

O Trabalho em Serviços de Saúde

Roberto Passos Nogueira¹

Temos de considerar três aspectos fundamentais quando se fala em processo de trabalho em saúde.

Em primeiro lugar, que é um exemplo de processo de trabalho em geral e, portanto, compartilha características comuns a outros processos que se dão na indústria e outros setores da economia.

Segundo, que é um *serviço* – toda assistência à saúde é um serviço – e temos de pensar, então, o que é um serviço.

Terceiro, que é um serviço que se funda numa inter-relação pessoal muito intensa. Há muitas outras formas de serviços que dependem de um laço interpessoal, mas no caso da saúde ele é particularmente forte e decisivo para a própria eficácia do ato.

Essas três dimensões são intercomplementárias e interatuantes.

De um lado, tem-se um processo de trabalho, com sua direcionalidade técnica, envolvendo instrumentos e força de trabalho, que é suscetível de uma análise macroeconômica geral na forma efetuada por Marx, em *O Capital*. Ali, encontramos elementos para pensar igualmente o processo de trabalho em saúde, inclusive em suas questões complexas de composição econômica e técnica do capital, bem como da dinâmica das trocas que tem também uma correspondência no setor saúde.

Mas há uma outra dimensão, a do serviço: ora, a assistência à saúde não é um processo de trabalho igual ao da indústria, tem uma especificidade na medida em que é um serviço. Esta palavra tem por trás de si uma tradição quase pejorativa: serviço vem de ‘servo’. Por outro lado, a economia clássica praticamente não se preocupou com a análise teórica do que seja serviço, porque, dentro da dinâmica da acumulação capitalista no século XIX, esse não era um setor decisivo.

¹ Pesquisador do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA)

Mas ele o é hoje e sem dúvida alguma é o que marca a própria modernidade do capitalismo. E talvez o setor saúde seja um dos mais peculiares a essa nova forma de sociedade baseada na proeminência do trabalho em serviços.

O terceiro aspecto advém do fato de esse serviço não se realizar sobre coisas, sobre objetos, como acontece no caso de um serviço de mecânica de automóveis; dá-se, ao contrário, sobre pessoas, e, mais ainda, com base numa inter-relação em que o consumidor contribui no processo de trabalho, é parte desse processo. O consumidor fornece valores de uso necessários ao processo de trabalho. Não só a informação acerca do que se passou com ele, qual a história de sua queixa ou doença; é exigida dele uma participação ativa para que sejam corretamente aplicadas as normas e prescrições médicas. Tomada neste sentido, a assistência é também um processo de profunda inter-relação entre quem consome o serviço e quem o presta. Mais tipicamente que em outros setores da economia de serviço, vamos encontrar aí o fato peculiar de que o usuário é um fornecedor de valores de uso substantivos, de tal modo que ele é um co-partícipe do processo de trabalho e, freqüentemente, co-responsável pelo êxito ou malogro da ação terapêutica.

A idéia de processo de trabalho em saúde é algo extremamente abstrato, porque existem inúmeras formas tecnicamente particularizadas de realizar atos de saúde. Considere, por exemplo, como são diferentes as ações de saneamento e as de atendimento médico às pessoas. Por isso, é preferível tratar das formas mais homogêneas e falar apenas dos serviços de saúde propriamente ditos.

Há que se dizer, em primeiro lugar, que esse processo é marcado por uma tecnicidade ou direcionalidade técnica que é inerente a qualquer processo de trabalho humano. Pressupõe, assim, uma antevisão dos resultados almejados e uma ação inteligente como ardil da razão em sentido hegeliano: fazer com que os instrumentos físicos, químicos, bioquímicos etc. atuem sobre o objeto produzindo um efeito útil. O ardil da razão tem por fundamento certos conhecimentos científicos, mas requer uma adaptação constante às características particulares: este indivíduo aqui com sua história e necessidades. Isto já coloca de imediato a questão do serviço: o serviço traduz a adequação constante ao particular, no sentido não só do indivíduo como ser, mas das circunstâncias em que se dão seus problemas ou necessidades.

A direcionalidade técnica tem atualmente uma natureza coletiva, porque um conjunto de categorias e de indivíduos procuram agir coerentemente compartilhando os conhecimentos científicos contemporâneos. Contudo, sabemos que uma determinada categoria, não algumas mas uma única, controla o processo de trabalho a partir de sua autoridade técnica e social: os médicos. Mesmo quando não são proprietários dos meios de produção – donos de clínicas ou de hospitais

– os médicos têm a faculdade de comandar o ato técnico em saúde, no que se diferenciam dos demais trabalhadores.

Há outra particularidade do trabalho em saúde que deve ser sublinhada: a integração entre seus aspectos intelectual e manual. Ao contrário de outros processos de produção, na saúde quem detém a direcionalidade técnica também ‘põe a mão na massa’, ou seja, participa diretamente do ato técnico final (compare, por exemplo, com o papel de um engenheiro numa fábrica). Isto não significa que não exista separação desses dois aspectos em termos funcionais mais globais. De fato, as tecnologias atuais têm reservado aos médicos certas funções mais intelectuais (ler uma chapa de radiodiagnóstico) e deixado aos auxiliares as de tipo operacional (produção e revelação dessa chapa).

Mas, ao analisar o conjunto dos trabalhadores, compreendemos que essa separação não é generalizada – o médico continua a ser um trabalhador manual na cirurgia, na clínica e em muitas outras áreas.

Outra característica que também é muito particular do processo de trabalho em saúde é a fragmentariedade dos atos. Num hospital ou numa clínica, o usuário tem de passar por uma quantidade enorme de atos de diagnóstico e de terapia para ter seu problema resolvido. Sabemos que usualmente isso implica no deslocamento físico do usuário, de um setor a outro dentro da mesma unidade produtiva ou entre estabelecimentos distintos. A saúde não é uma área que atue segundo a lógica de substituição de tecnologia por trabalho. A tendência geral é a de acúmulo das novas tecnologias e de variedade de serviços. Daqui o sentido de fragmentariedade da prestação e do consumo de serviços de saúde.

De um lado, o sentido, o porquê de cada ato escapa ao usuário. De outro, há uma profusão infindável de tipos parciais ou autônomos de atos. Como usuário, tenho de percorrer um labirinto de serviços e obter alguma coisa aqui outra ali, sendo que ignoro para que todas essas intervenções são realizadas – e na verdade são executadas sobre meu corpo. De quebra, solicitam minha colaboração!

Onde está a direcionalidade técnica do trabalho em saúde nesse torvelinho? Encontra-se tremendamente dividida e fraturada, tanto do ponto de vista do trabalhador como do consumidor.

A vivência do consumidor diante desse monstro que é o aparato de assistência médica torna-se ainda mais dramática na medida em que se espera que ele preste informações, siga ordens, execute certos atos e se esforce em vários atos colaborativos. Mas seguramente ele se pergunta: colaborar para quê? Onde se quer chegar com toda essa parafernália médica?

Nesse sentido, os serviços geram um enredo de alienação que muito tem a ver com as situações clássicas abordadas por Marx no século passado e que hoje já não são tão peculiares do trabalhador produtivo.

A segunda dimensão do trabalho em saúde que quero tratar é a de serviço.

O que é um serviço? Na definição genérica dada por Marx, serviço é o efeito útil de alguma coisa, mercadoria ou trabalho. É o que resulta da utilização de bens ou da força de trabalho em seu aspecto de valor de uso. Na sua origem, a idéia de serviço estava muito presa à de serviço pessoal: o serviço de uma empregada doméstica, de um advogado e assim por diante.

Os serviços de saúde assemelham-se aos serviços pessoais, em certa medida, porque requerem sempre uma íntima relação interpessoal, mas envolvem um consumo intenso de mercadorias, o que os situa numa dimensão mercantil distinta. O serviço de saúde nunca resulta de uma aplicação de regras gerais num processo de trabalho genérico. Ele pressupõe, ao contrário, uma aplicação de conhecimentos ao particular, ao caso, numa forma de inter-relação em que o usuário fornece alguns valores de uso e também participa ativamente do processo. O que se obtém são certos efeitos úteis, observáveis ou presumidos, dado um determinado período de tempo. Por outro lado, o que se compra e vende são esses atos úteis. Deve-se pagar por cada uma dessas mercadorias – medicamentos, matérias diversas, equipamentos etc. – dentro do conjunto de distintos processos de trabalho envolvidos no diagnóstico e terapia. O usuário paga pelo efeito útil presumido na medida em que sela um pacto de cientificidade com a medicina moderna e seus prestadores, raciocinando mais ou menos assim: “aceito que essa multiplicidade de atos, cujas razões e objetivos específicos desconheço, terá um resultado positivo sobre meu estado de saúde”.

Não interessa, do ponto de vista da lógica econômica dos serviços, se esses atos, em sua multiplicidade fragmentada, terão um efeito final efetivamente útil ou não – a utilidade é presumida em função do pacto de cientificidade com a medicina, que é totalmente distinto do pacto que se estabelece com um curandeiro, ao qual também costuma-se remunerar por seus serviços. Assim, em relação à medicina moderna, o usuário pagará pelo valor dos bens materiais utilizados e pelo uso da força de trabalho preparada segundo os padrões correntes.

Deste modo, ao lado da fragmentariedade vivencial, aparece uma outra, de natureza econômica. Quando o pagamento por esses atos múltiplos e variados é efetuado via seguro privado ou social, o que surge daí é o problema de como realizar um controle efetivo sobre eles, já que, neste caso, a utilidade não pode ser meramente presumida: ela deve adaptar-se a certas normas técnico-científicas e administrativas estabelecidas pelo contratante.

Mas é extremamente complicado regular a produção desses serviços, se não existir uma certa flexibilidade – não se pode desconhecer que cada ato é uma aproximação ao particular, há sempre um razoável desvio a partir da média. Por outro lado, hoje já não se pode admitir, como fazia a antiga concepção da medicina liberal, que o trabalho médico deva ser totalmente livre e pautar-se exclusivamente pelo arbítrio clínico do profissional. O controle da fragmentariedade dos atos médicos requer, assim, um grau de inteligência e de habilidade técnica muito grande. Este é um dos maiores problemas atuais no desenvolvimento dos seguros de saúde, sejam privados ou públicos: estabelecer modalidades *clanicamente* justas de remuneração dos serviços. Como continuar remunerando os serviços de saúde dentro de normas que não prejudiquem esse pacto de cientificidade firmado com o usuário que espera ver restabelecida sua saúde? Uma das tentativas recentes é a construção dos chamados Grupos Relacionados com o Diagnóstico (*Diagnostic Related Groups*), nos Estados Unidos e na Europa e cuja viabilidade de introdução no Brasil vem sendo estudada pela Escola Nacional de Saúde Pública.

Administrar saúde, seja uma unidade hospitalar ou uma rede de serviços contratados por seguro, não é tarefa simples. Não só devido à fragmentariedade dos atos técnicos, já mencionada, com sua implicação no nível econômico, mas também porque a direcionalidade técnica desses atos depende em si mesma do comportamento de uma categoria profissional — os médicos — que usualmente faz um uso corporativo desse poder. Mas este já é um outro assunto...