

TEMAS FUNDAMENTAIS DA  
REFORMA SANITÁRIA

2

# CAPITALISMO E SAÚDE

Roberto Passos Nogueira  
Rogério Miranda Gomes

Cidadania  
para a saúde

**cebes**  
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES)

DIREÇÃO NACIONAL (GESTÃO 2011-2013)

NATIONAL BOARD OF DIRECTORS (YEARS 2011-2013)

Presidente: Ana Maria Costa  
Primeiro Vice-Presidente: Alcides Silva de Miranda  
Diretora Administrativa: Aparecida Isabel Bressan  
Diretor de Política Editorial: Paulo Duarte de Carvalho Amarante  
Diretores Executivos: Lizaldo Andrade Maia  
Luiz Bernardo Delgado Bieber  
Maria Frizzon Rizzotto  
Paulo Navarro de Moraes  
Pedro Silveira Carneiro

Diretor Ad-hoc: Felipe de Oliveira Lopes Cavalcanti  
José Carvalho de Noronha

CONSELHO FISCAL / FISCAL COUNCIL

Armando Raggio  
Fernando Henrique de Albuquerque Maia  
Júlio Strubing Muller Neto

CONSELHO CONSULTIVO / ADVISORY COUNCIL

Ana Ester Maria Melo Moreira  
Ary Carvalho de Miranda  
Cornelis Van Stralen  
Eleonor Minho Conill  
Eli Iola Gurgel Andrade  
Felipe Assan Remondi  
Gustavo Machado Felinto  
Jairnilson Silva Paim  
Ligia Bahia  
Luiz Antônio Silva Neves  
Maria Fátima de Souza  
Mario Cesar Scheffer  
Nelson Rodrigues dos Santos  
Rosana Tereza Onocko Campos  
Silvio Fernandes da Silva

EDITOR CIENTÍFICO / SCIENTIFIC EDITOR

Paulo Duarte de Carvalho Amarante (RJ)

EDITORA EXECUTIVA / EXECUTIVE EDITOR

Marília Fernanda de Souza Correia

SECRETÁRIO EDITORIAL / EDITORIAL SECRETARY

Frederico Tomás Azevedo

SECRETARIA / SECRETARIES

Secretaria Geral: Gabriela Rangel de Moura

Pesquisador: José Maurício Octaviano  
de Oliveira Junior

Assistente de Projeto: Ana Amélia Penido Oliveira

JORNALISTA / JOURNALIST

Priscilla Faria Lima Leonel

EXPEDIENTE

Organização: Ana Maria Costa  
José Carvalho de Noronha  
Paulo Duarte de Carvalho Amarante  
Marília Correia  
Edição: Marília Correia  
Diagramação e Capa: Paulo Vermelho

N778i

Passos, Roberto Nogueira;  
Capitalismo e Saúde / Roberto Nogueira Passos, Rogério Miranda Gomes.  
Rio de Janeiro: CEBES, 2012.  
141p.; 14 X 21cm.

ISBN

1. Saúde pública - História. 2. Política de Saúde - SUS. I. Rogério Miranda Gomes. II. Título.

CDD - 362.10981



CAPITALISMO E SAÚDE



Roberto Passos Nogueira  
Rogério Miranda Gomes

projeto  
FORMAÇÃO EM CIDADANIA PARA SAÚDE:  
TEMAS FUNDAMENTAIS DA REFORMA SANITÁRIA

# INTRODUÇÃO AO ESTUDO DO CAPITAL NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

***cebes***  
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

Rio de Janeiro  
2012



## Sumário

Tomo I: Introdução ao estudo do capital nos serviços de saúde | 7  
Escopo deste estudo | 7

Parte I – Para um a teoria dos serviços | 11  
O conceito de serviços – Determinação Geral | 11  
O conceito de serviço – Determinação específica | 16  
A questão do valor na produção de mercadorias e nos serviços | 20  
Relações sociais | 26  
Ciclo do capital-dinheiro em serviços | 35

Parte II – A organização capitalista dos serviços de saúde | 46  
Componentes do Capital | 46  
Relações com a Indústria de Insumos – 61  
Observações adicionais sobre trabalho produtivo e improdutivo | 66

Tomo II: Humanização e desumanização no trabalho em saúde:  
algumas contribuições conceituais para uma análise crítica | 73  
A temática da desumanização no trabalho em saúde | 73  
A dialética Humanização – Alienação | 76  
O conceito de desumanização a partir da dialética Humanização  
– Alienação | 87  
A relação sociedade-saúde como manifestação da dialética Huma-  
nização-Alienação | 90  
O trabalho em saúde e a dialética Humanização – Alienação: Tra-  
balho em saúde e relações capitalistas | 99

Organização do trabalho, tecnologia e estranhamento nas práticas de saúde | 102

Necessidades, finalidades e objeto das práticas de saúde: alguns estranhamentos contemporâneos | 108

Humanização e emancipação: o ser e o não ser da alienação | 120

Referências | 135



# INTRODUÇÃO AO ESTUDO DO CAPITAL NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Roberto Passos Nogueira\*

## ESCOPO DESTE ESTUDO

A assistência de saúde recebe usualmente a designação de serviço ou de prestação de serviços, quando se intenta demarcar sua posição dentro dos grandes segmentos que compõem a divisão social do trabalho. É assim que aparece nos recenseamentos oficiais, enquadrada no setor terciário da economia. A própria linguagem comum já consagrou esta denominação: fala-se de serviços de saúde, para indicar

---

\* Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Pesquisador do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) – Brasília (DF), Brasil.

tanto os atos de saúde em si mesmos, quanto às instituições encarregadas de realizá-los.

Essa classificação, todavia, não decorre de um prévio entendimento acerca do que seja o trabalho em saúde. Em geral, os chamados serviços são identificados mediante uma mera regra de exclusão: todo trabalho que não produz mercadorias passa automaticamente a esta rubrica. A assistência de saúde participa também desta situação ‘residual’, típica do setor terciário, sobre a qual um economista observa o seguinte:

Por exclusão, o setor terciário reúne todas as atividades cuja produção não é, em geral, mensurável em unidades físicas. Neste setor, num sentido restrito, o produto somente existe durante o processo produtivo, não sendo possível manter-se um estoque dos bens obtidos. Essa característica abstrata é comum a todas as atividades do setor terciário, apesar de constituir, possivelmente, uma das poucas semelhanças (ALMEIDA, W; SILVA, 1973, p.161).

No que se refere ao seu aprofundamento teórico, pouca atenção tem sido dedicada, pelos economistas, ao conceito de serviços *stricto sensu*, ou “serviços de consumo”, segundo Paul Singer (1971, p.47-8), que engloba um sem-número de atividades heterogêneas, desde aquelas exercidas pelos empregados domésticos até o concerto e

manutenção de bens duráveis, passando pelas áreas sociais da saúde e da educação. A maioria dos economistas, clássicos e modernos, preocupou-se com os serviços de consumo apenas na medida em que constituem o necessário contraponto de setores vitais da economia capitalista: em primeiro lugar, em questões teóricas como a da velha polêmica sobre trabalho produtivo e improdutivo; e, em segundo, mais recentemente, na literatura sobre emprego e desenvolvimento econômico (ALMEIDA, 1976).

A despeito de todas as dificuldades conceituais que a cercam, cremos ser a noção de serviço um indispensável ponto de partida na análise do trabalho em saúde e de suas relações com a economia capitalista. A assistência de saúde deve ser compreendida como parte de um grupo de atividades econômicas, os serviços de consumo, cujo modo de inserção na dinâmica das sociedades capitalistas apresenta características comuns. A natureza desses serviços e do capital neles empregado precisa ser previamente esclarecida. Surge assim, na análise, um nível intermediário, capaz de fazer evitar raciocínios mecanicistas, que resultam de se considerar o trabalho em saúde como algo singular.

Portanto, o que se impõe, de início, é o desenvolvimento do conceito de serviço. Para empreender tal tarefa, tomaremos por base os diversos textos em que Marx trata do trabalho em serviços, distinguindo-o do trabalho industrial: Grundrisse, Sexto Capítulo Inédito d'O Capital, Teorias da Mais-Valia. Estas obras fornecem os elementos essenciais para o entendimento dos serviços enquanto modalidade específica de trabalho, submetida ou não a relações capitalistas. Infelizmente, entretanto, elas abordam

muito precariamente os problemas relacionados com o capital investido neste setor. A razão é bem simples: à época de Marx, as empresas deste gênero tinham pouca importância econômica. Nas Teorias da Mais-Valia, após mencionar as escolas capitalistas como exemplo, Marx acentua que “todas as manifestações da produção capitalista nesta esfera são tão insignificantes comparadas com a totalidade da produção que podem ser postas de lado(1969, p.411)”.

Atualmente, essa observação já não se justifica. Os serviços se transformaram num setor relativamente importante de investimento de capital e, ademais, sua articulação com a indústria passou a ser uma das molas propulsoras da acumulação na fase monopolista do capitalismo. Basta que se considere a incessante expansão das grandes oficinas de reparo de veículos automotores e sua relevância como braço mercantil das indústrias automobilísticas e de autopeças. Entretanto, nada há em tais fenômenos que não possa ser compreendido através do manancial teórico da obra mais madura de Marx, *O Capital*, principalmente das análises do capital mercantil contidas no livro terceiro. É o que nos esforçaremos por fazer em referência às empresas capitalistas de saúde, sistematizando e interpretando seu pensamento sobre o trabalho em serviços, tentando, às vezes, preencher algumas lacunas dessa temática, que ocupa um lugar intencionalmente secundário em seus textos.

Nosso estudo estará limitado às empresas capitalistas de serviços de saúde porque entendemos que estas, além de suas particularidades, ligadas aos objetivos lucrativos, re-produzem todas as propriedades econômicas essenciais de outros tipos de empresas (benéficas, estatais, etc.).

Concentrar-nos-emos nelas por serem a forma economicamente mais desenvolvida de prestação de serviços de saúde. Aqui, novamente, ‘a anatomia do homem é a chave da anatomia do macaco’.

## **Parte I - Para uma Teoria dos Serviços**

### *O Conceito de Serviços: Determinação Geral*

Em Marx, o conceito de serviço apresenta-se sob uma determinação genérica e outra específica. Não são dois conceitos distintos, mas um único, colocado em dois diferentes níveis de abstração. Embora apenas a determinação específica leve em conta as relações sociais e tenha aplicações econômicas, a própria dialética inerente ao pensamento de Marx obriga a que se exponha inicialmente a determinação genérica.

Em seu aspecto mais abstrato, o conceito de serviço apresenta-se como uma extensão do conceito de valor de uso. Entende-se por valor de uso qualquer objeto (em geral, mercadoria) ou atividade (trabalho) destinados a satisfazer alguma necessidade humana. E o que se chama de serviço constitui o consumo de um desses tipos de valor de uso, numa maneira adequada à correspondente necessidade; ou seja, constitui a efetiva realização da utilidade das mercadorias ou da utilidade do trabalho.

Assim, o conceito de serviço, nessa dimensão abstrata, designa a ação ou efeito dos valores de uso, no atendimento de uma finalidade predeterminada: “serviço nada mais é que o efeito útil de um valor de uso, mercadoria ou trabalho(MARX, 1968, v.1, p.216)”.

Nessa passagem de *O Capital*, Marx trata os serviços em suas propriedades 'naturais', independentemente das relações sociais de produção e de troca que envolvem as mercadorias e o trabalho humano. O trabalho de um operário e um relógio de uso pessoal, neste sentido, em nada se diferenciam cada qual presta seu serviço peculiar, serve a um fim.

Na contribuição à Crítica da Economia Política, Marx já havia sublinhado esse aspecto genérico do conceito de serviço, referindo-se especificamente à utilização das mercadorias, sob a forma de meios de consumo ou de meios de produção:

Enquanto valor de uso, a mercadoria exerce uma ação causal. O trigo, por exemplo, age como alimento. Em certas proporções, uma máquina suprime o trabalho. Esta ação da mercadoria, ação que faz dela um valor de uso, um objeto de consumo, pode ser considerada o seu serviço, o serviço que ela presta como valor de uso (MARX, 1977, p.40).

Ao fazer tábula rasa das relações sociais, a determinação genérica enfoca apenas a aplicação das propriedades úteis das coisas ou, num sentido análogo, o emprego útil do trabalho.

Prestar serviço significa fazer que algo seja útil a alguém. Pelo serviço, o valor de uso se consome enquanto tal. Todo consumo, desde que adequado às necessidades

humanas, em seu caráter social, passa então a ser um serviço e todo serviço passa a implicar o consumo do valor de uso.

Só não é serviço, desse modo, aquilo que não satisfaz uma dada necessidade. Por exemplo, um refrigerador de ar presta serviço na medida em que faz baixar a temperatura de um ambiente; mas esse mesmo aparelho produz certos efeitos (ruído, condensação de água, etc.) que não podem ser considerados como serviço, porque não cumprem qualquer finalidade e, ao contrário, muitas vezes são “desserviços”. Trata-se de perturbações secundárias que acompanham inevitavelmente aquele serviço.

Por seu nível de abstração, como também pela ênfase no valor de uso, o conceito de ‘serviço em geral’ assemelha-se ao de ‘trabalho produtivo em geral’, que Marx expõe no quinto capítulo do primeiro livro de *O Capital*<sup>1</sup>. Mas a análise segue caminhos um pouco diferentes, porque ali Marx põe em destaque a necessária integração dos componentes do processo de trabalho, na produção de valores de uso objetivos, ao passo que, no conceito de serviço, está em jogo o consumo dos valores de uso, de qualquer natureza, o que leva a vê-los isoladamente, sob a forma de trabalho ou de mercadoria.

Entretanto, a palavra serviço tende a ser empregada habitualmente apenas em relação ao trabalho, excluindo dessa noção as mercadorias. Em algumas ocasiões, Marx, reconhece essa limitação, dada pelo senso comum, embora

---

<sup>1</sup> A respeito das diversas determinações do conceito de trabalho produtivo, consulte-se: BERTHOUD, A. *Travail Productive et Productivité du Travail chez Marx*. Paris: Maspero, 1974.

não deixe de traçar um paralelo com o consumo das mercadorias:

Esta palavra ‘serviço’ não é, em realidade, mais que um termo de que nos valem para expressar o valor de uso especial que o trabalho fornece, como outra mercadoria qualquer; é, sem dúvidas, um termo específico: o trabalho presta serviços, não como coisa, mas como atividade, função na qual não se diferencia de uma máquina, um relógio, por exemplo (MARX, 1974, v.1, p.221).

“Em geral, a palavra serviço exprime simplesmente o valor de uso particular do trabalho, útil como atividade e não como objeto (MARX, 1971, p.237)”.

Neste caso, o conceito de serviço abrange, em maneira restrita, o valor de uso da força de trabalho, a atividade que é peculiar a esta. Mas como não se consideram, neste ponto, as diferenças de relações sociais, o trabalho de um operário tem tanto característica de serviço quanto o trabalho de um empregado doméstico embora se saiba que, economicamente, são distintos, pois um produz mais-valia enquanto o outro é incapaz de fazê-lo.

Em relação ao operário, seguindo a dialética marxiana, pode-se afirmar que presta um duplo serviço – primeiro, ao ceder a seu patrão o valor de uso de sua força de tra-



balho e, segundo, ao valorizar o capital, sendo este último o principal ‘serviço’ do ponto de vista do empresário capitalista. Comparando o trabalho do alfaiate que faz roupas sob encomenda com o alfaiate-operário, Marx acentua:

... os serviços que o alfaiate-operário presta ao empresário capitalista, para quem trabalha, não consistem precisamente em converter um tecido em calça, mas sim em fazer que o tempo de trabalho total, materializado numa calça, equivalha a 12 horas de trabalho, por exemplo, e o salário do operário a 6 horas. Este serviço se concretiza, portanto, em 6 horas de trabalho não pago (MARX, 1968, v.1, p.220-1).

Produzir mais-valia torna-se um serviço específico, na medida em que o valor de troca é o alvo do processo capitalista e, para o empresário, se constitui no verdadeiro valor de uso da força de trabalho.

De qualquer modo, a determinação genérica está presa ao âmbito do valor de uso. Servir significa fazer-se útil, mesmo quando a utilidade refira-se à apropriação do valor de troca.

Se a análise se interrompesse no nível de determinação genérica, teríamos apenas uma compreensão parcial do conceito de serviço, envolvendo categorias não propriamente econômicas, porque o valor de uso, tomado em for-

ma absoluta, “não entra no domínio da economia política” (Marx). Esse conceito deve, portanto, ser particularizado e só pode sê-lo através da análise da totalidade das relações sociais, numa sociedade capitalista. Denomina-se serviço, nessa sociedade, não o trabalho em geral, mas uma atividade específica organizada sob distintas formas de relações sociais, cujas características econômicas opõem-se às do processo de produção de mercadorias. É assim que poderemos compreender a assistência de saúde como parte da divisão social do trabalho, na qualidade de integrante do setor de serviços.

Ver-se-á que o conceito específico de serviço faz referência ainda ao valor de uso da força de trabalho, mas como uma dada maneira de utilizá-lo. Nessa formulação mais concreta, a determinação genérica persiste embora como elemento superado e enriquecido por outras determinações que emanam da essência da sociedade capitalista.

### *O Conceito de Serviços: Determinação Específica*

Os serviços stricto sensu ou serviços de consumo, conforme a nomenclatura de Paul Singer, constituem um conjunto heterogêneo de atividades econômicas que ocupam certos espaços na divisão social do trabalho e na esfera de especialização dos capitais. Sua característica principal é a de fornecer trabalho como mero valor de uso, para um consumo privado. O serviço limita-se a provocar um efeito útil ou, ainda, a produzir valores de uso estritos, não mercantis. É trabalho que se con-

sume como atividade útil por si mesma, devido ao conhecimento e capacidade técnica que o orientam, dirigindo-se quer à personalidade viva do usuário, quer a algum objeto de sua propriedade.

Trata-se de uma forma particular de emprego e consumo do valor de uso da força de trabalho, que contrasta com o processo de produção de mercadorias, em que o trabalho é consumido apenas com a finalidade de criar valor e mais-valia. Este fato basta para distinguir o usuário de serviços perante o empresário industrial. Quando este emprega produtivamente a força de trabalho de seus operários, o valor de uso desta é unicamente um meio para obtenção de valor adicional. Nos serviços, ao contrário, o trabalho é apropriado não “como valor de uso em função do valor, mas como utilidade particular, é um valor para o uso (MARX, 1972, v.1, p.337)”.

Para o usuário, o trabalho do médico, do dentista, do enfermeiro e de todos os outros prestadores de serviços de saúde é sempre útil em função de algum efeito que possa produzir. Tais serviços assemelham-se a outras mercadorias que fazem parte de seu consumo pessoal, seja ele um operário ou um capitalista, e tenha de comprá-los com base em seu salário ou em sua renda de empresário. Como diz Marx, a atividade útil dos serviços (juntamente com as mercadorias indispensáveis a sua prestação) é um meio de consumo como qualquer outro:

Reconhecidos como artigos de consumo, há a cada momento, ao lado dos artigos de consumo existentes na forma de mercadorias, uma quanti-

dade de artigos de consumo na forma de serviços (MARX, 1969, p.168).

Alguns serviços representam meios de subsistência e outros, artigos de luxo. Entre os serviços de saúde, uma consulta de clínica médica no sistema previdenciário é um meio de subsistência, enquanto uma cirurgia plástica para fins estéticos, realizada numa clínica privada, é um artigo de luxo. Mas em qualquer caso, a compra dos serviços dá-se como apropriação de meios de consumo que podem ser distinguidos em dois grupos de componentes: 1. o valor de uso da força de trabalho, que é o fundamento de todo serviço; 2. as mercadorias eventualmente necessárias na qualidade de meios ou instrumentos de trabalho.

O usuário adquire e consome esses dois tipos de valores de uso integrados num processo de trabalho. Tem-se aqui uma simples troca mercantil: se paga à força de trabalho conforme o tempo que dela se servir; e pelas mercadorias, conforme seu valor. O que é vendido não é o resultado ou o efeito do trabalho, mas esses elementos. É o que Marx (1974) observa a respeito dos serviços de profissionais liberais:

Do ponto de vista econômico, é indiferente, portanto, que o médico me cure, o professor me faça aprender ou o advogado ganhe para mim uma causa. O que lhes pago são os serviços como tais, sem que eles me garantam nem tenham por que ga-

rantir seu resultado (MARX, 1968, v.1, p.222).

O médico recebe pelo trabalho de diagnóstico, prescrição terapêutica e pelo uso de seus instrumentos de trabalho, e não pela cura de doente, que é um efeito almejado, embora não possa ser garantido de antemão. Se o paciente vier a falecer, os serviços serão remunerados da mesma forma que se ocorresse à cura.

O usuário dos serviços procura a força de trabalho cujas ações e efeitos supostamente correspondam a suas necessidades enquanto mero consumidor. Em certos casos, são indispensáveis alguns meios de trabalho, os quais passam a integrar o preço dos serviços.

A apropriação dos valores de uso que compõem os serviços verifica-se no âmbito extraeconômico, como consumo privado. A denominação de ‘consumo privado’ serve apenas para estabelecer uma oposição ao consumo produtivo e não deve ser entendida no sentido de ser restrita a um indivíduo em particular. De fato, o consumo dos serviços ocorre frequentemente em forma coletiva, como numa escola ou num hospital, por exemplo. O importante, entretanto, é a similaridade com a compra e consumo de outros valores de uso. Se um trabalhador ou um capitalista compra pão para seu consumo pessoal realiza neste momento um ato de circulação simples de mercadorias; mas quando um deles, em seu lar, consome o pão, como valor de uso, já não se trata de um ato econômico. Retomando a determinação genérica, pode-se dizer que o pão presta seu serviço, isto é,

realiza seu valor de uso, através desse consumo privado. Da mesma maneira, os serviços são simples ações de consumo como decorrência da ativação do valor de uso da força de trabalho e de outros meios eventualmente necessários. É de natureza mercantil a relação que se estabelece entre o usuário e o prestador (ou o empresário) de serviços, para realizar o valor de troca inerente aos elementos do processo de trabalho; mas o próprio serviço é um consumo não produtivo e, portanto, extraeconômico.

Assim, não se deve confundir a permuta mercantil dos elementos do processo de trabalho com o serviço, que é este processo, como ativação da força de trabalho e do valor de uso de outras mercadorias em função do consumo privado. A permuta faz parte da cadeia de circulação simples, cuja fórmula é M-D-M. O dinheiro, em relação aos componentes do processo de trabalho, atua como meio de circulação. O usuário que emprega seu dinheiro em serviços age em forma radicalmente diferente do capitalista que investe capital-dinheiro na compra de força de trabalho, porque o interesse deste está em transformar o valor inicial D em valor acrescido D' e não em consumir privadamente o valor de uso especial dessa mercadoria. Assim, nos serviços “este consumo de força de trabalho não se situa como D-M-D', mas tão-somente como M-D-M (onde a mercadoria é o trabalho ou serviço): o dinheiro age como meio de circulação e não como capital (MARX, 1971, p.228)”.

Os valores que se fazem presentes nessa circulação sempre desembocam, portanto, no consumo privado atra-

vés do próprio processo de trabalho. Não importa se o agente dos serviços está presente na casa do usuário (e.g. como empregado doméstico) ou num local determinado (e.g. como empregado de um hospital). Neste sentido, o consumo privado do valor de uso da força de trabalho, por sua utilidade particular, constitui uma característica universal dos serviços, independente do tipo de relação social a que estejam submetidos.

### *A Questão do Valor na Produção de Mercadorias e nos Serviços*

Embora o trabalho em serviços, em certas circunstâncias, possa materializar-se em valores de uso objetivos, estes, contudo, não se convertem em verdadeiras mercadorias. Um exemplo talvez melhor esclareça essa formulação. Tomemos o caso dos operadores de Raios X, numa clínica empresarial. Seu trabalho tecnicamente orientado é capaz de imprimir à chapa uma imagem radiográfica qualquer – digamos, de uma fratura óssea. Há materialização de trabalho num dado valor de uso que é a chapa sensibilizada. Este é um valor de uso imediato, apenas um produto útil, que não é reproduzível numa série destinada à permuta sistemática. Portanto, não é produzido como mercadoria, mas apenas como objeto dotado de utilidade, à semelhança de muitas outras coisas que são frutos do trabalho humano (por exemplo, uma refeição preparada por um empregado doméstico). Nesse processo de trabalho participam, contudo, algumas mercadorias e que, como tal, revestem-se de

valor de uso e de valor de troca; são elas: a força de trabalho do operador; a chapa virgem; o instrumental radiográfico; substâncias químicas usadas na revelação do filme, etc. Há de se supor que a compra desses elementos está regulada pela lei do valor-trabalho, como se dá com qualquer mercadoria.

Para aprofundar a análise dos serviços, é imprescindível a correta compreensão de dois pares de conceitos desenvolvidos por Marx:

1. força de trabalho e trabalho;
2. trabalho concreto e trabalho abstrato.

Entende-se por força de trabalho 'o conjunto das faculdades físicas e mentais, existentes no corpo e na personalidade viva de um ser humano'. Por outro lado, o valor de uso da força de trabalho consiste no próprio trabalho, em suas propriedades de atividade útil, dirigida a um fim.

Na divisão social do trabalho, cada atividade concreta opõe-se às outras, com as quais se relaciona através dos movimentos econômicos dos produtos e serviços. São atividades interdependentes devido às relações de troca que estabelecem entre si, necessárias à reprodução do conjunto dos trabalhadores. Para subsistir, cada trabalhador precisa dos valores de uso produzidos por todos os outros e os obtêm mediante a troca mercantil (aqui estamos considerando, para simplificar o problema, uma sociedade composta de produtores de mercadorias/prestadores de serviços



autônomos). Pois bem, uma atividade útil qualquer em si não possui valor: “A força humana de trabalho em ação ou o trabalho humano cria valor, mas não é valor (MARX, 1968, v.1, p.59)”.

De que modo, portanto, o trabalho pode criar valor?

Em determinados setores de atividade econômica, o trabalho humano materializa-se constantemente num produto, dá origem a um valor de uso objetivo, cuja forma lhe corresponde. Cada produto requer uma atividade específica e adequada para poder vir ao mundo: produz-se pão pelo trabalho do padeiro, joias pelo joalheiro, casas pelo pedreiro, etc. Estas diferentes espécies de trabalho opõem-se umas às outras como valores de uso qualitativamente distintos e o mesmo pode ser dito de seus produtores. Mas o valor é uma dimensão estritamente quantitativa: pressupõe a comparação sistemática entre os produtos do trabalho, tomando como medida o tempo de trabalho socialmente necessário a produzi-los. Esta comparação só se verifica através de repetidos atos de troca. Os produtos passam a se confrontar enquanto materialização não mais de trabalho concreto, mas de trabalho abstrato, socialmente homogeneizado.

Assim, o valor das mercadorias, embora tenha por base o trabalho concreto, na forma de atividade útil ou materializada num produto, representa algo que é a abstração de todos os trabalhos dos produtores, isto é, a superação dos aspectos meramente qualitativos dos valores de uso, o que só pode ser estabelecido através da troca. Pela permuta sistemática e, por conseguinte, pela existência de um

mercado suficientemente desenvolvido, é que o trabalho concreto se transmuta em trabalho social homogeneizado, substância do valor:

Só com a troca, adquirem os produtos do trabalho, como valores, uma realidade socialmente homogênea, distinta de sua heterogeneidade de objetos úteis, perceptível aos sentidos. Esta cisão do produto do trabalho em coisa útil e em valor só atua na prática, depois de ter a troca atingido tal expansão e importância que se produzam as coisas úteis para serem permutadas, considerando-se o valor das coisas já por ocasião de serem produzidas (MARX, 1968, v.1, p.83).

Esta transformação do trabalho concreto em valor não resulta de uma operação mental ocorrida na subjetividade dos produtores; é, antes, uma operação de mercado, totalmente objetiva, que impõe um termo de comparação às mercadorias que são objetos da troca. O trabalho social, abstração de todas as formas concretas em que se realiza o trabalho na sociedade, é o termo de referência para fixar as proporções em que um produto equivale a outro. A sociedade atua como um autômato, regulando a troca dos produtos, necessários a sua reprodução, em conformidade com o tempo de trabalho disponível de todos seus produtores: "... a cada mercadoria isolada só se aplica o tempo de

trabalho necessário, e da totalidade de trabalho social só se emprega nos diferentes ramos a quantidade proporcional necessária (MARX, 1968, v.III, p.729)”.

Cada produtor recebe, em outros valores de uso, o exato montante de “trabalho abstrato” que as condições das forças produtivas requerem que seja imprimido a sua própria mercadoria.

Ora, o que caracteriza o processo de trabalho em serviços é a impossibilidade de ele passar à forma do trabalho abstrato. A atividade útil que lhe é peculiar contrasta, como valor de uso, no plano qualitativo, com o trabalho de outros produtores da sociedade. Mas em si não é um valor. No esforço físico e mental de examinar um paciente, estabelecer um diagnóstico, prescrever medicamentos, o trabalho do médico é uma atividade útil destinada imediatamente ao consumo privado. Deste trabalho podem surgir efeitos úteis – o diagnóstico da doença, o alívio dos sintomas, a cura; ou podem surgir também certos objetos úteis, por exemplo, um aparelho de gesso para imobilização de um membro fraturado. Não será este objeto uma mercadoria como as outras portadoras de valor? A resposta é negativa, porque este valor de uso não se destina à venda, não entra no mercado como as demais mercadorias, mas passa, sem mediação, à esfera do consumo privado. Se o médico molda um aparelho de gesso, está comercializando, neste momento, a utilização de sua força de trabalho e dos meios e matérias-primas necessários a produzi-lo. Seu trabalho se exterioriza num objeto é certo; contudo, representa apenas trabalho concreto, pois o produto não se destina à troca.

Na concretude do aparelho de gesso está refletida a particularidade do trabalho do médico, porém não a generalidade do trabalho social, que pressupõe a permuta sistemática do produto do trabalho. É algo produzido para o consumo e não para a troca. Agora, se o médico se dedicasse a fabricar membros artificiais, converter-se-ia num produtor de valores, pois o fruto de seu trabalho estaria destinado de antemão e sistematicamente ao mercado.

Naturalmente, existem certas gradações entre o trabalho em serviços e o trabalho produtor de mercadorias, que não dependem de seu conteúdo específico, mas das relações sociais a que estão submetidos. As refeições preparadas por um empregado doméstico são produtos de um serviço típico. Num restaurante, este mesmo trabalho já se apresenta numa forma de transição à produção de mercadorias. Finalmente, quando empregado numa fábrica de alimentos semipreparados, torna-se um típico trabalho produtor de mercadorias (e de valor e mais-valia).

Algumas vezes, o processo de trabalho em serviços esgota-se na própria atividade útil e em seus resultados não materiais. Mas, em certas situações, pode dar lugar a valores de uso objetivos (a chapa impressa, um aparelho de gesso, exemplos já mencionados). No primeiro caso, o trabalho ‘consome-se sem passar da forma do movimento à do objeto’. No segundo, há um produto que também é consumido, conquanto seja apenas valor de uso imediato, simplesmente materialização de trabalho concreto.

Em conclusão, nos serviços existe processo de trabalho, mas não processo de produção de valor, nem de mais-

valia. O resultado dos serviços não é algo dotado de maior valor do que os elementos participantes de sua prestação, ao contrário da produção capitalista de mercadorias. A dimensão econômica dos serviços cinge-se à realização do valor de algumas mercadorias: força de trabalho e seus meios técnicos de ação. Essas características justificam o enquadramento dos serviços de consumo no setor mercantil da sociedade, oposto e complementar ao setor que produz mercadorias.

### *Relações Sociais*

À atividade útil dos serviços associa-se um efeito qualquer (real ou presumido) ou um valor de uso objetivo. As características materiais do produto de certos serviços, neste sentido, são enganadoras, se não se consideram as relações sociais que lhe deram origem. Um terno feito sob medida, por alfaiate que trabalha em domicílio, é resultado de um serviço e não uma verdadeira mercadoria, porque contém apenas trabalho concreto, materializado em si. Apesar de ter a mesma aparência exterior e as mesmas propriedades de um terno de fábrica, é um valor para o uso e como tal foi produzido: não representa um exemplar de uma mercadoria destinada à troca e, portanto, não assume a forma de trabalho humano abstrato, que é o regulador da existência econômica dos valores de uso produzidos pela indústria.

O que se apresenta, então, como mercadoria na prestação de um serviço?

Apenas a força de trabalho e os meios materiais e técnicos que utiliza. Para se submeter às leis do valor, a força de trabalho do prestador de serviços precisa ela própria se tornar uma mercadoria, cujo valor é dado pelos seus necessários meios de consumo, devendo estes serem produzidos em condições capitalistas, como mercadorias. Se a produção de mercadorias é inexistente ou limitada, os serviços têm preço estabelecido pela tradição:

No começo, este preço é, sobretudo, convencional e tradicional; pouco a pouco se determina economicamente, segundo a oferta e a demanda, e finalmente pelos custos a que se produzem os vendedores de serviços (MARX, 1972, v.1, p.337).

Neste particular, não há diferença em relação ao mecanismo de remuneração de qualquer trabalhador, assalariado ou autônomo – todos recebem conforme os custos de produção e reprodução de sua força de trabalho<sup>2</sup>. Para o autônomo, este custo é repostado pela soma dos preços das tarefas que executa em dado tempo. Se sua força de trabalho for utilizada para dez tarefas diferentes, durante um dia, cada uma será remunerada com um décimo do equivalente diário de sua produção e ma-

---

<sup>2</sup> Aplica-se aqui tudo que Marx observa acerca do salário no comércio, portanto, do salário em serviços de produção: “... determina-se então o valor da força de trabalho e, por conseguinte, o salário, como acontece com todos os demais assalariados, pelos custos de produção e reprodução dessa força de trabalho específica e não pelo produto de seu trabalho” (1969, v. III, p. 337).

nutenção. Em princípio, não importa o fato de o autônomo receber por tarefa e o assalariado ao final do mês.

Todos os serviços submetidos a relações mercantis têm a seguinte característica: são meio de troca para quem presta e valor de uso para outrem. Assalariado ou autônomo, o trabalhador em serviço depende, em sua subsistência individual, da ‘venda’ do valor de uso de sua força de trabalho. Para si mesmo, seu trabalho é um não-valor-de-uso, um simples meio para a aquisição de outras mercadorias, seus artigos de consumo. Entretanto, em algumas formas de serviços (que podemos denominar de não mercantis), o trabalho é um valor de uso para o próprio prestador, em vez de ser um meio de troca. O prestador de serviço, neste caso, é o próprio usuário ou alguém a este ligado por relações pessoais (esposa, filhos, amigos, etc.), não havendo remuneração do trabalho. Sua finalidade é a reprodução do indivíduo ou de sua família – conservação da higiene doméstica, preparo de refeições, confecção e reparo de roupas, etc. Em relação às famílias operárias, os serviços não mercantis desempenham um importante papel na diminuição dos custos de reprodução da força de trabalho, sobretudo nas sociedades capitalistas em desenvolvimento, em que o trabalho gratuito da esposa e dos filhos tem esse efeito, na medida em que o chefe do núcleo familiar é, em geral, o único assalariado. Com a evolução dessas sociedades, outros membros da família são levados a se engajarem no mercado de trabalho e alguns valores de uso, antes produzidos por serviço não mercantil, no âmbito doméstico, passam a ser comprados na forma de mercadoria (roupas, por exemplo).

Para as famílias operárias, há uma diminuição relativa do consumo de serviços não mercantis que acompanha o desenvolvimento capitalista, apesar de sua magnitude, naturalmente, ser sempre maior que a existente em famílias das classes dominantes, devido às limitações que o capitalismo impõe aos meios de subsistência do trabalhador.

Por outro lado, nas mencionadas circunstâncias, ocorre um fenômeno inverso nas famílias da pequena-burquesia: aumento relativo do consumo de serviços não mercantis. Nas fases iniciais da acumulação capitalista em contexto de grande desigualdade de renda e de excesso de oferta de força de trabalho, e, em resumo, de mercado capitalista incipiente, força de trabalho de baixa qualificação pode ser facilmente assalariada, inclusive a preços vis, para execução de serviços domésticos. Contudo, essa força de trabalho se faz onerosa, quando se expande à produção capitalista e o mercado de trabalho, ampliado e unificado, encarrega-se de fazer aproximar o custo de produção dos serviços domésticos dos salários do setor produtivo. As funções do empregado doméstico tendem, então, a serem substituídas por serviços não mercantis das pessoas do núcleo familiar, com base em certos produtos industrializados, que facilitam esse tipo de trabalho (alimentos semipreparados, máquinas e aparelhos eletrodomésticos diversos). Na sociedade, como um todo, cresce simultaneamente o número de autosserviços que se verificam nos restaurantes, supermercados, lavanderias, etc. Assim, a despeito de seu caráter não econômico, tais serviços estão integrados à dinâmica da economia capitalista, que submete incessante-



mente todos os tipos de trabalho e de relações sociais a seu movimento próprio.

A assistência de saúde também envolve, em maior ou menor amplitude, serviços de cunho não mercantil. O caso extremo é o da medicina popular. Para o preparo de beberagens, emplastos, talismãs, etc., os recursos curativos e o próprio trabalho muitas vezes permanecem alheios às relações de troca (as variantes urbanas da medicina popular encontram-se, entretanto, parcialmente mercantilizadas). Mas outras formas de organização social das práticas de saúde requerem o auxílio de serviços não mercantis em complemento aos que fornecem. Mesmo na atenção médica institucionalizada, há uma parcela de trabalho que cabe ao próprio usuário executar, ou a seus familiares, completando a intervenção dos profissionais. Nunca o usuário se faz presente como simples 'matéria-prima' do processo de trabalho em saúde. É também sujeito, que presta informações, segue prescrições médicas, e assim por diante. Ao trabalho de diagnóstico e tratamento, realizado pelo médico ou pela equipe de saúde, o paciente proporciona certos valores de uso indispensáveis, a começar por seu corpo, sem o qual nenhum serviço pode ser prestado. Além de remunerar o trabalho do médico, o paciente, em certo sentido, também lhe presta um serviço. Vê-se, neste ponto, quão apropriada é a série de expressões a que Marx repetidamente faz referência, no intuito de caracterizar os serviços de consumo: 'dou para que dê, faço para que faça, dou para que faça, faço para que dê'.

A força de trabalho dos prestadores de serviços, em certos casos, é comprada diretamente pelo usuário, para execução das tarefas que vier a indicar. Nesta situação, o usuário adquire o direito a comandar trabalho alheio, para seu consumo pessoal, em geral através do assalariamento, sobretudo na área de serviços domésticos e de baixa qualificação. Outras vezes, a relação que liga o usuário ao prestador de serviço não é a de um empregador, mas de simples cliente, sem direito a comandar trabalho: é o que ocorre perante os profissionais liberais. O cliente de um médico liberal não compra sua força de trabalho, no sentido de poder dispor de sua capacidade e conhecimentos técnicos como uma mercadoria alienada pela troca. De fato, apenas paga pelo seu consumo, conforme seu valor e o tempo que a utilizar. Não assume a propriedade dessa mercadoria, embora se beneficie de seu valor de uso.

Desse modo, em certos tipos de serviços de maior exigência quanto aos aspectos de qualificação, a cessão do valor de uso da força de trabalho não implica a alienação efetiva desta. O mesmo ocorre em relação aos demais valores de uso do processo de trabalho. Ao se submeter a um exame de radiodiagnóstico, um indivíduo usufrui das qualidades da força de trabalho do operador e dos aparelhos que este maneja; contudo, em nenhum momento, adquire a propriedade dessas coisas. Existe circulação de valores de uso e a fórmula M-D-M continua válida para representar a relação econômica subjacente. Mas não há aqui efetiva compra e venda de mercadorias; considerando o relacionamento entre o usuário e o agente do serviço (ou a empresa),

o que há é o pagamento pelo consumo realizado. O dinheiro age tão-somente como meio de pagamento, realizando o valor de troca dos elementos do processo de trabalho. Frequentemente, verifica-se primeiro o consumo e depois o pagamento: o preço do serviço é creditado ao usuário. Para haver este ato de circulação simples, o dinheiro não precisa estar presente como meio de compra, é apenas objeto de um contrato tácito, idealmente referido, inclusive como medida de valor.

No preço dos serviços estão incluídas, em geral, três coisas: 1. custos referentes à manutenção do trabalhador e de sua família; 2. custos de capacitação da força de trabalho, que devem ser amortizados ao longo de sua vida útil; 3. custos de mercadorias e de instalações necessárias à prestação do serviço. Quanto se trata de serviços capitalistas, a estes custos é acrescida uma fração que corresponde ao lucro do empresário, cuja origem será objeto de análise em outro lugar. A soma destes custos e do eventual lucro fornece o preço de produção dos serviços. Se o serviço constituir um meio de subsistência da classe trabalhadora, seu preço de produção, em condições médias, incorpora-se ao valor de sua força de trabalho, coletivamente considerada. Aqui não há criação de valor, mas simples transferência: o valor dos elementos integrantes do processo de prestação do serviço é transferido ao valor da força de trabalho, exatamente como ocorre com outras mercadorias que são meios de consumo da classe trabalhadora.

À medida que evoluem as formações sociais capitalistas, os prestadores de serviço tendem a se tornar assalaria-

dos. A transformação do médico liberal em assalariado, por exemplo, é fenômeno bem conhecido.

Com o desenvolvimento da produção capitalista, diz Marx, todos os serviços se transformam em trabalho assalariado e todos que os executam, em trabalhadores assalariados, embora esta característica seja adquirida em comum com os trabalhadores produtivos (MARX, 1971, p.229-230).

Há duas formas principais de assalariamento do prestador de serviço. Na primeira, a força de trabalho é comprada para usufruto de seu empregador (exemplo já citado: empregados domésticos). Na segunda, compra-se a força de trabalho com o fito de transferir seu valor de uso a outrem, ou seja, para prestar serviços a uma terceira pessoa, sendo que, neste caso, o comprador aparece, em geral, como empresário capitalista.

O patrão ou empresa que assalaria um trabalhador de serviços não realiza um contrato para execução de tarefas determinadas de antemão, ao contrário dos usuários dos serviços de um autônomo. Seu interesse é adquirir o direito a comandar trabalho alheio, para seu uso pessoal, ou para o de terceiros, conforme as necessidades que se apresentarem. Quer comandar trabalho para atender gostos e costumes ou a demanda de seus clientes. Não se interessa especificamente por determinado valor de uso, ou seja, uma atividade ou tarefa concreta, mas quer sobretudo dispor de força

de trabalho como fonte potencial de valores de uso, que serão exigidos por ocasião do processo de trabalho sob sua direção. Esta é a característica comum às duas modalidades de assalariamento. No resto, elas são bem distintas, pois na primeira o comprador é um usuário, um agente da circulação simples de mercadorias. Na segunda, trata-se de um capitalista, cujo objetivo precípua não é o consumo pessoal da força de trabalho, mas sua incorporação como elemento capaz de valorizar o dinheiro que adiantou em sua compra. Em todas as circunstâncias em que os serviços de consumo adotam relações capitalistas, a apropriação do valor de uso da força de trabalho reveste características peculiares, distintas daquelas que se verificam na indústria e mesmo nos serviços de produção. Nestes dois casos, o trabalho é consumido diretamente pelo capital, para promover a produção e a circulação de mercadorias. O valor de uso do trabalho é cedido ao capital – e à sua personificação, o empresário capitalista. Em contrapartida, nos serviços de consumo o trabalho é valor de uso dirigido ao usuário. Por outras palavras, o trabalhador em serviços de consumo não cede o valor de uso de sua força de trabalho ao capitalista, mas ao usuário, embora nesta operação comporte-se como um fator de enriquecimento do capitalista. Da mesma maneira, o comerciante não consome as mercadorias que compra, porque as compra para vender a outros. No serviço de consumo, o papel do capitalista é justamente este: comprar força de trabalho para repassar seu valor de uso a outrem e, através desta operação mercantil, auferir um lucro. Sob este aspecto, age como intermediário entre o prestador de ser-

viços e o usuário, fazendo circular esta mercadoria especial, a força de trabalho. Esta função que cabe ao empresário de serviços só se distingue da venda de mercadorias pelo comerciante devido a que envolve valores de uso em ação, seu consumo imediato, inseridos num processo de trabalho. Mas, do ponto de vista estritamente econômico, são semelhantes: o comércio e os serviços de consumo situam-se como promotores da circulação de mercadorias. O capital em serviços representa, portanto, uma variedade do capital mercantil.

### *Ciclo do Capital-Dinheiro em Serviços*

A circulação do capital adota genericamente a fórmula D-M-D', em que D' é valor maior que D. Está expresso nesta fórmula qualquer dispêndio de dinheiro como capital, na indústria, no comércio e, igualmente, nos serviços de consumo. O emprego do dinheiro tem aqui uma finalidade distinta da que se verifica na circulação simples M-D-M, em que M é valor de uso apropriado em forma inerte, como mercadoria, ou em forma ativa, num serviço, constituindo-se no objetivo final do ato de troca. Em M-D-M o dinheiro é um meio capaz de promover a alienação ou a cessão do valor de uso, ao mesmo tempo em que realiza o valor de troca correspondente. Já no ciclo D-M-D, o dinheiro, representando a universalidade do valor de troca, é o alvo do processo, mas como valor acrescido, porque, consoante a genial definição de Marx, o capital é valor que continuamente se expande.

Na indústria, o processo de circulação do capital-dinheiro inicia-se pela troca entre D e M, sendo este último composto de força de trabalho (FT) e meios de produção (MP). Ao se combinarem como elementos do capital produtivo (... P...), no próprio processo de produção, dão origem a M', mercadoria dotada de maior valor que M. O ciclo do capital-dinheiro explicita-se da seguinte maneira: D-M(FT+MP) ... P ... M'-D'. O produto é M', que contém maior valor que a soma dos elementos FT e MP, na medida em que a força de trabalho, posta em ação, reproduz seu salário acrescido de mais-valia. Assim, é característico da indústria a capacidade de promover a transformação de M em M'. Em contraposição, os serviços não passam por um momento em que M possa se converter em M', visto que são incapazes de criar valor novo, diferente daquele que, preexiste em seus elementos iniciais, força de trabalho e meios técnicos de ação. Mesmo se submetidos a relações capitalistas, os empregados em serviços de consumo proporcionam uma atividade que não adota a forma abstrata do trabalho materializado: é consumida como trabalho vivo, por sua ação ou efeito, ou também pela propriedade de originar objetos úteis, destinados imediatamente ao uso privado, sendo, portanto, não mercantis. Não existe valorização do agregado de mercadorias M, porque não há verdadeira produção, no sentido de criação de mais-valia.

Apesar de não haver, nos serviços, capital produtivo, posto em ação para gerar mais-valia, o valor de M precisa ser repostado e excedido através de D', visto que, de outra

maneira, o capital-dinheiro, investido neste setor econômico, não proporcionaria lucro, o que seria um contrassenso dentro da lógica capitalista. O consumo da força de trabalho e de outras mercadorias participantes da prestação do serviço não cria valor adicional, mas o capital-dinheiro adiantado na compra de M sempre se valoriza, passa à forma D'. Ora, a valorização de qualquer capital, em condições usuais, pressupõe apropriação de mais-valia. Se esta não é gerada através do processo de trabalho na empresa de serviços, deve ter uma origem externa. De onde ela provém é assunto do qual trataremos adiante. Em princípio, essa valorização obedece à taxa de lucro média, prevalente em dado momento, em incidência sobre a totalidade do capital adiantado.

Para representar o ciclo do capital-dinheiro em serviços, adotamos a seguinte fórmula: D-M (FT + MT) ... D'. Os três pontos sugerem a apropriação dos valores de uso do agregado M. É o equivalente de P, na indústria, mas como não se trata de capital produtivo, nem de processo de produção, mas de simples consumo privado, e, portanto de um momento realmente não econômico, preferimos expressá-lo mediante reticências. Por este mesmo motivo, utilizamos o signo MT, significando meios de trabalho, em substituição a MP, meios de produção. Ao nos referirmos a esses componentes de M, no que se segue, empregaremos a expressão sintética força e meios de trabalho.

Com o fito de melhor explicitar as ideias já expostas, analisaremos brevemente as fases que marcam o ciclo do capital-dinheiro, na indústria, por um lado, e nos serviços,



por outro. Vejamos inicialmente as três fases pelas quais passa o capital industrial. A fórmula global é  $M-D (FT + MP) \dots P \dots M'-D'$ .

1. O capitalista compra, no mercado, a força de trabalho e os meios de produção de que precisa, convertendo  $D$  em  $M(FT + MP)$ , elementos que serão integrados em seguida ao processo de produção. Esta é uma troca entre equivalentes que, tomada isoladamente, não se distingue de um ato da circulação simples.
2. No âmbito da fábrica, a força de trabalho se converte em capital variável e se combina tecnicamente com os meios de produção, capital constante. Ocorre então o consumo produtivo de  $FT$  e  $MP$  – o trabalhador reproduz nas mercadorias fabricadas o valor de sua força de trabalho, agregando, ademais, uma porção de valor correspondente à mais-valia, tempo de trabalho excedente. Ao encerrar-se o processo de produção, que se dá à custa desta conversação de  $M$  em  $P$ , aparece  $M'$ , que pode ser decomposto em  $M$  e  $m$ , sendo este último o signo da Mais-Valia.
3. Com a circulação de  $M'$  e a realização de seu valor de troca, ressurge o dinheiro na extremidade da cadeia, mas como capital-dinheiro valorizado,  $D'$ . Este compõe-se do  $D$  inicial mais  $\Delta D$ , que é a expressão monetária da mais-valia.

Examinemos agora os correspondentes estágios da prestação de serviços sob relações capitalistas.

1. O capitalista de serviços, da mesma maneira, adquire, no mercado, a força e os meios de trabalho necessários a sua empresa. As particularidades desta compra, quanto à questão do valor, serão abordadas posteriormente, em relação com as empresas de saúde e os mecanismos pelos quais auferem lucro.
2. O valor de uso de  $M$  transfere-se ao consumidor, ativado por um processo de trabalho. Pode ser que a natureza dos serviços exija a presença da personalidade viva do consumidor, que se submete ao processo de trabalho como se fora seu 'objeto'; é o que ocorre num hospital ou numa barbearia. Outras vezes, o serviço é executado sobre alguma coisa de uso pessoal, como nas oficinas de conserto de automóveis ou de eletrodomésticos. Em qualquer caso,  $M$  se consome privadamente: estes 'objetos' de trabalho não são eles próprios capital, o objetivo da empresa não é valorizá-los como capital-mercadoria. Portanto, não há transição a  $M'$ , a força de trabalho não acrescenta aos meios de produção maior valor que o representado por seu salário. O valor intrínseco a  $M$  mantém-se constante ao longo de todo o processo. As mercadorias deste agregado simplesmente são repassadas a alguém, que se beneficia de seu valor de uso. Sendo assim, tanto  $FT$  quanto  $MT$  constituem capital constante, por terem valor invariável; este valor pode ser

destruído pelo consumo ou transferido a outra mercadoria.

3. O consumidor paga por  $M(FT + MT)$  um preço acima daquele pelo qual o capitalista os comprou.  $M$  é vendido por  $D'$ , numa aparente ruptura da lei do valor. Esta é a questão-chave dos serviços em empresas capitalistas, mas não a analisaremos por ora. Basta registrar que a diferença entre  $M$  e  $D'$  decorre da coparticipação no capital global da sociedade e de mecanismos que regulam a redistribuição da mais-valia total entre os múltiplos ramos da produção/circulação de mercadorias, segundo a magnitude do capital investido. Em  $M$  está expresso apenas o preço de custo de  $FT$  e  $MT$ , tomados em conjunto. O verdadeiro preço da venda é  $M'$ : o valor de  $M$  é acrescido à custa da mais-valia gerada extrinsecamente, seja porque o capitalista o adquiriu abaixo de seu valor real, seja porque incorpora uma porção de valor advinda de outros setores da produção social. Na medida em que  $M$  se converte em capital, proporciona, ao ser revendido ao consumidor do serviço, um lucro para o qual contribui o pool da mais-valia de toda a sociedade. Tudo ocorre como se houvesse uma efetiva troca entre  $M'$  e  $D'$ . Desta maneira,  $D'$  deve realizar o valor de troca de  $M$  enquanto capital, por outras palavras, deve realizar seu preço de produção, igual a um  $M'$  oculto, que é a soma do preço de custo de  $FT$

e MT acrescido do lucro correspondente. Assim, optativamente, a fórmula do ciclo do capital-dinheiro em serviços pode ser reescrita como se segue:  $D-M(FT + MT) \dots (M') -D'$ .

Em todas essas operações, o capital em serviços de consumo obedece às mesmas regras econômicas que regulam o capital comercial. Compra mercadorias para vendê-las com lucro. O capital valoriza-se nos atos de compra e de venda às expensas da mais-valia gerada externamente à empresa. Peculiar aos serviços é o repasse de valores de uso em ação, enquanto o comércio entrega mercadorias inertes, a serem consumidas posteriormente. O comércio veicula valores de uso passivos, que permanecem como tais até o momento de sua ativação no âmbito do consumo privado ou produtivo. Não faz dessas mercadorias meios ou objetos de trabalho. O trabalho do comerciário não é valor de uso para o consumo privado, mas para a circulação de mercadorias, como massa inativa. Só é útil em função de outras coisas, que o consumidor retira da circulação e leva à esfera onde seu valor de uso será finalmente realizado. Por outro lado, nos serviços de consumo ou serviços propriamente ditos, o trabalho é o valor de uso fundamental, por si mesmo. Aqui também circulam mercadorias, mas estas não são alienadas como objetos inertes. Tornam-se úteis através da mediação do trabalho. A utilidade das coisas define-se em função do trabalho, ao contrário do que se dá no comércio. Num hospital, de nada adianta entregar os instrumentos e apetrechos cirúrgicos a um paciente que deve ser operado, como se fosse um ato de simples comercialização dessas

mercadorias. Ora, o paciente está justamente interessado em encontrar quem saiba manejá-los em forma útil ao tratamento de sua doença – e esta é a especificidade dos serviços que procura: trabalho vivo dotado das propriedades adequadas para ativar esses meios de intervenção cirúrgica. Como todo trabalho orientado a um tal fim, espera-se do serviço a capacidade de “apoderar-se dessas coisas, de arrancá-las de sua inércia, de transformá-las de valores de uso possíveis em valores de uso reais e efetivos (MARX, 1968, v.I, p.207)”.

O serviço significa a própria realização dos valores de uso através de alguém que, para tanto, negocia com sua força de trabalho, emprestando suas propriedades a um consumidor privado. Nas empresas capitalistas, o prestador do serviço é, em geral, um assalariado. Convém enfatizar novamente que o capitalista que o emprega não é consumidor direto de seu trabalho. O capitalista vende a utilização dessa força de trabalho, juntamente com outras mercadorias que são seus meios técnicos de ação e objetos de intervenção. Estes valores de uso são repassados através de um processo de trabalho que os consome integralmente ou os põe em condição de serem consumidos. Por exemplo, o consumo total ocorre em relação aos reagentes químicos num exame laboratorial; e a ‘condição de ser consumido’, numa cirurgia para colocação de marca-passos cardíacos.

Pelo aspecto dos valores de uso, submetidos a uma dinâmica de trabalho, as empresas de serviço assemelham-se às indústrias, e isto pode acarretar muitos equívocos em sua análise propriamente econômica. É que aqui o pro-

cesso de trabalho limita-se a realizar valores, por outras palavras, restringe a sua circulação ou distribuição, pelo que, de fato, os serviços se caracterizam como parte do setor mercantil da sociedade. O capital em serviços é apenas uma variedade do capital mercantil, marcado por uma atividade específica de comercialização do valor de uso da força de trabalho.

Vale observar que algumas atividades capitalistas podem assumir características de indústria e de serviço, a depender das relações sociais que estabelecem. É o caso das empresas de transporte. Quando transportam mercadorias, partindo das indústrias, essas empresas desenvolvem uma parte do processo de produção que se prolonga na circulação. Trata-se, portanto, de uma atividade industrial. O deslocamento espacial é o efeito útil desse transporte de mercadorias, que nelas se traduz como trabalho humano abstrato. É produzido para ser trocado na forma concreta das mercadorias, sendo, portanto, trabalho capaz de valorizá-las:

... o valor de troca desse efeito útil é determinado, como o de qualquer mercadoria, pelo valor dos elementos de produção (força de trabalho e meios de produção) consumidos para obtê-lo mais a mais-valia gerada pelos trabalhadores empregados na indústria de transporte (MARX, 1968, v.II, p.56).

Mas o transporte de pessoas tem o papel econômico de um serviço. Para as pessoas que a usufruem, a atividade de transporte é um artigo de consumo. O valor dos elementos de produção é pago, junto com o lucro que lhe corresponde como serviço capitalista. Aqui, novamente, há apenas realização de valores preexistentes, um momento da circulação simples de mercadorias, do ponto de vista do consumidor. A diferença reside na impossibilidade de o trabalho materializar-se como valor novo. A análise de Marx sobre as companhias de transporte, no segundo livro de *O Capital*, é um pouco imprecisa a esse respeito, mas ele parece ter notado a diferença entre o transporte como indústria e como serviço ao sublinhar o seguinte:

se é consumido individualmente, seu valor desaparece com o consumo: se produtivamente, sendo um estágio de produção da mercadoria que se transporta, seu valor se transfere à mercadoria como valor adicional (MARX, 1968, v.II, p.56).

Também há trabalho excedente nos serviços de transporte de pessoas, mas apenas enquanto trabalho vivo, carente de objetos em que possa se encarnar como valor excedente. Numa empresa de ônibus, uma parte da jornada de trabalho de seus empregados reproduz, em termos mercantis, o salário e outra, o lucro do empresário, com base na apropriação da mais-valia social. A reprodução dos componentes do capital e do lucro, correspondendo ao preço de

produção do serviço, faz-se através da troca e não da produção de valor. Mas a troca só se efetua se houver processo de trabalho. Um ônibus sem motorista perde toda sua utilidade para seus usuários e não aporta qualquer lucro a seu proprietário, obviamente. Assim, em serviços de tipo capitalista pode existir sobretrabalho, do qual não resulta criação de mais-valia. Estes aspectos serão tratados com mais detalhes quando nos referirmos à origem do lucro das empresas de saúde.

Em geral, as empresas de serviço têm por característica conduzirem à esfera do consumo privado a combinação técnica entre uma atividade útil e certos meios e objetos de trabalho, que também circulam como mercadorias. O que o consumidor requer dos serviços são as habilidades e os conhecimentos necessários ao uso adequado desses meios e objetos. Por isto, dissemos que tais mercadorias não podem chegar inertes a suas mãos. Se alguém leva seu carro para conserto numa oficina mecânica é porque não dispõe dos conhecimentos e habilidades indispensáveis a fazê-lo, exigindo para esta tarefa a mediação do trabalho de outrem, capaz de repor peças, ajustar o motor, etc. Esta é a especificidade da oficina face ao comércio de autopeças. Em certas circunstâncias, o consumidor está capacitado a prestar a si mesmo o serviço, como trabalho não mercantil, com o auxílio de determinados valores de uso comprados no comércio: faz a barba em casa e não na barbearia, escolhe e toma remédios independentemente da receita médica, etc.

Do ponto de vista do conjunto da economia capitalista, a troca  $D-M(FT + MT)$ , que inicia o ciclo do capital-dinheiro nos serviços, é o momento mais importante. Não devido à



compra da força de trabalho, que é elemento autorreprodutivo e geralmente abundante no mercado, mas precipuamente em função da compra dos meios de trabalho, que provêm dos setores industriais em forma de mercadorias. Neste ponto, o capital mercantil dos serviços defronta-se com o capital industrial como seu parceiro especializado na circulação de mercadorias. O capitalista dos serviços adianta dinheiro ao da indústria e o decisivo é que essa transação se faz numa escala que permite ao industrial recuperar o capital avançado, para dar início a novo ciclo produtivo. D-M representa, para o grande capital envolvido na indústria, o final de sua circulação, com a concomitante realização da mais-valia que lhe cabe no processo. Mas para o capital dos serviços, a circulação só se completa com M-D', na relação com sua clientela. A venda M-D' dirige-se ao consumidor, atendendo o interesse que este manifesta por certos valores de uso, ao passo que a compra D-M é uma transação entre capitais, cujo móvel está constituído pelo valor de troca, na medida em que cada capital procura a sua própria valorização. De qualquer forma o capital em serviços – assim como o comercial – se subordina à dinâmica do capital industrial e contribui à acumulação que se realiza neste setor.

## **Parte II - A Organização Capitalista dos Serviços de Saúde**

### *Componentes do Capital*

O ciclo do capital-dinheiro em serviços de saúde é descrita igualmente pela fórmula geral  $D-M(FT + MT) \dots D'$ . No

primeiro momento, o dinheiro é despendido para comprar, de um lado, a força de trabalho (do médico, enfermeiro, atendente, etc.), de outro, os meios de trabalho (instalações, equipamentos de diagnóstico, medicamentos, etc.). A empresa transforma FT e MT em componentes de seu capital, cujo valor de uso é repassado a seus clientes por intermédio de um processo de trabalho, no âmbito de uma enfermaria, de um consultório, de uma sala de operações cirúrgicas, etc. Este processo de trabalho constitui o 'serviço' propriamente dito e se traduz economicamente como consumo privado, conseqüente a uma troca simples que realiza o valor de FT e MT como D'. O empresário de saúde funciona como promotor da circulação simples dessas espécies de mercadoria. Seu objetivo não é a valorização imediata de M, não é a criação de novas mercadorias cujo valor ultrapasse o da soma de FT e MT, mas a realização mercantil desses valores em função do consumo de seu valor de uso. Entretanto, havendo sido incorporados como elementos de seu capital, o que lhe é pago por essas mercadorias excede ao valor pelo qual as comprou. O preço de produção (ou de venda) de  $M(FT + MT)$  é sempre maior que seu preço de custo, resultando a diferença não da geração de valor pelo próprio trabalho em saúde, mas de uma dedução da mais-valia social. Essas empresas têm, portanto, expressão econômica restrita à circulação de valores, na forma de força e meios de trabalho.

Em circunstâncias especiais, o processo de trabalho em serviços de saúde desemboca na produção de certos objetos, os quais não constituem verdadeiras mercadorias, na medida em que são produzidos diretamente para o uso. Neste

sentido, um aparelho de gesso, elaborado para imobilização de um membro fraturado, é um valor de uso imediato, contendo apenas trabalho concreto. Na melhor da hipótese, são valores potenciais, mas não valores efetivos. Sabe-se que a substância do valor – o trabalho abstrato – institui-se sobre um sistema regular de troca, no qual se confrontam as mercadorias como produtos de diferentes tipos de trabalho. O valor é uma dimensão meramente quantitativa, expressa a média social do tempo de trabalho necessário a produzir alguma coisa útil, média reguladora das proporções em uma mercadoria pode ser permutada por outra. Mas nem tudo que é resultado do trabalho deve ser tomado como mercadoria, embora seja útil para este ou aquele fim e contribua, em maior ou menor medida, para a reprodução da sociedade. É o que ocorre com os ‘produtos’ dos serviços de saúde. A prestação do serviço relacionado com a saúde individual e tudo que dele deriva como seu resultado material situam-se no âmbito do consumo privado. O serviço e seus produtos interessam à análise econômica apenas na medida em que, sendo uma forma determinada de consumo, pressupõem, sob relações capitalistas, a realização do valor de troca dos elementos força e meios de trabalho, por outras palavras, sua circulação. São esses elementos que entram no jogo do mercado e não seus ‘produtos’ eventuais, que materializam em si tão-somente trabalho concreto.

Nas empresas capitalistas de serviços de saúde, a força e os meios de trabalho combinam-se de diferentes maneiras, em suas várias seções, das quais as mais importantes são as seguintes: 1. cuidado direto (nas enfermarias, am-

bulatório, CTI, etc.); 2. serviços auxiliares (laboratórios, Raios X, etc.); 3. hotelaria (instalações, cozinha, lavanderia, etc.); 4. serviços administrativos.

Em cada uma dessas seções existe determinada composição técnica do capital. Consome-se, em cada unidade de serviço, uma dada quantidade de FT e MT, sendo a primeira medida pelo tempo de trabalho e o segundo por número unitário, se for circulante, e pela proporção do desgaste, se for fixo. Nas seções em que os serviços não são consumidos diretamente pelo usuário, como na administração, o valor de FT e MT é transposto numa parte alíquota do preço dos serviços diretos.

Por analogia com a indústria, pode-se denominar de capital variável à força de trabalho empregada em serviços de saúde. Entretanto, rigorosamente, esta classificação é inadequada neste caso, visto que a força de trabalho é incapaz de adicionar valor maior que aquele pelo qual o empresário a comprou. Assim, cede apenas o valor que contém, à semelhança dos meios de trabalho que manipula. Em certo sentido, é também capital constante, capital-mercadoria posto a circular, cujo valor mantém-se invariável ao longo do processo de trabalho. Mas devido sua concisão e, na falta de outro melhor, usaremos, ocasionalmente, o termo capital variável, para designar a força de trabalho, sem pretender atribuir-lhe implicações conceituais.

Analisaremos, em seguida, isoladamente, esses dois elementos, FT e MT, enquanto componentes do capital em serviços de saúde.

Suporemos ser a força de trabalho constituída exclusivamente de assalariados. São trabalhadores que recorrem ao capitalista para que este cumpra o papel de mediador na transferência, aos usuários, do valor de uso de sua capacidade de trabalho. Pelo ato D-M, FT torna-se disponível como parte do capital. A empresa vende o valor de uso de FT, por tempo determinado, para execução de certas tarefas, em favor do usuário que demanda seus serviços. Na compra dos serviços, o usuário gasta seu dinheiro na qualidade de agente do ciclo M-D-M, adquirindo um artigo de consumo como outro qualquer. Usufrui do valor de uso da força de trabalho do médico, enfermeiro, etc. sem se converter em seu proprietário ou em capitalista. Algo semelhante se dá com o consumo do capital fixo (instalações, aparelhos, etc.): seu valor de uso é transferido ao usuário durante determinado período de tempo, embora seja propriedade da empresa.

O valor diário da força de trabalho deve ser repostado pela soma dos preços de produção dos serviços de que participa. Deixando de lado o problema do lucro do empresário, podemos dizer que os usuários remuneram a força de trabalho de acordo com a fração de tempo que cada unidade de serviço representa da jornada média de trabalho. Isto significa que, se o valor diário do agregado de força de trabalho é de mil reais e se o usuário consumiu seus serviços durante um quarto da jornada média de trabalho, pagará 250 reais, como remuneração referente à FT.

No aspecto da força de trabalho, o preço de produção dos serviços depende:

1. do valor diário da força de trabalho em seu conjunto, consistindo nos meios de consumo necessários a reproduzi-la e do reembolso pelos custos de capacitação;
2. da média social de duração da jornada de trabalho de cada categoria de trabalhador assalariado;
3. do tempo de utilização da FT na prestação do serviço.

O valor diário da força de trabalho constitui referencial absoluto no estabelecimento do preço de produção do serviço, visto que a soma do preço de produção de todos os serviços prestados durante um dia deve reproduzi-lo integralmente. *Ceteris paribus*, o preço de produção de um serviço de dada duração varia na razão inversa do número de horas da jornada média de trabalho. Uma hora de serviços de médico valerá mais quanto menor for a jornada de trabalho desta categoria. Da mesma maneira, na indústria, se diminui a jornada média, o tempo de trabalho necessário a reproduzir o salário aumenta em relação ao tempo total de trabalho. Digamos que o valor diário da força de trabalho do médico seja de um mil reais. Se 8 horas for o tempo de duração média da jornada de trabalho dos médicos assalariados, uma hora de trabalho médico deverá ser vendida a 125 reais para que sejam repostos os custos diários de sua produção e reprodução. Caso a jornada média caia para 7 horas, torna-se necessário vender cada hora de serviço a cerca de 143 reais. Como fizemos abstração do

lucro, este valor representa apenas o preço de custo da FT. No preço de produção está incluída ademais uma parte que recompensa o dinheiro empregado na compra de FT como capital variável, que é igual ao produto deste capital pela taxa média de lucro.

Em geral, um agregado de serviços de saúde – uma apendicectomia, por exemplo – requer trabalho de diferentes níveis de qualificação. Os custos das FT são igualmente distintos, o que inevitavelmente se reflete sobre os preços de produção. Uma hora de trabalho do médico vale mais que uma hora da atendente, na medida em que a produção (ou capacitação) e a manutenção da FT do médico exigem custos maiores. A diferença entre essas duas forças de trabalho, quanto ao aspecto do valor, é semelhante à que se estabelece entre duas máquinas industriais de idêntica vida útil, mas de custos distintos. Se, nestas condições, a máquina A custa cem mil reais, e a B oitocentos mil, uma hora de funcionamento da máquina B, em princípio, transfere a seu produto uma quantidade de valor oito vezes maior: esta transferência acompanha o consumo do valor de uso desse capital fixo. Traçar tal paralelo com o capital fixo industrial justifica-se pela forma *sui generis* em que ocorre a utilização da FT em serviços. É que inexistindo geração de novo valor, seu consumo equivale a uma simples cessão de valor preexistente. Não se aplica aqui a distinção entre trabalho simples e trabalho potenciado. A força de trabalho de alta qualificação tem um valor de uso diferenciado, porque envolve maiores conhecimentos e habilidades. Mas, não ocorrendo à passagem do trabalho concreto a traba-

lho abstrato, deixam de existir as diferenças quantitativas que separam o trabalho simples do trabalho potenciado, em termos de geração de valor novo. As implicações do nível de qualificação da FT restringem-se ao valor da própria FT, ou seja, ao trabalho abstrato nela materializado, como numa mercadoria qualquer. Assim, a FT do médico ‘cede’ maior valor em uma hora de serviço justamente porque é uma mercadoria mais cara que a FT da atendente. Avançando ainda mais no plano das analogias, podemos dizer que seu ‘desgaste’, conseqüente ao consumo de seu valor de uso, faz-se acompanhar de uma perda maior de valor, o que deverá ter uma correspondência na expressão monetária dessa hora de serviço. Por outro lado, o preço do serviço é proporcional ao tempo de utilização da FT, não porque duas horas de trabalho geram mais valor que uma hora, mas porque, durante esse tempo, o consumo do valor diário da FT é proporcionalmente maior.

Todas essas propriedades da FT em serviços resultam de ela ser uma mercadoria ‘em ação’ para o consumo privado. O trabalho está presente em formas concretas e particulares: são as tarefas do médico, do enfermeiro, do atendente, etc. Não há reprodução do valor da FT num produto, acompanhado de um excedente, mas apenas realização e consumo do valor inerente à própria FT – daí a semelhança com as outras espécies de mercadoria.

Outra importante consequência diz respeito às relações de exploração. O trabalhador em saúde – e em qualquer serviço de consumo – não é explorado pelo fato de produzir diretamente mais-valia, mas porque possibilita,



com seu trabalho, a participação do capitalista na mais-valia social. O médico assalariado, se trabalhasse por conta própria, com um pequeno capital de profissional liberal, receberia por seus serviços o correspondente ao valor de sua força de trabalho, acrescido de um lucro que ele mesmo embolsaria. Mas, ao trabalhador, numa empresa como assalariado, durante um mesmo período de tempo recebe apenas o equivalente de sua FT. É através de seu trabalho que o capital satisfaz a demanda de seus clientes e através dele é que pode, por conseguinte, auferir lucro. Sobre as relações sociais a que estão submetidos os trabalhadores em serviços de consumo, Nicos Poulantzas observa que:

De fato, esses agentes intervêm aqui na repartição da mais-valia no seio do capital, dando lugar a transferências da mais-valia saída do capital produtivo, em favor do capital que se apropria de sua força de trabalho: sua exploração se assemelha assim àquela que sofrem os assalariados da esfera de circulação de capital (MARX, 1968, v.III, p.325).

O lucro das empresas de serviços de saúde é assegurado pelo princípio de que todo dispêndio de dinheiro como capital deve ser remunerado em proporção com a taxa média de lucro vigente. Mas o lucro não poderia advir, se a FT não trabalhasse, não prestasse seus serviços, se se compor-

tasse como mercadoria inerte. Para haver transferência de mais-valia, a FT deve proporcionar seu valor de uso específico, porque as outras mercadorias (medicamentos, aparelhos, etc.) deixam de ser úteis e não interessam aos clientes da empresa, quando não estão submetidos à direção técnica do profissional de saúde. O trabalho é meio de realização de mais-valia que remunera a totalidade do capital, tanto em relação à parte variável quanto à constante.

Assim, há apropriação de sobretrabalho, a despeito de inexistir produção de mais-valia. Durante uma fração da jornada, o que é pago pela utilização da FT repõe seus custos de produção e reprodução, enquanto, na fração restante, proporciona trabalho gratuito. O sobretrabalho corresponde à parte da jornada durante a qual o empregado, através de sua atividade, e, portanto, de seu suor, transfere a mais-valia que remunera o capital adiantado em sua compra. Por outro lado, todo seu trabalho tem utilidade para a realização da mais-valia concernente ao capital constante, embora esta utilidade seja inerente ao valor de uso da FT em serviços e não necessite de uma fração específica da jornada de trabalho para se expressar. Retomemos um exemplo antes mencionado: se um mil reais representam o preço de custo diário da FT dos médicos assalariados, para uma jornada de oito horas de trabalho, e se o empresário vende os serviços desta FT em média por um mil e trezentos reais diariamente, obtendo um lucro de 30%, conclui-se que durante 2,4 horas da jornada total a FT fornece trabalho não pago. Dado esse preço de produção (mil e trezentos reais), o tempo de trabalho necessário a repor o salário equi-

vale a 5,6 horas. Esta mesma proporção se mantém para cada unidade de serviço, a qual pode ser desdobrada em frações de trabalho necessário e excedente.

Além disso, pode ocorrer de a remuneração do conjunto da força de trabalho situar-se abaixo de seu valor real, de tal forma que parte do lucro obtido pela empresa tem origem numa dedução sobre o valor da FT, ou seja, na diferença entre seu preço de custo individual e seu preço de custo social. As circunstâncias em que este fenômeno se verifica e sua exata extensão serão examinadas noutro lugar.

No que se refere ao processo de trabalho, a prestação de serviços de saúde em moldes capitalistas destaca-se por seu caráter coletivo, oposto ao da medicina liberal clássica. As forças produtivas do trabalho são coletivizadas e delas se consegue um maior rendimento através da distribuição das tarefas entre várias categorias profissionais. Entretanto, a socialização do trabalho e sua correspondente divisão técnica foi desenvolvida e aperfeiçoada por outras formas de organização dos serviços de saúde, através da experiência dos hospitais beneficentes, estatais, etc., que do ponto de vista histórico antecedem a introdução de relações capitalistas nesta área. Não são, portanto, uma prerrogativa desse tipo de prestação de serviço, embora desempenhe aí uma função específica como instrumento de valorização do capital.

Nesse organismo coletivo de trabalho, o médico inscreve-se como agente principal, no sentido de que a qualificação de sua força de trabalho constitui o mais importante atrativo para o usuário da empresa. Pressupomos até este

momento que ele é um assalariado como os demais trabalhadores. Algumas vezes, contudo, mesmo incorporado ao processo coletivo de trabalho no seio da empresa, o médico pode atuar como trabalhador autônomo, recebendo diretamente de seus pacientes por serviço prestado, enquanto só os profissionais subalternos são verdadeiros assalariados. Trata-se de um profissional que leva seus pacientes ao hospital, para tratamento clínico ou cirúrgico, funcionando como empresário de sua FT. É um liberal em transição, pois apesar de conservar sua autonomia, em termos de relação de trabalho, depende, entretanto, na prestação de seu serviço, de trabalho e capital alheio. O que ganha é equivalente do valor de sua FT junto com um lucro sobre sua utilização; embolsa a totalidade do preço de produção de sua FT.

Nessa mesma situação, pode ocorrer que o médico, pelo fato de carrear grande número de usuários à empresa, assuma o papel formal de 'sócio', embora não tenha investido dinheiro no negócio; ser 'sócio' significa apenas que adquire o direito a participar do lucro da empresa, porque são seu renome e trabalho especializado que fazem afluir clientes. Comporta-se como um capitalista, intermediário entre a empresa e os consumidores dos serviços de saúde. Na remuneração dos serviços que esse médico presta entra uma porção de lucro que corresponde ao trabalho de toda a equipe. Assim, além de ser empresário de si mesmo, submete os demais empregados a um trabalho cujo lucro reparte com o real proprietário da empresa.

Essas variedades de vínculos entre o médico e a empresa não devem ser confundidas com o tradicional ‘recebimento por unidade de serviço’ dependente de contratos com entidades de Seguro Social. A diferença está em que o preço da unidade de serviço, neste caso, pode corresponder estritamente ao valor de sua FT, sem proporcionar qualquer lucro. A soma dos preços das unidades de serviço representa, nestas circunstâncias, o valor da FT do médico ou algo mais que isso, mas exclusivamente pelo fato de ele trabalhar mais intensa e extensamente que a média de seus colegas que têm remuneração fixa. É um assalariado, cuja situação se encontra disfarçada pela forma de remuneração, tal qual ocorre com o operário que recebe por peça fabricada, que Marx demonstra ter estatuto exatamente igual ao de qualquer assalariado. Para o capitalista de serviços de saúde, o pagamento por unidade de serviço tem a utilidade de provocar um aceleração ou prolongamento do trabalho, através da proliferação indiscriminada de atos médicos, muitos dos quais são supérfluos. O médico pode ter uma remuneração mais alta que a média, mas em função do ritmo mais acelerado de trabalho ou devido ao prolongamento da jornada. O efeito final, almejado pelo empresário, manifestar-se-á numa mais rápida rotação de seu capital e, portanto, no lucro suplementar que assim consegue auferir.

A condição do médico é sempre diferenciada em relação à dos empregados subalternos, que constituem o verdadeiro proletariado dos serviços de saúde. Mesmo quando recebe uma remuneração fixa, na forma de salário, ele eventualmente mantém negócio próprio, em outras horas. Por

outro lado, pode estar sujeito a um assalariamento integral, mas tem sempre a possibilidade de vir a constituir, com a venda de sua força de trabalho, um pequeno capital capaz de levá-lo à instalação de clínica particular. Há uma ampla gama de possíveis formas de vinculação entre o médico e seu mercado de trabalho que inexiste para os atendentes e demais trabalhadores subalternos (DONNANGELO, 1975). Estes constituem a grande massa explorada, sem ilusões de se tornar proprietária de suas condições de trabalho.

Dissemos que o capital-mercadoria, nos serviços de saúde, compõem-se de força e meios de trabalho. Convém notar, entretanto, que a ativação do valor de uso dos meios de trabalho depende essencialmente da capacidade, destreza e conhecimento dos trabalhadores que os manejam. No comércio, basta alienar a mercadoria em favor do comprador para que esteja encerrada a operação mercantil; seu destino não diz respeito ao capital comercial nem a seus trabalhadores. É que a mercadoria vendida não se converte em meio de trabalho utilizada pela empresa comercial, ao contrário do que ocorre nos serviços. Deve-se entender por 'serviço' a ação útil desenvolvida em conjunto pela FT e pelos MT, sob o comando técnico daquela, pois compete ao trabalho arrancar os valores de uso de sua inércia natural.

Os meios de trabalho dos serviços de saúde classificam-se em duas grandes categorias:

- a) fixos – prédios, instalações, leitos, instrumentos de diagnóstico como aparelhos de raios X, etc.

b) circulantes – medicamentos, soros, vacinas, reagentes químicos, alimentos, etc.

Alguns desses elementos são vitais ao processo de trabalho, enquanto outros são apenas acessórios. Os meios de trabalho fixos definem-se pela maneira em que seu valor é repostado – uma fração de seu custo transfere-se ao preço de produção da unidade de serviço, correspondendo a desgaste e obsolescência com o decorrer do tempo. A soma dos preços de produção dos serviços deve reproduzir seu valor acrescido de um lucro concernente a seu emprego como capital. O valor de uso do MT fixo é durável, não desaparece em virtude do consumo de cada unidade de serviço. Em síntese, permanece sempre preso à esfera da circulação de mercadorias, à disposição para novos atos de consumo. Os meios de trabalho circulantes, por outro lado, cedem integralmente seu valor de troca, que se incorpora ao preço de produção da unidade de serviço de que participa. Ademais, seu valor de uso é consumido inteiramente por ocasião da prestação do serviço.

Do ponto de vista do conjunto do capital da sociedade, esses elementos do capital em serviços de saúde, fixos ou circulantes, nada mais representam que meios de consumo. Não sendo utilizados como mercadorias criadoras de novas mercadorias, mas destinando-se exclusivamente ao consumo direto por parte dos usuários, não se deve considerá-los ‘meios de produção’ e por isto mesmo evitamos denominá-los assim. Embora ajam como meios de trabalho, sua função econômica é a de mercadorias voltadas para

o consumo privado e esta particularidade tem importância sobretudo quando se analisa a reprodução simples ou ampliada da economia capitalista. Com efeito, se se divide essa economia em um setor que produz bens de produção e outro que produz bens de consumo, a indústria de medicamentos e de equipamentos de saúde deve ser enquadrada neste último. Enquanto valores de uso, os MT funcionam tal qual os meios de produção, integrando-se a um processo de trabalho como sua base técnica e material. Mas no que se refere ao problema do valor e das relações de troca entre os setores econômicos, seu papel é de meios de consumo.

### *Relações com a Indústria de Insumos*

A revenda dos MT aos usuários, mediada ou não por uma agência securitária, faz-se com certo lucro, naturalmente, visto que se trata de um investimento de capital. Teoricamente, eles já contêm em si uma dada porção de mais-valia, porque foram produzidos em condições capitalistas, pelo setor industrial. Esta mais-valia é repartida entre o capitalista industrial e o de serviços através de certos mecanismos reguladores de que trataremos adiante. Se supomos que o preço de produção dos MT é igual ao seu valor real, isto é, que estas mercadorias são produzidas em condições idênticas às da média social, duas consequências teóricas devem ser consideradas: 1. os MT são comprados abaixo de seu valor real pela empresa de serviços, mas acima de seu preço de custo para o capital industrial, de tal forma que esta compra realiza parte da mais-valia neles contida,



de acordo com a taxa média de lucro; 2. o empresário de serviços de saúde apodera-se da porção complementar da mais-valia, realizada na relação com sua clientela.

Entretanto, esse esquema implica que o total da mais-valia realizada em conjunto pelos setores industriais e de serviços de saúde seja igual àquele que foi incorporado ao MT no seu processo de produção. Isto pressupõe, por sua vez, que a composição orgânica do capital industrial produtor dos MT seja equivalente à média social. Estas condições, na prática, dificilmente se verificam, principalmente porque os ramos de produção de insumos de saúde (de MT) caracterizam-se por uma alta composição orgânica de seu capital. Esta taxa de composição orgânica (a relação entre o capital variável e o constante) situa-se acima da média, devido ao acentuado investimento em capital constante, aumentando a produtividade do trabalho. Ademais, frequentemente, estão envolvidas empresas multinacionais, que mantêm domínio monopolista ou oligopolista do mercado. Disto resulta: 1. o preço de produção de suas mercadorias está, em geral, situado acima do valor real, por efeito da transferência de mais-valia a partir dos ramos de composição orgânica abaixo da média; 2. sua taxa de lucro é singularmente alta, superando bastante aquela que prevalece nas indústrias do setor concorrencial.

Desta maneira, embora possamos dizer que, como regra geral, o preço de mercado dos MT, ao nível da empresa de serviços de saúde, é regulado pelo seu preço de produção, não há uma necessária igualdade entre o total da mais-valia contida nos MT e o montante de lucro re-

partido entre as empresas industriais e de serviços de saúde. Por outras palavras, em relação aos MT verifica-se uma apropriação de mais-valia por essas empresas, a qual, em conjunto, excede aquela que lhes foi incorporada no momento da produção. O simples fato de a indústria que os produz ter elevada taxa de composição orgânica já implica um desvio do preço de produção face a seu valor. Acresce, contudo, que essa transferência de mais-valia, determinada habitualmente pelos mecanismos de mercado que nivelam as taxas de lucro entre os diversos ramos de produção, adquire uma dimensão mais acentuada em decorrência do caráter monopolista da indústria que fabrica esses insumos.

A indústria de MT encara os serviços de saúde como a base de sustentação de uma crescente demanda por seus produtos. De alguma maneira, são eles que fazem destas mercadorias objetos de uma necessidade particular. Aqui, não importa se o serviço tenha cunho capitalista ou não. Pertencam às empresas de serviços de saúde à iniciativa privada ou ao Estado, essa demanda não se altera e a acumulação capitalista nos ramos industriais pouco é afetada. A articulação entre o volume do consumo (ou dos serviços prestados) com o setor industrial assegura uma apropriada taxa de lucro, em qualquer circunstância.

Para a economia capitalista como um todo, importa, sobretudo, a existência do segmento D-M do ciclo do capital-dinheiro em serviços de saúde, porque a acumulação que ocorre na área industrial é incomensuravelmente mais significativa que a verificada na área desses serviços, envolvendo, em geral, empresas de pequeno porte. Assim,

desde que não se altere a demanda pelos MT, o fato de estas empresas de serviços terem ou não caráter capitalista pouco influencia sobre os interesses industriais. O ímpeto da acumulação industrial pode ser perfeitamente atendido por um ciclo não capitalista, ao nível dos serviços, que adote a seguinte fórmula:  $D-M(FT + MT) \dots D$ . Aqui, o dinheiro adiantado não se valoriza, não é empregado como capital, porque, digamos, toda empresa de serviços de saúde se torna estatal ou particular beneficente. O preço de custo de MT seria idêntico a seu preço de produção, não se formaria lucro. Mas se a troca D-M persistir numa escala adequada ao volume dos MT produzidos, o capital industrial nada perde: suas mercadorias continuam a serem vendidas e o dinheiro não deixa de refluir da esfera da circulação para a da produção. Ademais, teoricamente, o montante de mais-valia distribuída entre os capitais da área industrial poderia até aumentar, visto que não mais existem certas empresas que dele participavam, sem contribuir para sua produção.

Contudo, se a eliminação das empresas capitalistas de serviços de saúde implicasse uma efetiva queda da demanda pelos MT, o capital industrial sofreria, porque parte dessas mercadorias não poderia ser vendida, haveria superprodução relativa e, conseqüentemente, crise e desvalorização (ou 'queima') de capital. Neste sentido, a existência dessas empresas de serviço e sua participação na redistribuição da mais-valia da sociedade estão justificadas pela capacidade de manterem a demanda pelos MT acima do nível que seria atingido se houvesse apenas serviços de cunho não

capitalista. Esta é a ‘função’ específica que cabe às empresas capitalistas de serviços de saúde no âmbito mais geral da economia capitalista – ampliar a demanda pelos insumos e diversificá-la, quando atendem quer os beneficiários de Seguro Social, quer aqueles que consomem seus serviços como artigos de luxo.

Os serviços de saúde, qualquer que seja sua natureza econômica, estão subordinados às relações capitalistas de produção e de troca impostas pelas indústrias de insumos. Originam um mercado específico para o consumo dos MT (meios de diagnose e terapia) e mantêm uma demanda adequada à acumulação industrial. Por sua parte, os serviços capitalistas de saúde apenas contribuem para aumentar e aprofundar essa ligação. Em geral, os serviços de saúde propiciam o abreviamento do tempo de circulação das mercadorias usadas na qualidade de insumos ou MT, de duas maneiras distintas: 1. ao adiantarem o dinheiro que irá novamente funcionar no ciclo produtivo, isto é, ao agirem como promotores imediatos da circulação de valores; 2. ao orientarem os usuários no sentido de consumir certos insumos (e.g. através das ‘receitas médicas’). Quando adiantam dinheiro, na compra dos MT, seu papel assemelha-se ao do comércio; quando orientam o consumo, aproximam-se mais da função econômica exercida pela publicidade. Em qualquer caso, as empresas de serviços de saúde, capitalistas ou não, são agentes do capital industrial e formalmente estão submetidas a seu domínio econômico.

Os serviços de saúde, resumidamente, contribuem à acumulação capitalista da seguinte maneira:

1. promovem a circulação de valores, possibilitando a realização da mais-valia para o setor industrial e a mais rápida conversão da forma  $M'$  à forma  $D'$ , importando, em consequência, numa diminuição do tempo de circulação e de rotação desse capital (função semelhante à do comércio de bens de saúde);
2. propiciam uma relativamente discreta acumulação em seu próprio setor através das empresas capitalistas de serviços de saúde;
3. ampliam o mercado de bens de saúde, atuando em forma auxiliar e complementar à circulação simples desses bens que se verifica pelo comércio;
4. criam necessidades de novos bens de saúde (tecnologias) e, portanto, fazem surgir novas alternativas de investimentos produtivos.

#### *Observações Adicionais sobre Trabalho Produtivo e Improdutivo*

Até aqui, nossa análise esteve, em parte, presa ao objetivo de demonstrar que o trabalho em saúde, nas situações específicas em que se submete a relações capitalistas, é incapaz de gerar valor e mais-valia. Por conseguinte, o ciclo do capital nas empresas de serviços de saúde não passa pela forma  $M'$ , que assinala o capital-mercadoria valorizado, ou seja, portador de mais-valia. Este tipo de trabalho (como qualquer outro do

chamado setor de serviços) em nada contribui na ampliação do 'bolo' de mais-valia regularmente repartido entre os diferentes ramos de investimento capitalista.

A partir dessas premissas, poder-se-ia, sem maiores aprofundamentos, deduzir que o trabalho em saúde é, em qualquer circunstância, definitivamente 'improdutivo'.

Seria, entretanto, uma conclusão falsa, porque esse trabalho é improdutivo, num aspecto, e produtivo, noutro, a depender da relação social que se considere. A mais importante questão a respeito do conceito de trabalho produtivo e improdutivo, conforme se depreende de uma leitura atenta de *O Capital*, Teorias da Mais-Valia e Sexto Capítulo Inédito, é a seguinte: produtivo (ou improdutivo) para quem?

Vejamus como esse problema pode ser explicitado no que concerne ao trabalho dos empregados das empresas capitalistas de serviços de saúde.

Em primeiro lugar, há de se ter em conta que esse trabalho não contribui na formação do numerador da taxa geral de lucro ( $M/C_{+v}$ ), ou seja, não participa na constituição da massa de mais-valia social, na medida em que não produz valor excedente (nem qualquer valor novo). Assim, do posto de vista do conjunto dos capitais da sociedade, trata-se de um trabalho improdutivo<sup>3</sup>.

<sup>3</sup> A nosso ver, uma das análises mais percutientes a respeito do caráter improdutivo do trabalho médico, no sentido da incapacidade de gerar diretamente mais-valia, encontra-se em: GONÇALVES, R. B. M. Medicina e História: Raízes Sociais do Trabalho Médico. Dissertação (Mestrado) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 1979. Concordamos com quase todos os pontos de vistas emitidos por esse autor, particularmente na apreciação que faz das ideias anteriormente defendidas por Antônio Sergio Arouca - ver AROUCA, A. S. S. O Dilema Preventivista: Contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva, 1975. Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1975.

Porém, os investimentos realizados pelas empresas de serviços de saúde fazem parte dos custos indispensáveis à reprodução do capital global da sociedade, à semelhança dos custos de circulação. É a partir dessa característica de ‘custos necessários’ que se faculta aos investimentos capitalistas em serviços de saúde o direito de participar da redistribuição da massa de mais-valia social. Cada porção de capital aplicado nessa área de serviço obtém, através desse mecanismo, um lucro de natureza subjetivamente indistinguível daquele de qualquer ramo produtor de mercadoria, ou seja, de um ramo que seja capaz de produzir diretamente mais-valia. Neste sentido, o indivíduo que aplica seu dinheiro numa empresa de serviços de saúde, com a intenção de converter  $D$  em  $D'$ , o faz como um investimento produtivo. O trabalho de seus empregados é trocado por capital variável e se constitui em elemento de valorização do dinheiro adiantado, representando fonte de lucro. Para tal capitalista esse trabalho aparece como produtivo, e de fato o é, se considerado de uma perspectiva individual e com base nos objetivos da concorrência capitalista. Embora não produza imediatamente mais-valia, é a venda de seu valor de uso – junto com os  $MT$  –, que permite auferir um dado lucro, compatível com as taxas prevalentes no segmento concorrencial (não monopolizado) da economia.

Na perspectiva do capital social, o investimento realizado em empresas de saúde constitui um dispêndio improdutivo de capital e o trabalho que emprega é também improdutivo. Mas, na perspectiva individual, motivada e

mantida pela concorrência capitalista, trata-se de investimento e trabalho produtivos, capazes de proporcionar lucro (cujo mecanismo de obtenção, diga-se de passagem, é totalmente indiferente ao capitalista). Essa propriedade de render lucro distingue os empregados de uma empresa dessa natureza em face, por exemplo, aos empregados de serviços domésticos, que são improdutivos tanto do ponto de vista ‘individual’ quanto do social.

Essas diferentes facetas do conceito de trabalho produtivo são tratadas com absoluta clareza por Marx, quando analisa a origem do lucro comercial e sua oposição ao lucro industrial:

Para o capital industrial, os custos de circulação se revelam e são custos necessários, mas não produtivos. Para o comerciante revelam-se fonte de lucro, que – suposta a taxa geral de lucro – está na proporção da magnitude deles. O desembolso a fazer nesses custos de circulação é, portanto, investimento produtivo para o capital mercantil. Pela mesma razão, o trabalho comercial que compra é para ele diretamente produtivo (MARX, 1968, v.III, p.346-7).

É nesta mesma acepção, que Marx, no primeiro livro de *O Capital*, acentua a indiferença do capitalista quanto à natureza do valor de uso que é alvo de seus investimentos, afirmando que, para este, tanto faz empregar seu dinheiro numa fábrica de salsichas como numa escola. Em qualquer situa-



ção, está pressuposto que obterá pelo menos o ‘lucro médio’, pouco importando que se trata, num caso, de produção de mercadoria e, noutro, de produção de serviços educacionais.

Como conclusão, anotamos a seguir os três contextos distintos que há de se considerar, na análise do carácter produtivo/improdutivo do trabalho efetuado por empregados de empresas capitalistas de serviços de saúde:

1. o usuário dos serviços – que está apenas interessado no valor de uso deste trabalho – compra-o como trabalho improdutivo, perpetuando um ato de circulação simples, uma troca de D por M, em que M representa o serviço e o seu acompanhamento por indispensáveis mercadorias que agem como meios de trabalho;
2. o empresário – que almeja transformar D em D’ – compra e faz uso desse trabalho como elemento produtivo, pois lhe assegura um lucro de natureza subjetivamente semelhante àquele que obteria em qualquer outro investimento capitalista;
3. em face ao capital global da sociedade – cuja reprodução depende de investimentos dessa espécie – apresenta-se como trabalho improdutivo, pois nada acrescenta ao montante de mais-valia normalmente distribuído entre os múltiplos capitais da sociedade.



# HUMANIZAÇÃO E DESUMANIZAÇÃO NO TRABALHO EM SAÚDE: ALGUMAS CONTRIBUIÇÕES CONCEITUAIS PARA UMA ANÁLISE CRÍTICA

Rogério Miranda Gomes\*

## A TEMÁTICA DA DESUMANIZAÇÃO NO TRABA- LHO EM SAÚDE

O tema da humanização-desumanização dos serviços e práticas de saúde vem sendo objeto de vários trabalhos e pesquisas por autores do campo da saúde coletiva principalmente a partir da década de 1990 (AYRES, 2006;

---

\* Doutor em Medicina Preventiva pela Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo (SP), Brasil., Professor Adjunto de Saúde Coletiva do Departamento de Saúde Comunitária da Universidade Federal do Paraná (UFPR) – Curitiba (PR), Brasil. rogeriomgomes@uol.com.br

BENEVIDES; PASSOS, 2005; DESLANDES, 2006; PINHEIRO; MATTOS, 2004; PUCCINI; CECÍLIO, 2004).

Essas produções teóricas contemporâneas a respeito da humanização-desumanização têm sido marcadas por grande variedade de compreensões acerca dessa temática, sendo que tal diversidade apresenta-se como consequência, em grande parte, das distintas áreas e abordagens teórico-metodológicas envolvidas. Além disso, a riqueza e complexidade dessas produções também devem ser incorridas ao universo considerável de práticas, saberes e áreas nas quais se baseiam para suas análises, e que podem ser reunidos resumidamente em dois eixos principais de análise:

– O eixo que discute as transformações dos processos de trabalho em saúde com a produção de práticas relacionais e intersubjetivas ‘tensionadoras’ ou ‘constituidoras’ de solidariedade e cooperação entre os sujeitos, além de propiciadoras de um viver mais autônomo; fazem parte dessa dimensão as discussões, por exemplo, a respeito da integralidade, da centralidade do cuidado, do acolhimento na produção da assistência, do combate à medicalização social, das determinações e limites da biomedicina na abordagem do sofrimento humano, entre outros (AYRES, 2006; MERHY, 1997; NOGUEIRA, 2003; PINHEIRO; MATTOS, 2004);

– O eixo que envolve a discussão das políticas de saúde, dos arranjos organizacionais e dos modelos tecno-assistenciais e suas implicações para a produção de serviços

e práticas de saúde alicerçadas na garantia do exercício da cidadania e na corresponsabilização dos diferentes atores envolvidos; compõem esse eixo as discussões a respeito da avaliação da consolidação do SUS segundo seus princípios fundadores, as possibilidades e limites na produção de políticas de gestão alicerçadas na universalidade, equidade e na participação popular, além da discussão da democratização na gestão dos serviços e seu impacto sobre os sujeitos envolvidos nos processos assistenciais (BENEVIDES; PASSOS, 2005; CAMPOS, 1992; DESLANDES, 2006; FLEURY, 2008; PAIM, 2008; PUCCINI; CECÍLIO, 2004; SANTOS, 2008).

Foi determinante para que o campo da Saúde Coletiva brasileira passasse a elaborar a temática da humanização/desumanização das práticas e serviços de saúde de forma tão ampliada, diferentemente das análises inicialmente restritas e ‘pessoalizantes’ da sociologia médica americana da década de 1970, a influência da crítica histórico-social à medicina, à organização social da prática médica e à medicalização social, capitaneada por autores europeus e norte-americanos (FOUCAULT, 1994; POLACK, 1971; ROSEN, 1979) e sua influência sobre a produção latino-americana e brasileira no princípio da constituição do campo (AROUCA, 2003; DONNANGELO, 1976; MENDES-GONÇALVES, 1979).

Além do recurso a esse rico acúmulo teórico acima citado, dado que compreendemos os processos denominados como desumanizadores na assistência à saúde como multi-determinados e componentes de uma totalidade complexa,

nos valem, em nossa análise nesse texto<sup>1</sup>, do diálogo com tradição marxiana, especificamente em seu substrato filosófico expresso na relação ‘Humanização-Alienação’, cujas elaborações em muito podem contribuir, a nosso ver, para a compreensão de processos e fenômenos hodiernamente caracterizados como desumanizadores (HELLER, 2004; LUKÁCS, 1981<sup>a</sup>; MARX, 2004; MÉSZÁROS, 2006).

### *A Dialética Humanização-Alienação*

A escola marxiana tem se detido ao estudo e reflexão acerca do desenvolvimento histórico e ontológico do humano – a ‘Humanização’ – e suas contradições, tendo por pressuposto a constatação de que o agir humano no mundo é, simultânea e inter-relacionadamente, processo de ‘objetivação’ e ‘apropriação’.

Dentre as várias formas de ‘objetivação-apropriação’ do homem no mundo uma se destaca pelo caráter ontológico-constituidor do Ser Social: o ‘trabalho’. Diferentemente de outros seres vivos, para o homem, através da mediação do trabalho como ‘atividade vital’ (*Lebenstätigkeit*), o devir torna-se produto da ação guiada pela consciência. Assim, o trabalho é compreendido como o elemento através do qual

---

<sup>1</sup> Justificamos antecipadamente para o leitor o caráter sintético e mais ‘teórico’ desse texto em razão do espaço disponível, aspecto que dificulta a exposição de forma mais ampla, explicativa e ‘prática’ dos elementos aqui analisados. Para acesso, de forma mais aprofundada, às discussões aqui expostas, bem como as outras não presentes, ou rapidamente citadas, e, principalmente, para visualização das implicações práticas desses processos (inclusive com dados empíricos), sugerimos a consulta à tese de doutorado do autor intitulada *Trabalho Médico e Alienação: as transformações das práticas médicas e suas implicações para os processos de humanização/desumanização do trabalho em saúde* (vide referências bibliográficas).

os homens imprimem ao mundo as marcas de seu devir, a forma através da qual o homem natural dialeticamente se separa, sem separar-se, da natureza e, ao se diferenciar no seio desta, estabelece com ela um intercâmbio que humaniza e torna social o mundo outrora natural. Ao mesmo tempo em que humaniza a natureza, o homem também humaniza a si, como parte da natureza, subordina a existência da espécie ao desenvolvimento do gênero humano não mais ‘mudo’, subordina o Ser natural ao Ser social, tornando possível a crescente socialização do mundo, ou seja, o ‘recuo da barreira natural’, o afastamento, em função da complexificação da socialidade, do nível primário de intercâmbio entre homem e natureza (ANTUNES, 2006; LESSA, 1997; MÉSZÁROS, 2006). A esse movimento permanente, marcado por acúmulos, rupturas e saltos, constituidor do genericidade, incorre-se, no interior desse referencial teórico-epistemológico, o conceito de ‘humanização’.

Como os processos de objetivação-apropriação constituem-se em dimensões do processo permanente de autoconstrução humana, cabe enfatizar seu caráter ‘diversificador’ em relação aos impactos sobre a personalidade dos diferentes indivíduos. Isso porque cada sujeito particular, como expressão do ser social, constitui-se a partir das relações que estabelece com a totalidade social ao seu redor e, a depender das relações sociais sob as quais se objetiva-apropria, suas capacidades se desenvolverão mais amplas ou mais restritas em relação ao grau de desenvolvimento do gênero humano. Aqui emerge fortemente a temática da alienação.

O fenômeno enquanto tal, como é delineado com clareza por Marx em trechos ora citados, pode-se formular assim: o desenvolvimento das forças produtivas é necessariamente também o desenvolvimento das capacidades humanas, mas – e aqui emerge plasticamente o problema da alienação – o desenvolvimento das capacidades humanas não produz obrigatoriamente aquele da personalidade humana. Ao contrário: justamente potencializando capacidades singulares, pode desfigurar, aviltar etc. a personalidade do homem. (LUKÁCS, 1981a, p.2)

A alienação será compreendida como manifestação de um processo complexo, contraditório, permeado por aspectos, ora mais subjetivos, ora mais objetivos sendo que o centro do conceito de ‘alienação’ para essa escola se encontra em uma contradição: aquela existente entre os sujeitos e o gênero humano, através da relação daqueles com as objetivações humanas.

A fim de melhor compreender esse processo cabe destacar a ênfase dada por Lukács (1981a) à dupla dimensão do objetivar-se que, se em um de seus aspectos, é ‘objetivação’, pois produz objetivações (produtos) outrora não existentes, é também, juntamente com isso, processo de ‘exteriorização’, pois torna exterior algo que era interior do sujeito na forma de posição teleológica. O que esse pro-



cesso expressa, em síntese, é o duplicar-se das produções humanas, a sua divisão em objetos reais e objetos para a consciência, e as contradições daí advindas.

A alienação (*Entfremdung*) se faz, quando os homens, ao se objetivarem-exteriorizarem, estabelecem com seus produtos (sejam produtos do trabalho, sejam relações sociais) uma relação de 'reificação e estranhamento'. Ou seja, os complexos de objetivações-exteriorizações parecem ganhar autonomia, apresentando-se como estranhas para seus produtores, contraditórias com a imagem de sua própria subjetividade exteriorizada e, inclusive, saindo do controle e lhes impondo conformações e restrições em seu viver, ao invés de representar para eles suas inscrições humanas no mundo. Isso produz aquilo que Luckács denominou como uma 'sociedade antagônica', ou seja, uma sociedade cujos elementos se voltam contra seus produtores.

Diferentemente de outras correntes filosóficas, para o materialismo dialético esse processo não ocorre como fruto de uma condição humana geral e tanto menos possui uma universalidade cósmica, aspectos que lhe incorreriam estatuto ontológico. Essa escola irá buscar as determinações da alienação não em uma pretensa característica inerente ao homem e à sua atividade vital objetivadora-exteriorizadora, como faz Hegel, por exemplo, ou em um pretenso antagonismo insuperável entre indivíduo e sociedade, mas nas relações sócio-historicamente determinadas sob as quais o gênero humano se desenvolve. O elemento determinante em relação à conformação de contradições geradoras de

‘estranhamento’<sup>2</sup> entre o desenvolvimento do gênero e seus reflexos no plano particular refere-se às mediações sociais predominantes nos modos de produção da existência dos homens. As formas, como os resultados das ações humanas, reagem sobre a personalidade dos sujeitos concretos e são determinadas pelos modos e contextos em que se constituem os complexos de objetivações-exteriorizações.

Primariamente, nos primeiros modos de produção, só existe uma mediação entre homem e natureza: o processo produtivo, denominado como ‘mediação de primeira ordem’ (MÉSZÁROS, 2006). A partir do momento histórico em que as sociedades humanas passam a se organizar com base em relações de produção baseadas na ‘propriedade privada’ dos meios de produção (instrumentos e objetos de trabalho), na ‘divisão social do trabalho’ e na forma ‘mercadoria’, estabelecem-se outras mediações entre homem e natureza e entre o sujeito e sua atividade.

Por estar alienado da propriedade dos meios de produção, não podendo assim operar de forma autodetermi-

<sup>2</sup> Um esclarecimento importante a ser feito refere-se à frequente utilização do termo *estranhamento* como sinônimo de alienação no interior do marxismo. No idioma alemão, Marx utiliza-se originalmente de dois termos distintos: *Entäusserung*, significando a dimensão exteriorizadora componente do processo mais geral de objetivação próprio ao agir humano; e *Entfremdung* referindo-se à dimensão alienadora do agir sob relações sociais determinadas. Enquanto o primeiro conceito está relacionado na obra desse autor a situações e processos valorados positivamente, dada sua dimensão ontológica enriquecedora (humanizadora) do mundo, dos homens e do gênero, o segundo conceito (*Entfremdung*) é relacionado, por sua vez, a dimensões valoradas negativamente em função das características que encerra sob relações sociais específicas produtoras de sofrimento. Em nosso trabalho utilizamos a tradução de *Entäusserung* como exteriorização e o termo *Entfremdung* é entendido como alienação, sinônimo, segundo essa opção, de estranhamento. Alguns autores, como é o caso de Antunes (2006), por exemplo, entendem como mais adequada a tradução de *Entäusserung* como alienação (que, nesse caso, é entendida como dotada de estatuto ontológico e valorada positivamente), e de *Entfremdung* como estranhamento. Deve-se ressaltar, contudo, que essas diferentes opções semânticas não expressam compreensões divergentes em relação ao conteúdo e aos processos constituidores da problemática da alienação no interior do pensamento marxista.

nada, o agente do trabalho é obrigado agora a alienar sua atividade para outro, configurando a ‘heteronomia’ no plano da práxis. Consequentemente, os produtos do trabalho – as objetivações do agente do trabalho – também não estarão sob controle do trabalhador, mas alienados para o proprietário privado dos meios de produção. Essas ‘mediações de segunda ordem’, sintetizadas na propriedade privada e no trabalho alienado, fazem com que o homem torne-se alienado de sua atividade (o controle do processo de trabalho pertence a outro), das objetivações humanas (meios e produtos do trabalho), da natureza (objetos de trabalho) e dos outros homens. Com efeito, aquilo que é a expressão objetivada da subjetividade de cada sujeito, os produtos de seu trabalho, suas marcas humanas no mundo, assim como sua atividade, ou seja, sua subjetividade em ato, em exteriorização, não pertencem nem são controladas por ele, senão se apresentam como alheias, alienadas.

Assim, a partir dessas relações sociais hegemônicas em nosso tempo histórico, as relações capitalistas, o processo de conformação da alienação tende a se expressar de modo mais subjetivo (no plano dos sujeitos) em três aspectos:

- a) O homem vê as objetivações-exteriorizações humanas como alheias, autônomas (reificadas) e estranhas, não se reconhecendo nelas;
- b) O homem vê sua atividade (o trabalho) como algo não somente externo, mas estranho a ele (*estranhamento*); sendo assim não se sente afirmado, reconhecido em sua atividade que, ao

contrário de proporcionar satisfação, lhe proporciona desprazer e sofrimento;

- c) Assim, o trabalho – atividade responsável pela produção social da vida – que deveria tornar-se o elo do indivíduo com o gênero humano torna-se meramente um meio individual de garantir a sobrevivência particular; ao invés de se reconhecer nos outros homens, o homem os estranha;

Como o ‘caminho’ do humanizar-se se dá através da dialética objetivação-apropriação, as mesmas determinações que conformam os processos produtivos como alienantes para os produtores também acabam por constituir a alienação como elemento socialmente mais ampliado, conformador de contradições importantes dos sujeitos em geral em relação à genericidade, ou seja, constitui-se um processo que obstrui e limita a expressão da riqueza do gênero (*gattung*) no plano dos sujeitos particulares e suas personalidades (DUARTE, 1993; HELLER, 2004).

Ao mesmo tempo em que o gênero se constitui nas máximas capacidades alcançadas pelos homens coletivamente através do processo social de objetivação-exteriorização, os diferentes indivíduos e grupos particulares apresentam possibilidades diferentes de acesso a essas objetivações para satisfazerem seus carecimentos. É o que Heller (2004) caracteriza como os diferentes graus de *abismos sociais* entre gênero e indivíduos/coletivos concretos. Estes, a depender das relações sociais de produção e apropriação estabeleci-

das, podem estar, em maior ou menor grau, alienados do acesso às objetivações (genéricas) produzidas pelo conjunto da humanidade. Assim, sob relações de alienação, o enriquecimento do gênero humano pode se dar de forma simultânea e interdependente ao empobrecimento relativo dos diferentes sujeitos e grupos particulares.

Veja-se que a alienação constitui-se menos como ‘estado’ em si do que como ‘processo’, como uma relação contraditória estabelecida entre capacidades humanas genéricas e suas repercussões sobre as existências e personalidades dos diferentes sujeitos concretos, sob relações sociais de produção específicas.

A dinâmica na qual se desenvolve a ‘vida cotidiana’, com suas heterogeneidades e fragmentações das práticas e vivências particulares, conforma um modo de agir dos sujeitos caracterizado pelo pragmatismo e espontaneísmo, o que, sob relações capitalistas, reforça em grau importante as possibilidades de desenvolvimento de relações alienadas (HELLER, 2004). A forma de pensamento característica do cotidiano – o ‘senso comum’ –, com seus automatismos e tendências à utilização acrítica dos diferentes elementos discursivos e operatórios, faz com que o caráter lacunar do discurso ideológico encontre um ambiente mais favorável para se desenvolver. Assim, a ‘ideologia’ acaba exercendo o papel de ‘cimento social’ estabilizador dos processos alienantes ao se propor explicar suas expressões com base em um discurso universalizante, homogeneizante, ocultador mesmo das determinações mais profundas dos conflitos existentes na práxis social.

Se, por um lado, ‘o cotidiano’ é conformador de automatismos, de reações espontâneas e alienadas dos sujeitos em relação aos processos sociais, por outro lado, entretanto, é nesse espaço que se desenvolvem os conflitos expressadores do antagonismo entre as capacidades do gênero e as restrições impostas pelas relações sociais no plano individual, sendo esse o substrato a partir do qual pode se desenvolver o ‘indivíduo não-mais-particular’ (DUARTE, 1993; LUKÁCS, 1981a).

A partir da compreensão de que cada indivíduo é sempre ‘unidade vital de particularidade e genericidade’, ainda que unidade muda no caso da imensa maioria da humanidade sob as relações sociais atualmente predominantes, cabe problematizar esse ‘localizar-se’ das personalidades no plano da genericidade, sendo que se deve ressaltar a existência de dois grandes planos possíveis: a ‘genericidade em-si’ e a ‘genericidade para-si’.

A diferença é “apenas” que a personalidade no plano da genericidade em-si (*gattungsmässigkeit na sich*) não pode se apresentar senão nos moldes de uma realidade operante praticamente para cumprir as próprias funções no processo de reprodução social, enquanto a genericidade para-si (*gattungsmässigkeit für sich*) é produzida pelo mesmo processo global somente como possibilidade. Mesmo se, e o havíamos sublinhado em outro contexto, como possibilidade no

sentido da *dynamis* aristotélica, como algo que é real de maneira latente, até quando, o modo no qual, o grau no qual etc. tornará realidade (inclusive as diferenças de conteúdo, de direção etc.) reentram em um amplo campo de variáveis. (LUKÁCS, 1981a, p.11)

No plano da ‘genericidade para-si’ os sujeitos poderiam estabelecer uma posição não mais de espectadores em relação ao ‘fluir’ da sociedade, poderiam entender a própria vida como parte desse desenvolvimento do gênero humano intervindo conscientemente nessa rica processualidade, o que os afastaria de uma relação muda com a genericidade. Isso somente torna-se realizável como consequência da colocação histórico-social, como possibilidade, do estabelecimento de certo âmbito de movimento no qual os indivíduos poderiam escolher seu próprio modo de vida no interior das possibilidades dadas.

Embora a ‘genericidade para-si’ apresente-se apenas como possibilidade, dada a predominância restritiva das relações sociais hegemônicas, não significa que ela não possa se apresentar em movimentos embrionários, latentes, através de tentativas dos sujeitos e grupos em superar suas alienações.

Essa afirmação traz à tona a discussão acerca das possibilidades concretas de superação dos processos alienantes e seus limites. Primeiramente, é sempre importante ressaltar que o fenômeno geral da contradição entre as ca-

pacidades humanas genéricas e suas repercussões no plano dos sujeitos e grupos particulares apresenta-se sempre sob formas várias, ou seja, não existe no plano concreto ‘à alienação, mas alienações (MÉSZÁROS, 2006). Embora as diferentes formas de alienação tenham determinações histórico-sociais profundas em certa medida independentes da atuação dos indivíduos particulares, será inicialmente no plano individual que esses obstáculos à realização de uma vida mais plena de sentido serão vividos e significados pelos sujeitos. Quando, porém, se trata das possibilidades de luta e superação da alienação, o peso de suas determinações objetivas se faz sentir, evidenciando a inevitabilidade do caráter ‘coletivo’ do agir, o que faz com que, nesse plano, a processualidade da alienação seja também a processualidade da possibilidade da luta cotidiana pela sua superação.

A alienação é um conceito inerentemente *dinâmico*: um conceito que necessariamente implica *mudança*. A atividade alienada não produz só a “consciência alienada”, mas também a “consciência de ser alienado”. Essa consciência da alienação, qualquer que seja a forma alienada que possa assumir – por exemplo, vendo a autoconfirmação como um “[estar] junto de si na não razão enquanto não razão” –, não somente contradiz a ideia de uma totalidade alienada inerte, como também indica o aparecimento de uma *necessidade* de



superação da alienação. As necessidades produzem poderes, tanto quanto os poderes produzem necessidades. (MÉSZÁROS, 2006, p.166).

*O conceito de Desumanização a partir da dialética Humanização-Alienação*

Posto que o desenvolvimento da humanidade historicamente tem ‘caminhado sobre os trilhos’ da dialética ‘humanização-alienação’ faz-se importante ressaltar o caráter ao mesmo tempo contraditório e unitário dessa bipolaridade, ou seja, a humanidade não tem se desenvolvido ora com caráter humanizador, ora com caráter alienador. Os dois aspectos opostos encontram-se tensamente unidos e a complexidade gerada por essa tensão se expressa na concretude de diversos processos particulares da socialidade. Assim, a ideia do ‘desumanizar-se’ deverá ser mais bem analisada, problematizada, sob risco de reprodução de teses advogadoras de um ‘humanismo’ abstrato e universal, inerente à condição humana e que estaria sendo ‘aviltado’ nos tempos atuais.

Tomemos, por exemplo, a crueldade: esta é humano-social, não bestial. Os animais não conhecem a crueldade. Quando o tigre, por exemplo, rasga e destroça um antílope, faz isso com a mesma necessidade genérico-biológi-

ca com a qual o antílope, mesmo “pacificamente”, “inocentemente”, pasta e então tritura plantas vivas. A crueldade e cada gênero de inumanidade, que estão presentes de modo socialmente objetivo ou mesmo como sentimentos subjetivos, nascem exclusivamente da execução de atos teleológicos, de alternativas condicionadas da sociedade, isto é, de objetivações e exteriorizações do homem que age na sociedade (o fato de que os homens julgam em si mesmos e nos outros, como oriundos da natureza, alguns modos da objetivação e exteriorização, particularmente persistentes, não muda as coisas quanto à situação ontológica).

Reconhecer que se trata de fenômenos sociais que pertencem ao desenvolvimento da humanidade não quer dizer naturalmente que sejam menos criticáveis no plano socioeconômico. De fato, esses complexos fenomênicos, que necessariamente estão na gênese do gênero humano em-si, ao mesmo tempo constituem obstáculos que devem ser superados no desenvolvimento do ser-para-si. Somente uma visão ontológica correta das verdadeiras conexões objetivas revela qual é o campo real de manobra para a superação social desses complexos

fenomênicos: se a crueldade tivesse que ser atribuída a nossa origem do reino animal, precisaríamos aceitá-la como um dado biológico, do mesmo modo que aceitamos a necessidade do nascimento e da morte no organismo. Enquanto é, ao contrário, consequência de posições teleológicas, ela pertence à longa série daqueles fenômenos do desenvolvimento da humanidade, que o ser põe socialmente – mas somente sob a forma de possibilidade – as vias e os métodos para serem superados. (LUKÁCS, 1981b, p.32).

Compreendemos que o guia da maioria das elaborações contemporâneas acerca dos diferentes fenômenos de desumanização são concepções/projetos ético-políticos que buscam analisar e transformar realidades (re)produtoras de sofrimento para indivíduos e coletividades. Porém, questionamos se, ao utilizarmos o termo ‘desumanização’ de forma acrítica, não poderemos deixar de identificar/abordar elementos conformadores do caráter complexo e contraditório desses diferentes aspectos da totalidade social. Abordar esses fenômenos a partir da dialética ‘humanização-alienação’ nos parece mais propiciador de apreensão de sua complexidade e movimento. Nunca humanização ou alienação, mas sempre ‘humanização-alienação’. Somente assim, unidos, indissociáveis, polares e contraditórios, podem expressar a riqueza e contraditoriedade do real sob as

relações sociais hegemônicas. Desse modo, o termo ‘Desumanização’ estará associado menos à ideia de ‘ausência’ do humano, e mais à ideia de consequência da existência de determinadas ‘relações humanas’ (alienantes), que fazem com que a produção social dos sujeitos e grupos concretos se dê obstruída do acesso a grande parte do acúmulo da humanidade sintetizado no gênero humano. Ou seja, determinadas relações humanas fazem com que o processo de humanização dos sujeitos e grupos concretos se desenvolva contraditório com a humanização genérica. A profundidade dessa contradição, como veremos, pode atingir graus tão extremos que fazem com que alguns de seus fenômenos/manifestações recebam o estatuto de ‘não humanos’, apesar de sua produção/desenvolvimento social, ou seja, humano.

### *A Relação Sociedade-Saúde como manifestação da dialética Humanização-Alienação*

Estamos vendo como o humanizar-se dos diferentes indivíduos, além de constituir-se como processo de ‘objetivação-exteriorização’ – o seu objetivar-se no mundo –, constituir-se simultaneamente como processo de ‘apropriação’ de objetivações genéricas, através do qual incorporam em graus diversos o acúmulo expresso no gênero humano. Daí a ideia do estar sendo dos homens no mundo, do constituir-se humano, como essencialmente decorrente da relação ‘objetivação-apropriação’.

Se nesse seu ‘caminhar’ de produção de objetivações genéricas acerca da natureza, dos homens e do mundo, a humanidade produz acúmulos crescentes, convertendo-se, tais processos, em saltos, com rupturas, negações e conservações, uma dessas áreas de acúmulo refere-se à capacidade crescente de compreensão e intervenção sobre os processos geradores de sofrimento dos indivíduos e coletividades.

Já é tema bastante estudado na Saúde Coletiva como a inserções sociais dos diferentes indivíduos e coletividades determinam suas condições de sofrimento e suas possibilidades e modos de abordá-lo (ALMEIDA-FILHO, 2004; BREILH, 2006). O que tais elaborações, a respeito da *Determinação Social da Saúde-Doença*, constata, em outros termos, é como são diversas as possibilidades de acesso pelos diferentes indivíduos e coletividades ao acúmulo produzido historicamente pela humanidade, e como tais diferenças produzem condições de saúde e doença correspondentemente também distintas.

Tal discussão encerra a concepção de que o gênero expressa-se concretamente como ‘corpo inorgânico’ – social – do homem, conformando-se no atual momento histórico já em grande parte como subordinador do ‘corpo orgânico’ – biológico – no processo de determinação das condições de vida e saúde dos indivíduos (DUARTE, 1993). Ao se analisar, portanto, os perfis de saúde-doença de determinados indivíduos e grupos relacionando-os com suas condições de vida, seus perfis de reprodução social, o que se está fazendo concretamente é o estudo dos graus de

humanização-alienação desses indivíduos/coletivos frente às possibilidades humanas em um período histórico específico.

Essa constatação é fundamental, pois permite colocar em questão o caráter das relações sociais hegemônicas, sob as quais vivem os homens, que propiciam a existência desses graus de contradição, de ‘abismos’, entre as possibilidades e as realidades das condições de saúde-doença às quais estão submetidos os diferentes indivíduos e coletividades. Permite questionarmos, por exemplo, o que faz com que, em tempos de tão grande avanço científico-tecnológico no campo do desenvolvimento de alimentos, parte significativa da humanidade ainda encontre-se em situações de tão grande carência alimentar e nutricional. Ou, então, por que a tuberculose, cujos conhecimentos diagnósticos e terapêuticos encontram-se por demais desenvolvidos e consolidados, continue sendo a principal ‘causa’ de morte dentre as doenças infecciosas, ceifando milhões de vidas anualmente ao redor do mundo.

Na sociedade capitalista, como sabemos, mesmo antes de adentrarmos a esfera assistencial em saúde, as ‘condições de saúde’ já se conformam necessariamente mediadas pela forma ‘mercadoria’, tanto na esfera de suas produções quanto naquela de suas circulações e apropriações privadas e individuais. Será como decorrência das diferentes formas de inserção dos indivíduos e classes na esfera da produção e do consumo que se expressarão fundamentalmente seus perfis de saúde-doença nesse modo de produção. Ou seja, sob relações sociais em que são alienadas de seus produ-

tores e reificadas sob a forma mercadoria, as objetivações humanas têm sua apropriação não regida pelo critério de necessidade dos diferentes indivíduos e coletividades, mas subordinada à dinâmica de acumulação capitalista, demonstrando como as mesmas relações sociais que impulsionam o gênero humano em seu desenvolvimento o fazem à custa de graus importantes de alienação dos indivíduos particulares. Humanização e alienação, também aqui, não são somente opostos, mas opostos permanentemente unidos pelas relações sociais.

Essas relações sociais, todavia, não surgem naturalmente, sendo, como se sabe, (re)produzidas constantemente pelos sujeitos; aliás, se são ‘relações’ sociais somente podem sê-las entre esses. As formas, portanto, como os homens dispõem de suas objetivações, as formas como produzem e se apropriam de suas condições de existência são também produtos das relações que estabelecem entre si, ainda que muitas vezes não conscientemente, dado o caráter ‘reificado’ e ‘fetichizado’ que estas podem adquirir. Aqui se encontra uma dimensão central do processo de alienação: as relações sociais, assim como as objetivações humanas, podem apresentar-se para seus sujeitos, seus produtores, como reificadas como dotadas de autonomia, constringindo-os muitas vezes em seus ‘modos de andar a vida’. Os sujeitos passam a se representar como parte de dinâmicas sociais alheias (estranhadas), autônomas, sobre as quais não podem intervir e às quais nada podem fazer além de se subordinar em seu viver (LESSA, 1997; MARX, 2004; MÉSZÁROS, 2006). É assim que a reificação das

objetivações, e das relações sociais, constitui-se simultaneamente como ‘descentramento’ dos sujeitos. Como parte de um cenário que pareceria surreal, típico de contos de ficção, os sujeitos podem sentir-se subordinados a mecanismos aparentemente autônomos onde se encontrariam à mercê e controlados por ‘coisas’ às quais deram vida. A própria tradução de determinados ‘obstáculos’ no ‘andar a vida’ dos indivíduos e classes sob a forma de necessidades de saúde pode se apresentar como um processo autônomo e natural, ao qual esses se subordinam.

Diremos, nessas circunstâncias, que no plano do conhecimento subjetivo as necessidades se apresentarão como algo que se coloca “por sobre os indivíduos”, que será visto como sem ter origem nos indivíduos e em seu modo de viver; isto é, quanto à origem não seriam necessidades sociais, embora quanto ao jogo de interesses representariam necessidades “sociais” (boas para “todos”). Essa concepção sobre as necessidades torna aqueles, para quem esse processo assim se realiza, cidadãos alienados de sua cidadania, seres da sociedade alienados de sua socialidade e sujeitos tolhidos no exercício da subjetividade. O produto desse processo é uma tal *naturalização* das demandas que elas parecerão *sem história* ou *sem razão social*, e apenas impulso ou propensão de



ordem natural-biológica. É o que se chama de reificação (coisificação) das necessidades. (SCHRAIBER, MENDES-GONÇALVES, 2000, p.31).

As formas como as relações sociais intermedeiam a apropriação das objetivações pelos indivíduos e grupos singulares tendem a reproduzir, desse modo, tal dinâmica instituída/instituinte. Vejamos uma forma concreta, embora não tão explícita, de expressão dessa reificação.

Se, por um lado, o desenvolvimento científico-tecnológico é constituinte fundamental do processo de complexificação e enriquecimento do gênero humano, expressando a ampliação das capacidades humanas de apreensão e intervenção sobre a natureza e o mundo, portanto, fator de humanização, por outro lado, visto que as ciências não se constituem neutras em relação às relações sociais hegemônicas, mas determinadas por elas, o papel das diversas formas de ciências/tecnologias em aplicações concretas, como na área de saúde, pode se apresentar como reproduzidor importante de dinâmicas reificantes e alienantes. Exemplo disso é o movimento de ‘medicalização social’ e, conseqüentemente, de naturalização do processo saúde-doença, reproduzido contemporaneamente pelas diversas disciplinas das ciências biomédicas e suas implicações na ocultação da determinação social das diversas formas de sofrimento, não obstante suas preciosas contribuições para intervenção sobre a dimensão biológica do corpo e do fenômeno da vida.

O acúmulo do gênero apropriado pelos sujeitos e coletivos singulares poderia instrumentalizá-los a intervirem

em seus modos de vida de forma a alterarem significativamente suas condições de sofrimento. Quando, todavia, tal apropriação se dá majoritariamente através de categorias fragmentadoras da totalidade social, veja-se o caso do 'risco', ainda que se possa aparentemente questionar a naturalização anteriormente citada, sua riqueza explicativa transmuta-se, de fato, muitas vezes em diretrizes reprodutoras de tais condições (AYRES, 2002). Diferentemente da abordagem das determinações sociais dos processos de sofrimento com vista a alterá-los, as diretrizes operatórias daí advindas restringem-se, na maioria das vezes, a 'transferirem-nas' para o plano da abordagem individual, processo possibilitado pela fragmentação operada no plano das teorizações científicas. Conformados desse modo, esses processos de apropriação contribuem de fato para a reprodução da medicalização social que, em síntese, é a principal forma de manutenção da 'obscuridade' do protagonismo humano na produção de suas condições de saúde-doença (BREILH, 2006; NOGUEIRA, 2003). Ao invés, portanto, de os sujeitos e coletivos intervirem nos processos sociais que levam à produção de 'riscos' e condições que os fazem sofrer, são os 'riscos' que subordinam os indivíduos a se comportar de tais ou quais formas.

Sob formas capitalistas de produção e apropriação de objetivações, longe de se apresentar relacionada à possibilidade de os sujeitos e coletivos disporem conscientemente de suas condições de existência de forma a construir uma vida mais plena, a saúde apresenta-se restrita na forma de mercadorias de consumo individual a partir

das quais se vislumbra a possibilidade de suportar – o que inclui as medidas ‘preventivas’ contra doenças ‘potenciais’ – as condições de sofrimento ‘natural’ e incontornavelmente existentes.

No plano político esse movimento expressa-se na transmutação da saúde como direito humano inalienável (humano-genérico) em saúde como ‘direito de consumo’ (portanto, alienável) de determinados bens e serviços. Tal transposição, como sabemos, não é privilégio do campo da saúde, refletindo de fato a tendência à mercantilização crescente de praticamente todos os aspectos da vida social. Manifestação disso é o processo através do qual, na sociedade contemporânea, a ideia de ‘cidadania’, categoria resgatada e ressignificada com a constituição da sociedade capitalista como mecanismo de afirmação, no plano formal, de uma igualdade entre sujeitos distintos no plano econômico-social, torna-se progressivamente mais restrita, passando a vincular-se quase exclusivamente à ideia de possibilidade de acesso a bens e serviços, em sua maioria de consumo individual. É a redução da ideia de direitos do plano político ao plano do consumo, na maioria das vezes de caráter individual, incorrendo no esvaziamento de seu conteúdo politizador e propiciador de uma dinâmica que coloca o protagonismo dos sujeitos e coletivos como necessário e responsável pela transformação de suas condições de existência. Ademais, nada mais adequado a essa sociedade do que a luta por direitos cuja conquista muitas vezes implica contraditoriamente a ampliação das taxas de acumulação de determinados setores do capital, processo a partir do

qual as necessidades de determinada classe social podem ser assumidas como necessidades de toda a sociedade, sendo caracterizadas então como ‘necessidades sociais’.

De todas essas necessidades necessárias referidas à saúde, aquela que mais coerentemente compõe com as “necessidades sociais” é a do consumo de serviços de assistência à doença – serviços médicos em sentido amplo. Já se discutiu como isto se dá pela redução da saúde ao resultado de atos de consumo individual, e embora historicamente essa redução tenha privilegiado a doença como objeto de trabalho, com o que a saúde ficou necessariamente definida como negação, e portanto subordinada à definição de doença, na última década a própria saúde aparece pseudopositivamente como o resultado também do consumo daquilo que parece negar a doença: dietas especiais, exercícios, alimentos sucedâneos de alimentos “perigosos”, remédios protetores, etc., em todos os casos, não se trata apenas de uma redução ao consumo, o que é da lógica do modo de produção, mas de uma redução ao indivíduo, que faz com que, ao ser a necessidade máxima de cada e todo indivíduo a posse do equivalente universal de todos os consumos, o dinheiro, a própria indivi-

dualidade seja reproduzida quotidianamente através de sua redução a infinitos atos de consumo. (MENDES-GONÇALVES, 1992, p.47-48).

Isso, se por um lado, pode colaborar para a luta pela democratização crescente do acesso aos bens e serviços ‘de saúde’ por uma massa crescente da população, por outro lado, restringe a luta pela melhoria das condições de saúde ao plano individual e assistencial, desvinculando-a de projetos e práticas coletivas que coloquem em questão a transformação das condições de vida e vislumbrem a saúde como expressão de modos de vida mais ricos e plenos de sentido.

*O Trabalho em Saúde e a dialética*

*Humanização-Alienação*

*Trabalho em Saúde e Relações Capitalistas*

No modo de produção capitalista, além de produzirem produtos (bens materiais ou serviços) que satisfaçam necessidades (do ‘corpo ou do espírito’) – ‘valores de uso’ –, os processos de trabalho devem também, e principalmente, valorizar o capital investido no processo produtivo através da produção de mais-valor (‘mais-valia’), movimento que se expressa na dimensão de ‘valor de troca’ das mercadorias. Desse modo, ‘processo de trabalho’ e ‘processo de valorização’ conformam uma unidade de contrários, na qual o primeiro encontra-se subordinado ao segundo em uma

relação permanentemente tensa, expressa na forma de mercadoria.

Uma das determinações objetivas do desenvolvimento da alienação no plano da práxis, como vimos, decorre da subordinação dos agentes pelos processos produtivos, ou seja, como consequência da propriedade dos meios e objetos de trabalho alheia aos trabalhadores, esses são controlados pelo processo de trabalho, ao invés de controlá-lo. Ao perderem o controle sobre os meios e condições de trabalho e, conseqüentemente, sobre sua atividade, esta passa a se apresentar em muitos aspectos estranhada (alienada) para os agentes (LUKÁCS, 1981a; MÉSZÁROS, 2006).

O aprofundamento da divisão técnica do trabalho, com a ultraspecialização dos trabalhadores, juntamente com o desenvolvimento progressivo dos meios de trabalho conduzem esse processo de subordinação dos agentes ao processo produtivo a uma mudança qualitativa. Com a perda progressiva do conhecimento integral acerca do processo produtivo por parte do trabalhador parcelar, é a ciência consubstanciada na forma de tecnologia que se apresenta como síntese unificadora e controladora do processo produtivo. No caso dos avançados processos produtores de bens materiais, o que o trabalhador individual perde em conhecimento passa a se concentrar no trabalhador coletivo unificado e controlado pela maquinaria (ANTUNES, 2006; MARX, 2001). Essa é a transição da 'subsunção formal' à 'subsunção real' do trabalho ao capital, processo que consolida as bases materiais dos processos de alienação.

Ao adentrarmos o plano da práxis observamos, portanto, que inexistente independência entre as dimensões sociopolítica e técnica dos processos produtivos. Relações sociais (de produção e de propriedade) encontram-se dialeticamente inter-relacionadas com os processos de desenvolvimento tecnológico.

Como é na a esfera da circulação que a mais-valia se realiza – retornando posteriormente à produção para completar o ciclo da reprodução ampliada do capital –, constitui elemento estrutural dessa sociedade a pressão pelo consumo sempre ampliado de mercadorias como forma de garantir a reprodução dos ciclos de acumulação. Com efeito, o modo de produzir capitalista não se restringe às esferas da produção de mercadorias, passando a subsumir progressivamente todas as esferas da organização societária (MARX, 2001; MÉSZÁROS, 2006).

O crescimento progressivo das empresas médicas e seu controle por grandes grupos financeiros (que expropriam os antigos proprietários médicos) e a concentração dos meios de trabalho em grandes redes hospitalares – expressando a ‘centralização do capital’ nesse setor –, além da ‘proletarização’<sup>3</sup> quase absoluta de profissões outrora autônomas e da centralidade adquirida pelo complexo médico-industrial no interior das práticas de saúde, entre outros, são todos aspectos ilustrativos de que o Trabalho em Saúde não escapa a esse processo progressivo de subsunção à dinâmica de acumulação capitalista em sua fase monopolista (AROUCA, 2003; GOMES, 2006; NOGUEIRA, 1979).

<sup>3</sup> Incluem-se aqui as formas de proletarização ‘velada’, como é o caso da contratação de profissionais de saúde pelas empresas de seguro-saúde e semelhantes.

Mesmo setores em que não predomina a produção de mercadorias, como o setor estatal, dificilmente conseguem escapar a esse ‘mar de determinações’ que são as relações sociais capitalistas. Expressões desse processo são, por exemplo, a implementação de mecanismos de ‘heterogestão’ – seja com os preceitos da Organização Científica do Trabalho (OCT), seja com as novas estratégias gerenciais de base Toyotista da chamada acumulação flexível –, a apresentação dos produtos do trabalho na forma de procedimentos – expressão da forma mercadoria no trabalho em saúde –, a ‘drenagem’ de recursos públicos para empresas privadas, as diversas formas de privatização do Sistema Único de Saúde (SUS), entre outros (CAMPOS, 1992; MERHY, 1997; PAIM, 2008; SANTOS, 2008).

### *Organização do Trabalho, Tecnologia e Estranhamento nas Práticas de Saúde*

Detenhamo-nos um pouco nas determinações dessa dimensão mais tecnológica e organizacional do Trabalho em Saúde a fim de apreender algumas de suas repercussões sobre a temática que vimos analisando. Um primeiro aspecto que cabe ressaltar refere-se às transformações pelas quais vem passando essa forma particular de trabalho no que se refere à ampliação da capacidade humana de apreender as dimensões anatomofisiológicas das diversas formas de sofrimento, o que expressa sua dimensão profundamente humanizadora. O progressivo desenvolvimento tecnológico



que se realiza através da objetivação dos conhecimentos científicos em tecnologias, não somente sob a forma de equipamentos, é aspecto central dessa processualidade que permite ao gênero humano ampliar enormemente suas capacidades de intervir sobre essa parte especial da natureza – o corpo humano – o que o atesta os fantásticos avanços nas áreas de diagnóstico e terapêutica nas últimas décadas.

Não obstante essa dimensão profundamente humanizadora das transformações tecnológicas do trabalho em saúde, deve-se enfatizar que as relações sociais sob as quais tal processo se desenvolve, ou seja, as formas de organizar os processos produtivos e a distribuição de seus produtos (bens e serviços) na sociedade contemporânea têm colaborado para que se desenvolvam simultaneamente processos de reificação das apresentações tecnológicas, propiciando o desenvolvimento de relações alienantes no interior do trabalho em saúde.

Uma manifestação desse processo pode ser visto no caráter crescentemente constritor e instrumentalizante dos arranjos organizacionais e tecnológicos contemporâneos sobre os agentes de trabalho. Apesar de o grau de autonomia técnica no Trabalho em Saúde ser bastante superior ao de outras formas de trabalho, principalmente aquelas produtoras de bens, faz-se necessário não perder de vista a consolidação crescente de formas várias de heterocontrole de caráter gerencial e o processo de instrumentalização progressiva do agir através da utilização acrítica cada vez mais comum de normatizações e protocolos. Desse modo,

também essa forma de práxis, com particularidades várias, tem se transformado em fonte de subordinação dos sujeitos a dinâmicas e estruturas sobre as quais tendem a exercer cada vez menos controle (CAMPOS 1998; GOMES, 2010; MERHY, 1997).

O processo de ‘tecnificação’ da medicina, por exemplo, em grande parte expressa esse movimento em que o caráter reflexivo do agir médico progressivamente vai sendo subordinado às apresentações tecnológicas, seja na forma de equipamentos, seja na forma de rotinas, padronizações, protocolos. Tal subordinação se expressa na constituição de condutas muitas vezes ‘mecanizadas’, pouco críticas, condizentes com as formas de organização dos processos produtivos centradas na heteronomia e no racionalismo produtivista de inspiração mercantil (SCHRAIBER, 2008).

O aprofundamento do desenvolvimento científico-tecnológico sob as atuais relações sociais hegemônicas, com a predominância do complexo médico-industrial como determinante fundamental da relação entre os agentes e as apresentações tecnológicas, coloca em movimento uma dinâmica ao mesmo tempo reificadora dos instrumentos de trabalho e descentradora dos sujeitos. Esboça-se um cenário onde os sujeitos centrais do processo de trabalho parecem ser os instrumentos, aos quais se subordinam em maior ou menor grau os agentes (GOMES, 2010).

A fragmentação e subsunção do cuidado à dinâmica do capital fazem com que sua apresentação hegemônica se dê na forma do ‘procedimento-mercadoria’. Para o usuário, o acesso ao cuidado apresenta-se como consumo de merca-

dorias, seja na forma de atos médicos e de outros profissionais, seja na forma de apresentações tecnológicas.

É assim que o exame, de ‘meio’ utilizado pelo agente para atingir determinado resultado, pode tornar-se, muitas vezes, ‘fim’ do agir médico. Essa elevação de um intermediário, um meio, à condição de potencial dirigente da atividade médica é uma das manifestações do surgimento de relações de alienação/estranhamento do agente em relação aos seus instrumentos de trabalho, vistos como dotados de autonomia própria, pois

Quando fim em si, o exame distancia o médico de si mesmo – afinal, é consigo que o médico se relaciona quando reflete sobre seu conhecimento científico. Assim, se passar a usá-lo rotineira, mecânica e acriticamente ou sem avaliar sua aplicação concreta, torna-se um agente mecânico e mero aplicador da ciência. Por conseguinte, deixa de existir em seu ato como sujeito da técnica, isto é, deixa de se efetivar como agente da prática que, com o auxílio do saber, cria na prática um projeto de ação. (SCHRAIBER, 2008, p. 190).

Tal tensão entre agentes e meios de trabalho, o estranhamento entre o homem e seu instrumento, é expressão, no plano das aparências, de um movimento mais profundo: a ‘luta’ entre sujeitos e relações sociais hegemônicas

constituidoras de dinâmicas alienantes e hostis. Essa é de fato a contradição de fundo: os sujeitos versus relações sociais por eles construídas que, uma vez hegemônicas, parecem ganhar autonomia e se voltam contra seus produtores buscando subordiná-los, descentrando-os da posição de sujeitos no mundo. Sempre é fundamental ressaltar, entretanto, que:

O potencial alienador inerente aos instrumentos e instituições da interação entre os homens pode ser controlado, desde que estes sejam reconhecidos *como* instrumentos e conscientemente referidos a *finalidades humanas*. E é este o ponto em que podemos identificar o que está realmente em jogo, e de que maneira está envolvida a alienação sócio-historicamente específica, capitalista. Pois não é da natureza “ontológica” dos instrumentos em si que eles “escapem ao controle” e se transformem, de *meios*, que são, em *fins*. Não é a mediação de primeira ordem, ontologicamente fundamental, entre homem e a natureza que está em jogo (ou seja, não é o fato de que os seres humanos tenham de produzir para sobreviver, e de que nenhuma produção seja concebível sem algum tipo de instrumento), mas a *forma capitalista de mediações de segunda ordem*. Os instrumentos humanos não

são incontroláveis sob o capitalismo por serem *instrumentos* (é uma mistificação vulgar dizer que eles representam uma “altérité insurmontable” porque são distintos da “autoconsciência humana”, “La conscience de soi humaine”), mas porque eles são os instrumentos – mediações de segunda ordem específicas, reificadas – do *capitalismo*. Enquanto tais, eles não podem funcionar, a não ser de forma “reificada”; isto é, *controlando* o homem em lugar de serem controlados por ele. Não é, portanto, a característica *universal* de serem instrumentos que está envolvida diretamente na alienação, mas sua especificidade de serem instrumentos de um certo tipo. (...) Precisamente por serem mediações capitalistas de segunda ordem – o caráter fetichista da mercadoria, troca e dinheiro; trabalho assalariado; competição antagônica; contradições internas mediadas pelo Estado burguês; o mercado; a reificação da cultura etc. – é inerente à sua “essência” enquanto “mecanismo de controle” que eles devam escapar ao controle humano. (MÉSZÁROS, 2006, p. 227-228).

Tendo por referência o caráter reflexivo intrínseco ao trabalho em saúde, em razão da natureza e complexidade

de seu objeto e do conseqüente grau de incerteza que contém, deve-se sempre enfatizar o devir permanentemente 'tensionado' da alienação no interior dessa forma particular de práxis. Longe de se constituir como processo harmonioso e unidirecional, o que se evidencia aqui, nos planos operatórios concretos, é uma luta permanente pela hegemonia no controle do processo produtivo entre trabalho vivo e trabalho morto (MERHY, 1997). Significa para nós que, nesse aspecto da relação entre agente e meios de trabalho, a alienação se constitui, e não se constitui, no interior do Trabalho em Saúde. Ou seja, ao mesmo tempo em que se efetiva, efetiva-se tensionada.

*Necessidades, Finalidades e Objeto das Práticas de Saúde: alguns estranhamentos contemporâneos*

Além da alienação dos agentes em relação aos instrumentos de trabalho, no interior do Trabalho em Saúde também podemos visualizar o aprofundamento de processos de alienação daqueles em relação aos sujeitos demandadores do cuidado. Isso se expressa, por exemplo, na apropriação e manipulação do 'objeto' de trabalho pelos profissionais de forma cada vez mais estranhada. Esse estranhamento ocorrerá como consequência de transformações às quais são impelidos tanto 'objeto' quanto agente de trabalho.

No caso do 'objeto', podem-se evidenciar transformações de dupla dimensão. Se o movimento realizado pela biomedicina é de restrição progressiva dos múltiplos espec-

tos do sofrimento humano à dimensão biológica, localizando-as no plano da corporeidade orgânica, sua consequência é uma ampliação sem precedentes, ao longo do século XX e início do XXI, da gama de elementos compreendidos como pertencentes às ‘necessidades de saúde’, processo que se realiza através da inclusão crescente de inúmeras dimensões da vida social sob a polaridade saúde-doença (NOGUEIRA, 2003). Restrição e ampliação, portanto, conformam o processo de medicalização social contemporâneo como importante motor das transformações do ‘objeto’ das práticas de saúde. Isso, por si só, já será responsável por proporcionar uma série de estranhamentos dos profissionais de saúde em relação aos seus ‘novos objetos’, dada a gama cada vez mais ampla de carecimentos/condições, expressões de contradições sociais, traduzidas como ‘necessidades de saúde’ e para as quais, muitas vezes, os processos assistenciais não apresentam respostas satisfatórias.

O ‘estranhamento’ crescente dos profissionais de saúde em relação aos seus ‘objetos’, todavia, não é consequência apenas das transformações próprias destes, mas também daqueles. Condições concretas, como aquelas advindas do aprofundamento da divisão técnica do trabalho, que restringe o objeto concreto de cada profissional especialista a um fragmento cada vez menor da totalidade representada pelo sujeito que sofre, com as fragmentações várias na assistência, além da padronização e restrição ‘racionalizadoras’ progressivas do momento clínico, tanto em tempo quanto em qualidade da atenção, fazem com que os agentes tornem-se de fato cada vez menos capazes de

abordar as condições de sofrimento de modo mais integral, de forma a manipular o social manifesto no usuário conferindo-lhe significação no plano do projeto terapêutico. Além disso, o aprofundamento da atuação do complexo médico-industrial no interior do trabalho em saúde contemporâneo juntamente com as formas empresariais de organização do trabalho constituem-se em fatores que colaboram para consolidar uma dinâmica de conformação da assistência sob a forma de atos parcelares, procedimentos pontuais e fragmentados através dos quais o vínculo entre profissional e usuário se desvanece em meio a uma rede de ‘possíveis’, mas improváveis, componentes do cuidado integral (CAMPOS, 1992; MERHY, 1997).

A aceitação de relações alienadas dos profissionais de saúde em relação ao seu ‘objeto’ – o sujeito que sofre – e seus carecimentos e em relação aos instrumentos de trabalho, provocando o tensionamento do agir reflexivo em privilégio da centralidade adquirida pelos instrumentos, conforma um ambiente onde o próprio objetivo do trabalho, o dever ser da atividade, pode constituir-se permanentemente sob suspeição. O que passa a estar em questão, de fato, é a contradição entre ‘teleologia’ e ‘causalidade’ no interior do trabalho em saúde, ou seja, a não correspondência entre finalidades e motivos da prática. A idealização do projeto de intervenção utilizado como guia do agir prático passa a ser determinado não pelo fim – o cuidado –, mas visa responder a causalidades outras, como aquelas advindas do complexo médico-industrial ou do complexo médico-



financeiro<sup>4</sup>, por exemplo. Manifesta-se, assim, no interior da práxis, o conflito entre o atendimento aos carecimentos humanos e o atendimento às necessidades do capital, o que pode fazer com que o cuidado venha a tornar-se secundário, meio e não fim dos processos produtivos (ALBUQUERQUE, 2009; GOMES, 2010).

Esse movimento pode fazer com que o trabalho em saúde progressivamente perca seu ‘lastro’ com os carecimentos humanos originais diminuindo sua capacidade de atender a tais demandas. A forma de não tornar explícita tal contradição, o que prejudicaria o processo de acumulação, é a reprodução ideológica da ideia de que determinada forma de se operar as práticas é a mais eficiente para atender aos carecimentos. Podemos ver essa contradição expressando-se nas diversas práticas cotidianas no trabalho em saúde que não raramente são movidas mais para o atendimento às demandas do complexo médico-industrial e das empresas prestadoras de serviços de saúde do que para a resolução das demandas dos usuários (CAMPOS, 1992; GOMES, 2010).

Contribui para esse processo o movimento, não raro, de distanciamento que o ‘mundo da ciência’ pode adquirir em relação ao ‘mundo da vida’ e suas repercussões sobre as práticas de saúde. O que acontece, em síntese, é que, em razão de suas determinações sociais e dos graus cada vez mais elevados de abstrações teóricas nos quais se desenvolvem, as ciências e seus produtores podem não rara-

---

<sup>4</sup> Diferentemente do *complexo médico-industrial*, que se refere às empresas produtoras de bens utilizados nos processos assistenciais (equipamentos, fármacos etc.), o conceito de *complexo médico-financeiro* refere-se às empresas privadas prestadoras de *serviços* de saúde (seguradoras, hospitais privados etc.).

mente distanciar-se dos carecimentos humanos que lhes impulsionam (ou ‘deveriam’ lhes impulsionar), sendo que o processo de retorno, ou seja, de aplicação da produção científica na forma de tecnologias, pode se dar de maneira relativamente contraditória com esses últimos.

Operando, assim, dentro dos limites de premissas *objetivas* – carregadas de *valores* –, que são categórica e incontestavelmente impostas pelo quadro estrutural da própria divisão social do trabalho dominante, a ciência fragmentada e dividida é direcionada para tarefas e problemas *reificados* produzindo resultados e soluções *reificados*. Como resultado, a ciência torna-se não apenas *de fato*, mas *por necessidade* – em virtude de sua constituição objetiva sob as relações sociais dadas –, *ignorante e despreocupada* quanto às consequências sociais de sua profunda intervenção prática no processo de reprodução social expandida. E visto que a ciência, em sua operação “normal”, e por sua constituição, é separada da luta social que decide seus valores tacitamente assumidos, a aceitação acrítica da *ausência de mediações* da prática cotidiana fragmentada da ciência gera e mantém viva a ilusão, amplamente difundida, de suas “autodeterminações não ideológicas” e de sua “des-

vinculação” em relação aos valores.  
(MÉSZÁROS, 2004, p.270)

Muitas vezes, embora se possa estar atendendo aos carecimentos em sua forma instrumentalizada pela ciência, processo expresso na frequente perseguição frenética do êxito técnico (veja-se a centralidade dada pelos profissionais aos parâmetros laboratoriais de ‘normalidade’ como guia da prática), o mesmo não se pode dizer a respeito da capacidade de atendimento aos carecimentos em sua forma concreta que movem cada sujeito particular aos serviços de saúde, capacidade que expressaria o ‘sucesso prático’ (AYRES, 2006).

O que está em questão é, aqui também, o papel do agente de trabalho em criar teleologicamente um projeto de intervenção, tendo por referência as determinações de seu objeto-sujeito, e, além de executá-lo, controlá-lo, dirigindo-o a fim de obter o produto necessário à satisfação do carecimento do sujeito que o procura.

Essa ‘compatibilização’ entre o atendimento aos carecimentos concretos dos sujeitos, o sucesso prático, e o respeito às diretrizes científicas como normatizadoras da prática, o êxito técnico, somente podem ser realizadas pelo trabalho vivo em ato, ou seja, pela atuação reflexiva e crítica de seus agentes. O que se questiona é: podem os trabalhadores da saúde contemporâneos, face às transformações às quais estão sendo eles mesmos impulsionados, além de seu ‘objeto’, seus meios e suas condições de trabalho, exercer esse papel de forma satisfatória?

De fato, a alienação contemporânea dos agentes em relação ao objeto, aos fins e aos instrumentos de trabalho é parte de um movimento mais amplo cujo cerne é a perda progressiva de controle dos processos produtivos pelos próprios produtores. Tal movimento, ao contrário de ser privilégio do trabalho médico, ou do trabalho em saúde, como sabemos, constitui-se na realidade como dinâmica predominante dos processos de trabalho sob relações capitalistas. A socialização crescentemente alicerçada na propriedade alienada dos meios de produção, na divisão técnica do trabalho e em práticas heterodeterminadas conduz à subordinação dos sujeitos pelos instrumentos e pelas relações sociais e suas instituições, produzindo o afastamento da possibilidade da concretização da ‘autoconsciência’ e da ‘omnilateralidade’ no plano concreto-particular (ANTUNES, 2006; LESSA, 1997).

Essa subordinação dos agentes de trabalho pelas unidades produtivas tem como consequência não somente as implicações identificadas como ‘deficiências’ no atendimento aos carecimentos dos sujeitos que sofrem, como é o caso das críticas correntes à desumanização dos serviços de saúde, mas também se estabelece um cenário onde as condições de trabalho, por se configurarem alheias às intencionalidades e sentimentos de seus agentes, podem se mostrar como produtoras de sofrimento também para estes (LACAZ, SATO, 2006). Elementos como perda de controle sobre ritmo e intensidade do trabalho, subordinação das condições de trabalho à racionalização de base empresarial – o que não raramente implica precarização destas, com

consequências tanto para usuários, quanto para trabalhadores –, tendência à vinculação dos salários à dinâmica de mercado, além das diversas restrições sobre a autonomia técnica e o agir reflexivo, essa série de fatores conforma com várias especificidades uma singular, porém incontestável, dinâmica alienadora sobre a maioria dos trabalhadores da saúde, cujas implicações mais profundas podem ser assim sintetizadas:

- A alienação dos trabalhadores da saúde em relação ao sujeito demandador do cuidado, seus carecimentos, suas determinações, expressa a alienação não somente em relação a outros homens particulares, mas à própria ‘genericidade’ em seu devir, ao humano-genérico, posto que é isso que os sujeitos expressam, para além de suas particularidades, em suas interações;

- O estranhamento dos trabalhadores da saúde em relação às determinações sociais de seu ‘objeto’ e suas práticas, por sua vez, expressa a predominância de uma relação alienada com as objetivações humanas, como as relações sociais, que aparecem reificadas, fetichizadas, naturalizadas e, conseqüentemente, dotadas de autonomia contra a qual os sujeitos nada podem fazer além de subordinarem-se, mais ou menos passivamente;

- Podendo relacionar-se de forma alienada com os componentes de seu trabalho – ‘objeto’, objetivo e meios – é de sua própria ‘atividade vital’, sua objetivação (seu objetivar-se) como marca humana no mundo, que os trabalhadores da saúde se alienam. Assim, eles podem passar a ver sua atividade (o trabalho) como algo externo e estranho, e

não como forma de vínculo com o gênero; sendo assim não se sentem afirmados, reconhecidos em sua atividade que, ao contrário de proporcionar-lhes satisfação, pode lhes proporcionar descontentamento, sofrimento.

Destarte, o trabalho – atividade responsável pela produção social da vida – que deveria tornar-se o elo do indivíduo com o gênero humano pode tornar-se, também para os trabalhadores da saúde, um meio individual de garantir a sobrevivência particular; ao invés de se reconhecerem nos outros homens, e em sua atividade, eles podem estranhá-los. Considerada desse ângulo subjetivo, a alienação (*Entfremdung*), também no Trabalho em Saúde, refere-se à problemática do não reconhecimento de si – de sua marca humana – nas objetivações humanas, em sua atividade e nos demais homens. (GOMES, 2010; MÉSZÁROS, 2006).

Evidência irrefutável da consolidação de dinâmicas alienantes no interior do Trabalho em Saúde é, a nosso ver, o atual ‘emergir’ de estudos e dados acerca das condições de sofrimento de seus agentes<sup>5</sup>.

Faz-se necessário, contudo, algumas ressalvas. Se são inegáveis as evidências de que a ‘mecanização’ e subordinação ao instituído parecem consolidar-se, também não são pequenas as evidências de que os agentes reagem em tentativas constantes de reconquistar seu protagonismo, sendo que a raiz de tal reação encontra-se na peculiaridade do trabalho em saúde que impede a ‘subsunção real’ de seus

---

<sup>5</sup> Veja-se o grande número de pesquisas atuais tendo por temática a análise do perfil de adoecimento dos profissionais de saúde, utilizando-se, por exemplo, do substrato teórico da Síndrome de Burnout.

agentes, aspecto constituidor, a nosso ver, de uma dinâmica criadora permanente que configura cenários para o desenvolvimento potencial de movimentos contra-alienadores.

Esses movimentos, contudo, não se desenvolvem de forma homogênea, configurando-se, de fato, o Trabalho em Saúde como um cenário multifacetado, com diferentes apresentações e graus de profundidade da alienação em seu interior. Em relação aos diferentes trabalhadores e atividades específicas componentes do processo produtivo em saúde, pensamos que a dinâmica propiciadora de alienação é tanto mais hegemônica quanto menos o elemento criador, subjetivo, do trabalho em ato esteja presente em relação aos processos ‘mecanizadores’. Ou seja, quanto menos essas práticas contenham de componente reflexivo, de possibilidade de elaboração pelo agente de trabalho de um projeto de ação comandado pelo trabalho vivo em que a subjetividade do trabalhador comande os meios de trabalho, maiores são as possibilidades de alienação no trabalho em saúde. Para isso influenciará determinadamente a forma de inserção produtiva dos diferentes trabalhadores do setor saúde, onde se diferenciam com base em aspectos como o grau de predominância das dimensões manual ou intelectual na prática, o grau de hierarquia no processo de trabalho, o grau de precarização das condições de trabalho, o grau de controle sobre a própria atividade (autonomia técnica), entre outros.

Menos que um estado, portanto, a alienação é um realizar-se e desrealizar-se permanente no interior do Trabalho em Saúde, como expressão da tensão contraditória

e permanente que vivenciam seus agentes no cotidiano. A tensão entre o 'deixar-se arrastar' pela tendência mecanizadora/alienadora instituinte e o 'resistir', valendo-se da sua condição de sujeito portador de posição teleológica, ou seja, portador da possibilidade de elaboração do projeto e de sua execução reflexiva. Essa luta permanente nem sempre é reconhecida de tal forma pelos sujeitos envolvidos, sendo que geralmente ela aparece 'velada' na forma de conflitos e antagonismos entre os diversos atores existentes nas práticas de saúde como, por exemplo, nos conflitos entre trabalhador e usuário, trabalhadores e instituições/serviços de saúde, trabalhadores e empresas do complexo médico industrial etc. (GOMES, 2010).

Como a alienação 'caminha' unida indissociavelmente à humanização, cabe sempre enfatizar os avanços fantásticos advindos do processo de racionalização e padronização ao qual é impelida a biomedicina e o Trabalho em Saúde, expressão particular do desenvolvimento das forças produtivas do trabalho humano a graus cada vez mais ampliados. A tendência crescente a demandas exigentes por um agir mais complexo e reflexivo por parte dos agentes não anula os ganhos em termos de capacidade de intervenção humana sobre condições de sofrimento advindos do desenvolvimento científico-tecnológico do Trabalho em Saúde, ganhos que, a nosso ver, devem ser identificados ao processo mais amplo de humanização das práticas de saúde.

O 'abismo' entre gênero e sujeitos particulares mostra-se, assim, de uma profundidade dramática e aparente-



mente intransponível. Esse ‘abismo’ pode ser apreendido, por exemplo, através da comparação entre a complexificação crescente do trabalho em saúde e suas repercussões no plano dos seus sujeitos concretos. O desenvolvimento científico extraordinário ao longo do último século, e suas derivações tecnológicas, tanto através das várias ciências e disciplinas constituintes da biomedicina, quanto com as demais ciências e disciplinas que hoje já se dedicam à produção de saberes e práticas acerca da saúde-doença, como as disciplinas da saúde coletiva, além das ciências humanas, econômicas, políticas etc., todo esse confluir conforma o trabalho em saúde como um conjunto de saberes e práticas sociais das mais ricas e complexas existentes na sociedade contemporânea. Por outro lado, essa complexidade e riqueza confrontam-se com o grau extremo de limitação ao qual estão subordinados os sujeitos concretos operadores das práticas, não somente em razão do aprofundamento da divisão técnica do trabalho, mas principalmente devido à subsunção dos processos de trabalho a dinâmicas crescentemente reificantes. Os processos de sofrimento humano e suas abordagens, identificados cada vez mais, no plano humano-genérico, à ideia de amplidão, complexidade e interdependência, contrastam nos níveis concreto-particulares com processos cujas objetivações em saberes e intervenções mostram-se fragmentadas, restritas e, não raro, alienantes (GOMES, 2010).

Esse cenário resume-se na evidência de que quanto mais se amplia e complexifica o ‘objeto’ das práticas de saúde, mais se restringe o ‘objeto’ de cada agente concreto, e

mais se homogeneízam, simplificam e ‘rotinizam’ suas atuações, ainda que tais atuações tornem-se progressivamente mais científicas, além de crescentemente complexas se tomado por referência o trabalhador coletivo. Vê-se aqui uma expressão singular da contradição gênero-indivíduo manifesta na dialética humanização-alienação: a complexidade e riqueza expressas no trabalhador da saúde coletivo, e em seu ‘objeto’, são erigidas, e caminham de ‘mãos dadas’, com o empobrecimento dos agentes individuais.

### *Humanização e Emancipação: o ser e o não ser da alienação*

No caso do trabalho em saúde, a tensão e contraditoriedade da relação ‘Humanização-Alienação’ adquirem intensidade em graus dificilmente tão evidentes em outras formas de prática social. Afinal, que outra forma de prática humana recebe a ‘incumbência’ de operar sobre o sofrimento humano, sofrimento este determinado, em última instância, como resultado da alienação no plano individual e coletivo, sendo que este próprio operar pode ser (re)produtor de relações estranhadas, alienadas, entre os sujeitos e suas objetivações e, ao mesmo tempo, questionador de tal dinâmica?

Essa particularidade conforma o Trabalho em Saúde, talvez em grau maior que a maioria das outras práticas sociais, como espaço privilegiado para a apreensão da dialética humanização-alienação. Atuar sobre o sofrimento, ainda que tomado individualmente, produz, em tese, uma

condição potencialmente constituidora do estabelecimento de relações mais conscientes dos sujeitos com a genericidade. Estaríamos nos referindo então a um potencial ‘descortinador’ da alienação, intrínseco ao trabalho em saúde, visto que abordar o sofrimento envolve tanto apreender os resultados de ‘abismos’ entre os sujeitos e o gênero, quanto tentar manipulá-los.

No campo das práticas de saúde configura-se em grau extremo a alienação das necessidades humanas – pense-se no congelamento de cadáveres para serem “ressuscitados” no futuro, pense-se na sinistra dialética dos transplantes de órgãos de jovens saudáveis mortos em acidentes epidemiologicamente previsíveis, pense-se no contraste entre o custo social das técnicas de alimentação parenteral e a mortalidade associada à desnutrição. O orgulho pela criatividade científica e tecnológica do gênero humano turba-se pela extrema pobreza de espírito e pela extrema miséria com que é obrigado a andar de par. Paradoxalmente, entretanto, este é também um dos campos em que o caráter antinômico do capitalismo é primeiro e melhor percebido: já porque é a própria “necessidade social” do capitalismo que fundamenta, mesmo que de forma canhestra, a ilegítimi-

dade das diferenças dentro do gênero humano, através de práticas, entre as quais as de saúde, que em qualquer dos seus modelos fundam-se biologicamente na abolição de diferenças substantivas entre os homens. Que os mesmos modelos, abstraindo as diferenças e desigualdades reais, colaborem para a reprodução de ideologias que não querem ver essas diferenças e desigualdades como estruturais, isto é apenas um lado da moeda; desde sua gênese nos séculos XVII e XVIII, as práticas de saúde do capitalismo foram sempre um campo hipersensível para a percepção do contraditório. (MENDES-GONÇALVES, 1992, p. 49).

As maneiras de abordar esses ‘abismos’ podem ser diversas, mas sempre, em algum grau, humanizadoras. Senão vejamos: um profissional de saúde ao abordar uma condição de sofrimento apresentada por um indivíduo tendo por referência apenas o êxito tecnicamente alicerçado na biomedicina contribui, em alguma medida, para tornar acessível para esse indivíduo particular aspectos da ‘genericidade’, ou seja, contribui para o estabelecimento de uma forma de ‘atualização’ do indivíduo concreto em relação ao gênero tendo por ‘guia’ sua condição de sofrimento. Ao se apropriar de objetivações humanas, sob as relações sociais atuais, ele está se humanizando. O que acontece, todavia,

é que tal relação com o gênero se dá de forma inconsciente e espontânea, fazendo com que esse sujeito viva no plano particular a ‘genericidade-em-si’, ou seja, estabelece-se uma relação reprodutora de seu estar no mundo, um devir ‘a reboque’ das relações sociais, significadas como autônomas, naturais. Isso é diferente, sempre é importante lembrar, de quando os sujeitos apropriam-se de objetivações genéricas que lhes permitem colocarem-se no mundo como sujeitos potenciais de seu devir, e não somente como ‘objetos’ das reificadas relações sociais, podendo nesse caso se constituir a ‘genericidade-para-si’, ou seja, podendo-se estabelecer relações conscientes com o gênero (DUARTE, 1993; LUKÁCS, 1981a).

Analisar, portanto, a relação dos homens com suas condições de sofrimento e com as práticas de saúde tendo por referência a dialética humanização-alienação significa reconhecer a existência de um processo permanentemente humanizador. Esse processo permanentemente humanizador, no entanto, se dá contraditoriamente inter-relacionado com uma dinâmica alienadora, em maior ou menor grau. É quando a dimensão de alienação encontra-se predominante, hegemônica, subordinadora mesmo da dimensão humanizadora das práticas que, a nosso ver, expressam-se dinâmicas que tendem a ser hodiernamente denominadas como ‘desumanizantes’.

Destarte, coerentes com arcabouço teórico-epistemológico que nos guia, pensamos que a utilização do termo ‘desumanização’ somente faz sentido se compreendido, não como referência a processos caracterizados pela ausência ou

supressão do humano ou do humanizar-se, mas como descrição de uma negação contraditória da humanização por outra tendência. Visto que uma negação somente pode se referir a algo que existe, algo que está sendo, ela expressa a contradição entre duas tendências em luta permanente. Portanto, a idéia de desumanização, a nosso ver, refere-se à expressão dessa dialética humanização-alienação em uma sua conjuntura, um seu momento, sempre provisório, por definição, em que o polo alienação predomina sobre seu contrário, mas não o anula.

Como consequência dessa reflexão, ao caracterizarem-se determinadas práticas, relações ou projetos como humanizadores, ou humanizantes, do mesmo modo, estar-se-á descrevendo um momento dessa dialética em que o polo humanização predomina, subordina seu contrário, mas tampouco o anula.

Na 'sociedade antagônica' em que vivemos, os processos sociais que constituem a alienação, como vimos discutindo, não podem ser localizados em um ou outro aspecto isolado das interações entre os homens e destes com o mundo, visto que permeia a totalidade social em suas mais 'recônditas esquinas'.

Isso, se por um lado, evidentemente, afasta a ideia da possibilidade de superação da alienação no interior das práticas de saúde em meio a uma totalidade social 'externa' alienante, por outro lado, tal constatação evidencia o papel de cada forma de práxis humana, como aquelas relacionadas à saúde-doença, como potencialmente permeada por lutas constantes entre tendências reprodutoras da alienação

e tendências tensionadoras dessa dinâmica instituída/instituinte. As raízes dos movimentos embrionários de superação da alienação devem ser buscadas, não somente no plano ético-individual, senão no próprio movimento objetivo da realidade que coloca constantemente para os sujeitos a produção de carecimentos cujas respostas podem extrapolar as possibilidades das relações sociais predominantes. Trata-se aqui, por exemplo, de necessidades que recebem a caracterização de ‘radicais’, no sentido de que seu atendimento não encontra possibilidades de efetivação no interior da socialidade instituída (MENDES-GONÇALVES, 1992).

Se há uma característica fundamental do Trabalho em Saúde é sua capacidade de expressar e ‘instaurar’ necessidades e, visto que nem todas podem ser passivamente ‘absorvidas’ pelas relações sociais instituídas, pode-se inferir daí o potencial problematizador-questionador que os cenários em que se realizam as práticas de saúde podem conter (SCHRAIBER, MENDES-GONÇALVES, 2000).

Caso nos detenhamos com atenção sobre as várias crises, tensões, conflitos e sofrimentos presentes no interior das práticas de saúde, alguns dos quais buscamos apreender e problematizar ao longo deste texto, poderemos perceber vários movimentos expressantes de carecimentos que podem ‘mirar’ a efetivação de um devir mais livre e autoconsciente dos sujeitos. Todo projeto ou movimento que se pretende contradésumanizador deve necessariamente partir dessas expressões de forma a dar-lhes ‘espaço’ e reforçá-las em sua potencialidade contradésumanizadora.

Quando, por exemplo, o usuário dos serviços de saúde tensiona o tradicional papel submisso de ‘paciente’, buscando informações que lhe propiciem um melhor conhecimento acerca de suas condições de saúde-doença com vistas a uma maior participação dos rumos da abordagem de seu caso, há, ainda que de forma latente e restrita, um movimento de busca pela autoconsciência, pela superação de uma forma particular do ‘estar-sendo’ alienado. Se tal dínamo conforma-se, como consequência das relações sociais predominantes, sob a manifestação restrita do ‘cidadão-consumidor’ individualista reforçadora da medicalização social, e não do sujeito particular como protagonista consciente de uma condição humano-genérica, isso é parte importante, e provavelmente hegemônica, do movimento, contudo não anula suas contraditórias tendências em luta.

Algumas análises, diferentemente de apreenderem esses movimentos contemporâneos, em sua maioria embrionários, como expressão de um devir, que pode ‘mirar’ uma vida mais livre, plena e emancipada dos sujeitos, buscam respostas às questões da desumanização do Trabalho em Saúde tendo por referência práticas historicamente superadas, expressões de relações sociais já inexistentes.

O fato de localizarmos as raízes da desumanização nos processos alienadores, entendendo o plano das relações interpessoais, como aquele entre profissional de saúde e usuário, como manifestação particular de uma totalidade mais ampla e complexa, nos leva à conclusão de que a construção de projetos que tenham como objeto de fato a humanização



das práticas de saúde devem necessariamente estar alicerçados em concepções de ‘humanização da sociedade’ (GOMES, 2010; MÉSZÁROS, 2006).

Com efeito, cabe ressaltar que nenhum processo de humanização pode ignorar um elemento cujo caráter ontológico é irrefutável. Qual seja: os processos através dos quais os sujeitos produzem sua existência material – o trabalho – e sua centralidade<sup>6</sup> na constituição do ‘Ser Social’, aí incluídos os modos de vida dos diferentes indivíduos e coletividades.

Desse modo, diferentemente de concepções que vislumbram a possibilidade de uma vida mais rica somente relacionada ao plano do não trabalho, ao plano da fruição e do ócio, pensamos como Antunes (2006:175), que:

Uma vida cheia de sentido *fora* do trabalho supõe uma vida dotada de sentido *dentro* do trabalho. Não é possível compatibilizar trabalho *assalariado, fetichizado e estranhado* com *tempo (verdadeiramente) livre*. Uma vida desprovida de sentido no trabalho é *incompatível* com uma vida cheia de sentido fora do trabalho. Em alguma medida, a esfera fora do trabalho está *maculada* pela *desefetivação* que se dá no interior da vida laborativa.

<sup>6</sup> Cabe sempre aqui a necessária ênfase no reconhecimento da existência da dialética humanização-alienação permeando todas as esferas da socialidade, inclusive aquelas não diretamente relacionadas ao trabalho. Isso porque a relação objetivação-apropriação é compreendida por nós como a dinâmica fundamental da formação do gênero humano e dos indivíduos, sendo o trabalho apenas uma, ainda que a principal, manifestação dessa dinâmica. Porém, como nosso objeto aqui se refere ao Trabalho em Saúde, não poderemos nos deter a essas outras, e também interessantes e ricas, temáticas.

Essa constatação é ainda mais importante quando analisamos especificamente o caso dos trabalhadores da saúde. Com sua multiplicidade de empregos, extensão de jornadas, intensificação do ritmo de trabalho e grau de desgaste e sofrimento psíquico advindo das formas como se constituem suas atividades, a esfera de não trabalho representa de fato, e cada vez mais, apenas o ‘espaço-tempo’ de ‘restauração’ da capacidade laborativa.

Embora não se constitua no objetivo deste texto, as reflexões até aqui desenvolvidas quase naturalmente ‘deságuam’ em algumas ‘constatações programáticas’ que, pensamos, devem estar associadas aos projetos e práticas que se pretendam contradesumanizadores. Listamos abaixo as principais de forma bastante sintética, visto que suas raízes se encontram analisadas e desenvolvidas ao longo do texto.

– A necessidade de (re)centramento dos sujeitos no interior dos processos produtivos em saúde. Faz-se necessário reforçar as iniciativas que propiciem o desenvolvimento do ‘agir autoconsciente’, o fortalecimento do caráter reflexivo e criador do trabalho, subordinador dos instrumentos, como manifestação do papel de protagonistas dos sujeitos em sua ‘atividade vital’.

– A necessidade de ampliação do controle sobre os processos produtivos em saúde pelos sujeitos envolvidos. A subordinação do trabalho morto pelo trabalho vivo envolve necessariamente a superação de formas heterônomas de controle dos processos de trabalho por formas não somente ‘mais democráticas’, mas pela construção efetiva de práticas autogestionárias, expressão no plano coletivo do

devir autodeterminado dos sujeitos. Diferentemente de uma defesa corporativa e conservadora das ‘autonomias profissionais’, muito em voga atualmente, a superação da reificação exige técnica e socialmente o compartilhar coletivo do controle das práticas de saúde por quem as produz. Visto que as práticas de saúde são necessariamente práticas relacionais, não somente entre seus agentes, mas também entre cuidador e demandador do cuidado, cabe ressaltar o papel que também devem desempenhar esses últimos nessas novas e necessárias experiências cogestionárias como condição fundamental para a superação do antagonismo entre ‘causalidade’ e ‘teleologia’, entre necessidades socialmente constituídas e agir autodeterminado dos sujeitos, antagonismo este fruto da reificação das relações sociais.

– A necessidade de reforço às iniciativas universalizantes do acesso aos serviços de saúde. Se é verdade que a propaganda igualdade formal expressa e ideologicamente reproduzida pelo Estado constitui-se como importante sustentáculo das relações sociais estabelecidas, também não o deixa de ser o fato de que a luta pelo estabelecimento de setores da produção social de bens e serviços sob controle exclusivo estatal abre perspectivas de politização acerca do caráter das necessidades sociais. A compreensão da saúde como ‘direito humano-genérico’ que não pode estar subsumido à forma mercadoria pode contribuir para colocar em questão na sociedade a própria legitimidade dessa forma – mercantil – de relação social no atendimento aos carecimentos humanos.

– A necessidade de se excluir o setor saúde do ciclo direto de acumulação e reprodução do capital. A supera-

ção da saúde sob a forma mercadoria não é possível sem que a própria produção científico-tecnológica – fármacos, equipamentos, hospitais etc. – deixe de estar subsumida à dinâmica da acumulação capitalista, passando a se desenvolver sob controle social como condição indispensável para a superação da relação de alienação entre sujeitos e produções científicas.

– A necessidade de superação das dinâmicas reprodutoras da medicalização social. Contribuir para que os sujeitos e coletividades superem a alienação em relação ao gênero humano, construindo-se como protagonistas de seu dever, envolve a politização acerca das determinações dos processos geradores de sofrimento e suas formas de abordagem pela sociedade. Somente assim a ideia de saúde poderá deixar de se restringir à ideia de consumo de serviços de saúde (leia-se serviços abordadores das doenças) para passar a significar também, e fundamentalmente, a busca pela constituição de vidas mais plenas de sentido.

– A constituição de novos sujeitos. Os modos de apropriação das objetivações humanas pelos indivíduos precisam superar a forma ‘usuário-consumidor’ para se constituir em mecanismos através dos quais eles possam estabelecer relações verdadeiramente conscientes com o gênero, como protagonistas críticos de seu estar sendo no mundo. Somente assim as práticas de saúde poderão realizar-se, tanto no plano dos agentes quanto dos usuários, como contribuições para a constituição do que Lukács (1981a) denomina como ‘homem inteiramente’ (Ganzermensch).

Todas essas ‘constatações programáticas’ resumidamente sintetizadas acima devem ser lidas tendo como referência duas perspectivas. Primeiro sob o ponto de vista de humanização dos indivíduos, em geral; referimo-nos aqui ao processo de apropriação pelos indivíduos de objetivações humanas historicamente constituídas, o que progressivamente os socializa, os ‘atualiza’, em maior ou menor grau, em relação ao estágio em que se encontra o desenvolvimento da humanidade. Isso pode se expressar, por exemplo, na garantia de maior acesso pela população em geral aos serviços de saúde, na garantia de serviços com melhor qualidade e resolutividade, na integralidade da atenção, na ‘abertura’ mais democrática dos profissionais e instituições para ‘absorção’ dos carecimentos expressos pelos usuários etc. Esse movimento significa o reforço à dimensão humanizadora da dialética humanização-alienação por nós analisada.

A segunda perspectiva, que se deve ter em vista ao analisar as ‘constatações programáticas’ acima listadas, refere-se às possibilidades de desenvolvimento de projetos, relações e práticas cujo motor se encontra na busca de um devir, não apenas humanizador, mas emancipador dos sujeitos. Essa segunda perspectiva somente pode existir a partir da superação da anterior – humanização –, sendo que como superação, ou ‘suprassunção’ (*Aufhebung*), deve-se compreender o movimento que, ao mesmo tempo em que ‘abole’ o estado anterior, o eleva a um patamar qualitativamente superior (MARX, 2004; MÉSZÁROS, 2006).

Essas duas perspectivas não devem ser tomadas nem como iguais, nem como antagônicas, portanto, senão como

manifestações contraditórias de um mesmo movimento, permeado tanto por acúmulos quanto por rupturas, que a totalidade social impele. Expliquemo-nos.

Projetos que tenham por objeto central, por exemplo, a construção de sistemas e serviços de saúde que garantam o acesso universal e a qualidade no atendimento às necessidades dos usuários, embora, a nosso ver, se constituam em projetos de caráter necessariamente humanizador, como consideramos acima, podem não se constituir, necessariamente, como ‘miradores’ de práticas emancipatórias. Garantir o atendimento às necessidades não contém necessariamente a perspectiva de ‘problematização’ e politização a respeito das determinações desses carecimentos e de suas respectivas formas de abordá-los, por exemplo. A universalização da assistência pode ter como um de seus resultados possíveis, e prováveis, a ampliação da medicalização social e suas implicações, como o direcionamento dos esforços humanos e materiais da sociedade para a manutenção de determinadas formas de atender às necessidades que, em última instância, às reproduzem como reificadas e naturalizadas. Por outro lado, não se pode vislumbrar a constituição de relações sociais emancipadoras dos sujeitos que não impliquem necessariamente a ‘socialização’ do acúmulo histórico do gênero humano no plano dos indivíduos concretos que o constroem. Por isso, entendemos as perspectivas humanizadoras, como a universalização do acesso aos serviços, como um cenário necessário, mas não suficiente para a produção de práticas emancipatórias.

As iniciativas pela garantia do acesso e qualidade dos serviços de saúde trazem em si uma luta latente. Tal 'luta' traz como seu conteúdo, muitas vezes inconsciente, a busca dos sujeitos por apropriarem-se das objetivações humanas, desse acúmulo sintetizado no gênero, utilizando-o no plano concreto da práxis onde seu sujeito pode, complexificando-se e enriquecendo-se, estabelecer uma relação, não 'muda', mas 'consciente' com a genericidade. O caráter das relações sociais hegemônicas impele, todavia, tal movimento em direção contrária, ou seja, conforma a tendência de subordinação dos sujeitos pelas objetivações, o que, se não os afasta do gênero, faz com que estabeleçam uma relação alienada com ele, fazendo com que tenda a predominar a 'genericidade-em-si', o mero acesso acrítico ao 'consumo', ao 'ter'.

É desse cenário de luta permanente que podem emergir, e emergem, projetos e práticas de caráter emancipatório, ou seja, práticas que miram o 'armar' dos sujeitos a fim de que possam protagonizar seu 'estar sendo' no mundo através do estabelecimento de uma relação consciente com o gênero, uma relação onde predomine a 'genericidade-para-si' (GOMES, 2010).

Destarte, a problemática da alienação no plano das práticas e processos de trabalho em saúde, com suas inegáveis implicações desumanizadoras, e os possíveis movimentos no sentido de sua superação, ao mesmo tempo em que possui bases objetivas postas pela dinâmica das relações sociais existentes, também é fruto do 'posicionar-se no mundo' dos sujeitos e grupos, ou seja, está diretamente re-

lacionada à dimensão ético-política do agir, encontrando-se, essas duas dimensões, dialeticamente inter-relacionadas.

Buscamos ao longo deste texto ressaltar essa problemática e algumas de suas implicações para os projetos e práticas que vislumbrem na luta pela humanização da saúde também a tentativa de constituição pelos sujeitos de modos de vida mais ricos e plenos de sentido, permeados pela ‘autoconsciência’, ‘autodeterminação’ e ‘omnilateralidade’, processo sem o qual, a nosso ver, qualquer tentativa de humanização das práticas de saúde pode se mostrar inevitavelmente frustrante.



## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, G. S. C. *As determinações do capital sobre a formação do trabalhador na saúde: um estudo sobre reformulações curriculares em dois cursos de medicina do Paraná*. 2009. Tese (Doutorado em Educação) - Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2009.

ALMEIDA, A. L. O. *Distribuição de Renda e Emprego em Serviços*. Rio de Janeiro: IPEA/INPES, 1976. (Relatório de Pesquisa, 34).

ALMEIDA, W. J. M.; SILVA, M. C. *Dinâmica do Setor Serviços no Brasil: Emprego e Produto*. Rio de Janeiro: IPEA/INPES, 1973. (Relatório de Pesquisa, 18).

ALMEIDA-FILHO, N. Modelos de determinação social das doenças crônicas não transmissíveis. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.9, n.4, p.865-884, out./dez. 2004.

ANTUNES, R. *Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho*. São Paulo: Boitempo Editorial, 2006.

AROUCA, S. *O dilema preventivista: contribuição para compreensão e crítica da medicina preventiva*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

AYRES, J. R. C. M. *Sobre o Risco*. São Paulo: Hucitec, 2002.

\_\_\_\_\_. Cuidado e humanização das práticas de saúde. In: DESLANDES S. (Org.). *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E.A. Humanização como dimensão pública das políticas de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.10, n.3, p.561-71, jul./set. 2005.

BREILH, J. *Epidemiologia crítica: ciência emancipadora e interculturalidade*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

CAMPOS, G. W. S. *Reforma da Reforma*. São Paulo: Hucitec, 1992

DESLANDES, S. F. (Org.). *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

DONNANGELO, M. C. F. *Medicina e Sociedade: o médico e seu mercado de trabalho*. São Paulo: Pioneira, 1975.

DONNANGELO, M. C. F. Saúde e Sociedade. In: DONNANGELO, M. C. F.; PEREIRA, L. *Saúde e Sociedade*. São Paulo: Livraria Duas Cidades, 1976.

DUARTE, N. *A individualidade para-si: contribuição para uma teoria histórico-social da formação do indivíduo*. Campinas: Autores Associados, 1993.

FLEURY, S. Reforma do estado, seguridade social e saúde no Brasil. In: MATTA, G. C.; LIMA, J. C. F. (Org.). *Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica*. 4.ed. Rio de Janeiro: Forense universitária, 1994.

GOMES, R. M. *Trabalho Médico e Alienação: as transformações das práticas médicas e suas implicações para os processos de humanização/desumanização do trabalho em saúde*. 2010. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

\_\_\_\_\_. *As mudanças no mundo do trabalho e a qualificação do trabalho em saúde*. 2006. Dissertação (Mestrado em Educação) - Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2006.

HELLER, A. *O cotidiano e a história*. 7.ed. São Paulo: Paz e Terra, 2004.

LACAZ, F. A. C.; SATO, L. Humanização e qualidade do processo de trabalho em saúde. In: DESLANDES S.F. (Org.). *Hu-*

*manização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas.* Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

LESSA, S. *Trabalho e ser social.* Maceió: EUFC-EDUFAL, 1997.

LUKÁCS, G. L'estraniazione. In: *Ontologia Dell'Essere Sociale.* Versão italiana de Alberto Scarponi, a partir da cópia datilográfica da redação em alemão. Preparada por Ferenc Bródy e Gábor Révai, e revista por G. Lukács. Tradução de Maria Norma Alcântara Brandão de Holanda. Roma: Riuniti, 1981a.

\_\_\_\_\_. Il momento ideale nell' economia e sulla ontologia del momento ideale. In: *Ontologia Dell'Essere Sociale.* Versão italiana de Alberto Scarponi, a partir da cópia datilográfica da redação em alemão. Preparada por Ferenc Bródy e Gábor Révai e revista por G. Lukács. Tradução de Maria Angélica Borges com a colaboração de Silvia Salvi. Roma: Riuniti, 1981b.

MARX, K. *Contribuição à Crítica da Economia Política.* São Paulo: Martins Fontes, 1977.

\_\_\_\_\_. *Historia Crítica de la Teoría de la Plusvalía.* Tradução em espanhol de Karl Kaustky. Buenos Aires: Ediciones Brumario, 1974.

\_\_\_\_\_. *Los Fundamentos de la Crítica de la Economía Política.* Madrid: Comunicación, 1972.

\_\_\_\_\_. *Manuscritos econômico-filosóficos.* São Paulo: Boitempo, 2004

\_\_\_\_\_. *O Capital.* Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1968. 3 v.

\_\_\_\_\_. *O capital: crítica da economia política.* Livro 1. 18.ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.

\_\_\_\_\_. *Theories of Surplus Value.* Moscow: Progress Publishers, 1969.

\_\_\_\_\_. *Un Chapitre Inédit du Capital.* Paris: Union Générale d'Éditions, 1971.

MENDES-GONÇALVES, R. B. *Práticas de Saúde: processos de trabalho e necessidades*. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde, 1992. (Cadernos Cefor, 1).

\_\_\_\_\_. *Medicina e História: raízes sociais do trabalho médico*.

1979. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1979.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997.

MÉSZÁROS, I. *O poder da ideologia*. São Paulo: Boitempo, 2004.

\_\_\_\_\_. *A teoria da alienação em Marx*. São Paulo: Boitempo, 2006.

NOGUEIRA, R. P. *Capital e trabalho nos serviços de saúde*. Brasília; 1979.

\_\_\_\_\_. *A saúde pelo avesso*. Natal: Seminare Editora, 2003.

PAIM, J. S. *Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

PINHEIRO, R.; MATTOS R. A. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Hucitec; Abrasco, 2004.

POLACK, J. C. *La medicina del capital*. Madrid: Fundamentos, 1971.

PUCCINI, P.T.; CECÍLIO, L.C.O. A humanização dos serviços e o direito à saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.20, n.5, p.1342-53, set./out. 2004.

ROSEN, G. *Da polícia médica à medicina social: ensaios sobre a história da assistência médica*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

SANTOS, N. R. Política pública de saúde no Brasil: encruzilhada, busca e escolhas de rumos. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 13, n.2, p.2009-2018, mar./abr. 2008.

SCHRAIBER, L. B. *O médico e suas interações: a crise dos vínculos de confiança*. São Paulo: Hucitec, 2008.

SCHRAIBER, L. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. Necessidades de saúde a atenção primária. In: SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. *Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica*. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2000.

SINGER, P. *Força de Trabalho e Emprego no Brasil: 1920-1969*. São Paulo: CEBRAP, 1971. (Cadernos CEBRAP, 3).