

Saúde do Trabalhador: Ratificação do Capitalismo Contemporâneo e sua materialidade no Limite da Esfera Pública.

Paula Fernanda Menezes de Menezes*

Resumo

Neste artigo trabalhamos a Saúde do Trabalhador como inserida em um conceito mais amplo de Saúde Pública, enriquecendo-o com suas especificidades e exigências. Seu atendimento é garantido e legitimado pela Constituição Federal de 1988 e consolidado no Sistema Único de Saúde, o SUS. O presente trabalho tem por objetivo demonstrar a importância da saúde do trabalhador, partindo de uma reflexão sobre os encaminhamentos que vêm sendo dado pelo Estado capitalista contemporâneo na complexa e delicada área da saúde. A análise deste tema na dinâmica da atividade humana torna claro que ela vem sendo desconsiderada em virtude de vários motivos, dentre os quais a escassez e/ou desvio de investimento público destinado à saúde e da forma como se *põe* o trabalhador nesse quadro caótico em que se encontra a dinâmica agônica do capitalismo contemporâneo. Não entendemos neste artigo, a possibilidade de qualquer negação na relação capital-trabalho, a partir do tema, mas problematizar a garantia consciente dos direitos trabalhistas, em especial os da saúde do trabalhador.

Palavras Chaves: Saúde do Trabalhador, Capitalismo Contemporâneo, Esfera Pública, Política de Saúde.

1 – Introdução

Analisar a saúde do trabalhador na contemporaneidade exige que se leve em consideração as relações sociais que se apresentam conflitivas, contraditórias e antagônicas, e que forcem cada vez mais o trabalhador a vender sua força de trabalho, vista no sistema vigente como mercadoria. Em face dessa situação crescem nas empresas e instituições as questões relativas aos limites e possibilidades na mudança do quadro da saúde do trabalhador que o presente artigo mostrará.

Dessa forma, o tema em questão é ressaltado como direito social fundamental e de responsabilidade do Estado como prestação de serviço público e de qualidade. A saúde do trabalhador é apresentada tendo por base a Lei Orgânica da Saúde (Lei Federal 8080/90), em seu artigo 6º, parágrafo 3º, regulamentando os dispositivos constitucionais sobre Saúde do Trabalhador como "um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho".

* Graduanda em Serviço Social.

Para uma melhor compreensão da questão em análise, o artigo está organizado em cinco partes. Na primeira, introduz-se o problema a ser desenvolvido; na segunda, traça-se um quadro do capitalismo contemporâneo e o papel do Estado; na terceira, aborda-se de forma atual a Saúde Pública no Brasil; na quarta, analisa-se a Saúde do Trabalhador no interior da complexa estrutura da saúde brasileira e, na quinta parte, conclui-se o artigo.

Neste trabalho, a formação econômico-social capitalista brasileira é objeto de estudo no que diz respeito à Saúde do Trabalhador. Espera-se, por meio deste, contribuir para a ampliação das discussões e análises a respeito desta questão rica e atual que é o tema abordado, já que seus direitos, suas conquistas estão sendo paulatinamente retirados pelas políticas públicas em curso, com o fito de diminuir o custo do capital proporcionando, com os recursos retirados do trabalhador, um aumento da taxa de lucro das empresas/instituições.

2 - O Capitalismo Contemporâneo

O modo de produção capitalista se caracteriza pela produção de mercadorias. Desde os séculos XVII e XVIII que esta relação sociometabólica generalizou-se. O século XIX vem marcar as crises intermitentes porque passa o mundo do capital. A afirmação deste se concretiza com o valor de troca que se constitui na determinação do processo de trabalho na sociedade mercantil por excelência, qual seja, a capitalista. É o próprio desenvolvimento dessa sociedade que traz, em seu seio, o negativo: a classe trabalhadora. A sociedade capitalista é, parafraseando Engels, “produto da tomada de consciência, por um lado, das oposições de classes que reinam na sociedade moderna entre possuidores e não-possuidores, assalariados e burgueses, de outro lado, da anarquia que reina na produção”.¹ (Tradução livre, PFM).

As relações entre a classe trabalhadora e os detentores dos meios de produção, ao se desenvolverem, transformam a *livre concorrência* em concorrência oligopolista/monopolista com o surgimento de trustes e cartéis que vão marcar o final do século XIX e início do século XX. A transformação aludida ocorre com a crise que grassa de 1873 a 1896. A dizer de Lenine:

O que caracterizava o antigo capitalismo, em que reinava a livre concorrência, era a exportação de *mercadorias*. O que caracteriza o capitalismo atual, em que reinam os monopólios, é a exportação de *capitais*.

O capitalismo é a produção mercantil em seu mais alto grau de desenvolvimento, em que a força de trabalho se torna mercadoria. [...] O desenvolvimento desigual e por saltos das diferentes empresas, das diferentes

¹ ENGELS, F. Socialisme utopique, In, *socialisme utpique et socialisme scientifique*, Paris, Ed Sociales, 1973, p. 59.

indústrias e dos diferentes países é inevitável em regime capitalista.²

Nesse sentido, a fase imperialista em que predominam os monopólios é vista como sendo produtora de desigualdades cada vez maiores em termos sociais, econômicos e regionais entre outros. Naturalmente que o desenvolvimento desta fase do sistema capitalista implica na exclusão cada vez maior, de parte substantiva da sociedade, às conquistas adquiridas ao longo de suas lutas no processo de trabalho. Assim, o que diz respeito ao humano como: saúde, educação, habitação, lazer são, assim como a formação econômico-social capitalista, distribuídos desigualmente na complexa estratificação deste modo de produção.

No seu processo de desenvolvimento o mundo do capital internacionalizou o chamado capital produtivo se adicionando à internacionalização do capital-mercadoria o que tornou mais completa a economia capitalista e mais propensa às crises que solapam sua dinâmica.

É nas duas décadas do século passado que a teorização correspondente à práxis social se faz presente mediante obras clássicas afora a já citada.³ Foi de 1920 a 1970 que o capital produtivo se desenvolveu e passou a comandar as relações socioeconômicas por meio do processo de trabalho denominado fordista. Há, aí, extração da mais-valia (trabalho não pago) por meio, tanto da exploração dos trabalhadores das economias hegemônicas, quanto destas em relação às periféricas. No que diz respeito a estas últimas, os trabalhadores sofreram uma inusitada exploração em termos da extensão da jornada de trabalho (mais-valia absoluta) acrescida dos aumentos da produtividade e intensidade do trabalho (mais-valia relativa).

A partir dos anos 70 o processo produtivo fordista apresenta suas fragilidades, seu negativo e, então, a economia passa a ser liderada pelo capital fictício, bursátil. Agora o lucro deste capital se funda na sucção da mais-valia produzida na esfera da produção. Por esse motivo todas as atividades humanas foram e são relegadas a um plano secundário como teremos oportunidade de ver, no caso da saúde pública. Tem razão Granemann ao afirmar:

A contra-reforma estatal que permitiu à iniciativa privada transformar quase todas as dimensões da vida social em negócios, ao definir de modo rebaixado o que são as atividades exclusivas do Estado - ação que permitiu a entrega das estatais ao mercado pela via das privatizações - tem no Projeto Fundação Estatal um estágio aprofundado da transformação do Estado em mínimo para o trabalho e máximo para o capital.

² LENINE, I.V. *L'impérialisme, stade suprême du capitalisme*, Paris, Moscou, Ed. Sociales e Ed. Du Progrès, O.C. T. 22, 1976, p. 260.

³ Conforme HILFERDING, R. *Le capital financier*, Paris, Ed. Minuit; LUXEMBURGO, R. *A acumulação do capital*, RJ, Zahar, 1970 e outros autores.

A noção de que as políticas sociais podem ser desenvolvidas nos moldes análogos aos serviços privados leva os formuladores do Projeto Fundações Estatais a justificarem a constituição de fundações estatais em “setores em que cumpre ao Estado atuar de forma concorrente com a livre iniciativa, exercendo atividades que, embora consideradas de relevância para o interesse público, não lhe sejam exclusivas, necessitando para isso, de maior autonomia e flexibilidade de gestão que favoreçam a eficácia e a eficiência da ação governamental”. (MPOG; 2007, 10)

O fetiche do mercado atinge o seu ápice quando ao Estado se quer reservar o papel de concorrente dos serviços privados e se elege a lógica empresarial – convém lembrarmos, é a do lucro! – para definir eficácia e eficiência na ação estatal que, na consecução de políticas sociais, opera com lógica inteiramente diversa ao da empresa privada. As políticas sociais procuram viabilizar o bem-estar da maioria que não pode encontrá-lo no mercado porque ali somente alguns poderão ter o lucro e a ‘proteção social’ como mercadoria na forma de serviços privados de educação, saúde, previdência, lazer, etc. Aos que vendem e aos que sequer conseguem vender sua força de trabalho por não encontrarem empregos, a única proteção social é aquela oriunda da ação do Estado pela via das políticas sociais.

Ao subverter a forma institucional do Estado, o mito Fundação Estatal absorve a ‘ossatura’ material dos interesses do mercado porque ideologicamente afirma a indiferenciação entre o público e o privado e ao enfatizar a gestão e hipertrofiar o lugar da técnica sobre a política faz a política do capital. O gerencialismo reivindicado amputa e despolitiza as relações de classe presentes nas políticas sociais.⁴

As afirmações feitas pela autora abrangem os governos FHC e Lula e, como veremos a seguir por meio da saúde pública, ela consegue apontar sinais importantes das políticas sociais do Estado Mínimo.

3 - A Saúde Pública no Brasil

A saúde no Brasil nunca foi prioridade, nunca foi política urgente a ser implementada. Só com a vinda da Família Real para o Brasil em 1808 foi que começaram a ser pensadas as primeiras estruturas sanitárias mínimas, capazes de dar suporte ao poder que se instalava na cidade do Rio de Janeiro.

Até 1850 as atividades de saúde pública estavam limitadas ao seguinte: delegação das atribuições sanitárias às juntas municipais e controle de navios e saúde dos portos. Verifica-se que o interesse primordial estava limitado ao estabelecimento de um controle sanitário mínimo da capital do império, tendência que se alongou por quase um século. Esse descaso pela saúde causou ao longo desses anos muitos óbitos, devido às distintas doenças que se proliferaram como a peste, malária e febre amarela, sendo que, dessa forma, aos poucos a preocupação com a saúde foi surgindo, até mesmo porque havia uma preocupação econômica já que as embarcações

⁴ GRANEMANN, Sara. *Fundações estatais: projeto de estado de capital*, sgranemann@uol.com.br, 2007.

estrangeiras não queriam atracar no porto do Rio de Janeiro com receio de contaminar a tripulação.

A partir de então, começaram a implementar políticas não específicas de saúde, mas que favoreciam a assistência médico-hospitalar como a Previdência Social que continha em seu seio os Institutos de Aposentadoria e Pensão. Em seguida, no leito das conquistas sociais surge um pouco depois o Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência (SAMDU), mantido por todos os institutos e as caixas de pensões ainda remanescentes. Ressalta-se que até antes de 1950 a saúde continuava não sendo prioridade, a sua inserção na previdência era vista como secundária. É só a partir da segunda metade da década de 50, com o maior desenvolvimento industrial, com a conseqüente aceleração da urbanização e o assalariamento de parcelas crescentes da população, que ocorre maior pressão pela assistência médica via institutos e viabiliza-se o crescimento de um complexo médico-hospitalar para prestar atendimento aos previdenciários, em que se privilegiam abertamente a contratação de serviços de terceiros.

No Brasil, até 1988, a Saúde era um benefício previdenciário, um serviço comprado na forma de assistência médica ou uma ação de misericórdia oferecida à parcela da população que não tinha acesso à previdência ou recursos para pagar assistência privada. Em meados de 1970 surge o Movimento de Reforma Sanitária propondo uma nova concepção de Saúde Pública para o conjunto da sociedade brasileira, incluindo a Saúde do Trabalhador.

O projeto político de saúde pública do Brasil, construído no interior do Movimento Sanitário, intitulado “Saúde – direito dos cidadãos, dever do Estado” e legitimado como princípio constitucional em 1988, demonstra a importância do Movimento Sanitário e dos demais movimentos organizados da sociedade civil que lutavam por um país mais justo e soberano. Foi a primeira experiência brasileira de política social de caráter universal.

O Sistema Único de Saúde - SUS definido pela Constituição de 1988, foi somente regulamentado em 19 de setembro de 1990 por meio da Lei 8.080, que estabeleceu o seu modelo operacional. O SUS foi concebido como o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público como é o caso da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará. A iniciativa privada pode integrá-lo em caráter complementar.

O Sistema Único de Saúde possui três **princípios doutrinários** que regem a sua funcionalidade, quais sejam: *UNIVERSALIDADE* – que garante o acesso às ações e serviços a

todas as pessoas, independentemente de sexo, etnia, renda, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais; *EQUÍDADE* – que assegura a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie. A rede de serviços deve estar atenta às necessidades reais da população a ser atendida e *INTEGRALIDADE* - que considera a pessoa como um todo, devendo as ações de saúde procurarem atender à todas as suas necessidades.

O SUS possui também em seu estatuto objetivos e atribuições que foram assim definidos:

- Identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;
- Formular as políticas de saúde;
- Fornecer assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas;
- Executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica;
- Executar ações visando a saúde do trabalhador;
- Participar na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico;
- Participar da formulação da política de recursos humanos para a saúde;
- Realizar atividades de vigilância nutricional e de orientação alimentar;
- Participar das ações direcionadas ao meio ambiente;
- Formular políticas referentes a medicamentos, equipamentos imunobiológicos, e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção;
- Controle e fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde;
- Fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano;
- Participação no controle e fiscalização de produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
- Incremento do desenvolvimento científico e tecnológico na área da saúde e,
- Formulação e execução da política de sangue e de seus derivados.

O SUS é inegavelmente um avanço nas políticas públicas, uma conquista social, mas também uma vítima do grande capital. A proposta de Política de Saúde construída na década de 80 tem sido desfigurada pela vinculação mercantil pautada na Política de Ajuste que prima pela contenção de gastos, pela política focalista, pelo incentivo à privatização de certos serviços estimulando, por exemplo, o seguro privado etc.

A política de saúde brasileira ainda se encontra na esfera curativa que, diga-se de passagem, é uma estratégia do mercado, pois a doença gera lucro como fica explicitado na seqüência:

A distribuição mundial da vida e da morte, da saúde e da doença, se apresenta de forma desigual e combinada. A produção de medicamentos sob a forma de mercadoria produz o "objeto (remédio) para o sujeito (doente) e o sujeito doente para o objeto, e a necessidade do objeto", o remédio que tem de ser vendido, sob pena de falir a indústria farmacêutica. A doença e a sua preservação são tão necessárias ao capitalismo como a produção de remédios, pois a indústria é garantida pela preservação da doença, pelo alargamento do mercado de doentes. Um medicamento que eliminasse a doença seria mortal para as finanças da indústria capitalista de remédios e para os investimentos em pesquisas privadas.⁵

Em seus mais de 15 anos o SUS enfrenta várias dificuldades. Trata-se de uma reforma incompleta e que se depara com o paradoxo de pretender implantar uma política universalista em um contexto de ajuste econômico muito estrito. O financiamento do SUS apresenta problemas no volume quantitativo de recursos. Apesar do crescimento do orçamento público para a saúde nos últimos 15 anos, estamos longe de atingir um montante de recursos suficiente para estabilizar o sistema, a qualidade e equidade dos serviços. Do modo como se procede a descentralização financeira e administrativa ainda há, na primeira, um desvio que compromete a implementação de certas medidas, deixando a segunda um tanto ou quanto fragilizada na medida em que o serviço público de saúde fica, dessa forma, sucateado. Assiste razão a Campos quando afirma:

Ao Estado de atraso técnico dos hospitais que tratam da saúde pública, se somam os baixos salários dos trabalhadores da saúde, a superlotação dos hospitais, a carência de leitos e a deterioração dos equipamentos. Doentes pobres, em estado grave, são atendidos nos chãos dos corredores da morte. A falta de higiene, de esparadrapos, de anestésicos; os aparelhos médico-hospitalares quebrados fazem parte da cena de genocídio em que se transformou o sistema de saúde pública no Brasil. Médicos, enfermeiras e auxiliares mal pagos dobram os turnos de trabalho, correm de uma para outra jornada de trabalho. A "dupla militância" médica permite que sejam selecionadas clientes do sistema público para clínicas particulares conveniadas.⁶

Assim como no resto do Brasil, em Belém do Pará as dificuldades no âmbito da saúde pública são gritantes, pois, algumas horas nos prontos socorros, unidades básicas de saúde são suficientes para se observar enormes filas (ainda na madrugada) com o objetivo do paciente conseguir uma ficha de atendimento, restritas ao número de 10 ou 15 por especialidade médica, o que é fácil confirmar observando as distantes datas entre as marcações de consultas, na maioria das vezes

⁵ CAMPOS, L. **Saúde o diagnóstico do diagnóstico**, BSB, SF, 1996, p. 6.

⁶ CAMPOS, L. **Xuxu, targeting e o neofetichismo**, BSB, s/d

com prazo de dois ou três meses seguintes, o que pode ser fatal para o doente.

As farmácias estão quase sempre sem os remédios obrigatórios, e os postos com equipamentos ultrapassados, danificados. São tantas as dificuldades para se ter acesso à saúde pública, que os que não possuem condições financeiras, muitas vezes se auto-medicam ou compram o que o vendedor de alguma farmácia indica. A comunidade carente comparece à unidade básica de saúde para tentar solucionar o problema (doença) e nunca para preveni-la. Os providos financeiramente optam pela iniciativa privada.

E assim segue a Política de Saúde Brasileira...

4. - Saúde do Trabalhador

A sociedade atual fundada na relação capital x trabalho, e que, como se disse acima não se pode desconsiderá-la já que determina a *relação capital*, uma vez que essa além de ser contraditória, conflitiva, é basilar para a compreensão do objeto de nosso trabalho, exigindo cada vez mais do trabalhador - por espontaneidade ou coerção - seu “empenho”, sua eficiência para que o resultado de sua jornada laboral seja eficaz.

As instituições estão adotando o discurso da eficiência x eficácia, qualitativo x quantitativo, e o que se percebe na prática é a eficácia quantitativa, onde o profissional é valorado pela quantidade de trabalho. Para o trabalhador da Saúde essa demanda hospitalar é volumosa, dado que as ações preventivas, incluindo saneamento básico, são escassas e a população adoece com muita facilidade.

O discurso neoliberal da modernidade enfatiza as questões da livre iniciativa, da competição individual, da economia de mercado como panacéia para curar as mazelas do mundo do capital. É um equívoco acreditar nisto, assim como têm sido enganadas as classes oprimidas ao longo da história da humanidade. Esse mesmo discurso tem desmobilizado a classe operária, fragmentando assim suas lutas e a luta pela saúde foi e é uma dessas. Não se verifica um embate unificado dos trabalhadores pela melhoria na política de saúde e não sei se isso se dá por eles (os trabalhadores) estarem no processo de (des)reconhecimento, alienação, enquanto classe trabalhadora, reconhecendo-se apenas enquanto alguém que tem um emprego e luta por questões somente “focadas” no âmbito do emprego como, por exemplo, melhores salários ocasionando assim um distanciamento dessas lutas sociais.

O que se verifica, são trabalhadores individualmente reivindicando melhoras na saúde pública, enquanto o que se necessita é de uma organização desses trabalhadores na luta pela

política nacional de saúde dos trabalhadores.

Afetam diretamente a saúde do trabalhador: os baixos salários; carga de trabalho excessiva ou desemprego; falta de equilíbrio entre o volume de responsabilidade e o de autoridade ou de capacidade de tomar decisões; falta de gerenciamento eficiente; condições físicas de trabalho incômodas ou perigosas. Todas essas pontuações são algumas das dificuldades por que passam os trabalhadores no interior das instituições. Esses fatores somados aos conflitos pessoais (relação familiar, relação amorosa, satisfação profissional e outros) podem vir também a provocar situações de adoecimento.

Assiste razão a Marx ao afirmar:

O trabalhador se torna tanto mais pobre quanto mais riqueza produz, quanto mais a sua produção aumenta em poder e extensão. O trabalhador se torna uma mercadoria tão mais barata quanto mais mercadorias cria. Com a *valorização* do mundo das coisas aumenta em proporção direta a *desvalorização* do mundo dos homens.⁷

[...] Quanto mais o trabalhador se desgasta trabalhando, tanto mais poderoso se torna o mundo objetivo, alheio que ele cria diante de si, tanto mais pobre se torna ele mesmo, seu mundo interior, [e] tanto menos [o trabalhador] pertence a si próprio. É do mesmo modo na religião. Quanto mais o homem põe em Deus, tanto menos ele retém em si mesmo. O trabalhador encerra a sua vida no objeto; mas agora ela não pertence mais a ele, mas sim ao objeto. Por conseguinte, quão maior esta atividade, tanto mais sem-objeto é o trabalhador. [...] Portanto, quanto maior este produto, tanto menor ele mesmo é.⁸

O estresse, doença do século XIX que se encontra em alta nas estatísticas das pesquisas sobre as doenças que acometem o trabalhador, é uma síndrome pouco considerada, mas, em sua fase aguda, associa um leque de patologias físicas e mentais, tais como: hipertensão arterial; úlceras, gengivites, depressão, ansiedade, problemas sexuais e desequilíbrio emocional.

A ausência da saúde do trabalhador é um problema para ele, para a instituição/empresa e para a família e a sociedade. Seus custos individuais não são totalmente mensurados, mas, em compensação, nos âmbitos empresariais e sociais os custos são, em parte, passíveis de mensuração e compreendidos no mercado de trabalho no que diz respeito à produtividade, à satisfação do cliente no caso das empresas e a garantia de direitos de forma digna no que diz respeito aos serviços públicos. Trabalhador doente pede licença-saúde, trabalha sem vontade, atende mal.

Desta forma, a não-saúde do trabalhador pode ser prevenida ou combatida, em certa medida, a partir de uma reestruturação na organização das instituições e na conscientização por

⁷ MARX, K. *Manuscritos econômico—filosóficos*, SP, Boitempo, 2004, p. 80.

⁸ *Ibid.* p. 81.

parte dos patrões/chefes da importância para a sociedade como um todo do cumprimento da legislação no que tange à saúde dos trabalhadores e, destes, dos seus direitos trabalhistas que agora estão sendo retirados. Nesse sentido o

trabalho é *externo* ao trabalhador, isto é, não pertence ao seu ser, que ele não se afirma, portanto, em seu trabalho, mas nega-se nele, que não se sente bem, mas infeliz, que não desenvolve nenhuma energia física e espiritual livre, mas mortifica sua *physis* e arruína o seu espírito. O trabalhador só se sente, por conseguinte e em primeiro lugar, junto a si [quando] fora do trabalho e fora de si [quando] no trabalho. Está em casa quando não trabalha e, quando trabalha, não está em casa. O seu trabalho não é, portanto, voluntário, mas forçado, *trabalho obrigatório*. O trabalho não é, por isso, a satisfação de uma carência, mas somente um *meio* para satisfazer necessidades fora dele. Sua estranheza evidencia-se aqui [de forma] tão pura que, tão logo inexista coerção física ou outra qualquer, foge-se do trabalho como de uma peste.⁹

5 - Considerações Finais

Dentro dos limites a que se propôs esse trabalho, considera-se que para a compreensão da saúde e de suas determinações, precisam ser pormenorizadas no contexto das correlações de forças que caracterizam as relações sociais demonstrando como a dinâmica capitalista vem, aos poucos, moldando-as conforme sua *reprodução*, e como todas essas mudanças repercutem negativamente no bom desempenho da política de saúde, em especial da saúde do trabalhador. Ficou claro que para a dinâmica capitalista o que interessa é o lucro e não a saúde do trabalhador.

Ao setor de produção remédios, importa o doente consumidor que, ao demandar remédios, contribui significativamente para a apropriação da “galinha de ovos de ouro!”, ou seja, a taxa de lucro neste particular setor da atividade (des)humana.

A força de trabalho por sua pujança, poder criativo e transformador vem ao longo dos séculos escrevendo capítulos de lutas e mudanças na história da humanidade. Esse processo sociometabólico implica em mudanças no Estado e nas complexas relações com o modo de produção vigente, bem como na dominação e na libertação dos povos.

A saúde do trabalhador deve ser compreendida como um patrimônio sendo condição essencial e fundamental para o convívio social, indissociável do trabalho, ferramenta primeira no desenvolvimento das relações de produção.

Nessa perspectiva, apesar das dificuldades, procura-se apontar para a concepção de um serviço público de saúde compreendendo trabalhadores e governo cada vez mais conscientes dos seus direitos e deveres.

⁹ Ibid. p. 83.

6 - Referências Bibliográficas

- CAMPOS, L. *Saúde: o diagnóstico do diagnóstico*, 1996.
 _____, *Xuxu, targeting e o neofetichismo*, s/d.,
 _____, *FHC e a reforma administrativa*, BSB, Correio Braziliense, 1996.
- CAÑETE, Ingrid. *Humanização: desafio da empresa moderna: a ginástica laboral como um caminho*. 2 ed. São Paulo: Ícone, 2001.
- CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL, 1988.
- ENGELS, F. *Socialisme utopique et socialisme scientifique*, Paris, 1973.
- LANCMAN, Selma. *Saúde, Trabalho e Terapia Ocupacional*. São Paulo: Roca, 2004.
- LENINE, V.I. *L'impérialisme, stade suprême du capitalisme*, Paris/Mouscou, O.C., T.22, 1976.
- LIMONGI-FRANCA, Ana Cristian. *Qualidade de Vida no Trabalho*. 2ed. São Paulo: Atlas, 2004.
- MARX, K. *Manuscritos econômico-filosóficos*, SP, Boitempo, 2004.
- POLÍTICA NACIONAL DE SEGURANÇA E SAÚDE DO TRABALHADOR.
 Ministério da Saúde. Brasília: [www. previdência.gov.br](http://www.previdencia.gov.br), 2004.
- GRANEMANN, Sara. *Fundações estatais: projeto de estado de capital*,
sgranemann@uol.com.br, 2007.
- SPINK, Peter e CLEMENTE Roberta, *20 Experiências de Gestão Pública e Cidadania*, FGV, São Paulo 1997.
- OLIVEIRA Maria Helena B. de; VASCONCELLOS Luiz Carlos F. *Política de saúde do trabalhador no Brasil: muitas questões sem respostas*. Cad. Saúde Pública vol.8 no.2 Rio de Janeiro Apr./June 1992.