

**UM RETRATO DA ANGÚSTIA: EXPRESSÕES DA QUESTÃO SOCIAL E
ADOECIMENTO MENTAL NOS TRABALHADORES BRASILEIROS**

**A PORTRAIT OF ANGUISH: EXPRESSIONS OF THE SOCIAL ISSUE AND
MENTAL ILLNESS AMONG BRAZILIAN WORKERS**

Recebido em: 20/05/2023

Aceito em: 16/07/2023

Emilly Bezerra Fernandes do Nascimento¹ 

Maria Augusta Bezerra da Rocha² 

Janaynna de Moura Ferraz³ 

Resumo: O desemprego e a desigualdade social são algumas das expressões da questão social e constituem elementos fundamentais no processo de produção de saúde, inclusive, ambos considerados nas principais concepções de saúde no Brasil: a dos enfoques dos Determinantes Sociais da Saúde e da teoria da Determinação Social da Saúde. Nesse sentido, o objetivo deste trabalho é examinar os principais indicadores de adoecimento mental da classe trabalhadora no Brasil neste século a partir da análise de algumas expressões da questão social. O caminho metodológico abarcou revisão de literatura, breve análise documental e coleta de indicadores em fontes secundárias, pautando-se no método crítico-dialético e possuindo enfoque misto. A partir da discussão realizada pode-se perceber como a Determinação Social da Saúde é importante no processo saúde-doença, visto que os movimentos que se dão no âmbito macroestrutural possuem influência no adoecimento/na produção de saúde. Assim como exposto na realidade brasileira que apresenta avanço da desigualdade social, do desemprego e da fome condicionando um cenário adverso para o desenvolvimento saudável e produção de saúde, seja do ponto de vista objetivo na não garantia das condições mínimas de existência seja na dimensão subjetiva ao não contribuir com condições dignas de saúde mental.

Palavras-chave: Expressões da Questão Social. Desemprego. Adoecimento mental. Saúde do Trabalhador.

Abstract: Unemployment and social inequality are some of the expressions of the social issue and are fundamental elements in the process of health production, both considered in the main conceptions of health in Brazil: the Social Determinants of Health approach and the Social Determination of Health theory. In this sense, the objective of this work is to examine the main indicators of mental illness of the working class in Brazil in this century from the analysis of some expressions of the social issue. The methodological approach included a literature review, brief document analysis and collection of indicators in secondary sources, based on the critical-dialectical method and with a mixed approach. From the discussion, one can see how important the Social Determination of Health is in the health-disease process, since the movements that occur in the macro-structural sphere have an influence on

¹ Assistente Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da UFRN (PPGSS UFRN) e membro da Rede de Estudos em Trabalho e Marxologia (Rede TRAMA). E-mail: emillybezerraf@gmail.com

² Graduada em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da UFRN (PPGSS UFRN) e membro do Grupo de Estudos e Pesquisas em Questão Social, Política Social e Serviço Social (DESSO/UFRN). E-mail: augusta.rocha.704@ufrn.edu.br

³ Professora adjunta do Departamento de Ciências Administrativa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (DEPAD/UFRN). Professora Permanente do Programa de Pós-Graduação em Administração (PPGA/ UFRN) e no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social (PPGSS/UFRN). É doutora (CEPEAD/UFMG), mestra (PROPADM/UFS) e bacharela em Administração. E-mail: janaynna.ferraz@ufrn.br

illness/health production. As exposed in the Brazilian reality that presents advances in social inequality, unemployment, and hunger, conditioning an adverse scenario for healthy development and health production, whether from the objective point of view in the non-guarantee of minimum conditions of existence or in the subjective dimension by not contributing to decent conditions of mental health.

Keyword: Expressions of the Social Issue. Unemployment. Mental Illness. Workers' Health.

INTRODUÇÃO

Um homem com as mãos dentro da boca e com os dedos saindo através dos olhos expressando profundo sofrimento. Essa é a imagem apresentada ao observar o “Retrato da Angústia”⁴, obra de Susano Correia, artista plástico brasileiro.

O desespero passado através da arte de Susano Correia é o vivido por grande parte da classe trabalhadora, a qual sente na pele os agravos da questão social, particularmente nos países da América Latina. O desemprego e a desigualdade social são expressões da questão social e são elementos fundamentais no processo de produção de saúde, inclusive, ambos aspectos são considerados nas principais concepções de saúde no Brasil: a dos enfoques dos Determinantes Sociais da Saúde e da teoria da Determinação Social da Saúde.

Nesse sentido, o objetivo deste trabalho é examinar os principais indicadores de adoecimento mental da classe trabalhadora no Brasil neste século a partir de uma análise de algumas expressões da questão social.

O presente estudo está imerso na realidade, ou seja, não é uma representação ou imaginação, mas tem como ponto de partida a realidade concreta, assim como aponta Marx e Engels (2007, p. 94): “não se parte daquilo que os homens dizem, imaginam ou representam, [...] parte-se dos homens realmente ativos, do seu processo da vida real”. Assim, para se debruçar sobre a realidade, é necessário conectar-se com o arsenal teórico-metodológico fornecido pelo materialismo histórico dialético, enquanto método de análise do real, visto que implica em uma determinada posição de quem pesquisa: “aquela em que se põe o pesquisador para, na sua relação com o objeto, extrair dele as suas múltiplas determinações” (NETTO, 2011, p. 53).

O caminho metodológico da pesquisa abarca um conjunto de técnicas e procedimentos que possibilitem compreender a problemática, nesse estudo o caminho realizou-se a partir de

⁴ CORREIA, Susano. Galeria Susano Correia: esculturas. Disponível em: <[esculturas | Susano Correia](#)>. Acesso em: 10 mai. 2023.

revisão de literatura, breve análise documental e coleta de indicadores em fontes secundárias. A Revisão de literatura consistiu em estudos sobre concepções de saúde e a realidade do trabalho no capitalismo contemporâneo, a análise documental abarcou importantes Institutos de saúde nacional e internacionais (Ministério da Saúde, a *Pan-American Health Organization* – Organização Pan-Americana de Saúde -, *World Health Organization* - Organização Mundial da Saúde) e a coleta de dados em fontes secundárias com importantes Institutos de Pesquisa sobre as condições de vida e trabalho da população: o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e a Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar (Rede Penssan).

Ademais, possui abordagem conhecida como enfoque misto, pois compreende que a realidade se manifesta e se forma a partir de elementos quantitativos e qualitativos, objetivos e subjetivos que estão intrinsecamente relacionados, de forma que “é necessário reconhecermos que todos estes aspectos precisam ser interconectados para que a explicação contemple o fenômeno como unidade dialética e tenha, portanto, coerência com o próprio método” (PRATES, 2012, p. 117). Para isso encontra-se dividido em dois grandes eixos: uma primeira parte que caracteriza as concepções sobre a produção de adoecimentos e uma segunda que aborda a discussão da centralidade do trabalho e as expressões da questão social na produção da saúde mental no Brasil. Por último, as considerações finais com as principais sínteses do estudo e indicações de desdobramentos futuros.

CONCEPÇÕES SOBRE A PRODUÇÃO DE ADOECIMENTOS

No Brasil, a publicação de um documento elaborado pelo Ministério da Saúde (MS), os Cadernos de Saúde Pública (CSP) foi primordial para embasar os debates travados na 1ª Reunião da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) em 2006. Nesse documento nota-se a posição da CNDSS frente ao enfoque dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS), bem como discorre sobre as possibilidades de atuação e intervenção sobre eles. Além disso, o documento apresenta que as condições de vida e de trabalho dos indivíduos e de grupos sociais estão diretamente relacionadas às condições de saúde da população. Na maioria dos casos, é até determinante no processo saúde-doença (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2006; ROCHA; DAVID, 2014).

Dessa maneira, a indissociabilidade entre cunho social e os aspectos biológicos do processo saúde-doença é cada vez mais reafirmada pelos estudiosos da temática, o que reforça que o campo epidemiológico, medicamentoso, não pode ser tratado de maneira desconexa à realidade social da população. Nesse sentido, os enfoques nos DSS foram criados com o intuito de contribuir com as pesquisas sobre o adoecimento da população. Além disso, a elaboração do diagrama de Dahlgren e Whitehead (1991) possibilitou determinada facilidade na visualização dos principais percalços nas condições de saúde, como a relação com causas sociais para identificação das desigualdades e iniquidades em saúde.

O diagrama de Dahlgren e Whitehead (1991) se organiza através da estratificação de elementos que estão relacionados ao adoecimento. Ele se tornou referência no debate através de sua incorporação nos documentos da Comissão Nacional dos Determinantes Sociais da Saúde apresentada anteriormente.

O diagrama se dá na seguinte estrutura:

FIGURA 1 - MODELO DAHLGREN E WHITEHEAD



Fonte: BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e os Determinantes Sociais. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17(1):77-93, 2007. Modelo Dahlgren e Whitehead.

A base do diagrama apresenta fatores como idade, sexo e fatores hereditários, apontando que, a princípio, as noções de saúde estão no plano individual. A seguir, são considerados os comportamentos e os estilos de vida particulares dos sujeitos, o que pode dar

margem à interpretação que a prevenção de adoecimentos é de responsabilidade puramente individual. A terceira camada traz destaque para a importância das redes comunitárias e de apoio, locais imprescindíveis para mensurar o nível de coesão da sociedade. O próximo nível irá colocar as condições de vida e trabalho da população, o que incluirá aspectos como moradia, acesso a serviços socioassistenciais e ao próprio sistema de saúde, educação, desemprego, entre outros. Por fim, estão dispostos os fatores macrodeterminantes, onde é apenas nesta camada que faz referência às condições econômicas, sociais, ambientais e culturais de determinado povo (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

A organização do processo saúde-doença em níveis revela uma culpabilização velada dos indivíduos, haja vista que condições particulares de cada um estão na camada mais interna do diagrama. De acordo com essa disposição no modelo, os fatores genéticos, o gênero e a raça/etnia são fatores que são predominantes no processo saúde-doença, estando a frente das condições macroestruturantes da sociedade.

No entanto, a teoria da determinação social enxerga esse diagrama de modo invertido, entendendo a capacidade de questões externas serem determinantes no processo saúde-doença. Nascimento (2019, p. 19) exemplifica ambas as compreensões:

Dois indivíduos estão inseridos na mesma sociedade (A e B). O indivíduo A tem predisposições genéticas para ter doenças crônicas, como a hipertensão arterial. Contudo, ele possui uma alimentação saudável, faz exercícios regulares, mantém uma rotina de exames para acompanhar seu quadro de saúde, está inserido em um mercado de trabalho que o proporcione determinada qualidade de vida e uma boa casa. Já o indivíduo B não possui fatores genéticos que sejam capazes de despertar uma doença crônica futuramente, sendo a diabetes uma doença crônica em potencial. Todavia, esse mesmo indivíduo faz ingestão de muito açúcar ao longo do dia, é sedentário, nunca vai ao médico e está desempregado, o que o leva a comer alimentos mais baratos, com muitos ingredientes prejudiciais ao organismo e mora em uma região pobre com lixo à céu aberto. O que queremos dizer? Apesar de encontrarem condições genéticas de saúde propícias ou não para o desenvolvimento da enfermidade, o que determinou isso foram fatores externos a ambos. Houve participação dos sujeitos nesse processo? Sim, no entanto, damos destaque às condições às quais os conduziram se encontrarem nesse padrão de vida. A ausência do emprego, a má alimentação, péssima habitação e carência de esporte e lazer gerou um adoecimento em um ser saudável. Contrário à isto, mesmo com fatores que sejam favoráveis ao aparecimento de um agravo clínico, eles não são capazes de se desenvolver, pois não foram estimulados.

Em geral, os debates externos à saúde coletiva não se aprofundam nos determinantes sociais da saúde e acabam não considerando o modelo socioeconômico vigente, o Modo de Produção Capitalista, responsável por estabelecer uma estrutura societária formada por

classes sociais antagônicas: a burguesia e o proletariado. Sob essa ótica, a análise das condições de trabalho e demais aspectos necessários para um desenvolvimento saudável da reprodução da força de trabalho deixam de ser considerados. Nesse contexto, a exploração, opressão e alienação da classe trabalhadora é fundamental para a geração do mais-valor para os detentores dos meios de produção. Além disso, as relações sociais de produção e reprodução da vida expressam as contradições inerentes aos projetos das classes que protagonizam a disputa revelando suas manifestações nas formas desiguais de vida, de adoecimento e de morte (ROCHA; DAVID, 2014).

Uma outra vertente de análise, já sinalizada, é a teoria da Determinação Social da Saúde. Esta teoria é uma das principais teorias no campo da saúde coletiva e sua origem parte da percepção de como a lógica capitalista estava adentrando na área da medicina, do desenvolvimento de um modelo excludente e discriminatório vigente no mundo e a necessidade de um posicionamento frente ao Estado autoritário que vem se instaurando (NUNES, 1989).

A abordagem de análise do processo saúde-doença a partir da determinação social passou a ser alvo de investigação a partir da década de 1970 na América Latina com o objetivo de compor a crítica aos modelos que utilizam apenas a epidemiologia tradicional como base, de forma a ser funcional ao sistema econômico e social vigente. Desse modo, a Determinação Social da Saúde é conhecida como epidemiologia crítica latino-americana, ao passo que se coloca em oposição à epidemiologia funcionalista norte-americana.

Conti (1972) aponta que conforme se propõe uma análise sobre a historicidade social, percebe-se que as necessidades das classes dominantes são colocadas para as classes subalternas como se fossem de cunho coletivo. Essa maneira de apresentar os elementos fundamentais para sua permanência no poder e sobrevivência do sistema podem ser consideradas como responsáveis por estabelecer um ou outro conceito de saúde e doença como principal, não sendo necessariamente pautado no que é de fato a necessidade da população.

Dessa forma, de acordo com Laurell (1982), é necessário que ocorra um trabalho de investigação com objetivo de expor a relevância do caráter social do processo saúde-doença. Isso ocorre a partir de uma análise dos tipos de enfermidade, da frequência e da distribuição

nos grupos sociais que constituem a sociedade, possibilitando a identificação do elo existente entre o processo da produção social e do processo saúde-doença.

Ao analisar os fundamentos atuais de saúde, os sistemas de saúde estão sendo planejados e executados por governos dentro do Modo de Produção Capitalista, o qual está centrado no individualismo e no “cada um por si”.

[...] o conceito de doença explícita está centrado na biologia individual, fato que lhe retira o caráter social. O conceito de doença oculta, quer dizer, que está subjacente na definição social do que é doença, refere-se à incapacidade de trabalhar, o que a coloca em relação com a economia e eventualmente com a criação da mais-valia e possibilidade de acumulação capitalista (LAURELL, 1982, p. 16).

A relação entre os fatores sociais e biológicos é apontada por Fleury-Teixeira e Bronzo (2010, p. 38, 39), onde os autores afirmam que:

As condições materiais de produção e as características sociais gerais de uma sociedade são, efetivamente, a base para o padrão sanitário de um povo, assim como a posição de cada indivíduo na sociedade é uma base da própria saúde. É mais do que evidente o grande diferencial de risco ambiental ou físico a que estão cotidianamente submetidos os indivíduos, tanto em seu trabalho como no domicílio e entorno, conforme a sua posição social. Esse gradiente social se manifesta na comparação entre países e no interior dos países, na comparação entre os diversos estratos sociais. A exposição a agentes biológicos, químicos ou físicos danosos, a deficiência nutricional, o desgaste físico generalizado ou o esforço repetitivo e o estresse no trabalho, são características das condições sociais de pobreza ou miséria que ainda acometem a maior parte da população mundial.

Percebe-se, então, que a proposta de análise sob a ótica da Determinação Social da Saúde acontece através da observação de como os movimentos que se dão no âmbito macroestrutural possuem influência no adoecimento/na produção de saúde, tais como o próprio modo de produção da sociedade, vinculado ao modelo econômico e civilizatório vigente e as (re)configurações do mundo do trabalho. Além disso, “identifica as particularidades de reprodução social onde estão localizadas e podem ser explicadas as singularidades” (MOREIRA, 2013, p. 75).

Reforçando essa concepção, Viapiana, Gomes e Albuquerque (2018) afirmam que a análise dos processos estruturais do modo de produção que forma uma sociedade específica deve ser levada em consideração ao estudar determinada condição de saúde (ou de doença).

Dessa maneira, encontra-se a necessidade de uma compreensão do capitalismo contemporâneo, de suas características e os seus reflexos nos modos de reprodução da força de trabalho. A partir desse cenário “é possível apreender em profundidade o perfil epidemiológico da sociedade contemporânea, marcado pelas altas taxas de sofrimento e de adoecimento psíquico” (idem, p. 179) e compreender como a própria classe trabalhadora se entende nessa conjuntura.

A CENTRALIDADE DO TRABALHO E AS EXPRESSÕES DA QUESTÃO SOCIAL NA PRODUÇÃO DA SAÚDE MENTAL NO BRASIL

A perspectiva da centralidade do trabalho considera que o trabalho ocupa uma posição central na sociedade, pois ele é o responsável por realizar uma “mediação social” (POSTONE, 2014, p. 67), não sendo apenas um elemento do processo produtivo.

A partir desse entendimento, compreende-se que o debate atual sobre a saúde está vinculado ao cenário de transformações no mundo do trabalho, posto que tais alterações implicam diretamente na saúde dos trabalhadores e trabalhadoras. Essa consideração é fundamental, pensando que tais mudanças aumentaram ainda mais a deterioração da força de trabalho, sua precarização e colaboraram para a destruição de parcela significativa dos direitos historicamente conquistados a partir dos movimentos sociais, principalmente nos países centrais a partir da década de 1970 (FERREIRA, AMARAL, 2014).

Ainda a partir do que é proposto por Ferreira e Amaral (2014), os países capitalistas periféricos vivenciam essas modificações de forma particular. A América Latina carrega, especialmente, traços de países dependentes, como: imposição da colonização, escravismo, lutas por independência, desigualdade em múltiplos cenários. Além disso, tais particularidades são resultados de intensos “processos de exploração econômica e dominação política das classes e setores sociais dominantes e na pobreza generalizada” da classe trabalhadora (WANDERLEY, 2008, p. 56 apud YAZBEK, 2021, p. 20).

Essas particularidades implicam em questões ainda mais vorazes e destrutivas para os trabalhadores. As autoras consideram que o: “desemprego, flexibilização das relações de trabalho, informalidade, precarização do trabalho, regressão dos direitos sociais são algumas características presentes durante mais de três décadas de crise, sob a orientação dos preceitos dos organismos financeiros internacionais” (FERREIRA, AMARAL, 2014, p. 177).

Mais um elemento interessante para nota é a antecipação de García (1983, p. 8) frente ao debate da saúde de forma estratificada e hierarquizada, não contemplando a totalidade da vida dos indivíduos. O autor aponta que: “[...] a estratificação social oculta o significado real da categoria de trabalho, a fim de realçar quase exclusivamente o modo de vida do trabalhador e da sua família” e que autores contemporâneos à sua escrita utilizavam o conceito de estilo de vida para indicar hábitos saudáveis e atitudes em relação a conseguir acesso aos meios de vida e como isso influencia nos riscos de adoecer.

Logo, é imprescindível considerar os impactos das mudanças na saúde dos trabalhadores e trabalhadoras, principalmente no tocante à saúde mental, que lida com múltiplos e complexos processos da vida cotidiana e que é constantemente posta em segundo plano ao se estabelecer debates com a temática de saúde do trabalhador.

De acordo com a *World Health Organization* (Organização Mundial da Saúde, 2022), a determinação da saúde mental está relacionada às circunstâncias que nascemos, fomos criados e ao estilo de vida. Por esse fator, ela é determinada por um complexo conjunto - aspectos individuais, familiares, comunitários e elementos estruturais -, o qual faz os sujeitos experienciarem as situações de maneiras divergentes.

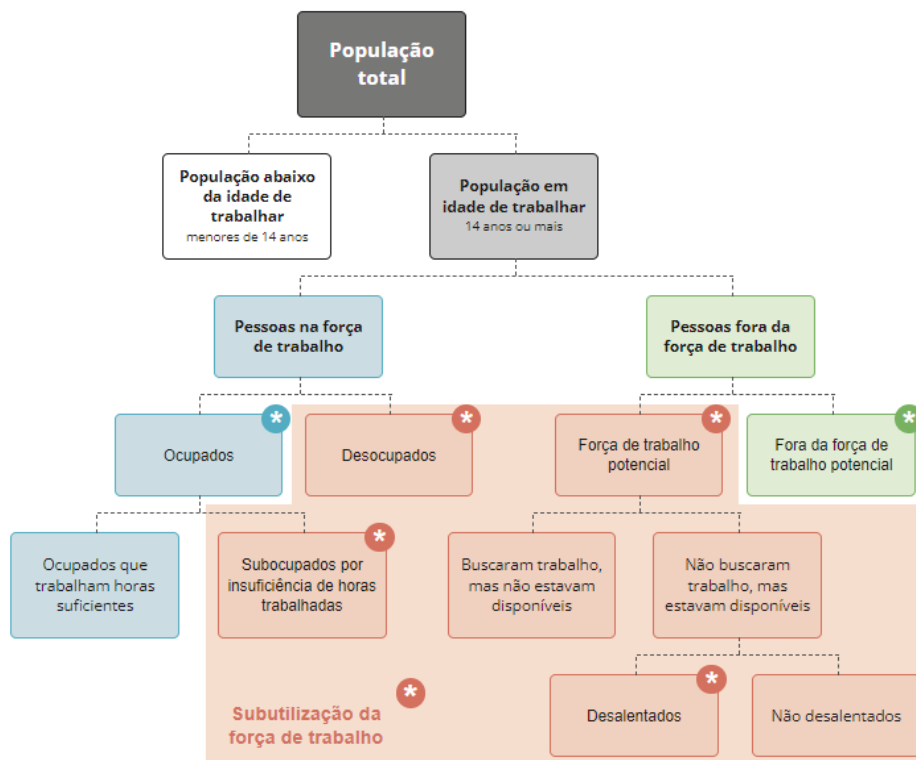
O “Relatório de Saúde Mental: transformando a saúde mental para todos⁵” afirma que:

Grupos socialmente marginalizados - incluindo desempregados por um longo período, trabalhadores(as) do sexo, pessoas em situação de rua e refugiados - tendem a ter maiores taxas de adoecimento mental que a população em geral, além de dificuldades de acesso aos cuidados em saúde. Outros grupos marginalizados, incluindo pessoas LGBTQ+ e indígenas, estão igualmente em maior risco de depressão, ansiedade, tentativas de suicídio ou suicídios e uso abusivo de substâncias (WHO, 2022, p. 22. Traduzido pela autora).

Para adentrar na análise dos grupos socialmente marginalizados acima, será exposto um breve debate sobre a esfera do trabalho. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) podemos organizar a inserção no mercado de trabalho da seguinte forma:

⁵ "World mental health report: Transforming mental health for all" no documento original.

FIGURA 2 - AS DIVISÕES DO MERCADO DE TRABALHO



Fonte: IBGE. Desemprego. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/explica/desemprego.php>. Acesso em: 07 mar. 2023.

Assim, observa-se indispensável a realização de um resumo inicial de cada conceito da figura para apresentar o movimento entre as necessidades específicas da parcela da classe trabalhadora objeto deste trabalho e o adoecimento mental.

De acordo com o IBGE, dentro do campo de pessoas na força de trabalho, ocupados são aquelas pessoas empregadas (seja no setor público ou privado, as quais têm a carteira de trabalho assinada ou não, ou estatutários), além de trabalhadores por conta própria, os próprios empregadores, trabalhadores/as domésticos/as (com ou sem carteira de trabalho assinada) e trabalhadores/as familiares auxiliares (sujeitos que ajudam no trabalho de seus familiares sem remuneração). Dentro dos trabalhadores/as ocupados/as, há uma subdivisão e é possível encontrarmos os subocupados por insuficiência de horas trabalhadas, tratando-se dos/as trabalhadores/as que possuem uma jornada de trabalho inferior a 40 horas semanais, mas trabalhariam mais horas caso fosse oferecida uma oportunidade. Como desocupados

(desempregados) têm-se pessoas que não estão trabalhando, mas que fizeram esforços para encontrar um emprego e estão disponíveis para assumi-lo, caso encontrem.

Já considerando o campo pessoas fora da força de trabalho, tem-se a divisão de força de trabalho potencial, onde estão inseridas aquelas pessoas que não estão no mercado de trabalho, mas que têm potencial para se inserirem no mercado de trabalho. Pessoas que se encontram fora da força de trabalho potencial são aquelas que não têm interesse ou condições de trabalhar, aposentados e adolescentes em idade escolar. Por fim, ainda no campo das pessoas fora da força de trabalho, encontram-se os desalentados. São considerados desalentados aqueles indivíduos que gostariam de trabalhar e que estariam disponíveis, mas que não se inserem no mercado de trabalho por não acreditarem que encontrariam oportunidades de emprego devido a idade ou a falta de escolaridade e qualificação profissional, por exemplo.

Percebe-se ainda, considerando a organização da figura acima, uma categoria compreendida como “subutilização da força de trabalho”. Neste conceito estão inseridos dados sobre os indivíduos desocupados, aqueles que estão inseridos na definição de força de trabalho potencial e os subocupados por insuficiência de horas.

Um primeiro elemento a ser observado mediante a conceituação realizada pelo IBGE sobre força de trabalho é diferente do que estamos debatendo ao longo dessa pesquisa. A reflexão abordada neste trabalho parte do materialismo histórico-dialético e das análises de Karl Marx, o qual entende que são as capacidades físicas e mentais presentes nos sujeitos que são capazes de produzir objetos com valores de uso. Desta forma, compreende-se que todos os indivíduos que gozam de suas capacidades preservadas, possuem força de trabalho. Ela é a mercadoria que garante sua sobrevivência e, conseqüentemente, sua reprodução.

Analisando a colocação do IBGE frente ao termo, acredita-se que a decisão mais acertada seria adequar “força de trabalho” utilizada na figura para “mercado de trabalho”. Nesse sentido, possibilitaria uma compreensão facilitada que o problema vivenciado pela população não é um desencontro enquanto participe de uma força de trabalho, mas o impedimento de sua venda para os detentores dos meios de produção.

Ora, então, para a instituição os trabalhadores e trabalhadoras não estariam inseridos no processo produtivo por opção? Quando se é característica do próprio movimento do capitalismo excluir trabalhadores e escanteá-los para se apropriar de sua força de trabalho?

É, então, necessário refletir sobre o posicionamento de tais órgãos frente às necessidades e a realidade da classe trabalhadora em questão.

Assim, considera-se como fundamental dar visibilidade ao cenário da saúde mental dos trabalhadores e trabalhadoras que estão desempregados ou até mesmo daqueles que se encontram no mercado de trabalho (seja formal ou informal), mas que não possuem condições suficientes para a reprodução de sua força de trabalho. Ou seja, mesmo inseridos em atividades remuneradas, não têm acesso a aspectos fundamentais para o desenvolvimento do ser humano e, por muitas vezes, são desconsiderados de um processo tão significativo e relevante.

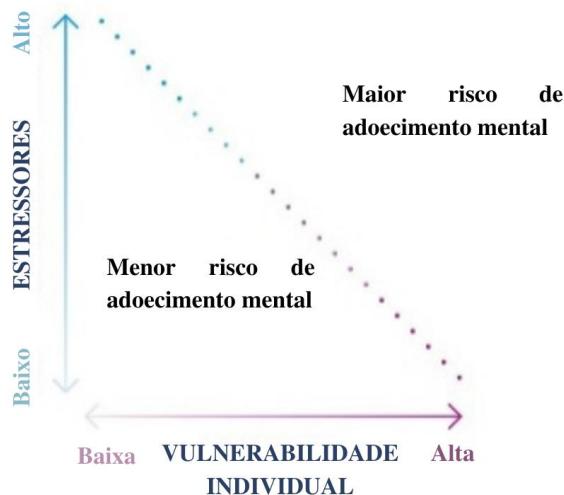
Considerando os conceitos acima e vinculando-os ao debate estabelecido no relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS) anteriormente apresentado, o qual ressalta como as crises econômicas e as taxas de desenvolvimento social estão diretamente associadas aos aumentos nas taxas de suicídio, depressão, ansiedade e uso de álcool. Nesse sentido, percebemos a indispensabilidade de uma análise conjuntural frente ao processo de adoecimento.

A figura 3 expressa a relação entre a) os fatores estressores e b) a vulnerabilidade dos indivíduos frente ao adoecimento mental.

a) Entende-se como fatores de risco aquelas condições ambientais, sociais ou particulares/individuais que apresentam mais possibilidades que os sujeitos desenvolvam o adoecimento. Alguns fatores de risco sociais por exemplo são: ausência de suporte social, isolamento social, bullying, cyberbullying, perda de emprego e crises econômicas. Já os fatores de risco individuais envolvem o histórico familiar, questões genéticas, mecanismos epigenéticos, violências na primeira infância, principalmente, abusos físicos, sexuais e negligência (fatores distais ou de predisposição); déficit cognitivos, alta ansiedade, uso de substâncias psicoativas e álcool, traços de personalidade e alta impulsividade (fatores mediadores ou de desenvolvimento); desesperança e psicopatologias (fatores precipitantes ou desencadeadores) (TURECKI; BRENT, 2016).

b) De acordo com Rodrigues e Neri (2012, p. 2130): “A vulnerabilidade individual compreende os aspectos biológicos, emocionais, cognitivos, atitudinais e referentes às relações sociais”.

FIGURA 3 - QUANDO VULNERABILIDADES INDIVIDUAIS INTERAGEM COM ESTRESSORES PODE OCORRER ADOECIMENTO MENTAL



Fonte: WHO. Figure 2.3: When individual vulnerabilities interact with stressors they can lead to mental health conditions. *World mental health report: Transforming mental health for all, 2022* apud WHO, 2012 (35); Arango et al, 2021 (36). Traduzido pela autora (2023).

Além disso, a organização reforça que a saúde mental possui esferas de influência, como os fatores biológicos e psicológicos, mas que a relação destes com os fatores sociais, comunitários e estruturais é fundamental na determinação do processo saúde-doença, configurando o que se conhece como fatores de risco ou fatores protetivos. A figura abaixo demonstra:

FIGURA 4 - EXEMPLOS DE FATORES PROTETIVOS E DE RISCO QUE DETERMINAM A SAÚDE MENTAL



Fonte: WHO. Figure 2.4: Examples of risks and protective factors that determine mental health (21). *World mental health report: Transforming mental health for all*, 2022 apud WHO, 2012 (35); Arango et al, 2021 (36). Traduzido pela autora (2023).

Considerando essa disposição da OMS, pessoas que se encontram em condição de vulnerabilidade social⁶ não possuem ao menos a chance de contemplarem os fatores protetivos. Ressalta-se, no entanto, que na abordagem marxista não se trata de forma abstrata

⁶ De acordo com a Política Nacional de Assistência Social (PNAS), a população em vulnerabilidade social geralmente é aquela “decorrente da pobreza, privação (ausência de renda, precário ou nulo acesso aos serviços públicos, dentre outros) e, ou, fragilização de vínculos afetivos – relacionais e de pertencimento social (discriminações etárias, étnicas, de gênero ou por deficiências, dentre outras)” (BRASIL, 2004, p. 33).

de uma pessoa vulnerável, mas sim do que intitulam vulnerabilidade. Este termo, na verdade, trata-se de um conjunto de expressões da questão social, dentre elas a pobreza. Assim, numa perspectiva crítica o Modo de Produção Capitalista a desigualdade social e, conseqüentemente, a pobreza é estrutural e resulta do próprio desenvolvimento desta organização produtiva, como explica Siqueira (2011, p. 213):

Quanto maior a riqueza socialmente produzida, maior a acumulação dela por alguns poucos (que dela se apropriam mediante a exploração de mais-valia) e maior a pauperização da maioria (que a produzem, mas pouco lhes resta em relação à riqueza por eles produzida). Assim, pobreza não é um aspecto residual, transitório do capitalismo, é estrutural e resultado do seu próprio desenvolvimento. O capitalismo gera acumulação, por um lado, e pobreza por outro; jamais eliminaria nem um nem outro.

No contexto brasileiro, segundo a Oxfam (2021), os indivíduos se encontram cada vez mais expostos ao desemprego ou ao subemprego, às condições de moradia em situações deploráveis, sem a acesso a serviços fundamentais para o desenvolvimento da sua reprodução da força de trabalho, tais como a saúde e a educação; e a inserção em territórios com elevados índices de criminalidade e discriminação (social, racial e de gênero).

Ainda de acordo com a previsão da Oxfam (2020) a conjuntura poderia ficar pior, pois "o Brasil corre o risco de se tornar um epicentro da fome devido à falta de políticas públicas para a segurança alimentar e o combate das desigualdades no país". Nesse sentido, a instituição apontava um cenário amedrontador e de barbárie para a classe trabalhadora.

Em 2022, o medo se torna realidade e as expressões da questão social na realidade brasileira se revelam de forma ainda mais crua. O relatório oriundo de pesquisa da Rede de Pesquisadores em Soberania e Segurança Alimentar (Rede Penssan) intitulado II Inquérito de Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 (II VIGISAN, 2022) aponta que 125,2 milhões de pessoas estão em condição de insegurança alimentar (IA) e mais de 33 milhões em situação de fome, expressa pela IA grave (quando há privação no consumo de alimentos e fome). Esse dado pode ser complementado com a informação de que 36,8% das famílias contavam com uma renda per capita média de até 1/2 salário mínimo.

Além disso, dentro desse percentual, cerca da metade vivia com, no máximo, 1/4 de um salário mínimo per capita, o qual deveria ser o suficiente para atender todas as suas despesas (como habitação, saúde, higiene, alimentação, transporte e lazer). Tais condições

são agravadas diante do cenário atroz do mercado de trabalho, onde em média 14,3% dos lares brasileiros contavam com ao menos 1 morador/a procurando emprego, e em 8,2% dos casos, a pessoa responsável pela família estava desempregada.

A indispensabilidade desse debate é reiterada por Lourenço (2016, p. 44):

Há uma exacerbação do papel do indivíduo e sua da subjetividade, portanto, as expressões da questão social, frutos do trabalho terceirizado, do desemprego, do subemprego, e dos baixos salários, da insegurança da vida social que essa instabilidade do trabalho representa, aparecem como resultados de problemas comportamentais e individuais, e, portanto, as respostas a esses problemas vêm se resumindo em torno de questões individuais pautadas pela motivação, autoajuda ou pela prisão e cárcere.

Frente à discussão exposta e, considerando que é possível a existência de uma loucura da fome, recorreremos a fala do filme brasileiro “Bicho de Sete Cabeças”, o qual apresenta:

Nenhum médico jamais me disse que a fome e a pobreza podem levar a um distúrbio mental. Mas quem não come, fica nervoso, quem não come e vê seus parentes sem comer, pode chegar a loucura. Um desgosto pode levar à loucura [...] (BICHO DE SETE CABEÇAS, 2001, 44min).

Rosa (2016, p. 29) reforça os aspectos acima e acrescenta elementos os quais devem ser considerados na análise do processo de adoecimento mental. De acordo com a autora, é necessário considerar:

[...] a trajetória de vida com o transtorno mental, em seus diferentes ciclos vitais; a rede de suporte social, comunitário e familiar; os diferentes itinerários diante dos serviços de saúde e diferentes políticas públicas, bem como os impactos do transtorno mental na configuração dos diferentes desenhos familiares que, com certeza, repercutiram em maior ou menor intensificação de uso dos serviços de saúde mental.

Souza e Lira (2022) entendem que a saúde dos trabalhadores, a partir de uma observação da literatura marxista, não pode ter sua análise fracionada (cisão entre processos de trabalho e a reprodução social, por exemplo) ou desconexa. É necessário pensar nos indivíduos inseridos “em uma totalidade ainda maior, qual seja: o ser social – historicamente determinado, contemporaneamente, pelo antagonismo entre o capital e o trabalho” (idem, p. 506).

Diante das transformações e da nova configuração da esfera produtiva é fundamental considerar os impactos e as consequências geradas para a saúde dos trabalhadores, pois, nessa conjuntura “a frustração e a ansiedade aumentam de forma galopante” (AREOSA, 2021, p. 322).

De acordo com a *Pan-American Health Organization*, os transtornos mentais, dentre eles: depressão, ansiedade, transtornos bipolares, esquizofrenia, autismo e síndrome de Asperger, entre outros, são as principais causas dos anos vividos com incapacidade na Região das Américas (PAHO, 2021a).

Tal organização também disponibiliza levantamentos frente às taxas de alguns transtornos mentais em países pan-americanos, as quais revelaram dados alarmantes sobre o Brasil. O primeiro elemento de destaque é a posição ocupada diante dos índices de transtorno de ansiedade em duas estatísticas: a de Anos de Vida Ajustados por Incapacidade (DALYs)⁷ e a de Anos de Vida Saudável perdidos por Incapacidade (YLD)⁸.

O Brasil ocupa o primeiro lugar no ranking dos países com taxa de ansiedade elevada que impactam na vida dos sujeitos, fazendo-os perder anos de vida saudável e se tornarem “incapazes” de produzir. Além disso, o país está em 2º lugar entre os países Pan-Americanos com maiores índices (levando em consideração uma idade padrão a cada 100.000 habitantes) de pessoas que perderam anos de vida com plena saúde com questões relacionadas ao adoecimento mental (PAHO, 2021).

Outro dado de extrema relevância é que o Brasil está em 7º lugar entre os países onde transtornos depressivos se configuram como adoecimentos incapacitantes e que os anos vividos com o transtorno refletem em múltiplos aspectos da vida (PAHO, 2021).

⁷ A Organização Mundial de Saúde apresenta que a definição de DALY (*disability-adjusted life years*) “representa a perda do equivalente a um ano de plena saúde. DALYs para uma doença ou condição de saúde são a soma dos anos de vida perdidos devido à mortalidade prematura (YLLs) e os anos vividos com uma incapacidade (YLDs) devido a casos prevalentes da doença ou condição de saúde em uma população” (WHO, s/a. Tradução da autora).

⁸ De acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde apresenta que “um YLD representa o equivalente a um ano inteiro de vida saudável perdido devido a incapacidade ou problemas de saúde” (WHO, s/a. Tradução da autora). Encontra-se também a definição que este indicador “é uma medida que reflete o impacto que uma doença tem na qualidade de vida antes de se resolver ou levar à morte. Os YLD são responsáveis pela gravidade de uma deficiência e são tipicamente ponderados de modo a que a idade adulta jovem seja mais valorizada do que a dos bebês ou dos muito idosos” (PETERSON KFF - HEALTH SYSTEM TRACKER, s/a. Tradução da autora).

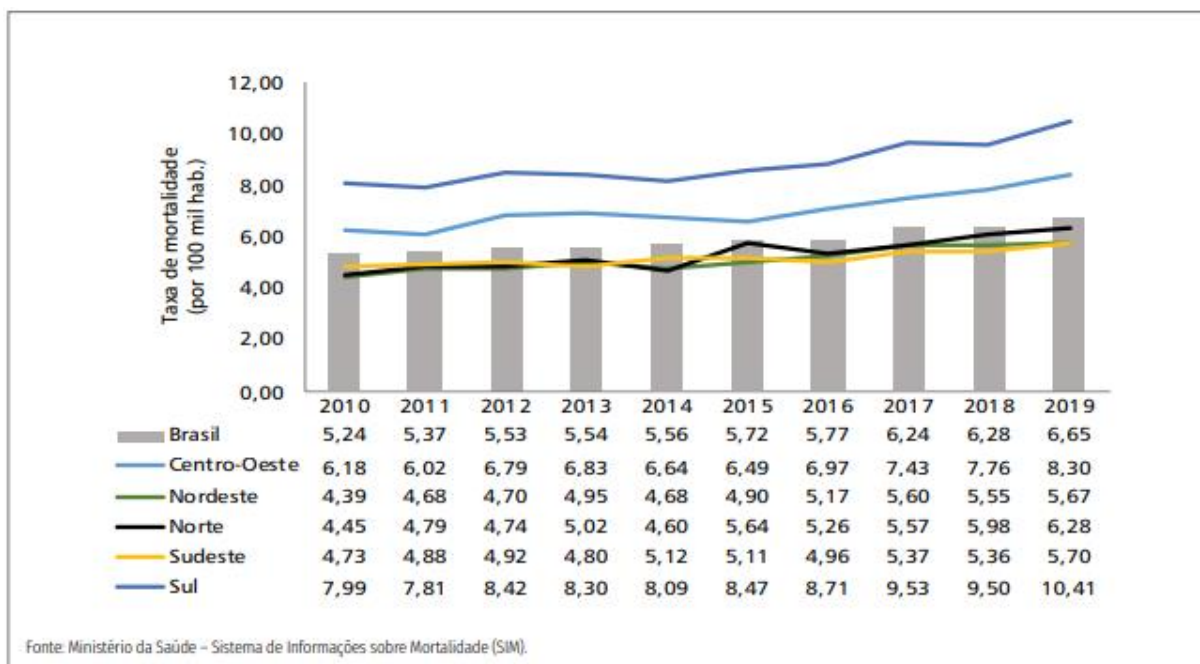
Apresenta-se ainda a indispensabilidade de uma análise sobre dados do suicídio. Segundo a PAHO (2022), “em 2019, 97.339 pessoas morreram por suicídio na Região das Américas, e estima-se que 20 vezes esse número pode ter feito tentativas de suicídio”. Além disso, destaca que o suicídio é a terceira maior causa de morte entre jovens com faixa etária entre 20 e 24 anos nas Américas. A organização afirma também que “pessoas de 45 a 59 anos têm a maior taxa de suicídio na Região, seguidas por pessoas com 70 anos ou mais” (PAHO, s/a).

Segundo a Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL 2020) houve um crescimento nas taxas de suicídio no Brasil em 2019 (6.9), ultrapassando os índices de toda América Latina e Caribe (6.2). Em 2015, os números eram de 5.9 no Brasil e 6.0 nos países da América Latina e do Caribe. Esse dado considera ambos os sexos em número de mortes a cada 100.000 habitantes.

Adentrando na particularidade brasileira, de acordo com o Boletim Epidemiológico publicado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2021), entre 2010 e 2019, houve 112.230 mortes por suicídio, significando aumento de 43% no número anual de mortes, saindo de 9.454 no ano de 2010, para 13.523 no ano de 2019. Realizando um recorte de gênero, constatou-se que indivíduos do sexo masculino “apresentaram um risco 3,8 vezes maior de morte por suicídio que mulheres” (idem, 2021, p. 3) e que a taxa de mortalidade, por suicídio, entre eles, em 2019 foi de 10,7 por 100 mil, enquanto entre o sexo feminino esse número foi de 2,9. Levando em conta a faixa etária, verificou-se o aumento de mortes por suicídio em pessoas menores de 14 anos.

Ainda de acordo com o Boletim, “entre 2010 e 2013 houve um aumento de 113% na taxa de mortalidade por suicídios nessa faixa etária, passando de 104 óbitos e uma taxa de 0,3 por 100 mil, para 191 óbitos, e uma taxa de 0,7 por 100 mil habitantes” (idem, 2021, p. 3).

FIGURA 5 - EVOLUÇÃO DAS TAXAS DE MORTALIDADE POR SUICÍDIO, AJUSTADAS POR IDADE, SEGUNDO REGIÃO. BRASIL, 2010 A 2019



Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. *Boletim Epidemiológico*, v. 52, nº 33, 2021.

É importante ressaltar que os dados apresentados consideram até o ano de 2019. Ou seja, a análise não conta com os dados do período pandêmico da COVID-19, o qual apresentou, segundo a PAHO (2021), um aumento na prevalência da ansiedade e da depressão em 25% a nível mundial e que teve impactos sociais de extrema relevância, como o isolamento social e um pico nas taxas de desemprego, as quais no Brasil, chegaram a 14,9% no primeiro trimestre de 2021 como apresentado no gráfico da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua mensal (PNAD Contínua) de responsabilidade do IBGE.

Interessante notar que, ainda no período de 2021, o IBGE (2022) aponta dados significativos, como um aumento recorde na pobreza atingindo 62,5 milhões de pessoas; ou seja, em média 29,4% da população brasileira se encontravam nessa situação e, entre elas, 17,9 milhões (em média 8,4% da população) eram consideradas extremamente pobres. Além disso, a pesquisa revela que a proporção de pessoas pretas e pardas, as quais estavam abaixo da linha da pobreza, era de 37,7%, sendo mais que o dobro da proporção de pessoas brancas (18,6%). Levando em consideração também o recorte regional, a instituição aponta que: “Nordeste (48,7%) e Norte (44,9%) tinham as maiores proporções de pessoas pobres na sua

população. No Sudeste e também no Centro-Oeste, 20,6% (ou um em cada cinco habitantes) estavam abaixo da linha de pobreza. O menor percentual foi registrado no Sul: 14,2%”. Vale salientar que o Banco Mundial caracteriza como linha de pobreza os rendimentos per capita US\$5,50 PPC, o que seria equivalente a, em média, R\$486,00 mensais per capita. Já a linha de extrema pobreza é de US\$1,90 PPC, ou seja, em média R\$168,00 mensais per capita

Então, como é possível não adoecer mentalmente frente a um cenário onde a fome é uma certeza para quase 30% da população e onde são raras as opções para o desenvolvimento da sua reprodução da força de trabalho, da única maneira de conseguir sobreviver em um cenário de barbárie?

O empobrecimento não está só na vida material, mas encontra-se também no campo subjetivo do ser social. A negação de direitos básicos, como alimentação e vestimenta, além de não ter garantia de empregos (processo de venda da força de trabalho), impossibilita a reprodução social, o próprio acesso à riqueza social produzida pela humanidade, como bem apresenta Marx:

Para o homem faminto não existe a forma humana da comida, mas somente a sua existência abstrata como alimento; poderia ela justamente existir muito bem na forma mais rudimentar, e não há como dizer em que esta atividade de se alimentar se distingue da atividade *animal* de alimentar-se. O homem carente, cheio de preocupações, não tem nenhum *sentido* para o mais belo espetáculo [...] (MARX, 2010, p. 110, Grifos do autor).

Um indivíduo esfomeado vai escutar Mozart, Chopin, ler Dostoiévski ou Shakespeare e isso não vai soar muito sentido, porque antes de fazer ciência, arte, poesia, é fundamental ter no mínimo condições de alimentar-se com dignidade, vestir-se, ter acesso ao básico dos que nos diferencia de fato de animais.

Nesse sentido, diante das condições adversas para o desenvolvimento saudável da reprodução da força de trabalho e ainda adoecedoras, é necessário retomar o debate da saúde mental do trabalhador na perspectiva marxista, a qual considera a totalidade como elemento fundamental para compreender as demandas de uma parte da classe trabalhadora que é por vezes invisibilizada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo deste trabalho consistiu em apreender os principais indicadores de adoecimento mental da classe trabalhadora no Brasil neste século a partir de uma análise de algumas expressões da questão social. A partir da discussão realizada pode-se perceber como a Determinação Social da Saúde é importante no processo saúde-doença visto que os movimentos que se dão no âmbito macroestrutural possuem influência no adoecimento/na produção de saúde, tais como o próprio modo de produção da sociedade, vinculado ao modelo econômico e civilizatório vigente e as (re)configurações do mundo do trabalho.

Por isso tornou-se central a compreensão do capitalismo contemporâneo brasileiro, de suas características e os seus reflexos nos modos de reprodução da força de trabalho. Nesse sentido, a realidade brasileira apresenta avanço da desigualdade social, do desemprego e da expressão mais nefasta da questão social, a fome. Essas marcas da desigualdade se caracterizam como condições adversas para o desenvolvimento saudável da reprodução da força de trabalho e elementos fundamentais no processo de produção de saúde, seja do ponto de vista objetivo na não garantia das condições mínimas de existência seja na dimensão subjetiva ao não contribuir com condições dignas de saúde mental. Elementos importantes que sinalizam as motivações e determinações que fazem o país liderar ou estar presente em diversos rankings sobre adoecimentos mentais na América Latina e no mundo.

Uma realidade que dificulta e muitas vezes impossibilita a saúde de milhões de brasileiros e brasileiras, como sinalizado na obra de Susano Correia na Introdução é um *Retrato da Angústia*. Agonia, Angústia e sofrimento causados pela forma como se produz e reproduz a vida social no capitalismo contemporâneo, marcado pela apropriação privada da riqueza socialmente produzida e da crescente desigualdade social. A garantia de plena de saúde será possível para além dessa sociabilidade, sem concentração da riqueza, da renda e das condições dignas para garantir a (re)produção social de existência.

Salienta-se, ainda, a necessidade de mais estudos relacionados a saúde mental que abordem a determinação social da saúde, as condições objetivas na qual produz-se e reproduz-se a vida social como fatores determinantes nas condições que garantam saúde, tanto do ponto de vista objetivo quanto subjetivo.

REFERÊNCIAS

AREOSA, J. Ensaio sobre psicodinâmica do trabalho. **Revista Katálysis [online]**. 2021, v. 24, n. 2, pp. 321-330. Acesso em: 13 de set. 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1982-0259.2021.e77288>>. ISSN 1982-0259.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico**, v. 52, nº 33, 2021.

BRASIL. **Política Nacional de Assistência Social – PNAS/2004**; Norma Operacional Básica – NOB/Suas. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – Secretaria Nacional de Assistência Social, 2004.

BICHO DE SETE CABEÇAS. Direção: Laís Bodanzky. Produção de: Luiz Bolognesi, Ariene Ferreira, Caio Gullane, Fabiano Gullane, Maria Ionescu, André Montenegro, Marco Mueller, Rui Pires e Sara Silveira. Brasil. Columbia Pictures, Sony Pictures Entertainment, 22 de junho de 2001.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e os Determinantes Sociais. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17(1):77-93, 2007.

CEPAL. **Tasa de mortalidad por suicidio, desglosada por sexo (en número de muertes por cada 100.000 habitantes)**. Disponível em: https://statistics.cepal.org/portal/databank/index.html?lang=es&indicator_id=3765&area_id=410&members=222%2C212%2C29170%2C29175%2C29180%2C29185%2C29189%2C74391%2C74473%2C74474%2C74475. Acesso em: 02 mai. 2023.

CONTI, L. Estructura social y medicina. **Medicina y sociedad**, Barcelona, Fontanella, 1972, pp. 287-310.

FERREIRA, A. M. de A.; AMARAL, A. S. do. A saúde do trabalhador e a (des)proteção social no capitalismo contemporâneo. **Revista Katálysis [online]**. 2014, v. 17, n. 2, pp. 176-184. Acesso em: 13 de Set. 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1414-49802014000200003>>. ISSN 1982-0259.

FLEURY-TEIXEIRA, P.; BRONZO, C. Determinação Social da saúde e política. In: **Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária**/ Roberto Passos Nogueira (Organizador) – Rio de Janeiro: Cebes, 2010.

GARCÍA, J. C. La categoría trabajo en la medicina. **Cuadernos Médico Sociales**, v. 23, p. 111, 1983.

IBGE. **Em 2021, pobreza tem aumento recorde e atinge 62,5 milhões de pessoas, maior nível desde 2012**. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/35687-em-2021-pobreza-tem-aumento-recorde-e-atinge-62-5-milhoes-de-pessoas-maior-nivel-desde-2012>. Acesso em: 07 mar. 2023.

IBGE. **Com taxa de 11,1%, desemprego fica estável no primeiro trimestre.** Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/33544-com-taxa-de-11-1-desemprego-fica-estavel-no-primeiro-trimestre>. Acesso em: 07 mar. 2023.

IBGE. **Desemprego.** Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/explica/desemprego.php>. Acesso em: 07 mar. 2023.

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

LOURENÇO, E. A de S. Saúde do trabalhador e da trabalhadora no capitalismo contemporâneo. In: **Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora e Serviço Social: estudos da relação trabalho e saúde no capitalismo contemporâneo.** Edvânia Ângela de Souza Lourenço (Org.). Campinas: Papel Social, 2016. 428 p.

MARX, K. **Manuscritos econômico-filosóficos.** São Paulo: Boitempo, 2010.

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. **A ideologia Alemã.** São Paulo: Boitempo, 2007.

MOREIRA, M. C. **Determinação Social da Saúde: fundamento teórico-conceitual da reforma sanitária brasileira.** 2013. Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

NASCIMENTO, E. B. F. do. **O lado B da Maternidade: uma análise das condições de vida das usuárias de uma maternidade de alta complexidade em Natal no RN.** 2019. 100f. Monografia (Graduação em Serviço Social) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Departamento de Serviço Social, Natal/RN, 2019.

NETTO, José Paulo. **Introdução ao estudo do método de Marx.** 1 ed. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

NUNES, E. D. As contribuições de Juan César García às ciências sociais em saúde. In: **Juan César García: pensamento social em saúde na América Latina.** Nunes, E.D (Org). São Paulo: Cortez Editora; 1989, p. 11-37.

Pan-American Health Organization PAHO. Disponível em: <[Pandemia de COVID-19 desencadeia aumento de 25% na prevalência de ansiedade e depressão em todo o mundo - OPAS/OMS | Organização Pan-Americana da Saúde \(paho.org\)](https://www.paho.org/pt-br/assuntos/2021/05/2021-05-19-pandemia-de-covid-19-desencadeia-aumento-de-25-na-prevalencia-de-ansiedade-e-depressao-em-todo-o-mundo-opas-oms-organizacao-pan-americana-da-saude-paho.org)>. 2021.

_____. PAHO. The burden of mental disorders in the Region of the Americas, 2000-2019. Disponível em: <[The Burden of Mental Disorders - PAHO/WHO | Pan American Health Organization](https://www.paho.org/pt-br/assuntos/2021/05/2021-05-19-pandemia-de-covid-19-desencadeia-aumento-de-25-na-prevalencia-de-ansiedade-e-depressao-em-todo-o-mundo-opas-oms-organizacao-pan-americana-da-saude-paho.org)>. Pan American Health Organization, 2021^a

PRATES, Jane Cruz. O método marxiano de investigação e o enfoque misto na pesquisa social: uma relação necessária. *Textos & Contextos* (Porto Alegre), v. 11, n. 1, p. 116 - 128, jan./jul. 2012.

POSTONE, M. **Tempo, trabalho e dominação social**. São Paulo: Boitempo, 2014.

REDE PENSSAN. **II Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da COVID-19 no Brasil [livro eletrônico]: II VIGISAN** : relatório final/Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar – São Paulo, SP: Fundação Friedrich Ebert : Rede PENSSAN, 2022. Disponível em: <https://olheparaafome.com.br/wp-content/uploads/2022/06/Relatorio-II-VIGISAN-2022.pdf>. Acesso em: 07 mar. 2023.

ROCHA, P. R. da.; DAVID, H. M. S. L. Determinação ou Determinantes? Uma discussão com base na Teoria da Produção Social da Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. Universidade de São Paulo, 2014.

ROSA, L. C. S. Panorama geral do Serviço Social na Saúde Mental no contexto da Reforma Psiquiátrica/Atenção Psicossocial. In: **Atenção Psicossocial e Serviço Social**. ROSA, L. (Org). 1 ed. Campinas: Papel Social, 2016.

SIQUEIRA, Luana. **Pobreza e Serviço Social**: diferentes concepções e compromissos políticos. Tese (Doutorado). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2011.

SOUZA, D. O. de.; LIRA, P. V. R. de A. A saúde dos trabalhadores em O Capital. **SER Social**, [S. l.], v. 24, n. 51, p. 490–506, 2022. DOI: 10.26512/sersocial.v24i51.37057. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/37057. Acesso em: 14 set. 2022.

VIAPIANA, V. N.; GOMES, R. M.; ALBUQUERQUE, G. S. C. de. Adoecimento psíquico na sociedade contemporânea: notas conceituais da teoria da determinação social do processo saúde-doença. **Saúde em Debate [online]**. 2018, v. 42, n. spe4, pp. 175-186. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042018S414>>. Acesso em: 28 set. 2022.

WHO. **World mental health report: transforming mental health for all**. 296 p. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>. Acesso em: 09 fev. 2023.

WHO. **Indicator Metadata Registry List: Disability-adjusted life years (DALYs)**. Disponível em: <https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/158#:~:text=Definition%3A-,One%20DALY%20represents%20the%20loss%20of%20the%20equivalent%20of%20one,health%20condition%20in%20a%20population>. Acesso em: 06 mar. 2023.

WHO. **Indicator Metadata Registry List: Years of healthy life lost due to disability (YLD) (per 100 000 population)**. Disponível em: <https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/4429>. Acesso em: 06 mar. 2023.

YAZBEK, M. C. Expressões da Questão Social Brasileira em tempos de devastação do trabalho. **Temporalis**, 21(42), 16–30. Disponível em: <https://doi.org/10.22422/temporalis.2021v21n42p16-30>. Acesso em: 02 mai. 2023.