áustria, Alemanha, França e Itália, por exemplo. Neste, a concessão dos direitos sociais servia a preservação da estratificação social. O Estado era o provedor da maioria dos benefícios e a previdência privada tinha papel secundário. Por fim, o terceiro modelo, denominado de cunho social democrático, agrupou países em que os

direitos sociais não focalizavam apenas nas camadas mais pobres, mas se estendia às camadas médias, cujo discurso da igualdade legal buscava transparecer o direito a todos de possuírem os melhores padrões de vida e não apenas o atendimento as necessidades básicas.

Sendo assim, a adoção e difusão do termo “cidadania” foi fundamental para a ampla aceitação das políticas, de modo a mascarar os interesses do capital nos bastidores das mesmas. Não nos deteremos aqui a discutir mais profundamente o conceito de cidadania, porém em nenhuma outra fase do capitalismo o termo adquiriu uma dimensão tão grande para legitimar a democracia liberal e o estado legal de direitos e deveres. Trazendo as reflexões de T. H. Marshal sobre a cidadania aos moldes do *Welfare State*:

[...] o conceito de cidadania, em sua fase madura comporta: as liberdades individuais, expressas pelos direitos civis – direito de ir e vir, de imprensa, de fé, de propriedade, institucionalizados pelos tribunais de justiça; os direitos políticos – de votar, de ser votado, e à livre organização política sindical e partidária, ou seja, de participar do poder político – por meio do parlamento e do governo, bem como dos partidos e sindicatos; e os direitos sociais, caracterizados como o acesso a um mínimo de bem-estar econômico e de segurança, com vistas a levar a vida de um ser civilizado (BEHRING E BOSCHETTI, 2011, p. 102).

Dentro da abordagem da cidadania, situa-se o direito de proteção à saúde, entendida nesse contexto como direito humano<sup>21</sup> fundamental. A adoção de políticas sociais na saúde refletiu a intenção do capital, após a 2ª guerra mundial, de garantir a reprodução da força de trabalho para o incremento de capital variável. Entretanto, é preciso chamar atenção que o *Welfare State* foi vivido plenamente apenas nas metrópoles monopolistas.

Após a guerra, o mundo polarizou-se entre os interesses do bloco capitalista liderado pelos Estados Unidos e o bloco dos países “socialistas” liderados pela União Soviética. Para melhor compreensão didática da configuração econômica mundial nesse período, os países do mundo se diferenciam, de acordo com suas capacidades econômicas, mais especificamente em 3 categorias: 1º mundo (compreendendo os países capitalistas centrais), 2º mundo (os países socialistas, cujo eixo econômico era a própria União Soviética) e 3º mundo (os países de capitalismo periférico, menos desenvolvidos financeiramente)<sup>22</sup>.

<sup>21</sup> Conforme o Art. 25 da Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948.

<sup>22</sup> Esta divisão é citada por Hobsbawn (1995) para fins didáticos ao referenciar estudos históricos e socioeconômicos da época, muito embora o autor conteste essa divisão pois tais estudos se baseiam apenas nos índices do Produto Interno Bruto (PIB) de cada país na época, os quais indicavam realidades dispares como por exemplo Coreia do Sul, país de 3º mundo com rápido processo de industrialização cujo PIB era maior que o de Portugal, país de 1º mundo.

Dessa maneira, ao estudar o que denominou processo saúde-doença, Laurell (1982) observou três padrões distintos que correspondiam a cada categoria. Assim, são considerados dados precisos de saúde em 3 realidades econômicas (1º, 2º e 3º mundo) das décadas de 1950, 1960 e 1970.

Laurell (1982) comparou dois dos principais fatores na análise da saúde da população: a incidência/prevalência de doenças e a taxa de mortalidade. Os países escolhidos foram os Estados Unidos, o México e Cuba<sup>23</sup>, embora ela apresente também dados de estudos semelhantes realizados na Costa Rica e na Inglaterra. Ao analisar a situação mexicana, a autora observa significativa mudança no perfil epidemiológico entre 1940 e 1970. Durante esse período, é possível verificar a diminuição da prevalência de doenças infectocontagiosas como febre tifoide e malária, a varíola (que foi erradicada), o sarampo, a sífilis e a tuberculose. Em contrapartida, as doenças do coração, tumores malignos, doenças do sistema nervoso central e acidentes passam a ter índices cada vez maiores.

A autora considera que o avanço na erradicação de diversas doenças se dá pelas medidas de prevenção, campanhas de vacinação, entre outros, entretanto, ainda eram consideráveis quando comparadas com países europeus e os EUA. E ainda assim não atingem as classes sociais homogeneamente:

O tipo de patologia varia de acordo com os grupos sociais, fato que foi demonstrado em um estudo feito por Celis e Nava no México. Eles compararam as causas da morte e sua frequência, entre um grupo de pessoas que possuíam seguro de vida privado e um grupo constituído pelos que morreram no Hospital Geral da Cidade do México: grupos de representavam a burguesia e as camadas médias, altas e o subproletariado urbano, respectivamente. Os resultados mostraram que os pacientes do Hospital Geral morrem 30 vezes mais de amebíase, 8 de tuberculose, 6 de hepatite, 4 de infecções respiratórias agudas, e 3,5 de cirrose hepática e pelo seguro privado, por seu lado, morrem 3 vezes mais de doenças cardiovasculares e 2,5 de doenças do sistema nervoso central (LAURELL, 1982, p. 8).

Esse perfil patológico teve como um determinante fundamental o *Welfare State* adotado nos países desenvolvidos, pois significou a migração de unidades industriais dos monopólios para países de 3º mundo e a intensificação da exploração dos trabalhadores nesses países. Assim, ao mesmo tempo em que o México convivia com doenças infectocontagiosas decorrentes de seu próprio desenvolvimento histórico-social, teve que conviver com as

---

<sup>23</sup> Não reproduziremos os dados sobre Cuba, haja vista que suas relações de produção se diferenciavam em diversos aspectos das relações capitalistas típicas, embora não totalmente. Podemos afirmar que a adoção da perspectiva de governo socialista permitiu a Cuba controlar e erradicar diversas doenças infecciosas, retirando-as do rol de principais fatores de morbimortalidade entre os Cubanos. Tal feito aproximou o perfil epidemiológico de Cuba ao de países capitalistas desenvolvidos, embora se considerado apenas sob o prisma econômico, seja considerado um país pobre (Ver Laurell, 1982).

doenças causadas pela modernização abrupta de suas forças produtivas que chegou com as multinacionais monopolistas que lá se instalavam: doenças cardíacas, cânceres, estresse, entre outros.

Tais doenças, por sua vez, são típicas dos países capitalistas centrais que experimentaram plenamente o Estado de Bem-Estar, caso dos EUA:

[...] as doenças cardiovasculares são as mais comuns, seguidas dos tumores malignos e dos acidentes. Destaca-se, ainda, entre as dez causas principais de mortes, o diabetes, em cuja apresentação influi o stress, e a cirrose hepática. Se bem que o perfil patológico dos EUA se assemelhe ao cubano quanto ao tipo de patologia, há uma diferença essencial quanto à frequência com a qual se apresenta essa patologia nos dois casos. Assim, por exemplo, se as doenças isquêmicas do coração são três vezes mais frequentes como causa de morte nos EUA do que em Cuba, os tumores malignos e os acidentes são aproximadamente 50% mais frequentes, o diabetes 80% e a cirrose 2,5 vezes mais comuns (LAURELL, 1982, p. 6).

É interessante notar que a proposta do *Welfare State* de suprir as necessidades da população por meio da intervenção do Estado e suas políticas sociais, não implicou de modo algum a redução do adoecimento, ao contrário intensificou-se tanto nos países subdesenvolvidos quanto nos desenvolvidos. Segundo Laurell (1982), na Inglaterra a partir de 1949, por exemplo, não houve diminuição dos diferenciais de mortalidade. Até aumentaram em relação à década de 1920 e isso não se devia à carência de serviços médicos, já que o Serviço Nacional de Saúde criado em 1946 garantia acesso à toda a população inglesa. O nível de vida dos ingleses, de fato, melhorou, porém tal mudança se deu predominantemente na esfera do consumo, tal como preconizaram os princípios keynesianos.

A autora observou que em países de desenvolvimento capitalista avançado as doenças infectocontagiosas cedem espaço as crônico-degenerativas graças às amplas campanhas prevenção/vacinação, melhoria de infraestrutura e acesso a serviços de saúde. Em especial na Europa, o desenvolvimento de sistemas de saúde de cunho universal após a 2ª Guerra Mundial representou um avanço no combate ao adoecimento nunca antes visto nesses países. Entretanto, em países subdesenvolvidos, as doenças infectocontagiosas predominavam devido às condições menos favorecidas de moradia, saneamento, educação, segurança, entre outros. Com a chegada dos monopólios, os trabalhadores dos países de terceiro mundo foram alvo das campanhas profiláticas, da atenção as políticas sociais de melhoria de condições básicas de subsistência, para atender as demandas por força de trabalho da indústria. Tal conformação abriu espaço para o entendimento do processo saúde-doença a partir das diferenças entre os

grupos que compõem as camadas sociais, demonstrando que o adoecimento surge e progride de forma diferenciada dentro de cada grupo:

Para demonstrar o caráter social da doença é necessário, também, estudar o tipo, a frequência e a distribuição da moléstia nos diversos grupos sociais que constituem a sociedade. Existindo uma articulação entre o processo social e o processo de saúde e doença, este deve assumir características distintas conforme o modo diferencial com que cada um dos grupos se insere na produção e se relaciona com os grupos sociais restantes (LAURELL, 1982, p. 7-8).

Além disso, a autora chama a atenção para o fato de que não há uma sucessão linear baseada no desenvolvimento econômico no qual as doenças crônicas sucedem naturalmente as doenças infecciosas, mas que como o homem deve ter algo que inevitavelmente leve ao fim de seu “ciclo vital e as doenças infecciosas já não matam, algumas doenças cardiovasculares ou o câncer, por exemplo, porá fim a sua existência” (1982, p. 7). Ao que acrescenta posteriormente:

[...] se verifica empiricamente o caráter social do processo saúde-doença, enquanto fenômeno material objetivo e tal como se expressa no perfil patológico dos grupos humanos. É assim porque, como mostramos, o perfil muda para uma mesma população de acordo com o momento histórico. Ainda assim, as diferentes formações sociais apresentam perfis patológicos que, a nível geral, distinguem-se conforme o modo particular de combinar-se o desenvolvimento das forças produtivas e as relações sociais de produção (p. 9).

Assim, conclui-se que o adoecimento no modo de produção capitalista é resultado de um processo histórico-social no qual o desenvolvimento das forças produtivas bem como das relações sociais entre os homens e destes com a natureza se dá no bojo das relações mercantis criando diferentes perfis de adoecimento a depender da posição em que o indivíduo esteja inserido nestas relações.

Dejours (2015) chegou a resultados semelhantes aos de Laurell, ao estudar a psicopatologia do trabalho. Seu estudo aponta os rebatimentos da organização do trabalho taylorista (a qual ele chama de Organização Científica do Trabalho – OCT) no período do *Welfare State* na França, nas décadas de 1960 e 1970, para a saúde mental dos trabalhadores. Para o autor, a sensibilidade dos trabalhadores diante das intensas cargas intelectuais e psicossensoriais (que estão entre as cargas de trabalho vistas no capítulo 1) prepararam o terreno para preocupação com a saúde mental.

Ainda que seu trabalho ofereça destaque para as doenças psíquicas que acometem o trabalhador, também são abordados os distúrbios ergonômicos. Não apenas as condições de trabalho no complexo de indústrias na França como também descreve a situação dos

trabalhadores que não conseguem a colocação formal de trabalho com todos os direitos e deveres previstos em lei. Essas pessoas, Dejours chama de subproletariado<sup>24</sup>, população que habita regiões periurbanas submetidas ao subemprego:

Esta população, de vários milhares de habitantes, mora em conjuntos que ficam no meio termo entre favelas, as carroças e os HLM (Habitation a Loyer Moderée – Conjuntos Habitacionais Populares); a promiscuidade favorece a transmissão de doenças infecciosas. A pobreza dos meios sanitários (canalizações, esgotos, poços d’água, banheiros, depósitos de lixo caseiro) formam também condições favoráveis à doença e às contaminações coletivas. A comida é pobre, a carne é rara, e a alimentação consome, aliás, a maior parte do orçamento familiar (DEJOURS, 2015, p. 34-5).

Poder-se-ia alegar que isto é inconsistente com a característica de Estado provedor na França nesse período; porém, o autor assina-la o efeito social do adoecimento visto de maneira vergonhosa, pois uma vez doente o indivíduo não pode trabalhar e se o mesmo não trabalha, é “tachado” pejorativamente como “preguiçoso”, “passivo”, julgado até mesmo como “vagabundo”. Assim, o doente opta por esconder a doença ao máximo, tanto para não ser julgado socialmente quanto para continuar no emprego. Quando o trabalhador é mulher a situação se agrava, pois, além de ganhar menos, tem que cuidar dos filhos sob o risco de sofrer penalidades por parte do Estado caso a criança não tenha o devido acompanhamento de saúde e acesso à educação oferecida pelas instituições públicas.

Os trabalhadores formais e suas famílias por sua vez, gozam de melhores condições de vida graças à legislação trabalhista junto a políticas sociais, entretanto, não significava que eram incólumes ao adoecimento. Em especial, a organização taylorista-fordista de trabalho é apontada diversas vezes por Dejours (2015) como causadora de desequilíbrio psíquico para o trabalhador que ao adequar-se à lógica repetitiva, a vigilância e assédio constante por parte de superiores, a cobrança por metas de produção, a dificuldade de readaptação as novas funções atacam a atividade intelectual do trabalhador. O resultado deste choque é a despersonalização do trabalhador, emergindo uma vivência de sofrimento que sai do trabalho e se expande para

---

<sup>24</sup> O subproletariado aqui referido se trata do que Marx denomina “lumpemproletariado” que consiste no “mais profundo sedimento da superpopulação relativa que habita a esfera do pauperismo. Abstraindo vagabundos, delinquentes, prostitutas, em suma, o lumpemproletariado propriamente dito, essa camada social consiste em três categorias. Primeiro, os aptos para o trabalho. Basta apenas observar superficialmente a estatística do pauperismo inglês e se constata que sua massa se expande a cada crise e decresce a toda retomada dos negócios. Segundo, órfãos e crianças indigentes. Eles são candidatos ao exército industrial de reserva e, em tempos de grande prosperidade, como, por exemplo, em 1960, são rápida e maciçamente incorporados ao exército ativo de trabalhadores. Terceiro, degradados, maltrapilhos, incapacitados para o trabalho. São notadamente indivíduos que sucumbem devido a sua imobilidade, causada pela divisão do trabalho, aqueles que ultrapassam a idade normal de um trabalhador e finalmente as vítimas da indústria, cujo número cresce com a maquinaria perigosa, minas, fábricas químicas etc., isto é, aleijados, doentes, viúvas etc. (MARX, 1996b, p. 273).

os outros aspectos da vida. Este efeito não é unidirecional, mas reverbera de volta a sua fonte, o trabalho, como podemos ver:

Numerosos casos pessoais mostram que certos trabalhadores, desgastados por problemas pessoais, familiares e materiais, entregam-se brutalmente a uma cadencia desenfreada para esquecer as dificuldades durante o tempo de trabalho. Ao contrário, outros só sobrevivem ao trabalho repetitivo graças à autonomia mental que eles conseguem conservar, mesmo na fábrica. [...] Até os indivíduos dotados de uma sólida estrutura psíquica podem ser vítimas de uma paralisia mental induzida pela organização do trabalho (DEJOURS, 2015, p. 55-6).

Observa-se isso pela “contaminação” do tempo fora do trabalho:

Despersonalizado no trabalho, ele permanecerá despersonalizado em sua casa. [...] Saindo da fábrica, reconhecemos os loucos da Thomson pela maneira de dirigir nas estradas, como se eles continuassem a observar as cadencias aprendidas no trabalho mecânico. As mulheres se queixam de executar trabalhos domésticos com ritmo acelerado que só faz prolongar o tempo entrecortado de trabalho na fábrica. As telefonistas sofrem de estereótipos fora do trabalho (dizer “alô” ao puxar a descarga, “não há ninguém, desligo” ao ouvir no metrô, o barulho das portas automáticas) descritos por Begóin sob o impróprio nome de lapso. [...] Numerosos são os operários e empregados submetidos à OCT que mantêm ativamente, fora do trabalho durante os dias de folga, um programa de atividades e repouso são verdadeiramente comandados pelo cronometro. Assim, eles conservam presente a preocupação ininterrupta do tempo permitido a cada gesto, uma espécie de vigilância permanente para não deixar apagar o condicionamento mental ao comportamento produtivo. Assim, o ritmo do tempo fora do trabalho não é somente uma *contaminação*, mas antes uma *estratégia*, destinada a manter eficazmente repressão dos comportamentos espontâneos que marcariam uma brecha no condicionamento produtivo (DEJOURS, 2015, p. 57-8-9).

Essas condições demandavam mudanças imediatas na organização de trabalho taylorista-fordista, uma vez que sob esse molde produtivo era impossível reverter o perfil de adoecimento predominante desde a década de 1940. O taylorismo-fordismo começou a mostrar seu desgaste sob o contexto do questionamento a eficiência do capital em dar resposta efetiva a diversos outros problemas sociais. Assim a partir da década de 1960 começou a operar-se uma transformação social e cultural de nível global que acompanhou o declínio gradativo do taylorismo-fordismo, o qual foi posteriormente substituído pelo Toyotismo, e ao mesmo tempo levou a um inevitável amadurecimento intelectual e reflexivo dos próprios trabalhadores e os extratos populacionais diretamente a eles relacionados (em especial os adolescentes e jovens adultos).

Foi inevitável uma transformação na forma de pensar o capitalismo pelas massas jovens que também resultasse em diferentes formas de pensar em si mesmo e, por conseguinte que isso refletisse no adoecimento. A década de 1960 foi emblemática na contestação à sociedade de consumo, à condição de pobreza dos países do 3º mundo, à submissão feminina,

às instituições tradicionais como o casamento monogâmico e heterossexual, à retomada pela juventude no mundo capitalista por ideais de uma sociedade socialista.

Segundo Hobsbawn (1995), os anos de 1960 e 1970 foram de grandes mudanças no campo econômico, cultural e ideológico do sistema capitalista em todo o globo. Em especial devido a redução do campesinato, ao êxodo rural, a extraordinária explosão produtiva *per capita*, ao aumento da maquinaria agrícola, ao desenvolvimento da química agrícola, a criação seletiva e a biotecnologia. Isto apenas referindo-se ao campo. Na segunda metade do século XX, a necessidade de redução do tempo de trabalho necessário levou ao desenvolvimento dos meios de transporte para facilitar a mobilidade urbana das zonas periféricas (onde os migrantes do campo se instalavam) para os centros industriais e comerciais. Foi necessário desenvolver uma malha viária urbana que abrangesse a criação de metrô, instalação de linhas ônibus, desenvolvimento de transportes alternativos, empresas de taxi além da criação de uma legislação específica para o trânsito.

Houve progresso de alfabetização e aumento no número de estudantes universitários:

Na verdade, só na década de 1960 se tornou inegável que os estudantes tinham constituído, social e politicamente, uma força muito mais importante do que jamais haviam sido, pois em 1968 as explosões de radicalismo estudantil em todo o mundo falaram mais alto que as estatísticas (HOBBSAWN, 1995, p. 290).

Em 1968, o levante estudantil em Paris foi a faísca que ascendeu outros levantes similares em outros países capitalistas questionando os fundamentos do capitalismo, a pobreza, a sociedade de consumo e a desvalorização do homem em detrimento a valorização do dinheiro, a corrosão dos recursos naturais, as guerras imperialistas e ao racismo. Os Estados Unidos representaram bem esse momento por meio do movimento hippie e sua proposta de retorno ao contato da natureza, liberação sexual, livre uso de substâncias psicoativas como a maconha, propagação de uma cultura de paz e difusão de amor entre povos que antagonizava com a intervenção americana na Ásia (Guerra do Vietnã). Segundo Hobsbawn (1995), tratava-se de uma “revolução cultural” cujo primeiro alvo foi a família tradicional, o que implicou na redução do número de filhos por casal, no aumento do índice de divórcios e procura cada vez maior por métodos contraceptivos. Houve o aumento de pessoas morando sozinhas (que não conviviam diariamente com familiares ou parentes):

A crise da família estava relacionada com mudanças bastante dramáticas nos padrões públicos que governam a conduta sexual, a parceria e a procriação. Eram tanto oficiais quanto não oficiais, e a grande mudança em ambos está datada, coincidindo com as décadas de 1960 e 1970. Oficialmente, essa foi uma era

extraordinária de liberalização tanto para os heterossexuais (isto é, sobretudo para as mulheres, que gozavam de muito menos liberdade que os homens) quanto para os homossexuais, além de outras formas de dissidência cultural sexual (HOBSBAWN, 1995, p. 316).

Tal mudança estava relacionada também a mudança entre as gerações. A juventude das décadas de 1960, 1970 e 1980 expressava pela arte (sobretudo pela música) sua insatisfação com um capitalismo impotente diante das demandas sociais, ao mesmo tempo em que protestava contra as estruturas governamentais conservadoras; Se expressava pela moda, com o uso de calça jeans pelas mulheres, jaquetas de couro pelos homens; Na fala e discurso, com o linguajar popular dos operários nas fábricas sendo levado para as ruas, o rádio, a TV até mesmo para a literatura. O ser humano era livre para ser e fazer o que quisesse. O lema “É proibido proibir!” (comum nos cartazes de protesto em Paris em 1968), para além de uma insatisfação com leis repressivas, demonstrava os desejos privados de indivíduos que não mais esperariam por satisfação. Mesmo na união desses desejos individuais em movimentos públicos, a essência era o subjetivismo (HOBSBAWN, 1995). “Liberação pessoal e liberação social, assim, davam-se as mãos, sendo sexo e drogas as maneiras de mais óbvias de despedaçar as cadeias do Estado, dos pais e do poder dos vizinhos, da lei e da convenção” (IDEM, p. 326).

Por isso:

A revolução cultural de fins do século XX pode assim ser mais bem entendida como o triunfo do indivíduo sobre a sociedade, ou melhor, o rompimento dos fios que antes ligavam os seres humanos em texturas sociais. Pois essas texturas consistiam não apenas nas relações de fato entre seres humanos e suas formas de organização, mas também nos modelos gerais dessas relações e os padrões esperados de comportamento das pessoas umas com as outras; seus papéis eram prescritos, embora nem sempre escritos. Daí a insegurança muitas vezes traumática quando velhas convenções de comportamento eram derrubadas ou perdiam sua justificação; ou a incompreensão entre os que sentiam essa perda e aqueles que eram jovens demais para ter conhecido qualquer coisa além da sociedade anômica (HOBSBAWN, 1995, p. 328).

Outro movimento que ganhou força nessa época foi o de combate ao racismo cujas figuras emblemáticas foram Martin Luther King e Malcom X, além de movimentos mais radicais como os Panteras Negras. Até aquela década os EUA pregavam uma profunda cultura de segregação racial e subjugação para com a população negra. Enquanto alguns como Luther King acreditavam poder vencer esta situação pela via pacífica, movimentos como o dos

Panteras Negras pregavam o uso da violência como a única linguagem entendida pelo homem branco na luta pela igualdade racial.<sup>25</sup>

A década de 1960 representou a consolidação da luta feminista contra a subjugação social da mulher. Hobsbawn (1995) afirma que é nessa década que a mulher reclama para si o direito sobre seu corpo e vontade. Direito de ser livre para estudar, trabalhar, casar e ter filhos se assim o quisesse. Esse fenômeno foi possível devido à entrada definitiva da mulher na esfera produtiva após a Segunda Guerra Mundial por meio de sua inserção no mercado de trabalho.

A entrada em massa de mulheres casadas – ou seja, em grande parte mães – no mercado de trabalho e a sensacional expansão da educação superior formaram o pano de fundo, pelos menos nos países ocidentais típicos, para o impressionante reflorescimento dos movimentos feministas a partir da década de 1960. [...] Embora esses movimentos pertencessem, essencialmente, ao ambiente da classe média educada, é provável que na década de 1970, e, sobretudo na de 1980, uma forma política e ideologicamente menos específica de consciência feminina se espalhasse entre as massas do sexo (que as ideologias agora insistiam que devia chamar-se “gênero”), muito além de qualquer coisa alcançada pela primeira onda de feminismo. Na verdade, as mulheres agora se tornavam uma força política importante, como não eram antes (HOBSBAWN, 1995, p. 305-06).

Para o Capital, mais que a afirmação da identidade feminina como sujeito de mesmo status legal, social e político que o homem, a entrada da mulher no mercado de trabalho representava uma importância econômica ainda maior devido à criação de um novo mercado que atendesse a essa parcela da população. Juntando isso ao fato de que a mulher acaba por acumular as tarefas domésticas ao emprego e o cuidado com os filhos, tem-se agora um quadro de adoecimento que antes não atingia essa população caracterizada pela difusão das doenças ocupacionais, morbidades crônicas e pelo adoecimento mental.

Embora o levante estudantil de Paris rapidamente tenha se propagado para o resto da França e para outros países como Estados Unidos, México e até países alinhados a socialismo soviético como a Polônia, Tchecoslováquia e Iugoslávia, e tenha servido de base para uma série de reivindicações contra o racismo, a homofobia, o casamento monogâmico, a miséria nos países pobres, as desigualdades sociais, infelizmente não representou a grande mudança a qual seus integrantes esperavam, pois:

[...] o motivo pelo qual 1968 (com seu prolongamento em 1969 e 1970) não foi a revolução, e jamais pareceu que seria ou poderia ser, era que apenas os estudantes,

---

<sup>25</sup> Recomendamos o documentário “Hippies”, produzido pelo History Channel, no qual são expostas as particularidades desse movimento nos EUA desde o nascimento até a dispersão. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=xBQbvtgR5-4&t=1367s>.

por mais numeroso e mobilizáveis que fossem, não podiam fazê-la sozinhos. A efetividade política deles estava em sua capacidade de agir como sinais e detonadores para grupos maiores mas que se inflamavam com menos facilidade [...]. Provocaram enormes ondas de greves operárias na França e Itália em 1968, mas após vinte anos de melhoria sem paralelos para os assalariados em economias de pleno emprego, revolução era a última coisa em que as massas proletárias pensavam (HOBSBAWN, 1995, p. 293).

Muitos estudantes ainda optaram por continuar a luta para fazer a revolução sozinhos. Formaram pequenos grupos terroristas que raramente conseguiam grande impacto econômico, social e político. Nos locais que ameaçavam ter maior efetividade eram rapidamente eliminados pelas forças governamentais que empregavam brutalidade, suborno, negociações criminosas e até tortura para reprimir os movimentos (HOBSBAWN, 1995).

A década de 1960 foi o berço de alternativas de luta contra as ideias tradicionais conservadoras, mas que partiram de uma base que não visava romper com os valores ideológicos da sociedade capitalista, mas adaptá-los a um novo perfil sociocultural, uma nova forma de pensar que requeria aceitação e direito de expressão tanto quanto as existentes. Não havia objetivo de lutar por outro tipo de sociedade que abraçasse as diferenças e promovesse o desenvolvimento da humanidade pela colaboração e solidariedade; mas por uma sociedade capitalista que aceitasse a homossexualidade, reconhecesse os direitos das mulheres, a abolição do racismo, aceitasse legalmente o uso de drogas, a liberação sexual entre outros.

A “revolução cultural” da década de 1960 também foi sentida no dito “3º mundo” ainda que em impactos muito menores devido à influência das superpotências (EUA e URSS). Sob o contexto da guerra fria, grande parte desses países viram-se administrados por governos militares ditatoriais brutais ou, quando a repressão não era suficiente, regimes populistas cuja marca era o oferecimento de direitos trabalhistas em troca do comedimento de movimentos reivindicatórios. Hobsbawn (1995) aponta que muitos desses países receberam investimentos para industrialização, pois era necessário coadunar aliados e fornecedores de esforços (mantimentos) de guerra em um possível conflito ocidente-oriental. Dessa forma, os Estados, ao receberem imensas somas de dinheiro das superpotências estrangeiras, começaram a agir como provedores de um desenvolvimento econômico regulado, embora estivessem longe de alcançar as condições de desenvolvimento das metrópoles capitalistas. Esses países precisavam modernizar-se desde o âmbito produtivo até as estruturas administrativas de seus Estados. Isso só era possível com alfabetização. Qualquer um que quisesse atuar dentro do governo tinha de possuir um mínimo de educação formal e conhecer outra língua. As

populações desses países perceberam que ter um membro da família com nível superior significava maior probabilidade um emprego estável, permanente, com bom salário.

Num sentido literal, conhecimento significava poder, mais obviamente em países onde o Estado parecia a seus súditos uma máquina que lhes extraia os recursos e depois os distribuía aos funcionários públicos. Educação significava um posto muitas vezes garantido, no funcionalismo público, com sorte de uma carreira, que possibilitava aos homens extorquir subornos e comissões e arranjar empregos para família e amigos. [...] o funcionário público bem sucedido era o homem mais bem pago da população (HOBSBAWN, 1995, p. 346).

Um grande êxodo rural iniciou-se. Nunca nesses países tantas pessoas deixaram o campo em busca da cidade, como nas décadas de 1950, 1960, 1970 e 1980. Fazer essa jornada significava melhores empregos, melhor salário, que só era alcançado com conhecimento. A cidade oferecia oportunidades de educação para as crianças, afim de que não continuassem os passos dos pais no analfabetismo e trabalho braçal. A modernidade era a promessa concreta de uma vida melhor (HOBSBAWN, 1995). Entretanto, o maior desenvolvimento veio acompanhado do aumento das desigualdades, da má distribuição de renda e da corrupção no governo. Isso, pois, uma vez que a acumulação de capital nas metrópoles capitalistas foi a certo modo contida nos países de 1º mundo, foi aperfeiçoada e intensificada nos países subdesenvolvidos que não gozavam de políticas sociais e legislações trabalhistas plenamente desenvolvidas em seu arcabouço jurídico. A impossibilidade de extrair uma massa maior de *mais-valia* nas metrópoles levou a intensificação da exploração do trabalho nos países periféricos, como forma de compensar a redução da acumulação de capital na sede.

Entretanto, ao mesmo tempo, tal fato contribuiu para o amadurecimento de suas classes trabalhadoras nacionais no intuito de combater tais diferenças. Um grande número de categorias profissionais, embora não demonstrasse disposição para entrar em conflito direto com as burguesias nacionais, reivindicavam a liberdade civil e reconhecimento de direitos individuais, constantemente violados por governos autoritários. Operou-se uma mudança na forma de pensar dessas categorias, o que contribuiu na substituição de regimes ditatoriais por governos democráticos em vários países a partir da década de 1980, dentre eles o Brasil.

Assim, veremos como o adoecimento dos trabalhadores se manifestou no Brasil neste período de transformações econômicas, sociais e culturais, e como essas mudanças repercutiram no processo de adoecimento dos trabalhadores de no nosso país.

## 2.2 O adoecimento dos trabalhadores brasileiros e a transição epidemiológica

As transformações econômicas pós-guerra nos países ricos levaram a diversas consequências para todo o mundo capitalista no século XX. Em relação ao adoecimento dos trabalhadores é inegável reconhecer sua importância para a transição epidemiológica que se processou em países capitalistas de terceiro mundo. No item anterior, visualizamos algumas características desse processo no caso mexicano, trazidos pelo estudo de Laurell.

A chegada dos monopólios nos países de 3º mundo (as chamadas multinacionais) implicou em diversas mudanças para saúde. Esses países tiveram que superar deficiências estruturais de saúde para adequarem-se à chegada dos monopólios que levaram ao acréscimo de co-morbidades crônico-degenerativas e doenças ocupacionais à grades epidemiológicas que já sofriam com a prevalência de doenças infectocontagiosas. Ao mesmo tempo em que os monopólios exigiram a modernização das economias periféricas, também precarizaram ainda mais as condições de saúde pelo acréscimo de perfis patológicos que até aquele momento não existiam naqueles países, dentre eles, o Brasil.

Entretanto, diferente dos países ricos, o Estado brasileiro no século XX constituiu-se de forma diferenciada. Segundo Amaral (2016), o Estado brasileiro se constitui por um caráter regulador. Baseada na “teoria da regulação”, considerada fundamental no desenvolvimento do país, a regulação social na economia se dá por meio de “intervensões”<sup>26</sup> que visem a regulação de relações salariais; da realocação entre capital-moeda com vistas a impedir a desvalorização da segunda; gestão da moeda e definição de campos para investimento da produção; da intervenção nas relações jurídicas e econômicas do Estado para com o capital. Ao que a autora acrescenta:

O Brasil apresenta uma programática para a administração política, econômica e social alicerçada na releitura da teoria da regulação. Tem-se, hoje, um “novo Estado Regulador” no Brasil, derivado das transformações do projeto neoliberal dominante nas décadas de 1980 e 1990, que culminaram em medidas efetivas para o fortalecimento do projeto político do governo Lula (primeiro mandato, 2003-2011) aos dias atuais (AMARAL, 2016, s/p).

A este trecho, a autora acrescenta uma nota de rodapé importante para o entendimento da formação do Estado Regulador no Brasil baseado no texto de Paulo Todescan Lessa Mattos, “A formação do Estado Regulador”, a qual transcrevemos:

---

<sup>26</sup> Não nos referimos aqui ao caráter interventor do *Welfare State*, esta sim a modalidade de Estado interventor (ver AMARAL, 2016).

O Estado regulador brasileiro desenvolveu-se diretamente associado a regimes autoritários, cujo exemplo culminante foi o regime ditatorial-militar de 1964-1985. O caso brasileiro tem particularidade que o distingue de países norte-americanos e europeus, conforme aponta Mattos: “Diferentemente dos casos norte-americanos e europeus, em que, na passagem do Estado liberal para o Estado regulador, houve uma disputa ampla de grupos sociais que resultou numa forma particular de organização da burocracia estatal, no Brasil não houve propriamente conflito social. Aqui, a luta de poder se restringiu aos grupos dominantes com acesso aos canais de circulação de poder político e controle da máquina estatal” (MATTOS apud AMARAL, 2016, s/p).

Dessa forma, consolidou-se no Brasil uma forma de Estado que não pode ser considerado interventor, uma vez que não foi fruto da luta dos trabalhadores nacionais por um Estado provedor aos moldes do *Welfare State*, e, portanto os direitos constitucionais reconhecidos são resultado de acordos entre as facções burguesas nacionais<sup>27</sup>; nem pode ser considerado totalmente liberal, já que ao longo de seu desenvolvimento teve o provimento de alguns direitos aos trabalhadores, ainda que em caráter mínimo, como os direitos trabalhistas e previdenciários, além de grande interferência na economia, por exemplo. Sob essa conjuntura a saúde e a doença em nosso país realizam seu percurso.

Se por um lado o efeito do imperialismo no Brasil modernizou as forças produtivas e a infraestrutura<sup>28</sup>, por outro, foi caracterizado também pela intensa exploração e pelo acréscimo das doenças laborais e comorbidades crônicas ao perfil epidemiológico infectocontagioso típico do país. Não significou aumento das taxas de mortalidade, mas sim do adoecimento:

De modo semelhante ao que ocorreu nos países industrializados, as doenças cardiovasculares, as neoplasias malignas e as causas externas (sobretudo os acidentes de trânsito) passaram a assumir maior importância como causas de morte. Todavia, ao contrário do que ocorreu nos países centrais, persistem ainda, nos países “em desenvolvimento”, taxas comparativamente altas de morbidade e de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias (ARAÚJO, 2012, p. 534).

O desenvolvimento das políticas sociais no Brasil (e em consequência da saúde) partiu de uma base histórica marcada por um capitalismo dependente forjando um Estado controlado diretamente pelas elites nacionais que utilizaram (e ainda utilizam) do “favor”, do clientelismo e da escravidão como instrumentos de coação e coerção contra os trabalhadores

<sup>27</sup> Segundo Mazzeo (1995) as transformações no regime governamental brasileiro nunca foram caracterizadas pela participação popular, mas por acordos e conflitos entre os dois segmentos burgueses nacionais: o que defende um desenvolvimento econômico dependente do capital internacional; e outro, que prega o crescimento econômico autônomo, marcado pelo fortalecimento da indústria e comércio nacionais. As mudanças no regime de governo, portanto dependem de como estes dois segmentos se alternam no poder e, sempre influenciados pelas potências capitalistas centrais.

<sup>28</sup> Podemos situar a fundação das primeiras siderúrgicas e indústrias de base no governo Vargas (1930-1945 e 1950-1955), além da fundação da Petrobrás; E o movimento de interiorização, construção de estradas, chegada das empresas automobilísticas no governo Kubitschek (1956-1959) (Ver MAZZEO, 1995).

(BEHRING; BOSCHETTI, 2011)<sup>29</sup>. Este modelo de desenvolvimento permitiu a formação de uma classe trabalhadora incapaz de articular-se em um movimento operário coeso e fortalecido, pois:

[...] em vez de fomentar a competição e o conflito, ele nasce fadado a articular-se, estrutural e dinamicamente, ao clima de mandonismo, do paternalismo e do conformismo, imposto pela sociedade existente, como se o trabalho livre fosse um desdobramento e uma prolongação do trabalho escravo (FERNANDES apud BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 77).

Por isso, as primeiras formas de ação operária no país para reivindicar direitos políticos e civis datam do início do século XX, quando há a entrada de imigrantes europeus os quais, em suas terras natais, já eram engajados em lutas sociais. Entretanto, ao mesmo tempo, as políticas sociais foram instrumentos de suma importância às elites em períodos de suspensão de direitos (como no período ditatorial), para legitimar seu controle pelo “favor” e “tutela”. O direito adquirido pelo trabalhador lhe aparecia não como conquista, mas como beneficência das altruístas intenções burguesas. Assim, observa-se que no Brasil houve (e há) “uma forte instabilidade dos direitos sociais, denotando a sua fragilidade, que acompanha uma espécie de instabilidade institucional e política permanente, com dificuldades de configurar pactos mais duradouros e inscrever direitos inalienáveis” (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 79).

É interessante voltar na história para entender a Política Social no Brasil e a atenção à saúde do trabalhador. A política social brasileira surgiu em 1923 com a lei Eloy Chaves e a obrigatoriedade das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) para algumas categorias de trabalhadores, como os marítimos e ferroviários, por exemplo (não por acaso, trabalhadores diretamente ligados a circulação de venda do café, principal produto de exportação). Entretanto, é com o governo Vargas (1930-1945) que a política social avança, impulsionada pela criação do Ministério do trabalho, a consolidação das leis do trabalho, regulamentação de aposentadorias e pensões, auxílios doença, maternidade e seguro desemprego. As CAPs se tornaram IAP's (Institutos de Aposentadorias e Pensões), abrangendo agora diversas

---

<sup>29</sup> Para explicar o desenvolvimento do capitalismo brasileiro as autoras partem da teoria de “desenvolvimento desigual e combinado”, primeiramente defendida por Leon Trotski e posteriormente retomada por Michel Löwy (1995), na qual são reconhecidas duas vertentes para o desenvolvimento dos capitalisms nacionais: no caso do desenvolvimento desigual (também chamado de via clássica) o capitalismo desenvolve-se a partir de saltos sobre sua condição econômica manufatureira e agrícola até se tornar predominantemente industrial. A denominação “desigual” vem das diferenças entre os países acerca de em qual condição se encontra (foi o caso dos países do oeste europeu e Estados Unidos, por exemplo). No caso do desenvolvimento combinado, países economicamente atrasados adotam medidas de modernização de suas forças produtivas sem esperar a sucessão de estágios como os países de via clássica. Assim, “combina” as diversas atividades econômicas, políticas e sociais (antigas e modernas) em um conjunto irregular e complexo e contraditório.

categorias de trabalhadores com ênfase nos da indústria. Também foram criados os Ministérios da Saúde e Educação (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

Até 1930, não havia nenhuma política da assistência à saúde da população. Tendo em vista o início do processo de industrialização nacional, a política de saúde focou em dois eixos fundamentais de acordo com o perfil epidemiológico nacional: o primeiro focado na medicina previdenciária ligada às IAPs; o segundo eixo foi a saúde pública e as campanhas sanitaristas promovidas pelo Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) (BEHRING; BOSCHETTI, 2011). Entretanto, a partir da década de 1950, o estado brasileiro se direciona para diminuição da oferta de serviços públicos de saúde para gerar um campo de acumulação de capital no setor e oferecer garantias às empresas multinacionais que aqui se instalavam, da manutenção da força de trabalho barata.

Em 1964 houve um golpe de estado que substituiu um regime administrativo de caráter populista por uma ditadura militar violenta e repressiva. Dessa forma, enquanto a “revolução cultural” acontecia nos países desenvolvidos na década de 1960, o Brasil vivia sob um rígido controle social, perseguições políticas e criminalização dos movimentos sociais e partidos de esquerda. Segundo Mazzeo (1995), toda essa repressão permitiu a expansão sem precedentes do poder da burguesia. A política de compressão salarial, aliada a contenção de crédito para pequenas e médias empresas, permitiu a entrada massiva de multinacionais. Essa entrada de capitais estrangeiros permitiu um amplo crescimento do parque industrial nacional, contenção da inflação e crescimento da economia (o chamado “milagre brasileiro”) que por sua vez ocasionou um rápido processo de êxodo rural e urbanização desordenada. Os trabalhadores tiveram de adequar-se ao trabalho eminentemente industrial, fixar moradia em áreas insalubres e se adaptar a agilidade da vida moderna. Ao mesmo tempo, essa nova conjuntura ampliou como nunca as desigualdades sociais e a pobreza. Neto (2015) acrescenta a isso o ataque ao pleno emprego, restrição de direitos, leis antigreve, alterações nas leis da justiça do trabalho e previdência, entre outros.

E até meados da década de 1970, a repressão conseguiu rechaçar qualquer luta por direitos, viessem de estudantes de ou trabalhadores, ainda que muitos tenham se manifestado principalmente em São Paulo, Minas Gerais e no Rio de Janeiro. Em resposta, o governo intensificou a repressão suspendendo todos os direitos e garantias individuais por meio do Ato Institucional Nº 05 (AI-5). Houve o fechamento do Congresso Nacional, diversas Assembleias legislativas estaduais e câmaras municipais; milhares de prisões (só no XXX

congresso da União nacional dos Estudantes, mais de 800 pessoas foram presas). Milhares foram torturados e mortos. Alinhado aos interesses de expansão da influência dos EUA contra a URSS na América Latina, o Brasil apoiou diversos outros golpes militares no cone sul (NETO, 2015). O combate ao tradicionalismo, racismo, homofobia, em favor dos direitos das mulheres, entre outros, assumiu um papel secundário sob um contexto em que o protagonismo era lutar pelo retorno de um governo democrático, no qual aquelas lutas secundárias encontrassem espaço para avançar. Mas somente a partir da segunda metade da década de 1970, quando o “milagre brasileiro” mostrou seu esgotamento é que foi possível a organização da sociedade civil em movimentos de contestação ao governo e substituição de militares por governantes eleitos pelo povo. A partir desse novo contexto, as massas começaram a expressar sua insatisfação em especial por meio da música como o rock, samba e da Música Popular Brasileira - MPB.

Na saúde, a insatisfação com o deficiente sistema de atendimento se manifestou por meio do movimento da Reforma Sanitária Brasileira – RSB<sup>30</sup>. Durante o regime militar, a assistência de saúde era eminentemente privada. O governo mantinha convênios hospitalares, mas só quem poderia ser atendido por esses convênios eram trabalhadores com carteira assinada e seus familiares. O resto da população recorria a serviços filantrópicos. E esta era a maior parte da população, uma vez que a maior parte dos empregos gerados nesse período era de caráter informal. Sendo assim, a maior parte da população não tinha acesso a serviços de saúde. E tendo em vista que se situava o início da transição epidemiológica no país ocasionada pela industrialização, grande parte dos profissionais da saúde e intelectuais da época voltaram-se para a luta por um sistema de saúde que atendesse toda a população, não apenas aqueles que ou ricos, ou eram funcionários do estado, ou trabalhadores celetistas.

---

<sup>30</sup> A RSB foi inspirada na Reforma Sanitária Italiana da década de 1970 cujo principal nome à frente foi do médico sanitário italiano Giovanni Berlinguer. Assim como os trabalhadores brasileiros, os italianos não gozavam de uma regulamentação coletiva que protegesse sua saúde ou a reconhecesse como direito. A saúde era marcada por altos índices de acidentes de trabalho, fraudes nos seguros de saúde, desgaste psicofísico precoce dos trabalhadores, entre outros agravantes para o adoecimento. Essa conjuntura favoreceu o amadurecimento de uma série de protestos a partir de 1968 que culminaram com a aprovação da lei 833/1978 que instaurou definitivamente o Serviço Sanitário Nacional italiano: um sistema de atendimento universal focado não apenas na medicina curativa como também na preventiva. De caráter descentralizado e oferecido gratuitamente a todos os italianos. Para mais informações recomendamos a leitura da obra “Reforma Sanitária: Itália e Brasil” de autoria de Giovanni Berlinguer, Sonia Fleury Teixeira e Gastão Wagner de Souza Campos. Neste texto os autores fazem uma análise dos antecedentes históricos que levaram as duas reformas ao mesmo tempo em que apresentam os avanços e os desafios para a plena consolidação das conquistas buscadas por ambas as reformas. No entanto, é importante salientar que, ainda que os idealizadores das Reformas reconhecessem a exploração capitalista como causadora do adoecimento, buscavam a solução de tal problemática dentro dos limites do Estado para que este desse resposta as demandas de saúde.

A RSB era composta por sanitaristas, líderes sindicais, lideranças populares, parlamentares, estudantes e intelectuais de esquerda e entidades. A ideia era universalizar o direito à saúde. Tal movimento contribuiu significativamente para a abordagem constitucional (Constituição Federal de 1988) da saúde como direito de todos e dever do Estado e para implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) tendo como pilares os princípios fundamentais da universalidade, equidade e integralidade das ações e serviços na área. Foi a primeira vez que o Estado brasileiro assumiu explicitamente a responsabilidade pelo setor e o SUS se tornou uma política social de estado prevista no arcabouço constitucional (AGUIAR, 2011).

Essa nova abordagem para a saúde correspondia ao novo perfil epidemiológico, que por sua vez correspondia o novo perfil de desenvolvimento, afinal o país deixara de ser eminentemente agrário com a prevalência de doenças infectocontagiosas, para ser também um país industrializado, moderno. Tal modernidade provocou uma transformação cultural no comportamento: a vida na cidade era mais acelerada que no campo; a vida a sós nos centros urbanos também influenciou no surgimento de outros tipos de adoecimento como a depressão; o crescimento desordenado das cidades avançando sobre áreas não urbanizadas não permitiu a substituição das doenças transmissíveis, mas contribuiu com sua permanência ao lado das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT's); favoreceu a violência urbana; e com as novas demandas de trabalho doenças como as LER/DORT<sup>31</sup> por exemplo, alcançaram índices significativos.

Um quadro inédito de adoecimento tomou forma no Brasil no qual a prevalência de doenças infectocontagiosas herdadas de seu desenvolvimento capitalista hipertardiado<sup>32</sup> (haja vista que sua industrialização se inicia já em quase meados do século XX), e do outro a incidência cada vez maior de co-morbidades crônicas, acidentes, violências entre outras causas típicas do adoecimento característico de países de capitalismo precoce:

As estatísticas de mortalidade no Brasil mostram que, até 1940, havia um nítido predomínio das doenças infecciosas e parasitárias como principal causa de morte (43,5% do total de óbitos). As doenças do aparelho circulatório correspondiam a 14,5% e as neoplasias malignas a apenas 3,9% dos óbitos com causa definida. Trinta anos depois, em 1970, as doenças do aparelho circulatório já surgiam como a primeira causa de mortalidade (24,8%); as doenças infecciosas e parasitárias como a

---

<sup>31</sup> Lesão Por Esforço Repetitivo/Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho

<sup>32</sup> Termo de autoria do professor José Chasin em livro "O Integralismo de Plínio Salgado: forma de regressividade no capitalismo hipertardiado", ao demonstrar que o desenvolvimento do capitalismo em caráter industrial no Brasil não se deu de modo clássico (tal como em Inglaterra e França no final do século XVIII) e nem tardiamente (como na Alemanha e Itália no final do século XIX), mas sim hipertardiamente (a partir da década de 1930)

segunda (15,7%); e as neoplasias malignas como a terceira (9,7%) (ARAÚJO, 2012, p. 534).

Tal quadro se amplia na década de 1980, quando enfim o país apresenta um parque industrial maduro (embora concentrado no sudeste do país). Observa-se que em 1986 as doenças do aparelho circulatório já respondiam por 33,5% dos óbitos, causas externas por 14,85% e as neoplasias malignas por 11,9% (ARAÚJO, 2012). O autor continua sua exposição mostrando que mesmo a diminuição da prevalência das doenças infectocontagiosas não significou a erradicação desse problema: ainda em 1986 era muito alta a prevalência de endemias rurais (regiões pouco afetadas pelo processo de desenvolvimento econômico) como doença de Chagas, esquistossomose, malária (mais prevalente na Amazônia na qual atingiu em 1990/91 533 360 casos confirmados); surtos de dengue entre 1986/87; reintrodução da cólera na Amazônia e nordeste em 1991; aumento da incidência e prevalência de hanseníase. Isso demonstrava a persistência tanto de problemas sanitários antigos quanto o surgimento de novos. Outro grave problema que surgiu na década de 1980 e atingiu proporções alarmantes foi a epidemia da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), chegando a apresentar 25 000 casos registrados em 1992 em praticamente todos os grupos populacionais (jovens, adultos, mulheres, homens e crianças). E, por fim, ao relacionar o número de óbitos por doenças infectocontagiosas em 1986, verificava-se que tinham a proporção de 33 a cada 100 000 habitantes. Estatísticas mais elevadas que países como Cuba e Chile. Desta forma:

[...] a permanência ou até mesmo [...] o recrudescimento das doenças infecciosas e parasitárias, ao contrário do que se deu nos países industrializados, onde as doenças crônicas só passaram a assumir papel preponderante após o virtual controle das doenças transmissíveis. Verifica-se assim, no Brasil, uma polarização epidemiológica com a existência simultânea de elevadas taxas de morbidade e mortalidade por doenças crônico-degenerativas e de incidência e prevalência de doenças infecciosas e parasitárias, cuja mortalidade ainda é elevada em comparação com as taxas de países desenvolvidos e de outros países da América Latina (ARAÚJO, 2012, p.535).

Outro detalhe importante diz respeito às diferenças entre os níveis de saúde por região no país, haja vista suas proporções continentais:

Em 1980, a mortalidade infantil era de 48,9% por 1.000 nascidos vivos, na região Sul, e de 122,5, no Nordeste. Analisando as principais causas de morte segundo grupos de causas, observa-se, de início, que as causas ‘mal definidas’ – um indicador de falta de assistência médica – correspondem a 45,5% no Nordeste e apenas a 8,9% na região Sudeste. As enfermidades do aparelho circulatório, embora sejam a primeira causa de morte em ambas as regiões, corresponde a 35,7% dos óbitos com causa definida na região Sudeste e a 27,4% na região Nordeste, enquanto as enfermidades infecciosas e parasitárias correspondem a 14,3% dos óbitos, na região Nordeste, e apenas a 5,7% dos óbitos no Sudeste (ARAÚJO, 2012, p. 536).

A região nordeste é historicamente marcada pelo subdesenvolvimento de suas forças produtivas após o fim do ciclo econômico colonial da cana de açúcar (MAZZEO, 1995). Significa que seus níveis adoecimento sempre são mais elevados do que as regiões sudeste e sul, quando levado em consideração as doenças infectocontagiosas características de formações produtivas mais atrasadas. Enquanto as co-morbidades crônicas apresentaram elevação nas regiões mais industrializadas e urbanizadas, assemelhando seu perfil epidemiológico ao de países desenvolvidos. Segundo Araújo (2012), essa dualidade também se expressa entre os grupos populacionais de uma mesma região quando levadas em consideração as desigualdades de renda, alimentação, saneamento básico, moradia, educação, emprego e acesso a serviços de saúde.

Dessa forma, o adoecimento dos trabalhadores no Brasil inicia a transição epidemiológica em meados do século XX trazendo um perfil heterogêneo e muito mais complexo para intervenção, haja vista que é consequência da expansão dos monopólios em território nacional. E esta nova configuração adquirida pelo adoecimento dos trabalhadores evoluiu até chegarmos no perfil epidemiológico atual, sobre o qual nos debruçaremos no próximo capítulo.

### **3 A EXPLORAÇÃO DO TRABALHO EM TEMPOS DE CRISE ESTRUTURAL DO CAPITAL E O ADOECIMENTO DOS TRABALHADORES BRASILEIROS**

Até este momento situamos os elementos basilares no processo de adoecimento dos trabalhadores, bem como o contexto desse fenômeno ao longo do século XX com destaque para o caso dos trabalhadores brasileiros. Verificamos que a exploração do trabalho tem a produção de adoecimento como consequência, a princípio no próprio ambiente de trabalho e por fim nas outras dimensões da vida, seja em caráter individual ou coletivo.

Neste capítulo veremos como esta problemática se manifestou (e se manifesta) no final do século XX e início do século XXI. É importante frisar que as transformações sociais e culturais vistas no capítulo anterior repercutiram em novos padrões de adoecimento e que essa situação perdurou, porém com outras características desde as mais sutis e silenciosas (como alguns tipos de transtorno mental), até outras mais evidentes (como doenças metabólicas e câncer), bem como a recorrência e surgimento de agravos infecciosos em regiões que antes não eram endêmicas (caso do Brasil, que desde 2014, tornou-se área endêmica para Zika vírus e febre Chikungunya). Aliado a isso, doenças psíquicas relacionadas ao trabalho também ganharam enormes proporções.

Assim, tomamos como ponto de partida a base econômica da sociedade capitalista nesse período marcada pela chamada “crise estrutural do capital”, a doutrina neoliberal e a predominância da organização produtiva toyotista. Situar essa conjuntura e como se manifesta é fundamental para entender as expressões do adoecimento dos trabalhadores brasileiros hoje.

#### **3.1 A crise estrutural do capital e seus efeitos sobre a saúde do trabalhador**

Desde o fim da década de 1970, o mundo capitalista sofre com um tipo de “adoecimento” econômico crônico, o qual em alguns momentos mostra uma certa melhora e em outros manifesta-se em crises violentas que desestabilizam a economia a nível mundial. Este “adoecimento” econômico foi apontado pelo pesquisador István Mészáros, o qual denominou este fenômeno de Crise Estrutural do Capital. No entanto, antes de abordar este tópico, é preciso realizar uma breve visita aos perfis das crises econômicas capitalistas para melhor compreensão das particularidades que as distinguem da crise estrutural do capital da qual fala Mészáros.

Ao investigar o modo de produção capitalista observa-se que este evolui por meio de fases. E o processo de passagem de uma fase a outra não acontece de forma harmônica, mas sempre marcado por intensa crise econômica que expande suas consequências para todas as outras esferas sociais: política, educação, saúde, transporte, entre outras. Essas consequências implicam mudanças expressivas nas relações e fenômenos, pelos quais o capital se manifesta em sociedade, porém sempre mantendo sua raiz: a exploração do trabalho e a expropriação da mais-valia.

As crises de 1873 e 1929 podem ser consideradas as maiores pelas quais a sociedade capitalista passou até a década de 1970 devido a sua gravidade de proporções globais. Não significa dizer que foram as únicas crises pelas quais esse modo de produção passou. Diversas outras podem ser identificadas no exame atento da história do capitalismo, entretanto é possível assinalar, que independente de seu número, as crises capitalistas pré-crise estrutural fazem parte do chamado “ciclo do capital” e por isso são chamadas de “crises cíclicas”, pois “a história, real e concreta, do desenvolvimento do capitalismo, a partir da consolidação do comando da produção pelo capital, é a história de uma sucessão de crises econômicas” (NETTO; BRAZ, 2010, p. 156).

As formações sociais anteriores ao capitalismo não foram imunes às crises. Diversas perturbações foram registradas levando ao empobrecimento e a miséria. Eram ocasionadas por catástrofes naturais (terremotos ou grandes epidemias) ou catástrofes sociais (como as guerras). Em qualquer um dos casos, tais catástrofes implicavam na destruição tanto de meios de trabalho, quanto de produtores, o que gerava uma subprodução, carência generalizada de mercadorias para suprir necessidades, ou seja, a diminuição da força de trabalho leva a redução da produção (NETTO; BRAZ, 2010).

As crises capitalistas cíclicas vão no sentido inverso: o aumento da capacidade produtiva da sociedade proporciona a ampliação do número de mercadorias, superprodução, devido à redução do tempo de trabalho necessário. A oferta de mercadorias torna-se excessiva em relação à procura. Um capitalista sozinho pode, então, para aumentar suas vendas, demitir trabalhadores, diminuir salários e intensificar a produção a fim de retomar seus lucros pela diminuição dos custos de produção. Mas quando os outros capitalistas tomam a mesma atitude, com a mesma finalidade, a taxa de lucro cai e a crise se generaliza. Cresce o desemprego e o salário diminui reduzindo o poder de compra da população. Com isso, a crise atinge todas as esferas da sociedade (SALAMA; VALIER, apud NETTO; BRAZ, 2010).

De forma geral, pode-se entender como se processam as crises do capital por meio do “ciclo econômico” que consiste em 4 fases: crise, depressão, retomada e auge.

A crise pode ser detonada por incidente econômico ou político qualquer. [...] Bruscamente, as operações comerciais se reduzem de forma dramática, as mercadorias não se vendem, a produção é enormemente diminuída ou até paralisada, preços e salários caem, empresas entram em quebra, o desemprego se generaliza e as camadas trabalhadoras padecem a pauperização absoluta. À crise, segue-se a depressão: o desemprego e os salários mantem-se no nível da fase anterior, a produção permanece estagnada, as mercadorias estocadas ou são destruídas, ou parcialmente vendidas a preço baixo. As empresas que sobrevivem [...] buscam, sobretudo, apoderar-se de mercados fontes de matérias primas – quando esse movimento, mais a concorrência entre elas, sinaliza a possibilidade de recuperação, criam-se estímulos para fomentar a produção. Retomada: as empresas que sobrevivem absorvem algumas das que quebraram, incorporam seus equipamentos e instalações, renovam seus próprios equipamentos e começam a produzir mais. O comércio se reanima, as mercadorias escoam, os preços se elevam e pouco a pouco diminui o desemprego [...]. Auge (boom): a concorrência leva os capitalistas a investir nas suas empresas, a abrir novas linhas e frentes de produção e esta é largamente ampliada, lançando no mercado quantidades cada vez maiores de mercadorias. [...] Até que um detonador qualquer evidencia de repente que o mercado está abarrotado de mercadorias que não se vendem os preços caem e sobrevém nova crise. O ciclo recomeça (NETTO; BRAZ, 2010, p. 159-160, grifo nosso).

A produção capitalista não obedece a nenhum planejamento ou controle global. O mercado é inundado por mercadorias que em seu conjunto global escapam de qualquer controle racional dos capitalistas. Ao mesmo tempo, a capacidade de consumir dos trabalhadores permanece limitada, pois não dispõem de meios para comprar as mercadorias. O resultado é uma queda da taxa de lucro global, pois as mercadorias não são compradas, e, portanto, não há o retorno dos investimentos adicionado pelo lucro (NETTO; BRAZ, 2010).

Superada a crise de 1929, até a década de 1970 o regime de acumulação capitalista alcançou um novo patamar produtivo que trazia três consequências principais: o aumento da produção global de mercadorias a um nível ainda mais alto, devido à implementação do Taylorismo-fordismo no seio da fábrica; maior desenvolvimento técnico-científico, em especial com o advento da tecnologia informática e a robótica; a entrada da humanidade na era nuclear, construindo não apenas usinas elétricas para obtenção desse tipo de energia, como também de armamentos nucleares capazes de provocar a extinção de toda forma de vida no planeta (MÉSZÁROS, 2011).

Entretanto, a produção, além de abundante, estava engessada, pouco variada e estagnada no final da década de 1960. A presença do Estado interventor, a partir de certo ponto, também passou a ser um grande empecilho para a expansão do capital, uma vez que a produção de diversas mercadorias e serviços era monopolizada por empresas estatais,

impedindo que os monopólios lucrassem de alguma forma ao explorar tais atividades econômicas.

A produção em série injetou no mercado uma grande quantidade de mercadorias, entretanto, com o tempo, o consumo diminuiu. O consumidor não precisava comprar mais daquilo que utilizava. Muitos já tinham realizado o sonho da compra do carro novo, da máquina de lavar, da televisão, da geladeira, entre outros. Assim, grandes quantidades de mercadorias estagnavam nas lojas e conseqüentemente a taxa de lucro começou a declinar: entre 1968 e 1973 ela cai de 16,3% para 14,2% na Alemanha Ocidental; de 11,9% para 11,2% na Grã-Bretanha e nos Estados Unidos, de 18,2% para 17,1% (NETTO; BRAZ, 2010).

A primeira manifestação econômica da crise foi, no entanto, o aumento do preço do petróleo em 1973, por parte dos países exportadores desse combustível (destaque para Venezuela e países do oriente médio) (MONTANO; DURIGUETTO, 2010; NETTO; BRAZ, 2010). Desde a década de 1950, o preço do petróleo estava em declínio (em alguns casos, o litro do combustível estava mais barato que o de água mineral), até que, ao chegar na década de 1970, a redução de seu preço embora fosse boa para o trabalhador, passou a ser desastrosa para o capital, assim como o que acontece com qualquer outra mercadoria, pois implicou num crescimento mais vagaroso das taxas de lucro e acumulação. Situação esta que começou a expandir-se para os outros segmentos da produção, uma vez que dependiam da produção petrolífera. Como afirma Lipietz (apud GOUNET, 1992, p. 62):

Frente a essa crise de lucratividade, as empresas haviam reagido aumentando a margem de lucro que auferiam dos preços de venda, o que acelerava progressivamente uma inflação de custos que alimentava a si mesma. Naturalmente, os mecanismos de regulação fordista faziam com que essas altas de preços repercutissem em elevações de salários, e assim por diante. E quando a escalada de preços ultrapassava as dos salários, o poder de compra e portanto, a demanda baixavam, desencadeando quedas da atividade de certos setores (construção civil, automóveis), com risco de recessão generalizada – justamente o risco que a regulação fordista até então pretendia evitar. Todo o miraculoso equilíbrio do compromisso fordista, de alto a baixo, era posto em xeque.

Dessa forma, iniciou-se um tipo de crise nunca antes vivida que afetava (e afeta) até mesmo as raízes culturais da sociedade capitalista, levando a superação de antigos valores ideológicos e a busca por novos que fossem condizentes a um processo de queda das taxas de acumulação e lucro – uma “crise estrutural do capital”.

O primeiro a perceber que a crise econômica iniciada em 1973 era substancialmente diferente das anteriores foi István Mészáros ao observar que esta nova situação caracterizada

pela ineficiência do capitalismo de expandir a acumulação de capital por meio do consumo do grande excedente de mercadorias produzidas:

A ocorrência de crises cíclicas periódicas continua sendo marca do desenvolvimento capitalista conjuntural e continuará, enquanto o capitalismo sobreviver. Mas, na nossa época histórica, há um tipo muito mais fundamental de crise que se combina com crises capitalistas cíclicas e afeta todas as formas concebíveis do sistema do capital enquanto tal, não somente o capitalismo. A crise estrutural se faz valer ativamente os limites absolutos<sup>33</sup> do capital como modo de reprodução social metabólica (MÉSZÁROS, 2011, p. 136, grifo da obra).

Para o autor, a diferença entre a crise estrutural e as crises cíclicas anteriores repousa no fato da primeira ser rastejante, intercalando momentos de convulsões violentas e calmarias, porém, mantendo a tendência à queda da taxa de lucro mesmo com os Estados capitalistas centrais injetando trilhões de dólares para recuperação da queda:

A grave crise em curso de nossa época histórica é estrutural não no sentido preciso de não poder ser superada mesmo com muitos trilhões das operações de resgate dos Estados capitalistas. Assim, a cada vez mais profunda crise estrutural do sistema combinada ao fracasso de medidas paliativas sob a forma do aventureirismo militar em escala inimaginável torna o perigo da autodestruição da humanidade ainda maior do que antes. E ele só se multiplica quando as formas e os instrumentos tradicionais de controle, à disposição do status quo, fracassam em sua missão (MÉSZÁROS, 2011, p. 137, grifo da obra).

Mészáros (2011) aponta que o capital não pode mais se desenvolver e se expandir sem recorrer à taxa de utilização decrescente do valor de uso das mercadorias. Ou seja, diminuir ao máximo o valor de uso (e com isso o tempo de vida útil das mercadorias) para retomar seu processo de acumulação. Vimos que a política econômica Keynesiana se apoiava sobre a esfera da circulação e consumo de mercadorias. Tais mercadorias eram marcadas por sua durabilidade, abundância e pouca inovação, haja vista o esquema taylorista-fordista de produção. Assim, como a inovação era mínima, não havia justificativa para substituição do produto antigo. Quando a crise de 1974 chegou, havia um produto excedente enorme a ser escoado (o que não ocorreria) e era necessário aplicar cada vez mais inovações nas mercadorias, diferenciações que atraíssem o consumidor:

Em outros termos, a intervenção estatal direta no processo de reprodução capitalista fracassa, em todos os sentidos, constringendo o curso do desenvolvimento econômico civil – e não apenas suas regras políticas/administrativas secretas. Também produz sérios problemas palpáveis, em termos econômicos, ao gerar

<sup>33</sup> Os limites absolutos do capital aos quais Mészáros (2011) se refere expressam-se por meio da: 1) a expansão do capital transnacional frente às barreiras políticas econômicas protetivas dos Estados nacionais; 2) a eliminação das condições de reprodução sociometabólica do capital; 3) A liberação das mulheres para o mercado de trabalho e a igualdade substantiva; e por fim 4) o desemprego crônico. Segundo o autor, esses quatro elementos não seguem isolados, mas inter-relacionam-se intensificando seus efeitos desintegradores a níveis imensos bem como com influencia a nível global.

especificações técnicas absurdas (por exemplo, o assento sanitário à prova de explosão nuclear, que sobrevive a incineração de seu ocupante) e práticas produtivas de engenharia comercialmente inúteis a elas correspondentes. Ao mesmo tempo, além disso, defrontamo-nos com a extrema tecnologização da ciência que coloca numa camisa de força suas potencialidades produtivas, mesmo em termos econômicos de consumo estritamente capitalistas, beneficiando propósitos militares completamente perdulários (MÉSZÁROS, 2011, p.33-4).

As empresas capitalistas tiveram que enxugar custos, produzir mercadorias diferenciadas, tomar mercados não explorados no período anterior (ou criando novos mercados)<sup>34</sup>. Decorre dessa conjuntura a importância da “revolução cultural” por estimular novos padrões de comportamento que geravam novos hábitos de consumo e de relacionamento que afetam a saúde dos trabalhadores. O capital enxergou essa situação como uma fonte da qual poderia tirar proveito para sair da crise. Dessa forma:

O capital, quando alcança um ponto de saturação em seu próprio espaço e não consegue simultaneamente encontrar canais para expansão, na forma de imperialismo e neocolonialismo, não têm alternativa a não ser deixar que sua própria força de trabalho local sofra as graves consequências da deterioração da taxa de lucro. De fato, as classes trabalhadoras de algumas das mais desenvolvidas sociedades “pós-industriais” estão experimentando uma amostra da real perniciosidade do “capital liberal” (MÉSZÁROS, 2011, p. 70).

Em outras palavras, não há mais setores produtivos e mercados sobre os quais o capital possa avançar como antes e da mesma forma, o aventureirismo militar da guerra, como instrumento de consumo do excedente, não é mais uma opção haja vista que o poder bélico alcançado pela humanidade (em especial com a utilização de armas nucleares) representa perigo de extinção da própria humanidade. Por isso avança sobre as outras dimensões da vida individual. O capital tornou-se um monstro titânico que busca não ser esmagado por seu próprio peso. Conforme Mézáros (2011), afirma, o capital:

[...] é, em última análise, uma forma incontrolável de controle sociometabólico. 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 uma poderosa – na verdade, até o presente, de longe *a mais* poderosa – estrutura “totalizadora” de controle a qual tudo o mais, inclusive os seres humanos, deve se ajustar, e assim provar sua “viabilidade produtiva”, ou perecer,

<sup>34</sup> A criação de novos mercados por meio do desenvolvimento de novos padrões de consumo de diversas mercadorias tem sido estratégia comum para expansão do capital em mercados ainda inexplorados e que antes eram limitados pelas próprias bases ideológicas que contribuíssem com a ascensão do capitalismo. Um exemplo é a cada vez maior inclusão de personagens homossexuais e pessoas de etnia negra em obras da cultura pop tais como histórias em quadrinhos, filmes, séries, novelas e best-sellers uma vez que o público alvo desse segmento cultural normalmente era composto por adolescentes, jovens e adultos heterossexuais e de cor branca (não estamos aqui condenando a inclusão da diversidade racial, de gênero e sexo neste segmento cultural, mas antes de tudo buscamos mostrar que tal inclusão serve aos propósitos do capital de buscar esse novo mercado consumidor como fonte de acumulação). Outro exemplo é oferecido pelo prof. Sergio Lessa (2009) em seu curso “Crise do capitalismo” oferecido pelo departamento de jornalismo da PUC-SP, no qual cita as transformações passadas nos últimos anos no mercado de produção de eletrônicos para entretenimento caseiro (disponível em [www.youtube.com.br](http://www.youtube.com.br)).

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 impecavelmente 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 (p. 96).

Esta fala de Mészáros mostra o “por que” da atual crise ser muito pior que uma crise cíclica. O capital se desenvolveu ao ponto de exercer uma influência “totalizadora” sobre a humanidade que se estende das simples relações familiares até a administração dos monopólios. Por isso esta crise torna-se estrutural, forçando os limites absolutos do próprio capital ao máximo, o que afeta as bases de sustentação da produção e reprodução do capital. E diante desse quadro, mudanças na organização para a produção se fizeram necessárias tendo em vista as limitações do taylorismo-fordismo em adequar-se ao novo quadro produtivo. Dessa forma, ganha espaço o modo toyotista de organização da produção e seu caráter flexível como estratégia de obtenção de mais-valia. Isto só foi possível por meio da mudança de uma nova abordagem ideológica do capitalismo: o neoliberalismo.

Segundo Netto e Braz (2010), trata-se de um conjunto ideológico fundamentado pela concepção de que a desigualdade entre os homens é natural e, por isso, necessária. Quem ofereceu os primeiros apontamentos sobre a ideologia neoliberal foi o economista austríaco Friedrich Von Hayek na década de 1940, entretanto, apenas com o advento da crise estrutural do capital obteve espaço de difusão na sociedade pelos meios de comunicação, desde países de capitalismo central até os periféricos.

A ideologia neoliberal retoma a ideia do liberalismo clássico fundado por Adam Smith, no intuito de permitir um capitalismo monopolista sem restrições sociopolíticas ao seu movimento. E isso implica necessariamente no ataque aos serviços ofertados pelo Estado aos trabalhadores. Para os neoliberais o Estado constitui-se em um obstáculo a ser reformado e superado. Assim:

A ideologia neoliberal, sustentando a necessidade de “diminuir” o Estado e cortar suas “gorduras”, justifica o ataque que o grande capital vem movendo contra as *dimensões democráticas* da intervenção do Estado na economia. Contudo, melhor que ninguém, os representantes dos monopólios sabem que a economia capitalista não pode funcionar sem a intervenção estatal; (NETTO; BRAZ, 2010, p. 227).

Sendo assim, o capital precisa que o Estado adote medidas protecionistas; garanta acesso privilegiado a contratos de serviço; forneça isenções fiscais; resgate empresas de

prejuízos via empréstimos; privatize setores da economia sob seu controle direto; terceirize serviços a serem fornecidos a população, entre outras medidas vitais ao processo de acumulação e reprodução do capital. Por isso, o mesmo não pode buscar a redução do papel do Estado na economia, mas apenas nas funções que satisfaçam a realização dos direitos sociais. “[...] o que pretendem os monopólios e seus representantes nada mais é que um **Estado mínimo para o trabalho e máximo para o capital**” (NETTO; BRAZ, 2010, p. 227). Postas essas considerações gerais, podemos identificar suas implicações no Brasil.

Embora as políticas neoliberais de internacionalização da economia tenham início no período militar no Brasil, é com o Consenso de Washington (o instrumento formal de imposição do neoliberalismo pelo capitalismo central às economias periféricas), assinado em 1989, que se estabeleceram definitivamente. A estagnação econômica dos países da América Latina no fim da década de 1980 apontava para a impossibilidade do pagamento das dívidas desses países, bem como do crescimento econômico que favorecesse a penetração de capitais internacionais. Assim, foram impostas aos governos latino-americanos medidas radicais de reforma econômica, dentre as quais podemos citar: disciplina fiscal; reforma tributária; liberalização do comércio; privatização de empresas estatais; desregulamentação das atividades econômicas, entre outras. Apenas com a adoção de tais medidas, os países latino-americanos poderiam renegociar suas dívidas com o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD) e iniciar a retomada do crescimento econômico (BANDEIRA, 2002).

A partir da década de 1990 teve início a entrada maciça de mercadorias importadas e a fase de privatizações regida pelas diretrizes neoliberais do FMI. Essa onda de privatizações se estendeu e se ampliou por meio da criação do Plano Real (criado para o controle da inflação) e pela venda de importantes empresas estatais como a Companhia Siderúrgica Nacional em Volta Redonda (RJ), além de subsidiárias da Petrobras. O objetivo do governo era diminuir a influência do estado sobre as atividades produtivas, o que, além de levar a defesa de privatizações, também pregava o enxugamento de gastos com funcionários e o abandono de investimentos como forma de eliminar o déficit público. As políticas sociais tinham que voltar-se exclusivamente ao atendimento das demandas mais básicas da população.

No entanto, em pouco tempo a adoção das medidas neoliberais mostraram seus efeitos deletérios à medida que a crise econômica asiática de 1997 levou a retração do mercado mundial, o que refletiu no país com a desvalorização do real que, antes equiparado ao dólar,

passa a valer metade da moeda norte-americana. Essa desvalorização beneficiou as exportações, tornando a balança comercial positiva, porém para manter firme concorrência no mercado mundial, as empresas brasileiras intensificaram a incorporação de tecnologias, cada vez mais modernas para aumento da produtividade, substituindo boa parte do trabalho vivo. Essa conformação foi uma das marcas fundamentais do governo FHC: grandes taxas de desemprego. Segundo Pochmann (2012, p. 25):

[...] com o abandono do projeto de desenvolvimento nacional, a partir da década de 1980, a economia brasileira ingressou numa longa fase de baixo dinamismo nas atividades produtivas, o que resultou em maior incapacidade de expandir o emprego no mesmo nível do aumento da população economicamente ativa. O resultado foi um contingente ainda maior de mão de obra sobrando.

Assim, concordamos com Francisca (2015) ao afirmar que a introdução do neoliberalismo no Brasil visava primordialmente “retirar as barreiras que impedem a acumulação do capital nesse tempo de crise global do capital” (p. 182). Mesmo que tais “barreiras” fossem os direitos sociais dos trabalhadores. O neoliberalismo consiste então em um mecanismo de controle sociometabólico (como diria Mészáros) capaz de sustentar prolongadamente o sistema produtivo diante de uma crise que vai muito mais além da tradicional conformação cíclica, mas que atinge todas as dimensões da sociedade, não apenas a econômica.

Mészáros (2011) aponta que, sob essa nova conjuntura produtiva, as jornadas de trabalho permitem ao capital utilizar-se do trabalho vivo mercantilizado de forma flexível e dinâmica dentro da estrutura da divisão do trabalho, seja horizontalmente ou verticalmente. Horizontalmente, a nova organização significa uma multiplicidade de jornadas de trabalho coexistentes e cooperantes, arranjadas e supervisionadas juntas além de serem dinamicamente modificáveis. Verticalmente, esta nova conjuntura permite ao capital ordenar hierarquicamente a multiplicidade das jornadas de trabalho permitindo a efetividade da organização horizontal. É o que corresponde diretamente à “estrutura de comando do capital” (MÉSZÁROS, 2011, p. 622, grifo do autor) cujo objetivo é garantir os interesses do sistema capitalista: expansão da produção de mais-valia com a “máxima exploração praticável da totalidade do trabalho” (IDEM). E independentemente do quão complexa seja a organização horizontal. E para alcançar esse objetivo, o capital começa a empregar a organização toyotista de trabalho afim de superar as limitações do taylorismo-fordismo.

Para identificar algumas características do Toyotismo, faremos alguns apontamentos a partir de Gounet (1999) e dos autores aos quais ele busca suporte teórico<sup>35</sup>, entretanto, é importante salientar que embora estes não partam da ideia da crise estrutural do capital na qual Mészáros se apoia, fornecem informações relevantes acerca do perfil do processo produtivo adotado ao fim do século XX.

Entre muitas das características do regime de acumulação Fordista, a garantia aos trabalhadores do pleno emprego e do direito de acesso a serviços básicos via salários indiretos foram as que mais se provaram entraves diretos a expansão do capital após a década de 1970. Dessa forma, a receita neoliberal iniciou seu avanço por meio da defesa de máxima redução com os custos da força de trabalho. Com isso, ampliou-se o desemprego, a informalidade, e as modalidades de emprego precário como “trabalho voluntário”, “cooperativismo”, “empreendedorismo”, “trabalho atípico”, “trabalho temporário”. Formas de ocupação cuja marca principal é a superexploração do trabalho e que teve (e tem) como um dos principais efeitos a proliferação de diversos tipos de doenças entre os trabalhadores como os transtornos mentais os quais abordaremos mais à frente.

Há referências do surgimento da organização toyotista de produção desde 1933, mas o mesmo começa a ser efetivamente implantado nas fábricas da Toyota no Japão entre as décadas de 1950 e 1970, pelo japonês Taiichi Ono. A organização toyotista de produção fundamenta-se em seis pontos principais os quais, segundo Gounet (1999), são: a produção sob demanda; a redução do tempo dispendido fora da produção da mercadoria além de evitar

---

<sup>35</sup> Gounet toma como referência teórica em sua pesquisa a “Escola de regulação francesa” (mais especificamente sob a vertente parisiense), a qual teve como principais expoentes Michel Aglietta, Robert Boyer e Benjamin Coriat e Alain Lipietz. Esses autores desenvolveram a abordagem da regulação (AR) para explicar a crise do fordismo na década de 1970. Para a AR, o capitalismo é um sistema sujeito as crises cíclicas inevitavelmente pois carece de um regime e regulação (a ser exercido pelo estado) que estabilize a demanda e a oferta das mercadorias fazendo com que a atividade produtiva se adeque ao padrão de consumo. Assim se evitaria superprodução e altos níveis de inflação. O fordismo teria entrado em crise, pois o mesmo havia se desenvolvido permitindo a obtenção de ganhos de produtividade e divisão dos mesmos entre lucros e salários (diretos e indiretos), entretanto chegou a um ponto em que houve a diminuição dos ganhos de produtividade. Como consequência houve compressão dos lucros devido ao aumento dos salários gerando inflação, menores investimentos e desemprego generalizado (MELO FILHO, s/a). Observa-se assim que estes autores não consideram a crise da década de 1970 como gatilho para uma crise estrutural do capital (tampouco a existência de tal crise), mas apenas mais uma crise cíclica como as anteriores, visão a qual discordamos uma vez que os mecanismos de regulação do estado (tal como afirma Mészáros) são limitados pelo fato do capital ser “um modo de controle sociometabólico historicamente específico, cuja estrutura de comando deve ser adequada a todas as esferas e em todos os níveis, por não tolerar nada acima de si” (p. 124), incluindo o Estado. Concordamos com Mészáros (2011), ao afirmar que o Estado moderno é parte integrante da base material do capital sem o qual não há reprodução da sociedade capitalista. Assim, não importa o tipo de “regulação” que o Estado tente impor ao capital: jamais esta regulação poderá ultrapassar o controle deste último para limitar sua expansão. Porém, não significa que não reconheçamos a importância da análise feita pela AR sobre o processo de trabalho sob o molde toyotista.

a formação de estoques; Flexibilização da força de trabalho a qual deve ser capaz de operar, consertar e garantir o funcionamento pleno dos meios de trabalho além de adaptar-se rapidamente a mudanças e ao trabalho em equipe; Adoção do sistema *Kanban*, o qual permite a produção e estocagem apenas daquilo que é necessário a reposição; Variedade na produção de mercadorias por meio da antecipação as mudanças de mercado para reduzir o tempo de produção (*just-in-time*); fragmentação da produção por meio da subcontratação (ou terceirização) de várias empresas para produção de componentes, extração de matérias primas, transporte, venda entre outras medidas que reduzem o custo para a empresa contratante a qual pode substituir os fornecedores que não corresponderem as exigências de produção.

Observa-se que o toyotismo consiste numa forma mais intensa de extração de *mais-valia* por meio de uma extração mais efetiva de *mais-trabalho*. Conforme Gounet (1999) afirma:

O Toyotismo é uma resposta à crise do fordismo nos anos 70. Em lugar do trabalho desqualificado, o operário é levado a 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, embrutecedor. Afinal chegou a hora do crescimento profissional, do cliente satisfeito, do controle de qualidade (p. 33).

Além de romper com as rígidas normas e rotinas fordistas, o toyotismo também exige muito mais do trabalhador, uma vez que intensifica ainda mais o trabalho, pois o objetivo é diminuir o número de operários e aumentar o tempo de mais-trabalho e com isso produzir mais rápido. Gounet (1999), traz o exemplo da fabricação de veículos:

O Massachusetts Institute of Technology (MIT) calculou o número de horas/homem necessárias em 1987 para fabricar um veículo. Embora a amostragem seja relativamente reduzida, a superioridade japonesa é indiscutível: 19 horas no Japão, 26,5 em média nos Estados Unidos, 22, 6 nas melhores fabricas europeias e 35,9 – quase o dobro – na média da Europa (GOUNET, 1999, p. 32).

Entretanto, segundo o autor, ao mesmo tempo em que o *just-in-time* introduz a flexibilidade da jornada de trabalho, também aumenta a carga horária do trabalho por meio da sobrecarga, uma vez que um trabalhador deve estar apto a operar várias máquinas sem que, com isso, seja elevada sua remuneração. Temos também a subcontratação de empresas menores pelos monopólios com um nível salarial de 30% a 50% mais baixo. O toyotismo exige um trabalhador dinâmico, em constante processo de adaptação e incorporação de novas tecnologias produtivas, produzindo mais em menos tempo, sem vínculo estável para facilitar a

rotatividade de mercado. Por isso o trabalhador se sujeita a precarização do trabalho em seu formato mais cruel.

A precarização do trabalho consiste em uma das mais perversas estratégias do capital contra a saúde dos trabalhadores, uma vez que causa muitas doenças. E com o toyotismo, a precarização e a precariedade do trabalho assumiram um caráter ainda mais cruel, pois mascara quase que por completo a relação antagônica capital-trabalho, transformando o próprio trabalhador num defensor fervoroso do sistema capitalista e dos valores burgueses. Mas o que é a precarização e precariedade do trabalho?

Alves (2007) nos oferece importantes reflexões sobre essa problemática. Segundo o autor, a precariedade se refere a uma condição socioestrutural que qualifica a força de trabalho como mercadoria, fragilizando-a em diversos aspectos, entre eles a saúde. Esta conformação atinge todos aqueles que não são donos dos meios de produção. Significa que a precariedade é a condição histórica que transforma a força de trabalho em mercadoria. E esta precariedade se dissemina da relação de compra e venda da força de trabalho, para todos os outros complexos sociais. Tudo é mercantilizado. Tudo é passível de valor de troca. Tudo é mercadoria, desde coisas, até pessoas. Por isso, a precariedade também ultrapassa a dimensão individual e chega à dimensão coletiva, social.

Por sua vez, o processo de precarização do trabalho é uma expressão do novo sociometabolismo do capital (o toyotismo) que atinge todos os países desde os de capitalismo periférico, até os centrais. E no Brasil este processo é ainda mais complexo devido às dimensões histórico-genéticas herdadas da formação colonial em relação com as histórico-sociais vinculadas ao neoliberalismo (ALVES, 2007). Assim:

[...] o conceito de precarização diz respeito a um modo de reposição sócio-histórica da precariedade. Se a precariedade é uma condição, a precarização é um processo que possui uma irremediável dimensão histórica determinada pela luta de classes e pela correlação de forças políticas entre capital e trabalho (ALVES 2007, p 114).

Entretanto, a precarização não consiste em um elemento fixo, e sim um processo no qual o capital busca acabar com os direitos acumulados pela classe trabalhadora. Trata-se da utilização do Estado neoliberal para suprimir definitivamente as condições histórico-políticas do Estado Social (ALVES, 2007).

A precarização é um processo social de conteúdo histórico-político concreto, de natureza complexa, desigual e combinada, que atinge o mundo do trabalho, principalmente setores mais organizados da classe do proletariado. [...] A

precarização possui um significado concreto: ela atinge o núcleo organizado do mundo do trabalho que conseguiu instituir, a partir da luta política e social de classe, alguma forma de controle sobre suas condições de existência através de mediações jurídico-políticas. [...] A precarização atinge os proletários sujeitos de direitos e que hoje são vítimas da “flexibilização do trabalho”, sendo usurpados pelo poder das coisas ou pelas leis de mercado (ALVES, 2007, p. 115).

A precarização do trabalho é fundamental para o momento de crise estrutural do capital, pois permite a ampliação do tempo de trabalho excedente, e conseqüentemente do mais-trabalho e mais-produto. E esse processo se agrava, pois, mais do que nunca, os trabalhadores estão imersos em suas atividades laborais de tal maneira que surge a oportunidade do capital penetrar em suas mentes e moldar o pensamento do trabalhador contra ele próprio. Um fenômeno denominado “captura da subjetividade”.

Esse fenômeno não é recente. Desde os primórdios do capitalismo, a ideologia do capital buscava ser determinante não apenas sobre o corpo do trabalhador, mas também sobre a mente. Ao apontar o elemento causador do estranhamento entre o homem e a mercadoria o próprio Marx (1996a) oferece as primeiras reflexões sobre tal problemática. Ao observar que a mercadoria só cumpre sua função quando é vendida, ou seja, quando passa a ter *valor de uso* para alguém, Marx percebe que isso oculta a divisão do trabalho, levando o indivíduo a pensar que a produção em uma esfera privada é feita de forma alheia à produção em outra, e não uma parte do trabalho social ou trabalho total, necessário à reprodução da sociedade. O trabalhador só se defronta com a importância social de seu trabalho no mercado durante a troca de mercadorias. Assim, as relações sociais entre os homens (que tem origem no trabalho) são substituídas pelas relações entre as mercadorias que eles produzem. São relações reificadas entre pessoas e “sociais” entre coisas, pois o homem não tem controle sobre essa troca e, portanto, ela lhe aparece como dominante. O “ter” prevalece sobre o “ser”. Um fenômeno, inerente ao capitalismo também conhecido como fetichismo da mercadoria.

O fetichismo da mercadoria representa a forma econômica de estranhamento entre o homem e sua criação, mas não se trata de um fenômeno restrito à esfera econômica. Ele se expande para todo complexo social, todas as práxis geradoras de mais-valia, como uma marca inerente à reprodução social capitalista. Dessa forma, valores individuais, egoístas e mesquinhos predominam, pois o homem deve utilizar a sociedade para alcançar seus objetivos de enriquecimento.

Embora o taylorismo-fordismo tenha representado um avanço sobre a organização produtiva permitindo o aumento da produção, suas normas e rotinas rígidas,

despersonalizadas, mecânicas, e automáticas não permitiam o acesso do capital ao “espírito operário”. Ou seja, não havia o que Alves (2007, p. 187) chama de “integração orgânica” entre operário e empresa, na qual o capital consegue manipular a subjetividade humana para que a mesma assuma seus componentes ideológicos (o individualismo, a disputa, a busca por lucro, a exploração do trabalho, a desigualdade e iniquidades, elementos basilares ao adoecimento mental, por exemplo) como próprios da natureza humana<sup>36</sup>. Assim, pode se afirmar que:

[...] estamos diante de um intenso processo de luta de classes no terreno da ideologia. É no interior da subjetividade humana que se deflagram as grandes lutas pela hegemonia social. Por isso, o capitalismo global é acima de tudo, capitalismo manipulatório. [...] Mais do que nunca, o capital precisa do envolvimento do trabalhador nas tarefas da produção em equipe ou nos jogos de palpites para aprimorar os procedimentos de produção. [...] Não é apenas o “fazer” e o “saber” operário que são capturados pela lógica do capital, mas sua disposição intelectual-afetiva que é mobilizada para cooperar com a lógica da valorização. O operário é encorajado a pensar “pró-ativamente”, a encontrar soluções antes que os problemas aconteçam (o que tende a incentivar, por exemplo, no plano sindical, as estratégias neocorporativas de cariz propositivo) (ALVES, 2007, p. 185-86).

Entretanto, o processo de captura da subjetividade também é contraditório envolvendo resistências, simulações. Um jogo sofisticado de articulações entre coerção e consentimento que ultrapassa a esfera do trabalho e chega também à esfera da reprodução social. Por isso “tende a dilacerar/estressar não apenas a dimensão física da corporalidade viva da força de trabalho, mas sua dimensão psíquica e espiritual, dilaceramento que se manifesta através de sintomas de doenças psicossomáticas que atingem o trabalhador” (ALVES, 2007, p. 188).

A organização toyotista agudiza por meio de novas formas as expressões da precarização do trabalho (o múltiplo emprego, a polivalência, o cumprimento de metas, a rapidez e agilidade no trabalho, o empreendedorismo, entre outras). Uma consequência direta desse processo é a oposição gerada entre os próprios trabalhadores na obtenção de empregos, melhores posições de trabalho, salários mais altos, posições de poder na instituição:

A subjetividade “capturada” do Toyotismo se constitui não apenas no local de trabalho, mas principalmente nos espaços da reprodução social degradados. Isto é, espaços-tempo de vida social imersos na mercantilização universal. Na medida em que a política neoliberal significou a corrosão da esfera pública e a vigência dos valores mercantis e do individualismo de mercado, ela contribuiu para a precarização da reprodução social (ALVES, 2007, p. 190).

---

<sup>36</sup> Recomendamos a leitura do capítulo 1 – Dois Caminhos - do livro “Método científico: uma abordagem ontológica” do professor Ivo Tonet, no qual o autor explica como o capital moldou o pensamento científico moderno para que o mesmo tomasse as prerrogativas capitalistas como seus elementos determinantes.

A reprodução social constitui-se de práticas sociometabólicas que envolvem valores, expectativas, sonhos e ideologias<sup>37</sup> propagados pela mídia e os diversos veículos de comunicação (em especial chamamos a atenção para o grande papel desempenhado pelas redes sociais tais como *Facebook*, *WhatsApp* e *Instagram*, por exemplo). Estas práticas (de natureza histórica) constituem-se como elementos de forte poder de influência sobre a subjetividade humana. “Por isso, o Toyotismo precisa estender, pelo menos no plano do discurso, a lógica (e materialidade) da produção do capital para a totalidade social” (ALVES, 2007, p. 190).

Com base em tais considerações, além dos apontamentos de Souza (2016) e Laurell e Noriega (1989) os quais foram expostos no primeiro capítulo desta pesquisa, observamos que algo semelhante ocorre com o adoecimento do trabalhador. A exploração do trabalhador gera um processo de adoecimento relacionado ao trabalho, que por sua vez também se expande para além da esfera do trabalho, chegando aos outros espaços de reprodução social em um movimento dialético de determinação mútua. O indivíduo degrada sua saúde para produzir e valorizar capital, levando a inevitável reprodução do processo de acumulação de capital que gera o pauperismo, e que, por fim, produz adoecimento para os trabalhadores em outras dimensões da vida devido aos novos hábitos culturais e comportamentos adotados para se adaptar a sociedade. E esse processo se agrava com o toyotismo e sua captura da subjetividade, uma vez que o capital toma o “espírito operário” como um elemento de sustentação de seu processo de acumulação em tempos de crise estrutural do capital.

A precarização do trabalho promovida pela toyotismo é um elemento que permite entender o processo de adoecimento dos trabalhadores na contemporaneidade. Trata-se de uma forma de o capital desvalorizar ao máximo o trabalho humano, pois este existe na razão inversa da valorização do capital. O avanço das políticas neoliberais no sucateamento dos serviços públicos como saúde, educação, transporte, infraestrutura, entre outros, nada mais são que algumas das expressões da precarização diretamente ligadas ao adoecimento do trabalhador nas outras dimensões de sua vida, enquanto que as diversas modalidades de precarização do trabalho são utilizadas para baratear ao máximo o custo de produção com a

---

<sup>37</sup> Partimos do pressuposto de que a ideologia consiste “acima de tudo, aquela forma de elaboração ideal da realidade que serve para tornar consciente e operativa a práxis social dos homens. /.../ a ideologia é também, indissociável do primeiro aspecto, um instrumento da luta social que caracteriza toda sociedade, ao menos aquelas da ‘pré-história’ da sociedade” (LUKÁCS apud LESSA, 2012, p. 68). Assim, a influência e/ou persuasão só se efetiva, pois os nexos causais das relações entre os homens referem-se às escolhas dos indivíduos de acordo as representações de mundo que possuem.

força de trabalho. Tudo se relaciona, pois, o homem depende dos frutos do trabalho (sejam mercadorias ou serviços) para sobreviver. E se o próprio trabalho é precarizado, seu resultado será uma existência humana precarizada. Mas como o capital precariza o trabalho sob os auspícios do Estado neoliberal e da organização toyotista de trabalho?

Alves (2007) traz alguns elementos, sendo que o primeiro destes se refere às formas de remuneração, as quais levam em consideração fatores como antiguidade na empresa, mas principalmente sistemas de avaliação individual cuja maior função é estimular a competição individual entre os trabalhadores e, por conseguinte, estabelecer uma relação entre o desempenho do negócio e o comportamento do trabalhador

[...] às vezes um bônus salarial, ou o que conhecemos no Brasil como a Participação em Lucros e Resultados (PLR), corresponde a um terço do salário anual. Mas, o sistema de bônus pode ser reduzido e até eliminado, se a empresa tiver uma baixa performance (CORIAT apud ALVES, 2007, p. 194).

Trata-se de uma estratégia inteligente: a empresa retira a culpa do baixo desempenho no mercado dos fatores externos (como inflação, deflação, demanda, oferta, preço de moeda comercial internacional, custo com capital constante, entre outros) e os coloca sobre os ombros do trabalhador que não produziu o suficiente e com eficiência. Assim, obtém a justificativa perfeita para aplicar reduções salariais, demissões, corte de benefícios trabalhistas. O discurso predominante e o qual o próprio trabalhador incorpora é de que “a empresa não lucrou por que o trabalhador não colaborou”. No entanto, observando o caso brasileiro, observa-se que a precarização assume contornos ainda mais severos.

Segundo Druck (2013), a instabilidade e a fragmentação dos coletivos de trabalhadores enfraquecem as formas de resistência da classe. Dessa maneira, segundo a autora, configura-se no Brasil, uma nova forma de precarização social do trabalho, pois leva a regressão social em todas as dimensões:

1) Atinge tanto as regiões mais desenvolvidas do país (por exemplo, São Paulo) quanto as regiões mais tradicionalmente marcadas pela precariedade; 2) está presente tanto nos setores mais dinâmicos e modernos do país (indústrias de ponta) quanto nas formas mais tradicionais do trabalho informal (trabalho por conta própria, autônomo, etc.); 3) atinge tanto os trabalhadores qualificados quanto os menos qualificados. Enfim, essa precarização se estabelece e se institucionaliza como um processo social que se instabiliza e cria uma permanente insegurança e volatilidade no trabalho, fragiliza os vínculos e impõe perdas dos mais variados tipos (direitos, emprego, saúde e vida) para todos os que vivem do trabalho (DRUCK, 2013, p. 61).

Outro mecanismo é o trabalho em equipe. Já sabemos que ao trabalhar coletivamente o homem produz numa escala muito maior. Se para ganhar mais, o trabalhador deve produzir mais (e isso só se torna possível por meio das ações coordenadas da equipe), então a pressão dos outros colegas de trabalho pelo melhor desempenho também se torna um poderoso artifício produtivo (ALVES, 2007). O capitalista não precisa empregar funcionários com tarefas prioritariamente punitivas, de controle e avaliação; os próprios trabalhadores fiscalizam e cobram entre si maior rapidez e eficiência no trabalho.

Sob o Toyotismo, a competição entre os operários é intrínseca à ideia de “trabalho em equipe”. [...] Permanece ainda, de certo modo, uma supervisão rígida, mas incorporada (ou integrada) à própria subjetividade do trabalho. Em virtude do incentivo à competição entre os operários, cada um tende a se tornar supervisor do outro. Somos todos chefes, é o lema do trabalho em equipe sob o Toyotismo: “A Toyota trabalha com grupos de oito trabalhadores. Se apenas um deles falha, o grupo perde o aumento, portanto este último garante a produtividade assumindo o papel que antes era da chefia. O mesmo tipo de controle é feito sobre o absenteísmo” (WATANABE apud ALVES, 2007, p 196-7).

Tendo em vista estes elementos resultantes da crise estrutural do capital, a última estratégia de exploração do trabalho implementada sob moldes toyotistas é o que Alves (2007) denomina “emulação pelo medo”. Talvez esta seja a estratégia mais eficiente em uma época de grandes índices de desemprego, além de ataques neoliberais a direitos trabalhistas e sociais. Certamente o medo do desemprego se constitui elemento fundamental para intimidar a luta dos trabalhadores por melhores salários e condições de vida e trabalho.

A primeira forma de aplicar tal experiência aqui no Brasil já se dá na década de 1990, com a proliferação de planos de demissão voluntária, no intuito de excluir das indústrias e empresas, trabalhadores com experiência e conhecimento de luta sindical, em substituição por outros mais jovens, em vínculos precários, estágios probatórios e empregos informais. Assim, uma nova geração de trabalhadores, sem conhecimento ou tradição combativa ofereceria menos riscos aos empregadores uma vez que estariam envolvidos pelo medo do desemprego.

Um aspecto do dispositivo da “captura” da subjetividade é o esquecimento de experiências passadas, o apagar de memória de lutas e resistências e a construção ideopolítica de um novo mundo de colaboração e de consentimento com os ideais empresariais. Por exemplo, instaura-se uma nova linguagem empresarial, onde o trabalhador deixa de ser chamado de “operário” e “empregado” e passa a ser “colaborador”. Ao mudar a linguagem, elemento crucial do metabolismo social, o capital busca constituir um novo universo locucional adequado ao admirável mundo novo da colaboração de classe (ALVES, 2007, p. 199).

Além do medo do desemprego polarizar-se de um lado como elemento de submissão ao capital, do outro lado o estranhamento entre o trabalhador e sua herança de lutas por uma

sociedade diferente faz enxergar a si mesmo como “burguês em potencial”, reforçado pelo discurso da globalização, do empoderamento do sujeito como fator único para o sucesso em todas as dimensões da existência humana (trabalho, família, relacionamentos sociais e até amorosos).

A rigor, podemos dizer que a empresa não “captura” subjetividades dos velhos coletivos de trabalho, mas sim, incorpora em seu coletivo de trabalho vivo, subjetividades novas “capturadas” pelo novo sociometabolismo do capital. Emprega-se a nova geração de jovens recém-egressos das Faculdades de Administração de Empresas e Economia, jovens imersos em valores, expectativas e utopias de mercado, mais disposta a “colaborar” com as metas do novo capitalismo (basta observar as mudanças conceituais dos novos sistemas de recrutamento das empresas) (ALVES, 2007, p. 200).

Esta situação é ratificada pela própria forma como o capitalismo foi implantado no Brasil, onde o trabalho teve como característica principal a superexploração. Segundo Remijo (2012), o Brasil, desde os tempos coloniais, se configurou como um dos espaços privilegiados<sup>38</sup> para extração de *mais-valia* extraordinária, a qual é decorrente da remuneração muito abaixo do valor da força de trabalho. E isso não é apenas característica do trabalho industrial, como também se estende para o agronegócio e setor de serviços.

Ao fazer o levantamento bibliográfico de autores como Florestan Fernandes, Caio Prado Junior, José Chasin e Rui Mauro Marini, Remijo (2012) afirma que a formação do capitalismo brasileiro, constituiu-se para atender às necessidades do mercado externo, um regime produtivo marcado pelo atrofiamiento das forças produtivas, uma alta concentração de terras e pela dominação patrimonialista patriarcal.

Para que o capital se reproduzisse de forma ampliada na América Latina, uma parte dessa *mais-valia* (e, conseqüentemente, de valor) é transferida para o centro e outra parte nos países dependentes com lucro médio, o qual é canalizado para os donos dos meios sociais de produção e para a formação de um fundo público. Para conseguir manter essa taxa de excedente a burguesia latino-americana lança mão de modelos mais “sofisticados” para uma extração de *mais valia* (REMIJO, 2012, p. 37).

A forma ampliada de reprodução do capital, apontada por Marini (apud Remijo, 2012) é realizada por meio da intensificação do trabalho, prolongação da jornada de trabalho, da expropriação de parte do trabalho necessário ao trabalhador para se reproduzir. Isso compromete a própria capacidade do trabalhador de repor o desgaste de sua força de trabalho: de um lado causa o esgotamento precoce, e por outro retira os meios de consumir as mercadorias indispensáveis à conservação de suas forças. E no setor extrativista/agrícola esses

---

<sup>38</sup> Embora o autor chame atenção para o caso brasileiro, salienta que esta condição não é exclusiva do nosso país, apresentando-se também em outros países da América Latina.

fatores são ainda mais graves devido à sensibilidade (imprevisibilidade) dos elementos do capital constante (a natureza). Estas características nos remetem aos elementos trazidos por Alves (2007). Remijo (2012) observa que a extração de mais-valia extraordinária vai à contra-tendência da queda da taxa de lucro, como podemos verificar a seguir:

[...] a confluência entre a lei do valor trabalho - produzir um produto com menor trabalho possível, a fim de que a taxa de lucro permaneça o mais alto possível, resulta, portanto, na exploração mais abrupta – por isso acentua a tendência do exaurimento da força de trabalho. Não obstante, o trabalho assalariado na América Latina, que substituiu a forma escrava, foi acoplado às estruturas vinculadas ao mercado exterior, na produção de matéria prima e demais produtos que necessitam de muito trabalho; como a indústria automotiva, e simultaneamente, indústrias que tem alto grau de poluentes, assim, o trabalho assalariado é superexplorado e o seu valor está abaixo do valor da força de trabalho em outros países (p. 38).

Até mesmo a adoção de equipamentos específicos tem influência sobre a remuneração do trabalhador, uma vez que, por ser tecnologia ultrapassada, despande maior tempo de trabalho necessário para ser operadas, ao contrário do maquinário sempre mais moderno utilizado nas metrópoles capitalistas. Então, o empregador compensa essa diferença por meio da superexploração do trabalho (REMIJO, 2012), que é perfeitamente aplicável com o uso da organização toyotista de produção.

Dessa forma é possível observar que, embora nem Alves ou Remijo remetam a Mézáros (2011), as estratégias de extração de *mais-valia* por meio da superexploração da força de trabalho constituem-se numa forma de o capital lutar contra a tendência à queda da taxa de lucro, um dos elementos sobre o qual este autor realiza sua análise. O desespero do capital em crise estrutural o leva a adotar medidas que intensificam o processo de precarização do trabalho gerando graves consequências para os trabalhadores em condições de superexploração como os brasileiros.

O resultado é o aumento do adoecimento dos trabalhadores em múltiplas dimensões, bem como o surgimento de novas doenças, novos padrões de convalescência que atingem desde o corpo até a mente do indivíduo. Desde o trabalho até as condições de lazer. É sobre essas expressões sobre as quais nos debruçaremos no próximo item.

### **3.2 As expressões do adoecimento nos trabalhadores brasileiros na atualidade**

Nesse estudo partimos do pressuposto que o adoecimento dos trabalhadores de forma geral, é originário da exploração do trabalho pelo capital e que esse fenômeno se expande da esfera da produção às outras dimensões da vida do indivíduo. No capítulo 1, demonstramos

como esse processo se deu inicialmente e como funcionam em seus elementos mais simples. No capítulo 2, observamos as consequências desse processo no adoecimento dos trabalhadores ao longo do século XX, com destaque para as particularidades do adoecimento dos trabalhadores brasileiros, haja vista o perfil epidemiológico heterogêneo assumido por essa população. Neste capítulo procuramos demonstrar como o adoecimento dos trabalhadores brasileiros se manifesta na transição entre os séculos XX e XXI, ou seja, no período de crise estrutural do capital, de vigência da doutrina neoliberal e do predomínio da toyotista de produção.

Antes de continuar, reforçamos o entendimento de que o trabalho tal como é praticado no modo de produção capitalista possui papel de destaque para entender o adoecimento nesta sociedade: um trabalhador que passa 8 horas por dia trabalhando de segunda a sexta, com mais 4 horas aos sábados e que geralmente leva de trinta minutos à uma hora (quando o tempo de ida e vinda do emprego não ultrapassa em muito esse tempo) no deslocamento até o local de trabalho, na maioria das vezes não dispõe de tempo para preparar ou comprar (quando ganha vale-refeição) uma alimentação com todos os nutrientes necessários ao funcionamento fisiológico do organismo, nas três refeições básicas diárias; bem como para se exercitar no mínimo três vezes por semana, haja vista que chega exausto do emprego; ou para usufruir de momentos de lazer que proporcionem boas condições mentais que favoreçam enfrentar os desafios da rotina diária que envolve o emprego, estudos, relações afetivas e sociais. De forma geral, as causas do adoecimento quando abordadas, são vistas em sua face imediata, o que reproduz o padrão de cientificidade moderno pautado na imitação do estudo dos objetos da natureza. Os pesquisadores não levam em consideração que o homem transcende o estado de natureza e entra em um novo estado de existência, o ser social.

A realização de trabalho é fundamental para o desenvolvimento do homem, pois além de proporcionar a satisfação de suas necessidades, também cria um campo de inúmeras atividades que não são trabalho, porém sem as quais o homem não pode viver em sociedade (demos como exemplo o surgimento das profissões da saúde), realizando a *práxis*. Na *práxis* é possível verificar que, para além das objetivações do trabalho, o homem também projeta e se realiza nas objetivações materiais, ideais, da ciência, da filosofia, da arte, entre outros. Com isso, ele constrói um mundo de valores, obras e produtos inteiramente humano. Conforme

Netto e Braz (2010) afirmam, a *práxis* revela que o homem<sup>39</sup> é criativo e autoprodutivo, ou seja, resultado de sua autoatividade, sendo fruto do que fez e do que faz de si mesmo.

Para Lessa (2007), é isso o que permite a constante construção de novas situações e relações entre os homens e garantir sua reprodução social. Por isso, ainda de acordo com o autor (2007, p. 145-46): “não há qualquer possibilidade de reprodução social sem a transformação da natureza nos meios de produção e meios de subsistência imprescindíveis a cada sociedade”.

Para Lukács (2012), (a partir das observações de Marx sobre o trabalho como condição exclusiva, distinta, e diferenciada das atividades naturais) o fato de o homem ser a único ser a praticar trabalho o torna, por conseguinte, o leva a ter uma existência distinta e diferenciada (afastada), superando as barreiras naturais a sua sobrevivência. Esta nova condição não exclui a natureza do homem, porém leva a diminuição de sua determinância sobre o comportamento humano:

[...] o ser social pressupõe, em seu conjunto e em cada um dos seus projetos singulares, o ser da natureza inorgânica e o da natureza orgânica. Não se pode considerar o ser social como independente do ser da natureza, como antítese que o exclui, o que é feito em grande parte pela filosofia burguesa quando se refere aos chamados “domínios do espírito” (LUKÁCS, 2012, p. 286-87).

Quanto mais o homem se afasta das barreiras naturais, menos o ser natural é condicionante em sua vida. Netto e Braz (2010) indicam como exemplo a fome. Trata-se da “sinalização natural de que o homem necessita de insumos (calóricos, proteicos) para a continuidade de seu funcionamento” (p. 38). Sob esse ponto de vista, a fome de um homem não é diferente da fome de outros animais, porém a forma de satisfazer tal necessidade é totalmente distinta: enquanto o animal pega o alimento como o mesmo se apresenta na natureza, para o homem o alimento deve passar por processos de transformação (higienização, preparo, cozimento, preferências de sabor e prazer, etc.) com valores e rituais historicamente determinados. Embora a necessidade de se alimentar seja natural, entre os homens, a forma de satisfazê-la é estritamente social.

Assim, com base em Marx e Lukács, Lessa (2007, p. 142, grifo nosso) afirma: “O trabalho é fundante do ser social: é um modo exclusivamente humano de transformar a

---

<sup>39</sup> Ao utilizar a palavra homem, os autores se referem a gênero humano. Não o homem tomado singularmente, mas a totalidade que compreende a humanidade. Chamamos atenção para esta nota de rodapé afim de que o leitor não interprete que recaímos na prioridade da subjetividade predominante do pensamento científico burguês.

natureza que, intrinsecamente, é também um processo de transformação da própria natureza humana.” Portanto, a manifestação do trabalho acrescentou ao homem a condição de ser social, um fenômeno que diferencia o homem de outros animais, promovendo uma evolução humana não determinada de acordo com regras naturais, mas resultado das relações dos indivíduos humanos entre si para produzir o que a sociedade necessita e reproduzi-la.

Entre essas novas atividades, indispensáveis à reprodução do ser social está a saúde, a qual consiste em um complexo socialmente determinado. Essa proposição leva ao questionamento de qual (is) é (são) o determinante (s) social da saúde. Para responder a essa pergunta recorreremos as reflexões de Buss e Pellegrini Filho (2007) e Souza (2012b) acerca do que é comumente visto na saúde como “Determinantes Sociais da Saúde” (DSS). Segundo Buss e Pellegrini Filho (2007), a discussão sobre os DSS ganhou grande importância no final da década de 1990 e início dos anos 2000, sendo inclusive conceituada pela Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) como “fatores econômicos, sociais, culturais, étnico/raciais, psicológicos e comportamentais, que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população” (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007, p. 78).

Tal definição leva em consideração estudos como os de Whitehead; Adler (2000; 2006, apud Buss; Pellegrini Filho, 2007), os quais tratam das iniquidades de Saúde definidas como as desigualdades de saúde entre os diferentes grupos populacionais. O estudo dos determinantes sociais de saúde volta-se então, para construir uma grade hierárquica de acordo com o grau de proximidade do fator determinante com o indivíduo. Assim, fatores genéticos e hábitos pessoais encontram-se mais próximos do indivíduo, e portanto detém maior determinação sobre sua saúde, do que fatores sociais e laborais, por exemplo.

Há várias abordagens para o estudo dos mecanismos através dos quais os DSS provocam as iniquidades de saúde. A primeira delas privilegia os “aspectos físico-materiais” na produção da saúde e da doença, entendendo que as diferenças de renda influenciam a saúde pela escassez de recursos dos indivíduos e pela ausência de investimentos em infraestrutura comunitária (educação, transporte, saneamento, habitação, serviços de saúde etc.), decorrentes de processos econômicos e de decisões políticas. Outro enfoque privilegia os “fatores psicossociais”, explorando as relações entre percepções de desigualdades sociais, mecanismos psicobiológicos e situação de saúde, com base no conceito de que as percepções e as experiências de pessoas em sociedades desiguais provocam estresse e prejuízos à saúde. Os enfoques “ecossociais” e os chamados “enfoques multiníveis” buscam integrar as abordagens individuais e grupais, sociais e biológicas numa perspectiva dinâmica, histórica e ecológica (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007, p. 82).

De tais abordagens surgem os modelos esquemáticos dos DSS, entre os quais destacamos o modelo de Dalgren/Whitehaed o qual coloca o indivíduo no centro e ao redor camadas nas quais estão postos os DSS. Assim, na primeira camada, situam-se as características individuais como sexo e fatores genéticos, ou seja, decorrentes da dimensão natural do indivíduo; na segunda camada, estão os comportamentos, hábitos individuais como, por exemplo, fumar ou ingerir outras drogas. A camada seguinte se refere a influência das relações comunitárias e familiares entre as quais o indivíduo se encontra. Na próxima camada estão os fatores trabalho e condições gerais de vida como acesso a serviços, alimentação, saúde, segurança e habitação. Por fim, a última camada traz os fatores culturais, econômicos, ambientais que consideramos como de forte influência sobre as outras camadas (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Olhando atentamente para a disposição dos DSS no modelo acima, observamos que o modo de produção capitalista é desconsiderado como principal elemento causador do adoecimento em nossa sociedade (ao contrário do que apregoamos em nosso texto). A primeira camada desse modelo traz a causa primeira do adoecimento como estritamente biológica, ignorando que uma condição de adoecimento decorrente de mutação genética muitas vezes precisa de um gatilho emocional para se manifestar (como alguns casos de esquizofrenia, por exemplo). Este gatilho é disparado por uma situação de estresse, ansiedade, terror, entre outros, provocada pelo trabalho, relações familiares e comunitárias ou episódios de violência por exemplo.

A segunda camada expõe os hábitos individuais como causadores do estado de adoecimento. Assim culpabiliza o indivíduo por sua própria enfermidade. Entretanto, desconsidera que os hábitos do sujeito são construídos historicamente numa relação dialética com a totalidade social o que pode levá-los a adotar comportamentos de maior ou menor risco para a saúde. Uma escolha feita de acordo também com suas experiências pessoais e contexto social em que está inserido. Por exemplo, o acesso à educação de qualidade desde o nível básico até o superior, proporciona maior conhecimento sobre o corpo, alimentação e hábitos saudáveis o que favorece uma condição de saúde mais adequada.

A terceira camada situa as relações pessoais e interpessoais, que também se desenvolvem historicamente de acordo com os valores culturais predominantes. Numa sociedade que encoraja a competição individual como atalho para o sucesso profissional,

econômico, amoroso, familiar, entre outros. A insensibilidade, a falta de empatia e inveja, por exemplo, geram a rivalidade entre indivíduos que resulta em vários tipos de violência.

Na quarta camada, os autores localizam o trabalho, delegando-lhe um papel periférico de influência sobre a saúde. Tal afirmativa mascara totalmente como o capital controla e interfere na vida humana a partir de seu controle sobre o trabalho, atividade central da vida humana. O ser social surge a partir do trabalho, da satisfação das necessidades humanas e, portanto, o ser natural deixa de ter preponderância sobre o desenvolvimento humano. Então, como pode o trabalho ser um determinante sobre a saúde do indivíduo e, ao mesmo tempo, ser tão afastado do mesmo? Por fim, é situada a importância dos elementos econômicos, culturais e ambientais como os elementos de menor determinação, porém vimos que os auspícios do capital por reduzir o tempo de trabalho socialmente necessário à produção de mercadorias levam o mesmo a colocar em risco a existência da própria humanidade. Embora os idealizadores afirmem que estes elementos se sobrepõem aos outros, sua importância é minimizada, haja vista sua localização como último determinante a se considerar. Assim recaímos no mesmo questionamento que fizemos na crítica aos elementos da quarta camada.

Souza (2012b) faz crítica ao modelo de Dalgren Whitehead o qual é sustentado e considerado aplicável ao caso brasileiro por Buss e Pellegrini Filho. Segundo o autor, os DSS são expressões da contraditoriedade entre capital e trabalho no âmbito da saúde, advindas da natureza destrutiva do capital, bem como seus processos de acumulação e reprodução. Uma situação que se agrava em tempos de crise estrutural do capital, pois intensifica o exaurimento do indivíduo:

[...] todos os impactos da crise social do capital rebatem sobre a saúde, como tem sido demonstrado nos estudos sobre os DSS. Mas, é preciso dizer que não são problemas desconexos entre si, nem fragmentos da realidade que ganham autonomia. Pelo contrário, constituem uma questão una, tendo sua base objetiva imbricada no processo de trabalho tal qual ele é desenvolvido no capitalismo, uma vez que tais mazelas sociais emergem de sua base material. Portanto, *temos no processo de acumulação capitalista, a determinação essencial para a problemática da saúde* (SOUZA, 2012b, p. 45, grifo nosso).

O autor observa, portanto que, embora os DSS's busquem as causas essenciais para o adoecimento dos trabalhadores é no processo de acumulação de capital, de onde decorre o pauperismo, que está a determinação central para a saúde. É no processo de acumulação (e também de reprodução do capital, pois um está ligado ao outro) que se encontra a raiz do adoecimento dos trabalhadores, que se manifesta de imediato no adoecimento relacionado ao trabalho e posteriormente nos outros âmbitos de existência do ser social. É possível observar a

repercussão desta condição em estudos como o de Laurell e Dejours (ambos já mencionados nos capítulos anteriores). Vejamos então como essa problemática se manifesta nos trabalhadores brasileiros.

Antunes (2014) realiza um estudo sobre o adoecimento em três segmentos industriais, respectivamente: indústria automobilística, agroindústria e o setor de telemarketing, a partir de Praun e Guanais bem como suas próprias considerações as quais não apenas identifica as doenças típicas que os trabalhadores de tais ramos desenvolvem como também outras características.

No primeiro caso analisado, o da indústria automobilística, foi constatado que a intensificação e aceleração do trabalho acarretaram alta incidência de acidentes e adoecimentos, além do alto número de demissões, fechamento de unidades produtivas e realocação de atividades. Planos de Demissão Voluntária (PDV), pisos salariais reduzidos e maior ritmo e intensificação do trabalho buscaram reduzir o tempo de operações (ou tempo de trabalho necessário) nessas empresas.

[...] há por parte da GM uma prática intensificada de redução do “tempo morto” de trabalho, através da reorganização dos ciclos de operações. Um exemplo pode ser encontrado no ciclo de operações de fixação dos freios ABS em picapes S10, executado em 175 segundos (Actual Takt Time), mas que, depois da reorganização, trouxe uma redução de quase 30% no tempo de execução. Do mesmo modo, uma mudança nos sistemas computadorizados de projeção e execução do processo produtivo foi realizada pela GM, acarretando maior intensificação do trabalho. São claras as palavras do vice-presidente de manufatura da GM América do Sul: “Graças à tecnologia e ao processo de melhorias contínuas, podemos ganhar um segundo a mais, dois segundos a mais no ciclo de cada veículo”. E acrescenta: “Para se ter uma ideia da importância disso, em Gravataí, que tem capacidade para 360 mil unidades por ano, ganhar um segundo, só nas operações de gargalo da produção, significa 7 mil carros a mais por ano” (Praun apud ANTUNES, 2014, p. 42-3).

Os próprios trabalhadores reconhecem que a intensificação do trabalho leva ao adoecimento inevitavelmente, pois a pesquisa de Praun retrata diversas queixas como o medo que evolui para o terror de ser demitido e perder o sustento da família; o assédio moral entre os colegas que são divididos em mais produtivos e menos produtivos dentro da mesma equipe. Uma vez que não alcançam a meta estabelecida, os próprios colegas de equipe encarregam-se de pressionar e aterrorizar o outro; esse tipo de prática por sua vez gerou estados de ansiedade que desembocaram no surgimento de diversos casos de portadores de Lesões por Esforço Repetitivo (LER).

As inúmeras Lesões por Esforço Repetitivo (LER) que afetam o corpo produtivo dos trabalhadores e trabalhadoras acabam por incapacitá-los definitivamente para o trabalho, e, na indústria automobilística, essas lesões localizam-se em maior

intensidade nos membros superiores, especialmente nos ombros e na região da coluna lombar e cervical. (ANTUNES, 2014, p. 44).

Observa-se assim que o ambiente de trabalho na indústria, bem como as relações nela contidas as quais os trabalhadores devem vivenciar gera quadros de adoecimento graves inclusive levando ao afastamento do trabalho. Entretanto, tal situação não se manifesta apenas na indústria. No setor de produção agrícola, o adoecimento também se manifesta com algumas especificidades.

No setor agrícola, especificamente no cultivo canavieiro (um dos maiores no país), tem-se como primeira particularidade, o salário atrelado ao volume de cana cortada por dia. Assim, o empregador intensifica o trabalho, forçando o trabalhador a cortar mais cana no menor tempo possível.

Com esse sistema de remuneração, os empresários se beneficiam sobremaneira, uma vez que o aumento da produção também “interessa” aos trabalhadores, que querem receber mais e para tal produzem em ritmo o mais intenso possível, diferentemente do sistema de trabalho pago por jornada, em que o pagamento independe diretamente do que foi produzido (ANTUNES, 2014, p. 45).

Dessa maneira, o autor aponta que acidentes, mutilações e exaurimento precoce são frequentes entre os trabalhadores desse ramo. Guanais (apud, ANTUNES, 2014) conclui que na agroindústria e indústria canavieira, a vinculação do salário diretamente à quantidade de cana cortada é elemento chave para o exaurimento precoce da força de trabalho, pois quanto mais o trabalhador produz, maior a remuneração. Disso resulta o prolongamento do tempo de trabalho excedente apropriado pelo capital, reforça a superexploração (tal como Remijo aponta) dos trabalhadores e a concorrência entre os mesmos.

Antunes (2014) chama atenção também o caso da produção avícola cuja organização de trabalho remonta ainda ao taylor-fordismo: uma esteira que leva o frango até o trabalhador e o mesmo deve desossá-lo com 18 movimentos em 15 segundos. O ambiente, barulhento, úmido, frio e com o forte cheiro característico levam ao frequente adoecimento e acidentes dos trabalhadores. São comuns as queixas de lombalgias, dorsalgias, dor nos ombros bem como o assédio moral sobre os trabalhadores para que os mesmos cumpram as metas de produção diárias.

Por fim, Antunes (2014) mostra o caso dos trabalhadores do telemarketing (call centers) como exemplo emblemático da precarização do trabalho no setor de serviços. Segundo o autor, jornadas de trabalho extensas e difusão de DORT são típicas deste setor. É

comum a restrição de horários para ir ao banheiro, tomar água e se alimentar. Muitas vezes o trabalhador dispõe de apenas 15 minutos para comer, beber água e ir ao banheiro, os quais devem ser compensados no fim da jornada. Logo em seguida deve se preparar para ficar sentado até 06 horas numa cadeira, sem poder levantar-se em hipótese alguma. Não é possível nem mesmo estabelecer vínculos e relações interpessoais no trabalho, pois não há como interagir durante o expediente e quando acaba a jornada diária os trabalhadores estão tão exaustos que não tem ânimo para conversar entre si. Uma situação reforçada por regimes internos de controle e coerção proporcionados pela aplicação da hierarquia: “Esse controle passa pela seguinte hierarquia: os diretores cobram os gestores (coordenadoras), que cobram as supervisoras, que por sua vez cobram as teleoperadoras, ampliando a escala de sofrimentos, constrangimentos e adoecimentos psicológicos no espaço de trabalho” (ANTUNES, 2014, p.48).

A intensificação do trabalho, que também obedece aos parâmetros de cumprimentos de metas, gera um perfil de adoecimento significativo no setor causados pelos ruídos, mobiliário não ergonômico, espaço físico limitado, entre outros. O que contribui para a disseminação de LER/DORT. Antunes (2014) dá uma mostra do quadro geral do adoecimento em uma grande empresa de telemarketing em Campinas:

Embora a pesquisa apresente inúmeros outros resultados, deve-se acrescentar que na unidade da Atento, em Campinas, de um contingente de 1.863 trabalhadores (396 são homens e 1.467 são mulheres), encontravam-se afastados do trabalho por doença ou acidente de trabalho cerca de 136 funcionários (aproximadamente 7,5% do total), e ainda desse total, somente seis (1,5%) eram do sexo masculino (p. 49).

Outra expressão da precarização do trabalho que ganhou grandes proporções e repercussões sobre o adoecimento da classe trabalhadora foi a expansão da terceirização. Segundo Antunes e Druck (2014), a terceirização consiste em mais uma das modalidades de acumulação flexível típicas do Toyotismo, na qual ao invés de contratar o trabalhador diretamente, a empresa (ou o Estado) firma um acordo com outra empresa prestadora de serviço. Assim, não há relação direta entre o trabalhador e o empregador, o qual se utiliza de outra empresa para intermediar essa relação. Dessa forma, o empregador desobriga-se de qualquer responsabilidade com a força de trabalho, relegando a mesma ao jugo da contratante direta.

A argumentação a favor da terceirização não esconde sua finalidade: aumentar a competitividade das empresas no mercado. Neste sentido, defensores da terceirização afirmam que esse regime promove menor redução de custos, o que reflete um preço menor no

produto final. Entretanto, recorrendo a Marx (1996a) e sua teoria da produção de *mais valia*, é possível entender que, se trabalhando para um único burguês o trabalhador já é expropriado do excedente que produz, trabalhando para dois burgueses (a empresa contratante e a contratada), o trabalhador é expropriado ainda mais. Significa então que, a terceirização nada mais é que um mecanismo de superexploração do trabalhador.

Desse modo, saltam os efeitos da precarização do trabalho em nível demasiado, com intensas jornadas de trabalho, intensificação do serviço, alta rotatividade, maior adoecimento e acidentes de trabalho, preconceito e discriminação entre trabalhadores terceirizados e os formais, fato que provoca ruptura na organização reivindicatória da classe (ANTUNES; DRUCK, 2014).

Terceirização significa intensificação do processo de exploração quanto de adoecimento. Ao descumprir a legislação trabalhista, o capital mostra que não obedece limites para explorar o trabalhador até suas últimas energias, desobrigando-se de qualquer “responsabilidade” (aparentemente) acerca das condições de trabalho. Nesse sentido, terceirizar é transferir os riscos da produção para os trabalhadores, assim como a relação de direito trabalhistas para outra empresa, ao mesmo tempo em que preserva a gestão definindo como deve ser o trabalho (ANTUNES; DRUCK, 2014).

O adoecimento ocupacional carece de um acompanhamento regular, dada a instabilidade e a rotatividade dos terceirizados que “saltam” de uma para outra empresa, ou setor de atividade, impedindo que se identifique o tipo de ambiente de trabalho que gerou o adoecimento e dificultando, dessa forma, o nexos causal entre a doença e o trabalho. Ao lado do adoecimento, a taxa de acidentes de trabalho é invariavelmente maior entre os trabalhadores terceirizados, assim como as vítimas fatais (Seligman-Silva, 1994, Franco, 2003, Druck, 2011, Sampaio, 2000, Dieese-CUT, 2011, apud, ANTUNES; DRUCK, 2014, p. 18).

Antunes e Druck (2014) continuam sua exposição trazendo dados do DIEESE sobre o adoecimento entre os trabalhadores terceirizados, mostrando que os mesmos são mais vulneráveis aos riscos e acidentes de trabalho devido à maior precarização a qual estão submetidos. Em especial nos setores de energia elétrica, extração e refino de petróleo e siderurgia. Entre 2006 e 2008 morreram 239 trabalhadores por acidente de trabalho dos quais 193 eram terceirizados. Além disso, enquanto a taxa de mortalidade média entre trabalhadores diretos foi de 15,06%, entre os terceirizados foi de 55,53%. De 1995 a 2010 foram registrados no Brasil 283 mortes por acidentes de trabalho das quais 228 foram terceirizados.

A terceirização significa assim corrosão da saúde do trabalhador, bem como a maior exposição desses trabalhadores ao adoecimento. É importante frisar o adoecimento mental que se agravou com o processo de terceirização e que se expressa com a intensificação do assédio moral no trabalho tanto por parte dos superiores quanto dos próprios pares do trabalhador. Barreto e Heloani (2013) definem o assédio moral no trabalho (ou assédio laboral) como um tipo de violência manifestada por constrangimentos e humilhações constantes no ambiente de trabalho com fins a produtividade crescente sustentada pelo autoritarismo e a hierarquização. O que gera no trabalhador uma subjetividade esgotada, também precarizada.

A violência no trabalho, também é decorrente da competição entre os trabalhadores, cada vez mais comum, incluindo comportamentos agressivos e abusivos que causam desconfortos as vítimas, intencionais ou não. Assim, o assédio moral no trabalho é apenas uma expressão da violência genérica (BARRETO; HELOANI, 2013). Não é simplesmente a mera agressão entre sujeitos, mas o uso do poder em diversos âmbitos (político, ideológico, econômico, e em especial psicológico) para submeter o outro a uma inferioridade social no meio de trabalho subjulgando-o de acordo com sua vontade.

Mas o assédio laboral pode ser considerado um desdobramento da violência no trabalho ainda mais grave, já que consiste em um conjunto de procedimentos que levam o trabalhador até o limite de não mais suportar e pedir demissão do emprego. Isto quando não desenvolve uma doença laboral grave e/ou transtorno psicológico. São condutas, expressões verbais, ameaças, constrangimentos, desmoralizações aplicadas de forma repetida e sistemática no ambiente laboral (BARRETO; HELOANI, 2013).

Barros e Mendes (2003), já apontam algumas características do assédio laboral em construtoras, nas quais o trabalho é realizado de forma terceirizada, porém sob características taylorista-fordistas: a submissão, as exigências por um serviço eficiente e rápido, o medo de demissões e a ausência de vínculos formais a insegurança no trabalho, foram elementos apontados pelos trabalhadores terceirizados, além da fragilidade emocional. Embora os trabalhadores referissem estratégias dos supervisores para “reconhecer” sua importância, como deixar de conferir o trabalho após o término ou a realização de confraternizações com o fim da obra, estas medidas mostram-se de mínima relevância quando o trabalhador apreende que é de sua inteira responsabilidade que a produtividade não cesse, ainda que esteja fatigado física e mentalmente.

Disso deduz-se que as exigências relacionadas à sobrecarga de trabalho elevam o risco para o desenvolvimento de ansiedade e estresse laboral, acentuando-se ainda mais com a iminência de julgamentos de produtividade (BARRETO; HELOANI, 2013). Tendo em vista, portanto, o sofrimento psíquico causado pelo trabalho precarizado com a acentuação do assédio moral no trabalho na modalidade toyotista de produção, é possível afirmar que, com o processo de terceirização, o assédio pode atingir patamares ainda mais graves, tendo em vista o impacto que esse processo tem sobre os direitos trabalhistas e as relações entre os trabalhadores.

O estudo de Barreto e Heloani nos lembra a tese de Dejours (2015), a qual afirma que o trabalho pode enlouquecer o indivíduo, pois toda organização hoje utiliza seus recursos humanos até não poder mais extrair *mais-valia* dos mesmos, dispensando-os quando não lhe são mais úteis.

Sob esse contexto é possível entender as particularidades do adoecimento mental que se configura como uma dimensão importante dentro da problemática do adoecimento. Porém, trazer dados sobre tal problemática no Brasil mostra-se um desafio. Primeiro, por não haver um sistema de notificação compulsória para agravos mentais que seja aplicado nos serviços de acompanhamento aos portadores, o que dificulta o levantamento epidemiológico sobre esse tipo de adoecimento. Em segundo lugar, pois ao se pesquisar o tema em bases de dados como a Biblioteca Virtual em Saúde – BVS – nota-se maior preferência dos pesquisadores quanto a agravos mentais decorrentes do uso de drogas lícitas e ilícitas. Apresentaremos assim, os dados obtidos diante das condições acima mencionadas.

Segundo Santos e Siqueira (2010), o adoecimento mental produz um alto custo social e econômico, pois é universal: pode atingir qualquer pessoa em qualquer idade, causando desde consequências temporárias, até efeitos graves e definitivos, os quais acarretam redução da qualidade de vida de seus portadores e familiares.

Em estudo realizado pela Organização Mundial da Saúde – OMS no ano de 1996:

[...] das 10 principais causas de incapacitação em todo o mundo, cinco delas estavam associadas aos TM [Transtorno Mental], entre elas a depressão (13%), a ingestão de álcool (7,1%), os distúrbios afetivos bipolares (3,3%), a esquizofrenia (4%) e os distúrbios obsessivo-compulsivos (2,8%). O relatório da OMS e da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) assinala que os TM correspondem a 12% da carga mundial de doenças e a 1% da mortalidade, quando menos de 1% dos recursos da saúde é investido em ações para a saúde mental. Apesar disso, mais de 40% dos

países ainda carecem de políticas em saúde mental e 30% não têm programas nessa esfera (SANTOS; SIQUEIRA, 2009 p. 239).

Já uma pesquisa realizada pelo Consórcio Internacional de Epidemiologia Psiquiátrica (ICPE) da OMS, publicado em 2000, na América Latina constatou-se que o Brasil era o país que apresentava maior prevalência de TM na população entre 15-59 anos, apresentando altos índices de ansiedades, transtornos de humor e relacionados ao uso abusivo de substâncias psicoativas (SANTOS; SIQUEIRA, 2009).

Pereira e Vianna (2009) citam diversos estudos que afirmam a relação entre as condições socioeconômicas e a incidência/prevalência de TM (LEWIS et al., 1998, LUDEMIR; LEWIS, 2001; LOPES, 2003; BRIDGES; GOLDBERG, 1985; GOLDBERGS; BRIDGES, 1988; ÜSTUNS; SARTORIUS, 1995), nos quais a incidência de quadros depressivos, ansiosos, estressantes está associado à pobreza e baixa escolaridade, além de haver predomínio entre o sexo feminino.

No Brasil, o mais extensivo estudo sobre prevalência de transtornos psiquiátricos na comunidade foi realizado por Naomar Almeida Filho et al. (1997) em três capitais brasileiras. Esse estudo evidenciou prevalência anual potencial de casos psiquiátricos, ajustada pela idade, que variou de 19% (São Paulo) a 34% (Brasília e Porto Alegre). Os transtornos ansiosos foram os mais prevalentes (chegando a 18%) e o alcoolismo, consistente em todos os locais pesquisados, situou-se por volta de 8%. Os quadros depressivos apresentaram muita variação, de menos de 3% (São Paulo e Brasília) até 10% (Porto Alegre) (PEREIRA; VIANNA, 2009, p. 38).

No estudo de Fortes, também citado por Pereira e Vianna (2009), em que são avaliados 714 pacientes portadores de transtorno mental atendidos na rede de atenção básica do município de Petrópolis, constatou-se que 33% sofriam de transtornos depressivos, ansiosos, somatoformes e dissociativos, sendo considerada uma alta prevalência.

Dados da Associação Brasileira de Psiquiatria estimam que, em 2011, cerca de 20% da população brasileira apresentou algum tipo de sofrimento mental. Desse total, 10% sofreu com depressão; 3,4% com Distúrbio de Ansiedade Generalizado; 3,5% com distúrbio de pânico; 1% com transtorno bipolar; 1% com esquizofrenia; e 1,1% são outros distúrbios<sup>40</sup>.

Esses dados se referem aos índices de transtorno mental em geral, porém, se observarmos o sofrimento mental sob o prisma da saúde pública, vemos que o mesmo está intimamente relacionado à ocupação do indivíduo. O transtorno mental relacionado ao

---

<sup>40</sup><http://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2011/04/conheca-doencas-mentais-mais-comuns-e-saiba-onde-procurar-ajuda.html>. Acessado em 20/08/2016

trabalho, configura-se como grave problema e que assume a dimensão mais expressiva nesta modalidade.

Ao fazer o levantamento sobre esse tipo de adoecimento, Souza (2012a), traz dados importantes sobre essa problemática na contemporaneidade. Segundo Teixeira, em 2007 a terceira maior causa de concessão de benefícios previdenciários no país foram os transtornos mentais relacionados ao trabalho (apud SOUZA, 2012a).

Dados da Previdência Social em 2014, afirmam que:

[...] doenças motivadas por fatores de riscos ergonômicos e a sobrecarga mental têm superado os traumáticos – como fraturas. Enquanto as primeiras, responsáveis pelos afastamentos por doenças do trabalho, alcançaram peso de 20,76% de todos os afastamentos, aquelas do grupo traumático, responsáveis pelos acidentes típicos, representaram 19,43% do total. Juntas elas respondem por 40,25% de todo o universo previdenciário<sup>41</sup>.

Isso significa que o adoecimento mental adquiriu nos últimos anos uma dimensão cada vez mais significativa no adoecimento relacionado ao trabalho. Souza (2012a) cita diversos estudos nos quais as síndromes de estresse, fadiga crônica, quadros neuróticos pós-traumáticos, quadros depressivos, síndromes paranoides e de insensibilidade, além de alcoolismo.

O trabalho de Seligman-Silva demonstra, por exemplo, como o sono dos trabalhadores é afetado por ciclos desregulados, nos quais o trabalhador fica acordado à noite, gerando fadiga que por sua vez desdobra-se em desânimo, irritabilidade, insônia, entre outras crises mentais agudas. Outras condições que impõe sofrimento mental ao trabalhador é o medo: do esgotamento, de acidentes de trabalho, de não dar conta da tarefa, intoxicações, etc (apud SOUZA, 2012a).

A culminância de um processo de adoecimento mental relacionado ao trabalho pode chegar ao extremo quando o trabalhador comete o suicídio. Este não é um fenômeno recente, mas se arrasta como um sintoma latente da precarização do trabalho, desde o século XIX conforme se constata em alguns textos (MARX, 1996a; ENGELS, 2008; DEJOURS, 2015; VILLERMÉ apud DEJOURS, 2015).

---

<sup>41</sup> <http://www.previdencia.gov.br/2014/04/saude-e-seguranca-do-trabalho-estudo-da-previdencia-social-indicanda-nas-causas-de-afastamento-do-trabalho/>. Acessado em: 20/08/2016

Segundo Netto (2013), o suicídio revela as condições desumanas de trabalho, as quais os trabalhadores estão submetidos, em especial devido ao estresse sofrido relacionado ao excesso de trabalho. Isto por sua vez, acaba sobrecarregando as outras dimensões da vida do trabalhador como, a familiar, social e afetiva, tornando a vida insuportável ao indivíduo. No Japão, o suicídio decorrente do sobretrabalho (*karô-jiatsu*) se tornou nos últimos anos tão expressivo quanto a própria morte por sobretrabalho (*karoshi*). O autor continua sua explanação dando outros exemplos como os seis suicídios ocorridos entre 2006 e 2007 nos complexos das fabricantes de automóveis francesas Renault e Citroën. Outro caso importante registrado foram os 60 suicídios durante a privatização da empresa francesa de telecomunicações *France* Télécom. Na empresa francesa de serviço postal “La Poste” houve 17 suicídios em 2010 e 11 entre 2011 e início de 2012. Nestes casos, para além dos efeitos precarizantes que envolvem o cumprimento de metas produtivas e de cortes salariais e de benefícios, esteve presente como fator preponderante o assédio moral no trabalho como mostrado por uma das vítimas em suas últimas palavras: “por três anos, eu tive a impressão de estar sendo assediado e acuado por meus superiores” (La Poste apud Netto, 2013, p. 133).

No Brasil, Netto (2013) cita o importante estudo de Xavier publicado em 1998, no qual são relatados aproximadamente 72 suicídios entre 1993 e 1995 apenas no serviço bancário. Uma das vítimas é categórica em sua última nota ao afirmar que “este suicídio não tem ninguém culpado, a não ser o Baneb, pois não suporto mais esta vida de cão. Por favor, não condenem ninguém da minha família. Adeus” (p. 129). Também chama a atenção o suicídio entre os trabalhadores de zonas rurais que entre 1999 e 2009 chegou a 1876 mortes registradas, em especial pela ingestão dos agrotóxicos, os quais os trabalhadores utilizam em seu dia-a-dia (BOMBARDI apud NETTO, 2013).

Observa-se assim, as implicações da produção capitalista que ao buscar ampliar-se também amplia o adoecimento do trabalhador cuja a subjetividade fica marcada pela fragilização, precariedade e pelo fracasso (BARRETO; HELOANI, 2013). E tal situação se agrava à medida que, ao ser demitido, o indivíduo tenta se reengajar no mercado sem sucesso. Uma dificuldade resultante da proliferação do desemprego estrutural, que limita ao trabalhador à aquisição dos meios essenciais à sua reprodução por meio da venda de sua força de trabalho.

A impossibilidade de o capital retomar seu processo de acumulação ao molde das crises cíclicas, gera assim, um perfil de adoecimento muito mais perverso, pois é mais sutil e

graças à captura da subjetividade grande parte dos trabalhadores nem reconhece o adoecimento como consequência do conflito entre capital e trabalho em tempos de crise estrutural do capital. Este perfil de adoecimento relacionado ao trabalho repercute sobre outros tipos de adoecimento dos trabalhadores. O qual nos deteremos agora.

### **3.3 O adoecimento em outras dimensões da vida dos trabalhadores brasileiros**

No item anterior, observamos alguns dados sobre o adoecimento relacionado ao trabalho manifestados nos trabalhadores brasileiros no atual contexto econômico-político neoliberal. O que caracteriza esse adoecimento é a superexploração do trabalho que tem por consequência um processo de precarização mais agressivo sob os ditames toyostistas de produção. Isto pois, a Crise Estrutural do Capital (tal como propõe Mészáros) por ser insuperável dentro dos limites da sociedade capitalista, leva o capital a buscar ao máximo retomar o crescimento da taxa de lucro e o processo de acumulação, nem que para isso precise atacar o Estado, os direitos trabalhistas, e o protecionismo econômicos dos países capitalistas periféricos diretamente.

Esse ataque, inevitavelmente tem repercussões para a saúde, gerando quadros novos de adoecimento e agravando outros que se manifestam nas outras esferas da vida do trabalhador, não apenas no trabalho. Entretanto, não é uma via de mão única, a centralidade do adoecimento relacionado ao trabalho também é influenciada pelo adoecimento fora dele. Consiste numa relação dialética entre ambas, mas que tem o momento predominante no primeiro.

Dessa forma, o objetivo deste item é realizar a discussão acerca das expressões do adoecimento em geral entre os trabalhadores brasileiros na atual conjuntura neoliberal relacionando-as as demandas do capital. Para tanto, consideramos os estudos de Buss (2007), Araujo (2012), Minayo (2005), Dejours (2015) e Souza (2012b), os quais, quando submetidos a uma análise em conjunto, permitem identificar que o adoecimento em geral se expressa no século XXI, não apenas no mundo como também aqui no Brasil, em cinco formas principais: a transnacionalização de doenças infectocontagiosas; o aumento da incidência de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT); o adoecimento e morte por causas externas; o adoecimento causado pelo sofrimento mental; e o adoecimento decorrente do trabalho. No entanto, uma vez que já realizamos a discussão acerca das duas últimas expressões do adoecimento elencadas, nos deteremos a entender as determinações envolvidas nas demais.

### 3.3.1 O Perfil das doenças infectocontagiosas

Nos últimos anos do século XX, a população trabalhadora brasileira teve sua saúde influenciada por significativas mudanças em seu perfil de adoecimento. Já em 1992, Duarte de Araújo<sup>42</sup> apontava tais mudanças com base nas transformações econômico-sociais ocorridas no país a partir de meados do século XX, no qual doenças crônicas tiveram sua presença ampliada no quadro de adoecimento populacional ao mesmo tempo em que agravos infecciosos persistiam como mazelas ainda insuperáveis. Posto o contexto da transição epidemiológica (tal como foi denominado esse fenômeno), começaremos nossa discussão trazendo alguns dados sobre as principais doenças infectocontagiosas ainda presentes na realidade brasileira conforme a classificação do Ministério da Saúde em 2010.

De acordo com o Ministério da Saúde, a situação das doenças infectocontagiosas no Brasil, a partir da década de 1980, constitui um quadro complexo que se expressa em três tendências: doenças transmissíveis com tendência declinante; doenças transmissíveis persistentes; doenças transmissíveis emergentes e reemergentes (MINISTÉRIO DA SAÚDE/BRASIL, 2010).

A primeira tendência se refere a doenças superadas do ponto de vista endêmico, a exemplo da varíola (erradicada de 1973), da poliomielite (erradicada de 1989) e do sarampo (cuja transmissão contínua foi interrompida no início de 2000, embora tenha sido registrado um surto da doença em 2006 em dois municípios do estado da Bahia que rapidamente foi isolado e controlado). Outras doenças como o tétano neonatal e a raiva humana, ainda que não tenham sido totalmente erradicadas, apresentaram franca redução, assim como difteria, tétano acidental, coqueluche, graças a intensificação das ações de imunização. Ao mesmo tempo, doenças como febre tifóide, filariose, doença de Chagas, malária e oncocercose conseguiram ser limitadas a áreas geográficas restritas dificultando sua disseminação (IDEM, 2010).

Muitas dessas doenças foram eliminadas (ou amplamente reduzidas do quadro epidemiológico brasileiro) devido a sua repercussão negativa para a economia. De acordo com Aguiar (2011) e Geovanini (2010), a superação dessas morbidades foi pressuposto necessário para a vinda de multinacionais e abertura de comércio com países europeus e

---

<sup>42</sup> O Estudo de José Duarte de Araújo “Polarização Epidemiológica no Brasil” foi publicado originalmente em 1992 e republicado em 2012 (*in memoriam*) pela revista “Epidemiologia e Serviços de Saúde, nº 21 (4), dez-out, 2012”. Chamamos atenção por ser um dos primeiros a debruçar-se sobre a transição epidemiológica no caso específico do Brasil.

Estados Unidos. Sendo o Brasil um campo de superexploração da força de trabalho, o governo investiu maciçamente em campanhas profiláticas e de imunização em massa que, embora tivessem o efeito positivo de prevenir doenças, tinha como objetivo real preservar a vida da força de trabalho, superando altas taxas de morbidade e mortalidade por doenças infecciosas. Observa-se então como a ocorrência de doenças infectocontagiosas relacionam-se as demandas do capital de início.

A segunda tendência observada refere-se a doenças transmissíveis que ainda persistem no quadro epidemiológico brasileiro. Neste grupo podemos citar o caso da tuberculose, que mesmo tendo apresentado significativa diminuição entre 2000 e 2007 de 47,81 para 38,2 por 100 000 habitantes, ainda persiste entre as doenças infecciosas mais prevalentes (IDEM, 2010). O Brasil constitui-se como um dos 22 países considerados prioritários para controle de tuberculose. De 2005 a 2014 foram diagnosticados 73 mil novos casos a cada ano e em 2013, 4 577 óbitos devido à doença. Ainda assim, a doença permanece controlada e em gradativa redução de sua incidência passando de 41,5/100 000 habitantes em 2005 para 33,5/100 000 habitantes em 2014 (SEGURADO; CASENOTE; LUNA, 2016). Para os autores, em parte, tal número pode não ter caído ainda mais, pois o abandono do tratamento prolongado (que é de no mínimo seis meses) mantém o paciente ainda infectante, além de provocar a reincidência da doença. O abandono normalmente é provocado pelo estigma social da doença que leva o paciente a se afastar do trabalho e de outros locais de interação social. A tuberculose por muito tempo foi vista como a doença de “boêmios”, “vagabundos”, “alcoolistas” e “prostitutas”. Uma doença típica de pessoas que se entregaram a uma vida de excessos e irresponsabilidades. Por isso, a melhora no quadro de sinais e sintomas (que leva o paciente a crer que está curado antes do término do tratamento) simboliza o retorno do respeito próprio e o fim da vergonha imposta pela doença. O abandono da medicação simboliza ao paciente o abandono da própria doença e o retorno da aceitação social.

Outra doença que também persiste no quadro epidemiológico brasileiro é a malária na região norte do país. Os surtos de malária durante a década de 1980 geravam de 300 mil a 400 mil casos por ano, chegando a 500 mil casos em 1995. A partir dos anos 2000 registrou-se queda nos casos de até 43% entre 2006 e 2008, entretanto ainda são notificados na Amazônia Legal cerca de 300 mil novos casos/ano. A maior parte dos registros é oriunda de áreas rurais, embora 15% dos casos provenham de áreas urbanas (MINISTÉRIO DA SAÚDE/BRASIL, 2010; DUARTE; BARRETO, 2012).

Segundo Braz, Duarte e Tauil (2013), a incidência de malária na região amazônica relaciona-se as formas de exploração econômica da terra, as quais se intensificaram nos últimos anos. O avanço da fronteira agrícola para a região, a pecuária, o extrativismo vegetal e mineral, bem como a construção de estradas e hidrelétricas são fundamentais para a propagação da doença, uma vez que tais atividades implicam transformação e ocupação dos habitats naturais do mosquito vetor da doença. Também é importante citar que essas áreas são ocupadas de forma desordenada, na maioria das vezes ilegalmente e sem estudos de impactos ambientais. O trabalho é realizado sem equipamentos de proteção individual (os autores apontam que a região de assentamentos de garimpo é uma das áreas de maior incidência da doença juntamente com áreas indígenas), viverem em áreas de difícil acesso em ambientes que favorecem a proliferação do vetor, ausência de projetos de saneamento e infraestrutura adequada e o desmatamento. A tudo isso é adicionado a dificuldade de o acesso aos serviços de saúde.

Na primeira tendência observamos que a atração de capitais estrangeiros para o país implicou na superação de doenças infectocontagiosas graves. Nesta segunda tendência, observamos doenças que não foram superadas totalmente pois, ao chegar no Brasil, as demandas produtivas do capital em crise estrutural forçam a intensificação de atividades extrativistas e predatórias sem dar o devido suporte. Cria-se assim, trabalhos precarizados, bem como condições de vida precárias que favorecem a permanência de tais doenças no quadro epidemiológico. E tal contradição não é superada pois implicaria maior responsabilidade e custos com uma força de trabalho que já é procurada por sua desvalorização monetária em relação a outros países.

Essa condição também faz parte das implicações presentes na terceira tendência, ou seja, das doenças transmissíveis emergentes e reemergentes. O ministério da saúde (2010) identifica estas doenças como as que surgiram no quadro epidemiológico recente, que assumiram novas condições de transmissão, ou que haviam sido controladas no passado, mas que ressurgiram como problema para a saúde pública. Podemos citar como exemplos a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – AIDS; a cólera; a dengue; e as recentes doenças adicionadas no quadro epidemiológico brasileiro: Zika e Febre Chikungunya.

De 1980 a 2007 foram notificados 474.273 casos de AIDS no Brasil. Para a Organização Mundial da Saúde – OMS – o Brasil possui uma epidemia concentrada com prevalência de infecção por HIV em 0,6% da população entre 15 e 49 anos de idade

(MINISTÉRIO DA SAÚDE/BRASIL, 2010). Ao final de 2014, em toda a população brasileira, foram registrados oficialmente 780.000 casos de pessoas portadoras de HIV. No que se refere à mortalidade causada pela doença, até o final de 2014 foram notificados ao Ministério da Saúde cerca de 290.929 óbitos e cerca de 450.000 pacientes estavam em uso de terapia antirretroviral fornecida pelo SUS, permitindo aumento de sobrevida aos portadores (SEGURADO; CASENOTE; LUNA, 2016).

A chegada da doença no Brasil na década de 1980 tem profunda relação com as transformações culturais e sociais ocorridas no mundo capitalista na década de 1960 (conforme visto no capítulo anterior). Porém, as repercussões de tal transformação foram retardadas no país pela vigência de um forte regime ditatorial superado em 1985. Dessa forma, tais valores culturais começaram a chegar no Brasil, seja pelo retorno de artistas e políticos exilados, seja pela abertura da economia para a ideologia neoliberal. O combate ao tradicionalismo, a luta contra o racismo e homofobia, a inserção de mulheres no mercado de trabalho, bem como sua libertação das amarras do tradicionalismo patriarcal e principalmente a liberação sexual só encontram espaço de avanço nesse momento.

Teodorescu e Teixeira (2003) apontam que os primeiros grupos onde a doença se manifestou foram entre jovens, homossexuais e em heterossexuais com múltiplos parceiros para posteriormente ser contraída por outros segmentos da população (foi descoberto posteriormente as formas de transmissão vertical, de mãe para filho, através de transfusão sanguínea e uso de agulhas e seringas compartilhadas por usuários de drogas injetáveis por exemplo). Não estamos afirmando aqui a premissa preconceituosa (e há muito superada) de que a AIDS é a “doença de homossexuais e promíscuos”, ainda forte no senso comum. Os autores destacam o papel de ativistas homossexuais na década de 1980 para informar corretamente a população sobre o que era a doença, como era transmitida, como se prevenir e assim combater ao estereótipo vinculado, em especial devido a forma de abordagem do assunto pela mídia na época. Entretanto é possível observar a contemporaneidade entre a disseminação da doença, tanto em países desenvolvidos quanto no Brasil e a influência do contexto da liberação sexual e da disseminação do uso de drogas como protesto as estruturas capitalistas abaladas pelo início da crise estrutural do capital. Ou seja, os novos comportamentos decorrentes das transformações internas da produção e reprodução da

sociedade capitalista do final do século XX, o que pode ter favorecido a proliferação da AIDS<sup>43</sup>.

Entre as doenças reemergentes podemos citar o caso da dengue, que faz parte do quadro epidemiológico brasileiro desde 1982. Para o Ministério da Saúde (2010), a principal dificuldade na superação da doença está no fato do mosquito *Aedes aegypti* ser domiciliado e se reproduzir facilmente em recipientes com água encontrados nos lixos do meio urbano. Por isso, requer um esforço articulado entre políticas públicas de limpeza urbana e mobilização social das comunidades para manter seu ambiente livre dos mosquitos. Em 2002 foram confirmados 697.000 casos da doença.

Segundo Segurado, Casenote e Luna (2016), a doença apresentou picos epidêmicos recentes em 2010, 2013 e 2015 chegando neste último ano a 164.000 casos prováveis. Uma média de 813 casos por 100.000 habitantes, sendo São Paulo o local com maior número de casos notificados. O estudo dos autores supracitados ainda afirma que há maior incidência da doença em bairros mais pobres, e afirmam que podem ter havido muito mais casos, haja vista que a recorrência de epidemias gerou habituação da população com a doença. Muitas vezes o doente não vai ao serviço de saúde (que durante os surtos ficam com grande fluxo de pacientes) para a realização da notificação. Outras doenças de comportamento epidemiológico similar a dengue e que ganharam notoriedade recentemente foram Febre Zika vírus e da Febre Chikungunya.

A partir de 2015 a febre Chikungunya e a febre Zika entraram na agenda de intervenção do Ministério da Saúde devido à dimensão epidêmica que alcançaram. Segundo dados do Ministério da Saúde, em 2016, até a semana epidemiológica 27 foram registrados 174.003 possíveis casos de febre causados pelo vírus Zika, sendo confirmados 78.421 (taxa de incidência de 85,1casos/100 mil habitantes). A região com maior número de casos é a nordeste com 67.544, seguida pela região norte com 66.991<sup>44</sup>. Trata-se de uma doença caracterizada pela baixa letalidade (foi registrado 01 óbito desde a detecção da doença) e pela alta morbidade/transmissibilidade.

---

<sup>43</sup> Chamamos atenção aqui para o fato de poucos estudos buscarem essa interrelação entre as transformações culturais do fim do século XX e a epidemia de AIDS. Existem alguns autores como Teodorescu e Teixeira (2003), dão indícios rasos dessa relação, porém não se aprofundam no debate. Não estamos afirmando categoricamente que existe essa relação, porém encorajamos outros pesquisadores a investigar este fenômeno com maior profundidade.

<sup>44</sup> Boletim Epidemiológico nº31. Vol. 47. Secretaria de Vigilância em Saúde, 2016. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/agosto/09/2016-026.pdf> Acessado em: 10/08/2016.

Assim como a febre causada pelo Zika vírus, a Febre Chikungunya ganhou visibilidade a partir de 2015. Dados do ministério da saúde (2016) apontam que em 2015 foram registrados cerca de 38.332 casos prováveis da doença, (18,7 casos/100 mil habitantes) dos quais foram confirmados 13.236 e 06 óbitos. Entretanto, observou-se que até agosto de 2016, foi registrado um grande aumento no número de casos possíveis da doença registrados, chegando a 169.656, sendo confirmados 63.000 e 38 óbitos.

Olhando atentamente a trajetória do perfil epidemiológico das doenças infecciosas no Brasil, observamos que enquanto algumas doenças apresentaram declínio, outras mantiveram-se estáveis, houve também as que apresentaram alta. Isso se deve ao recente processo de modernização econômica. O intenso êxodo rural para os grandes centros urbanos (conforme apontou Hobsbawn), gerou a uma saturação populacional que levou a ocupação desordenada de áreas florestais, de risco ambiental e de matas nativas. Isso tanto para expansão de cidades, quanto para cultivos comerciais (a expansão do plantio de soja no oeste baiano é exemplo emblemático) foram estratégias de cunho econômico com forte repercussão para a proliferação de tais doenças. E o aumento da população urbana também levou ao aumento da produção e acumulação de lixo, seja em aterros sanitários, ruas ou terrenos baldios os quais servem de meio para proliferação de vetores para essas doenças.

Todos estes fatores relacionam-se à devastação ambiental empreendida pelo capital, com muito mais voracidade nos últimos anos. Para Pimentel (2008), a pilhagem da natureza para obtenção de lucro tem gerado consequências nefastas para o próprio homem. Segundo a autora (com base nos estudos de Mészáros), esse ataque do capital a natureza gera a ideia da “destruição produtiva”, a qual é considerada como um custo inevitável para a produção e reprodução da sociedade capitalista. No entanto, segundo a autora, essa “destruição” na verdade consiste unicamente no consumo predatório e irresponsável dos recursos naturais aliados a um desperdício de escala global que visa apenas a satisfação das demandas do capital e não das necessidades humanas. Situação que se agrava nos países pobres, onde os monopólios encontram muito mais espaço para avançar destrutivamente sobre o meio ambiente. Conforme a Pimentel (2008) afirma:

[...]a sobrevivência humana não tem a menor importância, pois, para que o capital possa garantir sua lógica auto-expansionista, tanto a natureza como os seres humanos não passam de meros fatores de produção. É tanto que hoje não existe nada vinculado às condições elementares da reprodução sociometabólica que não esteja ameaçada de ser destruído. Desse modo, o problema da destruição e devastação do meio ambiente que ameaça a sobrevivência da humanidade não pode ter resolutividade no limite dessa ordem regida pelo capital. Mesmo aqueles que

defendem que ciência e tecnologia irão solucionar o problema da destrutividade, ignoram que elas só poderão ser utilizadas se estiverem a serviço do desenvolvimento produtivo, contribuindo para o processo de expansão e acumulação do capital, ajudando a colocar para bem distante os seus antagonismos internos (p. 08)

Tem-se assim, persistência de quadros de adoecimento por doenças infectocontagiosas no perfil epidemiológico brasileiro tanto por doenças historicamente presentes no cenário nacional, quanto por novas doenças que, assim como as anteriores, afetam principalmente as camadas mais baixas da população com pouco acesso a boas condições de infraestrutura e acesso a serviços. É característico das doenças infectocontagiosas se relacionarem ao baixo desenvolvimento das forças produtivas, péssimas condições de saneamento básico e dificuldade no acesso aos serviços de saúde.

Este grupo de doenças se reveste de importância por seu expressivo impacto social, já que está diretamente associado à pobreza e à qualidade de vida, enquadrando patologias relacionadas a condições de habitação, alimentação e higiene precárias. Além disso, a análise do comportamento das DIP [Doenças Infecciosas e Parasitárias] pode servir para avaliar as condições de desenvolvimento de determinada região, através da relação entre níveis de mortalidade e morbidade e condições de vida da população (PAES; SILVA, 1999, p.99).

Dessa forma, observa-se que há relação entre a disseminação de tais doenças com a base material-econômica. O Brasil iniciou sua transição epidemiológica na década de 1980, mas devido às dimensões continentais do Brasil, essa transição é mais acentuada em regiões mais desenvolvidas economicamente como o eixo sul-sudeste e mais atrasada nos estados nordestinos e do Norte.

Segundo Paes e Silva (1999), em 1980 os estados do Norte e Nordeste brasileiro apresentavam as maiores taxas de mortalidade por doenças infecciosas, sendo Rondônia o estado com os maiores índices. A partir de 1990 todos os estados passaram a apresentar declínio das taxas de mortalidade com quedas de até 40%. Entretanto, os autores também chamam a atenção que a mortalidade por doenças infecciosas é maior entre os homens que entre as mulheres, embora não apontem as causas para essa diferenciação. Entretanto, se tomarmos como referência o estudo de Souza et al (2015), observamos que o homem tem maior resistência em cuidar da própria saúde, uma vez que denota fraqueza. A ideologia patriarcal coloca o homem como o centro provedor da família, o qual deve responsabilizar-se inteiramente pelo sustento de esposa e filhos. Se ele não é capaz de dar conta de tal responsabilidade, não é, portanto, um “homem” diante do meio social, pois se trata da afirmação da própria masculinidade. Desta forma, estar doente, além de ser uma demonstração social de fragilidade física e emocional, significa para o homem estar em uma

posição inferior passível de vergonha, humilhação, subjugação, desrespeito e perda de sua autoridade patriarcal no seio familiar.

Temos assim as particularidades do adoecimento por doenças infecciosas entre a população trabalhadora brasileira. As demandas impostas pelo capital, sob o efeito da crise estrutural (que exigem a ampliação da produção com redução máxima de custos) geram condições de vida e hábitos que tem implicações para o adoecimento nesta modalidade. Tornando possível concluir que se há o objetivo de erradicar tais doenças, é preciso levar em consideração a base material da sociedade como um elemento fundamental de intervenção também. Não apenas nas medidas paliativas de prevenção, as quais nunca chegam a desejada superação de tais quadros de adoecimento.

Continuaremos nossa discussão agora, identificando o comportamento do segundo grupo de doenças que acometem os trabalhadores brasileiros atualmente: as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (ou DCNT) entre os trabalhadores brasileiros.

### 3.3.2 O quadro de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)

Observamos no item anterior que as doenças infectocontagiosas fazem parte do quadro epidemiológico brasileiro. Porém nos últimos 30 anos, as doenças crônicas não transmissíveis ganharam espaço no perfil de adoecimento populacional. Se até meados de 1980 as doenças transmissíveis eram a principal causa de morbimortalidade entre a população, a partir de então, doenças cardiovasculares, diabetes, câncer e doenças respiratórias crônicas tiveram sua incidência bastante aumentada.

Para Duarte e Barreto (2012), as recentes mudanças sociais e econômicas provocadas pelo processo de globalização (as quais já constatamos serem decorrentes das transformações provocadas pelo capital em crise) impactaram no modo de viver, trabalhar e se alimentar da população. Em consequência, houve o aumento da incidência de fatores como a obesidade e o sedentarismo, concorrentes para o desenvolvimento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT).

Segundo Araújo (2012), em 1986, as DCNT já eram responsáveis por 33,5% dos óbitos. Em 2010, quase metade da população brasileira acima de 18 anos relataram excesso de peso (48,5%), 17% faziam uso abusivo de álcool, 14% eram inativos fisicamente (DUARTE; BARRETO, 2012). Além disso:

Como nos outros países, no Brasil, as doenças crônicas não transmissíveis também se constituem como o problema de saúde de maior magnitude. São responsáveis por 72% das causas de mortes, com destaque para doenças do aparelho circulatório (31,3%), câncer (16,3%), diabetes (5,2%) e doença respiratória crônica (5,8%), e atingem indivíduos de todas as camadas socioeconômicas e, de forma mais intensa, aqueles pertencentes a grupos vulneráveis, como os idosos e os de baixa escolaridade e renda (MINISTÉRIO DA SAÚDE, BRASIL, 2011. p. 30).

É importante considerar os fatores de risco mais frequentes para estas doenças, como o uso do tabaco, uso do álcool, o consumo excessivo de sal/sódio na alimentação, a inatividade física e a obesidade. É possível constatar também o aumento no número de pacientes portadores de hipertensão arterial (que hoje atinge 25% da população adulta brasileira e 50% da população idosa) e diabetes (que atinge cerca de 9 milhões de brasileiros ou 6,2 % da população adulta e 19,9% da população idosa)<sup>45</sup> (MALTA; SILVA JR. 2013).

Hoje, as DCNT também possuem representatividade no número de hospitalizações, embora esse índice venha diminuindo. Em 2007, 27,4 % das internações hospitalares em indivíduos com mais de 60 anos foi devido a doenças do aparelho circulatório. As internações por neoplasias passaram de 229/100 mil habitantes em 2005 para 301/100 mil habitantes em 2009. As internações causadas por complicações do diabetes giram em torno de 65 a 75 por 100 mil habitantes, enquanto as doenças respiratórias tiveram baixa de 383/100 mil habitantes em 2000 para 177/100 mil habitantes em 2009 (fato que pode estar relacionado as campanhas antitabagistas) (SCHIMDT et al apud MINISTÉRIO DA SAÚDE/BRASIL, 2011).

Quando se consideram as taxas de mortalidade relacionadas às DCNT, em 2007, 58% dos óbitos ocorridos no Brasil foram consequência de doenças do aparelho circulatório (DAC), doenças respiratórias crônicas, neoplasias e diabetes. Entre 1996 e 2007 houve queda de 20% na mortalidade geral por DCNT, com redução de 31% para DAC, 38% para doenças respiratórias crônicas. Enquanto houve um leve aumento da mortalidade por diabetes (2%) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, BRASIL, 2011). Dessa forma, observa-se que as DCNT exercem papel de prevalência importante no perfil epidemiológico brasileiro.

Após a exposição deste panorama geral, podemos observar que as DCNT adquiriram papel significativo no perfil epidemiológico brasileiro nos últimos anos e que a modernização das forças produtivas acarreta o surgimento e desenvolvimento de doenças crônicas como hipertensão, o diabetes, colesterolemias, alcoolismo, entre outras, uma vez que tal modernização implica na melhoria das condições objetivas de saneamento, habitação, bem

---

<sup>45</sup> <http://www.brasil.gov.br/saude/2015/07/diabetes-atinge-9-milhoes-de-brasileiros>. Acessado em 12/08/2016.

como a difusão de campanhas profiláticas que visam prevenir as incidências/prevalências de doenças transmissíveis para favorecer a reprodução da classe trabalhadora e por conseguinte do capital.

No Brasil, o início do século XX foi marcado por grandes campanhas para erradicação e controle de doenças como a malária, a febre amarela, varíola, parasitoses como a leishmaniose, filariose, afecções do sistema digestivo como ascaridíase, ancilostomíase e esquistossomose, por exemplo (AGUIAR, 2011). Foi necessário investir em saúde pública para atrair investidores estrangeiros para um país com força de trabalho barata, porém com expectativa de vida baixa. No último decênio do século XX, as diretrizes da ideologia neoliberal exigiram da mesma forma a diminuição da importância das doenças infecciosas e parasitárias. O que em parte foi alcançado graças à implantação do Programa de Saúde da Família – PSF, mudando posteriormente para Estratégia de Saúde da Família<sup>46</sup> - bem como profissionais engajados numa forma mais efetiva de dar resposta às questões de saúde enfrentadas pela população, em especial às camadas mais pobres.

Aguiar (2011) salienta a importância das reformas neoliberais impostas pelas grandes organizações internacionais na implantação do SUS na década de 1990 e a adoção do sistema de Atenção Primária à saúde com os mínimos custos. Isto pois:

Tendo em vista o “ajuste estrutural” o BM [Banco Mundial] subordina à avaliação dos gastos em saúde a preocupação com a consistência macroeconômica dos países em processos de ajuste estrutural, apelando para o fortalecimento do mercado para financiar e oferecer cuidados à saúde. Assumindo a política neoliberal, o BM questiona a intervenção do Estado na operacionalização dos serviços de saúde afirmando a sua participação apenas nos cuidados primários de saúde. Fica claro que a reforma proposta é de caráter econômico cujo objetivo é baratear aos serviços de saúde envolvendo “a comunidade na execução de procedimentos e práticas médicas que sejam simples e baratas, pois assim descarta as complicadas investigações com fins de diagnóstico da medicina avançada”. (BM 1975 p. 54). Isso tem apontado para uma articulação entre o público e o privado na provisão dos serviços de saúde e na diminuição da intervenção do Estado que agora passa a ser via políticas seletivas e focalizadas na pobreza (CORREIA et al., 2007, p. 4-5).

Mesmo a atenção básica recebendo destaque a partir dos anos 1990, sua implantação foi insuficiente para promover a superação do antigo modelo biomédico focado no tratamento dos quadros agudos das doenças e não nos cuidados contínuos. Como salienta Aguiar (2011),

---

<sup>46</sup> De acordo com Geovanini et al. (2010), a denominação “Programa” veio a ser mudada depois para “Estratégia” por entender-se que a estratégia possui uma abordagem ampla e princípios político-filosóficos norteadores que garantem uma conotação mais abrangente, ao contrário de programa, em que se subentende que há início, meio e fim. A estratégia funciona através de Equipes multiprofissionais denominadas Equipes de Saúde da Família, cuja função é prestar assistência contínua à comunidade, acompanhando integralmente as condições de saúde de todos os indivíduos (homens, mulheres, crianças e idosos) da área sob sua responsabilidade.

o sistema de saúde brasileiro ainda é voltado para o tratamento das condições agudas, mesmo com 75% da carga das doenças serem composta por situações crônicas.

Tendo em vista esta conjuntura, as DCNT's ganharam mais importância, inclusive com a instituição de programas de controle e notificação compulsória de doenças pelo Ministério da Saúde como o “Hiperdia” (Programa de controle e tratamento da hipertensão e diabetes). Um estudo divulgado pela Organização Pan-americana de Saúde em 2012, mostrou que houve aumento da mortalidade por diabetes e câncer em todo o país.

Em 2009, de 1.115.695 mortes por todas as causas ocorridas no Brasil, 742.779 (66,6%) ocorreram devido às doenças não transmissíveis. Após ajuste para subnotificação e redistribuição de causas mal definidas, esse percentual aumenta para 72,4%. As doenças cardiovasculares representaram 31,3% dessas mortes, as neoplasias malignas 16,2%, as doenças respiratórias 5,8%, o diabetes 5,2% e outras doenças não transmissíveis 14,1%. Entre 1991 e 2009, a mortalidade por doenças não transmissíveis diminuiu 26% (1,4% por ano) (OPAS, 2012, p. 148).

Observa-se com os dados expostos até aqui que as DCNT's adquiriam uma importância muito grande no cenário epidemiológico brasileiro. Para o capital, no entanto essas doenças se tornaram um estorvo. Essa situação é identificada pela fala de Malta e Silva Jr (2013) a seguir:

Essas doenças podem levar a incapacidades, ocasionando sofrimentos e custos materiais diretos aos pacientes e suas famílias, além de um importante impacto financeiro sobre o sistema de saúde. As DCNT também produzem custos indiretos significativos para a sociedade e o governo, em função da redução da produtividade, perda de dias trabalhados e prejuízos para o setor produtivo, sem esquecer os custos intangíveis, como os efeitos adversos na qualidade de vida das pessoas afetadas. Estimativas para o Brasil sugerem que a perda de produtividade no trabalho e a diminuição da renda familiar resultantes da presença de apenas três DCNT – diabetes, doença do coração e acidente vascular encefálico – levarão a uma perda na economia brasileira de US\$ 4,18 bilhões, entre 2006 e 2015 (p. 152).

É possível constatar um interessante paradoxo a partir da análise proposta neste texto e a fala dos autores supracitados: o capital demanda expandir seus limites de exploração do trabalhador para elevar a acumulação. Esta exploração tem como uma de suas consequências o pauperismo, por conseguinte o adoecimento por DCNT's. Trata-se de um efeito colateral a princípio perfeitamente aceitável para o sistema capitalista de produção e potencializado pelas demandas capitalistas de produção de *mais-valia* em tempos de crise estrutural. Porém esse mesmo processo, ao gerar esse tipo de adoecimento, também produz condições de incapacidade para o trabalhador que, por estar doente, não pode trabalhar, ser explorado, produzir mais-valia e contribuir com o processo de acumulação de capital. Assim, aumentam-

se as taxas de absenteísmo, licenças para tratamentos de saúde, entre outras formas de ausência do trabalho.

Por isso uma abordagem efetiva sobre essa problemática também é impossível dentro dos limites da sociedade capitalista e sua dinâmica socioprodutiva, marcada hoje pela superexploração do trabalhador. Situação agravada no Brasil, cuja economia e política caminham subordinadas aos interesses do capital internacional por meio de instrumentos como o Consenso de Washington e instituições como o Banco Mundial.

Terminadas as considerações acerca do adoecimento por DCNT's, discutiremos agora como se apresenta o adoecimento e morte dos trabalhadores por causas externas, dando continuidade à discussão aqui proposta.

### 3.3.3 O adoecimento e morte por causas externas

Segundo Duarte e Barreto (2012), o crescimento da violência representa um dos maiores desafios para o perfil epidemiológico brasileiro recente. Em 2010, 143 mil mortes por causas externas foram registrados, sendo que 52 mil foram homicídios e 42,5 mil foram acidentes por transporte terrestre. Para o ministério da saúde:

O incremento da mortalidade por violências e acidentes, assim como do número de internações e de sequelas devido, principalmente, a homicídios, acidentes de transporte terrestre e quedas têm contribuído significativamente para a redução da expectativa de vida de adolescentes e jovens, e da qualidade de vida da população (MINISTÉRIODA SAÚDE/BRASIL, 2013b, p. 1).

Em 2011, as causas externas representaram 8,6% do total de internações do SUS. As maiores taxas foram entre os homens de 20 a 39 anos (89,7 por 10 mil homens) e mulheres com 60 anos ou mais (74,3 por 10 mil mulheres). Além disso, de 2002 a 2011, houve um crescimento de 19,3% das internações por agressão. Também no ano 2011, foram registradas 107.530 notificações de violência, sendo 32.431 (30,2%) foram vítimas do sexo masculino; e 75.033 (69,8%) do sexo feminino. A faixa etária mais acometida entre os homens foi a de 0 a 9 anos (25,2%), seguida das idades de 15 a 19 anos (19,2%). Entre as mulheres, as faixas mais acometidas foram entre 20 a 29 anos (24,4%) e 30 a 39 (18,9%). Quanto a cor/raça, cerca de 41,3% das notificações referiam-se a brancos (41,3%), seguidos de pardos (29,1%), pretos (7,8%), amarelos (0,7%) e indígenas (0,5%). Porém, mais de 20% das notificações não havia informação de raça/cor. Quanto ao local, os atos de violência predominaram na residência (57,3%) e na via pública (14,7%); no entanto, aproximadamente 16% das notificações não

apresentaram informação referente ao local de ocorrência (MINISTÉRIO DA SAÚDE/BRASIL, 2013a).

Situando os dados mais gerais acerca do adoecimento decorrente de acidentes, os quais o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013b) classifica entre os principais os traumas de trânsito, envenenamento, afogamento, quedas e queimaduras, podemos identificar que no ano 2011 foram registrados 42.958 atendimentos devido a causas acidentais.

Entre os tipos de ocorrência mais frequentes, lideraram as quedas (30,9%), seguidas por acidentes de transporte (26,2%) e agressões (8,4%). Outros acidentes (sufocação; corpo estranho; afogamento; envenenamento/intoxicação; ferimento por objeto perfurocortante; ferimento por arma de fogo; acidentes com animais; quedas de objetos sobre pessoa; choque contra objetos/pessoas; entorse; compressão dentro/entre objetos) corresponderam a 31,6% das ocorrências (BRASIL, 2013b, p. 4).

É possível observar que a faixa etária prevalente nos índices de acidentes é de 20 a 39 anos e o principal lócus para esse tipo de ocorrência é o trânsito. Só em 2014, cerca de 43 075 pessoas faleceram devido a acidentes de trânsito, ao passo que a quantidade de hospitalizações por esse tipo de causa alcançou 200 mil pessoas<sup>47</sup>.

Ao observar esses dados, constatamos que a violência e os acidentes têm sérias implicações para a saúde dos trabalhadores. Consiste em um evento repentino que pode gerar tanto um estado de adoecimento temporário mínimo que não implica em mudanças sérias na vida do indivíduo (um corte superficial e simples que exige cuidados básicos para recuperação), quanto traumas complexos que podem deixar sequelas por meses ou anos (com exaustivos tratamentos prologados) ou até mesmo levar ao óbito.

Ao abordar o tema, Minayo (2005) afirma que os danos, as lesões, os traumas e as mortes causados por acidentes e violências possuem alto custo social, emocional e econômico. A autora chama atenção para os prejuízos econômicos decorrentes de dias de ausência no trabalho, os danos mentais e emocionais incalculáveis das vítimas e suas famílias, bem como os anos de produtividade ou de vida perdidos. Para o sistema de saúde, a violência gera aumento de gastos com atendimentos de emergência, assistência e reabilitação, muito mais caros que os procedimentos ambulatoriais convencionais.

---

<sup>47</sup> Óbitos por causa externas no Brasil. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/ext10uf.def>. Acessado em 15/08/2016.

Cálculos estimam que cerca de 3,3% do PIB brasileiro são gastos com os custos diretos da violência, cifra que sobe para 10,5% quando se incluem custos indiretos e transferências de recursos. Esse autor comenta, falando da América Latina como um todo, reporta-se a dados do Banco Interamericano de Desenvolvimento segundo o qual, os danos e as transferências de recursos que se aqui se processam por causa da violência atingem a 14,2% do PIB da região e equivalem a 168 milhões de dólares. Para se ter ideia do significado da cifra dos custos diretos da violência no País (3,3% do PIB) ela é três vezes maior do que o País investe em Ciência e Tecnologia (BRICEÑO-LEON apud MINAYO, 2005, p. 10).

Por seu turno, o ministério da saúde (BRASIL, 2013b), afirma que as mortes e o adoecimento por causas externas representam grande impacto na saúde, levando incapacidades temporárias ou permanentes, que se refletem em grandes taxas de absenteísmo, pagamentos de pensões, auxílios-doença e tratamentos caros<sup>48</sup>. Ao mesmo tempo, a sensação de insegurança também gera lucro para o capital, uma vez que parte das mortes e lesões que ocorrem devido à violência está intimamente relacionada ao tráfico de armas, drogas e comércio ilegal (contrabando) internacionalmente organizado, os quais o emprego da violência gera ganho monetário. No Brasil, a comercialização dos sentimentos de insegurança da população movimenta um amplo mercado que envolve desde a construção de condomínios, com inúmeros dispositivos técnicos de segurança, até a blindagem de veículos, difusão de serviços de segurança patrimonial e pessoal, bem como produção de grades, armas, entre outros mecanismos (MINAYO, 2005). Atualmente, a violência é um instrumento que abre espaços de acumulação de capital:

[...] a violência de cunho coletivo, tal como se expressa hoje nas grandes cidades brasileiras constitui-se, primordialmente, como condição de manutenção de negócios ilegais, frequentemente de origem globalizada e que se beneficiam das facilidades geradas pelas revolucionárias transformações nos modos de produção de riqueza e dos aparatos técnico-informacionais e comunicacionais. Tem base econômica. Sua forma de gestão é, ao mesmo tempo, internacionalizada, capilarizada e em rede, funcional à promoção de uma veloz circulação financeira, de produtos e de pessoas, à sombra da desregulamentação dos estados nacionais e nos interstícios da ausência de regulação internacional (CASTELLS apud MINAYO, 2005, p. 17).

Minayo (2005) aponta que, em especial na saúde há uma tendência voltada ao senso comum de que é o indivíduo que escolhe praticar a violência e entrar na criminalidade, chegando até mesmo a alguns autores como Flores afirmarem as influências genético-biológicas sobre o comportamento violento. No entanto, para a autora:

É óbvio que existe um ato subjetivo na entrada de qualquer uma pessoa no mundo do crime. Mas isso se dá numa conjuntura de crescente desemprego e exclusão social, cultural e moral de grupos populacionais inteiros, *pari passu* com a

<sup>48</sup> Por isso, o Ministério da Saúde implementou desde 2004 a Rede de Núcleos de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde, pela Portaria GM/MS nº 936/2004 cujo objetivo é desenvolver ações de vigilância e prevenção de acidentes, disseminação da cultura da paz, proteção a indivíduos em situação de violência.

exacerbação do apelo ao consumo, fenômeno relacionado à reestruturação produtiva, à exacerbação da acumulação capitalista e à ausência de ênfase por parte dos governos, na questão social. Não é desprezível também o embricamento dessas situações macroeconômicas e sociais com o surgimento de novas subjetividades marcadas pela secularização, pela perda de valor das hierarquias tradicionais e da autoridade familiar e comunitária (MINAYO, 2005, p. 17).

Com esta fala, observamos que Minayo (2005), toca em elementos importantes para a compreensão desta problemática, mas não avança em uma investigação mais profunda sobre os mesmos detendo-se a destacar com mais frequência as repercussões econômicas do fenômeno. A violência não é o objeto sobre o qual nos debruçamos neste texto, porém buscar suas determinações é imprescindível entender por que a mesma tem implicações para o adoecimento.

Para chegar as determinações supracitadas recorreremos inicialmente as contribuições de Lukács (2012) que, ao elucidar as origens do complexo social do direito, demonstra que a violência é, *a priori*, uma forma de expressão do choque entre classes. Quando a comunidade primitiva se polariza entre aqueles que trabalham e aqueles que se apropriam da produção, a violência (em especial a física) adquire papel fundamental para domínio dos segundos sobre os primeiros<sup>49</sup>.

Segundo Santos (2014), sob a regência do capitalismo neoliberal a violência que atinge os trabalhadores é fomentada por uma forte relação competitiva instigada pelo capital por meio de instrumentos como bonificações salariais e promoções que geram “uma forma de violência sutilmente dissimulada, baseada na manipulação e no controle do capital sobre o trabalho, levando os trabalhadores a aderir aos novos métodos de trabalho e a concorrer entre si, eliminando possíveis lutas por melhorias coletivas” (p. 78-9).

Esta situação se agrava ainda mais, uma vez que a violência que se manifesta fora da produção é resultante da forma de exploração do trabalho que atinge o trabalhador em sua dimensão psíquica para que o mesmo se adapte ao regime de acumulação flexível:

O trabalhador continua a ser submetido a um contexto que lhe impõe: a adaptação à nova organização flexível de produção, com a alocação frequente de trabalhadores polivalentes a várias atividades que levam a crises de adaptação (pois exigem inúmeras habilidades, sempre em mutação); a promoção da autoexploração, em que é extraída dos próprios trabalhadores uma equipe para horizontalmente exercer o controle sobre sua dedicação e produtividade no trabalho; a também exercer um controle da qualidade de seus produtos, através da manutenção dos equipamentos com os quais trabalha; a zelar pela limpeza do local de trabalho; e a participar de

---

<sup>49</sup> E nesse contexto de luta de classes, surge o complexo do direito a fim de gerenciar tal conflito (por meio do Estado) e garantir a reprodução dessa forma de sociedade (LUKÁCS, 2012).

reuniões a fim de elaborar estratégias para o aumento da produtividade (SANTOS, 2014, p. 83-4).

A autora também destaca o papel da captura da subjetividade (a qual já tratamos anteriormente) e o convívio diário com a ameaça do desemprego, que leva o trabalhador a se submeter as diversos tipos de vínculos trabalhistas, aceitação de baixos salários além do trabalho temporário sem garantia do cumprimento dos direitos trabalhistas em especial nos países de economia periférica como o Brasil<sup>50</sup>. Da mesma forma, essas mesmas condições muitas vezes levam o indivíduo à criminalidade visando melhores ganhos, conforme apontou Minayo (2005).

Por outro lado, quando se pensa no adoecimento por causas externas decorrente de acidentes, também é possível identificar a influência do capital sob tais índices, principalmente sob o modelo produtivo toyotista, conforme Santos (2014) aponta:

Outro elemento importante no Toyotismo é o gerenciamento *by stress* (por pressão), envolvendo os trabalhadores em várias atividades e com inúmeras preocupações, de maneira que eles trabalham sob um maior grau de pressão para atender aos interesses do capital. Os trabalhadores devem estar sempre preparados para produzir -conforme a demanda; devem adaptar-se sempre às novas produções que aparecerem no decorrer do dia, mantendo-se disponíveis quando for necessário prolongar e intensificar a jornada de trabalho para suprir a demanda (p. 81).

O ritmo frenético da produção se expande para gerar um ritmo frenético de vida, no qual é necessário a qualquer pessoa, rapidez, agilidade e perícia em qualquer atividade que se proponha a fazer. Aliado a isso, a incapacidade de adequar-se a tais parâmetros também leva o indivíduo a adotar atitudes de risco e se expor em condutas perigosas como na condução de veículos ou desenvolver quadros como ansiedade que diminuam sua atenção ao executar tarefas.

Dessa forma, o trabalhador é submetido a uma vida agitada e acelerada, principalmente nos grandes centros urbanos, para se produzir cada vez mais no menor tempo; ser o melhor em tudo; adquirir novos saberes e qualificar-se para conseguir manter seu emprego e o padrão de vida que permita a ele e sua família terem atendidas suas necessidades. Toda essa conjuntura tem fortes implicações para o adoecimento, resultando nos dados apontados ao início desta discussão.

---

<sup>50</sup> Fato comprovado pelas recentes aprovações da “Lei de terceirizações” (Projeto de Lei 4.302/1998, aprovado em 22/04/2017) que libera a terceirização de todas as atividades de empresas; da lei da Reforma Trabalhista (Projeto de Lei da Câmara dos deputados 38/2017, aprovado em 11/07/2017); lei da reforma da previdência (Proposta de Emenda Constitucional 286/2016, aprovada pela câmara dos deputados em 03/05/2017)

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Iniciamos nossa trajetória buscando uma abordagem crítica, diferente da predominante quando se pesquisa a saúde dos trabalhadores. Assim, optamos por seguir outro caminho, pois ao observar a ofensiva do capital sobre os direitos dos trabalhadores, percebemos o quanto os ataques a estes direitos são prejudiciais à sua saúde criando novas particularidades do adoecer que só são estudadas sob o enfoque biologicista.

Ao procurar compreender as implicações da relação trabalho-saúde sobre o adoecimento do trabalhador na sociedade capitalista, foi imprescindível resgatar as suas determinações fundamentais. Apresentar, no capítulo inicial de nosso estudo, o trabalho reservando sua posição de centralidade diante dos outros complexos sociais, permitiu compreender que sua relação com a saúde dos trabalhadores tem implicações fundamentais para o adoecimento. Identificamos que, se o trabalho é uma prática mercantilizada, a saúde, da mesma forma é abordada pelo valor de troca. Esta situação materializa-se na forma de compra e venda de serviços de saúde, que por isso torna-se campo de acumulação de capital.

Além de intervir sobre o adoecimento dos trabalhadores, a política de saúde, para o capital, é também é uma atividade necessária à reprodução da força de trabalho, sem a qual não há produção de mais-valia. Entretanto, ao mesmo tempo em que produz essa riqueza, a força de trabalho também degrada sua saúde. Dessa forma, o capital retira a saúde do trabalhador para depois, por meio do complexo social em que consiste a saúde, “vender” a mesma de volta aos trabalhadores para lucrar também com o adoecimento.

Observa-se a importância da base material capitalista sobre a saúde. De imediato, a exploração da força de trabalho pelo capitalista tanto por meio do aumento do tempo de trabalho excedente (aquele que não corresponde à satisfação das necessidades do trabalhador) em uma jornada de trabalho ampliável, quanto pela redução do tempo de trabalho necessário ao trabalhador para repor as condições de sua existência e de sua família numa jornada fixa, manifesta diversas doenças desde físicas até transtornos mentais. Ambos acontecem diretamente devido à função sóciohistórica que o trabalho assume na sociedade capitalista que é produzir mais-valia (por meio da exploração dos trabalhadores) em detrimento da satisfação das necessidades humanas.

A partir dessa condição, iniciou-se o ciclo do processo de acumulação capitalista cuja consequência direta é o surgimento do pauperismo: a persistência da pobreza mesmo com o aumento da capacidade produtiva da sociedade. E uma das expressões desse pauperismo é o adoecimento do trabalhador nas outras dimensões da vida além do trabalho, devido a

condições inadequadas de moradia, saneamento e alimentação; adoção de hábitos e comportamentos condizentes com a vida na sociedade capitalista; fragilidade das relações humanas devido a disseminação de ideais egoístas, entre outros.

Esse processo amadureceu ao longo do século XX, com a era dos monopólios. Observamos que, enquanto os países desenvolvidos experimentaram avanços sociais (graças à ação de políticas sociais fundamentais para responder as demandas de seus trabalhadores por melhorias em saúde, educação, segurança, assistência social, por exemplo), os países subdesenvolvidos vivenciaram a entrada massiva dos monopólios em seus territórios nacionais buscando força de trabalho com menor custo e novos mercados consumidores. Um acontecimento muito importante, pois gerou profundas mudanças nos perfis epidemiológicos desses países, dentre eles o Brasil que, historicamente foi marcado pelas precárias condições de saúde, ampla disseminação de doenças infectocontagiosas e baixa expectativa de vida. Dessa forma, ao chegarem as multinacionais no país, surgiram e ganharam maior alcance outras formas de adoecimento antes estranhas aos trabalhadores brasileiros: as doenças relacionadas ao trabalho; as doenças crônicas não-transmissíveis e o adoecimento decorrente de causas externas. Ao mesmo tempo, as doenças infectocontagiosas típicas do perfil epidemiológico brasileiro, mesmo com a realização de campanhas de imunização em massa e do surgimento do Sistema Único de Saúde, por exemplo, não foram superadas totalmente devido ao rápido processo de industrialização e urbanização do país.

Assim, desse desenvolvimento hipertardiado da indústria brasileira, emergiu o que levou o processo de transição epidemiológica que coadunou agravos transmissíveis predominantemente típicos de países pobres, ascendendo doenças crônicas não transmissíveis prevalentes nos países ricos. Esse fenômeno foi vivido pelos países desenvolvidos durante o século XIX, porém tem pouco mais de 30 anos no Brasil, o que faz do país um campo fértil para estudos epidemiológicos diversos, uma vez que, (e é importante lembrar) também alcançaram destaque no quadro epidemiológico as doenças relacionadas ao trabalho; o adoecimento oriundo de causas externas; e os agravos mentais acarretados pelo estilo de vida urbano, bem como a adoção de hábitos e valores ideológicos fetichizados.

Chegamos às expressões do adoecimento durante a vigência da crise estrutural do capital, da disseminação da doutrina ideológica neoliberal e da utilização da organização toyotista de trabalho na produção. Percebe-se que a união destes fatores, no intuito de retomar o crescimento da taxa de lucro pelos monopólios (em queda desde 1974), permite entender o adoecimento no mundo globalizado. O ataque neoliberal ao Estado e suas políticas de proteção social, com vistas a tomar estes espaços para uma econômica capitalista em agonia,

levaram ao incremento da precarização do trabalho e o surgimento de novas particularidades para o adoecimento que passa a se disseminar de forma mais sutil, porém mais perversa. Sutil, pois os avanços tecnológicos na saúde permitiram a superação de muitas doenças fatais (caso da varíola, por exemplo) além de proporcionar tratamentos melhores e mais efetivos que não levam a cura, mas permitem ao portador viver relativamente bem sem que a doença atrapalhe totalmente suas atividades cotidianas e esporádicas. Entretanto, essas melhorias existem dentro das limitações impostas pela busca de redução do tempo de trabalho necessário a produção de mercadorias. Por isso, o adoecimento do trabalhador é ainda mais perverso: pois a melhoria quanto as condições mínimas de saúde que permitem a reprodução dos trabalhadores esconde deles o fato de que, o capital, lhe causa outras formas de adoecimento que não parecem ter relação com o modo de produção, mas aparentam ser culpa do próprio trabalhador, incapaz de se adaptar a sociedade capitalista.

É possível observar esta condição no caso brasileiro por meio dos dados trazidos, do processo acelerado de transição epidemiológica e da discussão em torno dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS's) que exploram de modo insuficiente (ou ignoram) a influência da base material capitalista sobre o adoecimento. Observa-se neste último caso, a persistência dos DSS's em relegar ao modo de produção capitalista papel periférico quanto ao adoecimento, inclusive muitas vezes sobrepondo a importância da subjetividade como principal responsável pelo estado de saúde do trabalhador.

Assim ganha força a ideia difundida pelo senso comum (inclusive entre os próprios trabalhadores) de que o trabalhador adocece porque não se alimenta adequadamente; porque não se exercita; porque ingere bebidas alcoólicas e vai dirigir; porque fuma e consome outras drogas; porque realiza atividades sem às devidas precauções de segurança; porque não contente com aquilo que tem, procura tomar a força o que é alheio; porque resiste àquele que toma o que é seu; porque mantem hábitos de higiene inadequados; porque não tem capacidade psíquica para lidar com as outras pessoas e viver em sociedade. Enfim, porque é fraco diante da “seleção natural social” (por mais que essa expressão pareça contraditória) e não tem mérito pessoal para poder pagar aos “melhores” profissionais e tratamentos de saúde, uma vez que “não tem mérito pessoal para ser um burguês”.

Por meio desse discurso, o indivíduo é culpabilizado como único causador de seu estado de saúde/doença, já que a ideologia burguesa coloca sobre a subjetividade toda a responsabilidade de sua vida. Desconsidera que o sujeito possui autonomia sobre suas ações, mas estas são tomadas a partir das alternativas histórico-sociais postas diante dele. Assim, desobriga o modo de produção capitalista de qualquer responsabilidade pela saúde do

trabalhador e sua família. Nesse ponto, destaca-se o papel exercido pela captura da subjetividade ao tomar a mente do trabalhador e convence-lo de que é o causador de seus próprios males. Entretanto, mostramos que a base material capitalista consiste no momento predominante ao adoecimento na sociedade, pois é exploração do trabalho alheio que gera o adoecimento relacionado ao trabalho. Situação que se agrava, uma vez que desenvolve o processo de acumulação de capital, que tem como consequência o pauperismo dos trabalhadores, bem como o adoecimento em outras dimensões da vida. Por isso, a nosso ver, a problemática do adoecimento no modo de produção capitalista só pode ser resolvida com a superação do próprio modo produtivo. Não significa que em uma sociedade emancipada o adoecimento não irá existir, porém não será decorrente da exploração do trabalho e da produção e acumulação de capital.

Chegamos ao fim desta jornada reconhecendo que muitos outros estudos são necessários sobre esta temática. Aliás, esta pesquisa não é um fim em si mesma. À medida que construímos esse texto, várias reflexões, as quais precisavam de maior aprofundamento surgiram, porém para não nos desviarmos do nosso objetivo, deixamos tais questionamentos como objeto para estudos posteriores, os quais os pesquisadores que venham a ler esse texto se interessem e que estejam alinhados a uma perspectiva teórica emancipadora. Ao elaborar esse texto, também observamos sua importância não apenas para o Serviço Social, como também para diversas outras áreas com ênfase para as ciências da saúde.

Esperamos ter contribuído para o debate acerca do adoecimento dos trabalhadores, oferecendo subsídio para outros estudos e debates que ajudem na luta por melhores condições de vida (em suas múltiplas dimensões) e na conquista de uma sociedade diferente, justa, igualitária, emancipada, na qual a realização do trabalho não produza capital, mas de fato, que leve a satisfação das necessidades humanas.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, Z. N. SUS: Sistema Único de Saúde – antecedentes, percurso, perspectivas e desafios / Zenaide Neto Aguiar. \_ São Paulo: Martinari, 2011.

ALVES, G. Dimensões da Reestruturação Produtiva: ensaios de sociologia do trabalho / Giovanni Alves. 2ª edição – Londrina: Praxis; Bauru: Canal 6, 2007.

AMARAL, M. V. B. O estado brasileiro e o sistema de proteção social: uma discussão sobre o direito ao trabalho. In: Congresso Acadêmico Integrado de Inovação e Tecnologia. *Anais*, Maceió, AL. Universidade Federal de Alagoas, 2016.

ANTUNES, R. Desenhando a nova morfologia do trabalho no Brasil. *Rev estudos avançados*. 28 (81), 2014.

ANTUNES, R. DRUCK, G. A epidemia da terceirização. In: ANTUNES, R. Riqueza e miséria do trabalho no Brasil III. 1ª ed. São Paulo: Boitempo, 2014.

ARAÚJO, J. D. Polarização epidemiológica no Brasil. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, 21(4):533-538, out-dez 2012.

BANDEIRA, L. A. M. As políticas neoliberais e a crise na América do Sul. *Rev. Bras. Polít. Int.* 45 (2): 135-146 [2002].

BARAN, P. A; SWEEZY, P. M. Capitalismo monopolista: ensaio sobre a ordem econômica e social americana. Trad. Waltensir Dutra. 3ª ed. Rio de Janeiro: editora Zahar, 1978.

BARRETO, M; HELOANI, R. Assédio laboral e as questões contemporâneas à saúde do trabalhador. In: LOURENÇO, E. A. de S; NAVARRO, V. L. O avesso do trabalho III: Saúde do trabalhador e questões contemporâneas. 1ª ed. São Paulo. Ed. Novas Expressões, 2013.

BARROS, P. C. da R; MENDES, A. M. B; Sofrimento psíquico no trabalho e estratégias defensivas dos operários terceirizados da construção civil. *Psico-USF*, v. 8, n. 1, p. 63-70, Jan./Jun. 2003.

BEHRING, E. R; BOSCHETTI, I. Política Social: Fundamentos e história. – Biblioteca Básica de Serviço Social; v. 2 – 9º ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BRAZ, R. M; DUARTE, E. C; TAUIL, P. L. Caracterização das epidemias de malária nos

municípios da Amazônia Brasileira em 2010. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 29(5):935-944, maio, 2013.

BUSS, P. M. Globalização, Pobreza e Saúde. Ciência & Saúde Coletiva, 12(6):1575-1589, 2007.

BUSS, P. M; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17(1):77-93, 2007.

CORREIA, M. V. C. [et. al.]. AS DETERMINAÇÕES DA POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA CONTEMPORÂNEA: mecanismos de controle social x condicionalidades dos organismos internacionais. III JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS. São Luís – MA, 28 a 30 de agosto 2007.

DEJOURS, C. *A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*. – 6ª ed. – São Paulo: Cortez, 2015.

DRUCK, G. A precarização do trabalho no Brasil. In: ANTUNES, R. Riqueza e miséria do trabalho no Brasil II. 1ª ed. São Paulo: Boitempo, 2013)

DUARTE, E. C; BARRETO, S. M. Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e Serviços de Saúde revisita e atualiza o tema. *Rev. Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, 21(4):529-532, out-dez 2012.

DURAN, E. C. M; ROBAZZI, M. L do C. C; MARZIALE, M. H. P. Conhecimento de Enfermagem em Saúde do Trabalhador Oriundo de Dissertações e Teses. *Revista Gaúcha de Enfermagem* 2007;28(3):416-23.

ENGELS, F. *A situação da classe trabalhadora na Inglaterra*. 1ª ed. São Paulo: Boitempo, 2008.

FRANCISCA, E. Implementação e consolidação do neoliberalismo no Brasil. In: ALCÂNTARA, N; SOUZA, R; FREIRE, S. de M. Reflexões em Tempos de Crise. Trabalho, Política, Movimentos Sociais, Serviço Social. – Maceió: Edufal, 2015.

GEOVANINI, T. O desenvolvimento histórico das práticas de saúde. In: Geovanini, T. et al. *História da enfermagem versões e interpretações*. – 3ª ed – São Paulo: Revinter: 2010.

GOUNET, T. Fordismo e Toyotismo na civilização do automóvel. Trad. Bernardo Joffily. Coleção Mundo do Trabalho. 1ª ed. São Paulo: Boitempo, 1999.

HUBERMAN, L. História da Riqueza do Homem. Zahar Editores, 1981. Versão em PDF.

HOBBSBAWN, E. Era dos extremos: o breve século XX: 1914 – 1991. Tradução: Marcos Santarrita. Revisão técnica: Maria Célia Paóli. – São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

LAURELL, A. C. La salud-enfermedad como processo social. *Revista Latinoamericana de Salud*, Mexico, 2, 1982, pp. 7-25. Trad. E. D. Nunes.

\_\_\_\_\_; NORIEGA, M. Processo de produção e saúde: Trabalho e desgaste operário. Trad: A. Cohn; A. Pitta-Hoisel; A. B. Paraguay; L. H. Barbosa. Editota HUCITEC, São Paulo, 1989.

LESSA, S. *Trabalho e proletariado no capitalismo contemporâneo*. São Paulo: Cortez, 2007.

\_\_\_\_\_. *Para compreender a ontologia de Lukács*. – 3ª ed. – Ijuí: ed. Unijui, 2012. – 240 p.

LUKÁCS, G. *Para uma ontologia do ser social I*. São Paulo: Boitempo. 2012.

\_\_\_\_\_. *Para uma ontologia do ser social II*. São Paulo: Boitempo. 2013.

MALTA, D. C; SILVA JR. J. B. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, 22(1):151-164, jan-mar 2013.

MARCONI, M. de A; LAKATOS, E. M. Fundamentos de metodologia científica. 5ª ed. São Paulo, editora Atlas, 2003.

MARX, K. *O capital – Crítica da Economia Política. Livro Primeiro, Tomo I*. São Paulo: Nova Cultural, 1996a.

\_\_\_\_\_. *O Capital – Crítica da Economia Política. Livro Primeiro, Tomo II*. São Paulo: Nova Cultural, 1996b.

\_\_\_\_\_. Contribuição a crítica da economia política. Trad. Introd. Florestan Fernandes. 2ª ed. São Paulo: Expressão popular, 2008.

\_\_\_\_\_. O 18 Brumário de Luís Bonaparte. 2015. Versão em PDF.

MAZZEO, A. C. Burguesia e Capitalismo no Brasil. 2 Ed. – São Paulo: Ática, 1995.

MELO FILHO, M. S. B. de. Escola francesa da regulação, do marxismo à macroeconomia Histórica e institucional. (CEDEPLAR/UFMG. S/A. Disponível em: [https://www.bnb.gov.br/documents/160445/961092/ESCOLA\\_FRANCESA\\_DA\\_REGULACAO\\_DO\\_MARXISMO\\_A\\_MACROECONOMIA\\_HISTORICA\\_E\\_INSTITUCIONAL.pdf/818c1bb0-c6e5-4d95-ac93-6f804fd826bf](https://www.bnb.gov.br/documents/160445/961092/ESCOLA_FRANCESA_DA_REGULACAO_DO_MARXISMO_A_MACROECONOMIA_HISTORICA_E_INSTITUCIONAL.pdf/818c1bb0-c6e5-4d95-ac93-6f804fd826bf). Acesso: 05/07/2017.

MÉSZÁROS, I. A Crise Estrutural do Capital. [tradução Francisco Raul Cornejo... [et al]]. 2. Ed. São Paulo: Boitempo, 2011.

MINAYO, M. C. de S. Violência: um problema para a saúde dos brasileiros. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE/BRASIL. Doenças Infecciosas e parasitárias: guia de bolso. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de vigilância epidemiológica. – 8. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011. 160 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

\_\_\_\_\_. Vigilância de violência doméstica, sexual e/ou outras violências: Viva/Sinan – Brasil, 2011. Boletim Epidemiológico. Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde. Volume 44. Nº 9 – 2013a.

\_\_\_\_\_. Vigilância de violências e acidentes em serviços sentinelas de urgência e emergência: Viva/Sinan – Brasil, 2011. Boletim Epidemiológico. Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde. Volume 44. Nº 8 – 2013b.

MONTAÑO, C; DURIGUETTO, M. L. Estado, Classe e Movimento Social. – 3ª ed. – São Paulo, Cortez, 2011. – (Biblioteca Básica de Serviço Social; v.5).

NETO, A. B. dos S. Capital e Trabalho na Formação Econômica do Brasil. São Paulo: Instituto Lukács, 2015.

NETTO, J. P. Introdução ao Método da Teoria Social. ABESS. Formação profissional: trajetórias e desafios. Cadernos ABESS. São Paulo, Cortez, ed. esp., n. 7, novembro de 1997.

NETTO, J. P; BRAZ, M. Economia Política: uma introdução crítica. – 6.ed. – São Paulo: Cortez, 2010. – (Biblioteca básica de serviço social; v. 1).

NETO, N. B. Suicídio e Trabalho: Breves considerações acerca da relação entre sofrimento e alienação. In: LOURENÇO, E. A. de S; NAVARRO, V. L. O avesso do trabalho III: Saúde do trabalhador e questões contemporâneas. 1ª ed. São Paulo. Ed. Novas Expressões, 2013.

OGUISSO, T. *Trajetória histórica e legal da enfermagem*. 2. Ed. Ampl. Barueri, SP. Manole, 2007. (série enfermagem).

OPAS. Saúde nas Américas: Volume Regional. Organização Pan-America da Saúde, 2012.

PAES, N. A; SILVA, L. A. A; Doenças infecciosas e parasitárias no Brasil: uma década de transição. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 6(2), 1999.

PEREIRA, A. de A; VIANNA, C. de M; Saúde mental. -- Belo Horizonte: Nescon/UFMG. Coopmed. 76 p. 2009.

PIMENTEL, E. Destruição e devastação do meio ambiente no capitalismo. In: XI ENPESS – ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISADORES EM SERVIÇO SOCIAL. TRABALHO, POLÍTICAS SOCIAIS E PROJETO ÉTICO-POLÍTICO PROFISSIONAL DO SERVIÇO SOCIAL: Resistência e Desafios. São Luís, ABEPSS – Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social, dezembro de 2008. Publicado em CD- ROM.

\_\_\_\_\_. Uma Nova Questão Social? Raízes Materiais e Humano- Sociais do Pauperismo de Ontem e hoje. São Paulo, Instituto Lukács, 2012. – 2. ed. rev. 167 p.

POCHMANN, M. Nova Classe Média?: o trabalho na base da pirâmide social brasileira. 1 Ed. – São Paulo: Boitempo, 2012.

REMIJO, A. P. A situação da classe trabalhadora no Brasil: sob o prisma de Rui Mauro Marini a superexploração do trabalho. In: Saúde do Trabalhador: desafios para a seguridade social e movimento sindical. / Edvania Angela de Souza Lourenço [et al]. São Paulo: editora Unesp 2012.

SANTOS, M. C. *O fenômeno da violência na lógica da reprodução capitalista*. Dissertação à orientação de Edilene Pimentel Santos (mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal de Alagoas. Faculdade de Serviço Social. Maceió, 2014.

SANTOS, E. G dos; SIQUEIRA, M. M de. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. *J Bras Psiquiatr.* 2010;59(3):238-246.

SANTOS, E. P; COSTA, G. M. da. *Questão social e desigualdade: novas formas, velhas raízes*. In *revista ágora: políticas públicas e serviço social*, ano 2, nº 4, julho de 2006 - ISSN - 1807- 698x. Disponível em: <http://www.assistentesocial.com.br>

SCHOELLER, S. D. Economia e política na ordem médica. In: Geovanini T., et al. *História da enfermagem versões e interpretações*. – 3ª ed – São Paulo: Revinter: 2010.

SCYLLIAR, M. História do conceito de saúde. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17(1):29-41, 2007.

SEGURADO, A. C; CASENOTE, A. J; LUNA, E; A. Saúde nas Metrôpoles: doenças infecciosas. *ESTUDOS AVANÇADOS* 30 (86), 2016.

SOUZA, D de O. *A questão da saúde dos trabalhadores na perspectiva histórico-ontológica*. Dissertação à orientação de Maria Virginia Borges Amaral (mestrado em serviço social) – Universidade Federal de Alagoas. Faculdade de Serviço Social. Maceió, 2012a.

\_\_\_\_\_. Reflexões sobre os determinantes sociais da saúde à luz das raízes da questão social. In: Silva, S. V; Souza, D. O. (org). *Enfermagem em diversas áreas de atuação*. Maceió: edufal, 2012b, 225 p.: il.

\_\_\_\_\_. A saúde na perspectiva da “ontologia do ser social”. *Rev. Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 14 n. 2, p. 337-354, maio/ago. 2016.

SILVA, S. E V. da. [et al]. A saúde dos homens e o processo de precarização do trabalho. In: SOUZA, D. de O (org.). *Trabalho, Saúde e Sociedade: a determinação social da saúde em perspectiva*. Maceió: Edufal, 2015. 220 p.

TEODORESCU, L. L; TEIXEIRA, P. R. Histórias da aids no Brasil, v. 1: as respostas governamentais à epidemia de aids. Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde/Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, 2015. 464 p.

TONET, I. Método científico: uma abordagem ontológica. – São Paulo: Instituto Lukács, 2013.

VAISMAN, E. A importância da polemica sobre as relações entre Marx, filosofia e método. A obra teórica de Marx e o Marxismo. Cadernos cenmarx, nº3 – 2006.

VIEIRA, I. Conceito(s) de burnout: questões atuais da pesquisa e a contribuição da clínica. *Rev. bras. Saúde ocup.*, São Paulo, 35 (122): 269-276, 2010.