Trabalho Médico e Capitalismo: Uma introdução à Economia Política dos Serviços de Saúde

Bolaño, César Ricardo Siqueira[1]
Silva, Luiz Marcos de Oliveira[2]

Resumo

O artigo se propõe a fazer uma breve revisão da literatura sobre o trabalho no setor de serviços de saúde, discutindo a perda da autonomia e a conseqüente proletarização dos trabalhadores que fazem parte do núcleo de atenção à saúde, especialmente os médicos. Mostra-se que o setor de saúde apresenta especificidades que o tornam um espaço de acumulação diferenciado, tanto em função de sua importância econômica e social quanto por se constituir num espaço claramente privilegiado de aplicação de novas tecnologias que, no entanto, são cumulativas e não substituem totalmente o trabalho intelectual.
Palavras-Chave: Serviços; Saúde; Subsunção; Capitalismo

Abstract

The article is intended to make a brief overview of the literature about the work in the health services sector, discussing the loss of autonomy medical work. It is shown that the health sector has got peculiar features which make it a differentiated space of capital accumulation, both regarding its social and economic importance and by constituting itself a clearly privileged space for the application of new technologies, which, however, are cumulative and not totally capable to replace intellectual work.

Keywords: Services; Health; Subsuntion; Capitalism.

[1] Jornalista pela ECA/USP, doutor pelo IE/UNICAMP, professor do DEE/UFS, bolsista de produtividade do CNPq. (bolano@ufs.br).
[2] Economista pela Universidade Federal de Sergipe (UFS). Mestrando em Economia Social e do Trabalho pelo Instituto de Economia da Universidade Estadual de Campinas (IE/UNICAMP) (lmarcos@eco.unicamp.br).

Introdução

O macro-complexo da saúde (SICSÚ *et al*, 2004), desde o final da década de 1980, tem sido o foco das atenções de economistas e outros cientistas sociais que perceberam que este, além de se constituir em um espaço de acumulação diferenciado, faz parte de um processo ainda mais amplo de reestruturação produtiva, no bojo do qual se conforma o que muitos vêm chamando de Economia do Conhecimento (FORAY, 2000). O setor das biotecnologias, em geral, e particularmente as biotecnologias médicas (BOLAÑO, 2003), é paradigmático do novo modo de regulação do capitalismo que vem se configurando a partir da crise dos anos 70, caracterizado por uma tendência ao apagamento de fronteiras entre trabalho manual e intelectual, manifesta na subsunção do trabalho intelectual, na intelectualização geral do consumo e dos processos de trabalho na indústria e no setor de serviços (BOLAÑO, 2002).

Nas instituições de saúde, a empresa não pode se apropriar totalmente do conhecimento e da tecnologia, porque o trabalho envolve o atendimento a individualidades humanas; a cada atendimento, faz-se necessária uma avaliação e indicação terapêutica específica. Segundo DOWBOR (1999: 36), o setor de saúde, articulado em torno do trabalho intelectual destes profissionais padeceria, assim, da falta de um paradigma organizacional próprio, adequado às suas particularidades, de modo que não se aplicariam a ele, conceitos convencionais da economia industrial (taylorismo, fordismo, toyotismo, *just in time*).

É claro que alguns desses conceitos guardam relação com as questões organizacionais pertinentes aos setores de serviços, e especificamente ao ramo da saúde.[3] Os modelos fordista e de acumulação flexível, em todo caso, não se referem a processos excludentes, mas simultâneos e vinculados, que influenciam de formas distintas os setores produtivos (de produtos tangíveis ou intangíveis), mas estão longe de captar a totalidade

[3] Segundo PIRES (1998: 67 e seg.), a influência do modelo taylorista-fordista na organização do trabalho no setor de serviços pode ser sentida nas atividades de escritório e também no processo de trabalho dos profissionais liberais. Nos escritórios, com o desenvolvimento do capitalismo, os trabalhadores dividem-se em diversos departamentos no interior das empresas, e também se estruturam com a contratação de serviços autônomos. O processo de trabalho, assim como nas fábricas, é controlado pelo capital, que compra a força de trabalho assalariada em grande escala, o trabalho nos escritórios se torna repetitivo, padronizado, e a gerência pratica a "racionalização taylorista", fracionando tarefas, controlando tempos e movimentos, com a finalidade de aumentar a produtividade. O trabalho intelectual fica a cargo do escritório e o trabalho manual é feito pelos "operários", que executam tarefas rotineiras que não justificam a classificação de trabalho intelectual.

das determinações do processo produtivo em saúde e das transformações por que este vem passando, dadas as especificidades do trabalho nessas áreas.

Por outro lado, o setor de saúde tem adquirido um expressivo grau de complexidade nas duas últimas décadas. De uma parte, pode-se ver a contração e sucateamento da atenção pública à saúde, diretamente relacionados às conseqüências da reestruturação produtiva sobre os estados nacionais. De outra, proliferam – em número e em importância econômica – as empresas de intermediação de serviços de saúde, como as de medicina de grupo, autogestão, planos administrados, cooperativas médicas e seguradoras.

Constitui-se, assim, todo um sistema financeiro interno ao ramo da saúde, ao mesmo tempo em que a função do Estado no setor se ajusta, servindo ao processo inovativo, cobrindo deficiências e ampliando o serviço a uma parcela maior da população, excluída do sistema de mercado. Coexistem, em geral, lógicas opostas (serviço público universal *versus* exclusão pelos preços, trabalho artesanal *versus* trabalho cooperativo), articuladas num modelo de regulação que tende, não obstante, a diminuir sensivelmente a possibilidade de exercer de forma autônoma a profissão médica, e a aumentar a penetração do capital.

Setor serviços, "doença de custos" e produtividade.

Há consenso entre os analistas em criticar a abrangência do termo "serviços" para caracterizar um conjunto grande de atividades, como se todas compusessem um único setor, incluindo: comércio, transportes, comunicações, serviços financeiros, administração pública e os chamados "outros serviços",[4] segundo definições da contabilidade nacional. É óbvio o caráter arbitrário da definição, que coincide simplesmente com o conjunto das atividades que não podem ser adequadamente classificadas nos setores primário e secundário da economia. Por isso, para OFFE (1995: 135), trata-se de uma categoria '*residual',* que inclui todos os tipos de trabalho - quer no sentido de emprego contratual ou de formas de organização do trabalho - que não poderiam ser rotulados como extrativos ou industriais.

De fato, há uma variedade de atividades incluídas no setor de serviços, coexistindo diferentes conceitos, classificações e tipologias (KON, 1999), o que denota uma

[4] Serviços técnicos profissionais, outros serviços empresariais, saúde, ensino, serviços comunitários, hospedagem e alimentação, doméstico remunerado, serviços pessoais e outros serviços distributivos

heterogeneidade e, por conseguinte, especificidades no tratamento de suas questões que foram potencializadas com as transformações ocorridas na passagem para o novo paradigma sócio-técnico. MILLS (1979: 12) agrupa as atividades de serviços em: a) *atividades gerenciais nas indústrias*; b) *profissões liberais* (como médicos);[5] c) *mundo das vendas*; d) *trabalhadores em escritório*. Os grupos diversificados de trabalhadores poderiam ser vistos como proletários em potencial, ou como uma forma sólida da classe média.

Em todo caso, podem-se definir as seguintes características como gerais a todos os serviços e que os distinguem tanto da indústria quando do setor agrícola: intangibilidade, intransferibilidade, caráter não estocável e simultaneidade dos atos de produção e consumo. Os serviços são consumidos tal como produzidos. Produção e consumo são atos coincidentes no tempo e no espaço. Daí decorre uma série de conseqüências, como a dificuldade de substituição do fator trabalho pelo capital. Ademais, o caráter pessoal da prestação do serviço favorece a fragmentação do mercado por vantagens de localização, o que, aliado à questão da simultaneidade dos atos de produção e consumo, faz com que haja importantes *"restrições à ampliação das escalas, fator limitante do uso da maquinaria e de modernas técnicas de organização do trabalho"* (MELO *et al*, 1998: 30 e seg.).

Seja como for, é fundamental distinguir os serviços privados dos estatais e comunitários, que apresentam lógicas de funcionamento muito diferentes, ou os sub-setores modernos, intensivos em capital, que se encontram hoje na ponta do progresso tecnológico, contra-restando a tendência, citada no parágrafo anterior, de dificuldades à introdução de novas tecnologias, daqueles tradicionais, intensivos em trabalho, cuja dinâmica apresenta um caráter marcadamente anticíclico, tendente a absorver, em ocupações geralmente precarizadas, o excedente de mão de obra que a indústria não tem capacidade de incorporar, ou ainda os serviços dirigidos ao consumo final daqueles chamados empresariais etc.

Muitas dessas características estão ligadas aos limites à subsunção do trabalho, muito presentes também nas indústrias culturais (BOLAÑO, 2000) e no conjunto da

[5] Para o autor, os profissionais liberais são trabalhadores com alto grau de especialização, treinados, com capacidade intelectual reconhecida e rendimentos médios significativamente elevados. Na passagem para a nova classe média, o grupo apresentou mudanças: a) *passaram a ser assalariados e não mais exercem suas atividades independentemente*; b) *passam a ser múltiplos especialistas* ao invés de possuírem conhecimento amplo e geral, suas atividades passam a ser fragmentadas, necessitando de muitos "assistentes" que executam operações rotineiras e dedicando-se a atividades gerenciais (MILLS, 1979: 131).

Economia do Conhecimento, com conseqüências sobre a estrutura de custos, redundando em limites também à expansão do setor. Nas últimas décadas, entretanto, como aponta OFFE, acentuou-se, uma expectativa de absorção pelo setor de serviços da mão-de-obra excedente - estruturalmente crescente nos outros setores da economia - estimulada pela difusão e desenvolvimento das tecnologias da informação e da comunicação e dos '*sistemas organizacionais associados'*, bem como pela *'sobrecarga dos orçamentos estatais'* (op. cit.: 132-133). Robert Castel mostra, a respeito desse crescimento do setor de serviços, que existe uma tendência de sub-contratação, agravada pela terceirização das atividades.

> Semelhante transformação não muda apenas a estrutura das relações de trabalho no sentido da predominância das relações diretas entre o produtor e o cliente (prestações de serviços propriamente ditas) e do caráter informacional e relacional crescentes das atividades. Tem uma incidência direta sobre a produtividade do trabalho. Em média, os ganhos de produtividade indicados pelas atividades industriais são o dobro daqueles do setor de serviços (CASTEL, 1998: 525).

Essa constatação fez com que surgissem diversos estudos sobre a produtividade do trabalho no setor de serviços. Nessas pesquisas, freqüentemente é levantada a hipótese da "doença de custos",[6] para mostrar que:

> A elevação de seus preços relativos, explicada, fundamentalmente, pela constatação de que, por se tratar de atividades intensivas em trabalho e encontrar dificuldades para a substituição deste fator, a produção dos serviços encontra fortes barreiras no que diz respeito ao avanço de produtividade. Nestas circunstâncias, a uniformização dos salários reais na economia, acompanhada de uma relativa inelasticidade-preço dos produtos de serviços implicaria uma elevação de seus preços (MELO *et al*, 1998: 04-05).

O potencial de elevação da produtividade no setor de serviços pode ser, de fato, bastante reduzido em função de suas características de simultaneidade entre produção e consumo e a intransferibilidade dos serviços no tempo e no espaço. O trabalho dito imaterial pode ser menos apropriado para a utilização de estratégias de racionalização técnico-organizacional (SOARES, 1999). O aumento de custos implicou a substituição de

---

[6] Para enfrentar a elevação dos custos com os serviços, OFFE (1991) aponta três saídas: a) *mecanização,* com a manutenção dos serviços com menor utilização da força de trabalho (aumento da composição orgânica do capital); b) *racionalização organizacional,* estratégias econômicas para a utilização máxima da capacidade de trabalho em serviços; c) *externalização,* transferindo serviços para terceiros para redução de custos.

alguns serviços pessoais por auto-serviços ou por bens que o substituíssem, e foi um importante estímulo à terceirização. Além disso, nos serviços sociais (educação e saúde), a elevação dos preços trouxe problemas de financiamento público (MELO *et al*, 1998: 05-06; MELO *et al*, 1997: 05; ROCHA, 1997: 04).

É conhecido o problema da mensuração da produtividade em geral da economia, o qual acentuou-se com a difusão das tecnologias da informação e da comunicação. No setor de serviços, inclusive os de saúde, o problema parece ser mais grave (CAMPOS et ALBUQUERQUE, 1999: 10), mas há amplos setores de atividade, ligados à chamada Economia do Conhecimento, em que a mensurabilidade do valor é um problema e isto está ligado, em essência, aos limites à subsunção do trabalho intelectual no capital (BOLAÑO et HERSCOVICI, 2005), inclusive o do médico e demais profissionais do setor de saúde.

Subsunção do trabalho e produtividade

No modo de produção capitalista, o operário, cuja única propriedade é a sua força de trabalho, vê-se obrigado, para atender a suas necessidades, a vendê-la, como mercadoria, ao capitalista que, ao adquiri-la, junto com os meios de produção necessários à consecução do processo de trabalho, torna-se seu legítimo proprietário. Só pela intermediação do capital pode, assim, o trabalhador, exercer sua capacidade de trabalho. Ao adquirir a força de trabalho, o capitalista passa a ter direito também a todo o resultado do processo de trabalho, que se torna processo de valorização do capital, tendo em vista ser, a força de trabalho, uma mercadoria especial, cujo consumo é produtivo. O trabalho em operação produz, durante uma jornada completa, não apenas o valor necessário ao pagamento do salário, mas ainda um valor adicional (mais valia), do qual o capitalista se apropria gratuitamente. É assim que o dinheiro se transforma em capital, valor que se valoriza através da extração de trabalho humano não pago. Esta descrição corresponde à forma do processo e se aplica sempre que ocorra a subsunção do trabalho no capital. Nos termos de Marx,

> o processo de trabalho converte-se no instrumento do processo de valorização (...). o processo de trabalho subsume-se no capital (é o processo do próprio capital), e o capitalista entra nele como dirigente, guia (...) É isto a que denomino subsunção formal do trabalho no capital. É a forma geral de qualquer processo capitalista de produção; é, porém, simultaneamente, uma forma particular em relação ao modo

> de produção especificamente capitalista desenvolvido, já que o último inclui a primeira, porém a primeira não inclui necessariamente o último (MARX, 1866: 73).

Isto significa que, sendo a subsunção formal, portanto, a forma geral da exploração capitalista, pode existir também em situações em que o modo de produção não se tornou ainda especificamente capitalista, mas a exploração capitalista já se estabeleceu, como no período manufatureiro. Na manufatura, há subsunção formal, mas não real do trabalho no capital, o que depende da constituição de condições técnicas para que o capital passe a comandar efetivamente o próprio processo de trabalho. Essa condição será cumprida com o desenvolvimento da máquina-ferramenta, elemento chave da passagem à subsunção real, na Primeira Revolução Industrial, a partir da qual se estabelece o modo de produção capitalista estrito senso.

Para que esta passagem se dê, será necessário todo um processo histórico de aprendizado, em que o capital se apropriará do conhecimento gerado pela classe trabalhadora artesanal e aperfeiçoado na manufatura. Processo descrito nos chamados capítulos históricos do livro primeiro *d'O Capital* (MARX, 1868), a que podemos corretamente denominar "acumulação primitiva do conhecimento" (BOLAÑO, 2000), condição necessária para a implantação do modo de produção capitalista, tão importante quanto a acumulação primitiva do capital, estudada no capítulo 23.

A subsunção real do trabalho no capital, que caracteriza o modo de produção capitalista, envolve uma produção em grande escala. A mudança tecnológica permite aumentar a produtividade do trabalho e a obtenção da mais-valia relativa. O processo de trabalho passa a ser estritamente coletivo, sob o domínio capitalista e com um objetivo comum, e o operário individualmente não é mais o agente real do processo, mas a capacidade de trabalho socialmente combinada, independente da atividade que exerça, desde que contribua para a valorização do capital. Esse é o escopo da definição de trabalho produtivo em Marx, produtivo para o capital.

O problema que se nos apresenta é o da produtividade do trabalho em setores, como o dos serviços, ou no ramo da saúde, em particular, em que o processo de exploração adquire feições bastante distintas daquelas do capital industrial tradicional. Marx se refere explicitamente ao tema, ainda no *Capítulo VI Inédito*:

> Na produção capitalista, por um lado, a produção dos produtos como mercadorias e, por outro, a forma do trabalho como trabalho assalariado, absolutizam-se. Uma

> série de funções e atividades envoltas outrora por uma auréola e consideradas como fins em si mesmas, que se exerciam gratuitamente ou eram remuneradas de forma indireta (como na Inglaterra todas as profissões liberais [*professionals*. Ingl.], os médicos, os advogados [*banisters*. Ingl.] etc., que não podiam ou não podem ainda processar ninguém para obter o pagamento dos seus honorários, por um lado transformam-se diretamente em trabalhadores assalariados, por mais diferente que seja o seu conteúdo e o seu pagamento, por outro lado caem – sob a alçada das leis que regulam o preço do trabalho assalariado (...) Ora bem, este fenômeno, o de que com o desenvolvimento da produção capitalista todos os serviços se transformam em trabalho assalariado e todos os seus executantes em assalariados, tendo essa característica em comum com o trabalho produtivo, induz tanto mais em confusão entre uns e outro quanto é um fenômeno característico da produção capitalista e por ela gerado. Além disso, fornece aos apologistas em pretexto para converterem o trabalhador produtivo, pelo fato de ser assalariado, num trabalhador que apenas troca os seus serviços (quer dizer, o seu trabalho enquanto valor de uso) por dinheiro. (MARX, 1866: 96)

Esta, a diferença, explicada páginas antes: trabalho produtivo não é aquele subordinado à relação salarial, mas aquele que produz valor e mais-valia, que participa do *"processo de auto-valorização do capital, cujo único instrumento [*agency*. Ingl.], nele incorporado, é o trabalho vivo. Um soldado é um trabalhador assalariado, recebe um soldo, mas não é por isso trabalhador produtivo"* (idem). Assim, se as atividades dos profissionais liberais passam a ser assalariadas, mas se há apenas troca de serviços por dinheiro, sem exploração do trabalho, elas não produzem mais-valia e, conseqüentemente, não atingem o objetivo de valorização do capital, ou seja, não são produtivas. Marx, mais adiante, dá três exemplos conhecidos, comparando, no primeiro, Milton, que *"produziu o seu Paradise Lost tal como um bicho da seda produz a seda, como manifestação da sua natureza. Mais tarde vendeu o produto por 5 £ e desta sorte converteu-se em comerciante"*, com "o literato proletário de Leipzig", que produz por encardo de um editor, assumindo uma condição próxima da do trabalhador produtivo, pois sua atividade só é levada a cabo para a valorização do capital (idem, p. 99). Os outros dois exemplos são ainda mais claros:

> Uma cantora que canta como um pássaro é uma trabalhadora improdutiva. Na medida em que vende o seu canto, é uma assalariada ou uma comerciante. Porém, a mesma contratada por um empresário [*entrepreneur.* Fr.] que a põe a cantar para ganhar dinheiro, é uma trabalhadora produtiva, pois produz diretamente capital. O

> mestre-escola que ensina outras pessoas não é um trabalhador produtivo. Porém, um mestre escola que é contratado com outros para valorizar, mediante o seu trabalho, o dinheiro do empresário da instituição que trafica com o conhecimento [*knowledge mongering institution*. Ingl.] é um trabalhador produtivo (idem).

A mensagem é claríssima, mas será nublada na seqüência. Primeiro, afirma Marx, *"mesmo assim, a maior parte desses trabalhadores, do ponto de vista da forma, apenas se submete formalmente ao capital: pertencem às formas de transição"* (idem). Deduz-se da última frase que haveria uma tendência a que todos esses trabalhos se tornassem não simplesmente produtivos, mas realmente subsumidos no capital. Segundo, *"os trabalhos que só se disfrutam como serviços não se transformam em produtos separáveis dos trabalhadores (...) e, embora possam ser explorados de maneira diretamente capitalista, constituem grandezas insignificantes se os compararmos com a massa da produção capitalista. Por isso, deve-se pôr de lado esses trabalhos e trata-los somente a propósito do trabalho assalariado que não é simultaneamente produtivo"* (idem).

Esta segunda observação, se válida naquele momento, em que, de fato, os casos citados podiam ser considerados como estatisticamente desprezíveis, foi evidentemente superada diante do avanço do capital sobre o setor de serviços. Em todo caso, a análise de Marx, nas citações anteriores, é perfeitamente atual e correta. O problema mais interessante é aquele posto na primeira observação. Note-se, desde logo, que, dos exemplos citados, deduz-se claramente que não há relação entre a forma da subsunção e o caráter produtivo do trabalho. O problema é saber se a referida tendência de passagem da subsunção formal à real, válida sem dúvida no agregado, ainda que, no caso do atual processo de subsunção do trabalho intelectual (BOLAÑO, 2002), como no do trabalho cultural (BOLAÑO, 2000), a questão dos limites seja fundamental, seria verdadeira para todos os casos individuais ou haveria situações em que, mais do que limites, uma lógica oposta se imporia necessariamente, sem, no entanto, eliminar o caráter capitalista do processo. Nossa hipótese de trabalho é que este seria o caso do trabalho médico.

O setor de saúde

No setor de saúde, como no de beleza (DWECK, 1999; YAMAZAKI, 2000), o trabalhador precisa apresentar uma qualidade do serviço particular no que se refere à interação humana com o cliente, pois é sobre o próprio corpo deste que o trabalho é

executado. O produto é o próprio cliente. Ao contrário dos institutos de beleza, no entanto, os serviços de saúde são daquele tipo caracterizado pela primazia dos "atributos de credibilidade" (nos primeiros, primam os "atributos de experiência"), na classificação de EVRARD e RODRIGUES (2001). Neste caso, a incerteza (e conseqüentemente o risco) por parte do consumidor, no que se refere à capacidade de avaliação da qualidade, é a mais elevada, pois esta não pode ser feita com segurança nem após a execução do serviço, havendo uma insuficiência radical de informações, além de uma relativamente fraca participação do consumidor na prestação do serviço. É óbvia, portanto, a necessidade do Estado atuar no sentido de corrigir o déficit de informação.

O setor de serviços de saúde constitui um espaço diferenciado de acumulação de capital, uma vez que articula sistemas públicos de saúde – geralmente universais, financiados por recursos fiscais e contribuições sociais –, com sistemas privados, em que o acesso aos serviços é feito mediante o pagamento de honorários diretamente pelo consumidor ou através de empresas de intermediação (OLIVEIRA SILVA, 2003). A demanda por serviços de saúde é imprevisível e irregular na percepção individual – ainda que possa ser estimada para o conjunto da população – sendo determinada, na maioria das vezes, por situações inesperadas que apontam para uma necessidade urgente (uma doença ou um acidente). Isso implica dizer que o consumidor pode ter sua racionalidade comprometida em suas decisões, como escolha de preços e formas de pagamento (CAMPOS et ALBUQUERQUE, 1999; IUNES, 1995), o que reforça a conclusão do parágrafo anterior.

Os serviços de saúde são, ademais, *lócus* privilegiado de aplicação de novas tecnologias, que surgem a partir dos arranjos institucionais entre os sistemas nacionais e locais de inovação e o sistema de bem-estar social. As inovações tecnológicas no setor de saúde não são simplesmente incorporadas ao processo de trabalho de maneira exógena, mas nascem da interação entre as redes de formação profissional, ensino superior e pesquisa e dependem da capacidade técnica de apropriação da indústria produtora de equipamentos médico-hospitalares e instrumentos de diagnóstico e, principalmente, das demandas dos profissionais da assistência à saúde.

No concernente ao mercado de trabalho e à estrutura ocupacional, o setor, à semelhança, mais uma vez, dos serviços de beleza, possui especificidades, como o baixo grau de prescindibilidade do trabalho vivo, a despeito da velocidade com que são introduzidas as tecnologias. Isso acontece em função da característica de cumulatividade e

do caráter não-substitutivo das tecnologias médicas, que não dispensam a interpretação dos médicos (GIRARDI, 1999), exigindo, ademais, a qualificação continuada de todos os profissionais envolvidos na prestação. Pode-se intuir, portanto, a gravidade que assume o problema da tendência ao aumento dos custos nesse tipo de setor. Nos mercados de serviços de beleza, constituído de milhares de micro e pequenas empresas, o problema se resolve pela superexploração e uma extensa informalidade nas relações de trabalho.[7] No caso da saúde, a questão é bem mais complexa.

A regulamentação das profissões de saúde é forte, existe ainda um elevado grau de participação de trabalhadores autônomos – profissionais liberais –, ou de pequenos empregadores – laboratórios e clínicas –, o que tem possibilitado a perpetuação de um trabalho de tipo artesanal, com relativo controle sobre o processo de trabalho (GIRARDI, 1999; CAMPOS et ALBUQUERQUE, 1999). A subjetividade presente, por exemplo, na interpretação de exames, no diagnóstico e nas propostas terapêuticas, e a cumplicidade entre médico e paciente – mais acentuada no setor privado – favorecem e acentuam a permanência do controle do médico sobre o processo de trabalho assistencial em saúde.

Uma boa localização da problemática da reestruturação capitalista e suas implicações sobre o setor de saúde nos é dada por PIRES (1998). A autora nos mostra, entre outras coisas, o processo histórico de constituição das profissões de saúde, desde a Idade Média, a mudança do caráter do hospital com o advento do capitalismo, com o desenvolvimento de um processo de trabalho coletivo, a partir de uma crescente fragmentação das profissões, constituição de especialidades e subordinação a uma hierarquia em que

> "os médicos, agora clínicos ou cirurgiões, assumem o controle do trabalho coletivo, delegando atividades. As atividades relativas ao cuidado e à administração do espaço assistencial, que genericamente constituem o trabalho da enfermagem, só passam a ter características profissionais a partir de 1860, quando, na Inglaterra, Florence Nightingale cria um modelo de formação e prática assistencial que se difunde por todo o mundo" (p. 85).

O desenvolvimento desse modelo levará à especialização do trabalho entre as diferentes profissões do campo da saúde e no interior de cada uma delas, constituindo-se todo um conjunto de profissões particulares – enfermagem, nutrição, fisioterapia, farmácia,

[7] Pode-se dizer que há um processo continuado e permanente de acumulação primitiva no setor, boa parte da qual é apropriada pela grande e milionária indústria de cosméticos.

bioquímica –,[8] de nível superior e médio, além de técnicos, laboratoristas etc. No interior da própria medicina, o desenvolvimento científico promoverá a expansão de inúmeras especialidades, cada uma delas recorrendo ao trabalho coletivo à sua maneira. Ao parcelamento do conhecimento liga-se o parcelamento do próprio homem, *"que passa a ser visto e atendido segundo os órgãos doentes"* (idem, p. 87). *"Mas apesar da influência da gerência taylorista na organização do trabalho assistencial em saúde, realizado no espaço institucional, a expropriação do saber e do controle do processo de trabalho se dão de forma parcial"* (idem, ibidem).

O debate sobre os mecanismos de regulação da demanda por serviços médicos passa fundamentalmente pela discussão sobre a tendência de substituição do controle estatal pelo mercado, e a conseqüente alteração do *status* profissional dos trabalhadores da área médica. Muito embora reconheça uma certa timidez das transformações no setor da medicina, BIHR (1999: 95) chega a afirmar que:

> (...) a redução do custo dos equipamentos e serviços coletivos supõe submeter, na medida do possível, a oferta a uma lógica capitalista de rentabilidade e a demanda a uma regulação mercantil; em resumo, substituir o Estado pelo mercado como forma de socialização. O que se traduziria, inevitavelmente, em graus diversos de acordo com os casos, na privatização de sua produção e na monetarização de seu consumo.

O autor reconhece a existência de limites à penetração do capital e à automação nessa esfera de atividades, dadas suas especificidades. Assim:

> As tecnologias informáticas permitem considerar a automação, pelo menos parcial, da prática médica em seus diferentes aspectos: exames, diagnóstico, terapêutica, supervisão e acompanhamento do doente, economizando conseqüentemente trabalho vivo e, com isso, aumentando sua produtividade. Mas, salvo no que se refere aos laboratórios de exames, isso ainda se encontra em estágio experimental; a automação do consultório médico ou do hospital não é para já! (BIHR, 1999: 95).

Tais modificações, se fossem possíveis, trariam alterações sensíveis sobre a forma de vinculação do trabalho ao capital, que denotariam a perda da capacidade de exercício autônomo da profissão médica:

> (...) [a] automação [do consultório médico ou do hospital] seria acompanhada de modificações radicais do *status* profissional, social, jurídico dos médicos,

[8] Os bioquímicos formam uma categoria muito particular, importante tanto na reestruturação do setor de saúde como no da indústria farmacêutica, vinculada, que rapidamente se oligopoliza e multinacionaliza.

> repercutindo em suas condições de trabalho, no nível de sua remuneração, em seu prestígio social etc. A exigência da economia supõe, de fato, socializar o trabalho médico no seio de unidades coletivas de tratamento, nas quais reinariam cooperação e divisão de trabalho entre as diferentes categorias de pessoal médico e para-médico, interligadas a um uso intensivo de equipamentos médicos. (...) tratar-se-ia de criar verdadeiramente empresas capitalistas de prestação de serviços médicos (...) (BIHR, 1999: 96).

A subsunção do trabalho no setor de saúde

Seria o caso de perguntar-nos se isso já não é assim, na extensão necessária e suficiente para a expansão do capital no setor. Em outros termos, tendo em vista a improbabilidade de utilização plena da automação no ramo de saúde e a impossibilidade da subsunção real do trabalho médico no capital, como reconhece Bihr (pelo menos no curto prazo), estaríamos diante de algum tipo de limite à expansão do capital no setor? A subsunção real do trabalho médico é necessária ao próprio capital, levando-se, ademais, em consideração, o atual desenvolvimento das forças produtivas, que redundam no desenvolvimento da referida Economia do Conhecimento? Em caso negativo, estaríamos diante de uma forma particular de capitalismo, diferente do modelo clássico de subsunção do trabalho, da primeira Revolução Industrial.

O cerne da questão não está na automação plena do setor de saúde, ou na perda total do *status* liberal da profissão médica. A organização e a prática de atenção à saúde seguiram, no último século, duas lógicas distintas: a do trabalho independente, com controle dos profissionais sobre o processo de trabalho, e a lógica do trabalho coletivo. A atenção à saúde foi influenciada pela lógica do capital, pelas diversas formas de organização e gestão do trabalho, pelos avanços da ciência e tecnologia na área de saúde, e da legislação sobre os problemas de saúde-doença (OLIVEIRA SILVA, 2003).

Embora a maioria dos trabalhadores do setor seja assalariada, os médicos mantêm relativa autonomia e o assalariamento não é generalizado, sendo que um seleto grupo de médicos e cirurgiões se estabelece como "empresários" (PIRES, 1998).[9] Segundo MILLS

[9] Em pesquisa de campo realizada em hospitais do município de Aracaju, capital sergipana, OLIVEIRA SILVA (2003) mostra que, no caso do hospital público, a regra é o assalariamento, ainda que não exista uma relação de dedicação exclusiva com o hospital. De certa forma, isto mostra que a lógica do Estado é diferente, ainda que se reconheça também a complementaridade entre os dois sistemas público e privado de

(1979), o hospital é uma instituição burocrática, com hierarquia rígida: no alto, o grupo dos especialistas (dirigentes do hospital), logo abaixo, os clínicos gerais e, abaixo deles, os assistentes e sub-profissionais da assistência à saúde.

> Sob o disfarce da 'ética profissional', os médicos buscam encobrir os seus interesses mercantis de garantir a exploração econômica da profissão, de fechamento do acesso à carreira, de manutenção da desigualdade de status entre os médicos e diferenciando a população no que diz respeito ao direito à assistência (PIRES, 1998: 91).

Os técnicos de nível universitário mantiveram um maior grau de autonomia profissional no trabalho institucional, não ocorrendo uma total separação entre concepção e execução. Mas são os médicos que, claramente, dominam os aspectos centrais da tecnologia e do conhecimento envolvidos na assistência à saúde. Os médicos preservam a característica de produtores autônomos, mesmo estando integrados a hospitais, empresas ou instâncias dos serviços de saúde. E a intensificação do uso de tecnologias não produz uma completa dependência do trabalhador à máquina ou à instituição empregadora porque as máquinas exigem um manejo por trabalhadores especializados. Os médicos, em sua maioria, são autônomos (relação mais importante), normalmente recebem por procedimento, pago pelo paciente ou convênio de saúde, utilizam o hospital e suas instalações para realizar os procedimentos de atenção à saúde, ou internar quem precisa de cuidados intensivos ou de equipamentos médico-hospitalares que requerem controle profissional. O trabalho médico é organizado em grupos (clínicas, especialidades) que têm regras próprias para atuação na instituição. Podem ainda se estabelecer na forma de serviços médicos terceirizados (PIRES, 1998; OLIVEIRA SILVA, 2003).

Esse modelo tradicional, centrado no médico e com os demais profissionais atuando como auxiliares, está relacionado a diversos fatores: inexistência de mecanismos de controle da qualidade da assistência prestada, organização das profissões de saúde, caracterização de quem recebe assistência como "paciente" e não "cliente", influência do sistema de valorização do capital no trabalho no setor de saúde, especificidades do modelo hegemônico de produção de conhecimentos em saúde (PIRES, 1998: 163). Este último, como a organização do trabalho no setor, segue a lógica das especialidades, da fragmentação, correspondente ao modelo positivista de entendimento das doenças. Os profissionais envolvidos dominam os conhecimentos para o exercício das atividades

---

atenção à saúde, de forma a garantir o processo de acumulação de capital no setor saúde e assegurar a rentabilidade privada.

específicas de sua qualificação (JATENE, 1999: 57). O prestígio da profissão médica em relação às outras profissões está, por sua vez, associado

> à autonomia organizada e legitimada em poder de tal profissão. Tal autonomia dá à profissão um monopólio ocupacional que assegura uma posição de dominância numa divisão de trabalho. Esta autonomia é baseada em dois fundamentos: o conhecimento esotécnico (sic) reconhecido e protegido pelo Estado e o apoio das elites (MEHRY *et al*, 1989: 6).

De acordo com os autores, pode-se observar que a ocupação médica legitima a acumulação de capital no interior do setor de saúde, uma vez que

> Sob o domínio do capitalismo monopolista, o capital é transformado em processo de trabalho elaborado em complexos mecanismos de controle. Os agentes que preenchem as funções em favor da acumulação de capital e da classe dominante podem ser identificados como a nova classe média na medida em que ela expressa tanto a função e realização do capital como a função de trabalho enquanto parte de uma crescente fragmentação e rotinização do processo de trabalho. As outras ocupações na saúde, hierarquicamente subordinadas aos médicos dentro da divisão do trabalho, podem ser identificadas como parte da classe proletária, independentemente da condição de ser produtiva ou não (MEHRY *et al*, 1989: 7).

Mas, ao mesmo tempo em que os médicos legitimam a acumulação e guardam uma relação de dominação sobre o processo de trabalho e a prática dos serviços de saúde, a tendência é que ocorra um "englobamento" total do trabalho desses profissionais pela lógica da acumulação capitalista. O novo padrão de acumulação apresenta novas modalidades de organização da produção, em que as inovações técnicas, a diversificação e a ampliação dos meios de trabalho criam um quadro complexo de burocratização, no qual o médico tende a perder, progressivamente, o controle do processo de trabalho e a posse dos meios de produção (DONNANGELO, 1975; MEHRY *et al*, 1989).

Duas tendências convergentes podem ser observadas hoje nas relações de trabalho no setor médico-hospitalar: a prestação de serviços e o assalariamento. Por um lado, o impacto do ajuste estrutural macroeconômico, como em outros ramos de serviços de consumo coletivo, tem feito com que, premido pela doença de custos, a busca por aumentos de produtividade redunde na precarização dos postos de trabalho e ampliação das assimetrias de remuneração entre os profissionais. Assim, as reformas iniciadas, no Brasil, na década de 90 caminham para uma ampla flexibilização das formas de contratação, com a proliferação de modalidades alternativas de vínculos e remuneração, o avanço do

trabalho terceirizado em cooperativas de mão-de-obra, com custos inferiores à contratação formal e perda da proteção sindical. Na verdade, essa é uma tendência mundial, decorrente do conjunto da atual reestruturação produtiva. Por outro, os hospitais estão à frente de um processo de terceirização do próprio serviço médico. Dessa forma, os profissionais médicos aparentemente mantêm seu *status* de profissional liberal, com controle total do processo de trabalho, mas, na essência, exercem seu ofício sob a coordenação "invisível" do capital, que subsumiu praticamente todas as formas de trabalho, ditando as regras direta ou indiretamente (SANTOS e OLIVEIRA SILVA, 2004).

A introdução de inovações tecnológicas, nessas condições, serve não apenas para aumentar a qualidade dos serviços, numa situação de acirramento da concorrência, mas essencialmente também como mecanismo de aumento do grau de subsunção do trabalho médico no capital. Os equipamentos são, na maior parte, de propriedade do hospital, que precisa do trabalho médico para colocá-los em funcionamento. As relações de trabalho envolvem sobre-trabalho com extração de mais-valia para reproduzir o capital investido, caracterizando uma relação tipicamente capitalista (PIRES, 1998: 224). A existência de profissionais autônomos que apresentam uma relação de dependência do instrumental (máquinas e equipamentos) reafirma o papel do capital constante fixo como mecanismo fundamental de transmissão da relação de exploração capitalista sobre os profissionais liberais, em função, no caso, da crescente dependência de um instrumental que é essencial para procedimentos diagnósticos e terapêuticos.

O movimento de subsunção se traduz em expansão do modelo empresarial da prática médica, que traz como desdobramento principal a perda progressiva da autonomia profissional e uma diminuição real do *status* de exercício liberal da profissão, que se estabelece através de formas diretas e indiretas de assalariamento. Assim, o hospital terceiriza os serviços médicos, objetivando a agregação de serviços especializados e de maior qualidade, sem que isso redunde em aumento de custos, mas antes o contrário. Com isto, cede seu espaço para o funcionamento de empresas e equipes inteiras de profissionais, alterando profundamente as relações de poder e as hierarquias que estruturaram historicamente as práticas assistenciais no capitalismo, inclusive as relações de gênero.

A subsunção do trabalho médico no capital se dá por inúmeras formas, diretas ou indiretas, visíveis claramente ou encobertas pelas relações sociais, que podem não se alterar aparentemente. A extensão dos vínculos formais entre empresas e profissionais, a crescente influência dessas empresas de intermediação e a regulação dos serviços prestados

a partir dos planos de saúde mostram como o trabalho do médico e dos demais profissionais de saúde estão subsumidos na lógica de acumulação capitalista, em última instância. Ademais, os médicos contratados na forma de prestadores de serviços (terceirizados) estão também diretamente a serviço de empresas capitalistas, ainda que não gozem dos mesmos direitos dos trabalhadores efetivos. MEHRY *et al* (1989: 13) mostram que:

> (...) a capitalização da medicina ao mesmo tempo [em] que reduz o trabalho puramente liberal à condição de forma residual, recria condições para a expansão do assalariamento e também do exercício autônomo, sendo esta última a forma predominante. Nesse sentido, não há contradição entre o trabalho autônomo e o processo de acumulação de capital. Ao contrário, este tipo de inserção no mercado pode inclusive assegurar rentabilidade às empresas no setor na medida em que o trabalho autônomo não implica em encargos trabalhistas.

Considerações finais

Deve-se ressaltar, não obstante, a existência de arranjos alternativos de prestação de serviços de saúde que aparentemente não estão subordinados ao capital, ainda que não sejam contraditórios em relação à acumulação capitalista. A perda de autonomia dos profissionais se deu em praticamente todas as profissões industriais e do setor de serviços, mas não completamente em áreas como a da profissão médica. Mas a forma autônoma de prestação de serviços médicos age, como vimos, no sentido de compatibilizar o trabalho dos médicos e do conjunto do setor de atenção à saúde com o capital, cuja característica principal é, nesta etapa histórica, a convergência dos processos de globalização financeira, desregulação dos mercados e intensas transformações tecnológicas (MATTOSO, 2000: 115).

Assim, formas artesanais de organização da produção subsistem, integram-se no capital e contribuem para o seu processo de valorização. Trata-se, em todo caso, de uma lógica híbrida, como ocorre com outros setores da Economia do Conhecimento, as quais levantam um problema crucial de quantificação do valor, ligado à socialização da produção, sugerindo a existência empírica de limites à expansão da forma mercadoria (BOLAÑO et HERSCOVICI, 2005). Num setor que, por suas características, acima discutidas, não se presta à subsunção real, no entanto, a organização do conjunto do sistema parece indicar, não um impasse, ou perplexidade, mas a constituição de um tipo

particular de organização capitalista, um modo de regulação particular, se se preferir, tornado possível, justamente, pela incorporação da lógica corporativa do trabalho artesanal.

Não apenas o desenvolvimento de tecnologias de ponta com determinadas características (que não permitem a superação das especialidades e ofícios particulares, e do trabalho individual, mas a contrário) concorre para esse resultado. É fundamental também a participação do Estado e do capital financeiro. O setor público atua para a superação dos gargalos na prestação de assistência à saúde, investindo em inovação (que tem altos custos e retornos incertos e não necessariamente apropriáveis) e promovendo ações de menor complexidade, com menor valor agregado, além de atender aos que, pela lógica privada, não teriam acesso ao sistema.

O setor de saúde, na atualidade, por outra parte, apresenta uma significativa complexidade, com o encolhimento e sucateamento da atenção pública e a proliferação de empresas de intermediação de serviços de saúde, como empresas de medicina de grupo, autogestão, planos administrados, cooperativas médicas e seguradoras. Constitui-se, assim, para além do "complexo médico-industrial", um "complexo médico-financeiro", reforçando a tendência geral do capitalismo contemporâneo à financeirização, mas, neste caso, com implicações produtivas, valendo aparentemente, em boa medida, o conceito clássico de capital financeiro, bancário-industrial, de HILFERDING (1910).

Isto porque, ao contrário da pesquisa científica de base em setores *market oriented*, como o das biotecnologias, em que a hibridação de lógicas (mercantil-acadêmica) aponta para a incorporação ao próprio processo de produção do valor de uma lógica especulativa e rentista (BOLAÑO, 2003), no caso em exame, a hibridação (artesanal-capitalista) aponta para a constituição de uma dinâmica tipicamente industrial, ainda que dominantemente financeira.

Referências Bibliográficas

BÉRESNIAK, Ariel e DURU, Gérard. ***Economia da Saúde.*** Lisboa: Climepsi, 1999.

BIHR, Alain. ***Da Grande Noite à Alternativa*** - *O Movimento Operário Europeu em Crise*. Ed. Boitempo, 1999.

BOLAÑO, César. ***Indústria Cultural, Informação e Capitalismo***. São Paulo: Hucitec, 2000.

_____. Trabalho Intelectual, Comunicação e Capitalismo. A re-configuração do fator subjetivo na atual reestruturação produtiva. In: ***Revista da Sociedade Brasileira de Economia Política (SEP)***, Rio de Janeiro, 11, dez. 2002, p. 53-78.

_____. ***Economia política do conhecimento e o Projeto Genoma Humano do Câncer de São Paulo***. CD-Rom ANCIB, Belo Horizonte, 2003.

BOLAÑO, César et HERSCOVICI, Alain. Informação, Conhecimento e a Crítica da Economia Política. Aracaju e Vitória, 2005, mimeo.

BRAVERMAN, Harry. ***Trabalho e Capital Monopolista****: a degradação do trabalho no século XX*. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1981.

CAMPOS, Antonio Correia de. Normativismo e Incentivos: Contributo da Economia para a Administração da Saúde. In: PIOLA, Sérgio Francisco, VIANNA, Solon Magalhães (orgs.). ***Economia da Saúde****: conceito e contribuição para a gestão da saúde*. 2 ed, Brasília: IPEA, número 149, p. 69-98, 1995.

CAMPOS, Francisco Eduardo e ALBUQUERQUE, Eduardo da Motta e. As Especificidades Contemporâneas do Trabalho no Setor Saúde: notas introdutórias para uma discussão. ***VI Encontro Nacional de Estudos do Trabalho, Abet***, 26 p., 1999. Disponível em <http://www.race.nuca.ie.ufrj.br/abet>

CASTEL, Robert. ***As Metamorfoses da Questão Social****: uma crônica do salário.* 4 ed. Petrópolis-RJ: Vozes, 1998.

DONNANGELO, Maria Cecília Ferro. ***Medicina e Sociedade****: o médico e seu mercado de trabalho*. São Paulo: Pioneira, 1975.

DOWBOR, Ladislau. A Gestão Social em Busca de Paradigmas. In: RICO, Elizabeth de Melo e, DEGENSZAJN, Raquel Raichelis (orgs.). ***Gestão Social****: uma questão em debate*. São Paulo: EDUC; IEE, p. 31-42, 1999.

DWECK, Ruth Helena (1999). **A *beleza como variável econômica* – reflexo nos mercados de trabalho de bens e serviços.** Rio de Janeiro: IPEA. Texto para Discussão, 618.

EVRARD, Yves et RODRIGUES, Alziro C. M. Uma classificação de serviços baseada na teoria micro-econômica da informação. ***Revista Eletrônica de Administração (READ)***. Edição 24, vol. 7, n. 6. Porto Alegre: PUCRS, nov.-dez./2001.

FORAY, D. ***L'economie de la conaissance***. Paris: La Decouverte, 2000.

GIRARDI, Sábado Nicolau. Aspectos do(s) Mercado(s) de Trabalho em Saúde no Brasil: estrutura, dinâmica, conexões. In: SANTANA, J. P. e CASTRO, J. L. ***Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde – CADRHU***. Natal: UFRN, 1999. Disponível em <http://www.opas.org.br>

HILFERDING, R. (1910). ***O Capital financeiro.*** São Paulo: Nova Cultural, 1985.

IUNES, Roberto F. Demanda e Demanda em Saúde. In: PIOLA, Sérgio Francisco, VIANNA, Solon Magalhães (orgs.). ***Economia da Saúde****: conceito e contribuição para a gestão da saúde*. 2 ed, Brasília: IPEA, número 149, p. 99-122, 1995.

JATENE, Adib. Novo Modelo de Saúde. In: ***Estudos Avançados***: *Dossiê Saúde Pública*, vol. 13, n° 35: USP, p. 51-64, jan/abril de 1999.

KON, Anita. Sobre as Atividades de Serviços: revendo conceitos e tipologias. ***Revista de Economia Política,*** vol. 19, n° 2 (74), abril-junho de 1999.

MARX, Karl (1866). **Capítulo Sexto (Inédito) d'O Capital**. Lisboa: Escorpião, 1975.

MARX, Karl (1868). ***O Capital****: crítica da economia política*. 17 ed, Livro I, Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.

MATTOSO, Jorge. Tecnologia e emprego: uma relação conflituosa. ***São Paulo em Perspectiva***, 14 (3). São Paulo, 2000.

MEHRY, E. E.; CAMPOS, G. W. S.; QUEIRÓZ, M. S. Processo de Trabalho e Tecnologia na rede Básica de Serviços de saúde: alguns aspectos teóricos e históricos. ***Cadernos de Pesquisa n° 06***. Campinas: NEPP/UNICAMP, 1989.

MELO, Hildete Pereira de; ROCHA, Carlos Frederico L.; FERRAZ, Galeano; DI SABBATO, Alberto; DWECK, Ruth H. ***O Setor de Serviços no Brasil****: uma visão global 1985-95*. Rio de Janeiro, IPEA (Texto para discussão nº 549), 1998. Disponível em <http://www.ipea.gov.br>

_____ ***É Possível uma Política para o Setor Serviços?*** Rio de Janeiro: IPEA, TD 457, 24 p., 1997. Disponível em <http://www.ipea.gov.br>

MILLS, Wright. ***A Nova Classe Média.*** 3 ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.

OFFE, Claus. ***Trabalho e Sociedade****: problemas estruturais e perspectivas para o futuro da sociedade do trabalho. (2v. Volume 2: Perspectivas)*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1991.

_____. ***Capitalismo Desorganizado***: *transformações contemporâneas do trabalho e da política*. 2 ed. Rio de Janeiro: Brasiliense, 1995.

OLIVEIRA SILVA, Luiz Marcos de. ***Reestruturação Produtiva e Trabalho no Setor de Saúde em Aracaju***. Monografia de Graduação. UFS: Aracaju, fevereiro de 2003.

PIRES, Denise. ***Reestruturação Produtiva e Trabalho em Saúde no Brasil***. São Paulo: CUT/Annablume, 1998.

ROCHA, Frederico. ***Composição do Crescimento dos Serviços na Economia Brasileira****: uma análise da matriz insumo-produto* — 1985/92. Rio de Janeiro: IPEA, TD 522, 25 p., 1997. Disponível em <http://www.ipea.gov.br>

SANTOS, V. A., OLIVEIRA SILVA, L. M. ***Reestruturação Produtiva e Trabalho no Setor de Saúde em Aracaju***. Brasília: *Site* Economia da Saúde - Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas, 2004. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/economiadasaude/adm/arquivos/sala/reestruturacao_cadeia_produtiva_em_aracaju.pdf>

SICSU, A. B., BOLANO, C. R. S., SILVA, C. A., OLIVEIRA SILVA, L. M., LOPES, V. F. ***Para uma Análise Comparativa das Cadeias Produtivas da Saúde de Aracaju e Recife - Uma Primeira Aproximação***. Brasília: *Site* Economia da Saúde - Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas, 2004. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/economiadasaude/adm/arquivos/sala/analise_comparativa_das_cadeias_produtivas_pe.pdf>

SOARES, Cristiane. Aspectos e conseqüências do avanço tecnológico no setor serviços: o casod as secretárias. ***VI Encontro Nacional de Estudos do Trabalho, ABET***, p. 18, 1999. Disponível em http://www.race.nuca.ie.ufrj.br/abet

YAMAZAKI, Helena. ***Marketing de Serviços: atendimento ao cliente nas micro e pequenas empresas do setor de institutos de beleza.*** Aracaju: UNIT. Monografia de conclusão do curso de Publicidade, 2000.