

Relações de trabalho no setor saúde

As dimensões do trabalho em saúde

Roberto Passos Nogueira

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

AMÂNCIO FILHO, A., and MOREIRA, MCGB., orgs. *Saúde, trabalho e formação profissional* [online]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. 138 p. ISBN 85-85471-04-2. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons Attribution-Non Commercial-ShareAlike 3.0 Unported.

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença Creative Commons Atribuição - Uso Não Comercial - Partilha nos Mesmos Termos 3.0 Não adaptada.

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Unported.

AS DIMENSÕES DO TRABALHO EM SAÚDE

Roberto Passos Nogueira

Discutirei dois temas que continuam a ser muito instigantes, apesar de não estarem mais em voga na esfera acadêmica. O primeiro, a questão da teoria, assunto que vem perdendo prestígio devido à crise do racionalismo contemporâneo. O segundo, a questão do trabalho, categoria essencial na economia clássica e para os filósofos clássicos do século dezanove, que vem sendo relegada ao esquecimento pelos sociólogos.¹ Entretanto, como tenho uma veia clássica que, ao mesmo tempo, conflita e compactua dentro de mim com uma tendência de viés pós-moderno, interessa-me muito ainda o problema do trabalho em saúde, mas creio ser necessário abordá-lo a partir da revalorização de certos elementos vivenciais.

Não discordo da tese de Joaquim Cardoso de Melo de que a saúde pública, ao longo de sua evolução nos últimos anos, negligenciou a questão do meio ambiente e sua importância no currículo dos cursos que oferece. Faz-se premente recuperar o espaço dos problemas ambientais no ensino de saúde pública, mas isso deve ser combinado com um tratamento adequado do tema da assistência médica. Os cursos de saúde pública limitam-se, em geral, a uma espécie de propedêutica da assistência à saúde, sem entrar de fato em suas dimensões técnicas efetivas. Por exemplo, no que se refere à avaliação e à organização dos serviços, privilegiam-se, frequentemente, os aspectos de políticas de planejamento e de gerência, enquanto a questão técnica da ponta é esquecida.

Este é o grande desafio para a renovação das práticas educativas em saúde pública: como aprofundar tecnicamente o tema do cuidado de saúde e incorporar a temática ecológica, que hoje não pode se ater apenas ao controle dos agentes transmissores de doenças, devendo, também, abarcar todos os possíveis danos à qualidade do meio ambiente.

¹ Os interessados no tema da perda de centralidade da categoria trabalho devem consultar o artigo de Klaus Offe, na coletânea *Capitalismo Desorganizado*.

Insisto na importância do entendimento técnico dos serviços de saúde, no que eles dependem do processo de trabalho nesta área, e este é o foco principal desta discussão.

Ao analisar o processo de trabalho em saúde, é necessário considerar três aspectos fundamentais. Em primeiro lugar, ele é um exemplo do processo de trabalho em geral e, portanto, compartilha características comuns com outros processos que ocorrem na indústria e em outros setores da economia. Segundo, ele é um 'serviço', já que toda assistência à saúde constitui um serviço. Terceiro, é um serviço que se funda numa inter-relação pessoal muito intensa. Há muitas outras formas de serviço que dependem de um laço interpessoal, mas, no caso da saúde, ele é particularmente forte e decisivo para a própria eficácia da ação.

Essas três dimensões são complementares e interatuantes. De um lado, tem-se um processo de trabalho, com sua direcionalidade técnica, envolvendo instrumentos e força de trabalho, sendo passível de uma análise macroeconômica geral, na forma efetuada por Marx em *O Capital*. Nessa obra, encontram-se elementos para analisar 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 têm também uma correspondência no setor saúde.

Mas há uma outra dimensão, que é a do serviço. A assistência à saúde não é um processo de trabalho igual ao da indústria, ela tem uma especificidade por ser 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 fosse serviço, porque, dentro da dinâmica da acumulação capitalista do século dezenove, esse não era um setor decisivo. Entretanto, atualmente, ele adquire extrema importância e, sem dúvida alguma, é o que marca a própria modernidade do capitalismo. O setor saúde talvez 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, sobretudo, com base numa inter-relação em que o consumidor contribui no processo de trabalho, é parte desse processo, na medida em que fornece valores de uso necessários ao processo de trabalho. Exige-se dele não só informação acerca do que lhe ocorreu, a história de sua queixa ou doença, mas também participação ativa para que sejam corretamente aplicadas normas e prescrições médicas. Assim entendida, a assistência é também um processo de profunda inter-relação entre quem consome o serviço e quem o presta. Mais tipicamente do que em outros setores da economia de serviço, encontra-se aí o fato peculiar de que o usuário é um fornecedor de valores substantivos de uso, de tal modo que ele é 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-se, por exemplo, como são diferentes as ações de saneamento e as de atendimento médico. Por isso, é preferível tratar das formas mais homogêneas e falar apenas dos serviços de saúde propriamente ditos.

Há que se afirmar, em primeiro lugar, que esse processo é marcado por uma tecnicidade ou direcionalidade técnica 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 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. Isso já suscita de imediato a questão do serviço na medida em que traduz a adequação constante ao particular, no sentido não só do indivíduo como ser, mas também das circunstâncias em que surgem seus problemas ou necessidades.

A direcionalidade técnica tem atualmente uma natureza coletiva, porque um conjunto de categorias e de indivíduos procura agir coerentemente, compartilhando os conhecimentos científicos contemporâneos. Contudo, sabe-se que apenas determinada categoria controla o processo de trabalho em saúde a partir de sua autoridade técnica e social: a dos 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.

Outra particularidade do trabalho em saúde 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-se, por exemplo, com o papel de um engenheiro numa fábrica). Isso não significa que não exista separação entre esses dois aspectos em termos funcionais mais globais. De fato, as tecnologias atuais vão reservando aos médicos certas funções mais intelectuais – como interpretar uma chapa de radiodiagnóstico –, deixando aos auxiliares as operacionais – como produção e revelação dessa chapa. Mas, ao analisar o conjunto dos trabalhadores, compreende-se 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 muito particular do processo de trabalho em saúde é a fragmentação dos atos. Num hospital ou numa clínica, o usuário tem que passar por uma quantidade enorme de atos de diagnóstico e de terapia para ter seu problema resolvido. Sabe-se que, usualmente, isso implica o deslocamento físico dele, de um setor a outro, dentro da mesma unidade produtiva ou entre estabelecimentos distintos. A saúde não é uma área que funciona segundo a lógica de substituição de tecnologia por trabalho. A tendência geral é a de acúmulo das novas

tecnologias e de variedade de serviços. Daí, o sentido de fragmentação da prestação e do consumo de serviços de saúde.

Se, de um lado, o sentido, o porquê de cada ato escapa ao usuário, de outro, há uma profusão infundável de tipos parciais ou autônomos desses atos. Desse modo, ele tem que percorrer um labirinto de serviços e obter uma coisa aqui, outra ali, ignorando a finalidade dessas intervenções executadas sobre o seu corpo. Além disso, ainda é solicitado a colaborar.

Onde está, nesse torvelinho, a direcionalidade técnica do trabalho em saúde? Encontra-se profundamente dividida e fraturada, do ponto de vista tanto 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 colaborar. Entretanto, seguramente, ele se pergunta: colaborar para quê? Onde se quer chegar com toda essa parafernália?

Nesse sentido, os serviços geram um enredo de alienação muito semelhante às situações clássicas abordadas por Marx no século passado, situações essas que hoje já não são tão peculiares ao trabalhador produtivo.

Discussão fundamental a ser realizada em relação ao trabalho em saúde é a do serviço. Afinal, 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: serviço de uma empregada doméstica, de um advogado e assim por diante.

Em certa medida, os serviços de saúde parecem-se com esses serviços pessoais, porque requerem 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 a um 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, em determinado período de tempo. Por outro lado, o que se compra e vende são esses atos úteis. Deve-se pagar por todas essas mercadorias – medicamentos, materiais diversos, equipamentos etc. –, núcleo dos distintos processos de trabalho envolvidos no diagnóstico e na 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, a quem também se costuma remunerar pelos 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.

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

Mas é extremamente complexo regular a produção desses serviços caso não se tenha certa flexibilidade. Não se pode desconhecer que cada ato é uma aproximação do particular, havendo sempre um razoável desvio a partir da média. Por outro lado, hoje já não se pode admitir, como fazia a antiga medicina liberal, que o trabalho médico deva ser totalmente livre e se pautar exclusivamente pelo arbítrio clínico do profissional. O controle da fragmentação 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 'clínicamente' justas de remuneração dos serviços. Como continuar remunerando os serviços de saúde segundo 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, cuja viabilidade de introdução no Brasil vem sendo estudada pela Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz.

Administrar uma unidade hospitalar ou uma rede de serviços contratados por seguro não constitui tarefa simples. Não só devido à já mencionada fragmentação dos atos técnicos, com suas implicações econômicas, mas também porque a direcionalidade técnica desses atos depende em si mesma do comportamento de uma categoria profissional – os médicos – que normalmente faz um uso corporativo desse poder.

Finalmente, voltamos à questão da inter-relação pessoal, esse diálogo singular que sempre tem que existir, não só entre o médico privado, o clínico e seu usuário, mas também esse diálogo singular, universalizado, que se deve travar entre trabalhador coletivo e usuários dos serviços de saúde. Esse é um tema que foi muito discutido – de forma idealizada e ideologizada – pela medicina liberal. O pressuposto é o de que ninguém pode ter a faculdade de controlar esse ato de diálogo, porque ele sempre tem que se dar a partir de cada situação particular. No entanto, sabe-se que isso não só é possível ética e politicamente, como também é uma exigência da organização moderna dos serviços de saúde. Como um hospital ou um sistema de saúde pode estabelecer uma ética de trabalho em relação ao indivíduo

que necessita de cuidado de saúde que não seja a ética liberal, que não seja a ética da livre escolha por uma confiança absoluta no médico particular? Esse problema pode ser resolvido por meio de um pacto político entre trabalhadores de saúde e dirigentes, por meio de uma nova ética de comportamento diante das necessidades e demandas dos usuários.

Esse é o limite da área de recursos humanos em saúde. Pode-se examinar a questão do processo de produção dos serviços de saúde com uma visão bem geral. Pode-se trabalhar com a questão dos serviços, com a administração dos serviços, com base numa longa aprendizagem. Entretanto, quando se chega à dimensão pessoal, entra-se no campo puramente ideológico (e, dentre as ideologias consagradas, uma é a da medicina liberal). E, então, há que se pensar em novas formas de harmonizar os trabalhadores com a clientela, e a responsabilidade institucional com os anseios dos trabalhadores. Esse é um dos desafios que a Reforma Sanitária enfrenta hoje no Brasil.

Se as condições de trabalho melhoram para os trabalhadores, como assumir uma nova ética profissional (exigência decorrente dessa mudança)? De que modo abordar esse diálogo que se estabelece com o indivíduo que sofre, que vem ao serviço de saúde com suas preocupações, cheio de expectativas de que esses atos fragmentários possam resolver os problemas? Então, esse é o limite, limite para o qual não existem regras, para o qual há procedimentos, há experiências políticas, mas que depende da sabedoria dos dirigentes, dos líderes sindicais inclusive e também de um processo histórico de construção de uma nova consciência, sobretudo dos médicos, para vencer a etapa liberal e mesmo conflitar com a neoliberal que aí está.

É necessário, então, refletir constantemente sobre essa dimensão porque ela complementa todas as outras envolvidas no processo de trabalho de saúde – no nível técnico, no nível do processo de trabalho em geral e no nível do serviço como aproximação ao individual. Como se deve dar numa forma coletiva essa aproximação, esse diálogo com o paciente, de tal forma que ele realmente participe do processo de uma forma menos alienada? Porque o objetivo deve ser tratar o usuário não como um simples objeto, mas como um colaborador efetivo da prestação de serviços de saúde.