



## **“Questão Social, Pandemia e Serviço Social: em defesa da vida e de uma educação emancipadora”**

**Eixo temático:** Política Social e Serviço Social

**Sub-eixo:** Crise, trabalho e tendências contemporâneas das políticas sociais no capitalismo

### **A IMPORTÂNCIA DA DETERMINAÇÃO SOCIAL E DA CENTRALIDADE DO TRABALHO PARA A CONSTRUÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE**

RENATA DUTRA FERRUGEM<sup>1</sup>  
TUANE VIEIRA DEVIT<sup>1</sup>  
DOLORES SANCHES WUNSCH<sup>1</sup>  
JUSSARA MARIA ROSA MENDES<sup>1</sup>

**RESUMO:** O presente artigo propõe debater a relação entre saúde e trabalho, a partir da concepção da Determinação Social da Saúde, enquanto processos indissociáveis na teia de relações da sociedade. A importância deste debate é inegável, tanto para o debate histórico acerca do direito à saúde, quanto para a concepção e apreensão dos impactos oriundos do modo de produção capitalista na saúde da sociedade, cuja necessidade se explicita em tempos de ascensão do conservadorismo e do ultraneoliberalismo. A discussão emerge da revisão de literatura e da inserção em movimentos de luta em defesa do SUS.

**Palavras-chave:** Determinação Social da Saúde; Trabalho; Sistema Único de Saúde

**ABSTRACT:** This article aims to discuss the relationship between health and work, based on the concept of Social Determination of Health, as inseparable processes in the web of society's relationships. The importance of this debate is undeniable, both for the historical discussion about the right to health, and for the conception and apprehension of the impacts arising from the capitalist method of production on the health of society, whose need is made explicit in times of the rise of conservatism and ultra-neoliberalism. The discussion emerges from the

---

<sup>1</sup> Estudante de Pós-Graduação. Universidade Federal Do Rio Grande Do Sul

literature review and the insertion in struggle movements in defense of the SUS.

Keywords: Social Determination of Health, Work, Unified Health System

## 1. INTRODUÇÃO

O presente artigo propõe debater a relação entre saúde e trabalho, a partir da concepção da Determinação Social da Saúde, enquanto processos indissociáveis na teia de relações da sociedade, bem como debater sobre a importância da defesa de uma Política de Saúde pública, estatal e de qualidade, fundamentada por esta concepção. A presente discussão situa-se no debate histórico acerca do direito à saúde, fundamentada e contextualizada na concepção e apreensão dos impactos oriundos do modo de produção capitalista na saúde da sociedade, cuja necessidade se explicita em tempos de ascensão do conservadorismo e do ultraneoliberalismo.

Tem-se presente o acirramento da contradição capital e trabalho num renovado processo de avanço neoliberal. Como sinaliza Borges e Matos (2021. p.80), o ultraneoliberalismo representa “um ciclo de liberalismo ultra-acirrado, e suas práticas vêm sendo reorientadas por um conservadorismo de direita, também exacerbado que denominam de ultraneoliberalismo”. Esse contexto, expressa a mercantilização dos direitos sociais, dentre eles o direito à saúde, bem como a invisibilização do processo de saúde-doença diante do ocultamento da centralidade do trabalho nesse processo. Diante da crescente precarização do trabalho, Alves (2013) aponta que ocorre uma precarização da vida, sendo que a degradação do ser que trabalha é uma característica essencial da barbárie social.

Portanto, este trabalho dialoga criticamente com o cenário contemporâneo, abordando inicialmente sobre a Determinação Social da Saúde, para na sequência apresentar um debate sobre a centralidade do trabalho, e sua relação com o processo saúde-doença diante da lógica do capital. Assim como, na atual conjuntura brasileira, marcada pelo desmonte das políticas públicas, em especial do Sistema Único de Saúde (SUS), é fundamental intensificar a luta em defesa da saúde

pública, estatal de qualidade, sendo este o tema abordado no terceiro capítulo do desenvolvimento deste artigo.

## **2. DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE: A RELAÇÃO ENTRE O MODO DE PRODUÇÃO CAPITALISTA E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA**

O entendimento acerca da saúde e do adoecimento sofreu alterações ao longo dos anos, nos diferentes períodos da história da humanidade. Conforme Ceballos (2015), as pessoas buscam apreender os processos que determinam o adoecimento e a morte, com a finalidade de tentar impedi-los ou postergá-los. A autora pontua ainda que a partir da evolução da ciência, novas maneiras de explicar estes fenômenos surgiram. A partir da revisão de literatura acerca desta temática, é possível identificar diferentes análises acerca dos modelos explicativos de saúde-doença. Neste trabalho, será abordado acerca do modelo da Determinação Social da Saúde, o qual surge como contraponto à lógica hegemônica do modelo biomédico.

O modelo biomédico, conforme Barros (2002), é hegemônico na atualidade e tem sua origem no contexto do Renascimento e da evolução artístico-cultural desta época, e ao projeto expansionista das duas metrópoles, Espanha e Portugal. Ceballos (2015) ressalta que o conhecimento experimental, racionalizado e clínico apresentou uma nova maneira de entender a saúde, com a contribuição de Descartes que sugeriu que a mente e o corpo precisam ser estudados separadamente.

Observa-se que este modelo caracteriza-se também como sendo curativista, hospitalocêntrico e individualista, que fragmenta os sujeitos, a saúde e a doença, centrado no saber médico. Ceballos (2015) contribui ainda ao afirmar que este modelo não tem como foco a prevenção da doença, mas a cura e o diagnóstico. Assim, é fácil de compreender sua relação com a mercantilização da saúde, sendo um dos exemplos a questão dos medicamentos, pois conforme Barros (2002) o “fenômeno da medicalização” é um estímulo e consequência para a hegemonia do

modelo biomédico, considerando a sociedade do consumo na qual vivemos, em que impera a lógica do mercado. Neste sentido, Ceballos (2015, p. 07) afirma que este modelo “alimenta a indústria de clínicas e laboratórios e as empresas farmacêuticas”.

Contrapondo-se a este hegemônico modelo biomédico, que não consegue compreender e atender às necessidades apresentadas pelos sujeitos na sua integralidade, surge a Determinação Social da Saúde. Garbois, Sodr e e Dalbello-Araujo (2017) apresentam que no final da década de 70 já se questionava o modelo biomédico centrado na doença como um fen meno individual e a partir dos autores Facchini (1994), Laurell (1983), Breilh (1991), Tambellini-Arouca (1984) e Arouca (2003) ressaltam que a corrente da medicina social latino-americana apresentou contribuioes significativas criticando a abordagem positivista marcada no modelo da história natural da doença e sugerindo recolocar a problemática da relaao entre o processo biológico e o processo social, a partir do entendimento da determinaao.

Conforme sintetizam Garbois, Sodr e e Dalbello-Araujo (2017) o conhecimento da Determinaao Social da Saúde foi construído nos últimos trinta anos do século XX, a partir do esforço da corrente médico-social latino-americana em oferecer suporte teórico para elaborar um pensamento social na saúde, que pudesse criticar a perspectiva positivista da naturalizaao da história da doença. Com isso, destacam que o objeto de estudo passou a ser o processo saúde-doença, buscando compreender a saúde-doença como um fen meno coletivo, e não mais partindo do indivíduo.

Para o estudo e análise do processo saúde-doença, os autores utilizam o método materialista dial tico e histórico. Relacionado a isso, Garbois, Sodr e e Dalbello-Araujo (2017) afirmam que a partir do pensamento marxista   utilizada como categoria central o “trabalho” e assenta-se no “processo de trabalho” uma relevância significativa acerca da determinaao do processo de adoecimento. Nesse sentido, Minayo-Gomez e Thedim-Costa (1997) pontuam a ampliaao sobre a compreensão do processo saúde-doença, inclusive de forma articulada com o trabalho, a partir do avanço científico da Medicina Social, Saúde Pública e Medicina Preventiva nos anos 60 e 70, ao questionarem as abordagens funcionalistas.

Conforme Minayo-Gomez e Thedim-Costa (1997) apontam, o processo de trabalho é a referência central para estudar os condicionantes da saúde-doença, conceito recuperado das ideias de Marx. Por esse ângulo, Rocha e David (2015) ressaltam que a Determinação Social da Saúde é um referencial que debate a partir da coletividade e do caráter histórico-social do processo saúde-doença, favorecendo a relação entre o social e o biológico. Importante salientar que na sequência emerge um debate a partir dos determinantes sociais da saúde, o qual não pauta a centralidade do trabalho e do modelo de sociabilidade capitalista.

Breilh e Granda (1989) consideram as classes sociais como uma das categorias básicas para estabelecer a classificação epidemiológica. Segundo os autores, cada classe social, num determinado momento de seu desenvolvimento e de acordo com a sua forma específica de inserção no aparelho produtivo, participa de processos de trabalho e consumo definidos. Portanto, é essencial considerar, do ponto de vista epidemiológico, as formas de trabalho que os membros de cada classe realizam. Partindo desse pressuposto, é imprescindível pensar o processo saúde-doença considerando a desigualdade social presente e latente na sociedade, e as importantes disparidades nas condições de vida e de trabalho, no acesso diferenciado a serviços assistenciais, na distribuição desigual de recursos de saúde e nas suas repercussões sobre a morbidade e mortalidade entre as classes sociais.

Assim, torna-se necessário, para o viés epidemiológico, considerar que as expressões específicas de cada classe social vão determinar e condicionar as modalidades de desgaste (ou consumo físico e psíquico), bem como o repouso do/a trabalhador/a, o que repercute sobre o próprio ser, bem como seus familiares e pessoas próximas. Também determinam a intensidade e frequência de exposição aos benefícios e riscos do trabalho, e o ambiente em que o mesmo é realizado. O próprio produto da venda da força de trabalho (o salário, por exemplo) vai condicionar a quantidade e qualidade do consumo, o que impacta diretamente seu acesso à saúde e medicamentos, em uma lógica mercantilizante da saúde como a da sociedade capitalista. Além disso, também determinam como o trabalho familiar complementar, como o trabalho materno e o trabalho infantil, vão ser realizados. Nesse sentido, parte dos riscos e potencialidades epidemiológicas de classe estão

modeladas e caracterizadas pelas formas de trabalho (BREILH e GRANDA, 1989).

Nesse sentido, é importante destacar a divergência latente entre a concepção da Determinação Social da Saúde e a concepção dos Determinantes Sociais da Saúde, amplamente divulgada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), por meio da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde, criada em 2005, em nível global. Em 2008, a OMS divulgou informe sobre o tema, com o conceito vulgarizado e desprovido do peso teórico e político assumido nas décadas de 70 e 80, onde havia profunda ligação com a teoria marxista.

Buss e Pellegrini (2007) assinalam que a discussão dos Determinantes Sociais da Saúde foi destaque na Conferência de Alma-Ata, no final dos anos 70, e também na década de 1990, com o debate sobre as Metas do Milênio, que foi corroborado com a criação da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), em 2006. Os autores (2007, p. 78) abordam ainda que a CNDSS definiu Determinantes Sociais da Saúde (DSS) como “fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população”.

Conforme Garbois, Sodré e Dalbello-Araujo (2017) através desta comissão, a OMS buscou retomar o debate do social compreendendo o processo social a partir dos determinantes sociais, o que acaba reificando o social à medida em que o caracteriza como um campo limitado da realidade e o trata como externo ao sujeito individual/coletivo. Em síntese, o conceito apresentava casos consideravelmente óbvios de causalidade social dos problemas de saúde, sem aprofundar a crítica à estrutura do modelo de produção capitalista. Em contrapartida, a concepção da Determinação Social da Saúde não se limita apenas aos fatores societários para conceber o processo saúde-doença, nem os trata isoladamente ou de forma casual, mas sim os considera como parte do processo de saúde e doença, juntamente aos fatores biológicos e com a estrutura do modo de produção em que a população está inserida.

Ainda sobre as divergências, Breilh (2013) ressalta que a epidemiologia crítica latino-americana foi forjada em ambientes acadêmicos, porém inspirada na luta pela superação de um regime social centrado na acumulação de riqueza, já os

Determinantes Sociais da Saúde convertem as estruturas sociais em variáveis, e não em categorias de análise do movimento histórico de acumulação. Garbois, Sodr e e Dalbello-Araujo (2017) destacam que a abordagem da OMS a partir dos Determinantes Sociais da Saúde   criticada especialmente no interior da medicina social latino-americana e da saúde coletiva, sendo uma perspectiva reducionista e fragmentada da realidade social, que fortalece a polaridade entre o “ser social” e o “ser biológico”.

Por fim, a expressão Determinação Social da Saúde, conforme Correia e Alves (2021, p 09), se relaciona diretamente às bases teóricas da Reforma Sanitária Brasileira e estas bases reportam ao sistema capitalista bem como   mercantilização da saúde, ou seja, “  determinação estrutural na produção e distribuição da doença”. Neste sentido,   possível compreender a relação entre o modo de produção capitalista e o processo saúde-doença da população, sendo que as condições de vida e de trabalho estão diretamente relacionadas à sociabilidade capitalista. Em vista disso, o próximo capítulo abordará a centralidade do trabalho no debate da Determinação Social da Saúde.

### **3. A CENTRALIDADE DO TRABALHO EM UM PROCESSO DE PRODUÇÃO FUNDAMENTADO NA LÓGICA DO CAPITAL**

  inegável que o trabalho e a forma como o mesmo se configura no modo capitalista de produção permeiam as relações e o desenvolvimento da sociedade. Para além do aspecto econ mico enquanto mera atividade laboral, a categoria trabalho constitui um papel importante no cotidiano dos indivíduos e do seu modo de viver, caracterizando um impacto fundamental na forma como os seres humanos se organizam enquanto ser coletivo, enquanto sociedade. Corroborando com esta análise, e como ponto de partida para a discussão aqui proposta, é importante ressaltar que:

[...] a categoria trabalho não diz respeito apenas   produção propriamente dita, isto é, o local da exploração ou produção da mais-valia, o local de trabalho, propriamente dito. Ela implica a própria atividade vital ou processo entre o homem e a natureza, compreendida como (1) matéria natural que ele se apropria para dar-lhe vida útil para sua própria vida e (2) sua própria vida física e mental (corporalidade, braços e

pernas, cabeça e mão), elementos postos não apenas no interior do território de produção propriamente dito (por exemplo, a fábrica, a loja ou o escritório), mas também nas instâncias de reprodução social (ALVES, 2013, p. 18).

O trabalho é a atividade fundante do homem, muito embora apresente um caráter contraditório. Para Marx e Engels, os seres humanos só passam a se distinguir dos animais ao produzirem seus meios de existência e sua vida material por meio do trabalho (MARX e ENGELS, 1998), sendo o trabalho um processo em que o ser humano impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza, modificando-a e ao mesmo tempo modificando a si próprio (MARX, 1980). Portanto, “[...] o ato de produção e reprodução da vida humana realiza-se pelo trabalho. É a partir do trabalho, com sua cotidianidade, que o homem torna-se ser social, distinguindo-se de todas as formas não humanas” (ANTUNES, 2000, p. 123).

Entretanto, no modelo de produção capitalista, o ser humano não trabalha apenas para sua realização ou para se efetivar como ser livre e criativo, mas para satisfazer os interesses do capital e as suas necessidades imediatas de sobrevivência, ou suas funções primárias, como comer, beber e procriar, abstraídas das relações humanas. Nesse sistema, o/a trabalhador/a, caracterizado por sua força de trabalho, se torna uma mercadoria tão mais barata quanto mais mercadorias cria. Mercadorias estas, criadas para outrem, já que o trabalho e os meios de produção não mais lhe pertencem, pois lhe foram expropriados historicamente de forma violenta (MARX, 2014).

Considera-se, portanto, que o trabalho e o modelo de produção em que este se insere são a essência das relações humanas. Em um contexto de acumulação de capital constante, onde objetifica-se o produto do trabalho, a saúde também é alienada na lógica do capital, além de sofrer constantes consequências por conta do processo de trabalho e as condições em que este é realizado. Ao vender sua força de trabalho, o/a trabalhador/a não a separa de sua saúde, a qual é afetada pelo processo de trabalho. Ao mesmo tempo, sujeitos adoecidos e sem capacidade de trabalho são improdutivos para a lógica do capital. Saúde e trabalho são, portanto, processos indissociáveis.

A partir da indissociabilidade entre trabalho e saúde, torna-se essencial

questionar e aprofundar sobre a configuração deste trabalho que se apropria da saúde dos sujeitos e provoca o adoecimento. Nesse sentido, cabe-se dizer que no capitalismo contemporâneo as transformações no mundo do trabalho trazem sérias consequências para a saúde dos/as trabalhadores/as, além de contribuir para o aumento do desgaste da força de trabalho, desemprego, flexibilização das relações de trabalho, informalidade, precarização do trabalho e regressão dos direitos sociais, reorganizando todas as esferas da vida social (FERREIRA e AMARAL, 2014).

Apesar desta orientação de análise do trabalho enquanto categoria central e indissociável da saúde, a conceituação do processo saúde-doença esteve historicamente vinculada apenas a aspectos biológicos e individuais, conforme debatido no capítulo anterior, a partir de um modelo hegemônico biomédico. No discurso sanitário tradicional, os problemas da saúde são resguardados a população, segmentada por idade, sexo, zona geográfica. Os sujeitos que compõem esta população são descaracterizados enquanto trabalhadores/as, tornando a saúde uma construção dos problemas do consumo e das condutas, e não do trabalho (LAURELL e NORIEGA, 1989). Entretanto, considerando que o processo de produção, fundamentado na lógica do capital, organiza e perpassa toda a vida social, ignorar a categoria trabalho no processo saúde-doença é também ignorar a categoria analítica central deste processo, a qual permite estudar sob uma realidade concreta como se desenvolve a saúde da população em um contexto de reprodução/acumulação de capital e exploração do trabalho.

Contexto este que contribui para que o viver, adoecer e morrer dos/as trabalhadores/as sejam específicos, considerando sua inserção em um processo de trabalho, bem como condições socioeconômicas e hábitos de vida. Estas condições dependem da venda da capacidade de trabalho e do processo de trabalho que produz desgaste social, físico e psíquico, além de exposição às matérias-primas insalubres e tóxicas (WÜNSCH e MENDES, 2015). Compactando com a especificidade do processo de saúde-doença dos/as trabalhadores/as, Dejours (1999) compreende que o trabalho nunca é neutro em relação à saúde, e pode favorecer o adoecimento.

Ainda, sobre o adoecimento especificamente relacionado ao trabalho, Minayo-

Gomez e Thedim-Costa (1997) sinalizam que com frequência as doenças que têm como origem o trabalho acabam sendo identificadas em estágio avançado, até mesmo porque na fase mais inicial podem apresentar sintomas semelhantes a outras doenças, o que dificulta a identificação dos processos que as geraram. Relacionado a isso, os autores abordam a caótica trajetória do Estado na sua função de promoção da saúde das pessoas que trabalham, o que acaba se unindo a resistência das mesmas em admitir sua condição de adoecimento.

Minayo-Gomez e Thedim-Costa (1997) afirmam que muito dessa resistência se deve ao receio de perder o emprego, o qual garante a sobrevivência, assim como alia-se aos diversos constrangimentos enfrentados pelo/a trabalhador/a doente “afastado/a” do trabalho. Os autores (1997, p. 30) pontuam que “o direito ao trabalho é a demanda mais crucial e complexa do momento presente. Garanti-lo reverteria significativamente os constatados reflexos do desemprego sobre a saúde da população trabalhadora e de suas famílias”. No entanto, no atual contexto de total precarização do trabalho, os autores destacam que a luta pela manutenção do emprego torna-se prioritária, o que obrigatoriamente secundariza as questões de saúde nas agendas sindicais. Os autores (1997, p. 31) reforçam que isto demonstra o quanto “a Saúde do Trabalhador, enquanto questão vinculada às políticas mais gerais, de caráter econômico e social, implica desafios das mais diversas ordens”.

Assim, a centralidade do trabalho é categoria fundamental para se pensar a saúde da população no modo de produção capitalista, refletindo de que forma tal categoria irá impactar a construção e execução da Política de Saúde, ainda mais em tempos nefastos, de ascensão do conservadorismo e do ultraneoliberalismo, se traduzindo no ataque e desmonte de direitos arduamente conquistados pela classe trabalhadora. A partir deste contexto, visa-se debater a Determinação Social da Saúde pautada nas bases da Reforma Sanitária Brasileira, considerando a categoria trabalho como central. Este debate deve fazer parte da agenda de lutas contra a mercantilização e a privatização da saúde, contra o desmonte do SUS, na defesa da saúde pública, estatal, universal e de qualidade.

#### **4. A IMPORTÂNCIA DA DEFESA DO SUS PÚBLICO, ESTATAL DE QUALIDADE**

---

Para debater a importância da concepção de Determinação Social da Saúde e da centralidade do trabalho na Política de Saúde, é necessário retomar o processo de construção do SUS. Em meados da década de 70, no período de efervescência democrática, a luta pela saúde ganha força em território brasileiro, a partir do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB). Como resultado da organização de trabalhadores/as, estudantes, partidos políticos, sindicatos, intelectuais e entidades, se configurou a conquista de um sistema público e universal de saúde, calcado na saúde enquanto um direito de todos/as.

Nesse sentido, cabe lembrar as palavras de Antônio Sérgio da Silva Arouca (BRASIL, 1986, p. 41), na 8ª Conferência Nacional de Saúde, berço do SUS:

[...] esse novo pacto, essa nova aliança, é o que estamos chamando de uma profunda reforma sanitária neste País. Esta deve supor uma reformulação no sistema de saúde, baseada na inserção, na Constituição, de que a saúde é um direito do brasileiro e um dever do Estado.

A perspectiva da saúde enquanto direito foi um ato revolucionário na história do país. O setor saúde, até então dominado pela prestação de serviços empresariais e filantrópicos, apenas garantia acesso de acordo com um sistema contributivo. Assim, é desde sua concepção que o sistema de saúde brasileiro enfrenta os entraves e conciliações com o setor privado. Ainda no discurso de Arouca, é possível perceber tal desconforto, com a retirada de entidades do setor privado da Conferência:

Há uns dias atrás, algumas entidades ligadas ao setor privado se retiraram da Conferência, alegando que, como representavam uma grande porcentagem dos serviços de saúde prestados ao País, deviam ter maior número de delegados. Mas se equivocaram. No meu entender, essa proporção de serviços prestados não corresponde à proporção da população brasileira. E esta é uma Conferência da população brasileira e não uma Conferência dos prestadores de serviços (BRASIL, 1986, p. 39).

Construir um sistema de saúde na perspectiva de um direito fundamental e universal contrapõe a lógica do capital, que calca seus interesses nos lucros advindos da saúde e doença da população. Talvez seja por isso que o SUS, após mais de trinta anos de implantação pela Constituição Federal de 1988, considerado como exemplo de sistema universal de saúde e reconhecido por suas experiências

exitosas em diversas partes do mundo, sofre constantemente com tensões relacionadas aos interesses do mercado, incompatíveis com o modelo de atenção em saúde proposto pelo sistema.

Neste sentido, é importante destacar que os ataques ao SUS são de longa data, pois como corroboram Cheloni, Assis e Maywald (2021), desde o início da construção do SUS nos anos 80 ele se localiza em um cenário de disputas, entre quem defende a saúde universal e pública, em contraponto a quem defende a privatização a partir dos avanços neoliberais, mirando a saúde como mercadoria. Portanto, as autoras destacam que apesar do SUS apresentar um caráter universal, ele não é o único modelo de saúde no Brasil, o que provoca uma luta permanente de enfrentamento às ofensivas neoliberais que investem em desconstruir ou minimizar esse sistema.

Apesar destes desafios, Bravo (2009) sintetiza que o texto que consta na Constituição Federal é inspirado nas propostas que foram defendidas pelo Movimento Sanitário, muito embora os interesses empresariais e de setores do governo tenham impossibilitado que todas as demandas do movimento fossem atendidas. Ou seja, reforça que a Política de Saúde brasileira de 1980 é marcada pela politização da saúde objetivando um aprofundamento do nível de consciência sanitária, visibilidade para inclusão de demandas da população na pauta do governo e apoio político para a implementação das mudanças, sendo a 8ª Conferência de Saúde o principal marco nesta direção. A partir do exposto, percebe-se o quanto o SUS, desde seu nascimento, está submetido à lógica do mercado. Portanto, o SUS é resultado das disputas entre projetos opostos que existem no Brasil antes mesmo da Constituição Federal de 1988 e da redemocratização.

Dentre os projetos em disputa, Bravo, Pelaez e Menezes (2020) destacam: Projeto da Reforma Sanitária dos anos 80; Projeto Privatista; Projeto da Reforma Sanitária Flexibilizada; e Projeto do SUS subordinado integralmente aos interesses do mercado privado. Estas disputas, conforme ressaltam as autoras, estão inscritas no processo de desenvolvimento do sistema capitalista em sua fase neoliberal, marcado pela diminuição de direitos para a classe trabalhadora e ampliação do mercado, em todos os pontos da vida social. Neste sentido, Cabral (2021) afirma

que, a partir do golpe de 2016, foram implementadas medidas ultraneoliberais que impactaram em diversas áreas da proteção social, destruindo direitos sociais e liquidando os direitos trabalhistas conquistados pelos/as trabalhadores/as através de muita luta.

Bravo, Pelaez e Menezes (2020, p. 195) sinalizam que no governo Bolsonaro há um aprofundamento das contrarreformas, ressaltando três características essenciais deste governo: “extremo liberalismo econômico; temor das mobilizações; e desprezo pela participação da maioria, ou seja, pela democracia, com ataques às instâncias de participação e controle social”. Assim, ressalta-se que embora a pandemia tenha agudizado as condições de trabalho e de vida do povo brasileiro, ela não é responsável pelo cenário de barbárie marcado por mais de 680 mil mortes por covid-19. Como afirma Antunes (2021, p. 115) “a tragédia social antecede a atual situação pandêmica”.

O atual cenário de avanço do desmonte do SUS, da privatização e mercantilização da saúde e das demais políticas sociais públicas é fruto do modelo de sociabilidade capitalista que cada vez explora mais a classe trabalhadora, com a figura de um Estado Social que repassa suas responsabilidades para o setor privado. Neste sentido, Pereira (2017) compreende que, no modelo de sociabilidade capitalista, a expectativa é justamente de que o estado reduza sua participação como provedor de políticas públicas, diminuindo os gastos sociais e seu papel como regulador da economia.

Neste sentido, Boschetti (2016) destaca que esse Estado social não se destina a superar as desigualdades através dos direitos sociais, em algumas ocasiões até conseguiu reduzir a desigualdade, no entanto, não superará a concentração da propriedade privada. Assim, é preciso compreender o caráter contraditório das políticas sociais e do papel do Estado em tempos de financeirização, a qual, segundo Bruno e Caffé (2017, p. 1058), impõe limites para as ações do Estado, considerando que prioriza “os interesses do capital à custa do social”. Neste sentido, Yazbek (2018, p. 185) afirma que:

a centralidade do capital financeiro e seu domínio sobre o capital produtivo traz consequências graves para a “classe que vive do trabalho” com a manutenção de taxas elevadas de desemprego, insegurança e instabilidade nos empregos, crescimento do trabalho informal e precário, redução de salários, precarização das

relações de trabalho, incluindo terceirizações e contratos por prazos determinados, entre outros aspectos.

Portanto, os processos de privatização e mercantilização da saúde, que compõem o cenário de financeirização das políticas sociais situado no modelo de sociabilidade capitalista, configuram-se como mais um dentre tantos ataques à classe trabalhadora. Isto porque a lógica do atendimento às pessoas concebe a saúde enquanto mercadoria, e assim sendo, o foco é no lucro e não na integralidade do cuidado e na satisfação das necessidades concretas dos sujeitos. Necessidades estas que estão diretamente relacionadas com a Determinação Social da Saúde, pois neste modelo de sociabilidade capitalista a maioria dos/as trabalhadores/as não têm pleno acesso a condições dignas de trabalho, renda, moradia, educação, dentre outros, contribuindo igualmente para a produção do adoecimento.

## **5. CONCLUSÃO**

Em tempos nefastos, de ataques profundos à classe trabalhadora e da subordinação integral da Política de Saúde aos interesses do mercado privado, o debate acerca da concepção de saúde e trabalho torna-se essencial. Face ao avanço do conservadorismo e do ultraneoliberalismo, os processos de mercantilização e privatização da saúde ganham ainda mais terreno, avançando extensivamente e conseqüentemente se traduzindo no desmonte da Política de Saúde brasileira. Nesse contexto, vislumbra-se a importância em retomar a concepção da Determinação Social da Saúde, a qual reconhece a centralidade do trabalho enquanto categoria fundamental para se pensar a saúde da população no modo de produção capitalista.

Tal concepção tem relevância histórica na construção do SUS, em sua gênese, ao ser pautada enquanto base do projeto proposto pelo Movimento da Reforma Sanitária Brasileira. Porém, por seu propósito contraditório ao capitalismo, de transformação não apenas da Política de Saúde, mas também de um novo modelo de sociabilidade, tal projeto é disputado por diversas apresentações voltadas

ao capital e de acordo com a conjuntura sócio-política, tendo severas modificações que, cada vez mais, agradam mais ao mercado do que as reais necessidades em saúde da população.

Em uma sociedade organizada por classes, fundamentada na exploração do trabalho e calcada na desigualdade, o debate entre saúde e trabalho não pode ser tratado em categorias isoladas, pois sua relação é indissociável. No modo capitalista, não há espaço para uma sociedade saudável, pois a saúde é incompatível com a mercantilização e com o lucro acima da vida. Esse debate deve fazer parte da agenda de lutas contra a mercantilização e a privatização da saúde e contra o desmonte do SUS. E, frente a toda esta barbárie sistêmica e estrutural, é preciso resistir e defender os direitos da classe trabalhadora. É urgente enfrentar a privatização da saúde, avançando na luta em defesa do SUS público, estatal e de qualidade. Para tal, reconhece-se a Frente Nacional contra a Privatização da Saúde e os fóruns estaduais e regionais em defesa do SUS enquanto movimentos importantes e organizativos desta luta, sendo primordial o seu fortalecimento. Viva ao SUS, e para além do SUS!

## 6. REFERÊNCIAS

ALVES, G. **Dimensões da Precarização do Trabalho - Ensaio de Sociologia do Trabalho**. Bauru, SP - 2013. Projeto Editorial Praxis.

ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo trabalho**. São Paulo: Cortez, 2000.

ANTUNES, R. **O vilipêndio da COVID-19 e o imperativo de reinventar o mundo**. O Social em Questão - Ano XXIV - nº 49 - Jan a Abr/2021.

BARROS, J. A. C. **Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico?** Revista Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 1-11, jan./jul. 2002. Disponível em <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/4CrdKWzRTnHdwBhHPtjYGWb/?lang=pt> Acesso em 30 ago. 2022.

BORGES, M.E.S e MATOS. M. C de. **As duas faces da mesma moeda:** ultraneoliberalismo e ultraneoliberalismo no Brasil da atualidade. IN BRAVO, M.I.S.; MATOS, M.C.; FREIRE, S.M.F. (Org.). Políticas sociais e ultraneoliberalismo. Uberlândia: Navegando Publicações, 2020.

BOSCHETTI, I. **Assistência social e trabalho no capitalismo.** São Paulo: Cortez, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde.** Brasília, 1986. Disponível em [http://www.ccs.saude.gov.br/cns/pdfs/8conferencia/8conf\\_nac\\_anais.pdf](http://www.ccs.saude.gov.br/cns/pdfs/8conferencia/8conf_nac_anais.pdf) Acesso em 30 de abril de 2022.

BRAVO, M. I. S. **Política de Saúde no Brasil.** In: MOTA, Ana Elisabete; BRAVO, Maria Inês Souza; UCHÔA, Roberta et al. (Orgs.). Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2009.

BRAVO, M. I. S.; PELAEZ, E. J.; MENEZES, J. S. B. de. **A Saúde nos governos Temer e Bolsonaro: Lutas e resistências.** SER Social, [S. l.], v. 22, n. 46, p. 191–209, 2020. DOI: 10.26512/ser\_social.v22i46.25630. Disponível em: [https://periodicos.unb.br/index.php/SER\\_Social/article/view/25630](https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/25630). Acesso em: 27 dez. 2021.

BREILH, J. **La determinación social de la salud como herramienta hacia una nueva salud pública** (salud colectiva). Revista Facultad Nacional de Salud Pública, Antioquia, n. 31, supl. 1, p. 13-27, 2013.

BREILH, J; GRANDA, E. **Saúde na sociedade.** São Paulo: Cortez, 1989.

BRUNO, M. CAFFE, R. **Estado e financeirização no Brasil:** interdependências macroeconômicas e limites estruturais ao desenvolvimento. Economia e Sociedade, Campinas, v. 26, Nº Especial, p. 1025-1062, dez. 2017.

BUSS P. M; PELLEGRINI Filho A. **A saúde e seus determinantes sociais.** Physis Rev Saúde Coletiva. 2007;17(1):77-93

CABRAL, M. do S. R. **Saúde e pandemia no Brasil – Gestão Bolsonaro**. In: CABRAL, Maria do Socorro Reis; ASSIS, Isabelle Martins de; CHELONI, Geovana de Alcântara (Org.). **CRISE CAPITALISTA, PANDEMIA E MOVIMENTOS SOCIAIS** (Revista). Núcleo de Qualidade de Vida e Saúde do Curso de Serviço Social da PUC-SP: 2021.

CEBALLOS, A. G. da C. Modelos conceituais de saúde, determinação social do processo saúde e doença, **promoção da saúde**. Recife: [s.n.], 2015. Disponível em [https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/3332/1/2mod\\_conc\\_saude\\_2016.pdf](https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/3332/1/2mod_conc_saude_2016.pdf) Acesso em 30 de abril de 2022.

CHELONI, G. de A; ASSIS, I. M. de; MAYWALD, V. **Viva o SUS: idas e vindas do sistema!** In: CABRAL, Maria do Socorro Reis; ASSIS, Isabelle Martins de; CHELONI, Geovana de Alcântara (Org.). **CRISE CAPITALISTA, PANDEMIA E MOVIMENTOS SOCIAIS** (Revista). Núcleo de Qualidade de Vida e Saúde do Curso de Serviço Social da PUC-SP: 2021.

CORREIA, M. V. C; ALVES, P. K. L. **Pandemia, desigualdade social, determinação social do processo saúde e doença: quem são os mais atingidos?** In: LIMA, Aruã Silva de; CORREIA, Maria Valéria Costa (org.). **Determinação Social da Saúde e enfrentamento da COVID-19 o lucro acima da vida** [recurso eletrônico] – Maceió, AL: EDUFAL, 2021.

DEJOURS, C. **Conferências brasileiras: identidade, reconhecimento e transgressão no trabalho**. São Paulo: FGV. 1999.

FERREIRA, A. M. de A.; AMARAL, A. S. do. **A saúde do trabalhador e a (des)proteção social no capitalismo contemporâneo**. Revista Katálysis, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 176-184, dez. 2014. Disponível em: <http://migre.me/vfde3> Acesso em 25/03/2019.

GARBOIS, J. A; SODRÉ, F; DALBELLO-ARAUJO, M. **Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde**. Saúde Debate, Rio de Janeiro, v. 4, n. 112, p.63-76, jan. 2017. Trimestral. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711206>. Acesso em: 30 dez. 2021.

LAURELL, A. C., NORIEGA, M. **Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário**. São Paulo. Hucitec, 1989.

MARX, K.; ENGELS F. **A ideologia Alemã**. Tradução: Luis Claudio de Castro e Costa – São Paulo: Martins Fontes. 1998 – (Clássicos).

MARX, K. **Manuscritos Econômicos-Filosóficos**. Tradução: Jesus Ranieri – São Paulo: Boitempo, 2014.

MARX, Karl. **O capital – crítica da economia política**. Trad. Reginaldo Sant Anna. 6 ed. 6v. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1980.

MINAYO-GOMEZ, C; THEDIM-COSTA, S. M. da F. **A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 13(Supl. 2):21-32, 1997.

PEREIRA, C. P. **A Proteção Social em tempos sem brios**. Argum., Vitória, v. 9, n. 3, p. 24-29, set./dez. 2017.

ROCHA, P. R. da; DAVID, H. M. S. L. **Determinação ou Determinantes? Uma discussão com base na Teoria da Produção Social da Saúde**. Revista Escola Enfermagem USP, São Paulo, v. 1, p.129-135, 2015.

WÜNSCH, P R; MENDES J M R. **Os acidentes, doenças e mortes relacionadas ao trabalho**. Revista Estudos do Trabalho, Ano VIII, n. 16, 2015. Disponível em [http://www.estudosdotrabalho.org/2\\_RRET16.pdf](http://www.estudosdotrabalho.org/2_RRET16.pdf) Acesso em 25/03/2019.

YAZBEK, M. C. **Serviço Social, Questão Social e Políticas Sociais em tempos de degradação do trabalho humano, sob o domínio do capital financeiro**. SERV. SOC. REV., LONDRINA, V. 21, N.1, P. 183-194, JUL./DEZ. 2018.