

A FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE*

ROBERTO PASSOS NOGUEIRA**

1. *Força de trabalho versus recursos humanos*; 2. *Características do trabalho em saúde*; 3. *O emprego em saúde*.

1. *Força de trabalho versus recursos humanos*

Há duas formas distintas de tratar os profissionais empregados no setor saúde — enquanto força de trabalho e enquanto recursos humanos. Aparentemente muito próximo um do outro, cada um desses conceitos tem, entretanto, sua esfera própria de aplicação.

Força de trabalho é termo consagrado pela economia política, ligado particularmente à escola clássica, de Smith, Ricardo e Marx, prestando-se, atualmente, em diversos campos científicos, a um uso que é simultaneamente descritivo e analítico, no processo de conhecimento de fenômenos demográficos e macroeconômicos. *Recurso humano*, em contrapartida, é expressão advinda da ciência da administração e se subordina à ótica de quem exerce algum tipo de função gerencial ou de planejamento, seja no âmbito microinstitucional (órgão público ou empresa privada), seja no macroinstitucional (por exemplo, planejamento estratégico nacional). Usa-se o conceito de recurso humano, portanto, em função de propósito explícito de intervir numa dada situação para produzir e aprimorar, ou ainda para administrar esse recurso específico que é a capacidade de trabalho dos indivíduos. Ele é colocado ao lado de outros recursos, como os materiais e financeiros, igualmente suscetíveis de uma utilização “mais racional”.

Quem diz *força de trabalho*, pensa imediatamente em coisas tais como produção, emprego/desemprego, renda, divisão de trabalho, setor de emprego, assalariamento, etc. Ao contrário, quem diz *recurso humano*, pensa em planejamento, capacitação, seleção, plano de cargos e salários, etc. Têm-se aqui duas maneiras de enfocar a realidade — uma visa descrevê-la e interpretá-la teoricamente, enquanto a outra objetiva submetê-la a uma ação gerencial.

Será essa, contudo, toda a diferença que há entre as duas formas de abordagem — a existência de um eixo de interpretação, de um lado, e de um eixo de intervenção, de outro? Quando se utiliza o conceito de recurso humano não se conta também, no fundo, com uma certa maneira de interpretar a realidade?

O que ocorre, na verdade, é que, no mais das vezes, essas duas abordagens estão sustentadas em arcabouços teóricos irreconciliáveis. A inserção do

* Trabalho apresentado ao I Curso Internacional em Política e Administração de Saúde para a América Latina e o Caribe.

** Consultor permanente da Organização Pan-Americana de Saúde (OPS). (Endereço do autor: SQN 116 — Bloco K — apto. 106 — Asa Norte — Brasília, DF.)

conceito de força de trabalho dentro da economia política clássica e, particularmente, na vertente marxista gera, por exemplo, um antagonismo claro com o conceito de recursos humanos, quando este emerge diretamente da percepção própria da teoria dos sistemas. Os dois conceitos não são necessariamente antagônicos, mas apenas na medida em que resultam de duas formas divergentes de interpretar a realidade, como são as anteriormente mencionadas. Sabe-se que o significado de um conceito só pode ser apreendido, corretamente, quando se explicita a totalidade da rede de noções da qual faz parte.

Uma das diferenças fundamentais entre a teoria dos sistemas e a visão marxista, neste ponto, é que a primeira, ao fazer abstração das relações sociais, não tem qualquer concepção do trabalho humano a não ser como elemento contribuinte para um processo físico, envolvendo os diversos tipos de recursos, vistos como insumos que conduzem a determinados produtos. Ignora, em consequência, algo tão básico quanto a oposição entre capital e trabalho.

Sem querer entrar numa discussão mais profunda da teoria dos sistemas, é suficiente observar aqui que ela não analisa a produção material a partir da especialidade do trabalho humano, mas considera o trabalhador como elemento que, flexivelmente combinado aos demais recursos institucionais, entra num processo para dar origem ao produto almejado. A produção é concebida como relações de mudança e transformação entre as coisas.

Por outro lado, a teoria da economia política clássica (e sobretudo o marxismo) acentua não a plasticidade ou organicidade de uma combinatória de recursos, mas, em primeiro lugar, a natureza do processo de trabalho: trata-se de um trabalho isolado ou associado? Como se dividem tecnicamente as tarefas entre os trabalhadores da unidade de produção e como seu produto se relaciona com o de outras unidades? Como atuam as forças produtivas no setor, as inerentes ao próprio trabalho (por exemplo, cooperação) e aquelas que resultam de aplicações científicas e tecnológicas?

Em segundo lugar, mas não necessariamente *a posteriori*, procura situar esses elementos como tradução das relações entre pessoas: o trabalhador é autônomo ou vende sua força de trabalho a outrem? Os meios de trabalho são próprios ou de outro? Como se comportam o Estado e o conjunto das classes sociais em relação ao produto do setor?

Por isso tudo, tomados a partir de suas raízes doutrinárias, os conceitos de recurso humano e força de trabalho levam a resultados teóricos muito diferentes e, de certa forma, incompatíveis.

O comportamento gerencial é, entretanto, indispensável em qualquer setor de uma sociedade moderna e, do ponto de vista de quem tem a atribuição de planejar e administrar, a força de trabalho é necessariamente um recurso, ou seja, colocado nos termos da economia clássica, um valor de uso para a gerência. Assim, não faz sentido rejeitar a expressão recurso humano em nome de um pseudo-humanismo que não admite a redução do trabalhador a uma coisa gerenciável, o que seria uma atitude semelhante à de negar que, no mercado capitalista, a força de trabalho possa aparecer na qualidade de uma mercadoria. As cruas relações político-institucionais, assim como as econômicas, são inteiramente objetivas e devem ser reconhecidas como tais para que possamos transformá-las e verdadeiramente humanizá-las.

Em consequência, a abordagem que considera os profissionais de saúde (ou quaisquer outros trabalhadores) como recursos humanos é perfeitamente válida, mas — e este é o ponto conclusivo a que tencionávamos levar esta discussão inicial — desde que também realize sua análise enquanto força de trabalho,

através dos pressupostos teóricos a que aludimos anteriormente. De outra maneira, a ótica de recursos humanos, lastreada inevitavelmente na teoria dos sistemas e suas variantes, constitui-se num reforço do utilitarismo institucional, a serviço dos interesses políticos dominantes.

Apresentamos, a seguir, algumas idéias e dados que podem ser úteis numa abordagem preliminar dos profissionais de saúde como força de trabalho, de tal modo forneça o fundamento das diretrizes de uma política progressista em relação aos recursos humanos em saúde.

2. Características do trabalho em saúde

As atividades de assistência à saúde integram o amplo conjunto dos chamados serviços de consumo coletivo — dos quais fazem parte a educação, as formas organizadas de lazer e outras atividades dependentes da existência de equipamentos sociais — e, censitariamente, estão incluídas no setor terciário da economia.

Nas condições hodiernas, uma das características mais relevantes do processo de trabalho em saúde é a crescente coletivização dos agentes prestadores desses serviços, levando ao aparecimento do trabalho associado, realizado por diferentes tipos de profissionais em regime de cooperação técnica, seja numa unidade isolada (clínica, hospital), seja numa série hierarquizada de unidades (compondo, por exemplo, uma rede de atenção à saúde com complexidade crescente). A coletivização dos produtores de serviços de saúde assinala a superação, através da intervenção estatal e da entrada do capital no setor, da fase histórica em que praticamente a totalidade da assistência à saúde era assumida por profissionais autônomos (organização liberal das práticas de saúde). Reflete, da mesma maneira, mudanças definitivas na estrutura global da sociedade, em que as pressões de consumo das classes subalternas e o desenvolvimento capitalista como um todo fazem dos serviços de saúde, principalmente das mercadorias que eles veiculam, um dos itens mais importantes para a manutenção e ampliação da escala de produção capitalista.

Esse organismo de trabalho coletivo tem uma divisão técnica de trabalho não do tipo fabril, mas manufatureiro: a decomposição do processo de trabalho em tarefas isoladas e sua integração através de uma hierarquia de profissionais é o fundamento da produtividade do setor, que, neste sentido, ainda depende substancialmente do conhecimento e destreza do trabalhador. Seu princípio foi descrito no século passado por Babbage e consiste, em resumo, na atribuição das operações mais difíceis ou complexas ao pessoal de maior nível de qualificação, e das mais fáceis ou simples ao pessoal menos qualificado, cuja força de trabalho, portanto, pode ser comprada a um custo menor. Obtém-se, com esse procedimento — que é o mesmo aplicado às antigas manufaturas — uma poupança de trabalho qualificado, o que faz com que, teoricamente, uma dada quantidade de serviços possa ser oferecida a um preço menor ou com uma margem de lucro maior. É este o princípio que preside a racionalização do trabalho em saúde e que no movimento de extensão de cobertura está ideologicamente encoberto sob o rótulo de delegação de funções. No manejo de um aparelho de radiodiagnóstico, por exemplo, o uso mais rentável, mais racionalizado, consiste em atribuir ao pessoal auxiliar as funções de impressão e revelação do filme, cabendo ao radiologista apenas os encargos de interpretação. Presta-se, assim, o mesmo serviço a um preço menor do que se o radiologista se visse obrigado a executar todos esses atos. O trabalho passa a dar-se com base

na gerência técnico-administrativa de certos profissionais de nível superior, que cumprem funções de maior complexidade, ao mesmo tempo que controlam, pela prescrição de normas e supervisão, o desempenho dos agentes subalternos.

No tocante à absorção de novas tecnologias, abrangendo equipamentos e procedimentos, a área de assistência à saúde é, indiscutivelmente, bastante dinâmica. Frequentemente, entretanto, a introdução de novas tecnologias não acarreta economia de força de trabalho. Esta é uma característica assaz interessante — os novos equipamentos e procedimentos não são substitutivos dos antigos métodos, porque não se trata de uma mudança na forma de prestar o serviço, mas da criação de um novo tipo de serviço. Isto ocorre particularmente no campo do diagnóstico das doenças, onde a cada dia surgem inovações que tornam mais acurado o veredito final sobre o processo patológico em curso. Assim, as novas tecnologias vão engendrando uma série que é, ao mesmo tempo, a representação histórica da evolução do conhecimento aplicado ao diagnóstico das doenças e o leque efetivo das alternativas de que se dispõe para chegar ao diagnóstico final, indo dos meios mais simples (estetoscópio, tensiômetro) aos mais complexos (aparelho de ultra-sonografia, tomógrafo computadorizado). Esses modernos instrumentos, que correspondem à prestação de novas unidades de serviço, identificam com mais precisão a natureza do agravo à saúde, mas nem sempre importam na melhoria do tratamento aplicável ou na diminuição do tempo de permanência do paciente sob cuidados médicos. Vários estudos demonstram que, ao longo de nosso século, o custo médio de diagnóstico e tratamento de algumas afecções vem crescendo regularmente, comprovando que não há, neste ponto, ganhos de produtividade objetivamente mensuráveis.

Contudo, há inovações tecnológicas como os antibióticos, os multianalisadores para perfil bioquímico do sangue, a revelação automática de chapas radiográficas e outras, que são capazes de aumentar a produtividade do trabalho em saúde, fazendo com que uma mesma quantidade de força de trabalho possa produzir um número maior de serviços.

A crescente demanda de pessoal auxiliar tem origem nas características já mencionadas do trabalho em saúde: de um lado, na incorporação maciça de certas tecnologias aplicadas ao tratamento, diagnóstico e prevenção das doenças, requerendo uma ampliação da divisão técnica do trabalho em sentido horizontal, com o aparecimento de novas especialidades e a produção de novos tipos de unidades de serviços; de outro lado, no incremento da produtividade através da ampliação da divisão técnica do trabalho em sentido vertical, graças à redistribuição das tarefas entre pessoal de distintos níveis de qualificação, atribuindo-se as mais simples, que são as mais numerosas, ao pessoal de nível médio e elementar.

Todas essas particularidades do trabalho em saúde são importantíssimas para a compreensão da capacidade especial que revela o setor saúde, junto com outros serviços de consumo coletivo, para absorção da força de trabalho. Vamos, portanto, resumi-las a seguir:

- a) a despeito do acentuado dinamismo tecnológico, o setor é essencialmente de trabalho intensivo;
- b) muitas das inovações tecnológicas implicam não mudanças no método de prestação de um dado serviço, mas a introdução de um novo serviço que se soma aos anteriores e exige pessoal adicional para sua prestação;
- c) o incremento da produtividade do trabalho depende, sobretudo, de uma combinação adequada entre os vários tipos profissionais;

- d) ao pessoal de nível superior e, principalmente, aos médicos são atribuídas as funções mais complexas, envolvendo a gerência administrativa e o comando técnico do trabalho dos auxiliares, além de sua normalização e supervisão;
- e) as funções mais fáceis, ou simples, ficam com o pessoal auxiliar, que as executam em cumprimento a normas de trabalho mais ou menos rígidas;
- f) em algumas áreas, as forças produtivas da ciência e da tecnologia atuam no sentido de elevar a produtividade do processo de trabalho, mas limitados a uns poucos procedimentos terapêuticos e diagnósticos.

3. O emprego em saúde

Juntamente com outras atividades de cunho social, a assistência à saúde constituiu-se num setor que absorve proporções crescentes da força de trabalho total, nas sociedades capitalistas modernas. Esta tendência é parte do fenômeno de terciarização da economia, que marca o desenvolvimento capitalista em suas etapas mais avançadas, conforme vêm demonstrando cientistas sociais de variadas correntes.

Em recente artigo, na *Revista de Economia Política*,¹ Fernando Henrique Cardoso, procedendo a uma análise da evolução da população economicamente ativa (PEA) dos EUA, nas últimas décadas, como fundamento de uma revisão da situação das classes no capitalismo contemporâneo, chega às seguintes conclusões:

- a) o setor primário perde substancialmente importância como absorvedor de força de trabalho: enquanto que em 1920 empregava mais de 50% da PEA, em 1979 limitava-se a apenas 4,5%;
- b) o setor secundário atingiu um nível de relativa estagnação no período em estudo: subiu inicialmente de 23,5% para 33,9%, mantendo-se em seguida, em torno desta cifra;
- c) o setor terciário aparece como responsável pela absorção de todo o decréscimo ocorrido no primário.

Na tabela 1, resumimos a evolução da PEA norte-americana, para o período 1940-70, destacando, dentro do setor terciário, o pessoal empregado em atividades médico-hospitalares. Observa-se que esse setor avança de 46,7 para 56,6%, enquanto as atividades médico-hospitalares passam de 2,3 para 5,9%, crescendo, portanto, em ritmo bem mais acelerado que o restante do terciário.

Os dados sobre a PEA no Brasil permitem inferir (ver tabela 2) a existência de uma tendência semelhante em termos da terciarização progressiva da economia, que não mais pode ser atribuída apenas ao inchaço desse setor com população subempregada. A diferença fundamental com a evolução da PEA norte-americana está no crescimento gradativo do secundário que certamente, em breve, alcançará um patamar de estabilização.

Sendo impossível, a partir dos dados censitários brasileiros, individualizar as atividades específicas de assistência à saúde, sua evolução deve ser avaliada através do comportamento de um grupo denominado de atividades sociais, que

¹ Cardoso, Fernando Henrique. As classes no capitalismo contemporâneo. *Revista de Economia Política, Madrid, Centro de Estudios Constitucionales*, 2/1 (5):5-28, jan./mar. 1982.

Tabela 1
Evolução da PEA por setor de atividade, EUA, 1940-70

Ano	1940 (%)	1950 (%)	1960 (%)	1970 (%)
Setor de atividade				
Primário	21,3	14,4	8,1	4,5
Secundário	29,8	33,9	35,9	33,1
Atividades médico-hospitalares	2,3	3,0	4,1	5,9
Outras terciárias	46,7	48,7	52,0	56,6

Fonte: Cardoso, F. H. As classes no capitalismo contemporâneo. *Revista de Economia Política*, Madrid, Centro de Estudios Constitucionales, 2/1 (5):10-11, jan./mar. 1982.

incluem também educação e ações de tipo comunitário. Sob esta rubrica, a PEA passou de 1,69%, em 1940, a 6,95%, em 1980, isto é, mais do que quadruplicou. As demais atividades terciárias transitaram de 22,13 a 38,74%.

Esses dados vêm comprovar que o setor saúde, bem como os demais serviços de consumo coletivo, representam uma alternativa importantíssima para absorção de força de trabalho num contexto de reduzida capacidade de geração de emprego pelos setores secundário e terciário. Isso acontece em função das características já referidas do trabalho em saúde, associadas à expansão relativamente constante da oferta e demanda desse conjunto de serviços, sob o influxo de uma complexa rede de determinantes econômicos e políticos.

Neste particular, é interessante estudar a distribuição da força de trabalho em saúde no Brasil, por nível de escolaridade e categoria profissional (ver tabela 4). Ressalta, além do peso expressivo dos funcionários administrativos (30%), a grande polarização desse espectro de profissionais: a maciça presença tanto da categoria mais qualificada — os médicos compondo 18% do total — quanto da menos qualificada — os atendentes, com instrução elementar, representando 22%. Esta polarização nada mais é do que a expressão, em termos de estatística de força de trabalho, de uma aplicação extremamente ortodoxa do princípio de redistribuição e integração de tarefas, de tal modo que a qualidade dos serviços finais prestados às pessoas não é levada em consideração. É que justamente aos atendentes cabe uma quantidade expressiva de funções, umas realmente simples, mas outras que requerem perícia e certo senso crítico, mas para as quais eles não têm preparo adequado, seja no tocante aos aspectos de educação geral, seja no tocante à capacitação profissionalizante propriamente dita.

Há uma oferta abundante de indivíduos de baixos níveis de escolaridades em demanda desse tipo de emprego, o que resulta basicamente do escasseamento de oportunidades fora do setor de serviços. O setor saúde tira partido dessa situação e utiliza uma proporção excessiva desse pessoal de pouca qualificação, remunerando-o com salários baixíssimos, o que reflete, de qualquer modo, a realidade do mercado de trabalho. Esta análise aplica-se tanto às instituições públicas quanto às privadas, visto que em ambas está presente a ênfase na quanti-

Tabela 2
Evolução da PEA, Brasil, 1940-80

Setor	Ano		1940		1950		1960		1970		1980	
				(%)		(%)		(%)		(%)		(%)
Primário	9.732.344	65,88	10.252.839	59,89	22.276.908	53,96	13.087.521	44,27	13.109.415	29,8		
Secundário	1.535.176	10,40	2.427.364	14,19	2.940.242	12,93	5.295.427	17,92	10.674.977	24,3		
Terciário	3.500.069	23,72	4.437.249	25,92	7.532.878	33,11	11.174.276	37,81	20.012.371	45,6		
Total (PEA)	14.767.589	100	17.117.452	100	22.750.028	100	29.557.224	100	43.796.763	99,7		

Fonte: Anuário estatístico do Brasil, IBGE, 1981.

Tabela 3
Evolução da PEA em atividades sociais, Brasil, 1940-80

Setor de atividade	1940	(%)	1950	(%)	1960	(%)	1970	(%)	1980	(%)
Atividades sociais	234.215	1,69	398.673	2,32	755.043	3,32	1.531.563	5,19	3.044.909	6,95
Outras atividades terciárias	3.265.854	22,13	4.038.576	23,60	6.777.845	29,79	9.642.713	32,62	16.967.462	38,74
Subtotal	3.500.069	23,82	4.437.240	25,92	7.532.878	33,11	11.174.276	37,81	20.012.371	45,69
Total da PEA	14.758.598	100	17.117.362	100	22.750.028	100	29.557.224	100	43.796.763	100

Fonte: Anuário Estatístico do Brasil, 1981.

Obs.: Atividades sociais: saúde, educação, atividades comunitárias.

Tabela 4

Pessoal em atividade nos estabelecimentos hospitalares e para-hospitalares, públicos e particulares — Brasil, 1977-1978

Categoria	1977	(%)	1978	(%)
A) Nível superior	159.887	24,40	172.637	24,19
Médico	116.460	17,78	127.305	17,84
Odontólogo	12.794	1,95	14.082	1,97
Enfermeiro	12.107	1,85	13.104	1,84
Outros níveis superiores	18.526	2,82	18.146	2,54
B) Nível médio	90.684	13,84	94.334	13,23
Técnico de análises clínicas	5.412	0,83	7.509	1,05
Técnicos operadores de raios X	5.514	0,84	6.741	0,94
Outros técnicos	4.609	0,70	6.552	0,93
Auxiliares	75.149	11,47	73.532	10,31
C) Nível elementar	203.714	31,09	228.722	32,05
Atendentes	140.273	21,41	158.241	22,18
Serventes e outros	63.441	9,68	70.481	9,87
D) Pessoal administrativo	200.986	30,67	217.848	30,53
Total geral	655.271	100	713.541	100

Fonte: Anuário estatístico do Brasil, 1981.

dade que conduz à utilização abusiva de pessoal de nível elementar, como resultado das pressões de racionalização administrativa ou da ânsia de lucros. Evidentemente, se não houvesse esse primado da quantidade sobre a qualidade, a composição da equipe de saúde seria menos polarizada, através, por exemplo, da maior participação de pessoal de nível médio.

Essa situação não se resolve simplesmente mudando a denominação do atendente — como o fez o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (Inamps), que o transformou em auxiliar operacional de serviços diversos — mas mediante a sua promoção gradual a categorias de nível médio — auxiliar de enfermagem, visitador sanitário, auxiliar de saneamento etc.

Retornando ao quadro da distribuição das categorias profissionais, é curioso observar a pouca expressividade do percentual (2%) de técnicos envolvidos em meios de diagnóstico, nomeadamente em análises clínicas e raios X. Não se trata, certamente, de um sintoma de escassez de força de trabalho qualificada para assumir tais funções; o dado traduz, na verdade, a relativamente alta produtividade do trabalho nesses setores intermediários, o que contrasta com a área dos serviços finais, de trabalho mais intensivo e onde estão os atendentes e a maioria dos outros auxiliares, particularmente os auxiliares de enfermagem, categoria de nível médio.

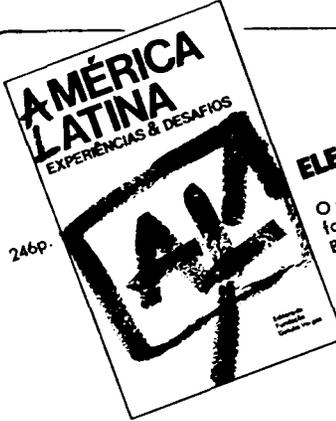
De qualquer modo, é forçoso concluir que a terciarização da nossa economia, a julgar pela composição tendencial da força de trabalho em saúde, tem a particularidade de se dar às expensas de um amplo contingente de pes-

soal pouco qualificado e de baixa escolaridade, fenômeno que atua em detrimento da qualidade dos serviços prestados à população. A presença majoritária dos atendentes entre as categorias auxiliares de saúde tem as mesmas causas sociais que provocam, por exemplo, a incorporação maciça de professores de escassa qualificação pelo país a fora na rede de educação de 1.º grau, em ambos os casos força de trabalho essencialmente feminina. Esta talvez seja a característica mais patente da terciarização nas nossas condições de subdesenvolvimento econômico-social.

Bibliografia

Brasil, Ministério da Saúde. *A organização das ações de desenvolvimento de recursos humanos nas secretarias de saúde*. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1982.

_____. *Recursos humanos para serviços básicos de saúde: formação de pessoal de níveis médio e elementar para instituições de saúde*. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1982.



AMÉRICA LATINA
EXPERIÊNCIAS & DESAFIOS

246p.

ELE FALA DE CADEIRA

O autor, Prof. Herrera, foi nada menos que o primeiro presidente do BID - Banco Interamericano de Desenvolvimento, e Coordenador-Geral do ECIEL - Programa de Estudos Conjuntos para a Integração Latino-Americana. Conheça bem os problemas desse lado do mundo.

Nas Livrarias da FGV
Rio: Praia de Botafogo, 188
São Paulo: Nove de Julho, 2029;
Brasília: CLS 104, Bloco A, loja 37.

De pelo Reembolso Postal
FGV/Editora - Div. Vendas
Caixa Postal 9052
20000 - Rio de Janeiro - RJ