

Estado, Economia e Trabalho em Saúde

Brasil e Portugal no Rescaldo da Pandemia





UMinho Editora

Investigação
Ciências Sociais



CECS

centro de estudos
de comunicação
e sociedade

EDITORAS

Ana Paula Pereira Marques
Katia Rejane de Medeiros
Maria Inês Carsalade Martins
Helena Serra

COORDENAÇÃO EDITORIAL

Manuela Martins
Rosa Cabecinhas

CAPA

Sofia Gomes

DESIGN

Tiago Rodrigues

REVISÃO e PAGINAÇÃO

Inês Mendes

EDIÇÃO UMinho Editora/Centro de Estudos de Comunicação e Sociedade

LOCAL DE EDIÇÃO Braga 2024

ISBN 978-989-9074-46-0

eISBN 978-989-9074-47-7

DOI <https://doi.org/10.21814/uminho.ed.136>

Os conteúdos apresentados (textos e imagens) são da exclusiva responsabilidade dos respetivos autores.
© Autores / Universidade do Minho – Esta obra encontra-se sob a Licença Internacional Creative Commons Atribuição 4.0.

Estado, Economia e Trabalho em Saúde Brasil e Portugal no Rescaldo da Pandemia

Este trabalho é financiado por fundos nacionais através da FCT – Fundação para a Ciência e a Tecnologia, I.P., no âmbito do projeto UIDB/00736/2020 (financiamento base) e UIDP/00736/2020 (financiamento programático).

O III Curso Internacional Estado, Economia e Trabalho em Saúde, realizado em Recife – Brasil (2023), proporcionou um debate interdisciplinar sobre os efeitos da pandemia de COVID-19 com particular foco nas relações de trabalho e saúde, tendo resultado em nove trabalhos inéditos que integram este livro. Destes, cinco trabalhos tomam como referência a realidade brasileira, com destaque para a qualidade de trabalho, a saúde mental e os efeitos das plataformas digitais na saúde. Do lado de Portugal, expõem-se as desigualdades sociais, a precarização e opacidade laboral, bem como os dilemas de atuação de equipas interprofissionais que permeiam o campo da saúde. Com esta publicação contribui-se para a disseminação do conhecimento científico, visando que estudantes de pós-graduação ampliem as contribuições em torno da agenda de investigação Trabalho e Educação em Saúde no Brasil e Portugal.

The III Curso Internacional Estado, Economia e Trabalho em Saúde (III International Course on State, Economy and Labour in Health), held in Recife, Brazil, in 2023, offered a platform for interdisciplinary discussion on the impact of the COVID-19 pandemic. With a particular focus on labour and health relations, this course gave rise to nine original articles, all of which are featured in this book. Among these articles, five focus on the Brazilian context, highlighting issues such as work quality, mental health, and the impact of digital platforms on health. The Portuguese contributions address social inequalities, job insecurity, and the lack of transparency in the workplace, as well as the challenges faced by interprofessional teams in the health sector. This publication contributes to the dissemination of scientific knowledge, aiming to inspire and support postgraduate students in enhancing their contributions to the research agenda in Work and Health Education in both Brazil and Portugal.

Translation: Anabela Delgado

<i>Introdução: Estado, Economia e Trabalho em Saúde</i> , Ana Paula Pereira Marques, Katia Rejane de Medeiros, Maria Inês Carsalade Martins e Helena Serra	13
<i>Condições de Trabalho e Saúde de Trabalhadores e Trabalhadoras na Pandemia de COVID-19 no Brasil: Reorganização do Trabalho e Seus Desdobramentos no Contexto da Atenção Primária à Saúde</i> , Lílíana Santos, Cláudia Fell Amado, Leide Dionne Pereira de Jesus Santos e Romário Correia dos Santos	19
<i>Penosidades do Trabalho em Saúde nas Primeiras Décadas do Século XXI: Um (Re)Inventário a Partir da Escuta ao Trabalhador no Pré-Pandemia COVID-19</i> , Maria Ruth dos Santos, Roberta de Carvalho Corôa, Monica Vieira e Eliane Chaves Vianna	39
<i>Repercussões à Saúde Mental do Trabalhador da Saúde no Enfrentamento à COVID-19: O Caso de um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência</i> , Adriana Cristian Mota Venas Lima, Thadeu Borges Souza Santos, Magno Conceição das Mercês e Silvana Lima Vieira	71
<i>Ansiedade e Depressão em Trabalhadores de Saúde de Unidade de Terapia Intensiva COVID-19 em um Hospital de Referência no Estado de Pernambuco, Brasil</i> , Bruno Issao Matos Ishigami, Jonathan Vicente dos Santos Ferreira, Katia Rejane de Medeiros e Aline do Monte Gurgel	101
<i>Plataformização do Trabalho na Saúde: O Caso dos Aplicativos de Consulta Médica no Brasil</i> , Ciane dos Santos Rodrigues, Maria Inês Carsalade Martins e Márcia Teixeira	119
<i>Desigualdades Sociais na Saúde: Retrato e Desafios ao Conhecimento em Portugal</i> , Elsa Pegado	137
<i>Pandemia e Desregulação do Mercado de Trabalho do Setor da Saúde em Portugal: Contributos Para uma Análise Sociológica</i> , Ana Paula Marques	161
<i>Novas Configurações Jurídicas Laborais da Saúde em Portugal: Mapeamento de “Zonas Cinzentas”</i> , Ana Paula Marques e Berta de Sousa	189
<i>Equipas Interprofissionais em Saúde: Lições da Pandemia e Insights Sociológicos</i> , Helena Serra	215
<i>Notas Biográficas</i>	237



Pouco mais de dois meses, após o nosso encontro em Recife, durante o III Curso Internacional Estado, Economia e Trabalho em Saúde, recebemos a nota de falecimento da pesquisadora e parceira de trabalho, Tania Cristina França da Silva. A notícia causou grande tristeza e estranhamento, pois concluímos os trabalhos naquela sexta-feira, dia 28 de abril, cheias de ânimo, com renovação da agenda de projetos e desejos de seguir fortalecendo o campo da gestão do trabalho e educação na saúde. Nas tantas oportunidades de convivência com Tania França, entusiasmo e energia vital sempre estiveram presentes.

Graduada em Estatística, Tania França fez seu mestrado e doutorado dedicando-se a estudos de Desenvolvimento de Recursos Humanos, e durante sua trajetória profissional, coordenou, pelo menos, 21 projetos de pesquisa, dos quais foram publicados inúmeros artigos, livros e capítulos, cuja ênfase em educação na saúde, focalizaram temas como recursos humanos em saúde, formação em saúde, educação em saúde, entre outros.

Como professora associada do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil, Tânia França orientou discentes, conduziu estudos nacionais e agregou pesquisadores e instituições nessas várias iniciativas. Sempre dedicada, rápida e disponível a colaborar, a oportunidade de trabalhar com Tânia França, certamente deixará um legado, que transcende o campo da produção acadêmica. A convivência com Tânia França é um dos presentes que o mundo do trabalho muitas vezes proporciona, é o encontro com personalidades “solares”, cheias de luz e ideias positivas.

Muitos dos autores deste livro tiveram essa oportunidade ímpar de companhia e aprendizado com Tânia França. A esta parceira, testemunhamos o nosso respeito e a certeza de que seguirá inspirando aos que militam no campo da gestão do trabalho e educação na saúde.

Brasil e Portugal, 4 de novembro 2023

Introdução: Estado, Economia e Trabalho em Saúde

<https://doi.org/10.21814/uminho.ed.136.1>

Ana Paula Pereira Marques

Centro de Estudos de Comunicação e Sociedade, Instituto de Ciências Sociais, Universidade do Minho, Braga, Portugal
<https://orcid.org/0000-0002-9458-2915>
amarques@ics.uminho.pt

Katia Rejane de Medeiros

Departamento de Saúde Coletiva, Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-7518-4137>
katia.rejane@fiocruz.br

Maria Inês Carsalade Martins

Departamento de Ciências Sociais, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil
<https://orcid.org/0000-0001-7757-449X>
minescm52@gmail.com

Helena Serra

Centro Interdisciplinar de Ciências Sociais, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Universidade NOVA de Lisboa, Lisboa, Portugal
<https://orcid.org/0000-0001-9527-1214>
helena.serra@fcsh.unl.pt

Em 2020, por todo o mundo, a pandemia COVID-19 impôs ao setor da saúde um conjunto de dilemas e desafios decorrentes das múltiplas desigualdades

sociais interseccionais, como classe social, estatuto socioeconómico e educacional, género, localização geográfica, etnia e identidade nacional, entre outras. Este cenário de desigualdades amplia-se devido às conturbações económicas, financeiras e bélicas, às crises de políticas públicas, em especial no setor da saúde e intervenção social, à intensificação dos fluxos migratórios, às inovações tecnológicas, de que é exemplo paradigmático a digitalização da economia. Fruto da convencionada revolução 4.0 (Schwab, 2018), tanto a automação e robotização como a Inteligência Artificial, à qual se associa a mediação da realização do trabalho através de plataformas digitais (International Labour Office, 2021), contribuem para profundas reconfigurações nas práticas de conceção e execução do trabalho. Em simultâneo, sob a influência destas alterações tecnológicas e digitais, assiste-se a um movimento de fundo, caracterizado pela erosão dos referenciais de “profissão” que importa problematizar (Dent et al., 2016), ao permitir maior permeabilidade a lógicas heterogéneas de controlo, hierarquia, produtividade e avaliação, com efeitos na desregulação laboral e nas reconfigurações identitárias (Antunes, 2018; Choonara et al. 2022).

Por sua vez, perante o lastro mais ou menos consolidado da atuação dos estados nacionais na área social, como fenómeno marcante do século XX, é crucial avançar na (re)discussão das políticas da saúde que tanto Brasil como Portugal precisam retomar e reconstruir no rescaldo do contexto pandémico. Considerando-se que a pandemia COVID-19 ampliou diferenças entre os blocos de países desenvolvidos e em desenvolvimento, cujos contextos diversificaram formas de trabalho flexível, como arranjos híbridos de trabalho (*homeoffice*, trabalho remoto, teletrabalho, entre outros), plataformação e uberização das relações laborais, entre outras possibilidades, os mesmos países tendem a revelar abismo, desigualdades e vulnerabilidade sociais que impactam toda a economia e sociedade.

O Brasil, desde o impeachment, em 2016, experimentou a aplicação de uma dura política de austeridade fiscal, com a supressão de recursos para os setores sociais, mediante a Emenda Constitucional n.º 95 (2016), que congelou os investimentos em áreas como saúde e educação por 20 anos. Para além dos efeitos dessas medidas num ambiente de crise económica, as eleições políticas brasileiras de 2018, resultaram na vitória política da ultradireita, quando se assistiu a ruína dos direitos trabalhistas com terceirização irrestrita, e reformas trabalhista e da previdência induzidas com o argumento de redução do desemprego. Nos quatro anos do governo de Bolsonaro, a sociedade brasileira também vivenciou as consequências de um governo, negacionista, anti-ciência que se eximiu de suas obrigações na condição

de chefe de Estado e colaborou na propagação de fake news, o que, por conseguinte, se repercutiu na mortalidade de doentes de COVID-19 (Maia, 2023). Decorridos três anos da crise sanitária, o Brasil manteve-se como um dos países com maior número de óbitos e de infetados pelo coronavírus no mundo. Se todos esses eventos revelam o cenário complexo no qual convivem trabalhadores formais e informais, é preciso considerar as esperanças renovadas com a vitória do Partido dos Trabalhadores e o início de um novo ciclo político no país, em 2023.

Quanto a Portugal, as questões mais prementes têm sido identificadas por força das consequências da copresença e relação entre o Estado e o setor privado e o social, bem como da relevância de um Serviço Nacional de Saúde com implantação territorial alargada. Face às implicações da COVID-19, o setor da saúde tem sido palco de tumultos e contestações sociais, especialmente em 2023, com greves longas e transversais a vários segmentos da força de trabalho. Estes movimentos sociais de contestação e reivindicação exprimem um agravamento da crise do setor da saúde, não apenas decorrente da crise sanitária, mas sobretudo da crise do trabalho, da gestão dos profissionais e suas carreiras, da capacidade de se consolidar um Serviço Nacional de Saúde com mais de 30 anos face à “fuga” para o setor privado. O diagnóstico de crise das políticas de saúde em Portugal reforça fenómenos já conhecidos que se intensificam no rescaldo da pandemia (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2022): a) exigências de maior investimento financeiro no setor da saúde como garantia de proteção e robustez à atual e futuras pandemias; b) regulação da concorrência do setor privado face ao público, clarificando níveis de governação (local, regional e nacional) entre serviços de saúde, no pressuposto da complementaridade e não de substituição ou supressão do serviço nacional público; c) melhoria das condições de formação e vinculação de carreira, combatendo a uberização da saúde; d) reorganização dos serviços e entidades prestadoras de cuidados, utilizando, sempre que adequado, plataformas digitais como facilitadoras da proximidade e qualidade; e) capacitação em competências digitais em saúde e em literacia de saúde e ética, de profissionais, utentes e cidadãos em geral.

O III Curso Internacional Estado, Economia e Trabalho em Saúde, foi desenvolvido em 2023, e promoveu debate interdisciplinar nesse ambiente complexo. O conjunto de pesquisadores envolvidos nessa iniciativa por mais de uma década (na continuidade do I e II Curso Internacional, que tiveram lugar em 2015 e 2018, respetivamente), estão mobilizados em aprofundar o debate das transformações no mundo do trabalho e formação dos

trabalhadores, estimulando que novos estudantes de pós-graduação ampliem as contribuições em torno da agenda de investigação sobre trabalho e educação em saúde, no Brasil e em Portugal.

Neste livro, buscou-se reunir os contributos de autores de diversas pertenças institucionais e internacionais, a saber, do lado do Brasil: Instituto Aggeu Magalhães (Fundação Oswaldo Cruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Fundação Oswaldo Cruz), Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, e Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia; do lado de Portugal: Centro de Estudos de Comunicação e Sociedade da Universidade do Minho, Centro Interdisciplinar de Ciências Sociais da Universidade Nova de Lisboa, e Centro de Investigação e Estudos de Sociologia do Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa (Instituto Universitário de Lisboa).

Com esta publicação espera-se, assim, contribuir para divulgação dos efeitos da pandemia COVID-19 no Estado, na economia e na sociedade, com particular foco nas relações de trabalho no setor da saúde. Nesta obra, apresenta-se um conjunto de nove trabalhos inéditos e, muitos deles, envolvendo estudantes de pós-graduação sob supervisão dos pesquisadores das referidas instituições. A partir destes trabalhos, a presente obra organiza-se em duas partes, integrando, de forma sequencial, cinco capítulos sobre o Brasil e quatro sobre Portugal.

Na primeira parte, o leitor poderá conhecer os efeitos da saúde dos trabalhadores no ambiente de diferentes serviços e complexidades de atenção no Brasil. No primeiro capítulo deu-se ênfase na atenção primária em saúde de três municípios do estado da Bahia, nos quais foram analisadas as condições de trabalho de profissionais da saúde e necessárias reconfigurações do trabalho impostas pela pandemia de COVID-19. O segundo capítulo sistematiza as diferentes dimensões de penosidades que afetam os trabalhadores de saúde e voltam-se para sete dimensões estruturantes para a formulação de políticas e ações de gestão do trabalho e da educação na saúde: sentidos e valores; política e gestão; condições de trabalho; saberes e práticas; experiências e trajetórias; saúde do trabalhador; e cuidado de si, do outro e do mundo. No terceiro capítulo, o estudo debruçou-se sobre as repercussões à saúde mental do trabalhador no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no período de enfrentamento à COVID-19. No quarto capítulo, deu-se voz aos trabalhadores de uma unidade de terapia intensiva, os quais foram avaliados quanto à ansiedade e depressão durante a pandemia. E no quinto, e último, capítulo de estudos brasileiros, caracteriza-se

o modelo de plataformas digitais de consultas médicas e sua expansão, intensificada no contexto da pandemia de COVID-19.

Na segunda parte, o leitor é confrontado com quatro capítulos, os quais permitem explorar alguns dos dilemas e desafios que se colocam ao setor da saúde em Portugal densificados em contexto da pandemia de COVID-19. No capítulo sexto, ao se mobilizar informação disponível para retratar as desigualdades persistentes, e as emergentes, propõe-se uma agenda para a produção de conhecimento sobre as desigualdades sociais na saúde. No sétimo capítulo, apresenta-se um modelo de análise sociológica capaz de capturar os sentidos de desregulação dos mercados de trabalho do setor da saúde, centrando-se na crescente fragmentação e erosão das carreiras (por exemplo, diversidade de contratos e regimes de vinculação), fenómeno este intensificado no contexto pandémico. No capítulo oitavo, aprofunda-se a discussão sobre as “zonas cinzentas” ou híbridas que atingem também os grupos profissionais até então protegidos por “monopólios” delimitados pela sua credencial académica. Com apoio a uma sistematização documental e estatística, mapeiam-se possíveis zonas de “não-direito”, dinâmicas laborais nebulosas e opacas, que se inscrevem num movimento mais fundo de desregulamentação e instabilidade das condições de trabalho no setor da saúde. No nono e último capítulo desta obra, somos convidados a conhecer com maior pormenor o trabalho de equipas multiprofissionais em saúde a partir de uma discussão crítica aos contributos oriundos das abordagens centradas na nova gestão pública e nova governança pública. As lições das pandemias, em especial a da COVID-19, acerca do trabalho interprofissional permitem formular um conjunto de questões relevantes para alavancar futuros projetos de investigação e densificar os contributos das ciências sociais, sua robustez e centralidade na vida pública.

Cumpramos registrar nossos agradecimentos às instituições parceiras, seus respectivos pesquisadores e todos os estudantes que ingressaram na proposta do livro. Além de fortalecer os laços de interesses e afinidades de pesquisa, consolida essa profícua colaboração interinstitucional e académica de mais de uma década que nos apraz reconhecer e nos desafia a continuar.

Por fim, reiteramos a contribuição fundamental da Vice-Presidência de Educação, Informação e Comunicação da Fundação Oswaldo Cruz que, mediante as chamadas para apoio à realização de cursos de curta duração com abrangência internacional, tem viabilizado encontros e debates, bem como agradecemos a oportunidade proporcionada pela UMinho Editora.

Referências Bibliográficas

Antunes, R. (2018). *O privilégio da servidão – O novo proletariado de serviço na era digital*. Boitempo.

Choonara, J., Murgia, A., & Carmo, R. M. (2022). *Faces of precarity. Critical approaches to precarity: Work, subjectivities and movements*. Bristol University Press.

Dent, M., Bourgeault, I. L., Denis, J.-L., & Kuhlmann, E. (Eds.). (2016). *The Routledge companion to the professions and professionalism*. Routledge.

Emenda Constitucional n.º 95, de 15 de dezembro, Presidência da República. (2016). https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm

International Labour Office. (2021). *World employment and social outlook 2021: The role of digital labour platforms in transforming the world of work*. International Labour Organization. Acedido a 30 de setembro de 2021, em http://www.ilo.org/global/research/global-reports/weso/2021/WCMS_771749/lang--en/index.htm

Maia, T.A. (2023). Negacionismo histórico e emergência da extrema direita. *Varia Historia*, 39(81), e23312. <https://doi.org/10.1590/0104-87752023000300012>

Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2022). *Relatório de primavera 2022 E agora?* Acedido a 20 de novembro de 2022, em <https://www.opssaude.pt/wp-content/uploads/2022/06/RELATORIOPRIMAVERA-2022.pdf>

Schwab, K. (2018). *A quarta revolução industrial*. Editora Levoir.

Condições de Trabalho e Saúde de Trabalhadores e Trabalhadoras na Pandemia de COVID-19 no Brasil: Reorganização do Trabalho e Seus Desdobramentos no Contexto da Atenção Primária à Saúde

<https://doi.org/10.21814/uminho.ed.136.2>

Liliana Santos

Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Bahia, Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-8958-4094>
liliana.santos@ufba.br

Cláudia Fell Amado

Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Bahia, Brasil
<https://orcid.org/0000-0003-3852-0792>
claudiafell.saude@gmail.com

Leide Dionne Pereira de Jesus Santos

Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Bahia, Brasil
<https://orcid.org/0009-0002-2972-7687>
leidedionne@gmail.com

Romário Correia dos Santos

Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade
Federal da Bahia, Bahia, Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-4973-123X>
romario.correia@outlook.com

Resumo

O cenário desencadeado pela pandemia COVID-19 demandou dos serviços de saúde uma reorganização dos processos de trabalho em saúde que precisa ser melhor compreendido a fim de subsidiar a formulação de políticas públicas que possam mitigar as limitações desencadeadas, com seus possíveis impactos na saúde dos trabalhadores e trabalhadoras, bem como maximizar as potencialidades surgidas nesse cenário. Assim, o objetivo deste capítulo é analisar as condições de trabalho de profissionais da saúde em três municípios do estado da Bahia, Brasil, com ênfase na atenção primária à saúde (APS) e suas relações com as reconfigurações do trabalho impostas pela pandemia COVID-19.

Palavras-chave

processo de trabalho em saúde, condições de trabalho, saúde do trabalhador, atenção primária à saúde, COVID-19

Introdução

O cenário desencadeado no Brasil pela pandemia COVID-19, a partir de março de 2020, demandou de sistemas e serviços de saúde uma reorganização tanto de espaços físicos e processos de trabalho, quanto no que tange à adequação de fluxos de assistenciais e de gestão, de modo a dar respostas mais efetivas diante da emergência sanitária instalada. No entanto, o que se presenciou foi o agravamento dessas condições, que já eram precárias. Para os profissionais da saúde, ficaram evidentes as necessidades de novos conhecimentos para a produção de respostas adequadas diante de casos suspeitos, estruturação de ofertas de cuidado para casos confirmados e

criação estratégias de vigilância e monitoramento de casos, além das demandas já existentes em cada nível de atenção, o que gerou um conjunto de desafios, especialmente no que diz respeito à oferta de serviços e aos riscos de adoecimento (Gandra et al., 2020; Ministério da Saúde, 2020).

A resposta em saúde diante da pandemia de COVID-19, no Brasil e no mundo, se concentrou nos serviços hospitalares (Fernandez et al., 2021; Medina et al., 2020; Santana et al., 2022). No entanto, acredita-se, que o potencial da atenção primária à saúde (APS) no enfrentamento à pandemia, poderia ter sido melhor explorado, visto que esse nível de atenção oferece aos sujeitos individuais e coletivos um conjunto de ações e estratégias voltadas para a promoção da saúde e a prevenção de agravos e doenças (Medina et al., 2020).

Apesar dos avanços na construção de um modelo de atenção à saúde voltado para os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado por meio, como a integralidade e equidade, ainda no contexto pré-pandêmico a APS enfrentava limitações, com reduções orçamentárias e na provisão de serviços, além da introdução de copagamentos (Borges et al., 2018; Santana et al., 2022). Ademais, a publicação da Política Nacional de Atenção Básica, regulamentada por meio da Portaria n.º 2.436, de 21 de setembro de 2017, representou um grande retrocesso para a construção de uma APS integral, baseada no modelo proposto pela Estratégia de Saúde da Família (ESF; Portaria GM/MS n.º 2.436, 2017). Esta nova configuração proposta atingiu diretamente as conquistas alcançadas pela ESF, fragilizando o seu papel de ordenadora do sistema, com possíveis perdas de recursos para outras configurações da APS, em um cenário de retração do financiamento da saúde (Morosini et al., 2018). Destaca-se ainda que, de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, as unidades básicas de saúde são estabelecimentos de saúde que não possuem equipe de saúde da família (EqSF), enquanto que as unidades de saúde da família são aquelas nas quais há pelo menos uma EqSF. Ademais, as equipes dos núcleos de apoio à saúde da família (NASF) se configuram como equipes de retaguarda especializada para EqSF.

Todos os constrangimentos enfrentados pela APS foram agravados durante a pandemia, de modo a impactar as condições de saúde de trabalhadoras e trabalhadores, que tiveram que lidar com uma grande demanda por atendimento, a falta de equipamentos de proteção individual, de infraestrutura e de condições de trabalho adequadas e vínculos de trabalho precários, entre outras. Essas equipes foram submetidas, por vezes, a um

trabalho extenuante, ou seja, atividades intensas, sob tensão, com riscos à sua saúde e à sua vida (Machado et al., 2023).

Em recente estudo, Santos (2022) debruçou-se sobre a produção científica que relaciona as condições de trabalho na APS e a saúde de trabalhadoras e trabalhadores. O estudo revelou, em primeiro lugar, que os elementos do processo de trabalho ainda não são bem compreendidos pelos usuários e trabalhadores das EqSF, que também enfrentam escassez de recursos materiais e imateriais. De acordo com a autora, os estudos revelam que há uma forte relação entre as condições de trabalho e a saúde de trabalhadores e trabalhadoras. Outro achado interessante é que os mesmos fatores que geram adoecimento e/ou sofrimento em profissionais de determinadas EqSF podem promover prazer e bem-estar em trabalhadores de outras EqSF, o que nos leva a inferir que as especificidades intrínsecas a cada equipe e ao seu território de atuação apresentam relação com o tipo de repercussão (negativa ou positiva) que o processo de trabalho tem sobre a saúde dos profissionais.

Estudos com essa temática foram realizados com abordagens diversas, a exemplo das características profissionais de atuação ou análise documental (Maciel et al., 2020; Rios et al., 2020; Santana et al., 2021), além de atributos específicos da APS (Frota et al., 2022), ou relatos de experiências locais de enfrentamento (Pereira et al., 2021; Ramos & Silva, 2021). No entanto, ainda são escassos os estudos que analisem as relações entre as condições de trabalho e os elementos constituintes da teoria do processo de trabalho, a partir de dados empíricos (Ayres & Santos, 2017). Nesse sentido, busca-se aqui sistematizar elementos no sentido de favorecer a compreensão acerca das relações entre a reorganização e o redirecionamento das condições de trabalho, a saúde de trabalhadores e trabalhadoras e suas implicações nos processos de trabalho na APS diante do contexto da pandemia de COVID-19. Assim, pretende-se apontar caminhos para a valorização de profissionais da saúde no enfrentamento de situações emergenciais que demandem a articulação entre vigilância e atenção à saúde, em bases territoriais.

Metodologia

Optou-se por uma pesquisa analítica, com abordagem qualitativa desenvolvida entre setembro de 2021 a abril de 2022 em municípios do estado da Bahia. O estudo integra o projeto *Análise de Modelos e Estratégias de Vigilância em Saúde da Pandemia de COVID-19*, coordenado pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia acerca das ações de

vigilância em saúde voltadas para a proteção e redução dos riscos relacionados com o SARS-Cov-2 em tipos específicos de serviços de saúde, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia e está registrado na Plataforma Brasil sob o n.º CAAE: 4.586.652.

Foram entrevistados profissionais da APS das EqSF e dos NASF, atualmente denominados E-Multi, por meio da Portaria GM/MS n.º 635 (2023), dos três maiores municípios do estado da Bahia (Salvador, Feira de Santana e Vitória da Conquista). Participaram do estudo profissionais que estivessem em exercício durante a pandemia e com, no mínimo, um ano de experiência na APS, os quais assinaram termos de consentimento livre e esclarecido, e são identificados pelo nome da profissão acrescida do número de entrevistado (por exemplo, Enfermeira 1). A quantidade de participantes foi definida pelo critério de saturação dos conteúdos presentes nas entrevistas (Minayo, 2004).

Os dados foram produzidos a partir de uma entrevista com roteiro semiestruturado, cuja composição versava sobre 15 blocos temáticos: caracterização sociodemográfica; características ocupacionais; infra-estrutura das unidades básicas de saúde; organização da unidade para enfrentamento da pandemia; atenção aos usuários com COVID-19; ações de vigilância da COVID-19; apoio social aos grupos vulneráveis à COVID-19; atividades educativas e de comunicação social; manutenção das ações realizadas na unidade básica de saúde; organização do processo de trabalho; ações de qualificação dos trabalhadores; contaminação, riscos e retorno ao trabalho pós COVID-19; comunicação e saúde; saúde mental e expectativas para o enfrentamento das futuras ondas da COVID-19.

As entrevistas tiveram uma duração média de 60 minutos, e foram gravadas digitalmente, para posterior transcrição na íntegra. Foi realizado contato prévio com os participantes para agendamento em data e horário de preferência do(a) entrevistado(a). Todas as entrevistas foram realizadas presencialmente, por pesquisadores treinados e familiarizados com o roteiro e nos locais de trabalho dos participantes, em lugar de sua preferência. Para a elaboração deste manuscrito, foi dada especial atenção às conexões entre a reorganização dos processos de trabalho, as condições de trabalho e suas repercussões na saúde de trabalhadores e trabalhadoras.

A análise dos dados está ancorada no referencial teórico de Mendes-Gonçalves (Ayres & Santos, 2027) acerca da teoria do processo de trabalho em saúde. Mendes-Gonçalves propõe a compreensão do processo de trabalho a partir de seus agentes, objetos, finalidades e instrumentos que devem

ser examinados de forma articulada e inscritos numa dada sociedade e momento histórico. De acordo com o autor, o objeto representa aquilo que será transformado, no caso da saúde, as necessidades humanas de saúde ou as condições objetivas de vida. No que se refere à finalidade do processo de trabalho em saúde, esta diz respeito à intencionalidade ou à direcionalidade daquilo que se quer alcançar. Os agentes são os sujeitos envolvidos no processo de trabalho e intermediam a relação entre objeto e instrumento, conferindo assim uma finalidade à ação empregada (Ayres & Santos, 2017).

Quanto aos instrumentos do processo de trabalho, estes podem ser considerados os meios pelos quais quem trabalha se aproxima de seu objeto, viabilizando ou ampliando as possibilidades de realização deste trabalho, sendo também compreendidos como tecnologias. Na saúde, esses instrumentos podem ser materiais (insumos e equipamentos) e imateriais (saberes e relações). Por intermédio da atividade produtiva, os instrumentos se combinam com as condições na realização do trabalho (Faria et al., 2009), pois, ainda que as condições não estejam inseridas de modo direto no processo, elas são indispensáveis para a sua realização, que não ocorre ou se dá de maneira incompleta na ausência das condições ideais (Ayres & Santos, 2017).

De acordo com Dejours (1992), a condição de trabalho compreende os ambientes: físico, químico, biológico, as condições de higiene, de segurança e as características antropométricas do posto de trabalho. Maciel, Santos e Rodrigues (2015), apesar de tomarem por referência Dejours (citado em Maciel, Santos & Rodrigues, 2015), que diferencia condições de trabalho (ambiente físico, químico e biológico, acrescido às condições de higiene, de segurança e às características antropométricas do posto de trabalho) e organização do trabalho (divisão do trabalho, ao conteúdo da tarefa, ao sistema hierárquico e às modalidades de comando, de relações de poder, entre outras atribuições da hierarquia institucional), defendem a ideia de condições de trabalho como um termo mais abrangente e autoexplicativo das condições objetivas e subjetivas do interior de uma instituição laboral.

À luz das premissas teóricas apresentadas, os dados produzidos e sistematizados foram submetidos à análise de conteúdo em três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados (Bardin, 2004). As entrevistas foram transcritas na íntegra, com posterior leitura horizontal e em profundidade dos sentidos da fala. Em um segundo momento, os trechos que se referiam às condições de trabalho e ao processo de trabalho durante a pandemia foram subdivididos em uma planilha no

programa Microsoft Excel, versão 2010, de acordo com as seguintes categorias teóricas: agentes, objetos, instrumentos e finalidades. Após essa estratificação foram realizadas leituras verticais por dentro das categorias teóricas, identificando núcleos temáticos que possibilitaram a análise interpretativa e síntese dos principais achados do estudo, cotejando-os com o aporte teórico relacionado a condições de trabalho e saúde de trabalhadores e trabalhadoras.

Resultados e Discussão

Perfil dos/as trabalhadores/as da APS

Participaram do estudo 39 trabalhadores da APS, dos quais 51,3% atuavam em Salvador, 30,8 % em Vitória da Conquista e 18% no município de Feira de Santana. A média de idade dos participantes no momento das entrevistas foi de 38 anos. Do total de participantes, 84,7% são do sexo feminino. Quanto à cor, 33 (84,7%) se autodeclararam pretos e pardos. Foram identificadas as seguintes profissões entre os participantes: agente comunitário de saúde (ACS; 41%), enfermeiro (38,5%), médico (7,7%), cirurgião-dentista (5,2%), farmacêutico (5,2%) e psicólogo (2,6%), com prevalência da atuação em unidades de saúde da família (89,8%), além de unidades básicas de saúde (2,6%) e no NASF (7,7%).

Quanto ao perfil de trabalhadores da APS, os resultados dialogam com outros autores na convergência de um padrão de feminização do trabalho em saúde no Brasil, perfazendo um total de 84,6% dos respondentes (Hernandes et al., 2017; Martinez, 2017; Scheffer & Cassenote, 2013). Embora não tenha sido feito uma análise mais aprofundada relacionada às diferenças de gênero, esse dado chama a atenção para o fato de que a divisão sexual do trabalho sustenta assimetrias e hierarquias nas carreiras, nas qualificações e nos vencimentos entre os sexos (Hirata & Kergoat, 2007).

Reconfigurações das Condições do Trabalho: O “Olhar” dos/as Trabalhadores/as

Os discursos revelaram que houve um predomínio das atividades assistenciais relacionadas à pandemia em detrimento das demais atividades de rotina realizadas pelas ESF, apontando manutenção do modelo médico hegemônico no direcionamento das atividades e na definição dos objetos de intervenção e oferta dos serviços. Da mesma forma, a grande maioria das pessoas entrevistadas relatou que as condições para a realização do trabalho foram pouco enriquecidas pelos gestores, restringindo-se à oferta

(escassa) de equipamentos de proteção individuais, e à oferta de insumos diagnósticos e terapêuticos relacionados à COVID-19.

Ademais, os resultados obtidos a partir das entrevistas evidenciaram a intensificação da jornada de trabalho.

O fluxo era altíssimo, tinha dias da gente atender 30, 40 pacientes por dia, o que não era ideal devido ao distanciamento, a exposição do profissional também, a gente ficava extremamente sobrecarregado, mas a gente também não podia deixar o paciente voltar sem ser no mínimo acolhido. (Médico 1)

Os dados são consoantes com a realidade enfrentada pela maior parte dos trabalhadores e trabalhadoras de saúde no país durante a pandemia, e apontam que 50% dos profissionais de saúde entrevistados apontaram cargas de trabalho excessivas atribuídas durante a pandemia, com jornadas superiores a 40 horas semanais. Além do excesso de trabalho, ao analisar os dados referentes aos instrumentos de trabalho, constatou-se que os profissionais também estiveram submetidos à discrepância de quantidade e qualidade de recursos e equipamentos de proteção individual (Leonel, 2022). Tais situações repercutiram nos processos de trabalho na ESF e na saúde física e mental dos profissionais (Katsurayama et al., 2013; Tinoco, 2015).

Tudo pior no início. Insuficiência de máscara, insuficiência de luva, avental a gente teve aqueles aventais descartáveis de péssima qualidade. Teve um período muito ruim que a gente tinha que estar contando, economizando mesmo (...) não estava usando da forma que deveria usar por tanto tempo, por tantas horas e depois descartar, de jeito nenhum. Na verdade, a gente nunca chegou nesse nível, até hoje a gente tem insuficiência de material. (Enfermeira 7)

Medeiros et al. (2016), em estudo com trabalhadores da atenção primária, incluindo os da ESF, observaram que dentre as principais causas de estresse estavam situações relacionadas ao trabalho, como a falta de recursos materiais, os conflitos no trabalho, o despreparo profissional, a falta de reconhecimento profissional, a sobrecarga de trabalho, o envolvimento da vida pessoal no trabalho e os problemas financeiros. Dos 42 entrevistados, 60% referiram dores ou queixas físicas, tais como problemas musculoesqueléticos e cefaleia, enquanto 48% informaram episódios depressivos, nos quais não buscaram ajuda, e 55% se consideraram estressados. A maioria destes profissionais também referiram que o trabalho influencia na sua saúde e qualidade de vida (Medeiros et al., 2016), como mencionado no trecho

que segue:

não tinha *face shield*, a gente não tinha os óculos que eram mais adequados, não tinha o jaleco conforme preconizado (...) teve um momento que eu tive que atender sem alguns desses materiais, ou tirar do meu bolso como eu tirei para comprar uma face shield, pra comprar uns óculos de proteção mais adequados na época". (Dentista 2)

Além dos aspectos mencionados, as entrevistas também revelaram a necessidade da reconfiguração dos modos de produzir as intervenções em saúde, a partir da *incorporação das tecnologias digitais de informação e comunicação*. Os participantes referiram o seguinte:

a secretaria de saúde adquiriu alguns computadores, telefones celulares e teve a implantação de um sistema informatizado para a notificação dos pacientes suspeitos e monitoramento adequado. (Farmacêutico 1)

A unidade recebeu (...) dois celulares e tablet que era para a gente fazer vídeo chamadas quando necessário, porque no início a gente ficou um pouco assim sem fazer a visita domiciliar direta com o paciente, adentrando a casa tal. (ACS 2)

Com a chegada dos tablets, a gente passou a fazer o agendamento pelo WhatsApp e isso ajudou bastante, porque a gente conseguiu diminuir a ida à unidade por aquelas pessoas que não iam para atendimento, que iam só para tirar uma dúvida, para fazer um agendamento interno. (...) ajudou bastante também agente fazer a triagem. (...) atender por teleconsulta. Porém, como a gente não tem a assinatura eletrônica, de todo modo aquele caso que necessitasse de emissão de prescrição, ou de solicitação de exame, era necessário que o usuário dirigisse a unidade. (Enfermeira 1)

Os discursos revelaram a instauração de um novo contexto traduzido pelo avanço em direção ao uso de tecnologias de informação e comunicação para o aprimoramento de ações em saúde, tais como teleconsultas, telemonitoramento, realidades virtuais, que, embora já utilizadas e recomendadas há bastante tempo, apenas com os desafios impostos pela COVID-19 é que ganharam destaque na APS (Nilson et al., 2018). Diante da realidade de distanciamento social, quarentena e cancelamento de atividades de rotina clínica, estas estratégias passaram a ser utilizadas para outros fins,

além dos tradicionais matriciamento do diagnóstico e suporte terapêutico nesse nível de atenção (Caetano et al., 2020; Silva et al., 2021).

Essas estratégias se impuseram não apenas como uma possibilidade de manutenção das atividades de assistência, promoção e prevenção da saúde, mas também para reorganização de todo o trabalho na APS, em consonância com as recomendações para o período pandêmico e outras experiências nacionais (Guimarães et al., 2020; Caetano et al., 2020; Silva et al., 2021; Pereira et al., 2021; Ramos et al., 2021). Convém destacar que embora a incorporação do cuidado mediado por tecnologias digitais tenha possibilitado a continuidade dos serviços prestados na APS; em determinadas situações, a exemplo dos grupos de promoção da saúde, essa estratégia se mostrou pouco efetiva, com baixa adesão dos usuários, fato percebido também no trabalho de Ramos et al. (2021), e no relato de uma das enfermeiras entrevistadas:

grupo de gestante a gente tentou fazer aos trancos e barrancos virtual, mas infelizmente não foi algo que foi muito pra frente né, a gente teve uma pouca adesão. (Enfermeira 2)

A baixa adesão constatada pela profissional pode estar relacionada à realidade de iniquidades no acesso à internet no país, às dificuldades de uso de recursos digitais e tecnológicos, além de outros fatores condicionantes que precisam ser considerados ante a sua implementação (Méllou et al., 2021).

Embora os atendimentos presenciais e as visitas domiciliares tenham sido prejudicados diante da necessidade de distanciamento social, ainda assim, algumas dessas atividades foram realizadas por meio de vídeo chamada, com instrumentos adquiridos para essa finalidade. Nos casos em que a presença no território era indispensável, os profissionais utilizaram os equipamentos de proteção individual (EPI) disponíveis, de modo a garantir a manutenção segura das ações de cuidado assistenciais na APS (Daumas et al., 2020).

Em alguns casos específicos a gente tinha que fazer (visita domiciliar) por conta da necessidade do paciente então (a gente) se paramentava (...) e lá fazia uma vídeo chamada para o médico que estava na unidade e de acordo com o que o médico via no ambiente, a gente filmava tudo, o paciente (...) o que a pessoa cuidava do paciente dizia sobre o paciente e aí dependendo da necessidade teve casos que o médico também teve que se deslocar para poder ir. (ACS 4)

Convém destacar que, embora a presença dos profissionais no território seja inerente ao trabalho na APS, durante a pandemia, essa atividade demandou um preparo diferente, com aquisição de novos conhecimentos que embasassem a atuação territorial, a partir da realidade local e das singularidades de cada população (Santana et al., 2021). Essa realidade, ao tempo em que revela estratégias para o enfrentamento dos desafios inerentes à situação da pandemia, remonta a própria organização das práticas de saúde e as hierarquias que fundamentam a organização de saberes e poderes no âmbito da saúde, calcada na divisão social do trabalho (Ayres & Santos, 2017; Peduzzi et al., 2020).

Ao passo em que os ACS tomavam a frente de algumas visitas domiciliares essenciais, fazendo transmissões via aplicativos de celular, médicos ficavam nas unidades de saúde dando suporte diagnóstico. Cabe então indagar: como estas decisões foram tomadas? O que faz com que um segmento profissional fique mais exposto a riscos do que outro? De acordo com Peduzzi et al (2020), as relações hierárquicas entre as diferentes profissões se materializam nos trabalhos com desigual valor social e se expressam por meio de relações de superioridade entre uma profissão e outra, remuneração e carga horária semanal diferente. Igualmente, esse desigual valor também se manifesta na tensão entre a superespecialização/fragmentação do cuidado e a articulação e integração das ações e dos agentes e, no caso deste estudo, a distintos fatores de exposição e cargas de trabalho desiguais.

Em pesquisa sobre os “Trabalhadores Invisíveis da Saúde e Suas Condições de Trabalho e Saúde Mental no Contexto da COVID-19 no Brasil”, realizada pela Fiocruz entre 2021–2022 (Machado et al., 2023), o sentimento de desproteção, insegurança e medo assumem destaque entre os trabalhadores invisíveis quando mais da metade (52,9%) não se sente protegida no ambiente de trabalho. A pesquisa ainda revela que a sensação de esgotamento se refere à falta, escassez ou inadequação dos EPI (23%), seguido da contaminação pelo contato com os pacientes (18%) e de problemas de infraestrutura na unidade de saúde (14%). A referida pesquisa incluiu os agentes comunitários de saúde, auxiliares de enfermagem e de saúde bucal, dentre outros.

Um estudo de Teixeira et al., (2020), trouxe a problematização acerca do uso genérico da categoria “profissionais de saúde”. Os autores apontam a heterogeneidade que este termo recobre, não apenas pela diversidade de categorias profissionais que atuam na saúde, mas, sobretudo, “pela ausência de uma visão crítica sobre as diferenças e as especificidades das condições de trabalho das diversas categorias profissionais, especialmente a

hierarquização que marca as relações técnicas e sociais entre esses profissionais e trabalhadores” (Teixeira et al., 2020, p. 3469). Esta evidência foi também identificada pelo estudo realizado, visto que a distinção entre jornadas de trabalho, uso de equipamentos individuais e o próprio desenvolvimento de atividades ficou marcada entre as distintas categorias profissionais.

Ainda em relação ao uso de tecnologias de cuidado em saúde, destacam-se as tecnologias imateriais (Ayres & Santos, 2017), aqui entendidas como os saberes e relações necessários para o desenvolvimento das ações em saúde, o que foi referenciado por alguns entrevistados, especialmente quando indagados acerca de sua preparação para lidar com as novas necessidades impostas e as oportunidades de educação permanente e qualificação profissional diante da nova realidade epidemiológica instaurada no contexto da pandemia. Em relação a essas ações, uma ACS revela:

quando começou a pandemia a gente não tinha muita informação. Eu acho que seria necessário a gente ter capacitação (...) porque a gente está diretamente com a comunidade (...) a gente está na linha de frente, porque muitas vezes antes do paciente chegar à unidade, antes do paciente chegar ao hospital, eles passam por nós, pelo agente comunitário (...). Porque muitas vezes (...) passando na rua, a gente encontra com eles, eles pedem informação “ah, porque eu estou com tais sintomas, o que é que eu faço? (ACS 5)

Estudo realizado por Bousquat et al. (2021) revela que apenas 53% das unidades básicas de saúde do país receberam treinamento para o enfrentamento da crise, sendo 57% para o uso de EPI. Não obstante, outro estudo, também de abrangência nacional, destacou que as ACS declararam se sentir menos preparadas em relação aos médicos, profissionais da enfermagem e outras categorias, para lidar com a pandemia (Lotta et al., 2021).

Agregam-se aos desafios relacionados ao preparo para lidar com o novo contexto pandêmico, a insuficiência de recursos materiais e imateriais, que revela uma das dificuldades históricas para a efetivação dos atributos da APS (Trindade, 2007; Fernandes & Marcolan, 2017) e incide diretamente não apenas no trabalho desenvolvido, mas trouxe reflexos para a saúde desses profissionais. A maneira como o processo de trabalho ocorre tem papel significativo nessa relação, de acordo com Santos et al. (2017), no trabalho em saúde o adoecimento psíquico dos profissionais está relacionado mais ao contexto de trabalho do que à categoria profissional em si.

Nesse sentido, enquanto agentes do processo de trabalho em saúde profissionais da saúde são responsáveis pela realização das consultas, exames, visitas domiciliares e demais serviços prestados à comunidade, portanto, ao mesmo tempo em que modificam o seu objeto de trabalho, também sofrem transformações pelo exercício de sua atividade produtiva e pelos resultados de sua produção (Faria, 2020). Esses impactos podem ser percebidos nos relatos de profissionais que participaram do estudo:

todo mundo, todo mundo... Da menina da higienização ao médico. ACS adoecidos, técnicos de enfermagem, as meninas não aguentam mais porque a gente está com a carga emocional e física de trabalho muito pesadas mesmo. Eu tenho só uma vacinadora. Você sabe o que é uma pessoa aplicar 500, 600 vacinas sem parar? É muito pesado. (Enfermeira 7)

Medo, tristeza, insegurança, o medo de contaminar e de ser contaminada por outras pessoas, principalmente as que fazem parte do nosso dia a dia, principalmente também aquelas que tinham comorbidade, visto que são consideradas com maior risco de gravidade de morte. A incerteza do dia seguinte, porque todo dia mudava alguma coisa, chegava alguma informação nova. O medo de como a pandemia estaria na próxima semana, do número de casos, o medo de conversar com um colega de trabalho, de se aproximar do colega de trabalho. A falta do abraço, do carinho (...). (Enfermeira 1)

Com o advento da COVID-19, os trabalhadores da saúde, incluindo os da APS, ficaram expostos não apenas ao risco de contaminação pela doença, mas também aos seus reflexos na saúde mental, como os sentimentos de medo, insegurança, ansiedade e demais sinais e sintomas de saúde, em decorrência das modificações do próprio processo de trabalho (Quirino et al., 2020). Além disso, esses profissionais também foram atravessados por perda de colegas de trabalho, familiares e pacientes, apontando para a necessidade de pensar ações de cuidado voltadas para esses profissionais e seu processo de readaptação pós pandemia, diante dessas perdas e transformações emocionais, sociais, laborais e econômicas.

Eu iniciei a terapia porque eu estava me sentindo, primeiro, sobrecarregada com o trabalho. Segundo, tinham muitas situações, assim, de sofrimento e de vulnerabilidade que a gente passou a lidar todos os dias, né? Muitas mortes na comunidade. Como eu trabalho na Saúde da Família há oito anos, a gente tem um vínculo com as pessoas, então as perdas também são bem sentidas. E por toda a

situação também de isolamento, e de não poder ver os familiares por conta do risco de levar a doença para casa”. (Enfermeira 1)

Vale destacar a necessidade de singularizar relatos como o da Enfermeira 1, para que as situações de esgotamento, medo, sofrimento e vulnerabilidade não sejam naturalizadas como inerentes ao trabalho na área da saúde. Nesse sentido, a necessidade de se construírem propostas e recomendações para o cuidado à saúde mental dos trabalhadores de saúde, Teixeira et al., (2020), relacionadas ao acolhimento e atendimento à crise e intervenção psicossocial rápida ganha força nas proposições relacionadas à gestão do trabalho na área da saúde, em especial levando-se em consideração a interseccionalidade entre raça, gênero e condição socioeconômica (Collins & Bilge, 2020/2021). Ademais, reforça-se a necessidade de que seja garantido um conjunto de ações de caráter preventivo, com intuito de minimizar danos psicossociais a médio prazo e estimular a promoção de ambientes protegidos e favoráveis à saúde mental dos trabalhadores da saúde, bem como a valorização das carreiras.

Tanto a escassez dos recursos materiais para a realização do trabalho, quanto a falta de qualificação ou preparo para sua utilização se constituem em desafios para a prática profissional e para a saúde física e/ou psíquica dos trabalhadores participantes. O que sinaliza para a importância de melhorias na oferta e na qualidade dos recursos materiais e imateriais necessários aos processos de trabalho em saúde, uma vez que a escassez e/ou a deficiência dos instrumentos de trabalho resultam em custos aos aspectos físico, emocional, cognitivo e às relações interpessoais, contribuindo para o adoecimento do trabalhador.

Pode-se pensar ainda que, quando há inadequação dos instrumentos do processo de trabalho, a finalidade, qual seja, a transformação das necessidades de saúde, também sofre o mesmo constrangimento. Acrescido a isso, convém destacar que em se tratando de uma pandemia, a inadequação dos instrumentos compromete também a saúde dos agentes, que colocam em risco sua própria integridade, sua saúde e suas vidas.

Considerações Finais

Ao propor a análise das condições de trabalho diante do reordenamento dos processos de trabalho diante do contexto da pandemia de COVID-19 e, por conseguinte, da saúde de trabalhadores e trabalhadoras e suas implicações nos processos de trabalho na APS, este estudo demonstrou haver um lugar de não prioridade desse nível de atenção no enfrentamento da crise

sanitária, bem como na proteção de seus trabalhadores. No entanto, ressalta-se que problemas e características identificadas são reflexos de conjunturas anteriores e problemas crônicos relacionados ao desfinanciamento do SUS, à precarização dos serviços de saúde e da força de trabalho, além de um maior investimento na atenção hospitalar em detrimento da APS.

Realizar a análise das condições de trabalho e articulá-la à teoria do processo de trabalho em saúde de Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves contribuiu para uma análise prospectiva acerca das necessidades de saúde e valorização profissional de trabalhadores e trabalhadoras da saúde. A existência ou não de condições de trabalho pode favorecer ou constranger as finalidades do trabalho, ainda mais quando se trata de um contexto de emergência sanitária. Estudos que utilizem a teoria do processo de trabalho em saúde articulados a questões contemporâneas e situações relevantes para a saúde coletiva revelam a pertinência e a atualidade da referida teoria, no entanto, convidam pesquisadores e pesquisadoras a atualizá-la a partir de novos elementos teóricos e conceituais que ampliem nossa compreensão acerca da complexidade do trabalho em saúde.

As condições de trabalho e o processo de trabalho em saúde tomam centralidade, tanto do ponto de vista da pesquisa, quanto das práticas de saúde. Nesse sentido, torna-se necessário a composição e o fortalecimento de ideias e ações capazes de transformar criticamente o cotidiano dos serviços de saúde, em especial da atenção básica.

Toda a reconfiguração deixa legados e instaura novas necessidades que apontam uma circularidade entre a organização da produção, as ofertas, distribuição de serviços e o consumo desses serviços, que demanda a utilização e a reconfiguração das práticas de saúde e de instrumentos de trabalho para o desenvolvimento das ações, bem como aporte cognitivo para sua utilização. Nesse sentido, estratégias como a oferta de um sistema virtual de marcação de consultas, o monitoramento à distância, ações de educação permanente em saúde voltadas para o fortalecimento dos atributos da APS no período pós-pandêmico fazem-se necessárias.

O processo de trabalho na APS durante a pandemia também ressalta a necessidade de que sejam pensadas ações de cuidado pós-pandemia destinadas aos profissionais de saúde, especialmente aqueles de acolhimento e atenção à crise, além de ações preventivas que sejam capazes de reduzir o adoecimento e os danos sofridos por esses profissionais e promover ambientes de trabalho mais saudáveis e protegidos.

É importante destacar que a contingência impõe a necessidade do trabalho colaborativo, no sentido de conectar equipes diante da complexidade dos problemas e necessidades decorrentes da emergência sanitária. Sendo assim, é necessário propor novos arranjos para que as equipes trabalhem, bem como estimular a capacidade de propor soluções criativas e inovadoras condizentes com os novos processos de trabalho. Novos aprendizados, ferramentas e arranjos institucionais emergem como horizontes de possibilidades diante desse contexto, apontando para as diretrizes de conexão entre profissionais e destes com cidadão e cidadãs que utilizam o sistema, bem como uma ação mais participativa e inclusiva por parte das esferas de gestão do SUS.

Ademais, ressalta-se que este estudo apresentou limitações no que se refere à não distinção entre as categorias profissionais, considerando-as todas como o mesmo elemento – agente do processo de trabalho –, o que pode ter trazido vieses a interpretação, uma vez que alguma categoria pode ter sido mais influenciada, reconfigurada, do que outras. Da mesma forma, abrem-se lacunas de conhecimento no que diz respeito à produção de estratégias de gestão participativa, espaços de escuta e produção de linhas de ação junto às comunidades, bem como o fortalecimento de estratégias de vigilância popular em saúde, promoção da saúde e valorização de profissionais, com foco na garantia de financiamento justo e suficiente, na proteção de trabalhadores e trabalhadoras e na produção cotidiana de ações de defesa do SUS e da democracia como princípio estruturante das ações em saúde e como garantia do direito à vida e à saúde.

Agradecimentos

Agradecimentos à coordenação do projeto *Análise de Modelos e Estratégias de Vigilância em Saúde da Pandemia da COVID-19*, em nome da professora Isabela Cardoso de Matos Pinto, pelo apoio no desenvolvimento do estudo e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, pelo financiamento geral do projeto.

Referências Bibliográficas

Ayres, J. R. C. M., & Santos, L. (Eds.). (2017). *Saúde, sociedade e história. Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves*. Hucitec; Rede Unida.

Bardin, L. (2004). *Análise de conteúdo*. Edições 70.

- Borges, F. T., Fernández, L. A. L., & Campos, G. W. S. (2018). Políticas de austeridade fiscal: Tentativa de desmantelamento do Sistema Nacional de Salud da Espanha e resistência cidadã. *Saúde e Sociedade, 27*(3), 715-728. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902018180043>
- Bousquat, A., Giovanella, L., Mendonça, M. H. M., Facchini, L. A., Nedel, F., Cury, G. C., Mota, O. H. S., Chueiri, P. S., & Alves, M. C. G. P. (2021). *Desafio da atenção básica no enfrentamento da pandemia de COVID-10 no SUS: 2.º onda. Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde da Abrasco*. <https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2022/08/Rede-APS-Relatorio-Pesquisa-Desafios-da-Atencao-Basica-no-enfrentamento-da-pandemia-Covid-19-2021-1.pdf>
- Caetano, R., Silva, A. B., Guedes, A. C. C. M., Paiva, C. C. N., Ribeiro, G. R., Santos, D. L., & Silva, R. M. (2020). Desafios e oportunidades para telessaúde em tempos da pandemia pela COVID-19: Uma reflexão sobre os espaços e iniciativas no contexto brasileiro. *Cadernos de Saúde Pública, 36*(5), e00088920. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00088920>
- Collins, P., & Bilge, S. (2021). *Interseccionalidade* (R. Souza, Trad.). Boitempo. (Trabalho original publicado em 2020)
- Daumas, R. P., Silva, G. A., Tasca, R., Leite, I. C., Brasil, P., Greco, D. B., Graboys, V., & Campos, G. W. S. (2020). O papel da atenção primária na rede de atenção à saúde no Brasil: Limites e possibilidades no enfrentamento da COVID-19. *Cadernos de Saúde Pública, 36*(6), e00104120. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00104120>
- Dejours, C. (1992). *A loucura do trabalho*. Cortez Editora.
- Faria, H. P., Werneck, M. A. F., Teixeira, P. F., & Santos, M. A. (2009). *Processo de trabalho em atenção básica à saúde*. Coopmed.
- Faria, R. M. (2020). A territorialização da atenção básica à saúde do Sistema Único de Saúde do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva, 25*(11), 4521-4530. <https://doi.org/10.1590/1413-812320202511.30662018>
- Fernandes, D. M., & Marcolan, J. F. (2017). Trabalho e sintomatologia depressiva em enfermeiros da estratégia de saúde da família. *Revista Electrónica en Salud Mental, Alcohol y Drogas, 13*(1), 37-44. <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v13i1p37-44>
- Fernandez, M., Lotta, G., Correa, M. (2021). Desafios para a atenção primária à saúde no Brasil: Uma análise do trabalho das agentes comunitárias de saúde durante a pandemia de COVID-19. *Trabalho, Educação e Saúde, 19*, e00321153. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00321>
- Frota, A. C., Barreto, I. C. H., Carvalho, A. L. B., Ouverney, A. L. M., Andrade, L. O. M., & Machado, N. M. S. (2022). Vínculo longitudinal da estratégia saúde da família na linha de frente da pandemia da COVID-19. *Saúde em Debate, 46*(spe1), 131-51. <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E109>

Leonel, F. (2022, 10 de fevereiro). *Pandemia reafirma invisibilidade de 2 milhões de trabalhadores da área da Saúde*. Fiocruz. <https://portal.fiocruz.br/noticia/pandemia-reafirma-invisibilidade-de-2-milhoes-de-trabalhadores-da-area-da-saude>

Gandra, E. C., Silva, M. F., Silva, E. S. T., Regly, I. C. V., & Silva, C. M. R. (2020). Fatores de riscos assistenciais relacionados à contaminação de profissionais de enfermagem por COVID-19: Uma revisão da literatura. *Brazilian Journal of Development*, 6(7), 53348–53360. <https://doi.org/10.34117/bjdv6n7-833>

Guimarães, F. G., Carvalho, T. M. L., Bernardes, R. M., & Pinto, J. M. (2020). A organização da atenção primária à saúde de Belo Horizonte no enfrentamento da pandemia COVID-19: Relato de experiência. *Aps em Revista*, 2(2): 74–82. <https://doi.org/10.14295/aps.v2i2.128>

Hernandes, E. S. C., Bosco, Z. F., & Ribeiro, M. B. (2017). Socioeconomic and epidemiological profile of workers in the Brazil's Ministry of Health. *Com. Ciências Saúde*, 28(3/4), 303–312.

Hirata, H., & Kergoat, D. (2007). Novas configurações da divisão sexual do trabalho. *Cadernos De Pesquisa*, 37(132), 595–609. <https://doi.org/10.1590/S0100-15742007000300005>

Katsurayama, M., Parente, R. C. P., Moraes, R. D., & Moretti-Pires, R. O. (2013). Trabalho e sofrimento psíquico na estratégia saúde da família: Uma perspectiva Dejouriana. *Cadernos Saúde Coletiva*, 21(4), 414–419.

Lotta, G., Fernandez, M., Magri, G., Mello, C. A. C., Corrêa, M. G., Rocha, M. C., Tamaki, E. R., Schall, B., & Pimenta, D. N. (2021). *Nota técnica: A pandemia de COVID-19 e os(as) profissionais de saúde pública no Brasil 4ª fase*. FGV EAESP; NEB. <https://static.poder360.com.br/2021/04/fgv-estudo-saude-covid-19-9abr2021.pdf>

Machado, M. H., Campos, F., Haddad, A. E., Santos Neto, P. M. dos., Machado, A. V., Santana, V. G. D., Marengue, H. da C. O., Santos, R. P. de O., Mauaie, C. C., & Freire, N. P. (2023). Transformações no mundo do trabalho em saúde: Os(as) trabalhadores(as) e desafios futuros. *Ciência & Saúde Coletiva*, 28(10), 2773–2784. <https://doi.org/10.1590/1413-812320232810.10702023>

Maciel, F. B. M., Santos, H. L. P. C., Carneiro, R. A. S., Souza, E. A., Prado, N. M. B. L., & Teixeira, C. F. S. (2020). Agente comunitário de saúde: Reflexões sobre o processo de trabalho em saúde em tempos de pandemia de COVID-19. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(Supl.2), 4185–4195. <https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.2.28102020>

Maciel, R. H. M. O., Santos, J. B. F., & Rodrigues, R. L. (2015). Condições de trabalho dos trabalhadores da saúde: Um enfoque sobre os técnicos e auxiliares de nível médio. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 40(131), 75–87. <https://doi.org/10.1590/0303-7657000078613>

Martinez, M. R. (2017). A gender equity approach as a management strategy for the settlement of physicians in vulnerable areas. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 21(1), 1193–204. <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0381>

- Medina, M. G., Giovanella, L., Bousquat, A., Mendonça, M. H. M., & Aquino, R. (2020). Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: O que fazer? *Cadernos de Saúde Pública*, 36(8), e00149720. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00149720>
- Medeiros, P.A., Silva, L. C., Amarante, I. M., Cardoso, V. C., Menschi, K. M., & Schimith, M. D. (2016). Condições de saúde entre profissionais da atenção básica em saúde do município de Santa Maria: RS. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, 20(02), 115–122. <https://doi.org/10.4034/RBCS.2016.20.02.04>
- Méllo, L. M. B. D., Albuquerque, P. C., Santos, R. C., Felipe, D. A., & Queirós, A. A. L. (2021). Agentes comunitárias de saúde: Práticas, legitimidade e formação profissional em tempos de pandemia de COVID-19 no Brasil. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 25(1), e210306. <https://doi.org/10.1590/interface.210306>
- Minayo, M. C. S. (2004). *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde* (8.ª ed.). Hucitec; Abrasco.
- Ministério da Saúde. (2020, 14 de março). *Boletim epidemiológico 05 - COE COVID-19*. <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/April/09/be-COVID-08-final.pdf>
- Morosini, M. V. G. C., Fonseca, A. F., & Lima, L. D. (2018). Política nacional de atenção básica 2017: Retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saúde em Debate*, 42(116), 11–24. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811601>
- Nilson, L. G., Maeyama, M. A., Dolny, L. L., Boing, A. F., & Calvo, M. C. M. (2018). Telessaúde: Da implantação ao entendimento como tecnologia social. *Revista Brasileira de Tecnologias Sociais*, 5(1), 33–47. <https://doi.org/10.14210/rbts.v5n1.p33-47>
- Peduzzi, M., Agreli, H. L. F., Silva, J. A. M., & Souza, H. S. (2020). Trabalho em equipe: Uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. *Trabalho, Educação e Saúde*, 18(1), e0024678. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00246>
- Pereira, A. A. C., Monteiro, D. S., Galvão, S. S. C., Garcia, L. V. F., Leal, T. F., Rosa, J. V. M., & Borges, S. C. R. (2021). Reorganização do processo de trabalho da atenção primária à saúde durante o enfrentamento da pandemia da COVID-19: Relato de experiência. *Journal of Management & Primary Health Care*, 13, e024. <https://doi.org/10.14295/jmphc.v13.1136>
- Portaria GM/MS n.º 2.436, de 21 de setembro de 2017, edição: 183, seção 1 – p. 68 do Diário Oficial da União. (2017).
- Portaria GM/MS n.º 635, de 22 de maio de 2023, edição: 96-B, seção: 1 - extra B do Diário Oficial da União. (2023). <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-635-de-22-de-maio-de-2023-484773799>

- Quirino, T. R. L., Rocha, L. P., Cruz, M. S. S., Miranda, B. L., Araújo, J. G. C., Lopes, R. N., & Gonçalves, S. X. (2020). Estratégias de cuidado à saúde mental do trabalhador durante a pandemia da COVID-19: Uma experiência na atenção primária à saúde. *Estudos Universitários: Revista de Cultura*, 37(1–2), 172–191.
- Ramos, T. C. S., & Silva, T. F. (2021). O trabalho na atenção primária em saúde e a pandemia por COVID-19: Um relato de experiência. *Research, Society and Development*, 10(3), e38210313396. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i3.13396>
- Rios, A. F. M., Lira, L. S. S. P., Reis, I. M., & Silva, G. A. (2020). Atenção primária à saúde frente à COVID-19: Relato de experiência de um centro de saúde. *Enfermagem em Foco*, 11(1), 246–251. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2020.v11.n1.ESP3666>
- Santana, M. M., Medeiros, K. J., & Monken, M. (2022). Processo de trabalho da estratégia saúde da família na pandemia no Recife-PE: Singularidades socioespaciais. *Trabalho, Educação e Saúde*, 20, e00154167. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs00154>
- Santos, L. D. P. J. (2022). *Repercussões do processo de trabalho na saúde de profissionais que atuam em Equipes de Saúde da Família: uma revisão integrativa* [Dissertação de mestrado, Universidade Federal da Bahia]. <https://repositorio.ufba.br/handle/ri/37982>
- Santos, A. S. D., Monteiro, J. K., Dilélio, A. S., Sobrosa, G. M. R., & Borowski, S. B. V. (2017). Contexto hospitalar público e privado: Impacto no adoecimento mental de trabalhadores da saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, 15(2), 421–438. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00054>
- Scheffer, M. C., & Cassenote, A. J. F. (2013). A feminização da medicina no Brasil. *Revista Bioética*, 21(2), 268–77.
- Silva, R. S., Schmtiz, C. A. I., Harzheim, E., Molina-Bastos, C. G., Oliveira, E. B., Roman, R., Umpierre, R. N., & Gonçalves, M. R. (2021). O papel da telessaúde na pandemia COVID-19: Uma experiência brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(6), 2149–2157. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.39662020>
- Teixeira, C. F. de S., Soares, C. M., Souza, E. A., Lisboa, E. S., Pinto, I. C. de M., Andrade, L. R. de, & Espiridião, M. A. (2020). A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(9), 3465–3474. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.19562020>
- Tinoco, M. M. (2015). *A relação saúde/doença no processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: Uma revisão de literatura* [Dissertação de mestrado, Fundação Oswaldo Cruz]. Arca. <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/37378>
- Trindade, L. L. (2007). *O estresse laboral da equipe de saúde da família: Implicações para saúde do trabalhador* [Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul]. Lume. <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/13057>

Penosidades do Trabalho em Saúde nas Primeiras Décadas do Século XXI: Um (Re)Inventário a Partir da Escuta ao Trabalhador no Pré-Pandemia COVID-19

<https://doi.org/10.21814/uminho.ed.136.3>

Maria Ruth dos Santos

Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-1669-206X>
ruth.santos@fiocruz.br

Roberta de Carvalho Corôa

VITAM – Centre de Recherche en Santé Durable, Faculté de Médecine, Université Laval, Québec, Canadá
<https://orcid.org/0000-0002-4778-1890>
roberta.de-carvalho-coroa.1@ulaval.ca

Monica Vieira

Laboratório do Trabalho e da Educação Profissional em Saúde, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-5935-2938>
monica.vieira@fiocruz.br

Eliane Chaves Vianna

Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil
<https://orcid.org/0009-0001-5116-2144>
elianeviannaensp@gmail.com

Resumo

O estudo trata de diferentes dimensões de penosidades que afetam os trabalhadores de saúde, sistematizadas a partir de experiências de pesquisas qualitativas voltadas para a compreensão das relações entre esses trabalhadores e seu trabalho nas duas primeiras décadas do século XXI, no Brasil. As análises voltam-se para sete dimensões consideradas estruturantes para a formulação de políticas e ações de gestão do trabalho e da educação na saúde: sentidos e valores; política e gestão; condições de trabalho; saberes e práticas; experiências e trajetórias; saúde do trabalhador; e, ainda, cuidado de si, do outro e do mundo.

Palavras-chave

gestão do trabalho e da educação na saúde, trabalho em saúde, trabalhadores da saúde, penosidades

O Trabalho em Crise Como Perspectiva de Análise

É consenso nas disciplinas que se dedicam a compreender o trabalho como fenômeno sociológico e psicossocial que o trabalho está em crise. Muito se fala sobre os processos de precarização, e sobre as lógicas de mercadorização e desregulação que caracterizam o trabalho no mundo contemporâneo (Antunes, 2022). Frigotto (2009) afirma que vivemos uma crise, em que uma das maiores consequências seria o esgotamento da forma específica que assume o trabalho no processo de sociabilidade (p. 8). Aqui, pretendemos dar um passo além. Trata-se de afirmar que não somente o trabalho está em crise, mas também estão os trabalhadores. Esses têm experimentado, em seu cotidiano, sofrimentos cada vez mais perenes e latentes, que assumem contornos de um fenômeno estrutural. O fato é evidente ao observarmos o aumento progressivo e assustador do quantitativo de trabalhadores afastados por questões associadas à *síndrome de burnout* (Silva et al., 2015) e a saúde mental, de forma geral.

Falamos então de um desbotamento dos traços mais estruturantes do trabalho, no sentido de atividade relacional e de criação da vida em todas as suas dimensões, e do desmonte de seus mecanismos de proteção que deixam os trabalhadores vulneráveis. Se todas as vidas são precárias sendo necessário mantê-las no âmbito de políticas de vida (Butler, 2019), não é exagero afirmar que estados têm falhado em cuidar da manutenção da vida

de quem trabalha. As consequências das formas assumidas pelo trabalho no capitaloceno é expressa em corpos doentes e exaustos. Somado a isso, existe o sequestro de subjetividades por uma lógica produtivista que impõe ritmos e metas destruidores de qualquer possibilidade de construção de sentido no trabalho. Nos dois casos, vemos trabalhadores em sofrimento e que não se reconhecem a si mesmos e a suas escolhas no processo de trabalho.

Especificamente no que diz respeito ao trabalho em saúde, podemos identificar traços de uma crise global do emprego em saúde (Dvergsdal et al, 2011; Peoples Health Dispatch, 2024), mas também de uma crise do trabalho em saúde como relação social (Souza & Abagaro, 2021). A primeira pode ser caracterizada pela instabilidade do emprego em saúde. Vejamos que o emprego no setor, antes caracterizado como relativamente seguro, ganha crescentes traços de instabilidade através do fenômeno da uberização, intensificação da terceirização e constante mudança na gestão das relações de trabalho, ainda que o desemprego não cresça. Já a crise do trabalho em saúde como relação social estaria associada à retirada do cuidado do centro da atividade, que deixa de ser considerado como o principal atributo e via de sociabilidade da atividade para ser substituído pelo cumprimento de protocolos e metas.

Tudo isso relaciona-se à fragilização das políticas de saúde e de seguridade social, que afeta a micropolítica do trabalho em saúde gerando ambientes e cotidianos em que se perdem o ofício da “artesanaria” do trabalho em saúde em meio a procedimentos altamente “tecnicizados”, permeados por uma tendência crescente de prestação de cuidado subordinada à lógica de gestão e de produtivismo. Perdem-se proteção, vínculos e deterioram-se as condições de vida dos trabalhadores da saúde. Antes mesmo da pandemia, o percentual de síndrome de *burnout* entre esses trabalhadores alcançava 78,4% (Ribeiro et al., 2020).

Druck (2016) sinaliza algumas dimensões da precarização social do trabalho que afetam os trabalhadores da saúde, destacando as formas de mercantilização da força de trabalho; os padrões de gestão e organização do trabalho; as condições de (in)segurança e saúde no trabalho; a perda de enraizamento e de vínculos; o enfraquecimento da organização sindical e a “crise” do direito do trabalho motivada pela ofensiva patronal. Inspirados por esse olhar multidimensional, resgatamos aqui estudos já realizados por pesquisadores cujas práticas estão situadas na interface entre os estudos do trabalho e a saúde coletiva, pesquisadores que escutaram os

trabalhadores da saúde do Brasil a partir de entrevistas, grupos focais e outras metodologias qualitativas para compreender as penosidades do trabalho em saúde no pré-pandemia. Acreditamos que um olhar atento sobre esse passado nos ajudará a vislumbrar desafios e caminhos para a pesquisa sobre o trabalho em saúde no pós-pandemia.

Um Olhar Necessário Unindo Passado, Presente e Futuro

Este trabalho, que chamamos de (re)inventário do trabalho em saúde no pré-pandemia, é resultado de uma das atividades do *Respiro – Projeto de Investigação e Apoio aos Trabalhadores da Saúde na Pandemia: (Co)Movendo a Vida Entre (Ultra)Penosidades e (Re)Existências*, financiado entre os anos de 2020 e 2022 pelo Programa “Inova – Edital Geração de conhecimento COVID-19”, da Fundação Oswaldo Cruz. Aqui, trazemos análises sobre as percepções dos trabalhadores de saúde sobre seu trabalho a partir de experiências de pesquisa de alguns dos mais de 20 integrantes do *Respiro* realizadas nas duas primeiras décadas do século XXI.

Na ideia que deu origem a esse desafiador exercício, nos apoiamos no entendimento de que a compreensão da realidade humana é parcial e inacabada, pois não nos é possível dominar por inteiro tudo o que vemos, ouvimos e refletimos (Heidegger, 1927/1988). Assim, tendo como material “o que foi ouvido” dos trabalhadores em outros momentos, julgamos ser possível abordar a realidade do trabalho em saúde com novos olhares, explorando as possibilidades de interpretá-la com as lentes de um presente marcado pelo acontecimento crítico e disruptivo de uma pandemia global. O (re)inventário surgiu da necessidade de nos reinventarmos em busca de outros sentidos e de reconexões que se mostraram necessárias para se pensar a recuperação de sistemas de saúde em todo o mundo no pós-pandemia (United Nations, 2020).

Nesse sentido, assumimos reconectar e (re)inventar como práticas de refazer caminhos e conexões que foram perdidas (Simas & Rufino, 2020), mas cujo resgate hoje se faz imprescindível. Revisitar a produção acadêmica, os achados e os materiais produzidos nas duas primeiras décadas do século XXI nos pareceu condição importante para ampliar a compreensão sobre o trabalho em saúde hoje. Trata-se de vislumbrar uma oportunidade de compartilhamentos de experiências, saberes e conhecimentos, para lembrar aprendizados relativos aos enfoques metodológicos qualitativos, para a prática técnico-científica (Marques & Vieira, 2019). Trata-se de

entrelaçar investigação e apoio em metodologias colaborativas e processos co-criativos de sujeitos trabalhadores pesquisadores em diálogo constante com os trabalhadores da saúde, visando compreender os modos de “estar” trabalhador e o fazer profissional na pandemia. A pandemia e suas alterações impõem para a pesquisa outros tempos e movimentos, o que inclui formas mais integradas e urgentes de se produzir conhecimento e de articular práticas. Em um exercício de conectar passado, presente e futuro e em um movimento necessário de dar visibilidade às denúncias para, então, construir as pronúncias do trabalho em saúde, partimos da pergunta: que conhecimentos e experiências acumuladas no campo do trabalho em saúde dialogam com as complexidades e excepcionalidades mantidas ou agudizadas pela pandemia?

Nosso convite é para que deixemos de considerar o material de onde partimos como dados de estudos obtidos em situações localizadas e distanciadas em tempos e contextos e que nos concentremos em sua simetriação (Callon & Latour, 1992). Isto é, mais relevante do que priorizar os nichos específicos em que ocorrem os fenômenos e operar uma comparação, é observar de que forma pessoas e coisas se afetam mutuamente construindo as redes que conformam o social. No processo de simetriação dos campos de diferentes pesquisas e, portanto, de diversos mundos empíricos, utilizamos as mesmas ferramentas analíticas para identificar de que forma os elementos das diferentes situações são enredados e percebidos pelos atores. Para tal, essas ferramentas devem consistir em instrumentos de análise sensíveis, como é o caso dos relatos, formas narrativas produzidas pelos atores sobre situações e problemas específicos e que demandam do pesquisador um trabalho sistemático de cartografia da situação (Boltanski & Thévenot, 1987; Boltanski, 1990; 2006; Corôa, 2021).

Na análise do material, identificamos sete dimensões consideradas como estruturantes do trabalho em saúde e afetadas pelas crises globais do emprego e do trabalho em saúde. São essas: sentidos e valores; política e gestão; condições de trabalho; saberes e práticas; experiências e trajetórias; saúde do trabalhador; e cuidado de si, do outro e do mundo. Lançamos olhar sobre essas dimensões tendo como perspectiva teórica o conceito de penosidades da socióloga Danièle Linhart (TES, 2011):

[são as penosidades] as dificuldades que os trabalhadores não conseguem lidar ou que não conseguem dominar, que surgem como estranhas à sua profissão, que encontram origem em lógicas profissionais diferentes das que os motivam, que se inscrevem em outro

registro de valores, que não lhes parecem equitativamente divididas e às quais esses indivíduos não conseguem mais atribuir um sentido. São penosidades, porque lhes parecem injustificadas, quer elas firmem sua identidade profissional ou sua autoimagem, quer sejam vividas como um não reconhecimento das suas necessidades de fazer um trabalho de qualidade, verdadeiramente profissional. (p. 150)

A noção de penosidades tem ressonância no tema do sofrimento no trabalho e é intrínseca a contextos sociais mais amplos, em que a atividade laboral passa a ser associada à ideia de mal-estar e de dano psicológico ao trabalhador. São penosidades as restrições impostas aos indivíduos que se constituem em “dificuldades que ressoam em todas as dimensões da existência” (TES, 2011, p. 150).

No caso do trabalho em saúde, por exemplo, as penosidades são expressas no desemprego, no sofrimento psíquico, na intensificação laboral, na flexibilização dos vínculos, nos múltiplos empregos, no desgaste, no desencontro entre formação e inserção profissional, na fragilização do movimento organizado dos trabalhadores, nas precárias condições de trabalho, nos salários baixos, e nas dificuldades de fixação de profissionais no setor público de saúde. Trata-se de um conjunto de registros que afeta temas como os processos de qualificação, inserção no mercado de trabalho, relações de e com o trabalho, gestão, expectativas e valores profissionais, entre outros (TES, 2011).

Nossa iniciativa fez parte de um projeto de pesquisa realizado durante a pandemia, onde houve o cuidado necessário para evitar práticas de pesquisa extrativistas que poderiam gerar desconfortos com a coleta de dados ou mesmo insistir em repetir questões e práticas de pesquisa, em andamento ou saturadas, em um contexto de vulnerabilidade para os trabalhadores da saúde. Em vez disso, defendeu-se uma abordagem reflexiva, propositiva e acolhedora, buscando sintetizar os estudos realizados no pré-pandemia para refinar abordagens e metodologias segundo as possibilidades e necessidades dos trabalhadores.

A pesquisa sobre o (re)inventário do trabalho em saúde foi realizada em três etapas, entre os anos de 2020 e 2021, para compreender como nossa produção sobre as penosidades do trabalho em saúde permitem refletir sobre a nova realidade que se apresentava. Na etapa exploratória, definimos o período e demarcamos as características dos materiais e publicações dos pesquisadores que fariam parte da amostra qualitativa, bem como as

atividades e procedimentos a serem desenvolvidos. Neste momento, optamos pela inclusão de estudos dos pesquisadores do projeto *Respiro* feitos nas duas primeiras décadas do século XXI e que trouxessem as percepções dos trabalhadores de saúde sobre o seu trabalho. Esses trabalhos foram acessados por meio do envio direto advindo dos autores e da busca ativa realizada pela coordenação do projeto nos currículos *Lattes*¹ de cada pesquisador.

Na segunda etapa, agregamos em nossa base de materiais os 32 estudos recebidos que, por diversos meios e técnicas qualitativas de pesquisa, conversaram com os trabalhadores de saúde para compreender a sua percepção sobre as múltiplas dimensões de seu trabalho. Fizemos uma leitura seletiva de todas as publicações (Figura 1), adequando a leitura aos objetivos do (re) inventário e à resposta à questão proposta: pelos relatos dos trabalhadores, que penosidades já existiam antes da pandemia?

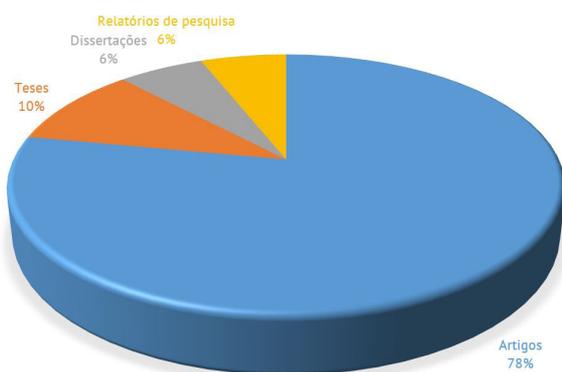


Figura 1 Modalidades de produção científica (n= 32)

Fonte. Respiro – Projeto de Investigação e Apoio aos Trabalhadores de Saúde na Pandemia: (Co) Movendo a Vida Entre (Ultra) Penosidades e (Re) Existências, 2020/22

Assim, nossa base contemplou 25 artigos científicos, três teses, duas dissertações e dois relatórios de pesquisas, distribuídos ao longo das duas décadas selecionadas, sendo a primeira incidência em 2006 e uma concentração de 8 publicações no ano de 2016 (Figura 2).

1 Trata-se da plataforma do governo brasileiro dedicada ao registro da produção científica de pesquisadores no país. <https://lattes.cnpq.br>



Figura 2 Linha do tempo das publicações

Fonte. Respiro – Projeto de Investigação e Apoio aos Trabalhadores de Saúde na Pandemia: (Co) Movendo a Vida Entre (Ultra) Penosidades e (Re) Existências, 2020/22

As categorias profissionais retratadas compõem um espectro bem amplo de trabalhadores de saúde: agente comunitário de saúde, agente de combate às endemias, auxiliar de saúde bucal, técnico de saúde bucal, auxiliar de enfermagem, técnico de enfermagem, técnico administrativo de saúde, agente de vigilância em saúde, trabalhadores de vigilância sanitária, gestores e coordenadores de serviços, enfermeiro, médico, farmacêutico, psicólogo e cirurgião-dentista. Os agentes comunitários de saúde, técnicos de enfermagem e os enfermeiros tiveram destaque em 12 estudos, seguido pelos auxiliares de enfermagem, em oito (Figura 3).



Figura 3 *Trabalhadores da saúde*

Fonte. Respiro – Projeto de Investigação e Apoio aos Trabalhadores de Saúde na Pandemia: (Co) Movendo a Vida Entre (Ultra) Penosidades e (Re) Existências, 2020/22

Finalmente, na terceira etapa, procedemos ao tratamento e interpretação do material empírico coletado, nos permitindo escutar e acolher os relatos originais dos trabalhadores de saúde e aproximá-los do conceito de penosidades, expressando os sentimentos que pudemos observar nessas falas, mediados pelos fenômenos a elas associadas. Buscamos associar os sentidos atribuídos pelos trabalhadores às suas experiências aos diferentes eixos de análise na tentativa de construir quadros de referência a partir das principais concepções que atravessam as narrativas dos trabalhadores da saúde (Das, 2011).

Nesse caminho, foi elaborado um quadro de sistematização de informação (Tabela 1), a partir dos eixos do projeto, nomeadamente: a) valores e sentidos; b) política e gestão; c) condições de trabalho; d) saberes e práticas; e) experiências e trajetórias; f) saúde do trabalhador; g) e cuidado). A partir destes eixos foram associados os relatos dos trabalhadores, os fenômenos (acontecimentos mais gerais inerentes ao modelo de sociedade em que vivemos) e as penosidades (traduzidas nos termos de sentimentos, percepções e sensações que afetam os trabalhadores da saúde). É importante ressaltar

ter se tratado de um procedimento metodológico necessário à análise, em que cada corpo de relatos e fenômenos foi identificado, mais ou menos, com dada dimensão de investigação (podendo encontrar-se repetido em algum deles). Contudo, há de se reconhecer a artificialidade de um entendimento como tal quando comparado à realidade vivida pelos trabalhadores no cotidiano dos serviços, em que não se fragmentam, mas se entrecruzam, as diferentes dimensões das penosidades do trabalho em saúde.

Tabela 1 Sistematização da informação das dimensões do trabalho em saúde/eixos de pesquisa
Fonte. Respiro – Projeto de Investigação e Apoio aos Trabalhadores de Saúde na Pandemia:
 (Co) Movendo a Vida Entre (Ultra) Penosidades e (Re) Existências, 2020/22

Dimensões do trabalho em saúde/eixos da pesquisa	Sínteses das dimensões	Síntese dos sentimentos dos trabalhadores
Sentidos e valores	Estão registradas as impressões dos trabalhadores de saúde sobre o modelo de sociedade vigente e sobre as formas como os modos de existência contemporâneos afetam a sua vida e o seu trabalho. Dessa forma, estão presentes nos relatos coletados os tipos de críticas sociais que os trabalhadores elaboram e associam ao desenvolvimento sentidos que produzem sobre a sua atividade; e as suas percepções acerca das transformações que atravessam construção social do trabalho em saúde.	Sentimento de impotência por não conseguir realizar o trabalho em meio à falta de recursos e à vulnerabilidade do outro
Política e gestão	Busca compreender a percepção dos desdobramentos das políticas sociais regressivas e de ajustes econômicos no trabalho em saúde; e as configurações e repercussões das políticas de gestão do trabalho nas modalidades de incorporação de força de trabalho e alterações nos valores atribuídos aos salários, subsídios e gratificações, bem como na carga horária/jornada de trabalho, entre outros.	Dificuldade em achar sentido no trabalho pela necessidade de cumprimento de metas, competitividade, individualismo
Condições de trabalho	Busca compreender as penosidades que afetam o trabalhador da saúde em relação às medidas de proteção ao trabalho; à estigmatização que se desdobra em preconceito, exclusão e rejeição; às desigualdades ocupacionais em saúde; e às disputas, hierarquias, conflitos, segmentação e segregação entre e intra grupos ocupacionais. Entende-se que são processos associados aos diferentes níveis de adoecimento, afastamento, salários, carga horária, vínculos, proteção, acesso aos conhecimentos, medidas protetivas e condições de trabalho.	Sentimento de impotência e de desproteção em não poder dar respostas e realizar o trabalho em condições satisfatórias

Saberes e práticas	Intenção de compreender os saberes e práticas acionados pelos trabalhadores de saúde para lidar com o trabalho e a realização de suas atividades, reconhecendo que o mundo do trabalho e a sua confluência com as demais dimensões da vida configura-se a partir de inúmeras lógicas profissionais, valores, inserções ocupacionais e formações diversificadas, além dos múltiplos espaços institucionais envolvidos.	Frustração decorrente da valorização das qualificações de caráter técnico pela gestão que desconsidera a natureza humana e relacional do trabalho
Experiências e trajetórias	Reflete sobre os vínculos com a profissão, questões de identidade, reconhecimento, pertencimento, cultura profissional, construção de trajetórias ocupacionais, testemunhos do trabalho em saúde em perspectiva histórica e suas memórias com o tempo presente, representações simbólicas, memórias, aspirações e ideias de futuro.	Frustração associada ao desencontro entre aspirações, formação e inserção profissional e inseguranças relativas à construção de um projeto de vida.
Saúde do trabalhador	Enfatiza as questões de saúde que afetam os trabalhadores da saúde, como seus desgastes, adoecimento, stress, acidentes de trabalho, afastamentos, suicídio, <i>burnout</i> , riscos, danos, sacrifícios, esforços e outras expressões coletivas e singulares associadas no corpo, mente, espírito.	Sentir-se sem condições de realizar seu trabalho e com limitações para conseguir gerir o trabalho, a vida.
Cuidar de si, do outro, do mundo	Reflete como os trabalhadores percebem ou não seus limites, seus desejos; e a banalização e/ou supervalorização das contradições que nos afetam. São tensões que merecem cuidado como o sono, a alimentação, o exercício, o descanso, as pausas, entre outros. Buscamos aqui (re)construir a reflexão sobre o mundo, a escuta interna, as possibilidades de olhar o outro mais atentamente, a descoberta de recursos internos, as crenças compartilhadas, as práticas e as redes de apoio.	Cansaço e descuido com a própria saúde.

Sete Dimensões do Trabalho em Saúde: Fenômeno, Penosidades e Relatos

Sentidos e Valores

Aqui, consideramos impressões sobre o modelo de sociedade atual e as formas como os modos de existência contemporâneos afetam a vida e o trabalho. Estão presentes nos relatos coletados no pré-pandemia dificuldades que extravasam em sentimentos de incerteza e pessimismo em relação ao futuro pessoal e coletivo e à construção de um projeto de trabalho. Por meio dessas narrativas é possível construir um mosaico que coloca em tela

as reflexões que os trabalhadores da saúde fazem de maneira geral sobre o trabalho na sociedade, os valores, os sentidos e as formas de estar no mundo.

Vemos a incerteza e o risco que atravessam todas as dimensões da vida no modelo de sociedade em que vivemos e que se expressa de formas específicas no trabalho em saúde. No relato dos trabalhadores, são fenômenos que aparecem no relato dos trabalhadores como causadores dos sentimentos de incerteza e pessimismo em relação ao futuro coletivo e pessoal associado à profissão.

Pobre e doente. Veja só, não dá para imaginar um futuro um mar de rosas, se nosso trabalho não é bem remunerado, se trabalhamos demais e não temos, muitas vezes, o que comer em casa. (Trabalhador(a) da enfermagem; Machado, 2017)

Não existe palavra que define o futuro de um agente comunitário de saúde. Porque nós, agentes comunitários, não temos futuro nenhum. (Agente comunitário de saúde; Santos, 2006)

A percepção e experiência da desigualdade social no cotidiano de trabalho parece se desdobrar em sentimentos de angústia e impasses relacionados às situações de trabalho que não conseguem gerir porque, apesar das irregularidades, estão relacionadas aos modos de sobrevivência em um contexto de extrema desigualdade social.

Muito trabalho informal, em qualquer fundo de quintal tem uma fabriquetta, todo mundo está desesperado sem dinheiro, sem trabalho... as pessoas moram em áreas invadidas, áreas verdes, sem saneamento básico e lá abrem um mercadinho... O que fazer? Ir lá fechar? Orientar para que ele alcance um mínimo de qualidade? Então os estabelecimentos regulares reclamam que as normas existem só para eles!". (Trabalhador da vigilância em saúde; Garibotti et al., 2006)

A falta de recursos para a realização do trabalho gera desgastes associados à tensão permanente entre o sentido e a obrigação de cuidar, considerados a essência da profissão, e a realização do trabalho em ambientes precários que conferem limites para o exercício da atividade.

O que eu menos gosto é a cobrança, o que eu acabei de lhe falar, é a cobrança à pessoa errada. Porque, assim, não tenho recurso... Por exemplo, desde quinta-feira estávamos sem água. Então, o

profissional chega no posto de saúde e não tem água pra lavar as mãos, não tem água pra beber. Então, o paciente que está marcado há seis meses, esperando aquele atendimento, chegam pra ele e falam que não tem água, ou que o aparelho está quebrado, ou qualquer outro tipo de coisa que eu tenho que falar, que eu tenho que justificar. Eu tenho que justificar pra aquele paciente. Então, isso causa um desconforto até pra mim. Não somente pra ele. E aí aquela pessoa, que está esperando há seis meses, ou até mais, não vai ser atendido. E só vai ter uma vaga novamente pra ele daqui a seis meses. Imagine que situação! E aí a gente fala de humanização, e nessa hora como a gente vai humanizar. E, às vezes, eu questiono como é que eu vou humanizar um paciente se eu não tenho água pra beber. Eu preciso primeiro ser humanizada, se eu não tenho água pra beber é porque eu não estou sendo humanizada. Entendeu? Então, assim, existem esses questionamentos. (Técnica em saúde bucal; Corôa, 2015)

É possível constatar uma tensão entre o reconhecimento de uma vocação e da importância pública do trabalho, que assume contornos de uma quase “missão” religiosa, e a desvalorização e falta de reconhecimento social. Isso confere ao trabalho em saúde um sentido de sacrifício de si atrelado à profissão, em que a responsabilidade de cuidar e manter as pessoas saudáveis se coloca acima do próprio conforto, proteção e promoção da saúde.

A enfermagem é uma profissão linda, durante muito tempo pensei em desistir dela, mas ser enfermeira é ter oportunidades em todos os aspectos, visto que é uma área de amplos conhecimentos, mas infelizmente estamos fincados na desvalorização. (Trabalhador da enfermagem; Machado, 2017)

Anjos, quase santos, para aparecer de rosto lindo para pacientes impacientes. (Trabalhador(a) da enfermagem; Machado, 2017)

A intensa incorporação de tecnologias de informação ao processo de trabalho causa a sensação de trabalhar rápido demais, chegando a se desdobrar em dificuldades para conciliar trabalho e vida pessoal.

A função agora da tecnologia é muito boa, mas por outro lado, é muito ruim para o chefe, porque ele continua trabalhando em casa, envia WhatsApp, envia e-mail, envia... enfim. (...) Acho que está cada vez mais difícil de você desmembrar a questão: vida pessoal e

trabalho, porque a tecnologia está ali. (Trabalhador(a) da saúde; Oro et al., 2019)

Trabalhadores sofrem com a percepção social do trabalho em saúde como vocação para realizar um “trabalho sujo” (dirty work) e que ninguém mais conseguiria fazer. Assim, sofre-se ao ter que conviver com o sentimento de obrigação de ter que gostar de realizar um trabalho que muitas vezes é penoso.

Mas a minha mãe foi auxiliar de enfermagem por 32 anos e ela sempre falou para eu fazer o curso. Mas eu dizia que para fazer o curso precisava ter vocação. Ela dizia que a vocação vinha depois do curso. Ela dizia que não tinha vocação para ficar limpando merda, xixi, (risos) mas que depois a vocação vinha. (Trabalhadora da enfermagem; Corôa, 2015)

A mudança na organização do trabalho e da métrica das atividades em função do paradigma gerencial e produtivista gera um tensionamento entre a intensificação do trabalho, as exigências pelo cumprimento de metas e a percepção dos resultados alcançados. Como resultado, os trabalhadores experimentam um sentimento de perda de coerência e de sentido do trabalho, frustração por não conseguir alcançar os resultados esperados, ansiedade e a sensação de falhar com o cuidado causadas pelo controle do tempo.

A sensação é de nunca dar conta do que precisa ser feito. A gente corre, corre para tentar dar conta de tudo que precisa, mas a sensação é de terminar o teu dia e não ter terminado o que precisava ter feito”. (Trabalhador(a) da saúde; Oro et al., 2019)

Nós temos que trabalhar muito mais rápido do que antes. (...) Antes nós parávamos, escutávamos. Quando ultrapassava o limite, nós conversávamos com aquela pessoa da melhor maneira, para voltar outro dia, e a pessoa ficava bem. (...) Eu não vou deixar a pessoa chorando e dizer: “tchau, eu vou ter que ir embora, porque eu tenho doze visitas de saúde. (Trabalhador(a) da saúde; Carneiro & Martins, 2013)

Nessa dimensão, encontramos dificuldades relacionadas à adoção de políticas sociais regressivas e de políticas de saúde no cotidiano do trabalho em saúde, que perpassam os modelos de incorporação e gestão; os valores atribuídos aos salários; as jornadas; e os processos de contratação. São aspectos associados e identificados pelos trabalhadores que configuram o processo de precarização social do trabalho em saúde.

De forma latente, observamos que os salários baixos de algumas categorias, as subjornadas e subempregos – com a consequente situação de multiempregos – passam a ser experimentados pelos trabalhadores sob a forma de sofrimentos que se expressam em situações materiais da vida, como a pobreza e o esgotamento físico e o sentimento de injustiça em função da experiência da desigualdade profissional.

Pode melhorar alguns auxílios... Outras categorias do governo recebem auxílios melhores que os nossos, e como a saúde é uma área muito importante... Eu acho que não deveria haver desigualdade. (Trabalhador(a) da enfermagem; Scherer et al., 2016)

Não tem plano de carreira para a enfermagem... A carga horária de oito horas não satisfaz (...) porque muitas famílias deixam de ser acompanhadas por causa dos horários (Trabalhador(a) da enfermagem; Scherer et al., 2016)

O salário também é muito baixo, por isso mesmo que eu tenho que trabalhar em dois empregos...". (Trabalhador(a) da enfermagem; Scherer et al., 2016)

A realidade nos serviços de saúde e na comunidade limita o trabalhador que se encontra impedido de agir de acordo com as orientações do modelo de atenção e de acolher os problemas que chegam à unidade. Muitas vezes, são inúmeras tentativas (por vezes frustradas) de convencimento da comunidade à adesão ao modelo de atenção. Assim, são gerados sofrimentos associados à qualidade da relação com os usuários, que se desdobram em aumento da carga e dos desgastes no trabalho, sentimento de impotência por se perceber alvo de modelos de gestão que impedem a realização do trabalho em condições satisfatórias para trabalhadores e usuários, e sentimento de negligência do Estado com a vida do usuário e do trabalhador.

Precisamos de muito boa vontade e psicologia para continuarmos a cada dia o nosso trabalho, muitas vezes sentimos que estamos falando aos ventos, pois muitas das orientações que fazemos ao morador, o posto de saúde não tem como cumprir por falta de recursos

materiais, isso prejudica a nossa ação. (Agente comunitário de saúde; Santos, 2006)

Muito trabalho informal, em qualquer fundo de quintal tem uma fabriqueta, todo mundo está desesperado sem dinheiro, sem trabalho; as pessoas moram em áreas invadidas, áreas verdes, sem saneamento básico e lá abrem um mercadinho... o que fazer? Ir lá fechar? Orientar para que ele alcance um mínimo de qualidade? Então os estabelecimentos regulares reclamam que as normas existem só para eles! (Trabalhador da vigilância em saúde; Garibotti et al., 2006)

A gestão e organização do trabalho de cunho gerencial e produtivista, baseadas no cumprimento de metas, intensifica a normatização e a parcelarização das atividades e descaracteriza o modelo de atenção à saúde defendido pelos trabalhadores. Assim, percebe-se a perda de sentido do trabalho, o desbotamento da identidade profissional na forma do não reconhecimento de si, o sentimento de frustração e insegurança ao confrontar-se com um ideal de trabalho impossível, e a ansiedade causada por um ambiente de trabalho competitivo e de controle do tempo.

O modelo estratégia saúde da família se descaracterizou por completo: foca-se na doença e o médico, o ACS vive mais no computador do que na rua, as reuniões são para 'despejar' mais trabalho, temos rodízio para recepção, não temos mais tempo para ouvir pacientes. Existe um descontentamento geral. São metas atrás de metas e as pessoas viraram números. Tenho que colocar as metas, as prioridades no sistema: hipertensão arterial, diabetes, gestantes, crianças até dois anos. Não sobra tempo para a promoção. Talvez sejam meus últimos momentos na ESF, pois não tenho conseguido me adequar ao sistema". (Agente comunitário de saúde; Bornstein et al., 2014)

Eu disse uma vez pro meu chefe: eu sei qual é o meu trabalho. Você quer qualidade ou quantidade? Porque eu sei que o que vale é qualidade, mas se quiser quantidade eu sei fazer também. É muito fácil. Porque é só bater de porta em porta e dizer 'oi tudo bom!'. E marcar. Eu sei fazer também. Se quiser que eu bata a meta eu vou bater também. Vou bater a meta de quinhentas visitas por mês. (Agente comunitária de saúde; Carneiro & Martins, 2015)

A racionalização da gestão, com processos de reorganização do trabalho e da equipe, desconsideram as trajetórias profissionais e a experiência dos

trabalhadores. Assim, surgem sofrimentos em decorrência de abalos na dimensão coletiva do trabalho em saúde, o que torna a realização da atividade de cada vez mais penosa e individualizada.

Esses colegas super competentes que estão lá há 15, sei lá, 20 anos numa Unidade de Terapia Intensiva. Foi chefe, conhece aquilo como a palma da mão. Aí, de repente, é retirado disso pessoas que se dedicavam, davam a vida. Aí, de repente, você tira essa pessoa. Você não acha que essa pessoa adocece? Adocece. (Trabalhadora da enfermagem; Chinelli et al., 2019)

O crescimento desordenado da força de trabalho, que se combina com a exigência de experiência prévia na atividade para contratação, se traduz em desemprego ou na existência de subempregos. Como consequência, são causados danos psíquicos, sociais e materiais associados à situação de desemprego, perda de perspectiva de futuro na profissão escolhida, e sentimento de não reconhecimento de qualificações.

Me formei há quatro anos, fiz duas especializações e não consigo emprego fixo, apenas temporários de um ou dois meses. Fico a maior parte do ano desempregada e não consigo emprego em outras áreas. Praticamente abandonei a profissão, passo nas provas, mas só escolhem profissionais com anos de experiência. Apesar de amar a profissão, não posso mais esperar por um emprego. (Trabalhador(a) da enfermagem; Machado, 2017)

Quando me formei, consegui um contrato temporário de um ano como supervisora de estágio e, depois, todas as vagas pediam experiência profissional. (Trabalhador(a) da enfermagem; Machado, 2017)

Os salários baixos e a gestão precária também acarretam no abandono da profissão, que vem acompanhado do ressentimento e da frustração devido à falta de reconhecimento e à desvalorização no trabalho.

[Saí da profissão] por motivos salariais, falta de reconhecimento profissional por parte dos chefes. Eles tratam o profissional enfermeiro como um nada.” (Trabalhador(a) da enfermagem; Machado, 2017)

Paga pouco para técnico em enfermagem, o salário é uma vergonha nacional. (Trabalhador(a) da enfermagem; Machado, 2017)

A gestão do trabalho precária, com falta de trabalhadores em número suficiente nos serviços (inclusive em função de afastamentos por adoecimento no trabalho) e a distribuição desigual da força de trabalho gera sobrecarga e desgaste profissional, medo de cometer erros devido ao excesso de trabalho, e sentimento de impotência em função da falta de meios para realizar o trabalho percebido como de qualidade.

A gente ainda corre o risco de cometer um erro porque, se eu estou triando, aí já tem uma fila para a farmácia. Então, eu chego na farmácia para entregar o remédio e já tem mais três [pacientes] esperando para triar, corre o risco de, na pressa, ao entregar uma medicação, entregar errado... (Trabalhador(a) da enfermagem; Scherer et al. 2016)

A falta de compromisso da gestão com condições de realização do trabalho é acompanhada de sentimentos de precariedade pelos trabalhadores, que sofrem por não serem ouvidos quanto às necessidades dos serviços e por se sentirem submissos à gestão arbitrária e errática.

Os gestores municipais pactuam as atividades de vigilância sanitária para receber recursos financeiros; depois que está instalado o serviço e vêm os recursos: os carros vão para um lado, os computadores para outro, eles têm enorme demanda na assistência e desviam os recursos. (Trabalhador(a) da vigilância em saúde; Garibotti et al., 2006)

Descaso e desrespeito por parte dos nossos governantes com a nossa categoria. Escravos na saúde. (Trabalhador da enfermagem; Machado, 2017)

Condições de Trabalho

Neste eixo, reunimos relatos associados às dificuldades associadas à ambiência, organização e relações nos espaços de trabalho que compreendem as pressões e os constrangimentos presentes no dia a dia do cuidado em saúde. São citadas as circunstâncias que geram sofrimento e nas quais são experienciadas a falta de recursos e de medidas de proteção ao trabalho, a estigmatização que se desdobra em preconceito, exclusão e rejeição, as desigualdades ocupacionais em saúde, e as disputas, hierarquias, conflitos, segmentação e segregação entre e intra grupos ocupacionais.

A falta de recursos para a realização do trabalho se desdobra em condições precarizadas de exercício da atividade que fazem com que os trabalhadores

se considerem, a si mesmos, o principal recurso para dar conta das demandas. No mais, gera-se a realização do trabalho em ambientes precários, inseguros, desfavoráveis e que conferem limites para a prática. Os trabalhadores experimentam o processo na forma de esgotamento e desgaste devido à necessidade de regulação autônoma do trabalho diante das restrições impostas pelas condições precárias. No mais, observa-se o uso de si por si para o reforço de normas institucionais que ajudam a lidar com a precariedade do trabalho, o sentimento de não reconhecimento por não conseguir fazer um trabalho de qualidade, além de sentimentos associados ao desperdício de competências ou de vocação do profissional. Isso porque os trabalhadores sentem que não possuem os meios de dominar o trabalho e de realizá-lo em condições satisfatórias para quem necessita.

É minha insatisfação. Eu fico assim, um pouco chateado, revoltado, é quando eu vejo, percebo que tinha todas as condições pra salvar uma vida e não foi salva. Aí, eu vejo uma palavra que passa na minha mente: negligência. (Trabalhador da saúde; Chinelli et al. 2019)

Tá errado [improvisar para conseguir atender a população em situações precárias]. Na medida que a gente resolve o problema, as autoridades não se coçam. Mas por outro lado eu não tenho, não tem como ser diferente. (Médico; Cavanellas, 2014)

A falta de tratamento respeitoso e de reconhecimento por parte de usuários e de seus familiares gera desmotivação, tristeza e percepção de que o trabalho não é reconhecido entre os trabalhadores.

As pessoas chegam aqui bem nervosas, dizendo que você é a culpada de tudo, chegam com receitas vencidas e querem ser atendidas, querem o remédio. Às vezes chegam aqui e o médico já não tem mais vaga. Já teve gente que quis avançar em mim. (Trabalhadora da enfermagem; Scherer et al. 2016)

Quando acontece alguma coisa ruim no serviço, os usuários denunciam, mas quando está acontecendo um atendimento bom, eficiente, ninguém resalta isso... Falta um pouco de reconhecimento. (Trabalhadora da enfermagem; Scherer et al. 2016).

Observamos a desigualdade ocupacional que se expressa na tensão entre a percepção do trabalho como atividade essencial do hospital e a invisibilidade na equipe, gerando sentimentos de desvalorização.

A enfermagem está para o hospital, assim como o oxigênio está para a humanidade. Tire esses profissionais de suas funções e o que acontecerá? (Trabalhador(a) da enfermagem; Machado, 2017)

A profissão ainda é pouco reconhecida. Muitas pessoas não nos dão valor. Têm a audácia de dizer que não fazemos nada. Talvez um dia teremos um pouco mais de valor no trabalho. (Agente comunitário de saúde; Santos, 2006).

O trabalho intensificado gera sobrecarga associado à ausência de trabalhadores em número suficiente e à divisão desigual do trabalho na equipe. Como consequência, os trabalhadores experienciam adoecimento físico e psíquico no trabalho, sentimento de trabalhar mais do que deveria, e desconforto diante da divisão do trabalho com os colegas da equipe.

Porque, às vezes, dependemos do outro colega. Para cuidar do paciente. Você não pode cuidar dele só. Banho no leito depende de dois. Às vezes, você tem o tempo, mas não tem o colega disponível para te ajudar, que aí, você acaba na mesma. Então, isso me deixa muito insatisfeita porque nós dependemos do colega para ajudar o banho no leito, mudança de decúbito. (Trabalhadora da saúde; Chinelli et al., 2019)

A gente sabe que está difícil, tem muito desgaste e dor nas costas; tem funcionário com lesão de ombro, lesão de coluna, de joelho, de quadril pela sobrecarga de trabalho, mas eu acho que é assim que funciona uma emergência. (Trabalhadora da saúde; Chinelli et al., 2019)

A desigualdade ocupacional e a divisão social do trabalho em saúde de caráter hierárquico geram sentimentos de subordinação, desvalorização, invisibilidade e desqualificação do trabalho. Além de sofrimentos associados à sobrecarga e às dificuldades de dar conta de tarefas restritas ao grupo profissional e sofrimentos associados à intensificação do trabalho oriunda da ausência de prática interprofissional colaborativa. “[Existe] diferenciação dos trabalhadores da saúde em relação aos médicos, com algumas regalias para os médicos (trabalhador(a) da enfermagem; Machado, 2017). “A falta de respeito de profissionais médicos com a equipe de enfermagem” (trabalhador(a) da enfermagem; Machado, 2017).

A falta de recursos, incluindo dispositivos de proteção para a realização do trabalho, provoca sentimento de desgaste e desproteção contra a violência e os maus tratos sofridos no trabalho em função de exigências e insatisfações de usuários.

É, só assim o desgaste mais é mental mesmo, né? Pelas pessoas que não aceitam que o atendimento não é aqui, mas assim, já ouvi casos de pessoas de botar dedo na cara do outro, de agredir fisicamente, eu nunca me deparei com uma situação dessa, nunca presenciei e nunca sofri. Tem a polícia aqui, a cabine da polícia, mas também... que não ajuda, você fica por conta mesmo. Então você tem que saber contornar, falar o mais educadamente com a pessoa, e assim, tentar manter a calma porque se você se descompensar, você não tem como controlar aquela pessoa..." (Trabalhador(a) da enfermagem; Cavanellas, 2014)

A ausência de recursos para a prevenção e a minimização dos riscos do trabalho em saúde ocasiona dificuldades de planejar e organizar o trabalho coletivo em saúde para a formação e o exercício com segurança e qualidade, além de sofrimentos associados à exposição a acidentes, contaminação e adoecimento.

Os alunos se deslocam entre o posto de enfermagem até a sala de procedimentos, com o material nas mãos. A unidade não tem bandejas, as equipes não utilizam. Na sala de procedimentos, não constam recipientes para o descarte de materiais perfuro-cortantes, e o aluno, novamente, com o material contaminado e perfurante se desloca pela unidade, entre pacientes, profissionais e pessoal da limpeza, indo ao posto de enfermagem para desprezar o material utilizado. (Trabalhador(a) da saúde; Ribeiro et al., 2016)

Nos locais para higienização dos pacientes há problemas estruturais terríveis e isso dificulta a gente manter o ambiente dentro das normas, daquilo que é aceitável, até para o bom senso. (Trabalhador(a) da saúde; Ribeiro et al., 2016)

Saberes e Práticas

Aqui se expressam dilemas associados aos saberes e práticas acionados pelos trabalhadores de saúde para lidar com o trabalho e a realização de suas atividades. De forma geral, esta dimensão envolve as demandas, insuficiências e ausências de qualificação e formação dos trabalhadores e de suas equipes, bem como as inseguranças relacionadas aos processos de trabalho e à vida.

A falta de delimitação das atividades, do processo e da natureza do trabalho,

além da aquisição de qualificações na prática cotidiana e da falta de reconhecimento social da qualificação exigida para o exercício do trabalho, geram sofrimentos. Esses são a sobrecarga, o sentimento de desvalorização das qualificações específicas da atividade, a percepção de que se é um “faz tudo”, a perda do sentido do trabalho, e o sentimento de ter o processo de trabalho constantemente sujeito a mudanças de conjuntura e de gestão. Tudo isso gera dificuldades de conformação de uma identidade profissional.

Aqui dentro a gente faz tudo. A gente que leva tudo, a gente que traz tudo, a gente orienta. Tudo eles procuram a gente. (Agente comunitário de saúde; Carneiro & Martins, 2015)

As mudanças no processo de trabalho, em virtude de mudanças na gestão e no modelo de atenção à saúde, desbotam os saberes e práticas do trabalho em saúde de caráter relacional, que são valorizados pelos trabalhadores. Ao contrário, priorizam-se as metas e a produtividade, e as atividades cada vez mais sustentadas por procedimentos padronizados e sistematizados. Os trabalhadores experienciam então o descontentamento com o processo de trabalho, o sentimento de desvio de função, a perda de sentido do trabalho, o estranhamento com o trabalho prescrito, o sentimento de não valorização do saber tácito, do saber-fazer invisível, e o sentimento de estar passando por cima de seus próprios valores.

Eles deviam tirar a gente do acolhimento, da recepção. (...) Ali não é o nosso lugar, o nosso é lugar é na comunidade. Nosso lugar é como era no Programa Agentes Comunitários de Saúde, bater de porta em porta, conversar com o morador, saber como ele está. Esse vínculo que a gente tem é lá na comunidade. Mas eles botarem a gente aqui, aqui na recepção toda bonitinha e sorridente... Aí aqui a gente tem que marcar consulta, fazer acolhimento (...). Isso aí é recepcionista, a gente é agente de saúde. A gente tem que subir o morro mesmo, não tem que ficar aqui em baixo não. (Agente comunitária de saúde; Carneiro, 2013)

Porque antigamente a gente fazia palestras, a gente fazia reuniões. Hoje em dia só faz visita domiciliar e acolhimento, e nada mais. (Agente comunitária de saúde; Carneiro, 2013)

A falta de apoio e de oferta de capacitações gera os sentimentos de falta de reconhecimento e de ser privado de obter uma qualificação que julga poder melhorar a qualidade do trabalho. “O trabalho do agente comunitário

é muito importante, poderia ser muito melhor se houvesse mais apoio das autoridades e frequentes capacitações para os agentes” (agente comunitário de saúde; Santos, 2006).

Experiências e Trajetórias

Nesta dimensão, encontramos ruídos associados à construção da experiência no trabalho e das trajetórias ocupacionais e que compreendem as representações simbólicas da ocupação, as memórias e as aspirações dos trabalhadores em relação com as possibilidades de inserção no mundo do trabalho. São dificuldades que se desdobram em questões de identidade profissional, de reconhecimento, pertencimento, sentido e futuro do trabalho.

A representação social do trabalho em saúde que não corresponde ao cotidiano e às atividades realizadas pelos trabalhadores da saúde gera o sentimento de falta de reconhecimento, a dificuldade de construção de identidade, de um projeto profissional e de realização pessoal por meio do trabalho. “Você não tem profissão, você tem uma ocupação, você não é um profissional. Isso é fato. Às vezes, eu falo assim: ‘eu trabalho no posto de saúde’, ‘ah, você é médico?’, ‘não, não sou médico, trabalho na administração’” (trabalhador(a) da saúde; Vieira, 2007).

O modelo de gestão do trabalho que desconsidera as experiências e as trajetórias ocupacionais provoca o sentimento de instabilidade e de que o futuro do trabalho está sujeito às decisões de conjuntura da gestão.

O administrativo hoje está aqui, amanhã está no computador, no benefício, tomando conta da lavanderia, enfim, tudo. É tudo, embora não tenha que ter especialização, adquire a qualificação na prática, mas nada impede que numa mudança de direção isso mude. (Trabalhador administrativo da saúde; Vieira, 2007)

Percebe-se o trabalho em saúde como oportunidade de acesso ao mercado de trabalho e de profissionalização, ao tempo em que as credenciais de acesso à ocupação são socialmente desvalorizadas e operam como fatores de desqualificação do trabalho. No mais, observa-se uma tensão entre formação e profissão almejadas e as possibilidades reais de inserção no mercado de trabalho em saúde. Isso acarreta sentimentos de desvalorização social pela escolha ou falta de possibilidade de escolha profissional e a sensação de privação da construção de um sonho ou projeto de vida. “Na verdade, a

minha motivação foi o desemprego. Eu estava desempregado, eu falei 'eu tenho que trabalhar'. Minha mãe não me dava mais nada, então, eu tinha que..." (Trabalhador da saúde; Corôa, 2015).

É o lance da saúde... na época que eu estava na 8ª série, indo para o segundo grau tinha de escolher uma área para fazer, a área da saúde tinha aquela coisa que tem sempre emprego, que não falta emprego e eu tinha isso em mente. Daí, depois que eu fui pra lá pra fazer o técnico de enfermagem gostei muito, achei legal. Gostava de odonto, mas me sentia feliz na época". (Trabalhador da enfermagem; Corôa, 2015)

A superqualificação dos auxiliares e técnicos da saúde, em que se opta por permanecer na ocupação devido à falta de oportunidades no mercado de trabalho e à existência de alguma estabilidade na ocupação atual, gera frustração associada ao desencontro entre as aspirações, a formação e a inserção profissional. Somam-se inseguranças relativas à construção de um projeto de vida e a percepção de que os esforços pessoais de formação são frustrados pelas condições objetivas.

A busca pela graduação era por conta de maiores oportunidades além de mais conhecimentos. Achava que mudaria o SUS [Serviço Único de Saúde]. Apesar de gostar de trabalhar na emergência, somos negligenciados e abandonados como profissionais. Não há realização aqui. Busco outras atividades para me realizar e no momento me preparo para o vestibular de medicina. (Trabalhadora da enfermagem; Chinelli et al., 2019)

Eu fiz uma pós porque eu queria me aprimorar dentro da economia para fazer alguma coisa... Depois que eu vim para cá, estacionei. Onde eu estou, eu não vou para lugar nenhum, o que eu quero mesmo é trabalhar na minha área, então eu fiz a pós, visando a concursos dentro da minha área, é para isso que eu estou atenta agora. (Trabalhadora administrativa da saúde; Vieira, 2007)

As condições objetivas de realização do trabalho em saúde que tornam a atividade extremamente desgastante e penosa se desdobram em sentimentos de impotência e de perda do próprio sentido do trabalho e dos valores que ele representa. Igualmente são experimentados sentimentos de não reconhecimento profissional, de desgaste e esgotamento pelos limites

impostos pela profissão e que impõem o enfrentamento de mudanças e a necessidade de mobilidade na carreira, e a nostalgia e arrependimento em relação à escolha profissional no passado.

Hoje em dia, depois de vinte e um anos de trabalho, se eu tivesse que escolher outra profissão eu teria escolhido outra profissão. Não é que eu não goste da enfermagem, mas eu acho que a enfermagem em determinado ponto é muito impotente em relação a determinadas coisas. (Trabalhadora da enfermagem; Cavanellas, 2014)

Ele tem um desgaste grande, médico de emergência não deveria, ele deveria ter um prazo... né? E não existe isso, isso é uma coisa que todos os médicos falam, mas ninguém nunca levou isso a sério ... né? Nunca lutou por isso, né? Deveria ter um prazo, e esse prazo, sei lá, eu não sei dizer qual é o prazo... qual é o tempo, né? Em alguns hospitais no exterior, né? O médico que trabalha na emergência como eu, que trabalha há trinta anos na emergência, ele, mesmo que eu não fosse chefe, com certeza eu não estaria mais atuando, entendeu? Eu estaria aqui como um, um preceptor, né? Então, é, é, seria essa a minha visão, eu acho que ele poderia ficar na emergência dessa forma, mas isso não existe aqui, né? Então eu acho que tinha que haver um prazo limite, sabe? (Médico; Cavanellas, 2014)

Saúde do Trabalhador

Aqui, observamos os sofrimentos relacionados às exigências do trabalho que afetam a vida em suas múltiplas dimensões, com impactos na saúde, e que compreendem processos de desgastes e adoecimentos e outras expressões coletivas e singulares associadas ao trabalhador.

O trabalho realizado em condições objetivas de precariedade e de intensificação demanda grande esforço e sobrecarga física dos trabalhadores. Assim, observa-se o desenvolvimento de doenças no trabalho, o comprometimento do futuro na profissão em função de lesões adquiridas no trabalho, e a naturalização do desgaste físico no trabalho.

A gente sabe que está difícil, tem muito desgaste e dor nas costas; tem funcionário com lesão de ombro, lesão de coluna, de joelho, de quadril pela sobrecarga de trabalho, mas eu acho que é assim que funciona uma emergência. (Trabalhadora da saúde; Chinelli et al., 2019)

Técnico, coitados... é uma ralação incrível, uma exploração absurda. Você trabalha sentando, virando o paciente, segurando. Acho que não existe nenhum técnico de enfermagem que comece sua carreira jovem e termine na maturidade, que não tenha milhões de problemas de coluna ou coisas muito sérias. É sempre muito peso. Normalmente, são mulheres, não se consegue um colega homem. É um trabalho braçal, sim. Segura paciente obeso, coloca o paciente no leito, tira o paciente do leito, troca a fralda. (Trabalhadora da saúde; Chinelli et al., 2019)

A falta de recursos e de apoio por parte da gestão para realizar o trabalho em condições satisfatórias provoca adoecimento psíquico no trabalho. Trabalhadores se sentem sem condições de realizar a atividade e com limitações para conseguir gerir o trabalho e a vida. Também experimentam esgotamento e desgaste devido à necessidade de regulação autônoma do trabalho diante das restrições impostas pelas condições precárias. “Afastado em desvio de função por problemas de saúde [reação aguda ao estresse e depressão] relacionados ao exercício profissional e perseguição política” (trabalhador(a) da enfermagem; Machado, 2017). “Estou com depressão e Síndrome do Pânico” (trabalhador(a) da enfermagem; Machado, 2017).

A insalubridade gera medo de adoecer no trabalho em função da sujeição a riscos de acidentes e de contaminação. “O ambiente em si, os próprios profissionais, a estrutura dos hospitais, das unidades de saúde não favorecem, ou favorecem a possibilidade de acidentes e de contaminação” (trabalhador(a) da saúde; Ribeiro et al., 2016).

Os alunos se deslocam entre o posto de enfermagem até a sala de procedimentos, com o material nas mãos. A unidade não tem bandejas, as equipes não utilizam. Na sala de procedimentos, não constam recipientes para o descarte de materiais perfuro-cortantes, e o aluno, novamente, com o material contaminado e perfurante se desloca pela unidade, entre pacientes, profissionais e pessoal da limpeza, indo ao posto de enfermagem para desprezar o material utilizado. (Trabalhador(a) da saúde; Ribeiro et al., 2016)

Cuidado de Si, do Outro e do Mundo

Nesta última dimensão analisada, encontramos as dificuldades relacionadas com a falta de tempo, de condições e de recursos para práticas de cuidado

pessoais e coletivas e que estão associadas à banalização e invisibilidade das contradições e sofrimentos sociais que nos afetam na contemporaneidade.

A não demarcação de fronteiras entre tempo de trabalho e tempo de vida pessoal, derivada da intensa incorporação de tecnologias de comunicação às atividades, ocasiona o constante sentimento de sobrecarga e de “ter que fazer algo”. Trabalhadores enfrentam dificuldades para separar os problemas do trabalho da vida pessoal.

A função agora da tecnologia é muito boa, mas por outro lado, é muito ruim para o chefe, porque ele continua trabalhando em casa, envia WhatsApp, envia e-mail, envia... enfim. (...) Acho que está cada vez mais difícil de você desmembrar a questão: vida pessoal e trabalho, porque a tecnologia está ali. (Trabalhador(a) da saúde; Oro et al., 2019)

Percebe-se o caráter eminentemente desgastante do trabalho, que se intensifica com a realização em ambientes precários, os valores e representações sociais do trabalho em saúde que o associam à necessidade de sacrifício da própria saúde em prol da vida do outro, e a gestão precária do trabalho que se desdobra em desgastes e pressão na realização da atividade sem que haja espaço e tempo para descanso e o cuidado de si e da equipe. Trabalhadores experimentam o cansaço e o descuido da própria saúde, além de sentimentos e de sensações ambivalentes entre desgaste, estresse, sobrecarga e valores da profissão associados à noção de sacrifício de si pelo outro. “Tenho hipotireoidismo, problema hepático, ganhei peso e isso por conta da falta de exercício...” (Trabalhador(a) da saúde; Biff et al., 2020); “é, cai a qualidade da sua alimentação, o pior pra mim, assim, cara, o que mais me incomoda é o sono...” (Trabalhadora(a) da saúde; Cavanellas, 2014); “dormir é o que faz mais falta, eu acho que pra mim é o que mais agride, pra mim” (trabalhadora(a) da saúde; Cavanellas, 2014).

As condições e os ambientes precários para a realização do trabalho que não comportam o cuidado e o conforto dos trabalhadores da saúde provocam sentimentos de desvalorização, não reconhecimento e abandono por não dispor de condições mínimas para o próprio conforto e cuidado.

Muitas vezes, nós temos a estrutura, mas não temos, assim, um ambiente com conforto, é no sentido de temperatura. Então, a gente vê que quando está em 30 graus, 32 graus, 34 graus, então, a gente sofre muito. Então, a gente sua bastante. Muitos até passam mal.

Então, é, onde tem esse ar-condicionado, fica bem mais confortável. (Trabalhador(a) da saúde; Chinelli et al., 2019)

Reformaram o hospital e não colocaram banheiros para os funcionários. [...] A gente tem uma copa aqui minúscula no terceiro andar, improvisada, porque no segundo andar ela já foi destruída. (...) Meu horário de trabalho são seis horas, (...) então uma reforma que não prevê o mínimo de espaço para que eu possa fazer a minha refeição, porque o paciente, ele recebe café da manhã, lanche e almoço, tudo isso enquanto eu estou aqui. (Trabalhador(a) da saúde; Oro et al, 2019)

Considerações Finais: Caminhos para sustentar práticas de apoio-investigação com trabalhadores de saúde

O processo de “fazer-se” trabalhador da saúde é multideterminado e mescla condições objetivas de existência a experiências e aspirações. Sendo assim, os estudos aqui mapeados incluíram variáveis sociológicas tradicionais como classe, raça, gênero, geração, entre outras, e dimensões intersubjetivas, como os sentidos do trabalho, as percepções de cuidado e os desejos sobre a forma de se estar no mundo.

Buscamos ao longo do texto evidenciar de que forma essas dimensões de análise se relacionam em uma totalidade histórica, que configura uma determinada realidade social: a realidade do trabalho em saúde no Brasil. Considerando as especificidades do nosso tema, adotamos perspectivas não essencialistas que permitiram que nossas análises fossem tomadas em contextos diversos das políticas públicas de educação e formação, de reconfiguração do Estado e das transformações no mundo do trabalho (Chinelli et al., 2013), além das políticas voltadas à saúde do trabalhador e da trabalhadora.

Ao finalizar este material, ressaltamos o imbricamento no cotidiano dos serviços e na vida dos trabalhadores das múltiplas dimensões das penosidades do trabalho em saúde. Igualmente, lembramos da fluidez das fronteiras entre os relatos e fenômenos que aqui foram organizados a partir dessas categorias. A intenção é que essa síntese-base, na forma de (re)inventário, possa inspirar outros pesquisadores na reflexão acerca das penosidades associadas ao trabalho em saúde que há muito existem e são temas de estudos, permitindo, sobretudo, aprofundar a sua compreensão e investigar as suas atualizações no contexto do pós-pandemia.

Acreditamos que este exercício de (re)interpretação e (re)conexão dos sentimentos e fenômenos que causam sofrimento no trabalho será capaz de apresentar aos interessados bases para seguir além da pesquisa, buscando construir atividades de apoio-investigação (Respiro, 2022). Para tal, nos guiamos pela experiência em pesquisa compartilhada.

Se o trabalho é uma dimensão central para a organização de sistemas de saúde, segue sendo necessário refletir coletivamente sobre estratégias e alternativas comuns que possam auxiliar futuros estudos e intervenções no campo. Diante das transformações velozes que vivemos, precisamos estreitar relações institucionais e aprofundar nossas investigações para dar continuidade aos estudos que contornam o tema do trabalho, da gestão, do cuidado e da qualificação em saúde. Ressaltamos a importância de seguir aprofundando coletivamente questões debatidas em estudos anteriores visando, inclusive, tentar interferir, qualitativamente, na formulação de políticas de gestão do trabalho e educação na saúde e de saúde dos trabalhadores e das trabalhadoras.

Com a realização deste trabalho, não temos a pretensão de haver chegado à verdade. E, sim, de termos feito o melhor possível para uma aproximação (Minayo & Costa, 2019). Ou seja, o que este (re)inventário nos permitiu ver, refletir e interrelacionar pode lançar luzes para reconfigurar, interpretar e exprimir os sentidos e significados do trabalho em saúde no presente, cujos debates merecem ser aprofundados nas dimensões teórica e ético-metodológicas.

Partir dos conhecimentos e saberes do passado e buscar conectá-los criticamente ao presente, resgatando aprendizados e produção de memórias, trajetórias pessoais e profissionais, histórias, relatos e testemunhos dos trabalhadores de saúde, se justifica pela sua imprescindibilidade na construção de um sentido coletivo para a experiência desses trabalhadores.

Neste capítulo, destacamos a importância do olhar para as penosidades do trabalho em saúde no pré-pandemia, visando compreender de que forma a crise sanitária exacerbou as fragilidades já presentes nesse contexto. Foi observado que a pandemia expôs as relações sociais frágeis entre os trabalhadores e os serviços de saúde, resultando em um aumento significativo do sofrimento e das penosidades dos trabalhadores, da precarização do trabalho e colapso para os sistemas de saúde. Mobilizando um olhar comparativo entre passado, presente e futuro, esse trabalho nos permite compreender os agravamentos e as (re)configurações do trabalho em saúde.

Agradecimentos

Registramos aqui nosso agradecimento ao Programa INOVA/FIOCRUZ, ao Edital Geração de Conhecimento COVID-19 pelo financiamento do Respiro – Projeto de Apoio-Investigação com Trabalhadores de Saúde na Pandemia: (Co)Movendo a Vida Entre (Ultra)Penosidades e (Re)Existências, desenvolvido entre 2020 e 2023.

Referências

- Antunes, R. (2022, 21 de junho). *Apresentação do autor do livro capitalismo pandêmico*. DMT em Debate. <https://www.dmtemdebate.com.br/capitalismo-pandemico>
- Biff, D., Pires, D. E., Forte, E. C. N., Trindade, L. L., Machado, R. R., Amadigi, F. R., Scherer, M. D. A., & Soratto, J. (2020). Cargas de trabalho de enfermeiros: Luzes e sombras na estratégia saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(1), 147–158. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.28622019>
- Boltanski, L. (1990). *L'amour et la justice comme compétences: Trois essais de sociologie de l'action*. Métailié.
- Boltanski, L. (2016). Sociologia crítica e sociologia da crítica. In F. Vandenberghe & J.-F. Véran (Eds.), *Além do habitus: Teoria social pós-bourdiesiana* (pp. 129–154). 7Letras.
- Boltanski, L., & Thévenot, L. (1987). *Les économies de la grandeur*. PUF.
- Bornstein, V. J., Morel, C. M., Pereira, I. D. F., & Lopes, M. R. (2014). Desafios e perspectivas da educação popular em saúde na constituição da práxis do agente comunitário de saúde. *Interface: Comunicação Saúde Educação*, 18(2), 1327–1340. <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0437>
- Butler, J. (2019). *Vida precária: Os poderes do luto e da violência* [A. Lieber, Trad.]. Autêntica.
- Carneiro, C. C., & Martins, M. I. C. (2015). Novos modelos de gestão do trabalho no setor público de saúde e o trabalho do agente comunitário de saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, 13(1), 45–65. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sip00029>
- Carneiro, C. C., (2013). *O trabalho do agente comunitário de saúde e suas determinações: Um estudo de caso do município do Rio de Janeiro* [Dissertação de mestrado, Fundação Oswaldo Cruz]. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/tes-5583>
- Callon, M., & Latour, B. (1992). Don't throw the baby out with the bath school! A reply to Collins and Yearly. In A. Pickering (Ed.), *Science as practice and culture* (pp. 343–368). University of Chicago Press.
- Cavanelas, L. B. (2014). *Os desafios do cuidado em situações-limite: As dramáticas da atividade no trabalho humanitário e na emergência hospitalar* [Tese de doutoramento, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca]. Arca. <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/13151>
- Chinelli, F., Vieira, M., & Deluiz, N. (2013). O conceito de qualificação e a formação para o trabalho em saúde. In M. V. G. C. Morosini, M. C. R. Lopes, D. C. Chagas, F. Chinelli & M. Vieira (Eds.), *Trabalhadores técnicos em saúde: Aspectos da qualificação profissional no SUS* (pp. 23–48). EPSIV.

- Chinelli, F., Vieira, M., & Scherer, M. D. A. (2019). Trajetórias e subjetividades no trabalho de técnicos de enfermagem no Brasil. *Laboreal*, 15(1). <https://doi.org/10.4000/laboreal.1661>
- Corôa, R. (2021). *Do sistema à sistemática: A experiência da precariedade na construção de itinerários terapêuticos no SUS* [Tese de doutoramento, Universidade Federal do Rio de Janeiro]. Busca Integrada.
- Corôa, R. (2015). *O trabalho no Sistema Único de Saúde: A construção da qualificação dos técnicos de saúde* [Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Rio de Janeiro]. <http://objdig.ufrj.br/34/teses/869925.pdf>
- Das, V. (2011). O ato de testemunhar: Violência, gênero, subjetividade. *Cadernos Pagu* (37), 9–41. <https://doi.org/10.1590/S0104-83332011000200002>
- Dvergsdal E. Y., Lichtwark H., Sanne A. P., Bolkan, H. A. (2011). The global health workforce crisis. *Tidsskr Nor Laegeforen*, 131(20), 2025–2028. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.11.0810>
- Druck, G. (2016). A terceirização na saúde pública: Formas diversas de precarização do trabalho. *Trabalho, Educação, Saúde*, 14(1), 15–43. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00023>
- Frigotto, G. (2009). A polissemia da categoria trabalho e a batalha das ideias nas sociedades de classe. *Revista Brasileira de Educação*, 14(40), 168–194. <https://doi.org/10.1590/S1413-24782009000100014>
- Garibotti, V., Hennington, E. A., & Selli, L. (2006). Contribuição dos trabalhadores na consolidação dos serviços municipais de vigilância sanitária. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(5), 1043–1051. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000500017>
- Heidegger, M. (1988). *Ser e tempo* [M. de S. Cavalcanti, Trad.]. Vozes. (Trabalho original publicado em 1927)
- Machado, M. H. (2017). *Pesquisa perfil da enfermagem no Brasil: Relatório final*. Nerhus-Daps-Ensp/Fiocruz. <http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/pdfs/relatoriofinal.pdf>
- Marques, A. P., & Vieira, M. (2019). Experiências investigativas sobre o trabalho em saúde e os “modos de ser” trabalhador: Aspectos teóricos e ético metodológicos. In A. P. Costa, C. Oliveira, E. Synthia, J. Ribeiro, H. Presado, C. Baixinho (Eds.), *A prática na investigação qualitativa: Exemplos de estudos* (Vol. 3). CIAIQ. https://www.ludomedia.pt/prod_details.php?id=186&catId=15&offset=0
- Minayo, M. C. S., & Costa, A. P. (2019). *Técnicas que fazem uso da palavra, do olhar e da empatia: Pesquisa qualitativa em ação*. Ludomedia.
- Peoples Health Dispatch. (2024, 19 de março). *A crise global dos trabalhadores da saúde – Outras Palavras*. Outras Palavras. Retirado de <https://outraspalavras.net/outrasaude/a-crise-global-dos-trabalhadores-da-saude/#:~:text=Uma%20pesquisa%20sindical%20recente%20entre,a%2025%20de%20abril%20de%202024>
- Oro, J. G., Francine, L. S., Faria, V. A., & Scherer, M. A. (2019). Do trabalho prescrito ao trabalho real da enfermagem em unidades de internação de hospitais universitários federais. *Texto & Contexto – Enfermagem*, 28, e20170508. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2017-0508>
- Ribeiro, G., Pires, D. E., & Scherer, M. D. A. (2016). Práticas de biossegurança no ensino técnico de enfermagem. *Trabalho, Educação e Saúde*, 14(3), 871–888. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00019>

Ribeiro, L. M., Vieira, T. A., & Naka, K. S. (2020). Síndrome de burnout em profissionais de saúde antes e durante a pandemia da COVID-19. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 12(11), e5021. <https://doi.org/10.25248/reas.e5021.2020>

Santos, M. R. S. (2006). *Perfil dos agentes comunitários de saúde da região de Juiz de Fora MG* [Tese de doutoramento, Universidade do Estado do Rio de Janeiro]. Biblioteca Digital de Teses e Dissertações. <http://www.bdt.d.uerj.br/handle/1/4686>

Scherer, M. D. A., Oliveira, N. A., Pires, D. E., Trindade, L. L., Gonçalves, A. S. R., & Vieira, M. (2016). Aumento das cargas de trabalho em técnicos de enfermagem na atenção primária à saúde no Brasil. *Trabalho Educação e Saúde*, 14(1), 89–104. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00030>

Simas, L. A., & Rufino, L. (2020). *Encantamento: Sobre política de vida*. Mórula Editorial.

Silva S.C.P.S, Nunes M.A.P., Santana V.R., Reis F.P., Machado Neto J., & Lima S.O. (2015). A síndrome de burnout em profissionais da rede de atenção primária à saúde de Aracaju, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(10), 3011–3020. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152010.19912014>

Souza, D. de O., & Abagaro, C. P. (2021). A uberização do trabalho em saúde: Expansão no contexto da pandemia de COVID-19. *Trabalho, Educação e Saúde*, 19, e00328160. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00328>

TES. (2011). Entrevista: Danièle Linhart. *Trabalho, Educação e Saúde*, 9(1), 149–160. <https://doi.org/10.1590/S1981-77462011000100011>

United Nations. (2020, novembro). *UN research roadmap for the COVID-19 recovery leveraging the power of science for a more equitable, resilient and sustainable future*. <https://www.un.org/en/pdfs/UNCOVID19ResearchRoadmap.pdf>

Vieira, M. (2007). Trabalho, qualificação e a construção social de identidades profissionais nas organizações públicas de saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, 5(2). <https://doi.org/10.1590/S1981-77462007000200004>

Vieira, M., Vianna E. C., Santos, M. R., Corôa, R. de C., Antunes, M. N., & Ferreira, P. M. B. (2023). *Respiro – Projeto de investigação e apoio aos trabalhadores da saúde na pandemia: (Co)Movendo a vida entre (ultra)penosidades e (re)existências. Relatório final*. FioCruz/EPJSV. <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/60635>

Repercussões à Saúde Mental do Trabalhador da Saúde no Enfrentamento à COVID-19: O Caso de um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

<https://doi.org/10.21814/uminho.ed.136.4>

Adriana Cristian Mota Venas Lima

Departamento de Ciências da Vida, Universidade do Estado da Bahia, Bahia, Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-7088-5495>
adriana.venas@hotmail.com

Thadeu Borges Souza Santos

Departamento de Ciências da Vida, Universidade do Estado da Bahia, Bahia, Brasil
<https://orcid.org/0000-0003-2497-3889>
thadeu100@gmail.com

Magno Conceição das Mercês

Departamento de Ciências da Vida, Universidade do Estado da Bahia, Bahia, Brasil
<https://orcid.org/0000-0003-3493-8606>
mmerces@uneb.br

Silvana Lima Vieira

Departamento de Ciências da Vida, Universidade do Estado da Bahia, Bahia, Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-9663-3691>
silvana.limavieira@gmail.com

Resumo

Objetivou-se compreender as repercussões à saúde mental do trabalhador no enfrentamento à COVID-19, visto ser fundamental no planejamento e implementação de ações para a melhoria das condições de vida e trabalho. Pesquisa exploratória, descritiva, com abordagem qualitativa, no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Foram entrevistados trabalhadores de saúde que compunham a equipe assistencial, administrativa e serviços de apoio. A pandemia revelou outros fatores estressores para o trabalhador, cujas repercussões psicológicas negativas podem ser dramáticas e duradouras, haja vista o contexto do SAMU apresentar alto risco para o sofrimento mental pela imprevisão de situações além do contato com a gravidade e com a morte.

Palavras-chave

psicodinâmica do trabalho, trabalhador de saúde, saúde mental, serviço de atendimento móvel de urgência, pandemia

Introdução

A pandemia causada pela doença do coronavírus de 2019 (COVID-19) provocou sérios impactos nos modos de vida das populações, cujas repercussões, além de ordem sanitária, são também de ordem social e econômica, em especial na saúde mental. A Organização Mundial de Saúde (2023) confirma que foram 767.750.853 casos confirmados e 6.941.095 mortes em todo o mundo, enquanto no Brasil foram 37.625.916 casos confirmados e 703.291 óbitos, até o mês de junho do ano de 2023 (Ministério da Saúde, 2023).

Diversas ocupações são vulneráveis a essas repercussões. No entanto, trabalhadores que prestam o cuidado à saúde, estão mais expostos ao risco de desenvolver alterações mentais, devido à exposição contínua a situações complexas e fatores como a sobrecarga de trabalho, insuficiência de recursos humanos e materiais, infraestrutura inadequada e o elevado potencial de contaminação do vírus. As causas responsáveis por estas alterações estão relacionadas ao próprio profissional, ao ambiente de trabalho e ao convívio social, sobre os quais os níveis de estresse se intensificaram durante a pandemia. Demandas extremas de trabalho podem ser causa de sintomas

como ansiedade e depressão e terem como desfecho a síndrome de *burnout* (Soares et. al., 2022).

No âmbito do trabalho, essas experiências se constituíram por intensas transformações dos processos de subjetivação coletivos e individuais, de formas singulares, que se potencializam nos trabalhadores da saúde.

Para Machado (2008), é importante conceituar profissionais e trabalhadores da saúde. Profissionais são os que têm formação ou qualificação profissional específica para o desempenho de atividades ligadas ao cuidado ou às ações de saúde; já os trabalhadores são os que se inserem direta ou indiretamente na atenção à saúde no setor saúde, podendo ter ou não formação específica para as funções atinentes. Os trabalhadores do Sistema Único de Saúde são os que se enquadram como profissionais ou trabalhadores da saúde, inseridos na atenção à saúde das instituições no Sistema Único de Saúde.

A saúde mental é um campo extenso e complexo do conhecimento, atravessado por saberes intersetoriais, que abrange não só aspectos da psicopatologia, mas também da psiquiatria, neurologia, neurociências, psicologia, psicanálise, fisiologia, filosofia e das ciências sociais, onde o sujeito, para ser visto, precisa ser inserido na sua realidade social, religiosa, cultural, ideológica, histórica e coletiva, uma vez que tanto a saúde quanto a doença mental não decorrem apenas de atributos individuais, mas, sobretudo de fatores que inserem o indivíduo na coletividade (Amarante, 2007).

A saúde/doença mental é vista sob três perspectivas. A primeira é a do sofrimento mental, que se apresenta como uma desordem emocional sem, no entanto, se caracterizar como um transtorno mental, que pode progredir ou não, na dependência de outros fatores. Em segundo aparece o desgaste psíquico, que pode ser desencadeado por fadiga devido a intensas jornadas de trabalho e demandas de trabalho excessivas, podendo levar à despersonalização, desmotivação, exaustão emocional e baixa realização profissional, com repercussões na atuação profissional, cuja progressão pode levar ao esgotamento definidor da *burnout* (Dalmolin et al., 2022).

Em terceiro estão os transtornos mentais e de comportamento, entendidos como uma série de distúrbios caracterizados por perturbações na cognição, emoções ou comportamento, capazes de afetar as atividades laborais e sociais (Lacoponi, 1999), e quando relacionados ao trabalho podem ser resultantes dos processos de trabalho: organização, hierarquia, divisão das tarefas, gestão de pessoal e assédio moral (Aparecida Souza & Hespanhol Bernardo, 2019).

As repercussões que a pandemia pode causar na saúde mental do trabalhador estão inseridas na relação saúde/trabalho/doença devido ao sofrimento mental que pode se instalar como consequência dos conflitos entre a organização do trabalho e o funcionamento psíquico. Os transtornos mentais aparecem como a terceira causa de longos afastamentos do trabalho e está entre os cinco principais motivos de incapacidade laboral no Brasil (Justiça do Trabalho, 2023).

Os fatores estressores ou psicossociais do trabalho são condições desfavoráveis à saúde mental provenientes do ambiente de trabalho e estão relacionados à capacidade de equilíbrio do trabalhador sobre o seu contexto imediato do trabalho, cujos efeitos podem ter impacto positivo (proteção) ou negativo (dano) sobre o seu desempenho e sua saúde. São eles: os relacionados às questões profissionais, sociais, psicológicas, da organização do trabalho, do conteúdo do trabalho, da vida pessoal, orgânicas e quaisquer outras que influenciem a percepção do trabalhador sobre sua condição atual (Júnior & Fisher, 2018).

Borsoi (2007) afirma que o trabalho humano foi, durante muito tempo e ainda hoje é, muitas vezes ignorado como um potencial para o desenvolvimento de sofrimento psíquico, ao qual são atribuídos geralmente apenas os fatores genéticos, orgânicos e afetivos. As profundas mudanças pelas quais tem passado o mundo do trabalho provocam reflexões sobre a relação trabalho/saúde/doença mental e como concretizar essa relação de modo que os transtornos mentais relacionados ao trabalho sejam reconhecidos para fins de tratamento adequado e amparo legal ao trabalhador.

A pandemia revelou situações nos ambientes de trabalho que podem ser consideradas como fatores estressores devido ao potencial de desenvolver sofrimento mental. Uma delas é vivenciada pelos trabalhadores que atuam indiretamente nos serviços de saúde, chamados de “trabalhadores invisíveis”. Mais de 1.500.000 deles atuaram na pandemia em cozinhas, na limpeza, na recepção, na segurança, conduzindo macas, ambulâncias, enterando mortos, no raio-x, no laboratório, na farmácia, entre outros setores, e são, entretanto, invisibilizados no seu cotidiano (Fiocruz, 2021). O termo “invisível” é usado para qualificar as atividades que, cultural, social, política e economicamente são desvalorizadas sob os aspectos da remuneração, prestígio, condições de trabalho, direitos trabalhistas e de regulamentação. Em geral esta categoria de trabalhadores é subordinada aos trabalhadores visíveis, cujas atividades são consideradas importantes pelos altos níveis de criatividade e salários, colocação no mercado de trabalho e reconhecimento social (Budd, 2016).

Outra condição agravante evidenciada foi a sobrecarga física e mental. O aumento do número de casos e a intensificação dos cuidados aos casos graves potencializaram a vulnerabilidade para o contágio e adoecimento devido a longas horas de trabalho, sofrimento psicológico, fadiga, esgotamento profissional e estigma (Silva et al., 2020). Segundo dados da Fundação Oswaldo Cruz, entre março de 2020 e dezembro de 2021, morreram mais de 4.500 profissionais de saúde no Brasil (Farias, 2022). Destes, 63% não possuíam equipamento de proteção individual (EPI) em número suficiente, 69% não haviam recebido capacitação técnica para atuar no atendimento à COVID-19 e 54% estavam enfrentando algum tipo de sofrimento psíquico (Farias, 2022).

Os ganhos e as perdas nos direitos do trabalhador também são considerados como fatores de insegurança diante da desproteção trabalhista vivida. Em 2020, a COVID-19 foi definida como doença ocupacional, mediante a comprovação denexo causal, para os trabalhadores sob regime da Consolidação das Leis do Trabalho, sendo posteriormente entendido que as medidas de prevenção são de responsabilidade da empresa. Houve também a flexibilização de leis trabalhistas, como a permissão da prorrogação da jornada de trabalho através de escalas de horas suplementares e compensação da carga horária suplementar por meio de banco de horas ou hora extra em um prazo de até 18 meses (Ministério da Saúde, 2023).

A análise das condições do trabalho em saúde revela uma precariedade culturalmente incorporada e que se potencializou diante dessa crise sanitária, a exemplo dos vínculos frágeis, insuficiência de capacitação, déficit de leitos, escassez de insumos, materiais e equipamentos e carência de protocolos. Questões novas foram incorporadas a esse quadro, como o uso da paramentação rigorosa dificultando a satisfação de necessidades fisiológicas como alimentação, hidratação e eliminações, a necessidade de economizar EPI, elevados índices de contaminação entre profissionais e desarticulação das instituições responsáveis pelo gerenciamento do combate à pandemia. Na Bahia, inspeções analisaram situações referentes às medidas de proteção, controle e prevenção à COVID-19 nos setores e postos de trabalho, transporte de trabalhadores e aspectos psicossociais, onde foram encontradas inconformidades relacionadas ao ambiente, à proteção coletiva e/ou individual, à atenção à saúde individual e coletiva, à educação em saúde e à organização dos processos de trabalho (Silva et al., 2021).

Na análise de Rezio (2022), os impactos da COVID-19 foram fortemente sentidos pelo sistema de saúde brasileiro devido à política neoliberal predominante no país durante os primeiros anos da pandemia, que praticou a

redução dos investimentos e gastos públicos e estimulou condições precárias de trabalho. Segundo o autor, esse modelo político acarreta em acidentes de trabalho, doenças físicas e sofrimento mental, este manifestado por sintomas somáticos, distúrbios do sono, abuso de substâncias, ansiedade e depressão, que podem comprometer até mesmo qualidade do cuidado

Tais informações foram corroboradas por Garcia et al. (2021), que também demonstraram que a saúde mental dos trabalhadores da saúde continua a sofrer devido às repercussões psicológicas negativas da pandemia, dentre elas o estresse, o medo, a ansiedade, as alterações do sono, a angústia, a depressão, a exaustão mental, as repercussões físicas e os sentimentos de desamparo e injustiça, cujas respostas psicológicas podem ser dramáticas e duradouras, carecendo de maior visibilidade da questão psicológica de trabalhadores durante pandemias.

Trabalhadores da saúde que atuam no SAMU¹ compõem uma categoria considerada como continuamente exposta a riscos à saúde mental e mesmo antes da pandemia já laboravam sob alta pressão psicológica (Silva et al., 2019). É um trabalho que apresenta peculiaridades por lidar com situações de tensão relacionadas à gravidade dos casos, aos ambientes violentos e de vulnerabilidade onde o fator surpresa é constante (Cavalcante et al., 2018) e muitas vezes, às condições de trabalho desfavoráveis como escassez de insumos, riscos biológicos e ergonômicos e situações adversas nos diversos cenários de atendimento (Martins & Gonçalves, 2019).

Diante do exposto, este manuscrito procurou compreender as repercussões à saúde mental do trabalhador do SAMU no enfrentamento à COVID-19.

Contextualização da Saúde/Doença Mental do Trabalhador Segundo a Concepção Dejouriana

No ambiente de trabalho, mesmo as pessoas que se definem como normais e apresentam padrões de comportamento concebidos como normais, trazem consigo algum grau de sofrimento relacionado ao trabalho, produzido a partir de suas experiências subjetivas. Desse modo, para a psicodinâmica, compreender como as demandas da organização podem contribuir para a formação e transformação do sofrimento do trabalhador em doença mental,

1 O SAMU é o principal componente da Política Nacional de Atenção às Urgências brasileira, instituído pelo Ministério da Saúde no ano de 2003, com a proposta de reduzir a morbimortalidade por casos relacionados a trauma e violência além de proteger a vida das pessoas e garantir a qualidade no atendimento no Sistema Único de Saúde.

torna-se de fundamental importância para os estudos sobre saúde/doença relacionados ao trabalho (Bouyer, 2010).

Na contemporaneidade, várias formas de patologias são causadas pelas novas configurações da organização do trabalho e a deterioração da saúde mental no trabalho está intrinsecamente ligada a este advento. Divergente do que se pensava, a atual organização do trabalho não se constitui apenas por técnicas rígidas, ela é, sim, concebida, antes de tudo, como uma relação intersubjetiva e social, a qual necessita de reajustes e interpretações dos trabalhadores que, através dessa interação humana, opera transformações lhe dando finalmente sua forma real (Dejours, 2009).

Dentre as alterações, estão as doenças causadas por sobrecarga, as lesões por esforço repetitivo, distúrbios musculares e esqueléticos, as patologias de ordem emocional como a *burnout*, as agressões sofridas durante as tarefas cotidianas, a exemplo dos trabalhadores do serviço público, as relacionadas ao assédio moral, à intolerância e à pressão no trabalho, que podem ocasionar suicídios no próprio ambiente de trabalho (Dejours, 2009).

A psicodinâmica utiliza comumente o termo sofrimento² para contextualizar, de modo amplo, as alterações associadas ao bem estar mental do indivíduo. Logo, neste trabalho, ao citar tais alterações, estas serão referenciadas como sofrimento mental.

Na visão de Merlo (2002), o sofrimento é construído a partir do conflito entre a ergonomia do trabalho prescrito, previamente determinado e instruído, e o trabalho real, aquele que se concretiza no ato, com seus ajustes e adaptações. Se nesse momento o trabalhador não conseguir modificar o processo para atender às suas necessidades, poderá instalar-se aí o sofrimento ou até mesmo a doença mental. Entretanto, Martins et al. (2010) lembram que, embora o trabalho possa ser fonte de sofrimento, é através dele que o indivíduo se insere no mundo laboral para manter sua sobrevivência e vivenciar experiências de prazer, de realização pessoal e profissional.

O sofrimento ocorre no momento em que o trabalhador já esgotou seus mecanismos intelectuais, psicoafetivos, de aprendizagem e de adaptação, não sendo mais capaz de mudar o trabalho prescrito. Isto resulta em acúmulo da carga psíquica negativa que torna-se maior do que sua capacidade mental.

² O sofrimento mental no trabalho é entendido como a vivência subjetiva entre o bem estar e a doença mental, um conflito entre o trabalhador e as forças negativas da organização que o impulsionam para a doença (Brant & Minayo-Gomez, 2011).

No entanto, a psicodinâmica não vê o sofrimento apenas na sua dimensão penosa. Ele também é interpretado como a mola propulsora que move o indivíduo em direção à solução e à libertação do que o aflige. Essa luta motiva o indivíduo a deslocar-se de si e a alterar a sua relação com o trabalho na busca da solução, cujo resultado pode ser não apenas o desejo de produção, mas também a transformação de si próprio, o alcance de novas habilidades e competências, e, por fim, a satisfação (Dejours, 2009).

As defesas, contudo, podem ser elaboradas de acordo com as necessidades de cada trabalhador ou categoria e estas podem ser de proteção, de adaptação e de exploração. As defesas de proteção estão relacionadas à racionalização do problema, levando a um pensar, sentir e agir passivos que levam o trabalhador à alienação, evitando assim o sofrimento. Essa racionalização, no entanto, pode falhar à medida que o problema não é resolvido e ela se esgota, desencadeando o adoecimento mental. Já nas defesas de adaptação e exploração, o trabalhador direciona o pensar, sentir e agir para a negação do sofrimento de modo a atender as exigências da organização em uma relação entre o funcionamento perverso da organização do trabalho e o comportamento neurótico do trabalhador. Para isso, é necessária uma alta demanda física e psicológica para além da capacidade e do desejo do trabalhador, muitas vezes de forma inconsciente diante de incentivos oferecidos que denotam preocupação e valorização ao trabalhador (Mendes, 2007).

Se, por um lado, adotar estratégias de defesa para o controle e a resolução das causas do sofrimento pode ser positivo para a proteção mental, por outro, negar o sofrimento pode ser uma cilada que imobiliza o trabalhador diante das lutas para a transformação da realidade do trabalho, levando-o a estagnar-se e manter o desejo da produção tão sonhada pela organização do trabalho. Considera-se ainda que o uso exaustivo de estratégias de defesa impõe ao trabalhador uma alta demanda física e psicológica, cujo esgotamento pode evoluir para quadros patológicos não só de ordem laboral, como também social (Facas, 2013).

As estratégias defensivas podem partir das dimensões tanto coletivas quanto individuais. Vivenciar o sofrimento na dimensão individual pode motivar os trabalhadores a buscar soluções coletivas para enfrentar as situações impostas pela organização. As relações intersubjetivas se fundem na busca de objetivos comuns, construindo uma coesão coletiva e uma rede de apoio que coopera para a estabilização psíquica do trabalhador frente ao sofrimento. As estratégias individuais surgem, quando ocorre a falha das estratégias coletivas. Organizações rígidas que dicotimizam as atividades

intelectuais e de execução e acabam por apartar o coletivo, são responsáveis por motivar que trabalhadores busquem soluções individuais e formem subgrupos movidos pela competição nociva e pela rivalidade (Facas, 2013).

Do sofrimento à descompensação psíquica, o caminho pode ser breve. Entretanto, essa evolução pode encontrar obstáculos na medida em que o trabalho permitir vias de descarga, tornando-se um trabalho equilibrante e produtor de satisfação. Em outro extremo, no trabalho fatigante as vias de descargas encontram-se fechadas produzindo insatisfação e desprazer. Nesse momento, alterações como neuroses, depressão e psicoses podem se instalar, cujos sintomas podem encontrar canais de fuga para o corpo, se materializando em sintomas físicos, conhecidos como efeitos somáticos agudos ou crônicos. A clínica tenta explicar esses processos de somatização como uma tênue relação entre os setores psíquico e somático, cujos sentimentos de medo, angústia e frustração podem até causar alterações, como as cardiovasculares, musculares e digestivas (Dejours, 2009).

Dentre os sentimentos que podem ser experienciados por trabalhadores, o medo e ansiedade são amplamente mencionados por especialistas em saúde mental e trabalho. Dejours (1992) retrata que o medo está presente em todas as ocupações e é proveniente dos riscos oferecidos pela organização do trabalho. Suas repercussões sobre a saúde mental quase nunca são mencionadas e muitas vezes encontra-se velado pelos mecanismos de defesa e podem ser desencadeados pelos ritmos ou pelos riscos do trabalho. Independente da causa, o medo destrói a saúde mental dos trabalhadores progressivamente. A ansiedade, por sua vez, pode surgir da desestruturação das relações interpessoais motivada pela ausência de investimentos psicoafetivos por parte da organização, do medo dos danos que ameaçam a integridade física e pela necessidade de manter-se ativos em suas funções em nome do sustento e sobrevivência de si e de sua família, em detrimento do sofrimento mental sentido.

Método

Tratou-se de uma pesquisa exploratória, descritiva, com abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso único. A metodologia adotada foi construída com base no arcabouço teórico acerca do objeto do estudo e no conjunto de técnicas de análise para tratamento de dados em pesquisa qualitativa.

A opção pela pesquisa qualitativa deu-se devido à possibilidade de produção de dados ricos e descritivos capazes de aguçar a sensibilidade às experiências de saúde do outro. Este tipo de pesquisa aplica-se ao estudo

das opiniões e das percepções que as pessoas constroem a respeito de como vivem, sentem e pensam, permitindo a descoberta de processos sociais ainda pouco conhecidos sobre grupos particulares, a construção de novas abordagens, e a revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação (Minayo, 2014).

Para a apreensão destas experiências sobre o objeto saúde mental de trabalhadores na perspectiva da psicodinâmica, optou-se pela técnica de estudo de caso único.

O estudo de caso único utiliza estratégias de investigação qualitativa para descrever e analisar um contexto, e as relações e percepções a respeito da situação, sendo útil para gerar conhecimento sobre os eventos vivenciados, tais como intervenções e processos de mudança. Metodologicamente, evidencia relações entre intervenções e situações da vida real no contexto em que ocorrem, o caminho percorrido e as percepções construídas, sendo bastante útil para a compreensão do impacto de determinadas intervenções numa realidade concreta (Minayo, 2014).

A aplicação da abordagem qualitativa, através do estudo de caso único mostrou importante relevância neste trabalho, pois estabeleceu um refinamento entre o objeto estudado e o que propõe a psicodinâmica do trabalho para o campo da pesquisa:

fazer pesquisa em Psicodinâmica é desvelar as transformações da organização do trabalho, a eficácia das estratégias, a emancipação dos trabalhadores, a reapropriação de si, do coletivo e das suas condições de poder, das suas funções política e social. Considera-se que a experiência do trabalho é um meio de se apropriar de si, de se transformar e de expandir a subjetividade. (...) O objetivo da pesquisa em clínica do trabalho é a escuta do sofrimento, a elaboração, que levam o trabalhador a recuperar sua capacidade de pensar e de agir, resgatando a sua emancipação como sujeito. A pesquisa é um momento para irrigar o pensamento, transformando-o num mobilizador para as mudanças na organização do trabalho (Mendes, 2007, p. 66).

O cenário utilizado foi a base descentralizada do SAMU 192, no município de Camaçari, região metropolitana de Salvador – Bahia, Brasil. Sua frota é composta por duas unidades de suporte avançado, tripuladas por médico, enfermeiro e condutor, e por três unidades de suporte básico, tripuladas por técnico de enfermagem e condutor. Além dos atendimentos de emergência demandados de domicílios, vias públicas, departamentos e instituições de

atendimento ao público, contempla também os demais componentes da rede de urgências, como unidades da rede de atenção básica, unidades de pronto atendimento, portas abertas 24h, bem como transferências inter hospitalares, cujos casos estão inseridos nas linhas de cuidado de natureza clínica, cirúrgica, gineco-obstétrica, traumática e psiquiátrica (Prefeitura Municipal de Camaçari, 2019).

Como critérios para a participação, foram incluídos os trabalhadores que atuavam no serviço, pelo menos, um ano antes de iniciada oficialmente a pandemia (11 de março de 2020) e excluídos aqueles afastados por motivo de férias, licenças, ausência por qualquer motivo durante o período da coleta e os que não se sentiram confortáveis em participar da pesquisa.

A estratégia de aproximação junto aos participantes deu-se, inicialmente, através do reconhecimento de trabalhadores com importante função na equipe do SAMU e, posteriormente, sendo realizadas entrevistas com trabalhadores indicados pelos primeiros entrevistados, respeitando a sistemática da técnica de bola de neve (Bockorni & Gomes, 2021). E, por fim, foi percebida a saturação dos dados expressados nas entrevistas consentidas, o que permitiu estabelecer a finalização da busca por outros participantes, respeitando a técnica de produção de dados qualitativos.

Para a produção dos dados, optou-se pela técnica de entrevista semiestruturada, a partir de um roteiro composto por perguntas divididas em três categorias, cada uma com quatro subcategorias, desenvolvido pela pesquisadora. As perguntas foram direcionadas pela teoria da psicodinâmica, com a intenção de apontar para as hipóteses. As questões foram referentes à organização do trabalho no SAMU e aos sentimentos relacionados ao trabalho e à vida pessoal, a partir daí elaborados pelos entrevistados, de modo a atender aos objetivos propostos.

A aproximação da equipe deu-se inicialmente seguindo os trâmites institucionais, após a aceitação da realização da pesquisa e assinatura do termo de anuência, sendo facilitado pela familiaridade da pesquisadora neste locus (visto que também já atuou numa unidade de atendimento móvel).

Foram realizadas sete entrevistas na sala do núcleo de ensino e pesquisa na sede do SAMU, mediante autorização para a entrada em campo, concedida pela secretaria de Saúde em Atenção às Urgências de um município baiano (Anexo A), no período de setembro a novembro de 2022.

A técnica utilizada para a exploração do material foi a análise de conteúdo proposta por Minayo (2014), a partir da qual se desdobraram três etapas:

pré-análise, exploração do material e tratamento e interpretação dos resultados, a partir do agrupamento de técnicas de pesquisa que permitem tornar replicáveis e válidas inferências sobre dados de um determinado contexto, por meio de procedimentos especializados.

Na fase de pré-análise, foram feitas as transcrições das entrevistas na íntegra e a leitura flutuante destas e do referencial teórico, em paralelo a uma revisão dos objetivos propostos e da hipótese levantada. Este exercício permitiu uma melhor aproximação da pesquisadora com o conteúdo e a constituição do *corpus* da pesquisa.

Para a constituição do *corpus*, foram considerados os critérios da exaustividade (todos os elementos trazidos foram considerados para a análise), a representatividade (a amostra representou o universo desejado), a homogeneidade (a escolha convergiu com a temática e a técnica usadas) e a pertinência (a análise das informações observou os objetivos propostos).

Ainda nesta fase, foi realizada a leitura exaustiva do material e a construção de um quadro de análise contendo as palavras de sentido, que foram definidas como as unidades de registro. Após isto, os parágrafos nos quais estas unidades encontravam-se inseridas foram recortados e lidos na busca da compreensão da significação destas unidades, as quais determinaram as unidades de conteúdo.

Na fase de exploração do material, as unidades de conteúdo foram correlacionadas à teoria e agregadas segundo os eixos de interesse da psicodinâmica, as quais constituíram a categorização. Deste modo, foram consideradas três categorias e suas respectivas subcategorias, as quais subsidiaram a análise dos resultados: a) organização do trabalho, b) subjetividade do trabalhador e c) coletividade do trabalho. As subcategorias demandas danosas, situações não modificáveis, sofrimento mental e mecanismos de defesa foram agregadas em um grupo, que compôs cada categoria (Dejours & Abdoucheli, 1994).

Por fim, na etapa de tratamento dos dados, buscou-se inicialmente provocar um debate entre os resultados obtidos e os achados relacionados, na literatura nacional e internacional acerca do objeto, o que evidenciou semelhança entre os achados deste e daqueles trabalhos. Após esta etapa, foi realizado um delineamento comparativo entre as categorias e subcategorias, onde a frequência de aparição foi o critério considerado para dar visibilidade e relevo às informações, sobre o qual foi possível realizar as inferências e interpretações, à luz da teoria da psicodinâmica.

A finalização desta etapa se deu pela construção de um modelo teórico, o qual apresenta os resultados encontrados em cada categoria e suas respectivas subcategorias. Assim foi possível compreender como a relação entre a organização do processo de trabalho no SAMU as subjetividades dos trabalhadores foram capazes de produzir satisfação e sofrimento no trabalho a partir das estratégias utilizadas para o enfrentamento das situações trazidas pela pandemia, como proposto pela psicodinâmica do trabalho.

Foram respeitadas as exigências éticas definidas pela resolução n.º 466 (2012), do Conselho Nacional de Saúde (CNS), aprovada com o parecer 5.618.566 e Certificado de Apresentação de Apresentação Ética (CAAE) n.º 61152422.0.0000.0057, conferido pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado da Bahia em 1 de setembro de 2022.

A Pandemia pelo COVID-19 e as repercussões para os trabalhadores do SAMU: Reflexos do Passado no Presente e Futuro

A pandemia de COVID-19 foi considerada um momento sanitário histórico e trouxe diversas mudanças para a vida pessoal dos trabalhadores do SAMU Camaçari. Mas, também impôs sobre a organização do trabalho no serviço mudanças bruscas que exigiram readaptação rápida, demandando um grande esforço físico e mental por parte dos trabalhadores.

Desse modo, as categorias organização do trabalho e subjetividades do trabalhador se apresentaram como as principais fontes de fatores capazes de causar e/ou aumentar o nível de estresse físico e psicológico. Vivenciar a crise causou sentimentos negativos que demandaram dos entrevistados estratégias de enfrentamento contra o sofrimento e a doença mental.

Os estudos conduzidos por Rodrigues et al. (2023) e Dal Pai (2021) revelaram que as mudanças na organização do trabalho durante a pandemia, motivaram o medo entre trabalhadores da linha de frente, a partir de aspectos relativos ao ambiente de trabalho, à disponibilidade de materiais e equipamentos, à sobrecarga de trabalho, à falta de equipamentos de proteção individual e às adaptações dos locais para assistir os pacientes com qualidade e segurança. Em alguns serviços de saúde móveis, além do medo devido às altas ocorrências de contaminação e de morte entre profissionais de saúde, esses trabalhadores também referiram ansiedade, estresse, depressão, angústia e sono alterado, diante das mudanças abruptas no jeito de viver e de trabalhar.

É relevante ponderar que no momento da coleta de dados, a pandemia encontrava-se em arrefecimento e os trabalhadores puderam resgatar as lembranças dos momentos mais críticos pelos quais passaram na vida pessoal e no trabalho.

Embora a pandemia por COVID-19 tenha sido reconhecida por todos os trabalhadores como um evento inesperado, algumas mudanças foram referidas com sentimento de insatisfação, enquanto outras poderiam ter ocorrido. As instalações físicas foram percebidas como inadequadas devido à quantidade de trabalhadores no plantão, principalmente nos locais de convivência e entre as equipes da intervenção e da atuação indireta, motivando a percepção de maior exposição ao vírus pela impossibilidade de manter o distanciamento adequado.

Além disso, referiram que um local adequado para a guarda dos macacões e botas que compõem o fardamento oficial do SAMU, também utilizado nas ocorrências de COVID-19, poderia ter sido melhor planejado, uma vez que a entrada na base utilizando esta vestimenta tornou-se restrita. É possível que estes trabalhadores tenham experienciado conflitos entre as condições de trabalho previamente determinadas e o enfrentamento real dos desafios do cotidiano, sobre os quais não conseguiram aplicar modificações, resultando na construção de algum tipo de sofrimento, como trouxe Merlo (2002).

É compreensível que o momento de restrições por qual passaram os serviços de saúde, pode ter contribuído para que mudanças na estrutura física do SAMU não fossem possíveis em curto prazo. Contudo, planejamentos logísticos e readequações de ambientes podem contribuir para a capacidade de respostas rápidas em situações emergentes. A literatura mostra que grande parte das unidades de saúde teve precárias condições de trabalho, devido aos inadequados ajustes organizacionais, que contribuíram para o surgimento do medo da disseminação do vírus, sobrecarga de trabalho e transtornos mentais como o estresse, a ansiedade, a depressão e a síndrome de *burnout*. Dentre as inadequações estão a falta de circulação de ar, a falta de manutenção de rotinas básicas de higiene, o distanciamento físico e recursos humanos insuficientes (Dias et al., 2023).

As mudanças relacionadas às medidas de prevenção foram consideradas como uma das demandas mais danosas da organização do trabalho. Se, por um lado, a intensificação e rigorosidade do uso dos EPI e a lavagem das mãos foram consideradas mudanças bruscas que causaram estresse, por outro, a insuficiência de EPI no início da crise foi motivo de insatisfação, o que, com o avançar da situação, foi sentido com tranquilidade devido à

maior aquisição e adequação desses materiais para todos os trabalhadores. É possível inferir, diante disso, que mobilizações por parte dos trabalhadores para a aquisição de EPI suficiente e adequado podem ter sido um mecanismo de defesa coletivo eficaz utilizado para a resolução desta demanda. Isto vai ao encontro de Mendes (2007) e Facas (2013) quando consideram que as defesas são elaboradas a partir das demandas sentidas pelo trabalhador ou pela categoria, e, quando partem da dimensão individual, podem motivar a categoria a lutar por mudanças nas situações danosas trazidas pela organização.

A paramentação nas ocorrências também foi apontada como responsável pelo aumento de estresse. Seu uso rigoroso, obrigatório e prolongado causou desconforto pelo aumento da sensação térmica, sudorese intensa e consequente desidratação, potencializando o desgaste físico e mental destes trabalhadores. Mudanças na organização do trabalho foram identificadas por outros trabalhadores de SAMU, referentes aos fluxos de atendimento, ao incremento das medidas de controle de infecção, ao aumento do número de chamadas relacionadas à COVID-19, e a dificuldade de mobilidade, visibilidade e agilidade necessárias no atendimento pré-hospitalar, causada pelo uso do EPI (Dal Pai et al., 2021).

Nessa perspectiva das medidas de controle, o treinamento foi considerado insuficiente quando poderia ter sido aplicado com mais eficiência. Esta ferramenta pode ser considerada como um mecanismo de defesa coletivo, uma vez que pode contribuir para minimizar ou evitar os riscos de contaminação, além de contribuir para uma maior segurança na realização de procedimentos, entre os trabalhadores. Acredita-se que essa percepção tenha sido motivada pela introdução e mudanças em curto espaço de tempo, de várias técnicas, EPIs e protocolos no serviço. Silva et al. (2023) demonstraram a importância do treinamento para profissionais que atuaram no cuidado a pacientes com COVID-19. Esta rotina possibilitou segurança para a execução de procedimentos, onde a maioria dos participantes se autoavaliou como confiante e reconheceu que esta prática foi bastante útil no momento da execução.

Quando observados os recursos humanos, os trabalhadores indiretos, ou seja, aqueles que não atuaram diretamente na assistência ao paciente nas unidades móveis, revelaram resultados considerados relevantes devido a escassez do tema na literatura e importância para o serviço. Apesar de trabalharem internamente, técnico auxiliar de regulação médica e médico regulador também foram afetados pelos impactos da pandemia e sentiram-se submetidos a um trabalho penoso devido ao aumento do número de

atendimentos, ao elevado nível de estresse dos solicitantes e ao risco, ainda que indireto, de contaminação pelo contato com os trabalhadores que atuaram na assistência, nesse trabalho onde muitas vezes são invisibilizados. Esse sentimento foi expressado, de modo semelhante, por trabalhadores franceses. Entre eles, as consequências da pandemia na saúde mental dos profissionais de departamentos de emergência e do SAMU foram sentidas não apenas por trabalhadores das estruturas móveis, como também pelos que atuaram na central de regulação, com sintomas de ansiedade, depressão e estresse, demonstrando que esta pode ter sido uma realidade encontrada não apenas no Brasil, como em outros serviços de saúde do mundo (Douplat et al., 2022).

Os trabalhadores da Central de Regulação ainda citaram a insuficiência de vagas na rede e do quantitativo de ambulâncias e de profissionais diante da alta demanda, como fatores que dificultaram muitas vezes o envio dos recursos com brevidade e foram responsáveis por aumentar o nível de estresse. Considera-se que o panorama geral de medo que se instalou fez com que a população passasse a exigir celeridade nos atendimentos, motivando que trabalhadores se sentissem agredidos e ameaçados nos atendimentos ao telefone. Já Garçon e Góes (2023), conseguiram identificar, em outro serviço móvel, que os fatores considerados como responsáveis por retardar o tempo de resposta para o atendimento dos chamados foram o tempo prolongado necessário para a higienização das ambulâncias e para o procedimento de paramentação e desparamentação dos trabalhadores da assistência.

Cabe destacar que a Central de Regulação é o local onde o usuário é acolhido no sistema para a escuta da queixa e a devida avaliação e regulação do atendimento, sendo de fundamental importância para a agilidade da resolução da solicitação e para o envio do recurso adequado no menor tempo possível. Um estudo com trabalhadores de um Serviço Médico de Emergência também evidenciou desafios impostos pela crise da COVID-19, como o desconhecimento da população sobre como solicitar o atendimento pré-hospitalar e a falta de ambulâncias especialmente designadas para casos de COVID-19. A ausência de protocolos únicos e abrangentes, a insuficiência de EPI para os trabalhadores e a inadequação do EPI usado pelo paciente ainda foram citados (Mohammadi et al., 2021).

Um outro resultado identificado sobre os trabalhadores indiretos, cujo tema ainda é pouco explorado na literatura, foi sobre a atuação da equipe de limpeza e higienização. Esse trabalho foi considerado responsável por alterações nos padrões de sono e de comportamento e permeado por

sentimentos de injustiça quanto aos direitos trabalhistas, de desvalorização e desrespeito no momento da solicitação do serviço. Supõe-se que esse sentimento de desvalorização, seja motivado por resquícios do escravagismo culturalmente empregado no trabalho, no Brasil. Ribeiro e Leão (2020) consideram que a escravidão ainda hoje atinge pessoas dentro do setor saúde, causando vários impactos na saúde mental e física. É uma prática que fere integralmente o ser humano e provoca diversos adoecimentos e mortes e o setor saúde tem um importante papel e lugar para prover atenção integral à saúde destes trabalhadores.

A sobrecarga de trabalho foi ainda relatada por estes trabalhadores como um outro fator estressor, diante da intensificação da jornada de trabalho por absenteísmo dos trabalhadores infectados. É válido considerar que a necessidade de intensificar a limpeza dos ambientes e realizar por inúmeras vezes durante os plantões, a higienização criteriosa e prolongada das ambulâncias, pode ter trazido um incremento significativo na demanda desses trabalhadores, potencializando o sentimento de cansaço. Realidade semelhante foi retratada em um hospital de referência à COVID-19 na Bahia, onde trabalhadores de serviço de apoio perceberam desvalorização de suas atividades e expressaram sentimento de desprezo e estigmatização pelo seu trabalho, experiências e saberes (Carvalho et al., 2023).

Em relação aos trabalhadores diretos, médico, enfermeiro e técnico de enfermagem que atuaram na linha de frente, demonstraram que a sobrecarga de trabalho não se deu apenas pelo aumento do número e do tempo das ocorrências, como também pela gravidade dos pacientes, sendo apontados como a causa mais importante de sofrimento de acordo com as subjetividades dos entrevistados. Isto pode significar que a pandemia trouxe uma nova conformação para o trabalho nos serviços de saúde pré-hospitalares, acarretando sobrecarga mental e física diante da necessidade de enfrentamento à situações ainda não vivenciadas e que foram sentidas como fora da capacidade de mediação pelos trabalhadores. Esse novo perfil das ocorrências também trouxe impactos para outros trabalhadores que atuaram em ambulâncias do SAMU na pandemia, os quais referiram exaustão e sobrecarga de trabalho diante da nova rotina nos atendimentos, do aumento na demanda assistencial e das dificuldades de encaminhamentos para a rede de serviços (Garçon & Góes, 2023).

As situações vivenciadas durante os atendimentos tiveram quase sempre presente o fator surpresa, a exemplo dos doentes cuja evolução para a gravidade e para o óbito ocorria rapidamente, de domicílios com mais de um doente precisando de assistência sendo necessário solicitar outra unidade

móvel, e da necessidade de reanimação cardiopulmonar em situações biológicas desfavoráveis, quando os protocolos sanitários orientavam técnicas e materiais adequados para minimizar o risco de contaminação. Tais situações, vivenciadas durante o trabalho do SAMU na pandemia, podem ter exigido dos trabalhadores reajustes e interpretações rápidas, podendo ser consideradas, como menciona Dejours (2009), fonte potencial para o surgimento de patologias causadas pelas novas configurações do trabalho.

É importante lembrar que lidar com situações constantes de imprevisibilidade podem exigir tomadas de decisões rápidas e precisas no ato do atendimento e em cenários onde muitas vezes os recursos são limitados. Isto pode ter potencializado o estresse psicológico nestes trabalhadores que, em alguns casos conciliavam cargas horárias de mais de um vínculo. Chang e Hu (2022) compararam os níveis de *burnout* entre médicos de unidades fixas COVID-19 e paramédicos bombeiros responsáveis pelo transporte de pacientes infectados durante o pico no número de casos. Eles identificaram que todos sofreram com níveis entre moderados a altos da síndrome, devido à sobrecarga de trabalho, sobrecarga corporal e pressão percebida, com interferência nas relações pessoais. Contudo, aqueles que atuavam no pré-hospitalar móvel apresentaram níveis de esgotamento pessoal, sobrecarga corporal e *burnout* identificados, superiores aos apresentados pelos médicos das unidades fixas.

O estresse físico e psicológico foi ainda capaz de colaborar para a ocorrência de conflitos interpessoais devido às divergências causadas pela diversidade de protocolos e da gerência do uso de oxigênio, sugerindo que trabalhar sob circunstâncias de estresse pode ter levado estes trabalhadores a uma menor tolerância para lidar com os desafios do trabalho em equipe e menor capacidade de negociação. Este poder de liderança para a mediação dos conflitos pode ter sido prejudicado pelo fato de que todos os integrantes estiveram submetidos, de forma similar, a cargas extremas de estresse. Na concepção de Pereira et al., (2009), os conflitos dentro da equipe de trabalho podem causar sentimentos de insegurança e contribuir para o surgimento de hostilidade entre os envolvidos, o que pode dificultar a comunicação e prolongar o conflito além das proporções aceitáveis para o trabalho em equipe.

O condutor, como membro da equipe direta, expressou que tais situações foram responsáveis por alterações em seu bem estar mental, com mudanças comportamentais tanto no ambiente de trabalho quanto na vida pessoal, o que demandou a adoção de comportamentos de auto ajuda como mecanismos de defesa para o enfrentamento destas alterações. Pode-se considerar

que condutores de veículos de emergência são de extrema importância para o resultado do atendimento, por carregarem a responsabilidade pela condução breve e segura do veículo, da equipe, do paciente e de si próprio. Faz-se oportuno lembrar que, diante da complexidade das situações enfrentadas pela equipe no momento das ocorrências e do número reduzido de trabalhadores no atendimento, este trabalhador pode também ter colaborado muitas vezes com ações de apoio direto à assistência, quando necessário. Um trabalho realizado com condutores de transportes de pacientes suspeitos e confirmados com COVID-19 evidenciou que estes trabalhadores precisaram utilizar estratégias de enfrentamento diante do sofrimento causado pela pandemia. Buscaram apoio psicoespiritual e expressaram que ter fé em Deus foi importante para superar o medo e a insegurança diante da não contaminação e da recuperação após a contaminação (Araújo et al., 2023).

Em face destas transformações, as alterações mentais que afetaram os trabalhadores do SAMU Camaçari, se constituíram como sofrimento mental, desgaste psíquico e transtorno mental e de comportamento. Dentre os sentimentos, o medo e a ansiedade foram os mais relatados. Estes sentimentos, na concepção de Dejours (2009), são consequências dos riscos causados pela organização do trabalho, como também surgem a partir da insegurança quanto a capacidade de manutenção do sustento de si e de seus familiares, e podem causar piora progressiva da saúde mental do trabalhador.

Alguns sentimentos tiveram o potencial para alterar o bem estar mental, porém não foram capazes de limitar as atividades da vida pessoal e do trabalho, enquanto outros tiveram maiores repercussões, exigindo afastamento, psicoterapia e farmacoterapia, diante da percepção de incapacidade temporária para a manutenção das atividades cotidianas, demonstrando que as tentativas de adaptação destes trabalhadores podem ter sido insuficientes ao ponto de provocar o acúmulo da carga psíquica negativa, instalando-se aí o sofrimento mental, como propõe Dejours (2009).

Foi possível observar, contudo, que os trabalhadores afetados conseguiram modular estas alterações a partir da construção de mecanismos de defesa, de modo a impedir a evolução do sofrimento para a doença mental, transformando o sofrimento patológico em criativo, caracterizando uma condição de normalidade, como uma possibilidade de desfecho do processo da transformação do sofrimento causado pelo trabalho no SAMU o que podemos associar ao referencial da psicodinâmica do trabalho de Dejours (2006).

Com isso é possível inferir que as repercussões na saúde mental destes trabalhadores se apresentaram de formas variadas e o tempo de atuação

na área da saúde e em SAMU, assim como as interpretações subjetivas que cada um carrega em sua bagagem pessoal, podem ter contribuído para a percepção do aumento da demanda mental, já que a maioria labora em SAMU há mais de quatro anos e acumula vínculos, totalizando uma carga horária semanal de até 40 horas. Considerando aspectos da psicodinâmica, tais questões pessoais podem ter implicado na maneira como cada um interpretou o seu trabalho no SAMU como fonte de sofrimento e/ou de prazer e na capacidade para lidar com as situações de estresse. Este resultado foi corroborado por um estudo realizado com trabalhadores da saúde que também apresentam algum tipo de alteração mental, em variados graus, sentidos a partir do cuidado ao usuário, de questões relacionadas ao trabalho e à vida pessoal durante a pandemia, como o medo e a ansiedade. Dentre estes, estão médicos e enfermeiros que trabalharam na linha de frente e apresentaram sintomas de depressão (23,6%), ansiedade (27,4%) e estresse (16,3%) (Ning et al., 2022).

Os sentimentos, porém, não foram produzidos apenas a partir das experiências vivenciadas no trabalho, mas também na vida pessoal, concomitantemente. O isolamento de familiares ao mesmo tempo do risco real, e constante, de contaminação e de morte para eles, foi sentido com pesar, além do medo do próprio adoecimento e morte. Os sintomas mentais se traduziram desde a somatização às alterações de comportamento e depressão instalada, sugerindo que, na impossibilidade de descarga das pressões vividas por este trabalhador, a sobrecarga negativa encontrou como meio de fuga, a via corporal (Dejours & Abdoucheli, 1994). Provavelmente, estes trabalhadores agregavam responsabilidades com o sustento do lar, com o cuidado dos filhos e, muitas vezes, de outros dependentes, cujos sintomas poderiam ter se configurado como limitação para a prestação do cuidado ao doente, do autocuidado e do cuidado aos familiares. No entanto, o medo do desconhecido e de contaminar os familiares foram sentimentos comuns relatados em outro estudo sobre trabalhadores de SAMU. Para eles, as mudanças ocorridas no convívio familiar e social e a dificuldade de manter o afastamento, principalmente dos familiares, representaram um acréscimo no sofrimento laboral (Garçon & Góes, 2023).

O estigma por ser trabalhador da saúde também foi percebido por alguns nos espaços de convivência fora do ambiente de trabalho. Se a necessidade obrigatória do distanciamento já trouxe sofrimento para a população em geral, ser trabalhador do SAMU ainda incorreu em preconceito. Ser visto como um possível contaminador trouxe sensação de abandono e exclusão, principalmente por parte da família. Seguindo o pensamento de Dejours (2009), o estigma sentido pelo trabalhador do SAMU, pode ser considerado

como uma agressão emocional resultante do trabalho contemporâneo, no qual a intolerância se fez presente e capaz de causar o isolamento, configurando-se como uma importante situação vivida pelo trabalhador, uma vez que poderia ter o potencial para um desfecho desfavorável.

É possível deduzir que este trabalhador tenha se percebido emocionalmente fragilizado e tenha demandado suporte, cuja família poderia constituir-se em um ponto fundamental na rede de apoio para o processo de reestabelecimento do bem estar mental. Este resultado encontrou sustento na identificação de sentimentos motivados por situações vivenciadas no trabalho e na vida pessoal de outros trabalhadores da saúde, onde o medo foi relacionado ao risco de infectar-se e aos familiares, e à ambivalência por parte da população que os felicitavam ao mesmo tempo em que os discriminavam e evitavam contato. Referiram ainda depressão motivada pela solidão, pelo afastamento das famílias e mortes de colegas de trabalho. Exaustões físicas e emocionais foram atribuídas ao excesso de trabalho (Dias et al., 2023).

Embora tenham sido vistos como heróis, este rótulo foi considerado irrelevante pelos trabalhadores, diante das suas necessidades reais. Ao contrário, essa notoriedade criada pela mídia foi vista como um pano de fundo para o negligenciamento das necessidades humanas básicas, das condições precárias de trabalho e para mascarar o adoecimento mental entre os trabalhadores (Soares & Trevisan, 2020).

Barreto et al. (2021) demonstraram que alterações mentais por questões trabalhistas e condições de trabalho foram sentidas por outro grupo de trabalhadores da linha de frente, no qual foram evidenciados sintomas de estresse e cansaço devido ao enfrentamento de situações de intensa pressão, longas horas de trabalho e fadiga decorrentes da sobrecarga de trabalho por atestados médicos de membros da equipe. Desses, 61,9% perceberam maior carga de trabalho, 50,9% referiram maior cansaço físico e 60% apontaram maior cansaço emocional, o que levou a 61,9% casos de *burnout* instalada e 3,6% casos de *burnout* avançada.

Aqueles com vínculos temporários demonstraram preocupação diante do risco de perda de direitos, do posto de trabalho, de perdas financeiras ocasionadas por afastamento e incapacidades, além da ausência de isonomia salarial que causou sensação de injustiça entre trabalhadores de diferentes funções. Trabalhadores estatutários, por sua vez, vivenciaram a suspensão do direito de férias e licenças devido ao aumento da demanda de trabalho e ao alto número de afastamento de trabalhadores por atestados médicos,

o que gerou intensas e longas jornadas de trabalho. A pandemia trouxe alterações físicas e mentais devido à sobrecarga de trabalho e a necessidade de trabalhar em dobro em decorrência do adoecimento por COVID-19 entre outros profissionais da saúde, além da perda do trabalho devido aos vínculos precários, perda de bônus, cancelamento de férias programadas e até dos períodos de férias vigentes de funcionários estatutários, sendo estes alguns dos motivos para maiores níveis de estresse e distúrbios físicos e psicológicos (Trigueiro et al., 2020).

Considerações Finais: Repercussões e Reconfigurações

Diante do cenário apresentado, o cuidado à saúde mental do trabalhador foi considerado relevante e necessário a ser institucionalizado no SAMU e em outros serviços de saúde, principalmente durante esse momento de pandemia. Entretanto, ações nesse segmento não foram percebidas. Para eles, o cuidado à saúde mental do trabalhador da saúde foi negligenciado enquanto foram submetidos a uma alta demanda psicológica com alto potencial para o adoecimento mental. Embora os danos sobre a saúde mental para alguns tenham sido temporários, para outros ainda houve a necessidade de acompanhamento por encontrarem-se em processo de recuperação, podendo alguns evoluírem com sequelas, o que pode ter motivado a percepção da importância desse cuidado. Tais ações foram realizadas de forma destoante entre algumas unidades de referência para a COVID-19, a medida em que alguns trabalhadores informaram que não tiveram apoio institucional e procuram ajuda em outros locais, enquanto outros tiveram apoio da equipe e da chefia, com a oferta de atendimento psicológico, consulta médica, e exames laboratoriais e de imagem (Rodrigues et al., 2023).

Entende-se que ações de cuidado à saúde mental do trabalhador do SAMU, além de poderem contribuir para evitar ou reduzir aos danos psíquicos causados pelo enfrentamento à COVID-19, podem fomentar o fortalecimento da rede de apoio dentro do espaço de trabalho, melhorar a qualidade de vida destes trabalhadores e, por conseguinte, a qualidade da assistência oferecida ao usuário deste serviço. O apoio inadequado fornecido pela gestão e a baixa motivação para o trabalho agravaram o esgotamento e o estresse entre trabalhadores de um serviço de emergência, afetando adversamente a qualidade do atendimento prestado. A segurança psicológica do trabalhador requer dos gerentes mais atenção para aplicar as melhorias necessárias, já que estão sujeitos a alterações como o medo, estresse pós-traumático, instabilidade emocional e falta de resiliência (Mohammadi et al., 2021).

Neste aspecto, o município de Camaçari possui o Núcleo de Práticas Integrativas e Complementares como uma instância para a discussão, implantação e ampliação do acesso às Práticas Integrativas em Saúde nos diversos pontos da rede de saúde, constituindo redes integrativas de cuidado (Prefeitura Municipal de Camaçari, 2019). O Núcleo de Práticas Integrativas e Complementares pode representar uma valiosa ferramenta de gestão para a implementação de ações de saúde mental no serviço do SAMU. Práticas de saúde alternativas foram implementadas entre trabalhadores expostos a um maior desgaste físico e estresse emocional após o crescimento em número e intensidade das demandas por COVID-19. Eles relataram medo e ansiedade e receberam sessões de auriculoterapia associada à psicoterapia como forma de promoção do cuidado. Os benefícios percebidos foram de ordem física e psicológica, como melhoria do sono, da disposição diária, da redução da exaustão física, da ansiedade e do estresse (Trigueiro et al., 2020).

Quanto à categoria coletividade do trabalho, esta não foi percebida pelos trabalhadores do SAMU como um espaço para as discussões voltadas às estratégias de enfrentamento e mudanças na organização do trabalho, mas apenas como um espaço de relações sociais e de produção de subjetividades individuais voltadas ao adoecimento de colegas e aos conflitos interpessoais. Este segmento apresentou-se fragilizado, podendo ter motivado pontos de conflitos e dificultado a mobilização dos trabalhadores em busca de mudanças sobre as situações consideradas causadoras de sofrimento, ao mesmo tempo que pode ter dificultado a construção de redes de apoio e de confiança entre os trabalhadores, permitindo concordar com Facas (2013), sobre a elaboração das estratégias de defesa individuais diante da falha das estratégias coletivas. O amparo em redes de apoio mútuo entre colegas e chefias imediatas, de acordo com Carvalho et al., (2023), contribuiu para o enfrentamento das situações de sobrecarga, pressão e conflitos laborais durante a pandemia. O interesse da chefia pela saúde física e mental do trabalhador, a partir da escuta, permitiu o sentimento de valorização e a adoção de comportamentos de solidariedade entre os colegas.

O apoio de profissionais como psicólogo e psiquiatra e o uso de medicações foram referidos e podem ter sido utilizados diante da percepção de que as alterações mentais foram capazes de interferir nas relações sociais, familiares e de afetar a capacidade de autocuidar-se e de cuidar. O apoio da família e o suporte espiritual foram considerados como aspectos fundamentais para o enfrentamento. Relatos de trabalhadores, que utilizaram

mecanismos de defesa para enfrentar o trabalho durante a pandemia, revelaram que o autocuidado, a busca pela fé e religiosidade, o apoio da família e amigos, a informação sobre a doença, evitar informações negacionistas, ter sentimentos de satisfação por trabalhar enfrentando a pandemia, o dimensionamento adequado de recursos humanos e EPI, suporte psicológico, ajustamento do sono e suporte financeiro, se configuraram como as estratégias de defesa mais relevantes (Redon et al., 2023).

Isto corrobora a importância de que as subjetividades construídas a partir da história pessoal do trabalhador devem ser consideradas quando este está inserido no ambiente de trabalho, e que a percepção de dor e sofrimento causados pelo trabalho estão imbricada a esta construção inicial, como defendido pela psicodinâmica. A importância da família neste processo também foi identificada entre os trabalhadores de uma unidade de pronto atendimento, onde 72,8% dos profissionais revelaram ter apoio familiar durante a atuação na pandemia, considerando que esse suporte pode reduzir o estresse vivenciado no trabalho (Barreto et al., 2021).

O avançar da situação permitiu aos trabalhadores experienciarem mudanças em seus sentimentos. Os relatos de melhora guardam estreita relação com o sucesso das estratégias de defesa utilizadas e com as subjetividades individuais. Isto mostra que o sofrimento no trabalho do SAMU atravessou por transformações. A melhora referida representou para eles a possibilidade de retomada da autonomia na vida cotidiana, da capacidade produtiva e da tranquilidade necessária para seguir a vida nos ambientes de trabalho, social e familiar. Para alguns, as situações vividas contribuíram para enriquecer o aprendizado e desenvolver aptidão para lidar com situações de crise e com doentes de maior gravidade. Ao observar as considerações de Facas (2013), é possível apreender que esta percepção pode representar que o trabalho no SAMU sob situação de crise motivou o trabalhador a ressignificar seu papel enquanto cuidador da saúde. Porém, em outra perspectiva, pode significar a negação e o velamento do sofrimento como uma saída encontrada para internalizar e modular as situações danosas e livrar-se do sofrimento. A pandemia trouxe reflexões entre trabalhadores que atuaram em unidades de terapia intensiva. Embora se tenham sentido incapazes de controlar a situação, motivando sentimentos de insatisfação e frustração, suas vivências foram capazes de transformar o sofrimento vivido em desejo de ressignificação do modo de viver e da habilidade e resiliência no ambiente de trabalho (Tilvitz, 2023).

Os sentimentos de melhora foram se estabelecendo a partir do controle da pandemia e da introdução da vacina como medida de prevenção universal,

causando sentimentos de tranquilidade e segurança, porém ainda com cautela quanto à prevenção. Embora o término da pandemia tenha sido decretado em maio de 2023, o vírus ainda circula nos ambientes e tem alto potencial para causar infecções e óbitos (Organização Mundial de Saúde, 2023). Cabe salientar que, embora o desfecho tenha sido positivo, a necessidade de apoio institucional à saúde mental destes trabalhadores não estaria dispensada, uma vez que a falha destes mecanismos de defesa poderia resultar na evolução para a instalação da doença mental permanente e suas sequelas.

É possível que trabalhos sobre a saúde mental dos trabalhadores da saúde do SAMU no período pós COVID-19 estejam em fase de produção. No entanto Macêdo (2020), ainda no momento crítico, entendeu que seria necessário lançar um olhar diferenciado sobre a subjetividade e a saúde mental do trabalhador no pós pandemia, no sentido de adotar novos comportamentos, tais como: assumirmos nossas fragilidades, questionarmos sobre o sentido social do nosso trabalho, reinventarmos os modos de subjetivação e de trabalho, deslocarmos-nos do individualismo para a ação coletiva e reprojeter a vida, o tempo e as instituições.

Referências

Araújo D. V., Lima, M. M. S., Fernandes, C. S., Frota, N. M., Caetano, J. A., Galindo Neto, N. M., & Barros, L. M. (2023). Vivência dos condutores de ambulância sobre transferência de pacientes suspeitos ou confirmados para COVID-19. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 44, e20210319. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2023.20210319.pt>

Amarante, P. (2007). *Saúde mental e atenção psicossocial*. Editora Fiocruz.

Aparecida Souza, H., & Hespanhol Bernardo, M. (2019). Prevenção de adoecimento mental relacionado ao trabalho: a práxis de profissionais do Sistema Único de Saúde comprometidos com a saúde do trabalhador. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 44, e26. <https://doi.org/10.1590/2317-6369000001918>

Barreto, M. S., Arruda, G. O. de, Marco, S. S., Correia, L. P. da Silva, Queruz, A. L. D., Rissardo, L. K., & Pereira, E. L. C. (2021). Estresse e burnout entre profissionais de saúde de pronto atendimento durante a pandemia da COVID-19. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 20(1), e60841.

Brant, L. C., and Minayo-Gomez, C. (2011). A temática do sofrimento nos estudos sobre trabalho e saúde. In C. Minayo-Gomez, J. M. H. Machado & P. G. L. Pena (Eds.), *Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea* (pp. 385-408). Editora FIOCRUZ. <https://doi.org/10.7476/9788575413654>

Bockorni, B. R. S., & Gomes, A. F. (2021). A amostragem em *snowball* (bola de neve) em uma pesquisa qualitativa no campo da administração. *Revista de Ciências Empresariais da UNIPAR*, 22(1), 105–117. <https://doi.org/10.25110/receu.v22i1.8346>

Borsoi, I. C. F. (2007). Da relação entre trabalho e saúde à relação entre trabalho e saúde mental. *Psicologia & Sociedade*, 19(1), 103–111. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822007000400014>

Bouyer, G. C. (2010). Contribuição da psicodinâmica do trabalho para o debate: “O mundo contemporâneo do trabalho e a saúde mental do trabalhador”. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 35(122), 249–259. <https://doi.org/10.1590/S0303-76572010000200007>

Budd, J. (2016). The eye sees what the mind knows: The conceptual foundations of invisible work. In M. Crain, W. R. Poster & M. Cherry (Eds), *Invisible labor: Hidden work in the contemporary work* (pp. 70–102). University of California Press.

Carvalho, E. L., Castellanos, M. E. P., Teixeira, A. M. F., Lima, M. A. G. de, Coulon, A. L. L. (2023). Trabalhadores de apoio de um hospital de referência na Bahia, Brasil, no enfrentamento da COVID-19: Essenciais e invisíveis. *Ciência & Saúde Coletiva*, 28(5), 1355–1364, <https://doi.org/10.1590/1413-81232023285.10972022>

Cavalcante, J. B. da-Silva-Junior, G. B., Bastos, M. L. A., Costa, M. E. M., Santos, A. De L., & Maciel, R. H. M. de O. (2018). Rede de relações em um serviço de atendimento móvel de urgência: análise de uma equipe de trabalho. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, 16(2), 158–166. <https://doi.org/10.5327/Z1679443520180208>

Chang, Y., & Hu, Y. (2022). Burnout and health issues among prehospital personnel in Taiwan fire departments during a sudden spike in community COVID-19 cases: A cross-sectional study. *International Journal Environmental Research Public Health*. 19(4), 2257. <https://doi.org/10.3390/ijerph19042257>

Dal Pai. (2021). Repercussões da pandemia pela COVID-19 no serviço pré-hospitalar de urgência e a saúde do trabalhador. *Escola Anna Nery*, 25(9), e20210014. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0014>

Dalmolin, G. de L., Possebon, M. R., Lanes, T. C., Schutz, T. C. Munhoz, O. L., Andolhe, R. (2022). Estresse ocupacional e síndrome de *burnout* entre trabalhadores de saúde. *Recien*, 12(37), 67–77. <https://doi.org/10.24276/rrecien2022.12.37.67-77>

Dejours, C. (2006). *A banalização da injustiça social* (6.ª ed.). Editora Fundação Getúlio Vargas.

Dejours, C. (2009). *Entre o desespero e a esperança: Como reencantar o trabalho?* Cult. <https://revistacult.uol.com.br/home/christophe-dejours-como-reencantar-o-trabalho/>

Dejours, C., & Abdoucheli, E. (1994) Desejo ou motivação? A interrogação psicanalítica sobre o trabalho. In M. I. S. Betioli (Ed.), *Psicodinâmica do trabalho* (pp. 120–122). Atlas.

Dias, E. G., Bardaquin, V. A., & Robazzi, M. L. C. (2023). Ocorrências no mundo do trabalho decorrentes da pandemia do coronavírus 2019. *Revista de Saúde Coletiva da UFEs*, 13(1), e7887

Douplat, M., Termoz, A., Subtil, F., Haesebaert, J., Jacquin, L., Durand, G., Potinet, V., Hernu, R., Nohales, L., Mazza, S., Berthiller, J., & Tazarourte, K. (2022). Changes over time in anxiety, depression, and stress symptoms among healthcare workers in French emergency departments during the first COVID-19 outbreak. *Journal of affective disorders*, 316, 194–200. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.08.028>

Facas, E. P. (2013). *Protocolo de avaliação dos riscos psicossociais no trabalho – Contribuições da psicodinâmica do trabalho* [Tese de doutoramento, Universidade de Brasília]. RIUnB. <https://repositorio.unb.br/handle/10482/15420>

Fiocruz. (2021, 15 de janeiro). *Estudo inédito traçará o perfil dos profissionais invisíveis no enfrentamento da COVID-19*. <https://portal.fiocruz.br/noticia/estudo-inedito-tracara-o-perfil-dos-profissionais-invisiveis-no-enfrentamento-da-covid-19>

Farias, E. (2022). *Estudo aponta que mais de 4,5 mil profissionais de saúde morreram durante o auge da pandemia de COVID-19*. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. <https://www.epsv.fiocruz.br/noticias/reportagem/estudo-aponta-que-mais-de-45-mil-profissionais-de-saude-morreram-durante-o-auge>

Garcia, A. S., Vieira, G. C., Gomes, S. V., Vicentini, S. C., Nogueira, C. J., Passos, J. P. (2021). Repercussões negativas e impacto psicológico da pandemia por COVID-19 nas equipes de saúde. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental*, 13, 1647–1655.

Garçon, T. L., & Gôes, H. L. F. (2023). O impacto da pandemia de COVID-19 no serviço de atendimento pré-hospitalar de Maringá, PR. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, 97(2), e023097. <https://doi.org/10.31011/reaid-2023-v.97-n.2-art.1673>

Júnior, J. S. S.; & Fisher, F. M. (2018) Fatores psicossociais: Desafios contemporâneos no campo da saúde mental e trabalho. In M. L. G. Schmidt, M. F. de Castro, M. M. Casadore (Eds.), *Fatores psicossociais e o processo saúde/doença no trabalho: Aspectos teóricos, metodológicos, interventivos, e preventivos* (pp. 11–15). FiloCzar

Justiça do Trabalho. (2023). *Transtornos mentais são a terceira maior causa de afastamento do trabalho no Brasil*. <https://www.trt13.jus.br/informe-se/noticias/transtornos-mentais-sao-a-terceira-maior-causa-de-afastamento-do-trabalho-no-brasil>

Lacoponi, E. (1999). Classificação mentais e de comportamento da CID-10 – Diretrizes diagnósticas e de tratamento para transtornos mentais em cuidados primários. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21(2). <https://doi.org/10.1590/S1516-44461999000200014>

Macêdo, S. (2020). Um olhar para a subjetividade e a saúde mental do trabalhador durante e após a pandemia da COVID-19. *Trabalho (En)Cena*, 6, e021005. <https://doi.org/10.20873/2526-1487e021005>

Machado, M. H. (2008). Trabalho e emprego em saúde. In L. Giovanella, S. Escorel, L. V. C. Lobato, J. C. Noronha, A. I. Carvalho (Eds.), *Políticas e sistemas de saúde no Brasil* (2.ª ed.). Fiocruz.

Martins, D. G., & Gonçalves, J. (2019). Estresse ocupacional em profissionais do serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU). *Revista Psicologia e Saúde*, 11(3) 3–17. <https://doi.org/10.20435/pssa.v0i0.618>

Martins, J., Robazzi, M. L. C. C., & Bobroff, M. C. C. (2010). Prazer e sofrimento no trabalho da equipe de enfermagem: Reflexão à luz da psicodinâmica dejouriana. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 44(4) 1107–1111. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342010000400036>

Mendes, A. M. (2007). Da psicodinâmica à psicopatologia do trabalho. In A. M. Mendes (Ed.), *Psicodinâmica do trabalho: Teoria, método e pesquisas* (pp. 29–48). Casa do Psicólogo.

Merlo, A. R. C. (2002). Psicodinâmica do trabalho. In M. G. Jacques & W. Codo (Eds.), *Saúde mental & trabalho. Leituras* (pp. 24–43). Vozes.

Minayo, M. C. S. (2014). *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde* (13.ª ed.). Hucitec.

Ministério da Saúde. (2023). *Painel coronavírus. Coronavirus Brasil*. <https://covid.saude.gov.br/>

Mohammadi, F., Teerã, B. Bijani, M., & Khaleghi, A. A., (2021). Management of COVID-19-related challenges faced by EMS personnel: A qualitative study. *BMC Emergency Medicine*, 21, 95. <https://doi.org/10.1186/s12873-021-00489-1>

Ning, L., Jia, H., Yu, J., Gao, S., Shang, P., Cao, P., & Yu, X. (2022). Mental health among healthcare workers during the prolonged COVID-19 pandemic: A cross-sectional survey in Jilin Province in China. *Frontiers in Public Health*, 10, 1030808. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.1030808>

Organização Mundial de Saúde. (2023). *OMS declara fim da emergência de saúde pública de importância internacional referente à COVID-19*. UNA-SUS. <https://www.unasus.gov.br/noticia/oms-declara-fim-da-emergencia-de-saude-publica-de-importancia-internacional-referente-a-covid-19>

Pereira, A. L., Venas, A. C. M., & Silva, R. S. (2009). O poder da negociação: Reflexão sobre o gerenciamento de conflitos na enfermagem. *Revista Enfermagem Online*, 3(1), 117–23.

Prefeitura Municipal de Camaçari. (2019, 2 de janeiro). *Nova base do SAMU será inaugurada em 9 de janeiro*. <https://www.camacari.ba.gov.br/nova-base-do-samu-sera-inaugurada-dia-09-de-janeiro/>

Redon, J. S. (2023). Psychosocial strategies used by health professionals in the face of pandemics: Integrative review. *Brazilian Journal of Health Review*, 6(2), 6777–6793.

Resolução n.º 466, de 12 de dezembro de 2012, Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. (2012). <https://www.inca.gov.br/publicacoes/legislacao/resolucao-cns-466-12#>:

Rezio, L. de A., Oliveira, E. de, Queiroz, A. M., Sousa, A. R. de, Zerbetto, S. R., Marcheti, P. M. (2022). Neoliberalism and precarious work in nursing in the COVID-19 pandemic: Repercussions on mental health. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 56, e20210257. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0257>

Ribeiro, T., & Leão, L. H. C. (2020). Movimentos sociais, escravidão contemporânea e saúde: Saberes, práticas e implicações para o Sistema Único de Saúde (SUS). *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 24, e200004. <https://doi.org/10.1590/Interface.200004>

Rodrigues, A. P., Vieira, J. H., Cipro, J. R. Martins, R. C. de O., Moreira, A. G. M., & Carmo, H. de O. (2023). Percepção dos profissionais de enfermagem frente à pandemia de COVID-19: Saúde laboral e rede de apoio. *Revista Ciência Contemporânea*, 1(4) 60–76.

Silva, F. G., Andrade, A. De P., Ponte, K. M. de A., Ferreira, V. E. S., Sousa, B. da S., & Gonçalves, K. G. (2019). Predisposição para síndrome de Burnout na equipe de enfermagem do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. *Enfermagem em Foco*, 10(1) 40–45. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2019.v10.n1.1600>

Silva, L. S., Machado, E. L., Oliveira, H. N. de, & Ribeiro, A. P. (2020). Condições de trabalho e falta de informações sobre o impacto da COVID-19 entre trabalhadores da saúde. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 45, e24. <https://doi.org/10.1590/2317-6369000014520>

Silva, I. V., Teodoro, C. J. A., Santos, J. F. dos, & Monteiro, A. C. D. (2021). A vigilância de ambientes e processos de trabalho na prevenção da COVID-19 na Bahia. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 45(1) 109–124.

Silva, S. C. A., Valério, S. T., & Cunha, M. L. R. (2023). Treinamento mediado pela prática supervisionada à beira-leito para enfermeiros durante a pandemia de COVID-19: Estudo observacional. *Escola Anna Nery*, 27, e20220310. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2022-0310pt>

Soares, J. P., Oliveira, N. H. S. de, Mendes, T. de M. C., Ribeiro, S. da S., & Castro, J. L. de. (2022). Fatores associados ao burnout em profissionais de saúde durante a pandemia de COVID-19: Revisão integrativa. *Saúde Debate*, 46(1) 385–398. <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E126>

Soares, M. H., & Trevisan M. J. (2020). O(a) herói(na) que precisamos ser para enfrentar a pandemia de COVID-19. *Advances in Nursing and Health*, 2. <https://doi.org/10.5433/anh.2020v2.id40128>

Tilvitz, A. I. (2023). *Trabalho e saúde mental: Os trabalhadores da enfermagem nas unidades de terapia intensiva (utis) em tempos de pandemia* [Dissertação de mestrado, Universidade de Santa Cruz do Sul]. UNISC. <http://hdl.handle.net/11624/3591>

Trigueiro, R. L., Araújo, A. L. de, Moreira, T. M. M., & Florêncio, R. S. (2020). COVID-19 pandemic: Report on the use of auriculotherapy to optimize emergency workers' health. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(2), e20200507. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0507>

Ansiedade e Depressão em Trabalhadores de Saúde de Unidade de Terapia Intensiva COVID-19 em um Hospital de Referência no Estado de Pernambuco, Brasil

<https://doi.org/10.21814/uminho.ed.136.5>

Bruno Issao Matos Ishigami

Secretário Executivo de Vigilância em Saúde e Atenção Primária da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife, Brasil
<https://orcid.org/0009-0002-9262-5333>
bruno.ishigami@saude.pe.gov.br

Jonathan Vicente dos Santos Ferreira

Departamento de Medicina Preventiva/Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil
<https://orcid.org/0000-0003-1529-9570>
jvicente@alumni.usp.br

Katia Rejane de Medeiros

Departamento de Saúde Coletiva, Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-7518-4137>
katia.rejane@fiocruz.br

Aline do Monte Gurgel

Departamento de Saúde Coletiva/Laboratório de Saúde Ambiente e Trabalho, Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0002-5981-3597>
aline.gurgel@fiocruz.br

Resumo

Neste estudo realizado em uma unidade de terapia intensiva (UTI) de um hospital em Pernambuco, Brasil, 140 trabalhadores de saúde foram avaliados quanto à ansiedade e depressão durante a pandemia de COVID-19. Os resultados revelaram uma alta prevalência de ansiedade (38,6%) e depressão (41,4%), com taxas mais altas entre técnicos de enfermagem e médicos, respectivamente. Trabalhadores jovens e aqueles com falta de momentos de lazer apresentaram maior risco de problemas de saúde mental. Além disso, trabalhar em turnos distintos também foi associado a sintomas depressivos. O estudo destaca a necessidade de políticas de cuidado à saúde mental para esses trabalhadores de UTI.

Palavras-chave

saúde do trabalhador, saúde mental, ansiedade, depressão, COVID-19

Introdução

A pandemia de COVID-19, com origem na China em dezembro de 2019, não apenas desencadeou uma das maiores crises sanitárias do mundo moderno, mas também expôs as fragilidades e complexidades dos sistemas de saúde globais. A crise também destacou as enormes desigualdades entre o norte e o sul global, notadamente em relação a organização das redes e serviços de saúde (Ferreira, 2023). Sabe-se que os contextos social, econômico e ambiental, que atuam no processo de determinação social da saúde, interagem de forma sinérgica, exacerbando o impacto das doenças. Considerando-se os efeitos sinérgicos produzidos pela interação entre outras epidemias – por exemplo, a hipertensão, a diabetes, a ansiedade e a depressão – e as condições socioambientais – especialmente em contextos marcados por profundas desigualdades sociais – as repercussões associadas à COVID-19 são exacerbadas (Yadav et al., 2020). Esse conjunto de elementos permite caracterizar a doença provocada pelo vírus SARS-CoV-2 como uma sindemia, e não pandemia, dada a interação entre outras doenças de natureza epidêmica, com efeitos ampliados sobre a saúde das populações (Singer et al., 2017).

No cenário brasileiro, essa crise sanitária se manifestou de forma acentuada, com milhões de casos confirmados e óbitos atingindo números alarmantes, influenciados por aspectos sociais e políticos, que guardam forte relação com questões de raça/etnicidade, classe e gênero, exacerbando o impacto

da doença (Rezio et al., 2022). Um dos elementos políticos que mais contribuiu para essa situação crítica no Brasil foi a falta de coordenação do executivo federal. Isso ficou claramente evidenciado quando, em março de 2021, os boletins informativos produzidos pela Fundação Oswaldo Cruz alertaram para a iminência de um colapso sanitário e hospitalar sem precedentes na história do país. Esse evento foi considerado um dos maiores já registrados. Naquela ocasião, aproximadamente 24 estados e o Distrito Federal já apresentavam taxas de ocupação de leitos de unidade de terapia intensiva (UTI) acima dos alarmantes 80%, com 15 unidades federativas registrando taxas iguais ou superiores a 90%. Na maioria dos estados do Brasil, a tragédia sanitária se materializou no óbito de muitos pacientes que aguardavam a disponibilidade de leitos de UTI.

No estado de Pernambuco, localizado no Nordeste brasileiro, em maio de 2020, durante a primeira onda da sindemia, a fila de pacientes aguardando leitos de UTI chegou a ultrapassar a assustadora marca de 275 pacientes, número considerado alto, indicando uma ameaça real de colapso no sistema de saúde estadual.

É crucial destacar que o funcionamento de uma UTI requer não apenas uma estrutura física adequada, mas também uma equipe de trabalhadores altamente capacitados, uma vez que o monitoramento constante dos pacientes se faz necessário. Esse tipo de trabalho, embora vital, impõe uma significativa sobrecarga aos trabalhadores da saúde. Enfatiza-se que a condição de saúde de um indivíduo é afetada por múltiplos processos, sendo a sobrecarga de trabalho um deles. Nesse contexto, o trabalho se torna incansável, sujeito a uma série de desafios emocionais. Frequentemente, isso ocorre devido à sensação de impotência diante da magnitude da crise, às incertezas relacionadas à doença e aos tratamentos muitas vezes pouco específicos (Alves et al., 2022; Matos et al., 2021; Rezio et al., 2022). Além disso, os trabalhadores precisam lidar com o temor constante de contrair ou transmitir o vírus às suas famílias e colegas, bem como enfrentar a dolorosa experiência de perder pacientes ao longo do caminho (Lai et al., 2020). Os trabalhadores de saúde estavam sob um risco elevado de comprometimento de sua saúde física e mental durante toda a sindemia de COVID-19 (Ferreira, 2023; Spoorthy et al., 2020).

Esse capítulo destaca os desafios enfrentados pelos trabalhadores do sistema de saúde que atuaram em UTI voltada aos cuidados com pacientes COVID-19 e os efeitos adversos na saúde mental desses trabalhadores num hospital universitário na cidade de Recife, capital de Pernambuco. Em

seguida, abordaremos como a sobrecarga de trabalho, especialmente nas UTIs, desencadeou uma série de desafios para os trabalhadores da área. Isso inclui não apenas a exaustão física, mas também as consequências emocionais, que se aprofundaram no decurso da síndrome no Brasil. Além disso, vamos apresentar como esse problema de saúde pública ocorreu em um contexto político complexo, com reformas institucionais que afetaram os direitos trabalhistas e previdenciários, ampliando ainda mais as tensões vivenciadas pelos trabalhadores da saúde.

Metodologia

O estudo, de abordagem descritiva, quantitativa e de corte transversal, foi realizado em um hospital universitário que é centro de referência em doenças infectocontagiosas na cidade de Recife, em Pernambuco, e que foi o primeiro serviço de saúde estadual a se adaptar para receber pacientes suspeitos ou confirmados para COVID-19.

Fizeram parte do estudo todos os trabalhadores de enfermagem (nível superior e técnico) e os médicos que trabalham na UTI COVID que estavam cadastrados no setor do hospital selecionado no mês de fevereiro de 2022. Segundo informações da chefia médica e de enfermagem, o setor contava com 189 trabalhadores das categorias profissionais selecionadas na presente investigação, sendo 33 médicas(os), 21 enfermeiras(os) e 135 técnicas(os) de enfermagem.

Para coleta dos dados foram aplicados três questionários: o sociodemográfico e ocupacional, o *general anxiety disorder-7* (GAD-7, perturbação de ansiedade geral) e o *patient health questionnaire-9* (PHQ-9; questionário de saúde do paciente).

O primeiro instrumento foi voltado para caracterização dos trabalhadores, contendo 21 perguntas voltadas à caracterização do perfil sociodemográfico (sexo, idade, estado civil, renda, raça, escolaridade, número de filhos, presença de momentos de lazer durante a semana, quantidade de horas de lazer durante a semana, prática de atividade física) e ocupacional (profissão, tipo de vínculo, quantidade de horas semanais trabalhadas, quantidade de vínculos empregatícios, período de trabalho, maior titulação, presença de faltas justificadas durante o último mês, férias nos últimos 13 meses).

O questionário GAD-7, versão brasileira adaptada por Moreno et al. (2016), apresenta uma escala que identifica a presença de sintomas do transtorno

de ansiedade generalizada. O instrumento identifica a frequência com que cada um dos sintomas incomodou o respondente nas duas últimas semanas. Ele é composto por sete itens e suas opções de resposta variam de “0 – nenhuma vez” até “3 – quase todos os dias”. Quanto mais alto o escore (0 a 21 pontos), maior é a presença de sintomas ansiosos. A pontuação final do teste classifica o entrevistado segundo o grau de severidade de seus sintomas: mínimo ou nulo (0 – 4); leve (5 – 9); moderado (10–14); e grave (15–21). É considerado como indicador positivo de sinais e sintomas de transtorno de ansiedade (TA), valor igual ou maior que 10.

O questionário PHQ-9, versão brasileira adaptada/validada por Osório et al. (2009), identifica a presença de sintomas de episódio depressivo maior. A escala é composta por nove itens, e suas opções de resposta variam de “0 – nenhuma vez” até “3 – quase todos os dias”. O escore do PHQ-9 varia de 0 a 27 pontos e o resultado desta pontuação total também será analisado de acordo com os critérios de classificação do PHQ-9 quanto ao nível de severidade de depressão: mínimo ou nulo (0–4); leve (5–9); moderado (10–14); moderadamente grave (15–19) e grave (20–27). É considerado como indicador positivo de sintomas depressivos ou transtorno depressivo maior, valor maior ou igual a 10.

Todos os instrumentos foram elaborados via Google Forms, enviados via link por WhatsApp e autorrespondidos pelos trabalhadores, dispensando a coleta de dados presencial, que demandaria logística adequada ao horário de trabalho da equipe. Após cinco tentativas de contato via WhatsApp e ligação, 140 trabalhadores aceitaram participar da pesquisa. As variáveis dependentes foram ansiedade e depressão e as independentes foram as características sociodemográficas. Foram feitas análises de correlação de Spearman para avaliar as relações entre GAD-7, PHQ-9 e faixa etária.

O estudo foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa do Instituto Aggeu Magalhães – Fundação Oswaldo Cruz, inserida na Universidade Federal de Pernambuco (sob o parecer de número 5.141.014), e foi realizado respeitando diretrizes e normas reguladoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Resultados e Discussão

Retrato Sociodemográfico dos/as Participantes

Dos 140 trabalhadores participantes, 20% eram médicos, 14,2% enfermeiros e 65,7% técnicos de enfermagem da UTI COVID do hospital selecionado.

Em virtude do tamanho da amostra optou-se por avaliar os participantes da pesquisa em um único grupo, não se levando em consideração as variáveis independentes na análise dos desfechos.

A força de trabalho era majoritariamente feminina (82,1%), como observado na literatura (Lai et al., 2020). O predomínio do sexo feminino em espaços de cuidado também foi observado em Hirata (2016), que avaliou comparativamente o trabalho de cuidado no Brasil, França e Japão, e identificou que a organização social do cuidado coloca a mulher em papel central.

Quanto à faixa etária, 32,1% tinham entre 30 e 39 anos, seguida daqueles entre 40 e 49 anos com 28,6%, caracterizando uma população de adultos jovens (Tabela 1). No recorte de raça há um predomínio de indivíduos que se reconhecem como pretos ou pardos (55%). Na equipe médica, 50% se identificam como pretos ou pardos; entre os enfermeiros 60% se declaram desta forma e entre técnicos de enfermagem esse valor vai para 55,4%. Tais definições são importantes porque corroboram o achado de que atividades de menor remuneração são exercidas, majoritariamente, por negros. Destaca-se a pouca abordagem de estudos durante a pandemia que indicavam disparidades de gênero e raça nos trabalhadores da saúde, a fim de acolher e fortalecer políticas de saúde mental para grupos específicos (Ferreira, 2023).

Tabela 1 Características sociodemográficas e ocupacionais dos médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem que atuam em uma UTI COVID-19 em um hospital de referência em Pernambuco

Variáveis	Total		Enfermeiras (os)		Médicas (os)		Técnicas (os) de enfermagem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
	140		20	14,2	28	20	92	65,7
Sexo								
Feminino	115	82,1	17	85	14	50	84	91,3
Masculino	25	17,9	3	15	14	50	8	8,7
Faixa etária								
20 – 29 anos	24	17,1	6	30	6	21,4	12	13
30 – 39 anos	45	32,1	7	35	16	57,1	22	23,9
40 – 49 anos	40	28,6	2	10	5	17,9	33	35,9

>50 anos	13	9,3	1	5	0	0	12	14,1
Período de trabalho								
Apenas diurno	26	18,6	5	25	0	0	21	22,8
Apenas noturno	18	12,9	2	10	2	7,1	14	15,2
Diurno e noturno	96	68,6	13	65	26	92,9	57	62
Lazer								
Algumas vezes	66	47,1	9	45	11	39,3	46	50
Sim	36	25,7	11	39,3	7	35	18	19,6
Não	38	27,1	6	21,4	4	20	28	30,4

Condições de Trabalho, Sintomas de Ansiedade e Depressão

A análise evidenciou que 38,6% dos trabalhadores apresentaram sintomas de ansiedade. A categoria profissional dos técnicos de enfermagem registou uma prevalência de 42,2% para o transtorno de ansiedade, enquanto para os enfermeiros e os médicos a prevalência foi de 35% e 32,1%, respectivamente. As mulheres apresentaram uma prevalência de 41,7% para sintomas de ansiedade, enquanto os homens apresentaram 24% (Tabela 2).

Tabela 2 Sintomas de ansiedade e dados sociodemográficos

Variáveis	Ausência de sintomas de ansiedade		Presença de sintomas de ansiedade ou Transtorno de Ansiedade (TA)	
	n	%	n	%
Total	86	61,4	54	38,6
Profissão				
Médica (o)	19	67,8	9	32,2
Enfermeira (o)	13	65,0	7	35,0
Téc. enfermagem	54	56,7	38	42,2
Sexo				
Feminino	67	58,3	48	41,7
Masculino	19	76,0	6	24,0
Idade				
20-29	10	45,4	12	54,6
30-39	22	53,6	19	46,3

40-49	31	70,5	13	29,6
>50	8	66,6	5	33,3
Período de trabalho				
Diurno ou Noturno	31	70,5	13	29,5
Diurno e Noturno	55	57,3	41	42,7
Lazer				
Sim / Algumas vezes	68	66,7	34	33,3
Não	18	47,4	20	52,6

Para os sintomas depressivos, observou-se uma prevalência de 41,4% entre os trabalhadores avaliados, sendo 42,6% dos registros entre as mulheres e de 36% entre os homens (Tabela 3). Em relação à categoria profissional, 46,4% dos médicos, 45% dos enfermeiros e 40% dos técnicos de enfermagem reportaram sintomas depressivos.

Tabela 3 Sintomas de depressão e dados sociodemográficos

Variáveis	Ausência de sintomas depressivos		Presença de sintomas depressivos (DM)	
	n	%	n	%
Total	82	58,6	58	41,4
Profissão				
Médica (o)	15	53,6	13	46,4
Enfermeira (o)	11	55	9	45
Técnica (o) de enfermagem	56	60	36	40
Sexo				
Feminino	66	57,4	49	42,6
Masculino	16	64	9	36
Idade				
20-29	10	45,5	12	54,5
30-39	102	51,2	20	48,8
40-49	31	70,5	94	29,5
>50	90	60	24	40
Período de trabalho				
Diurno ou Nocturno	32	72,7	12	27,3

Diurno e Noturno	50	52,1	118	47,9
Lazer				
Sim / Algumas vezes	66	64,7	36	35,3
Não	16	42,1	22	57,9

Vieira et al. (2022), em pesquisa que avaliava as repercussões da sindemia nas mulheres trabalhadoras da saúde, constatou que a disparidade salarial entre gêneros, a maior responsabilidade no trabalho não-remunerado realizado em casa e a necessidade de redução do horário de trabalho são fatores que favorecem o adoecimento das trabalhadoras do sexo feminino.

Além da ansiedade, o presente estudo identificou que, entre as mulheres, houve uma maior prevalência de sintomas de depressão. Esses achados também se repetem em outros estudos que identificaram nas mulheres que trabalham na linha de frente um maior risco de desenvolver sintomas depressivos (Azoulay et al., 2020, 2021; Ferreira, 2023). Algumas pesquisas epidemiológicas indicam que a depressão é mais prevalente em mulheres do que em homens (Dal’Bosco et al., 2020; Matos et al., 2021). Souza et al. (2020) afirmam que elas apresentaram mais sintomas de estresse, ansiedade e depressão durante a COVID-19 (Fischer et al., 2020).

Quanto à ocorrência de casos de ansiedade entre trabalhadores de saúde, o estudo realizado por Alves et al. (2022) durante a sindemia de COVID-19, com trabalhadores de enfermagem no sudeste brasileiro, evidenciou a presença de sintomas psicopatológicos desse agravo relacionados à situação laboral (World Health Organization, 2022). A elevada prevalência para ansiedade encontrada também está em consonância com os dados encontrados por Lai et al. (2020) que avaliou 1.257 trabalhadores que prestavam assistência a pacientes com COVID-19 em hospitais secundários e terciários na China e mostrou elevada prevalência de sintomas de ansiedade.

Além disso, estão de acordo com estudo realizado na França por Azoulay et al. (2021), que avaliou a presença de sintomas depressivos e de ansiedade médicos que atuavam em UTIs, revelando uma elevada prevalência de sintomas de ansiedade. Outro estudo, realizado por Dal’Bosco et al. (2020), em trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário, encontrou uma elevada prevalência de ansiedade (Wang et al., 2020). Os achados ratificam a hipótese de que trabalhadores que atuam em unidades de terapia intensiva possuem um risco elevado para comprometimento da saúde mental.

É possível que o impacto à saúde mental desses trabalhadores esteja associado ao risco de contaminação, falta de equipamentos de proteção individual, condições precárias de trabalho e intensificação da jornada de trabalho (Vieira et al., 2022).

Em momento pré-síndemia, uma pesquisa realizada com 715 trabalhadores (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas) de UTIs brasileiras revelou que 18,7% desses funcionários apresentavam sintomas de ansiedade (Rocha et al., 2020). Um relatório da Organização Mundial da Saúde, publicado em 2022, informou ainda que a crise da COVID-19 foi responsável por um aumento de 25,6% nos casos de ansiedade (Ferreira, 2023; World Health Organization, 2022). Esses dados mostram que a doença esteve (e ainda está) associada à piora das condições de saúde mental desses trabalhadores.

A Tabela 4 indica uma correlação negativa entre as pontuações do GAD-7, PHQ-9 e a faixa etária da população estudada, ou seja, quanto mais novo o trabalhador, maior é a chance de obter pontuações altas no GAD-7.

Tabela 4 Correlação entre faixa etária, horas de trabalho, número de vínculos, sintomas de ansiedade e traços de depressão

Variável	Horas de Trabalho	Empregos	GAD - 7	PHQ - 9	Faixa Etária	
Horas de Trabalho por Semana	—					
Número de Empregos	-0,120	—				
GAD - 7	0,051	-0,003	—			
PHQ - 9	-0,003	0,031	0,800	***	—	
Faixa Etária	-0,202	-0,096	-297	***	-0,316	***

Também se observou uma correlação negativa entre a quantidade de horas trabalhadas e a faixa etária, indicando que quanto mais novo o trabalhador, maior a carga horária. O GAD-7 registrou que as pessoas classificadas como ansiosas possuem uma média de idade menor (M=36,4). Observamos ainda a correlação negativa entre a pontuação no PHQ-9 e a faixa etária da população estudada, ou seja, quanto mais novo o trabalhador, maior é a chance de obter pontuações altas no PHQ-9 (Tabela 4). Os trabalhadores com sintomas depressivos possuem menor média de idade (M= 36,577).

O presente estudo encontrou uma maior prevalência de sintomas depressivos entre os mais jovens. Conclusões semelhantes também foram encontradas no estudo de ALGhasab et al. (2021), que entrevistaram trabalhadores de saúde na Arábia Saudita e demonstraram que aqueles entre 30 e 39 anos apresentavam risco intermediário-alto para sintomas depressivos. Dejours (1980/2017) afirma que os trabalhadores mais novos são mais suscetíveis aos sofrimentos mentais decorrentes da atividade. Ele justifica essa afirmação indicando que o pouco conhecimento sobre os “macetes” da profissão aumenta o medo no trabalhador em exercício.

Dal’Bosco et al. (2020) também encontrou maior prevalência de sintomas de ansiedade em trabalhadores de enfermagem entre 31 e 40 anos (Wang et al., 2020). Zhang et al. (2021) não mostram relação entre faixa etária e presença de sintomas de ansiedade (Kim & Yang, 2021). Azoulay et al. (2021) perceberam que o tempo de experiência em UTI foi fator protetor para o desenvolvimento de *burnout* e transtorno de estresse pós-traumático; melhores condições de trabalho foram fatores protetores para a presença de ansiedade e transtorno de estresse pós-traumático; e a possibilidade de cuidar da família protegeu contra depressão.

A maioria dos participantes (68,6%) trabalha em ambos os turnos (período diurno e noturno). Os trabalhadores que exercem suas funções em ambos os turnos apresentaram uma prevalência de 42,7% para sintomas de ansiedade, enquanto os que trabalham em apenas um dos turnos apresentaram uma prevalência de 29,5%.

Para sintomas depressivos, os trabalhadores que exercem suas atividades nos dois turnos (diurno e noturno) apresentaram uma prevalência de 47,9%. Já entre os trabalhadores que trabalham somente de dia ou à noite, a prevalência foi de 27,3%. Observou-se uma diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre aqueles que trabalharam nos dois turnos e aqueles que trabalham apenas em um dos turnos ($\chi^2 = 5,299$; $GL = 1$).

Ao todo, 27,1% dos trabalhadores não possuem nenhum momento de lazer durante a semana. Esse grupo apresenta uma prevalência para sintomas de ansiedade de 52,6%, enquanto os que possuem momentos de lazer apresentaram uma prevalência de 33,3%.

O teste de Qui-quadrado ($\chi^2 = 4,352$; $GL = 1$) indicou uma diferença estatisticamente significativa entre aqueles que possuem momentos de lazer durante a semana e aqueles que não possuem ($p < 0,05$). Para sintomas de

ansiedade, foi identificado entre aqueles que não possuem momentos de lazer durante a semana uma prevalência de 57,9%. Entre os que possuem lazer, a prevalência de sintomas de ansiedade foi de 35,3%, indicando uma diferença estatisticamente significativa entre esses grupos ($\chi^2=5,828$; $GL=1$).

Foi possível observar a alta prevalência de ansiedade entre os trabalhadores, especialmente entre aqueles com elevada carga horária de trabalho e os que exercem suas atividades em ambos os turnos (período noturno e diurno). Alves et al. (2022) avaliou a presença de sintomas mentais em trabalhadores de enfermagem e identificou associação entre a carga horária de trabalho e sintomas de sofrimento mental, bem próximo do que evidências da Organização Mundial da Saúde enfatizou (World Health Organization, 2022).

Em relação à rotina do trabalhador da saúde, Biehl et al. (2021) afirma que muitas vezes o processo de trabalho inviabiliza que o profissional tenha acesso à família, lazer, exercício físico e ao cuidado da própria saúde. Rezio et al. (2022) estabeleceram associação entre o neoliberalismo e a precarização do trabalho em enfermagem. Esta precarização é relatada e percebida pela sobrecarga de trabalho, aumento do tempo de atividades, aumento de responsabilidades, falta de equipamentos de proteção individual, redução de empregos estáveis, privatização de estatais, baixa remuneração, enfraquecimento das entidades de classe e duplo vínculo empregatício. Diante deste cenário, há um sofrimento mental agravado pela falta de suporte do ambiente de trabalho (Zhang et al., 2021).

A elevada prevalência para depressão observada entre os trabalhadores deste estudo está em consonância com evidências de outros estudos (Wang et al., 2020). Ademais, estão de acordo com o estudo realizado por Azoulay et al. (2021), em que se aponta uma elevada prevalência de sintomas de depressão entre trabalhadores de saúde que trabalharam em UTIs, na França.

Fischer et al. (2020), ao estudarem trabalhadores de UTIs brasileiras, identificaram uma prevalência de 11,2% de sintomas depressivos em momento pré-sindemia (Rocha et al., 2020). O relatório da World Health Organization (2022), mencionado anteriormente, informa que a sindemia da COVID-19 foi responsável por um aumento de 27,6% nos casos de ansiedade. Portanto, a COVID-19 parece estar associada com a piora da saúde mental da população.

Neste estudo, 42 trabalhadores (30% da amostra) apresentaram sintomas de ansiedade e depressão simultaneamente. Corroborando com este dado, foi

encontrada uma correlação de magnitude elevada entre as pontuações do GAD-7 e do PHQ-9.

No Brasil, Nascimento et al. (2021) avaliaram a saúde mental de trabalhadores de enfermagem de serviços de média e alta complexidade no Rio Grande do Norte durante a sindemia e constataram elevada prevalência de sintomas de ansiedade e depressão.

No que diz respeito às limitações deste estudo, não é possível fazer extrapolações sobre as prevalências de ansiedade e depressão identificadas, pois apenas os trabalhadores de uma única UTI foram avaliados. Além disso, o fato de a coleta ter sido realizada por questionário autoaplicável possibilita a ocorrência de erros durante o preenchimento por parte dos participantes.

No entanto, é importante levar em consideração que essa escolha viabilizou a realização da coleta durante a sindemia da COVID-19, evitando a exposição dos pesquisadores durante a coleta de dados, bem como eliminando a necessidade de adequar a coleta dos dados aos turnos de trabalho dos participantes. Uma limitação significativa é que se optou por analisar a saúde mental dos trabalhadores a partir do uso de questionários, não sendo possível avaliar a subjetividade de cada profissional. Neste sentido, a realização de pesquisa qualitativa poderia dar mais subsídios para traçar relações entre a condição de saúde e o processo de trabalho em saúde.

Conclusão: Trabalhadores de Unidades de Terapia Intensiva Sofrem Mais

Por se tratar de um ambiente voltado para atendimento de pacientes críticos, elevada densidade, ritmo de trabalho e grande quantidade de tecnologias, o ambiente de UTI favorece o desenvolvimento de transtornos da saúde mental (Boing et al., 2012; Rezio et al., 2022).

A sindemia representou um momento de intensificação do processo de trabalho. Fernandez et al. (2021) aplicaram um questionário para avaliar as condições de trabalho e percepções de trabalhadores de enfermagem no contexto da sindemia. Apenas 32,3% dos participantes afirmaram sentir-se preparados para lidar com a sindemia e eles relataram: medo, aumento de irritabilidade, tristeza e solidão, em virtude do isolamento. Além disso, relataram sobrecarga de trabalho e mais de 90% dos participantes afirmaram que a COVID-19 alterou seus processos de trabalho (ALGhasab et al., 2021).

Diante do cenário de crise sanitária e de precarização do trabalho que tem sido observado, é possível afirmar que muitos trabalhadores de saúde estão em sofrimento mental (Antunes, 2020; Juan et al., 2020; Lai et al., 2020; Zhang et al., 2021). Esse sofrimento guarda relação com uma dupla carga de morbidade, decorrente tanto das transformações do mundo do trabalho, com intensificação e aumento da precarização do trabalho, bem como pela sobrecarga inerente ao aumento de trabalho imposta pelo grande número de casos de pacientes com COVID-19 que necessitaram de atendimento em unidades de saúde de alta complexidade tecnológica.

O estudo evidenciou o sofrimento mental dos trabalhadores de saúde e aponta para a necessidade de discutir e promover políticas públicas voltadas para a saúde mental dos trabalhadores de saúde, tal promoção vai ao encontro de estudos relacionados em países do continente asiático e europeu (Ferreira, 2023). Em um cenário de precarização de vínculos trabalhistas e negacionismo como política de combate à sindemia da COVID-19, foi encontrada uma elevada prevalência de sintomas de ansiedade e depressão entre médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem que atuaram em UTI de pacientes suspeitos ou confirmados da COVID-19, indicando que a sindemia pode ter contribuído com o impacto à saúde mental dos trabalhadores.

Todas essas evidências apresentadas indicam a necessidade de investimento em estratégias de prevenção para a saúde mental desses trabalhadores e orienta sobre a necessidade de fortalecimento dos sindicatos e associações para efetivar a criação de políticas de proteção social que vêm sendo fragilizadas pelo neoliberalismo (Zhang et al., 2021).

Observou-se associação entre os sintomas de ansiedade e trabalhadores mais jovens que não possuíam momentos de lazer. Para sintomas depressivos, houve associação entre esse transtorno e ser trabalhador mais jovem, não possuir momentos de lazer, trabalhar de dia e de noite. É possível que o impacto na saúde mental seja agravado pelas mudanças nos processos de organização de trabalho que foram intensificados durante a sindemia da COVID-19.

Neste ambiente, algumas estratégias de prevenção como a oferta de suporte psicossocial e o teleatendimento são formas factíveis de cuidado à saúde do trabalhador. Para fortalecer a capacidade de reivindicação e proteção social, é fundamental fortalecer os coletivos de trabalhadores para que outras formas de cuidado à saúde mental sejam desenvolvidas.

É necessário ainda que gestores do setor saúde olhem com mais cuidado para o impacto na saúde dos trabalhadores ocasionado pelo tensionamento do neoliberalismo e materializado pela precarização do trabalho. Para a construção de uma sociedade mais humana é preciso criar um espaço que favoreça o desenvolvimento das subjetividades dos trabalhadores e que esteja, de fato, preocupado com a saúde desses trabalhadores de forma integral.

Referências bibliográficas

ALGhasab, N. S., ALJadani, A. H., ALMesned, S. S., & Hersi, A. S. (2021). Depression among physicians and other medical employees involved in the COVID-19 outbreak: A cross-sectional study. *Medicine*, *100*(15), e25290. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000025290>

Alves, J. S., Gonçalves, A. M. de S., Bittencourt, M. N., Alves, V. de M., Mendes, D. T., & Nóbrega, M. do P. S. de S. (2022). Psychopathological symptoms and work status of Southeastern Brazilian nursing in the context of COVID-19. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, *30*, e3518. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.5768.3518>

Antunes, R. (2020). *Coronavírus: O trabalho sob fogo cruzado*. Boitempo Editorial.

Azoulay, E., Cariou, A., Bruneel, F., Demoule, A., Kouatchet, A., Reuter, D., Souppart, V., Combes, A., Klouche, K., Argaud, L., Barbier, F., Jourdain, M., Reignier, J., Papazian, L., Guidet, B., Géri, G., Resche-Rigon, M., Guisset, O., Labbé, V., ... Kentish-Barnes, N. (2020). Symptoms of anxiety, depression, and peritraumatic dissociation in critical care clinicians managing patients with COVID-19. A cross-sectional study. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, *202*(10), 1388–1398. <https://doi.org/10.1164/rccm.202006-2568OC>

Azoulay, E., Pochard, F., Reignier, J., Argaud, L., Bruneel, F., Courbon, P., Cariou, A., Klouche, K., Labbé, V., Barbier, F., Guignon, C., Demoule, A., Kouatchet, A., Guisset, O., Jourdain, M., Papazian, L., Van Der Meersch, G., Reuter, D., Souppart, V., ... Kentish-Barnes, N. (2021). Symptoms of mental health disorders in critical care physicians facing the second COVID-19 wave: A cross-sectional study. *Chest*, *160*(3), 944–955. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2021.05.023>

Biehl, K.A., Dias Fagan, A.R., Schell Coelho, R.P., Biehl, M.A., & Biehl, L.A. (2021). Cuidando do cuidador: Análise da interdependência entre o uso do tempo livre e o *burnout em técnicos de enfermagem*. *Interfaces Científicas – Humanas e Sociais*, *9*(2), 87–106. <https://doi.org/10.17564/2316-3801.2021v9n2p87-106>

Boing, A. F., Melo, G. R., Boing, A. C., Moretti-Pires, R. O., Peres, K. G., & Peres, M. A. (2012). Association between depression and chronic diseases: results from a population-based study. *Revista de Saude Publica*, *46*(4), 617–623. <https://doi.org/10.1590/s0034-89102012005000044>

Dal'Bosco, E. B., Floriano, L. S. M., Skupien, S. V., Arcaro, G., Martins, A. R., & Anselmo, A. C. C. (2020). Mental health of nursing in coping with COVID-19 at a regional university hospital. *Revista Brasileira de Enfermagem*, *73*(2), e20200434. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0434>

Dejours, C. (2017). *A loucura do trabalho: Estudo de psicopatologia do trabalho*. Cortez. (Trabalho original publicado em 1980)

Fernandez, M., Lotta, G., Passos, H., Cavalcanti, P., & Corrêa, M. G. (2021). Condições de trabalho e percepções de profissionais de enfermagem que atuam no enfrentamento à COVID-19 no Brasil. *Saúde e Sociedade, 30*(4), e201011. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902021201011>

Ferreira, J. V. dos S. (2023). *A influência do COVID-19 na saúde mental dos trabalhadores da saúde no contexto hospitalar e unidade de terapia intensiva: Revisão de escopo* [Dissertação de mestrado, Universidade de São Paulo]. Biblioteca Digital. <https://doi.org/10.11606/D.5.2023.tde-08052023-155935>

Fischer, R., Mattos, P., Teixeira, C., Ganzerla, D. S., Rosa, R. G., & Bozza, F. A. (2020). Association of burnout with depression and anxiety in critical care clinicians in Brazil. *JAMA Network Open, 3*(12), e2030898. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.30898>

Hirata, H. (2016, December). O trabalho de cuidado. *Revista Internacional de Direitos Humanos, 282*.

Juan, Y., Yuan, C., Qiuxiang, Y., Cong, L., Xiaofeng, L., Yundong, Z., Jing, C., Peifeng, Q., Yan, L., Xiaojiao, X., & Yujie, L. (2020). Psychological distress surveillance and related impact analysis of hospital staff during the COVID-19 epidemic in Chongqing, China. *Comprehensive Psychiatry, 103*, 152198. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2020.152198>

Kim, M.-Y., & Yang, Y.-Y. (2021). Mental health status and its influencing factors: The case of nurses working in COVID-19 hospitals in South Korea. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 18*(12), 6531. <https://doi.org/10.3390/ijerph18126531>

Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., Wu, J., Du, H., Chen, T., Li, R., Tan, H., Kang, L., Yao, L., Huang, M., Wang, H., Wang, G., Liu, Z., & Hu, S. (2020). Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA Network Open, 3*(3), e203976. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>

Matos, A. A., Santos, C. da S., Maio, I., Araujo, L. M. de, & Barroso, T. A. (2021). *Saúde mental dos trabalhadores da saúde em tempos de pandemia*. CESTE. <https://www.cesteh.ensp.fiocruz.br/saude-mental-dos-trabalhadores-da-saude-em-tempos-de-pandemia>

Moreno, A. L., DeSousa, D. A., Souza, A. M. F. L. P., Manfro, G. G., Salum, G. A., Koller, S. H., Osório, F. L., & Crippa, J. A. S. (2016). Factor structure, reliability, and item parameters of the Brazilian-Portuguese version of the GAD-7 questionnaire. *Temas Em Psicologia, 24*(1), 367–376. <https://doi.org/10.9788/TP2016.1-25>

Nascimento, A. K. de F., Barbosa, Y. M. M., Camargo, S. R. V., Souza, T. A. de, Gomes, S. M., Galvão, M. H. R., Medeiros, A. de A., & Barbosa, I. R. (2021). Impactos da pandemia de COVID-19 sobre a saúde mental de profissionais de enfermagem. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, 26*, 169–186. <https://doi.org/10.19131/rpesm.317>

Osório, F. de L., Vilela Mendes, A., Crippa, J. A., & Loureiro, S. R. (2009). Study of the discriminative validity of the phq-9 and phq-2 in a sample of Brazilian women in the context of primary health care. *Perspectives in Psychiatric Care, 45*(3), 216–227. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6163.2009.00224.x>

- Rezio, L. de A., de Oliveira, E., Queiroz, A. M., Sousa, A. R. de, Zerbetto, S. R., Marcheti, P. M., Nasi, C., & Nóbrega, M. do P. S. S. (2022). Neoliberalism and precarious work in nursing in the COVID-19 pandemic: Repercussions on mental health. *Revista da Escola de Enfermagem Da USP*, 56, e20210257. <https://doi.org/10.1590/1980-220x-reeusp-2021-0257>
- Rocha, M. E., Freire, K. P., Reis, W. P. D., Vieira, L. T. Q., & Sousa, L. M. (2020). Fatores que ocasionam o índice de transtornos depressivos e de ansiedade em profissionais de enfermagem: Uma revisão bibliográfica. *Brazilian Journal of Development*, 6(2), 9288–9305. <https://doi.org/10.34117/bjdv6n2-296>
- Singer, M., Bulled, N., Ostrach, B., & Mendenhall, E. (2017). Syndemics and the biosocial conception of health. *Lancet*, 389(10072), 941–950. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30003-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30003-X)
- Souza, A. S. R., Souza, G. F. de A., & Praciano, G. de A. F. (2020). Women's mental health in times of COVID-19. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 20(3), 659–661. <https://doi.org/10.1590/1806-93042020000300001>
- Spoorthy, M. S., Pratapa, S. K., & Mahant, S. (2020). Mental health problems faced by healthcare workers due to the COVID-19 pandemic – A review. *Asian Journal of Psychiatry*, 51, 102119. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102119>
- Vieira, J., Anido, I., & Calife, K. (2022). Mulheres profissionais da saúde e as repercussões da pandemia da Covid-19: É mais difícil para elas? *Saúde Em Debate*, 46(132), 47–62. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213203>
- Wang, Y., Ma, S., Yang, C., Cai, Z., Hu, S., Zhang, B., Tang, S., Bai, H., Guo, X., Wu, J., Du, H., Kang, L., Tan, H., Li, R., Yao, L., Wang, G., & Liu, Z. (2020). Acute psychological effects of coronavirus disease 2019 outbreak among healthcare workers in China: A cross-sectional study. *Translational Psychiatry*, 10(1). <https://doi.org/10.1038/s41398-020-01031-w>
- World Health Organization. (2022, 2 de março). *Mental Health and COVID-19 : Early evidence of the pandemic's impact. Scientific brief*. https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Mental_health-2022.1
- Yadav, U. N., Rayamajhee, B., Mistry, S. K., Parsekar, S. S., & Mishra, S. K. (2020). A syndemic perspective on the management of non-communicable diseases amid the COVID-19 pandemic in low- and middle-income countries. *Frontiers in Public Health*, 8, Article 508. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.00508>
- Zhang, X. B., Xiao, W., Lei, J., Li, M. X., Wang, X., Hong, Y. J., Xu, P., & Sun, J. (2021). Prevalence and influencing factors of anxiety and depression symptoms among the first-line medical staff in Wuhan mobile cabin hospital during the COVID-19 epidemic: A cross-sectional survey. *Medicine*, 100(21), e25945. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000025945>

Plataformização do Trabalho na Saúde: O Caso dos Aplicativos de Consulta Médica no Brasil

<https://doi.org/10.21814/uminho.ed.136.6>

Ciane dos Santos Rodrigues

Gerência de Saúde, Diretoria de Programas Sociais, Departamento Nacional do Serviço Social do Comércio, Rio de Janeiro, Brasil
<https://orcid.org/0000-0003-0795-5523>
ciane.srodrigues@gmail.com

Maria Inês Carsalade Martins

Departamento de Ciências Sociais, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil
<https://orcid.org/0000-0001-7757-449X>
minescm52@gmail.com

Márcia Teixeira

Departamento de Administração e Planejamento em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-9502-0789>
txmarcia47@gmail.com

Resumo

Caracterizou-se a expansão do modelo de plataformas digitais de consultas médicas no Brasil, intensificada na pandemia da COVID-19. Fez-se uma pesquisa qualitativa recorrendo à amostragem não probabilística bola de neve, realizada na loja de aplicativos da Apple, a partir da busca de uma empresa inicial, sendo identificadas e selecionadas as demais sugeridas pelo algoritmo da Apple Store. Para análise documental investigaram-se 58 termos de uso. Constatou-se aumento no número de: empresas fundadas, tipo de

serviço ofertado e mudanças nas relações de trabalho médico. Identificou-se que as empresas sob esta experiência modalidade de trabalho foram iniciadas no Brasil, em meados de 2015, majoritariamente oferecendo consultas médicas. Sinaliza-se para implicações à gestão do trabalho em saúde, fragmentação da rede no Sistema Único de Saúde, comprometimento do cuidado longitudinal e fragilidades na regulação da assistência.

Palavras-chave

plataformas digitais de saúde, relações trabalhistas, trabalho médico, telemedicina, saúde digital

Introdução

A evolução das tecnologias de comunicação e informação vem atravessando de forma disruptiva o mundo do trabalho, tanto no aspecto da organização do processo de trabalho quanto das relações e proteção trabalhista.

Como parte da dinâmica do processo da reestruturação produtiva, o trabalho por plataforma digitais é expressão desse fenômeno e se insere em um contexto de expansão da chamada *gig economy*. Definida como a economia construída por meio de tecnologias de informação e comunicação (TIC), com possibilidade de atuação empresarial em escala global, a *gig economy* resulta em modificações no modo como a sociedade se organiza, com impacto nas relações pessoais, comerciais, culturais e no trabalho (Graham et al., 2019).

Compartilha-se da compreensão de que as inovações tecnológicas surgem de necessidades próprias da sociedade. Isto é, são criadas e operacionalizadas segundo o padrão ético e político hegemônico na sociedade, tal como já apontava Gilles Deleuze (1992b) ao discutir o uso das tecnologias na sociedade de controle.

Na perspectiva do neoliberalismo como racionalidade (Dardot & Laval, 2016), é possível perceber que existe um conjunto de valores individuais e coletivos que, além da esfera econômica, implica desejos e outros aspectos de uma subjetividade construída, em que as TIC ganham especial centralidade. Contudo, é necessário destacar que, embora o uso das tecnologias digitais seja feito para extração de valor de uma vasta gama de atividades econômicas e sociais, também pode ser usado para fins não mercantis.

A partir do controle local e democrático do uso de algoritmos, Ursula Huws (2020) discute como as plataformas digitais podem servir como ferramentas que permitam a gerência de serviços voltados à construção de estratégias sustentáveis de alimentação, saúde, facilitação de jornada de trabalho ou mesmo à redistribuição de serviços ofertados pelo Estado. Nesse sentido, a expansão da telemedicina ao longo da pandemia de COVID-19 é um excelente exemplo das possibilidades do uso das TIC, deixando claro que não pode ser resumida a análises dicotômicas, com posições contrárias ou favoráveis. É necessário analisar o conjunto de implicações que o processo traz à sociedade atual e o contexto em que é utilizada.

Na área de saúde, o uso das TIC destaca-se não só como um recurso importante para o acompanhamento das condições de saúde, orientações, apoio ao tratamento quando o contato presencial é dificultado – tal como se viu ao longo da pandemia de SARS-CoV-2 – como também em situações específicas de pacientes com maior vulnerabilidade, a exemplo de idosos com debilidades na locomoção e pacientes imunossuprimidos. Além disso, permite o acompanhamento do percurso terapêutico entre os diferentes dispositivos, com possibilidade de fortalecimento de vínculo e responsabilização no cuidado, entre outros aspectos.

Assim, é vista a intensificação da telemedicina promovida por instituições públicas vinculadas às esferas governamentais, tal como o aplicativo *Atende em Casa* (Prefeitura Municipal de Recife, 2020), desenvolvido pela prefeitura de Recife, estado do Pernambuco, Brasil, para monitoramento de casos de COVID-19. É ressaltado, ainda, o surgimento de atividades de organizações não governamentais, como a *Saúde, Alegria e Sustentabilidade Brasil – SAS Brasil* (2021), com oferta de telessaúde em territórios de maior vulnerabilidade, a partir de trabalho voluntário.

Vale lembrar também que os dados procedentes de prontuários eletrônicos para análises e construção de diagnóstico situacional com maior precisão também são de grande importância, na medida em que facilitam a elaboração de estratégias de organização da rede e de ações mais efetivas no enfrentamento dos problemas de saúde.

É necessário, no entanto, que o uso das TIC seja apropriado pelos sistemas de saúde com essa finalidade, vinculando ciência, tecnologia e inovação aos interesses sociais e coletivos; e, no caso do Brasil, aos princípios norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS; Maldonado & Cruz, 2021). Todavia, o que se tem observado é que o uso dessa modalidade vem acontecendo de forma mais intensa no mercado privado da saúde.

O setor empresarial, pautado por fins econômicos, encontrou na telemedicina melhores condições de crescimento, a partir do baixo investimento necessário ao fornecimento do serviço. No setor privado, esse processo ultrapassa a esfera dos tradicionais seguros de saúde, regulados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) – agência cuja função é regular o funcionamento da assistência à saúde privada no Brasil – e vem se expandindo por empresas que existem, exclusivamente, como plataformas virtuais, fazendo a oferta de serviços de saúde.

O tipo de relação laboral praticada por essas empresas tem suscitado estudos e conceitos, tais como plataforma do trabalho, trabalho por plataforma (Graham et al., 2019), economia de compartilhamento (Rifkin, 2015) e uberização da mão de obra (Abílio, 2019; Antunes, 2020; Carelli & Oliveira, 2021; Fontes, 2017; Slee, 2017).

A plataforma do trabalho vem ocorrendo em diferentes categorias profissionais e setores da economia. No âmbito da saúde, no Brasil, chama atenção o número das empresas chamadas *health techs*, que aumentou de 248 para 747 entre os anos 2019 e 2022 (Distrito, 2022).

São empresas de saúde cuja base está na inovação tecnológica. Entre as tecnologias utilizadas, estão a inteligência artificial, a computação em nuvem, a análise de dados e as soluções *mobile*. Desenvolvem atividades de: *marketplace*, *e-commerce*, gestão de consultórios e clínicas, prontuários eletrônicos, informação em saúde, entre outras.

O foco deste capítulo está nas empresas voltadas para a oferta de consulta médica, aqui nomeadas como empresas-plataforma ou aplicativos de consulta (*app*), buscando caracterizar o modelo de plataformas digitais de consulta médica no Brasil e analisar sua expansão, intensificada no contexto da pandemia da COVID-19.

Apresentam-se os resultados de pesquisa qualitativa sobre aplicativos de consulta médica em atividade no Brasil (Rodrigues, 2022), utilizando como instrumentos o método de amostragem não probabilística bola de neve aplicado na loja de aplicativos *Apple*, seguido da análise dos termos de uso.

O termo de uso ou termos e condições de uso, objeto de análise dessa pesquisa, regulamenta a relação entre trabalhador/usuário e plataforma. Em algumas empresas, há um termo específico para prestadores de serviço e um para usuários em geral, já outras estabelecem um termo único para ambos.

O método bola de neve foi adaptado para o ambiente virtual, sendo realizadas buscas na loja de aplicativos *Apple – Apple Store* – nos anos 2020, 2021 e 2022.

A inserção da primeira empresa no campo de busca da *Apple Store*, escolhida por revisão exploratória, desencadeia sugestões de outras empresas pelo algoritmo, as quais foram analisadas segundo título e descrição, inicialmente. No *software* SimpleMind, construímos uma cadeia de aplicativos, com observações sobre cada empresa.

Os critérios de inclusão adotados foram: oferta de consulta com profissional médico; possibilidade de agendamento pelo usuário, viabilizado pela plataforma; possuir mais de 500 *downloads* do aplicativo realizados e oferta de serviços no Brasil. Os critérios de exclusão foram: aplicativos desenvolvidos por grandes seguradoras privadas de saúde; aplicativos utilizados somente para viabilizar telemedicina, sem permitir o agendamento.

A pesquisa selecionou 54 plataformas de consulta médica para análise e discussão, apresentadas na Tabela 1 (Anexo).

Foram analisados 58 termos de uso (nove termos para profissionais e 49 termos gerais), com apoio do *software* Atlas.ti, versão 22 para Windows®.

Na análise foram selecionados os trechos principais, codificados em 172 unidades de registro e construídas quatro categorias: autonomia, relação de trabalho, monopólio dos dados e organização e gestão do trabalho.

Nesta pesquisa, foram observados os preceitos éticos das Resolução n.º 466 (2012) e da Resolução n.º 510 (2016). O Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz, concedeu parecer de dispensa de análise ética (parecer n.º 18/2021).

Características Gerais das Empresas Analisadas

Entre as empresas identificadas na pesquisa, a primeira foi criada em 2015. O maior número de empresas fundadas se deu nos anos de 2019 e 2020.

Entre os fatores que possivelmente favoreceram tal crescimento estão a regulamentação do atendimento domiciliar com vigência iniciada em 2018 pelo Conselho Federal de Medicina (Resolução n.º 2.178, 2017) e, sobretudo, o contexto de pandemia de COVID-19, com maior uso das TIC, incluindo a regulamentação de ampliação do uso da telemedicina (Brasil, 2020a).

As categorias, bem como os códigos agrupados em cada uma delas, podem ser vistas nas Tabelas 2, 3, 4, e 5 (Anexo).

À categoria organização e gestão do trabalho foram vinculadas 66 unidades de registro e contexto, codificadas em 13 índices.

Os índices relacionados com os aspectos de responsabilização do trabalhador foram, significativamente, mais frequentes do que aqueles vinculados à plataforma. Nota-se que os primeiros estiveram presentes 45 vezes nos termos analisados, enquanto os índices relacionados com a plataforma envolveram 21 trechos.

Os códigos (índices) que tiveram maior frequência na análise foram: RESP: trabalhador – danos; RESP: trabalhador – veracidade/legalidade e REL: ausência de relação, nessa ordem.

O código mais presente nos termos – RESP: trabalhador – danos – diz respeito às disposições que apontam o trabalhador como o único a ser responsabilizado pelos danos decorrentes da relação estabelecida entre o profissional e o paciente.

O segundo índice mais frequente – RESP: trabalhador – veracidade/legalidade – relaciona-se com a responsabilidade quanto à veracidade e legalidade dos dados cadastrados pelo profissional na plataforma, a qual é também da exclusividade do trabalhador, desobrigando, dessa maneira, a plataforma no que concerne à verificação dos dados informados.

Na categoria autonomia foram identificados 21 códigos agrupados. Trata-se de trechos dos termos de uso que expressam, de alguma forma, implicações para o exercício autônomo do trabalho médico.

Do total de 139 unidades de registro e contexto selecionadas, foram codificadas 47 relativas a essa categoria, o que significa que mais de 30% dos trechos destacados expressaram regras e modos de funcionamento que condicionam e induzem o trabalho desenvolvido por meio da plataforma.

Já o terceiro código de maior frequência – REL: ausência de relação – refere-se a trechos que demarcam a inexistência de relação de trabalho, vínculo empregatício ou relações semelhantes entre plataforma e o profissional de saúde.

À semelhança com o que se observa em outras áreas, as empresas-plataformas não se identificam como parte do setor saúde e, sim, como

empresas de tecnologia, sendo apenas o meio de viabilizar a consulta, não respondendo por quaisquer serviços médicos e/ou similares prestados. Nessa perspectiva, todas as responsabilidades pela assistência em saúde desenvolvida ficam sob encargo do médico, incluindo danos causados ou sofridos e custas processuais.

As empresas não admitem vínculo de trabalho, societário ou similar. A admissão de médicos é feita por cadastro no aplicativo, preenchimento de formulário onde deve ser inserido o número do registro profissional no Conselho Regional de Medicina, especialização, entre outras coisas. A maioria das empresas não exige o envio de documentos, sendo apontado como responsabilidade exclusiva do médico zelar pela veracidade das informações repassadas no cadastro, além dos marcos legais da profissão.

A Contratada [a plataforma] não se responsabiliza, pela existência ou legitimidade dos dados cadastrados pelo Contratante [o médico] no Site em suas diversas ferramentas, assim como pela sua capacidade para contratar ou pela veracidade dos dados pessoais em seu cadastro, sendo que estes dados são inseridos pelo Contratante por sua própria conta, risco e responsabilidade. (Termo de uso da empresa 5)

Uma das coisas que chamou atenção, refere-se à possibilidade de a plataforma realizar alterações no termo de uso sem necessidade de comunicação ao profissional, devendo este verificar rotineiramente o termo para ver se houve modificações. A continuidade do uso subentende concordância com as alterações.

Segundo o modelo de negócio, as empresas podem se classificar como B2C (*business to consumer*), B2B (*business to business*) ou B2B2C (*business to business and to consumer*), dependendo de como se dá sua principal relação comercial, se diretamente com o consumidor (paciente) ou com outras empresas.

A título de exemplo, a empresa Docway iniciou suas atividades voltadas diretamente para o consumidor e, atualmente, concentra-se na oferta de serviços para outras empresas e seguradoras de saúde.

O número de profissionais cadastrados não foi um dado identificável. A maioria das empresas menciona informação vaga a respeito disso, sem repassar o número exato.

A plataforma não estabelece, em trecho nenhum do termo, se pode ser realizado *download* das informações contidas no prontuário do paciente,

quando ofertada a função gestão de prontuário, entretanto, em todos os termos de uso foi identificada frequente preocupação quanto à cópia de informações para uso próprio, de maneira não consensual com a empresa ou tentativas de reprodução ou interferência no sistema do aplicativo.

9.1.1. Não é permitido reproduzir, duplicar, copiar, vender, revender, visitar, ou de qualquer outra forma explorar para fins comerciais o conteúdo da Plataforma sem o prévio consentimento escrito dos proprietários da [plataforma]. Particularmente, é expressamente proibida a utilização de mineração de dados, robôs, ou outras ferramentas de coleta e extração de dados para extrair, de forma isolada ou recorrente, qualquer parte substancial da Plataforma visando sua reutilização. (Termo de uso da empresa 3)

Algumas das plataformas (seis) não disponibilizam o termo para *download*. No caso da não possibilidade de *download*, foi realizada cópia do texto apresentado no aplicativo ou *site* e transposta para o processador de texto Microsoft Word® para posterior análise. Ressalta-se que a cópia do texto é bloqueada em cinco empresas. Além disso, em algumas empresas o termo de uso foi apresentado como *box* no aplicativo, não sendo possível *download*, nem cópia de texto, somente *print* da tela para salvar o documento.

Tendências e Perspectivas da Plataformização do Trabalho no Sistema Único de Saúde, no Brasil

Foi identificada mudança no nível assistencial de atuação das empresas no sistema de saúde. As primeiras empresas a iniciarem as atividades no Brasil ofertavam consultas estritamente delimitadas no âmbito da atenção primária à saúde, principalmente voltados para clínica médica, geriatria e pediatria.

Com o crescimento da telemedicina e intensificação do acesso da população à internet e a dispositivos móveis, percebe-se uma ampliação para consultas com mais especialidades, acessando um outro nível de assistência no SUS que, atualmente, consiste em um grande desafio na organização da rede de saúde, a atenção ambulatorial especializada.

A oferta de consultas por meio das plataformas é feita para um rol de especialistas, expressivamente maior do que o observado no início da pesquisa, em 2020, tais como oncologistas, cardiologistas, endocrinologistas, psiquiatras, mastologistas, entre outros.

O número insuficiente de vagas ofertadas no âmbito público do SUS para pacientes que necessitam de consultas especializadas, os altos preços para acesso particular, além da redução da cobertura de serviços amparados pelos planos de saúde, criam uma demanda grande para esse nível de atenção. Assim, a oferta facilitada e com preço “acessível” de consultas por intermédio das plataformas digitais de saúde encontra adesão da população, com perspectiva de ascensão no mercado.

Outra mudança relacionada com os serviços ofertados foi a inserção do atendimento de casos de urgência, ou seja, casos que demandam um atendimento em tempo curto, mas que não configuram risco de morte. Além disso, nota-se ampliação de benefícios, convênios, parcerias e aumento do rol de exames e procedimentos, mostrando que as empresas têm estendido sua rede de cobertura e sua carteira de serviços.

Identifica-se crescimento de parcerias com grandes seguros privados de saúde regulados pela ANS, tais como, Unimed, SulAmérica, Bradesco, entre outros, além de convênios com hospitais privados de grande porte (tais como Hospital Albert Einstein, Hospital Sírio Libanês) e laboratórios privados renomados.

Foi possível, ainda, identificar estreitamento das relações com secretarias municipais de saúde, como a parceria observada entre a prefeitura de Gramado, estado do Rio Grande do Sul e a empresa OlaMED, com instalação de totem de atendimento por telemedicina em espaço público da cidade, permitindo verificação de sinais vitais e realização de consulta por videochamada.

Parcerias com outros tipos de negócios também foram identificadas, as quais permitem descontos em lojas de artigos diversos, em farmácias, internações, clínicas de imagem, laboratórios, assessoria contábil, curso de inglês, programa de pontos, e *cashback*.

Destaca-se grande parte das empresas (31%) com oferta de planos corporativos, isto é, são contratadas por outras empresas para fornecer acompanhamento de saúde de seus funcionários, sendo uma opção de menor custo comparada com planos de saúde regulados pela ANS. Os planos consistem em uma assinatura que pode dar direito a um pacote de consultas médicas por mês, acompanhamento por *chat*, vídeos educativos, entre outros tipos de assistência.

Em algumas empresas, foi observada diferenciação quanto ao preço por consulta entre médicos. Para os médicos cadastrados diretamente no

aplicativo, o valor da consulta pode ser padronizado para clínica médica e geral em um determinado valor inferior ao valor da consulta para outras especialidades.

Quando se trata de médicos vinculados ao aplicativo através de instituições conveniadas, tais como Hospital Albert Einstein (hospital privado de grande porte no Brasil), na cidade de São Paulo, o valor por consulta é variável, definido pelo próprio médico do hospital. Nesses casos, sobre o valor que esse especialista cobra em uma consulta particular (fora do aplicativo), a empresa-aplicativo oferta um desconto ao usuário que agenda a consulta por meio do *app*.

No âmbito do SUS do Brasil, aponta-se para o possível impacto desse serviço como mais uma porta de entrada sem que ainda seja possível afirmar se o fluxo vai migrar para a rede pública ou para rede complementar de saúde. Pode-se inferir que o atendimento realizado produz uma nova demanda para continuidade do cuidado, seja para realização de exames/procedimentos ou novas consultas para acompanhamento da condição de saúde.

É importante dar ênfase que, no Brasil, define-se a organização em redes de atenção à saúde como estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população, com destaque para a atenção básica como primeiro ponto de atenção e porta de entrada preferencial do sistema, devendo esta ordenar os fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações em todos os pontos de atenção à saúde (Portaria n.º 2.436, 2017).

Nesse sentido, entende-se que a assistência prestada através das empresas-aplicativos, seja ela relacionada à atenção básica ou à atenção especializada e ambulatorial, fere princípios fundamentais do SUS e diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica.

Na medida em que essa via de atenção à saúde não prioriza a construção de vínculo entre usuário e médico, sem acompanhamento regular e contínuo por um mesmo profissional, sem a responsabilização pelo cuidado, a longitudinalidade do cuidado é afetada; quando o profissional de saúde responsabiliza-se apenas pelo atendimento pontual do usuário não garantindo a inserção dele na rede de atenção à saúde, localizando quais outros pontos de atenção precisam ser acessados para a garantia da integralidade à saúde, identifica-se a contradição com as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica que apontam para coordenação do cuidado e a ordenação em redes.

Considerações Finais

O crescimento do mercado de plataformas digitais na saúde, evidenciado nesta pesquisa, relaciona-se com dois aspectos centrais: o primeiro são as possibilidades dadas pelas TIC e a facilidade de início de atividades sem um grande investimento inicial; e o segundo é a atratividade do setor saúde em um contexto global de enfraquecimento da oferta pública de assistência, com crescimento do setor privado, contrastando com a queda da renda média da população e, conseqüentemente, maior dificuldade de adesão aos planos tradicionais de saúde.

Esse contraste produz barreiras para o acesso ao atendimento médico, criando nicho para a expansão de planos de saúde populares e para as novas modalidades assistenciais ofertadas por meio das empresas aplicativos, as *health techs*.

A esse cenário, adiciona-se o contexto da pandemia de COVID-19, que intensificou as relações virtuais no âmbito da saúde, com a regulamentação e a ampliação das possibilidades de exercício da telemedicina no Brasil e o forte apelo da retórica de autonomia sobre a jornada de trabalho.

Compreendendo que estas empresas desenvolvem atividades dentro do escopo do que se entende como assistência à saúde, aponta-se para a necessidade de fortalecimento e criação de novos mecanismos de regulação de práticas de cuidado e gestão do trabalho, através dos órgãos profissionais, bem como pelas instituições públicas responsáveis pela regulação da saúde no SUS.

Destaca-se, também, o potencial de promover mudanças disruptivas voltadas para a construção de um modelo de sociedade alinhado com princípios de sustentabilidade, trabalho decente e equidade social, se utilizadas para esses fins, com forte controle social e construção coletiva.

À guisa de exemplo, cita-se o desenvolvimento de aplicativos e a realização de videochamadas para acompanhamento de saúde da população na pandemia, para ofertar assistência a territórios de difícil acesso, para viabilizar o trabalho remoto e diminuir a exposição de pessoas de grupos de risco. Cabe, ainda, ressaltar o uso da internet para criação e fortalecimento de grandes redes de apoio que possibilitaram estratégias de proteção social entre comunidades de maior vulnerabilidade onde o Estado não representou suporte.

Por fim, cabe ressaltar que, ainda que existam experiências valiosas do uso das TIC, no decorrer da pesquisa foi possível perceber que as mudanças estruturais têm se dado em maior favorecimento dos interesses econômicos neoliberais. Nesse sentido, alerta-se para a importância de que essas novas ferramentas sejam apropriadas pelos sistemas públicos de saúde de modo a facilitar e ampliar a oferta gratuita e universal de assistência à saúde e não acentuar a desigualdade.

Financiamento

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

Referências

Abílio, L. (2019). Uberização: Do empreendedorismo para o autogerenciamento subordinado. *Psicoperspectivas*, 18(3), 1–11. <https://doi.org/10.5027/psicoperspectivas-vol18-issue3-fulltext-1674>

Antunes, R. (2020). *Uberização, trabalho digital e indústria 4.0*. Boitempo.

Carelli, R. & Oliveira, M. C. S. (2021). *As plataformas digitais e o direito do trabalho: Como entender a tecnologia e proteger as relações de trabalho no século XXI*. Editora Dialética.

Dardot, P., & Laval, C. (2016). *A nova razão do mundo: Ensaio sobre a sociedade neoliberal* [M. Echalar, Trad.; 1.ª ed.]. Editora Boitempo.

Deleuze, G. (1992a). *Conversações: 1972-1990*. Editora 34.

Deleuze, G. (1992b). *Post-scriptum sobre as sociedades de controle*. In G. Deleuze (Ed.), *Conversações: 1972-1990*. Editora 34.

Distrito. (2022). *Distrito healthtech report 2020*. <https://materiais.distrito.me/report/techtrends-healthtech>

Fontes, V. (2017). Capitalismo em tempos de uberização: Do emprego ao trabalho. *Revista Marx e o Marxismo*, 5(8), 45–67.

Graham, M., Hjorth, I., & Lehdonvirta, V. (2019). Digital labor and development: Impacts of global digital labor platforms and the gig economy on worker livelihoods. In M. Graham (Ed.), *Digital economies at global margins*. The MIT Press. <https://doi.org/10.7551/mitpress/10890.001.0001>

Huws, U. (2020). *Reinventing the welfare state: Digital platforms and public policies*. Pluto Press.

Maldonado, J. & Cruz, A. (2021). Impactos do COVID-19 na telemedicina no Brasil. *Cadernos do Desenvolvimento*, 16(28), 173–196.

Portaria n.º 2.436, de 21 de setembro de 2017, Diário Oficial da União, 85 (setembro): 1. (2017).

Prefeitura Municipal de Recife. (2020). Atende em casa [Mobile app]. Playstore. https://play.google.com/store/apps/details?id=br.brainy.atende_em_casa&hl=pt_BR&gl=US

Resolução n.º 2.178, de 14 de dezembro de 2017. (2017).

Resolução n.º 466, 12 de dezembro de 2012, Conselho Nacional de Saúde. (2012). <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>

Resolução n.º 510/2016, 7 de abril de 2016, Conselho Nacional de Saúde. (2016). <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>

Rifkin, J. (2015). *Sociedade com custo marginal zero*. MBooks.

Rodrigues, C. (2022). Trabalho médico sob demanda por meio de plataformas digitais: Controle por algoritmos e implicações às relações de trabalho [Tese de doutoramento, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca]. Arca. <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/56988>

Saúde, Alegria e Sustentabilidade Brasil – SAS Brasil. (2021). Saúde, alegria e sustentabilidade Brasil [plataforma virtual]. Icarus. <https://sasbrasil.org.br/>

Slee, T. (2017). *Uberização: A nova onda do trabalho precarizado*. Editora Elefante.

Anexo

Tabela 1 *Aplicativos de consulta médica identificados no período entre 2020 a março de 2022*
 Fonte Adaptado de Rodrigues (2022)

	Nome das empresas na loja de aplicativos		
Agenda24h	Docpass	Femme clientes	Onddoctor
Agende rapido	Doctor saúde	Filóo	Pop saúde
Ághata	Doctoralia	Globalbrain	Sarar saúde
Anexth	Doctorlar	Healthyou Brasil	Saúde da gente
Bem.care	Docway	Humaniza mobile	Saúde ID
Boaconsulta: agendar consultas médicos e dentistas	Dout saúde	IdoctorBrasil	Saúde num click
Central da Saúde	Doutor 24h	Kompa saude	SOS portal
Chapped	Doutor aki	Mais doctors	Starbem
Click lifee	Dr 24 horas	Mediclick	Teladoc
Clude	Dr.conecta	Meta médico	Temhora
Consulta online	Dr.consulta: o meu médico	Meu Dr kids	Vibe saúde
Consultar hoje	Dr.home	Nido	Vida class
Consultório virtual seguro	Emed now	Olamed	Vidav
Doclar	E-saúde app		

Tabela 2 *Codificação dos termos de uso analisados – Categoria organização e gestão do trabalho*
 Fonte. Adaptado de Rodrigues (2022)

Códigos	Significado
FINS: responsabilidade de meio e não fim	A plataforma é apenas meio de viabilizar a consulta, não se responsabiliza por quaisquer serviços médicos e/ou similares prestados
RESP: plataforma – funcionamento app	Responsabilidade pelo bom funcionamento do app – plataforma
RESP: plataforma – não garante ausência de falhas	Plataforma não dá garantia de que o app será sempre seguro e sem falhas.
RESP: trabalhador – recursos	Responsabilidades quanto aos recursos materiais e tecnológicos – trabalhador
RESP: trabalhador – veracidade/ legalidade	Responsabilidade quanto à veracidade e legalidade dos dados cadastrados pelo profissional é de sua exclusividade

RESP: trabalhador – danos	Responsabilidades em casos de danos causados ou sofridos pelo profissional de saúde – trabalhador
RESP: trabalhador – custas	Responsabilidade por custas processuais
RESP: trabalhador – atualização do app	O trabalhador se responsabiliza pela atualização sempre que houver nova versão, do contrário, possível mal funcionamento do app será de sua responsabilidade
RESP: trabalhador – marcos legais da profissão	O trabalhador deve zelar pelo atendimento aos marcos legais da profissão quanto à publicidade, necessidade de comprovação de títulos/certificados, prescrições, avaliações, entre outros
RESP: trabalhador – consultas desmarcadas	A plataforma isenta-se da responsabilidade por consultas desmarcadas pelo médico ou pelo paciente, e ainda sendo indenizada caso o médico deixe de realizar a consulta e o valor necessite ser estornado ao paciente
RESP: trabalhador – reembolso à plataforma	A plataforma exige reembolso de 15% caso o médico deixe de realizar a consulta e o valor necessite ser estornado ao paciente
SERV: plataforma oferta	Plataforma delimita a oferta de funcionalidades diversas relativas à tecnologia e gerenciamento de agenda
SERV: trabalhador oferta	Atividades ofertadas pelo profissional de saúde

Tabela 3 Codificação dos termos de uso analisados – Categoria autonomia

Fonte Adaptado de Rodrigues (2022)

Códigos	Significado
AVAL: profissional deve declarar concordância em ser avaliado	Profissional concorda em ser avaliado e em avaliar usuário após a consulta
CONT: benefícios por avaliação positivas	Acesso a benefícios de acordo com avaliações de usuários
CONT: penalidade por mal avaliação	Cancelamento/suspensão em caso de recebimento de avaliações negativas
CONT: financeiro – meios e forma	A plataforma detém o controle total dos meios de pagamentos e tem o poder de definir parcelamento, descontos e afins, sem anuência do profissional de saúde
CONT: financeiro – cobrança diferenciada conforme plano do usuário	A plataforma determina que devem ser cobrados valores mais altos de usuários que não possuem assinatura
CONT: financeiro – taxas	Taxas cobradas do trabalhador pelo uso da plataforma
CONT: financeiro – reajuste sem comunicação prévia	Reajuste anual, segundo IGPM, sem necessidade de comunicação prévia
CONT: financeiro – prazo repasse	Estabelecido no termo de uso o prazo máximo para repasse do valor pago pela consulta ao trabalhador
CONT: regras operacionalização	A plataforma determina ações que devem ser cumpridas pelo profissional, bem como forma de operar dentro da plataforma
CONT: algoritmo de agendamento	A plataforma controla integralmente o agendamento
CONT: penalidade por recusas e desmarcações	A plataforma pode impor penalidades, tais como, suspensão temporária em caso de recusa ou desmarcações frequentes de consultas

CONT: receber pagamento externo ao app	A plataforma pode aplicar suspensão, cancelamento e exigir ressarcimento em caso de pagamento externo ao app
CONT: suspensão/cancelamento sem regras e prazos claros	A plataforma controla as regras de suspensão de conta, sem determinação de tempo e algumas vezes sem deixar claro as causas que levam à suspensão e ainda sem notificação
CONT: suspensão/cancelamento sem aviso prévio	A plataforma estabelece suspensão/cancelamento de conta, sem aviso prévio em caso do não cumprimento do disposto no termo de uso
CONT: mudanças contratuais sem comunicação	A plataforma pode realizar alterações no termo de uso sem necessidade de comunicação ao profissional, devendo este verificar rotineiramente o termo para ver se houve modificações. A continuidade do uso subentende concordância
CONT: mudanças contratuais com notificação	A plataforma notifica o trabalhador ao realizar alterações no termo de uso, feitas a qualquer momento. A continuidade do uso subentende concordância
CONT: facilidades agendamento segundo plano contratado	Facilidades no agendamento de acordo com plano de assinatura contratado
CONT: tempo – pontuação tempo de espera	Quanto menor o intervalo de tempo entre o agendamento e a efetivação da consulta, maior a pontuação recebida
CONT: tempo – online (livre escolha)	O trabalhador é livre para determinar o tempo que permanecerá online na plataforma
CONT: adição de serviços com comunicação em caso de valor adicional	A plataforma pode adicionar serviços ou produtos novos a qualquer momento, devendo comunicar previamente o profissional de saúde somente nos casos em que acarretar custo adicional
CONT: suspensão/cancelamento na tentativa de reproduzir sistema	Penalidade ao identificar tentativa de reproduzir o calendário de consultas, interferir no algoritmo ou coisas afins
CONT: modificar/descontinuar serviços sem notificação prévia	A plataforma se reserva o direito de modificar serviços ou descontinuar a oferta sem a obrigação de notificar previamente o profissional

Tabela 4 Codificação dos termos de uso analisados – Categoria relação de trabalho

Fonte. Adaptado de Rodrigues (2022)

Códigos	Significados
RESC: sem ônus 30 dias antes	O profissional pode rescindir o contrato comunicando com 30 dias de antecedência
RESC: justa causa em casos específicos	Rescisão por justa causa por ambas as partes em caso de mal funcionamento constante do app, falência, comum acordo ou descumprimento de cláusulas contratuais
RESC: cessar uso a qualquer momento	Trabalhador pode encerrar contrato quando quiser, caso passe a discordar dos termos
REL: ausência de relação	Trecho demarca a inexistência de relação de trabalho, vínculo empregatício ou relações semelhantes
REL: definição – comercial	Trecho demarca o tipo de relação estabelecida
REL: ausência de desigualdade de poder na relação	Trecho estabelece que não há traço de negociação de poder desigual entre as partes
REL: clínicas e profissionais	Trechos que afirmam a isenção de responsabilidade da plataforma nas relações entre clínicas contratantes e profissionais de saúde

Tabela 5 *Codificação dos termos de uso analisados – Categoria relação de trabalho*
Fonte. Adaptado de Rodrigues (2022)

Códigos	Significado
DADOS: verificação – plataforma	A plataforma faz verificação de dados cadastrados pelo profissional
SIST: tentativas de cópia/interferência	Proibição de quaisquer tentativas de burlar o sistema, seja mudando a engenharia do algoritmo ou tentando copiar códigos e afins

Desigualdades Sociais na Saúde: Retrato e Desafios ao Conhecimento em Portugal

<https://doi.org/10.21814/uminho.ed.136.7>

Elsa Pegado

Centro de Investigação e Estudos de Sociologia, Escola de Sociologia e Políticas Públicas,
Iscte-Instituto Universitário de Lisboa, Lisboa, Portugal
<https://orcid.org/0000-0002-6177-9340>
elsa.pegado@iscte-iul.pt

Resumo

O campo da saúde é atravessado por diferentes formas de desigualdade. Essas desigualdades são injustas e evitáveis. A pandemia de COVID-19 veio tornar mais visíveis desigualdades persistentes, ao mesmo tempo que fez emergir novas vertentes das desigualdades. Neste capítulo procura-se estabelecer um retrato das desigualdades sociais na saúde em Portugal, a partir da seleção de um número necessariamente limitado de indicadores das estatísticas oficiais nacionais e internacionais e do recurso a resultados de outros estudos, tomando como arco temporal os anos mais recentes para os quais existe informação disponível. Igualmente, apresentam-se alguns desafios à produção de conhecimento sobre as desigualdades sociais na saúde, em termos da informação disponível, das fontes de informação, das metodologias, das populações-alvo e dos temas.

Palavras-chave

desigualdades sociais, desigualdades em saúde, estatísticas

Introdução

O campo da saúde é atravessado por diferentes formas de desigualdade. Essas desigualdades são injustas e evitáveis e têm vindo a ser evidenciadas no campo da sociologia, quer no plano internacional, quer no plano nacional, em vários estudos (por exemplo, em Portugal, Cabral et al., 2002; Conceição, 2019; Correia et al., 2018; Pegado, 2022). A pandemia de COVID-19, com início nos primeiros meses de 2020, veio tornar mais visíveis desigualdades persistentes, ao mesmo tempo que fez emergir novas vertentes das desigualdades. No rescaldo da pandemia, neste capítulo desenvolve-se uma reflexão em dois andamentos, um substantivo e outro metodológico. No primeiro, procura-se estabelecer um retrato das desigualdades sociais na saúde em Portugal, a partir da seleção de um número necessariamente limitado de indicadores das estatísticas oficiais nacionais e internacionais e do recurso a resultados de outros estudos, tomando como arco temporal os anos mais recentes para os quais existe informação disponível. No segundo, mais sintético, apresentam-se alguns desafios à produção de conhecimento sobre as desigualdades sociais na saúde, em termos da informação disponível, das fontes de informação, das metodologias, das populações-alvo e dos temas.

Saúde: Um Direito Humano foi o título dado ao relatório de primavera 2019, elaborado no âmbito do Observatório Português dos Sistemas de Saúde (Gaspar et al., 2019), entendendo a saúde como um direito de cidadania. É este o pressuposto que orienta a reflexão que aqui se procura desenvolver, o que implica perspetivar o direito à saúde na sua dupla vertente: o direito a aceder a cuidados de saúde adequados às necessidades, em condições de equidade; mas também o direito a ter saúde, entendida na sua multidimensionalidade.

Uma abordagem clássica às desigualdades em saúde é a que distingue analiticamente duas perspetivas, que não são mutuamente exclusivas, mas que devem complementar-se: a) as desigualdades de acesso a cuidados de saúde, cuja mensuração decorre da identificação dos recursos – médicos e medicamentosos – disponíveis e acessíveis às populações; b) as desigualdades nos resultados de saúde, ou seja, as que se traduzem no estado de saúde das populações, geralmente medidas através de indicadores de mortalidade, morbilidade e qualidade de vida (Cabral et al., 2002).

Quer umas, quer outras, são atravessadas e condicionadas por uma multiplicidade de fatores sociais. Estão em causa diferenças relacionadas com lugares de classe social, diferenças relacionadas com género, etnia, idade, nível de escolaridade, entre outras. Além disso, importa salientar a cumulatividade e a interseccionalidade desses fatores, na medida em que os atributos potenciadoras de desigualdades tendem a acumular-se nos mesmos grupos sociais (Correia et al., 2018). Pessoas com escolaridade mais baixa tendem a ter rendimentos mais baixos, atividades laborais de maior risco para a saúde, uma rede de apoio menos eficaz para auxílio em caso de necessidade, menores competências para aceder e compreender a informação. Em contraponto, pessoas com escolaridade mais alta tendem a ter rendimentos mais altos, atividades laborais de menor risco para a saúde, uma rede de apoio mais eficaz e maior capacidade de compreender a informação (Correia, 2020). Estes atributos, por sua vez, têm influência nos comportamentos e estilos de vida e, por essa via, na saúde e doença de cada indivíduo (Cockerham, 2005).

A pandemia COVID-19 constitui um observatório fértil para a observação dos impactos das desigualdades sociais nas condições de saúde. As consequências da pandemia não foram iguais para todos/as, quer ao nível da incidência da doença, quer ao nível dos efeitos das medidas que foram sendo implementadas com vista à mitigação do contágio, essas também com impactos significativos na saúde das populações. Segundo a Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Económico (Organisation for Economic Co-operation and Development, 2020), a COVID-19 acentuou as já existentes desigualdades em saúde. As pessoas em situação de pobreza, que viviam em zonas desfavorecidas, foram desproporcionadamente afetadas, inclusivamente pela sua maior exposição a fatores de risco (incluindo doenças crónicas prévias). A discriminação e a pobreza aumentam o risco. As minorias étnicas, os imigrantes e outros grupos socialmente desfavorecidos, muitas vezes exercendo atividades profissionais que não podem ocorrer em regime de teletrabalho e vivendo em alojamentos sobrelotados, viram aumentada a sua exposição ao vírus. No caso português, foram também penalizadas categorias sociais que residem em contextos particularmente suscetíveis ao contágio e que acumulam morbilidades. Os surtos de COVID-19 em estruturas residenciais para pessoas idosas, e a consequente elevada mortalidade, colocaram a população idosa numa situação de grande vulnerabilidade e desproteção, exacerbando fragilidades de saúde que estão associadas ao processo de envelhecimento biológico (Pegado, 2022).

Nos pontos seguintes, procura-se estabelecer um retrato das desigualdades sociais na saúde em Portugal, a partir da seleção de um número

necessariamente limitado de indicadores, que dizem respeito a desigualdades quer no acesso aos cuidados de saúde, quer nos resultados de saúde das populações. Em termos de arco temporal, foram considerados, sempre que adequado e que os dados disponíveis o permitiram, dois (ou três) períodos: antes da pandemia (2019), durante a pandemia (2020–21) e, quando possível, o pós-pandemia (2022), sendo que para este último período estão apenas disponíveis dados relativos a um conjunto restrito de indicadores.

Acesso a Cuidados de Saúde: A Universalidade Comprometida

O direito à proteção da saúde, consagrado na Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 95/2019, 2019) é um direito universal e compreende o direito a gozar do melhor estado de saúde físico, mental e social. Cabe essencialmente ao Serviço Nacional de Saúde (SNS) a garantia desse direito, orientando-se por princípios de universalidade – abrangendo todas as pessoas – e equidade – corrigindo desigualdades no acesso aos cuidados.

Porém, têm persistido algumas dificuldades em garantir a cobertura pública de todos os cuidados necessários. Há especialidades médicas que continuam a apresentar défices acentuados na oferta, como são, por exemplo, os casos dos cuidados de saúde oral e de saúde mental. Além disso, continuam a existir assimetrias regionais que põem em causa o princípio do acesso a cuidados de proximidade.

Um dado indicativo do recurso a cuidados fora do SNS é o facto de Portugal apresentar um elevado peso de pagamentos diretos na saúde (*out of pocket*), consideravelmente acima da média da União Europeia (UE), uma tendência que se tem verificado ao longo dos anos. Os dados mais recentes mostram que antes da pandemia, em 2018, esses pagamentos correspondiam a 30% da despesa total em saúde, por comparação a 22%, na UE. Em 2020, verificou-se uma quebra ligeira (28%), que não deixará de estar associada à conjuntura pandémica, mas que é muito menor do que a ocorrida na UE (15%; Organisation for Economic Co-operation and Development, 2020; 2022). Este elevado peso dos pagamentos diretos coloca uma maior pressão sobre quem dispõe de menores rendimentos e constitui, por isso, uma potencial barreira de acesso aos cuidados.

Outros indicadores clássicos relativos ao acesso sofreram, com a pandemia COVID-19, quebras desfavoráveis, invertendo uma tendência de melhoria que se vinha sentindo anteriormente, e manifestaram posteriormente recuperações já em 2021, num período menos severo da pandemia.

Segundo dados da Administração Central do Sistema de Saúde (2022), designadamente o Relatório Anual de Acesso a Cuidados de Saúde nos Estabelecimentos do SNS e Entidades Convencionadas 2021¹, entre 2018 e 2019 houve um crescimento (embora ténue) da atividade de cuidados primários e de cuidados diferenciados. Como é possível observar, as taxas de variação são sempre positivas, nas consultas, nas urgências e nas cirurgias (Tabela 1; Figura 1 e Figura 2).

Tabela 1 Indicadores sobre atividade nos cuidados de saúde primários e nos hospitais (2018–2021)
Fonte. Adaptado de Administração Central do Sistema de Saúde (2022)

	Número				Taxa de variação anual		
	2018	2019	2020	2021	2019-18	2020-19	2021-20
Consultas médicas nos cuidados primários							
Presenciais	31 184	31 569	32 554	36 038	+1,2%	+3,1%	+10,7%
Não presenciais	20 583	20 715	12 732	14 557	+0,6%	-38,5%	+14,3%
Consultas médicas hospitalares	8 946	9 241	18 519	20 150	+3,3%	+100,4%	+8,8%
Primeiras	12 186 702	12 420 101	11 130 045	12 413 119	+1,9%	-10,4%	+11,5%
Subsequentes	3 497 730	3 574 567	2 997 805	3 516 516	+2,2%	-16,1%	+17,3%
Atendimentos de urgência	8 688 972	8 845 534	8 132 240	8 896 603	+1,8%	-8,1%	+9,4%
Cirurgias	6 365 476	6 425 560	4 552 704	5 196 340	+0,9%	-29,1%	+14,1%
	671 975	704 235	578 987	708 961	+4,8%	-17,8%	+22,4%

1 À data de redação deste capítulo, o Relatório de Acesso relativo a 2022 ainda não se encontrava disponível.

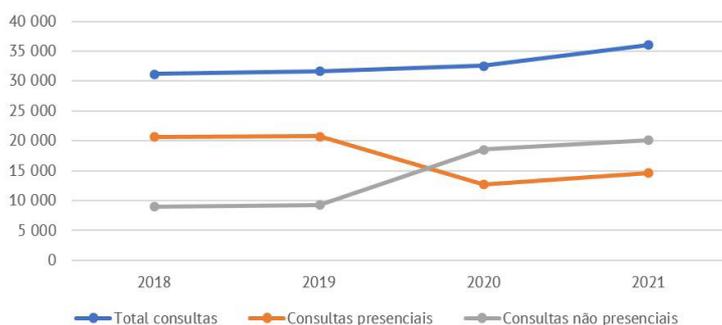


Figura 1 Número de consultas médicas nos cuidados de saúde primários (2018–2021)
 Fonte. Adaptado de Administração Central do Sistema de Saúde (2022)

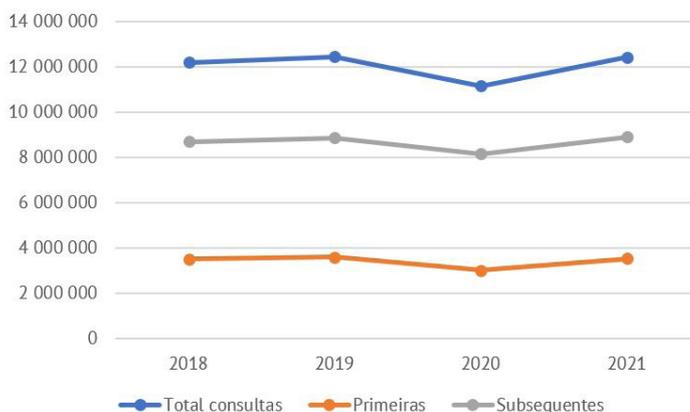


Figura 2 Número de consultas médicas nos hospitais (2018–2021)
 Fonte. Adaptado de Administração Central do Sistema de Saúde (2022)

Em 2020, para procurar garantir a resposta do SNS às necessidades criadas pelo elevado número de contágios e de casos a requerer cuidados de saúde periciais – urgências e internamentos –, foi suspensa a atividade programada não COVID-19 e não urgente (consultas, cirurgias e meios complementares de diagnóstico e terapêutica). O único acréscimo verificado foi nas consultas médicas nos cuidados de saúde primários, que registaram um

ligeiro aumento de 3,1%. Porém, esse acréscimo deveu-se a um aumento muito significativo das consultas não presenciais (que duplicaram face ao ano anterior), uma vez que a quebra nas consultas presenciais foi muito acentuada (-38,5%).

Nos hospitais do SNS houve um decréscimo de 10,4% no total de consultas médicas externas, mais acentuado nas primeiras consultas (-16,1%) do que nas de seguimento (-8,1%), o que poderá ter significado um adiamento no acompanhamento de doenças cuja intervenção atempada pode ter fortes implicações no sucesso das terapêuticas. Verificou-se igualmente uma forte diminuição do número de atendimentos de urgência (-29,1%) e de intervenções cirúrgicas (-17,8%).

Em 2021, grande parte da atividade foi retomada e os indicadores mostram sinais de recuperação. Em boa parte deles, os valores atingem ou mesmo superam ligeiramente os que vinham sendo alcançados antes da pandemia. Excetuam-se as consultas presenciais nos cuidados de saúde primários que, nesse ano, se mantinham bastante aquém do número registado no período pré-pandémico, bem como os atendimentos de urgência nos hospitais. Face a esta tendência, é expectável que, em 2022, a recuperação da atividade seja ainda mais significativa.

Se as medidas de suspensão ou redução de atividades de prestação de cuidados de saúde foram dirigidas a toda a população, os dados mostram que não a afetaram de igual forma. A observação das necessidades não satisfeitas revela a existência de uma relação clara entre essas necessidades e os rendimentos (Figura 3).

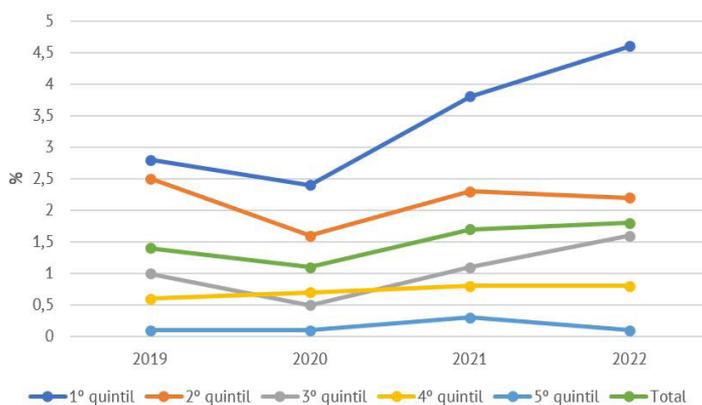


Figura 3 Necessidades de consultas médicas não satisfeitas (auto-reportadas), por quintis de rendimento (2019–2022)

Fonte. Adaptado de Eurostat, *Estatísticas Europeias sobre Rendimentos e Condições de Vida* (s.d.).

Tomando como referência o período entre 2019 e 2022, é evidente uma relação, de sentido inverso, entre o rendimento dos indivíduos e as necessidades de consultas médicas não satisfeitas, conforme reportadas pelos próprios: quanto menor o rendimento maior a percentagem de indivíduos cujas necessidades ficam por satisfazer. São de destacar, em particular, os que se situam no 1.º quintil, cujo agravamento na não satisfação das necessidades é bastante superior face aos outros quintis nos dois últimos anos do período em análise, o que coloca os que têm menor rendimento numa situação cada vez mais desvantajosa.

Dados recentes recolhidos no âmbito do inquérito sobre necessidade e acesso a cuidados de saúde aplicado em Portugal confirmam esta relação (Barros & Costa, 2023). O relatório conclui que, globalmente, o acesso a cuidados de saúde, em 2022, foi significativamente pior para a classe socioeconómica mais desfavorecida, quando se compara quer com os anos anteriores, quer com as restantes classes socioeconómicas. Tal significa que o maior impacto nas condições de acesso a cuidados de saúde terá, assim, surgido de forma socialmente seletiva e quando o sistema de saúde se encontrava já num processo de recuperação relativamente consolidado.

Por trás dos valores a nível nacional, importa também dar visibilidade à persistência de assimetrias regionais na oferta de cuidados de saúde que

têm implicações no acesso aos cuidados. No caso dos cuidados primários, um dos indicadores centrais respeita à cobertura de médico de família.

Em Portugal continental, de 2019 para 2021 diminuiu o número de utentes com médico de família atribuído, numa tendência que se verifica desde 2018, após um aumento nos anos anteriores (Figura 4). Esta evolução é comum às várias regiões, com exceção da região Norte que não só é a que apresenta uma taxa de cobertura mais favorável, como é a única que regista um ligeiro crescimento em 2021. Nesse mesmo ano, a região de Lisboa e Vale do Tejo é a que apresenta menor taxa de cobertura de médico de família (79,2%), seguida da região do Algarve (83,6%).

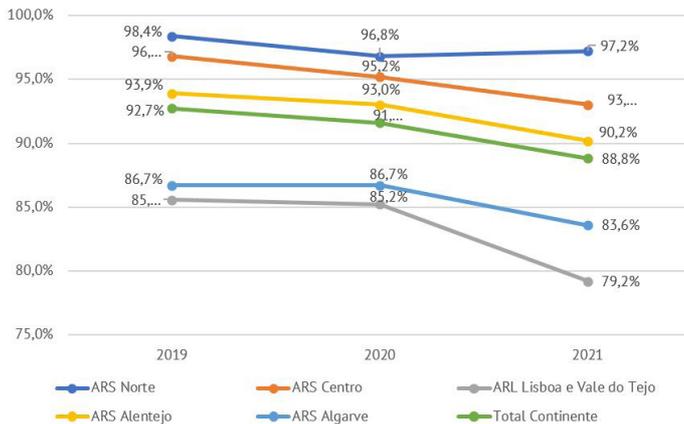


Figura 4 Evolução percentual de utentes inscritos com médico de família atribuído, por região (2019–2021)

Fonte. Adaptado de Administração Central do Sistema de Saúde (2022)

Resultados de Saúde: Desigualdades Persistentes

Entre os vários fatores sociais associados a desigualdades em termos de resultados de saúde, os dados estatísticos disponíveis permitem destacar essencialmente os que remetem para o género, a idade, as qualificações escolares e, em alguns indicadores, o rendimento. Efetivamente, as desigualdades de condição de saúde entre mulheres e homens, pessoas mais jovens e mais velhas, mais e menos escolarizadas, com maior ou menor capital

económico, têm vindo a ser evidenciadas nos sucessivos levantamentos extensivos sobre o estado de saúde das populações.

No que respeita ao género, no período em análise, embora a esperança de vida à nascença seja mais elevada para as mulheres do que para os homens, indicadores complementares, que permitem avaliar se o aumento da esperança de vida é acompanhado ou não de um aumento de tempo vivido em boa saúde, revelam a situação mais desfavorável das mulheres. Quer a estimativa de anos de vida saudável à nascença, quer a expectativa do número de anos de vida saudável aos 65 anos são menores para as mulheres (Tabela 2 e Figura 5).

Tabela 2 *Esperança média de vida e de vida saudável, por género (2019–2021)*

Fonte. Adaptado de Eurostat, *Estatísticas Europeias sobre Rendimentos e Condições de Vida* (s.d.)

	2019			2020			2021		
	Mulheres	Homens	Total	Mulheres	Homens	Total	Mulheres	Homens	Total
Esperança média de vida à nascença	84,8	78,7	81,9	84,1	78	81,1	84,4	78,5	81,5
Anos de vida saudável à nascença	57,8	60,6	59,2	58,7	60,8	59,7	57,4	59,3	58,3
Anos de vida saudável aos 65 anos	6,9	7,9	7,3	7,1	8,4	7,7	7,4	8,4	7,9

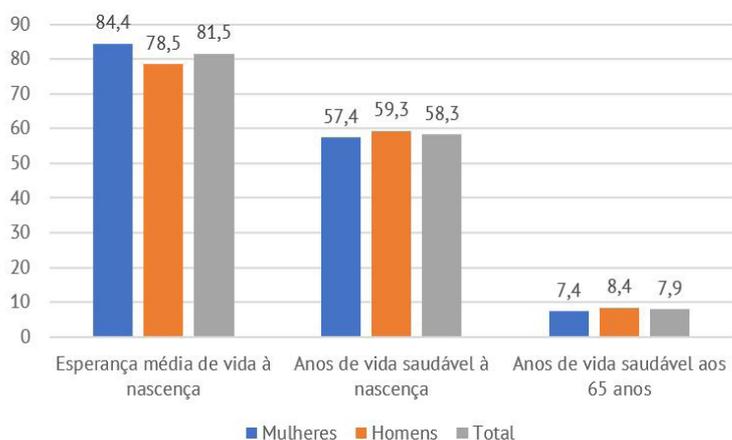


Figura 5 Esperança média de vida e de vida saudável, por género (2021)

Fonte. Adaptado de Eurostat, Estatísticas Europeias sobre Rendimentos e Condições de Vida (s.d.)

Os dados mostram também diferenças consideráveis na avaliação subjetiva do estado de saúde segundo o género, a idade, o nível de escolaridade e a condição perante o trabalho. São os homens que avaliam mais positivamente o seu estado de saúde. Quanto à idade, como expectável, os que têm 65 e mais anos são os que o avaliam de forma mais negativa. É igualmente evidente uma relação com o nível de escolaridade, em que à medida que esse nível aumenta decresce o número de inquiridos que avaliam a sua saúde de forma positiva, estando uma parte desta diferença certamente relacionada com alguma sobreposição com a idade. Essas diferenças são também visíveis na condição perante o trabalho. O facto de se exercer profissão constitui um fator potenciador de melhores avaliações subjetivas do estado de saúde, com os empregados a fazerem apreciações mais positivas do que os que se encontram desempregados ou em situação de inatividade (Figura 6).

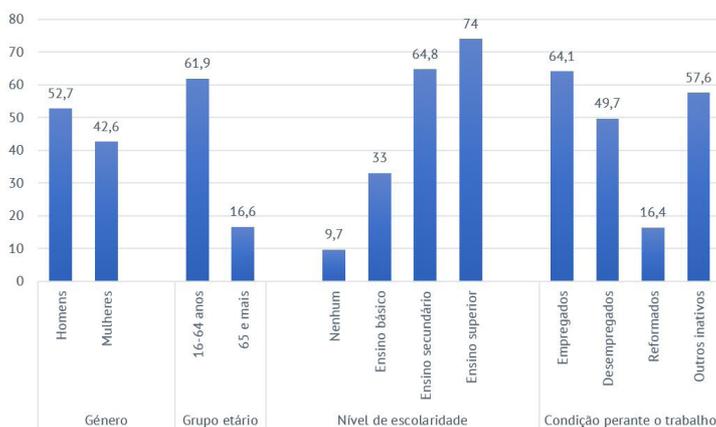


Figura 6 *Proporção da população que avalia o seu estado de saúde como bom ou muito bom, por categorias sociodemográficas (2022), em percentagem*

Fonte. Adaptado de Instituto Nacional de Estatística (2023)

O padrão descrito para 2022 dá continuidade ao que se verificava antes da pandemia e no período pandémico (Tabela 3). Importa, no entanto, notar que em 2022 diminui a proporção global de indivíduos que classificam o seu estado de saúde como bom ou muito bom.

Tabela 3 *Proporção da população que avalia o seu estado de saúde como bom ou muito bom, por categorias sociodemográficas (2019–2022), em percentagem*

Fonte. Adaptado de Instituto Nacional de Estatística (2021, 2022, 2023)

	2019	2020	2021	2022
Género				
Homens	55,5	55,7	54,2	52,7
Mulheres	45,4	47,4	46,6	46,6
Grupo etário				
16-64 anos	62,2	63,7	62,1	63,8
65 + anos	14,8	15,6	16,8	19,5
Nível de escolaridade				
Nenhum	8,1	10,1	9,9	9,7
Ensino básico	37,9	36,5	34,1	33,0

Ensino secundário	70,4	69,8	66,2	64,8
Ensino superior	75,2	75,5	74,1	74,0
Condição perante o trabalho				
Empregados	65,4	67,3	65,2	64,1
Desempregados	51,4	52,8	50,5	49,7
Reformados	15,8	16,7	17,2	16,4
Outros inativos	55,0	55,4	54,7	57,6
Total	50,1	51,3	50,2	49,5

Ao longo do período 2019–2022, a declaração de ter uma doença crónica ou um problema de saúde prolongado segue um padrão semelhante, penalizando as mulheres, os mais velhos, os menos escolarizados e os reformados. Tal como no indicador anterior, também aqui se verificará alguma sobreposição entre a idade, o nível de escolaridade e a condição perante o trabalho (Figura 7; Tabela 4).

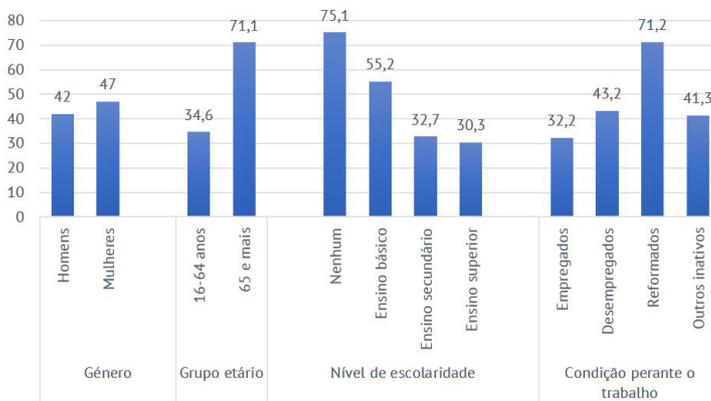


Figura 7 Proporção da população que referiu ter doença crónica ou problema de saúde prolongado, por categorias sociodemográficas (2022), em percentagem

Fonte. Adaptado de Instituto Nacional de Estatística (2023)

Em 2022, aumenta a proporção daqueles que referem ter doença crónica ou problema de saúde prolongado, em consonância com a diminuição daqueles que consideram a sua saúde boa ou muito boa. Estamos, pois, perante um cenário de agravamento auto-percecionado do estado de saúde que, tendo em conta os constrangimentos anteriormente referidos no que toca ao acesso a

cuidados de saúde, levanta preocupações adicionais, sobretudo para aqueles que se encontram em situações socialmente mais desfavoráveis.

Tabela 4 *Proporção da população que referiu ter doença crónica ou problema de saúde prolongado, por categorias sociodemográficas (2019-2022), em percentagem*

Fonte: Adaptado de Instituto Nacional de Estatística (2021, 2022, 2023)

	2019	2020	2021	2022
Género				
Homens	37,3	39,6	40,4	42,0
Mulheres	44,5	46,3	47,0	47,0
Grupo etário				
16-64 anos	30,7	32,5	34,1	34,6
65 + anos	71,6	73,8	71,4	71,1
Nível de escolaridade				
Nenhum	78,5	80,6	80,1	75,1
Ensino básico	48,0	51,6	53,3	55,2
Ensino secundário	26,0	29,2	31,3	32,7
Ensino superior	26,9	29,9	30,8	30,3
Condição perante o trabalho				
Empregados	27,3	29,0	30,9	32,2
Desempregados	34,3	40,7	40,6	43,2
Reformados	70,7	73,2	71,1	71,2
Outros inativos	42,1	41,2	43,8	41,3
Total	41,2	43,2	43,9	44,7

Além de terem uma relação com as desigualdades de acesso aos cuidados de saúde, as diferenças de rendimento traduzem-se também em desigualdades em termos de resultados de saúde. A declaração da existência de uma doença crónica ou problema de saúde prolongado é tanto maior quanto menor o rendimento dos indivíduos, sendo as distâncias particularmente penalizadoras para aqueles cujos rendimentos se situam nos dois primeiros quintis (Figura 8).

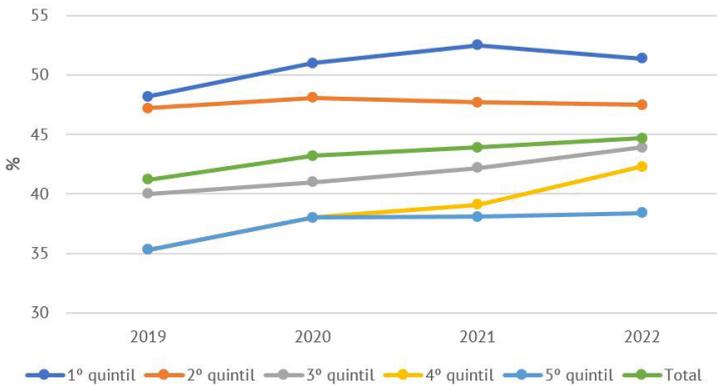


Figura 8 *Proporção da população que referiu ter doença crónica ou problema de saúde prolongado, por quintis de rendimento (2019–2022), em percentagem*

Fonte. Adaptado de Eurostat, Estatísticas Europeias sobre Rendimentos e Condições de Vida (s.d.)

É certo que, tendo em conta este indicador, o período da pandemia COVID-19 terá agravado, de forma relativamente transversal, o estado de saúde das populações, como se verifica observando as curvas ascendentes em todos os quintis de rendimento, sobretudo de 2019 para 2020, o ano pandémico mais severo, mas estendendo-se igualmente a 2022.

O já citado relatório sobre necessidade e acesso a cuidados de saúde em Portugal apresenta conclusões que corroboram esta relação (Barros & Costa, 2023). Efetivamente, é bastante marcada, desde antes da pandemia, a existência de uma forte relação entre a ocorrência de episódios de doença e a condição socioeconómica do agregado familiar, avaliada através da perceção dos indivíduos quanto à capacidade de fazer face às despesas habituais. O período pandémico acentuou a importância da associação entre a condição socioeconómica do agregado familiar e a ocorrência de episódios de doença, já que nos anos 2020 e 2021 os indivíduos de grupos socioeconómicos de maior rendimento reportaram menos situações de doença. Em 2022, o grupo populacional com maiores dificuldades financeiras reportou um acréscimo considerável de, pelo menos, um episódio de doença, enquanto os restantes grupos retomam essencialmente a situação pré-pandemia. O que estes dados indiciam é um agravamento das desigualdades sociais em saúde gerado pela pandemia, mas que parece persistir para além dela.

Resultados de Saúde: A Visibilidade da Saúde Mental

Não há dúvida que a pandemia trouxe para o espaço público as questões relacionadas com a saúde mental. Vários inquéritos lançados na fase inicial da pandemia, direcionados para a população em geral ou para segmentos específicos da população – como, por exemplo, os jovens, os estudantes ou os profissionais de saúde – incluíram indicadores que permitiam aferir o estado de saúde mental dos indivíduos e mostraram um agravamento dos sintomas de sofrimento psicológico.

Os impactos negativos da pandemia na saúde mental situam-se a dois níveis. Por um lado, fizeram-se sentir na população em geral: pelos receios de contágio; pelas medidas de confinamento que implicaram não só a alteração das rotinas quotidianas, como o isolamento de familiares e amigos; mas também, indiretamente, por perdas de rendimento ou situações de desemprego, por exemplo. Por outro lado, agravaram os problemas de saúde mental daqueles que já os tinham. Além dos fatores comuns com a população em geral, a perda ou diminuição de contacto com os serviços de saúde mental agravou ainda mais os sintomas e alguns estudos têm demonstrado que as pessoas com problemas de saúde mental pré-existentes reportaram um aumento dos sintomas (Organisation for Economic Co-operation and Development, 2020).

Em Portugal, os resultados de um estudo especificamente focado na saúde mental (Almeida, 2020), cujos dados foram recolhidos entre maio e agosto de 2020, revelaram prevalências de sofrimento psicológico mais elevadas do que as previamente reportadas pelo primeiro *Estudo Epidemiológico Nacional da Saúde Mental* (citado em Almeida, 2020). São sobretudo as mulheres, os jovens adultos entre os 18 e os 29 anos, os desempregados e os indivíduos com mais baixo rendimento quem apresenta sintomas de sofrimento psicológico moderado a grave, em várias das dimensões de saúde mental analisadas.

A crescente visibilidade dos impactos da pandemia na saúde mental levou à inclusão de indicadores específicos sobre esta relação em instrumentos de recolha de informação oficiais, como é o caso do Inquérito às Condições de Vida e Rendimento do Instituto Nacional de Estatística (INE). Nas edições de 2021 e de 2022, foi incluída uma questão sobre a medida em que a pandemia tinha afetado negativamente a saúde mental, a partir das perceções dos inquiridos (Figura 9).

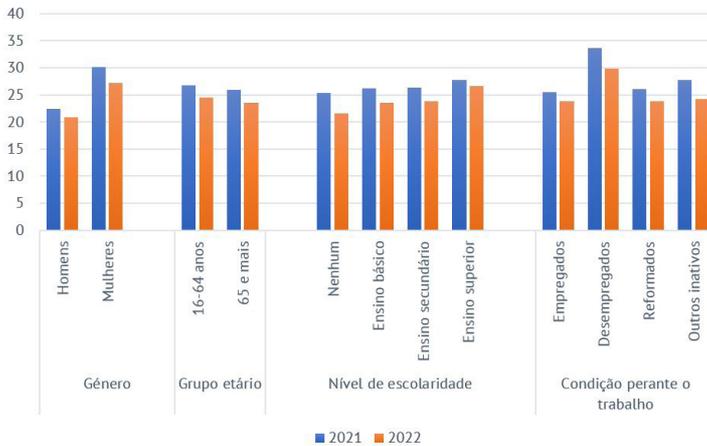


Figura 9 Proporção da população com saúde mental afetada negativamente devido à crise pandêmica COVID-19, por categorias sociodemográficas (2021-2022), em percentagem
 Fonte. Adaptado de Instituto Nacional de Estatística (2023)

Em 2021, o agravamento da condição de saúde mental como consequência da pandemia foi mais reportado por mulheres do que por homens e com maior incidência na população em idade ativa em comparação com os mais velhos. Quanto à condição perante o trabalho, as pessoas desempregadas são as mais penalizadas por esse agravamento. Já no ano seguinte, a proporção de indivíduos a declarar esse agravamento diminuiu, como esperado num cenário pós-pandêmico. Mantêm-se, em 2022, as diferenças já assinaladas entre as categorias sociodemográficas.

As desigualdades de género e geracionais na saúde mental não são novas. Em 2019, a prevalência de sintomas depressivos era mais expressiva para as mulheres e nas faixas etárias mais avançadas. Aproximadamente 70% das pessoas com sintomas depressivos eram mulheres e era na população mais idosa que a proporção desses sintomas atingia valores mais elevados (Instituto Nacional de Estatística, 2021).

O que foi novo com a pandemia, e merecedor de particular atenção, foi a maior incidência de problemas de saúde mental nas camadas mais jovens, incluindo crianças, que foram associados às medidas de confinamento, designadamente o encerramento das escolas. Pela primeira vez, o relatório

anual da Fundo Internacional de Emergência para Crianças das Nações Unidas (United Nations International Children's Emergency Fund, 2021), *The State of The World's Children*, centrou-se na saúde mental, focando em particular os fatores de risco e os fatores de proteção que a condicionam. Trata-se de um importante sinal da atenção dada à saúde mental dos mais jovens que, embora tenha ganho maior visibilidade com a pandemia, não se esgota com a sua erradicação (Pegado, 2022).

O reconhecimento desta questão a nível internacional é também evidente na última edição da publicação *Health at a Glance Europe 2022*, sobre o estado de saúde na União Europeia, da responsabilidade da OCDE e da União Europeia. Nesta publicação um dos dois capítulos temáticos é inteiramente dedicado às consequências da pandemia na saúde dos jovens, com particular ênfase na sua saúde mental (Pegado, 2022).

No que respeita à saúde mental dos jovens, esta também é atravessada por desigualdades sociais, designadamente em termos de condição económica. Como se pode observar, o risco de depressão é muito mais elevado em jovens que vivem com maiores dificuldades financeiras (Figura 10). Acresce que, em Portugal, essa diferença é ainda mais marcada do que a que se verifica a nível da União Europeia.

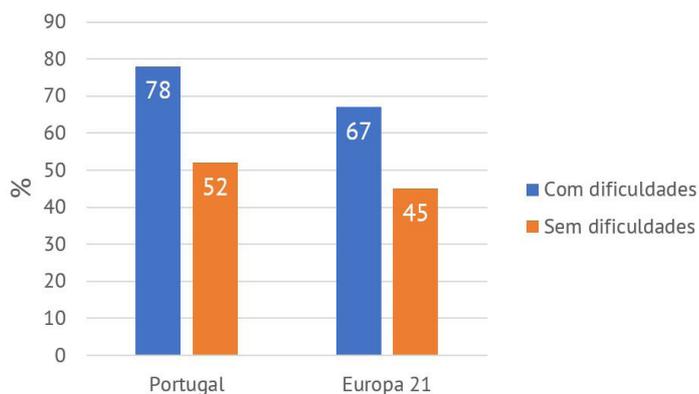


Figura 10 Percentagem de jovens entre os 18 e os 29 anos em risco de depressão, por dificuldade auto-percebida de conseguir pagar as contas, 2020–2021

Fonte. Adaptado de Organisation for Economic Co-operation and Development (2022)

Informação Sobre Desigualdades Sociais em Saúde: Lacunas, Necessidades e Desafios

Os dados apresentados e discutidos ao longo deste capítulo permitiram esboçar um retrato, necessariamente limitado e imperfeito, das desigualdades sociais na saúde em Portugal, tomando como arco temporal os anos mais recentes, onde se incluem três períodos: pré-pandemia, pandemia e pós-pandemia. A sistematização desses dados possibilita, além desse retrato, a emergência de um conjunto de questionamentos sobre os próprios processos de produção da informação sobre o tópico em análise, designadamente em termos de lacunas identificadas e necessidades sentidas, questionamentos aliás comuns a qualquer trabalho sociológico com recurso a fontes secundárias. É com a reflexão que decorre desses questionamentos que se encerra este capítulo.

Em Portugal, a informação estatística sobre acesso a cuidados de saúde e sobre resultados de saúde é vasta. Porém, nem sempre essa informação é cruzada com atributos sociodemográficos das populações, que condicionam precisamente esse acesso e esses resultados. Ou seja, existe alguma dificuldade em ter evidência empírica suficientemente abrangente e compreensiva das desigualdades sociais na saúde. A recolha da informação é uma condição fundamental, mas é igualmente necessário promover a exploração dos micro-dados, sempre que as amostras o permitam, para colmatar lacunas existentes.

Sem pretensões de exaustividade, propõem-se, pois, algumas notas para uma agenda para a produção de informação e conhecimento sobre desigualdades sociais na saúde, organizadas em três grandes pontos.

O primeiro respeita à melhoria da recolha, mas também da disponibilização, sistemática de informação sobre desigualdades na saúde nas estatísticas oficiais. Tal implicaria mais regularidade, mais desagregação, mais exaustividade e mais sistematização.

Quanto à regularidade, é certo que há instrumentos de recolha de informação anual com alguns indicadores sobre saúde, como é o caso do Inquérito às Condições de Vida e Rendimento, aplicado pelo INE, no âmbito das Estatísticas Europeias sobre Rendimentos e Condições de Vida. Porém, instrumentos especificamente direcionados para a saúde têm tido intervalos de aplicação bastante largos. É o caso do Inquérito Nacional de Saúde, realizado pelo INE em colaboração com o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, que conta até ao momento com duas edições, 2014 e 2019.

É também o caso do Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico, da responsabilidade do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, que teve uma única edição, em 2015. Este inquérito teve a vantagem de associar a recolha de informação auto-reportada sobre o estado de saúde com exame físico e recolha de amostras de sangue para a avaliação de parâmetros bioquímicos.

Quanto à desagregação, a generalidade dos inquéritos trabalha com amostras que, sendo representativas a nível nacional e, em alguns casos, a nível das grandes regiões, não permitem apuramentos geograficamente mais finos, por exemplo, a nível concelhio. É evidente que tal implica dimensões amostrais de grande envergadura, com os custos que lhe estão associados. Mas importará aqui equacionar em que medida as novas modalidades de aplicação de inquéritos para produção de estatísticas oficiais, designadamente o recurso cada vez mais frequente a preenchimento via internet, possibilitam o alcance de amostras de maior dimensão.

Relativamente à exaustividade, sem prejuízo da necessidade de garantir um equilíbrio entre a informação que é relevante recolher e a dimensão dos instrumentos de recolha de informação, a inclusão de alguns indicadores adicionais beneficiaria a produção e conhecimento sobre as desigualdades sociais na saúde. A título de exemplo, refiram-se aqueles que permitiriam operacionalizar o conceito de classe social, cuja relação com as desigualdades de saúde está amplamente documentada, desde a publicação, em 1980, no Reino Unido, de um relatório de investigação que ficou conhecido como *Black Report*. Refiram-se também os indicadores que remetem para as dimensões do bem-estar e da saúde mental, que têm sido mais escassos nos instrumentos de recolha, não obstante uma maior atenção a partir da pandemia.

No que respeita à sistematização, o repto não se dirige apenas aos organismos de produção de estatísticas oficiais, mas também à comunidade científica da área das ciências sociais. É preciso dar visibilidade às desigualdades sociais na saúde e esse desígnio confronta-se com informação dispersa por várias fontes, publicações estatísticas e plataformas. É certo que alguns portais apresentam informação relativamente sistematizada sobre indicadores de saúde, mas de âmbito limitado. A sistematização dessa informação será um contributo central para desvelar (e denunciar) essas desigualdades e os fatores sociais que as produzem.

O segundo ponto remete para equacionar o aproveitamento do potencial de dados administrativos existentes no âmbito das instituições de

prestação de cuidados de saúde. Alguns desses dados são já sistematizados em relatórios anuais de organismos de administração da saúde, como é o caso, por exemplo, dos Relatórios de Acesso. Em geral, são dados agregados, que não permitem dispor de informação específica que cruze questões relativas à saúde com indicadores de desigualdades sociais. Equacionar esta possibilidade exige, obviamente, garantir o anonimato e a salvaguarda dos dados pessoais, respeitando os normativos do regime de proteção de dados pessoais.

O terceiro ponto vai para além da produção e disponibilização de dados estatísticos sobre a população em geral. É necessário promover pesquisa científica focada em aspetos particulares ou populações específicas, dificilmente captados em operações de recolha de informação de grande dimensão, com recurso a estudos mais especializados, ou intensivos e qualitativos, ou com produção de dados quantitativos primários. Refiram-se, a título de exemplo, sem qualquer pretensão de exaustividade, a população idosa, a população imigrante, a população com doença crónica, a população LGBTIQ+. Tal contribuirá para visibilizar as desigualdades em saúde de populações específicas, em particular as socialmente mais vulneráveis.

Dois princípios afiguram-se como potenciadores de benefícios adicionais na concretização desta agenda. O primeiro é a interdisciplinaridade, convocando várias áreas das ciências sociais, mas também da saúde pública ou de áreas mais concretamente ligadas aos cuidados de saúde. O segundo é o trabalho de parceria, promovendo a articulação de contributos da comunidade científica, dos organismos responsáveis pela produção de estatísticas, dos organismos governamentais ligados à saúde e das próprias instituições de prestação de cuidados de saúde.

Uma agenda para a produção de conhecimento sobre as desigualdades sociais na saúde é também um contributo para políticas públicas de saúde que possam combater e reduzir desigualdades que, reforçando a posição expressa no início deste capítulo, são injustas e evitáveis.

Referências

Almeida, T. C., Heitor, M. J., Santos, O., Costa, A., Virgolino, A., Rasga, C., Martiniano, H., & Vicente, A. (2020). *SM-COVID19 – Saúde mental em tempos de pandemia. Relatório Final*. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP. <https://repositorio.insa.pt/handle/10400.18/7245>

Administração Central do Sistema de Saúde. (2022). *Relatório anual de acesso a cuidados de saúde de nos estabelecimentos do SNS e entidades convencionadas 2021*. <https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2022/09/Relat%C3%B3rio-de-Acesso-2021.pdf>

Barros, P. P., & Costa, E. (2023). *Acesso a cuidados de saúde, 2022. As escolhas dos cidadãos no pós-pandemia*. Nova School of Business and Economics – Health Economics and Management Knowledge Center. <https://www.novasbe.unl.pt/Portals/0/Files/Social%20Equity%20Initiative/Acesso%20a%20Cuidados%20de%20Saude%2C%202022.pdf>

Cabral, V., Silva, P. A. da, & Mendes, H. (2002). *Saúde e doença em Portugal*. Imprensa de Ciências Sociais.

Cockerham, W. C. (2005). Health lifestyle theory and the convergence of agency and structure. *Journal of Health and Social Behavior*, 46(1), 51–67. <https://doi.org/10.1177/002214650504600105>

Conceição, S. (2019). Investigação sobre desigualdades sociais de saúde em Portugal: Breve panorama a partir de uma revisão da literatura. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 89, 97–113.

Correia, T. (2020). A saúde e a COVID-19 em Portugal: Uma reflexão a meio caminho andado. In R. M. do Carmo, I. Tavares & A. F. Cândido (Eds.), *Um olhar sociológico sobre a crise COVID-19 em livro* [pp. 17–35]. Observatório das Desigualdades.

Correia, T., Carapinheiro, G., & Raposo, H. (2018). Desigualdades sociais na saúde: Um olhar comparativo e compreensivo. In R. M. do Carmo, J. Sebastião, J. Azevedo, S. da C. Martins e A. F. da Costa (Eds.), *Desigualdades sociais. Portugal e a Europa* [pp. 23–39]. Editora Mundos Sociais.

Eurostat. (s.d.). *Estatísticas europeias sobre rendimentos e condições de vida*. <https://ec.europa.eu/eurostat>

Gaspar, R. S., Ramos, F. D., Ferreira, P. L., Barros, H., & Mendes, F. (2019). *Saúde: Um direito humano. Relatório de primavera 2019*. OPSS. <https://www.esesjd.uevora.pt/documentos/Relatorios-de-Primavera>

Instituto Nacional de Estatística. (2021). *Estatísticas da Saúde 2019*. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=257483090&PUBLICACOESmodo=2

Instituto Nacional de Estatística. (2022). *Estatísticas da Saúde 2020*. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=436989156&PUBLICACOESmodo=2

Instituto Nacional de Estatística. (2023). *Estatísticas da Saúde 2021*. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=11677508&PUBLICACOESmodo=2

Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro, Diário da República n.º 169/2019, Série I de 2019-09-04. (2019). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/95-2019-124417108>

Organisation for Economic Co-operation and Development. (2020). *Health at a glance. Europe 2020: State of health in the EU cycle*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/82129230-en>

Organisation for Economic Co-operation and Development. (2022). *Health at a glance. Europe 2022: State of health in the EU cycle*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/507433b0-en>

Pegado, E. (2022). A saúde é um direito: Conquistas inacabadas e desafios para o futuro. In R. M. do Carmo, I. Tavares, & A. F. Cândido (Eds.). *Que futuro para a igualdade? Pensar a sociedade e o pós-pandemia* [pp. 43–58]. Observatório das Desigualdades.

United Nations International Children's Emergency Fund. (2021). *The state of the world's children 2021. On my mind. Promoting, protecting and caring for children's mental health (Executive Summary)*. UNICEF Office of Global Insight and Policy.

Pandemia e Desregulação do Mercado de Trabalho do Setor da Saúde em Portugal: Contributos Para uma Análise Sociológica

<https://doi.org/10.21814/uminho.ed.136.8>

Ana Paula Marques

Centro de Estudos de Comunicação e Sociedade, Instituto de Ciências Sociais, Universidade do Minho, Braga, Portugal
<https://orcid.org/0000-0002-9458-2915>
amarques@ics.uminho.pt

Resumo

As reformas no setor da saúde em Portugal e, de um modo geral, nos países do sul da Europa, têm seguido um perfil de afastamento face ao “bem público”, assumindo derivadas gestionárias e empresariais próximas do setor privado. Igualmente, os profissionais do Serviço Nacional de Saúde (SNS) enfrentam crises estatutárias, degradação de condições de trabalho e de precarização das relações laborais, que se intensificaram em contexto da pandemia. Partindo de um diagnóstico assente em pesquisa documental e qualitativa, é nossa intenção analisar e interpretar as lógicas de (des)articulação dos vínculos laborais e suas implicações nas equipas de trabalho e organização da prestação de cuidados de saúde, mobilizando-se os contributos relevantes da sociologia do trabalho, das organizações e das profissões.

Palavras-chave

Portugal, Sistema Nacional de Saúde, profissionais da saúde, precarização, mercado de trabalho

Introdução

O setor da saúde em Portugal tem sido alvo de transformações significativas na agenda político-económica, na implementação de modelos organizativos próximos da gestão privada e difusão de formas precárias de relações laborais. Se até então os diversos grupos profissionais de saúde (por exemplo, médicos/as, enfermeiros/as, técnicos de diagnósticos e terapêutica, entre outros), por força do poder da credencial e exclusividade do monopólio do “ato profissional”, se acantonavam no que se designa de mercados protegidos (primários e profissionais), na atualidade estes enfrentam uma crescente precarização das relações laborais e degradação de condições de trabalho e carreira, configurando mercados secundários, periféricos, desregulados e “híbridos”. Para tal, contribui a presença de diversos vínculos contratuais considerados fora da “norma padrão”, como, por exemplo, contratos individuais a termo (certo/incerto), contratos de prestação de serviços, empresas de trabalho temporário, mesmo em países com forte tradição sindical, tanto em Portugal como na Europa. Igualmente, novos arranjos organizacionais, articulados com a difusão de plataformas digitais (revolução 4.0. e Inteligência Artificial), permitem que seja possível trabalhar remotamente (teletrabalho, *home office*, trabalho à distância, entre outras designações). Estas (novas) modalidades de organização introduzem “zonas cinzentas” ou regimes “híbridos” de trabalho (Azaïs, 2019; Murgia et al., 2020), que penetraram no setor da saúde de forma inequívoca, em contexto da pandemia COVID-19 (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2022) e, de um modo geral, na economia, sendo que a tendência é para se intensificar a médio e a longo prazo (Eurofound, 2022).

Na verdade, o fenómeno da precarização e desregulação dos mercados de trabalho em geral, e, em particular, dos profissionais do setor da saúde em Portugal, tem conhecido crescente visibilidade na agenda nacional (por exemplo, “Programas Nacionais de Saúde” – Plano Nacional de Saúde 2021–2030; relatórios de primavera do Observatório Português dos Sistemas de Saúde Nacional) e internacional (por exemplo, “European Programme of Work 2020–2025”); *Roadmap to Professionalizing the Public Health Workforce in the European Region* (World Health Organization/

Regional Office for Europe, 2021a)¹; segurança e saúde no trabalho – Organização Internacional do Trabalho)², revelando, todavia, escassez de investigação científica neste domínio (por exemplo, Kuhlmann et al., 2018; Pavolini & Kuhlmann, 2016).

Como tal, importa avançar na produção de conhecimento científico, convocando em especial a área da sociologia. Esta tem vindo a reivindicar, nas últimas décadas, uma renovação teórico-conceptual e metodológica na abordagem de complexos fenómenos como, por exemplo, “desregulação”, “mercados de trabalho”, “profissionalização”, “digitalização” do trabalho, apresentando dimensões não totalmente visíveis ou manifestas, porém muitas revelando as múltiplas “faces” da crise do trabalho (Marques, 2020a, 2020b, 2023b).

Ao se alargar a reflexão da precarização e desregulação dos mercados de trabalho, que incluem cada vez mais diferentes grupos profissionais do setor da saúde (desde médicos/as a enfermeiros/as, incluído outras profissões), quanto às suas condições de acesso e manutenção nos mercados (trans) nacionais de trabalho, procura-se testar, em termos heurísticos, produção sociológica por nós já avançada no domínio do trabalho, das organizações e das profissões. Com efeito, a partir da produção de conhecimento científico, de diagnósticos sociologicamente fundamentados, de conceção de planos de pesquisa de suporte à tomada de decisão e intervenção pelos diversos atores sociais, destaca-se o contributo da sociologia como ciência e a sua centralidade na vida pública.

Ao se priorizar o nosso enfoque nos mercados de trabalho dos profissionais do setor da saúde em Portugal, pretende-se restituir visibilidade e potencial heurístico capaz de captar, analisar e interpretar/explicar a crescente precarização e desregulação das suas condições de trabalho/emprego, carreiras e futuros de trabalho.

Neste contexto, importa avançar com o nosso roteiro de interrogações que procuraremos responder com base na investigação em curso e a que

1 Além disso, a World Health Organization/Regional Office for Europe (2021b) identificou quatro iniciativas emblemáticas para complementar o “Programa de Trabalho Europeu”, definindo as prioridades de saúde para os próximos cinco anos: a) Coligação pan-europeia de saúde mental; b) empoderamento por meio da saúde digital; c) Agenda Europeia de Imunização 2030; d) comportamentos mais saudáveis, incorporando perceções comportamentais e culturais. Retirado a 20 julho de 2023, de <https://www.who.int/europe/about-us/our-work/european-programme-of-work>.

2 Celebrado todos os anos a 28 de abril, o tema escolhido pela Organização Internacional do Trabalho para este ano incide sobre a inclusão de “um ambiente de trabalho seguro e saudável.

pretende desenvolver-se no futuro. Estas são: estaremos perante novos segmentos de mercado de trabalho que exprimem tensões contraditórias dos movimentos de desregulação, instaurando outros sentidos e direções para a profissão, dada a externalização e privatização da prestação dos serviços de saúde? Em que medida a presença de formas “híbridas” exprimem estratégias de resistência à precarização objetiva? Mais, será que a subjetivação da precarização traduzida na prevalência de trabalho gestionário, sintomas de burnout e ingestão trabalho-vida potenciará o reconhecimento intersubjetivo da agência coletiva pela defesa da qualidade e dignidade do trabalho e da vida?

Como pressupostos teórico-metodológicos, assume-se a multidimensionalidade do processo de precarização do trabalho transversal aos grupos de profissionais de saúde, bem como o enfoque gestionário e de privatização do Serviço Nacional de Saúde (SNS) em Portugal. Neste estudo em concreto, é nossa intenção desocultar fraturantes erosões dos “monopólios” dos mercados de trabalho da saúde, pautados também por processos de precarização, desregulação e vigilância oculta. Como desenho de pesquisa, apoiámo-nos tanto em fontes secundárias, que nos permitiram atestar do fenómeno crescente de individualização e subcontratação laboral, como em investigação qualitativa suportada em 32 entrevistas semiestruturadas a profissionais de saúde.

Este capítulo estrutura-se nas secções a seguir apresentadas. Primeiro, focando-nos nas faces da crise do trabalho na contemporaneidade, dá conta da urgência da reflexão sobre o (des)valor do trabalho, com destaque para a precarização crescente neste domínio. Nesta discussão mobilizam-se três eixos teórico-analíticos indispensáveis na interpretação e compreensão dos processos de seletividade e desigualdades sociais dos mercados de trabalho no setor da saúde em Portugal. Em seguida, apresenta-se, ainda que de forma necessariamente breve, a estratégia metodológica em curso e as fases subsequentes ao seu desenvolvimento no futuro próximo. Na terceira e quarta secções, mobilizam-se as evidências empíricas de suporte à análise das lógicas de (des)regulação do mercado de trabalho no setor da saúde. Na última secção, recupera-se a proposta por nós avançada sobre a proposição de um modelo concetual que permita capturar os (potenciais) segmentos que compõem o atual mercado de trabalho no setor da saúde em Portugal. Em linha com a importância de *agenda europeia de investigação* sobre a força de trabalho na saúde (Kuhlmann et al., 2018), propõe-se avançar um modelo teórico que amplie as diversas direções e sentidos da (des)regulação, inscrevendo-o em contracorrente às visões simplistas e deterministas sobre a hegemonia ou do “poder” dos profissionais ou da sua

“desprofissionalização/proletarização”. Com esta proposta de ensaio sobre o mercado de trabalho no setor da saúde finaliza-se o capítulo, na expectativa de alavancar investigação futura.

Crise(s) do Trabalho e Precarização no Setor da Saúde: Três Eixos Teórico-Analíticos

Dada a sistematização relevante no domínio da literatura especializada, três eixos teórico-analíticos são relevantes para interpretar e explicar muitos dos fenómenos relacionados com os processos de seletividade e desigualdades sociais, que estruturam os mercados de trabalho no setor da saúde, e que se intensificaram por força da digitalização, em geral, do mundo do trabalho e do contexto da pandemia, muito em especial.

Estado, Mercado e Profissões: Tensões e Controvérsias

Um primeiro eixo teórico-analítico remete-nos para as controvérsias e tensões que indiciam discussões relevantes na relação entre Estado, mercado e profissões, umas claramente situadas numa tradição clássica anglo-saxónica e francófona (Gonçalves, 2007; Svensson & Evetts, 2010), outras renovando-se face às transformações em curso (Dent et al., 2016; Taylor & Rioux, 2018).

Indissociável desse movimento de profissionalização subsistem lógicas de (des)regulação do acesso ao estatuto profissional e seu reconhecimento em confronto com o mercado de trabalho (Bezes & Demazière, 2011; Burns, 2019; Esping-Andersen & Regini, 2000; Evetts, 2012, 2010; Johnson et al., 1995; O'Reilly & Reed, 2011; Rego, 2013). Não obstante, certos autores advogam tendências de requalificação para determinados grupos profissionais, como sejam “gestores profissionais” (por exemplo, Noordegraaf & Van Der Meulen, 2008; Noordegraaf, 2006), aproximando-os do contexto da governança e com destaque para o seu papel como atores ativos na difusão de princípios do *new public management* e modelos de liderança (Carvalho, 2009; Kuhlmann & Von Knorring, 2014; Lapuente & Walle, 2020).

Esses desenvolvimentos na sociologia das profissões mostram muitas sobreposições com conceitos “(neo)institucionalistas”, e abrem portas para conexões das profissões com a sociologia do trabalho e das organizações, para além da área dos estudos de gestão (Bourgeault & Merritt, 2015; Brown, & Calnan, 2016; Currie et al., 2012; Kirkpatrick 2016; McGivern et al., 2015; Muzio & Kirkpatrick, 2011; Suddaby & Viale 2011). De resto, Evetts (2010) tinha já apontado para estas “novas direções” do profissionalismo

que vieram para ficar e que expõem crescentemente dilemas de regulação nos mercados globais de trabalho, com desiguais poderes de fixação das suas jurisdições e estratégias de fechamento/monopólio e de afirmação de valores sociais e ideológicos do “bem público”.

Reformas Gestionárias e Precarização das Condições de Trabalho

Um segundo eixo teórico-analítico centra-se na agenda neoliberal de mercadorização do valor do trabalho e das reformas gestionárias da saúde na Europa e, em especial, em Portugal, a partir de investigações por nós realizadas (Marques, 2018, 2014, 2010; Marques & Falleiros, 2017; Marques & Macedo, 2018; Marques et al., 2021). A generalização dos princípios de mercado e consumismo, de um discurso gestionário e controlador assente na lógica de resultados, qualidade e avaliação conhecem terreno fértil no setor da saúde (Kirkpatrick, 2016; Numerato et al., 2011).

A pressão para a privatização, a empresarialização e a externalização (subcontratação e empresas de trabalho temporário) do setor da saúde, desde os finais do século XX, mas com avanços significativos a partir de 2011, coincidindo, não por acaso, com a crise da austeridade sob o memorando da *troika* (Marques & Macedo, 2018), tem justificado a presença de modelos organizativos próximos da gestão privada (por exemplo, parcerias público-privadas e hospitais com estatuto de entidades públicas empresariais)³. A este propósito, atente-se aos estudos recentes sobre como a medicina “privada cresceu graças ao SNS” (Maia, 2021) e à urgência de se “pensar o futuro” (Fernandes, 2022) a partir dos contributos de especialistas neste domínio, alguns deles ex-membros de diversos governos portugueses.

Com efeito, a rigidez dos modelos de governação de índole burocrático-racionalizador de parte substancial do SNS, o congelamento das carreiras dos profissionais de saúde, o subfinanciamento crónico pelo Estado (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2022, 2021), o envelhecimento da mão-de-obra deste segmento, em particular dos médicos, e a emigração dos jovens recém-formados (Amaral & Marques, 2017), entre outros fatores, respondem pela atual crise do SNS quanto à falta de profissionais em hospitais públicos e centros de saúde (unidades de saúde familiares – USF; e unidades de cuidados de saúde personalizados – UCSP) e à sua fuga para o setor privado, atraídos por melhores condições de trabalho

³ A aproximação entre o funcionamento dos serviços públicos de saúde e o direito privado materializou-se na Lei n.º 27/2002 (2002), que criou o estatuto jurídico designado “hospital EPE” (entidade pública empresarial) e definiu o funcionamento do setor público com base nas regras concorrenciais de mercado.

e salários. Aliás, a contratação de profissionais, através de fornecimentos e serviços externos a empresas de trabalho temporário por força da burocracia e rigidez da contratação, tem conduzido à disrupção de equipas de trabalho no SNS (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2022; Serra, 2018). Por sua vez, a contratação de “médicos-tarefeiros”, com pagamento hora mais elevado (contratos temporários ou prestação de serviços), para suprir as necessidades urgentes, introduz clivagens e desigualdades salariais nas equipas de saúde vinculadas ao setor público.

É expectável que estas diferenças salariais persistam e se agravem os já existentes desequilíbrios na distribuição dos profissionais de saúde pelos países e regiões, e em função dos sistemas de saúde – público e privado (World Health Organization/Regional Office for Europe, 2021; Wismar et al., 2011). O que explicará, igualmente, o recrudescimento de conflitos socio laborais neste setor, o que tem vindo acontecer um pouco por todo o país em 2023 (por exemplo, contestações e greves, saídas de equipas completas de profissionais do serviço público, pedidos de escusa de responsabilidade, resistência ao reconhecimento de credenciais obtidas no estrangeiro por parte de médicos provenientes da América Latina).

Digitalização e Regimes Híbridos de Trabalho e Emprego

Em articulação com os eixos precedentes e, em certa medida, em sobreposição, um terceiro eixo teórico-analítico dá conta da ampliação dos fenómenos de precarização (objetiva e subjetiva) e da emergência de regimes híbridos de trabalho e emprego.

Nos últimos 30 anos, muita discussão se tem dedicado ao novo paradigma da “precariedade”, documentando a natureza mutável do regime de trabalho em tempos neoliberais (Antunes, 2020, 2018; Beck, 2007/2015, 1999/2000, 1986/1992; Bauman, 2000; Boltanski & Chiapello, 1999/2009; Castel, 2003, 1995; Gorz, 2003, 1998; Paugam, 2000; Sennett, 1998/2001; Standing, 2011). Tal está patente na difusão de contratos a termo (certo/incerto), temporário, pontual, trabalhador independente, subcontratado, “nómada digital”, entre outros. Ao mesmo tempo, esta diversidade de formas de emprego contribui para uma integração desigual no mercado de trabalho, reforçando as segmentações já existente fundadas nas divisões de género, classe, idade e etnia (van Doorn, 2017; Banks & Milestone 2011), como ameaçam as condições sociais de trabalho, pela menor proteção social e desregulação laboral no contexto da reprodução social do capitalismo neoliberal (Choonara et al., 2022; Fraser, 2017; Kalleberg, 2009; Kalleberg & Vallas, 2018; Standing, 2011; Zanoni, 2019).

Da sistematização da literatura, podemos “arrumar” os principais contributos teóricos e empíricos nos processos de precarização objetiva e subjetiva (Choonara et al., 2022), à qual pretendemos incluir as modalidades híbridas de trabalho. Ao configurarem novos (e velhos) arranjos de trabalho e organização, a hibridização do trabalho potencia a instabilidade e desregulamentação social e laboral nas dimensões objetivas e subjetivas.

Desde logo, pelo facto de as plataformas digitais promoverem a transversalidade da precarização, ao porem em jogo trabalhadores heterógenos, com conteúdos e estatutos diversificados. Podem mobilizar “nómadas digitais”, contratados diretamente pelas empresas ou a trabalharem por conta própria, como empresários ou freelancers, em regime de subcontratação (Huws, 2019; Huws et al., 2017; Interntional Labour Organization, 2021; Marques et al., 2022). Igualmente, podem conduzir a uma *retaylorização* do trabalho, desqualificação e perda de autonomia por parte dos trabalhadores, com novas formas de controlo indireto e algorítmico que contribuem para gerir e instrumentalizar os trabalhadores (Foucault, 1987/2010; Lupton, 2019; Mengay, 2020). Como tal, estão em causa situações de trabalho, posicionamentos e relações sociais distintas e desiguais, pelo que as plataformas digitais não são facilitadores técnicos neutros.

Por fim, importa realçar a erosão das fronteiras entre objetivo e subjetivo, formal e informal, profissional e privado/familiar, mediada pelas experiências em regime de trabalho remoto, ou teletrabalho, recorrendo, sobretudo, a plataformas digitais. A proximidade ao conceito de “hibridização” (Murgia & Pulignano, 2021; Murgia, et al., 2020; Azais, 2019) ou de “zonas cinzentas” (Bureau et al., 2019; Supiot, 2021, 2001), revela-se, por conseguinte, uma oportunidade para ir além do racional herdado desde a era fordista, fundado em hierarquias dicomizadas (Ricciardi, 2019), na oposição binária histórica entre emprego e autoemprego, formas de trabalho padrão e não padronizadas, formais e informais, remuneradas e não remuneradas. Este esbatimento de fronteiras das relações laborais coexiste com múltiplas características, direções e sentidos no mercado de trabalho que parecem resistir e escapar a representações dicotómicas e estáticas.

Investigação em Curso e Futura: Roteiro Metodológico

Esta investigação em curso assumiu no seu desenho de pesquisa duas etapas fundamentais. Uma primeira fase já realizada, de cariz exploratório e de aproximação aos profissionais de saúde⁴, permitiu-nos avançar com a

4 Os seus principais resultados foram já publicados (Marques, 2023a; Marques et al., 2021; Marques & Macedo, 2018).

elaboração de uma proposta de um modelo concetual do mercado de trabalho do setor da saúde; e uma segunda etapa que conduzirá ao desenvolvimento de uma abordagem alicerçada na sistematização da informação diversificada para o contexto nacional e internacional.

O hiato temporal entre a primeira etapa da investigação (2018–2019) e a subsequente, 2023–2024, justifica-se quer pela manifesta dificuldade de realização de trabalho de campo nos dois anos da pandemia, dada a pressão do setor de saúde para enfrentar a crise sanitária, quer pelo facto de se entender que seria necessário tempo de “maturação” face à identificação das principais implicações na agenda da política nacional de saúde, suas consequências no mercado de trabalho e trajetórias profissionais.

Na linha de Pavolini & Kuhlmann (2016), reconhecemos a escassez de investigação sobre esta temática e, em especial, no domínio do mercado de trabalho do setor da saúde. Ao mesmo tempo que se produzem indicadores a serem mobilizados em contextos de políticas públicas e ao nível das decisões organizacionais, é urgente aprofundar o nosso conhecimento com recurso a testemunhos e narrativas por parte dos atores sociais envolvidos nas diversas dimensões de precarização e seletividade do mercado de trabalho⁵.

Nesse sentido, para este capítulo, damos conta do reforço realizado ao nível da sistematização de fontes secundárias para o caso português, complementada com as entrevistas semiestruturadas realizadas a profissionais de saúde, o que potencia a triangulação de dados e subsequente análise do fenómeno da crescente individualização e subcontratação laboral, e suas consequências nas condições de trabalho e vida.

Em relação às fontes secundárias, analisou-se o Plano Nacional de Saúde 2012–2016, entretanto revisto e alargado até 2020, bem como o atual Plano Nacional de Saúde 2021–2030: Saúde Sustentável de Tod@s para Tod@s). O recente plano constitui um elemento basilar das políticas de saúde em Portugal, em articulação com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Foram também consultados documentos legislativos e os últimos relatórios do Observatório Português dos Sistemas de Saúde: *20 Anos de Relatórios Primavera* (2021) e *E agora?* (2022), com uma reflexão sobre o futuro do sistema nacional de saúde português e os desafios do SNS. Paralelamente, apoiamos em fontes estatísticas disponíveis mais recentes

⁵ Além dos profissionais de saúde, é nossa intenção incluir responsáveis institucionais (por exemplo, decisores políticos, gestores de hospitais/unidades de saúde familiar, sindicatos e ordens) para melhor se enquadrar as tendências de fundo identificadas neste estudo.

do Portal da Transparência do SNS e da Direção-Geral da Administração e do Emprego Público – Sistema de Informação da Organização do Estado (DGAEP–SIOE).

Se são patentes as mudanças no mercado do setor da saúde, condições de trabalho e consequências na qualidade de vida dos profissionais, tendo-se acentuado com a pandemia, é oportuno ilustrar as mesmas através de testemunhos recolhidos diretamente no quadro da investigação que concluiu uma primeira etapa do seu desenho de pesquisa, como referido. Privilegiou-se uma metodologia qualitativa, de cariz exploratório, que passou pela “entrada no terreno” a partir da realização de 32 entrevistas. Estas foram suportadas num guião semiestruturado orientado para os seguintes tópicos, com desenvolvimento dos mesmos no decorrer da recolha da informação: a) formação e acesso à profissão/ emprego; b) profissão e mudanças no quadro da política portuguesa; c) perspetivas face ao futuro do trabalho. Entre dezembro de 2017 a janeiro de 2018, realizaram-se entrevistas a nove profissionais de saúde em hospitais da zona norte de Portugal (um hospital de gestão de parceria público-privada e um hospital, de estatuto de empresa) e vinte e três entrevistas a profissionais dos cuidados de saúde primários do norte, centro e sul do país⁶.

A segunda etapa da investigação projetada, implica os seguintes procedimentos metodológicos, uns já em curso, outros em preparação, como sejam: a) mapeamento dos vínculos laborais, tendo em conta os “tipos-ideais” do modelo concetual concebido, aqui exposto, que estruturam os mercados de trabalho do setor da saúde; b) realização de estudos de casos em contextos organizacionais diferenciados (por exemplo, hospital público, privado, centros de saúde, unidades locais de saúde) no sentido de nos permitir comparar as estratégias de (des)regulação do mercado de trabalho e interpretar as capacidades de mobilização de recursos de poder e reivindicação nas recomposições das relações de trabalho no setor da saúde; c) diversificar e aprofundar o número de entrevistas semiestruturadas aos diversos grupos profissionais e responsáveis institucionais (por exemplo, responsáveis pela gestão das organizações de saúde, presidentes ou diretores clínicos de cursos de medicina a nível nacional, profissionais de saúde).

⁶ Seguiram-se os procedimentos regulados pelos princípios éticos, tal como estabelecido em normas consensuais de defesa da dignidade e da integridade humanas, isto é, após a obtenção das autorizações dos participantes foi-lhes explicado, e ficaram cientes de, que os dados obtidos poderiam ser divulgados junto da comunidade académica, respeitando o carácter confidencial das identidades.

Pretende-se, assim, assegurar maior robustez à proposta concetual dos sentidos do mercado de trabalho do setor da saúde vertida na parte final deste capítulo e que tem vindo a ser alvo de melhorias contínuas por via de comparação com outros estudos nacionais e internacionais.

Impactos da Empresarialização nos Profissionais de Saúde: Uma Radiografia Possível

A saúde apresenta-se como o principal desafio global para o futuro da União Europeia, seguido das alterações climáticas, pelo que o atual Plano Nacional de Saúde (2021–2030) se estrutura em três pilares centrais: a) o valor social da saúde enquanto objetivo maior na vida das pessoas; b) o papel central da Saúde, como “ponto de partida” e “ponto de chegada”, para o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável 2030; c) o planeamento estratégico em saúde de base populacional, enquanto instrumento metodológico com os seus diversos componentes e etapas⁷. Perante os desafios elencados, são apresentadas as estratégias a seguir, com particular destaque para assegurar o “universalismo proporcional” e a “qualidade do planeamento em saúde” (Tabela 1).

Tabela 1 *Desafios e mecanismos de suporte da implementação das estratégias de intervenção*
 Fonte. Adaptado de Plano Nacional de Saúde 2021–2030 (, p. 176; https://pns.dgs.pt/files/2022/03/PNS-21-30_Versao-editada-1_Final_DGS.pdf)

Desafios	Mecanismos de suporte
Cocriar	Parcerias internas e externas – manter, reforçar ou estabelecer.
Partilhar	Informação e conhecimento – sobre problemas e determinantes de saúde, e desigualdades em saúde; efetividade das estratégias de intervenção; análise do impacte na saúde; saúde pública de precisão; sistema de informação de saúde integrado e multidimensional; transição digital; redução do gap entre conhecimento científico e praxis (tomada de decisão e intervenção); plano de comunicação estratégica.
Comunicar	
Inovar	
Agir	Universalismo proporcional adequação do processo de implementação das estratégias de intervenção, financiamento das respetivas atividades e alocação de recursos à informação e conhecimento disponíveis sobre desigualdades – de sexo, grupo etário, geográficas, sociais e de acesso –, e populações vulneráveis [e.g. pessoas com vulnerabilidade socioeconómica, portadoras de deficiência, doenças raras, institucionalizadas, sem-abrigo, migrantes, refugiados, minorias étnicas e religiosas, e reclusos], com ganhos em eficiência e efetividade.
Incluir	

⁷ Documento disponível em linha no site do XXIII Governo Constitucional Português (<https://pns.dgs.pt/pns-2021-2030/>)

Assegurar	Qualidade do Planeamento em Saúde, desde o planeamento estratégico, de base populacional, até ao planeamento tático e operacional (incluindo o planeamento de contingência), abrangendo as Infraestruturas e Recursos Humanos (RH) de saúde garantia da qualidade do planeamento e governação em saúde, do nível nacional ao local; infraestruturas da saúde adequadas e sustentáveis; estudo prospetivo dos RH da saúde (enfoque no investimento dos cuidados de saúde primários, cobertura universal e saúde pública); satisfação profissional e prevenção do <i>burnout</i> ; reserva de RH para situações de emergência em saúde pública.
Investir	
Antecipar	
Alinhar	Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável Outros documentos, orientações ou estratégias de referência europeus e internacionais.

Com efeito, o contexto de pandemia destapou, com maior crueza, o desafio dos recursos humanos que resultam deste contexto crónico de subfinanciamento e de concorrência público/privado (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2022), com a desmotivação e a pouca atratividade junto de médicos recém-formados de carreiras estáveis e com perspetiva de evolução da sua formação e aprendizagem. Com a recente reforma da Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 95/2019; 2019), como tentativa de resposta aos desafios colocados hoje no setor da saúde, e os compromissos inscritos no capítulo “Satisfação dos Profissionais de Saúde – Reforçar a Política de Recursos Humanos do Serviço Nacional de Saúde”.

Segundo dados recentes retirados do Portal da Transparência do SNS e da DGAEP–SIOE, é possível atestar as tendências de fundo inscritas na revisão de literatura atrás realizada, com particular destaque para a privatização, desregulação e fragmentação das relações laborais no setor da saúde.

Da radiografia possível⁸, sistematizamos as seguintes ideias-chave a reter neste capítulo. Em primeiro lugar, o relato da falta de profissionais recorrente ao longo das sistematizações do Observatório Português do Sistema de Saúde (2021). Todavia, analisado os dados disponíveis entre 2016–2022, pode observar-se que o número de profissionais no SNS aumentou de 152.000 para 157.257 (Tabela 2). É certo, no entanto, que esse aumento se acompanha por uma distribuição assimétrica dos profissionais pelo território nacional, seguido por saídas maciças para o setor privado (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2022). Recentemente, a Entidade Reguladora da Saúde (2023) alertou para os riscos de uma

⁸ Dada a vastidão que nos remeteria uma radiografia ao setor da saúde, optámos por privilegiar os aspetos relacionadas com o enfoque deste capítulo.

presença maioritária de entidades de prestação de serviços privadas nos concelhos do interior do país⁹.

Tabela 2. *Evolução do número total de profissionais do SNS, e das categorias mais numerosas*
 Fonte. Adaptado de Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2022, p. 39).

	Março 2022	Março 2020	Março 2019	Março 2016
Médicos excluindo internos	21.176	19.602	18.827	17.045
Enfermeiros	50.526	45.639	42.916	39.149
Assistentes operacionais	31.325	27.087	25.417	24.726
Total	152.257	137.310	130.714	122.722

Mais importante ainda, é a visível proliferação de vínculos contratuais nos últimos anos (entre 2019 e 2023), que permite dar conta da presença já não apenas de relações laborais “protegidas”, por via de um contrato em funções públicas, mas também da existência de contratos individuais no quadro de funções públicas (seja em hospitais, seja em unidades de saúde familiar, entre outros contextos; Tabela 3).

Tabela 3 *Evolução do número de trabalhadores por tipologia de vinculação entre 2019 e 2023*
 Fonte. Adaptado do Portal da Transparência do Serviço Nacional de Saúde (s.d.)

Nota. * Inclui os contratos a termo resolutivo em contexto de funções públicas e os contratos a termo no âmbito do contrato individual de trabalho

Tipologia de Vinculação	(jul. 2019)		(jul. 2023)	
	N	%	N	%
Cargo político/ Mandato/ Comissão de Serviço	6 102	0,65	7 725	0,71
Contrato de Trabalho em funções públicas a tempo Indeterminado	457 227	48,83	420 416	38,85
Contrato de Trabalho individual a tempo Indeterminado	359 295	38,38	480 698	44,42
Contrato de Trabalho a termo (certo/incerto) *	90 592	9,68	141 990	13,12
Prestação de serviços (Avenças + Tarefas)	23 050	2,46	31 229	2,89
Total Geral	936 266	100	1 082 058	100

Pode-se destacar o relativo aumento do contrato individual de trabalho nos últimos anos, que passou de 38,38%, em 2019, para 44,42%, em 2023, representando uma variação de 6,12%. Em oposição, diminuiu a percentagem dos vínculos de trabalho por tempo indeterminado em funções públicas, indiciando uma tendência para a prevalência da individualização das

⁹ Sobre a distribuição dos prestações de serviços privados de saúde, consulte-se a informação disponível.

relações laborais no setor público da saúde em Portugal. Igualmente, os contratos a termo (incluindo a expressão de termo resolutivo como forma jurídica usada preferencialmente no quadro de funções públicas) aumentaram 3,44%, no período em análise, registando-se 13,12% em 2023¹⁰.

Também, o regime de trabalho na modalidade de prestação de serviços apresenta uma ligeira subida, ainda que seja residual, em 2023, face a 2019. Na verdade, o recurso a regimes de avenças ou a tarefeiros – este último particularmente evidenciado durante a crise pandémica – parece acentuar a radiografia atual de falta de profissionais no setor público da saúde. A estratégia de recrutamento destes profissionais por via da triangulação do trabalho tem vindo a ser sinalizada nos estudos mais recentes (Marques et al., 2021; Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2022) e pode expressar um movimento de base no sentido de esboroaamento de coletivos e/ou equipas de trabalho. Mais ainda, pode ser indiciadora de “zonas cinzentas” ou “opacas” de não regulação jurídica e, como tal, acompanhadas por uma diversidade de situações de trabalho: podendo incluir regimes pontuais de trabalho, a formas de complemento com outras modalidades de trabalho permanente, intensificando o ritmo de trabalho e degradando o bem-estar dos profissionais de saúde. Perante estas diversidade de vínculos laborais, com acentuação da individualização do contrato de trabalho e tudo o que isso significa em termos de acesso a direitos e proteção social, é possível admitir que se está perante a “instalação” de distintas e desiguais posições e trajetórias de acesso à profissão e desenvolvimento da carreira.

Em articulação com esta tendência, registe-se a evolução inquietante quanto ao saldo global entre entradas e saídas de profissionais de saúde na administração pública, face às saídas definitivas que incluem aposentação/reforma, caducidade (termo) de contrato extinção da relação de emprego por causa imputável ao trabalhador ou à entidade empregadora e morte (Gráfico 1)¹¹.

10 Numa análise mais aprofundada que é desenvolvida no capítulo de autoria de Marques e Sousa (2024), que integra a presente obra, importa referir que dentro dos contratos a termo, o peso relativo dos que se encontram a termo “incerto” é muito mais significativo dos que se encontram a termo “certo”. Tal significa maior imprevisibilidade e instabilidade do vínculo laboral para o profissional do setor da saúde, com todas as implicações e consequências a nível profissional e privado, bem como quanto a direitos laborais e proteção sindical.

11 Neste gráfico, não foram incluídos os/as trabalhadores/as em mobilidade e outras situações (como por exemplo, recrutamento interno, cedência, regresso de licença sem remuneração, comissão de serviço, entre outras) por forma a melhor ilustrar o saldo efetivo de recursos humanos no setor público da saúde.

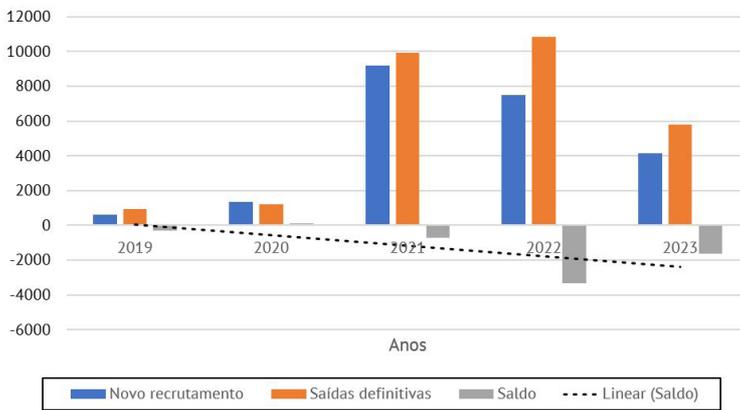


Figura 1. Entradas e saídas de trabalhadores no setor público da saúde

Fonte. Adaptado de Direção-Geral de Administração e do Emprego Público – Sistema de Informação de Organização do Estado (s.d.)

Fica patente que apesar do aumento de número de profissionais, muito em particular a partir de 2021, explicável pelo reforço deste setor face à crise pandémica, as saídas definitivas tendem a assumir valores superiores às novas entradas, ilustrando o saldo negativo registado. O ano de 2022, tal como já o referimos, parece ter sido um ano de viragem para a maior visibilidade quer da “insustentabilidade” do setor público de saúde por falta de médicos e outros profissionais, como também de configuração de uma agenda de reivindicações e contestações sociais.

Em segundo lugar, e em articulação com a menor atratividade da profissão para parte significativa dos grupos profissionais, assiste-se a uma pressão para a intensificação do trabalho e subsequente degradação das condições de trabalho no setor público da saúde.

Assim, seguindo de perto a informação disponível, apesar do aumento extraordinário de horas de trabalho de 11.200.000 para 21.900.000 entre 2016 e 2021, com um aumento particularmente acentuado de mais de 4.000.000 de horas em 2021 (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2022), assistiu-se a uma “erosão da produtividade” (p. 39), medida pelo total médio de serviço prestado por hora, por profissional, no SNS. Tal poderá ser explicado, em grande medida, porque as equipas centraram-se no tratamento de doentes COVID-19, adiando ou cancelando consultas e cirurgias. Todavia, considera-se que esse problema já vinha antes da

pandemia, com a “disrupção das equipas” por força da introdução das 35 horas semanais, que obrigou a contratar novos profissionais mais jovens e menos experientes (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2022, p. 39), mas também pelo aumento da taxa de absentismo, que passou de 11,2% para 12,4% e durante a pandemia chegou a aumentar 20%.

As causas para este absentismo também vêm de trás:

se alguns argumentam a falta de controlo da assiduidade, ou a falta de incentivos para ela (durante a Troika foram suprimidos estes incentivos), outros apontam o nível elevado de desgaste dos profissionais, esgotados pelas horas extraordinárias e as condições de trabalho pouco satisfatórias. (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2022, p. 40).

Como tal, a pressão sobre a produtividade agrava-se nos últimos anos, tanto como forma de combater a “fuga” ou “captura” de profissionais com contratos estáveis de funções públicas pelo setor privado, como a migração para outros países.

Em terceiro lugar, importa realçar os fatores de agudização da concorrência ao nível das condições salariais e de trabalho que reforçam a maior atratividade do privado junto de profissionais de saúde. Ao contrário do SNS, o setor privado goza de maior facilidade de contratação, sejam novas ou de substituições, e pode negociar contratos com total liberdade (remunerações e horários de trabalho), para cada profissional, independentemente do seu estatuto ou carreira.

Para o Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2022), apesar da relativa flexibilização registada durante a pandemia, o SNS

confronta-se com fortes constrangimentos em termos de contratação (que passam por um sistema complexo e demorado de autorizações), de remunerações e horários (fixados por tabelas). Em particular, o sistema de concursos não permite contratar médicos, enfermeiros e outros profissionais para o quadro (porque entrariam como despesas de pessoal) garantindo equipas coesas, a continuidade de cuidados e combater a disrupção das equipas. (p. 41)

Pelo contrário, o

privado aproveitou as dificuldades do público para atrair utentes e profissionais e, por outro lado, tem havido uma consolidação do setor, com a diminuição progressiva dos pequenos consultórios, cuja viabilidade financeira foi posta em causa durante a Grande Recessão e fortalecimento dos grandes grupos, capazes de fazer

face às perdas de rendimento pontuais e de absorver clínicas de menor dimensão” (p. 40).

Ora, face às restrições orçamentais, verificadas durante a crise da austeridade (Marques & Macedo, 2018) e os congelamentos dos concursos públicos a nível nacional, levaram o SNS à contratação de profissionais, através de fornecimentos e serviços externos a empresas de trabalho temporário, contribuindo para a erosão e a disrupção das equipas de trabalho, com custos substancialmente maiores. Igualmente, para atenuar a rigidez na contratação pública, os hospitais do SNS têm tentado recorrer ao “pagamento ao ato”, generoso, das consultas e cirurgias em produção adicional, e do pagamento de horas extraordinárias. Esta desigualdade remuneratória foi tão pronunciada em contexto de pandemia¹², que instigou o poder legislativo a aprovar o Decreto-Lei 50-A/2022 (2022) definindo um teto máximo de horas a serem pagas (50 a 70 euros/hora)¹³.

Como tal, poder-se-á argumentar que se assiste a uma “distorção” público-privada ao nível dos recursos humanos, que são limitados até pela capacidade em si limitada de formação ao nível superior de profissionais de saúde e menor capacidade de atrair profissionais num mercado internacional neste domínio. Esta tendência de privatização que, tendo conhecido um “terreno” fértil para a sua implantação com as reformas gestionárias e de empresarialização do SNS em Portugal (Marques & Falleiros, 2017), parece assumir-se como a alternativa “necessária” e não apenas “complementar” na prestação de cuidados por parte do serviço público de saúde¹⁴.

Dinâmicas de Precarização: Perceções dos Profissionais de Saúde¹⁵

As características e as especificidades dos profissionais no setor da saúde são relevantes na esfera produtiva e reprodutiva. Encontram-se associados

12 Por exemplo, foi amplamente noticiado que o hospital público das Caldas da Rainha chegou a pagar 85 euros/ hora para evitar o encerramento dos serviços (Schreck, 2022).

13 Todavia, as diferenças persistem até ao momento, podendo os hospitais pagarem até 90,56 euros/hora aos médicos prestadores de serviço para assegurarem o funcionamento das urgências.

14 Além do pagamento público, por via das subvenções contratualizadas com os prestadores privados de saúde, registre-se o esforço em termos de despesas com a saúde das famílias e dos seguros de saúde subscritos, que aumentaram significativamente nos últimos anos. Dada a complexidade desta temática e por requerer a mobilização de outro tipo de indicadores, a mesma não é alvo de tratamento neste capítulo. Para mais informação, consultar o recente estudo da Entidade Reguladora da Saúde (2023).

15 Os excertos que compõem esta secção foram alvo de publicação (Marques et al., 2021; Marques & Macedo, 2018).

a complexos e exigentes processos de inovação tecnológica e terapêutica, bem como à expertise, autonomia e poder, ainda que com visíveis desigualdades a nível intra/inter grupos. Igualmente, a presença de fenómenos de “zonas cinzentas” reforçam as tendências de fragmentação e desregulamentação dos vínculos de trabalho num setor até então caracterizado pela predominância de mercados protegidos (profissionais e internos).

Estas mudanças no mercado do setor da saúde, condições de trabalho e consequências na qualidade de vida dos profissionais, tendo-se acentuado com a pandemia, apresentam um lastro que remete para as situações e experiências de trabalho que a precedem. Na verdade, se atendemos aos seguintes excertos recolhidos em contexto pré-pandemia (entre 2018 e 2019), podemos identificar os processos de base da *precarização objetiva* em curso:

penso que o caminho laboral tem sido feito na direção de mais precariedade sob uma capa de flexibilidade, jargões muito em moda como ‘produtividade’ e ‘competitividade’ desequilibraram a relação laboral em desfavor do trabalhador e muitas vezes ironicamente com o consentimento deste. (E1 – Médico, 40 anos)

no quadro da política Portuguesa apesar do grande investimento em formação existe um claro desinvestimento na carreira destes profissionais que se encontra estagnada há mais de 18 anos. Este desinvestimento verifica-se também no recrutamento, apesar da carência cada vez mais acentuada destes profissionais no SNS. (E3 – Técnico de diagnóstico e terapêutica, 50 anos).

Mas, também, na visibilidade de fenómenos de precarização subjetiva na “injustiça”, na “gestão que engole a profissão” e no “*burnout*”, conduzindo a situações de pressão recorrente das hierarquias junto dos profissionais no sentido de realizarem horas extraordinárias e suprirem a falta de médicos e enfermeiros. Refira-se, a título de exemplo, o movimento de protesto, designado de “Médicos em Luta”¹⁶, na recusa da realização de mais do que 150 horas extraordinárias, tal como previsto pela lei. As perturbações nas equipas de trabalho e o seu impacto nas urgências, que dependem sobretudo

16 Segundo este movimento, aumento o número de profissionais que recusa fazer horas extraordinárias para além das 150 anuais a que a lei os obriga, numa época ainda mais complicada do que o habitual nos serviços de urgência, muitos dos quais dependem do trabalho suplementar para conseguirem completar as escalas e se manterem em funcionamento. Esta recusa afeta, pelo menos, 21 centros hospitalares e hospitais de norte a sul do país (Campos, 2023).

de “médicos internistas”, conduzem à disrupção de equipas de trabalho e ao encerramento de urgências por determinados períodos de tempo.

Vejo a minha evolução profissional como uma injustiça contínua. Fiz a minha licenciatura enquanto trabalhava. Investi, quer monetariamente, quer em tempo pessoal, continuamente na formação e atualização profissional. Tenho uma pós-graduação e um mestrado em Ciências de Enfermagem. Com todas as alterações e estagnação da carreira de enfermagem, continuo a ganhar menos que qualquer funcionário público licenciado que integre hoje a função pública. (...). Atualmente trabalho numa USF Modelo B. (...) no entanto, esta metodologia tem-se traduzido numa carga excessiva de trabalho, (...), implicando trabalhar sempre sobre stress e pressão. Isto tem tido efeito direto sobre as relações interprofissionais, gerando conflitos desnecessários, que ocorrem por desgaste das equipas e dos seus elementos. (E22 – Enfermeira USF Modelo B, 43 anos)

As mudanças foram muitas – por um lado a introdução das Parcerias Pública e Privada e, por outro lado, o congelamento das carreiras da função Pública. (...) o foco situou-se nos processos de gestão, no controlo de produção, no controlo de custos, na criação e acompanhamento de múltiplos indicadores, trouxe uma nova realidade para os hospitais. // (...) costume dizer que a Gestão engoliu a Saúde. As decisões e as opções são tomadas por elementos que não são profissionais de saúde. Estes últimos são apenas elementos consultivos e isso faz toda a diferença. (E5 – Enfermeira Gestora, 42 anos)

Passei pela dificuldade de adaptação aos vários programas informáticos, sem formação adequada, e passei do processo clínico em 2000 totalmente em papel para o atual (...) Quanto ao horário de trabalho desde que passei de interna para especialista que o meu vínculo de 42 horas é ultrapassado. (...). Os concursos médicos são muito demorados. Integrei um concurso em 2012 para Consultor, cuja prova foi em 2017, e aguardo a publicação do resultado final em DR. O controlo da assiduidade passou do livro de ponto para o controlo biométrico. Não há incremento de produtividade, apenas mais trabalho para o coordenador aquando da validação da assiduidade. Além disso a máquina falha muitas vezes na leitura da digital. O sistema informático é grande gerador de burnout. Várias aplicações diferentes, não interligadas, com palavras-passe diferentes, e falha recorrente nas mesmas com impacto muito negativo nas consultas” (E20 – Médica de uma USF, 45 anos)

É de assinalar, igualmente, a tomada de posição e/ ou resistência coletiva neste quadro de precarização objetiva e subjetiva, que exprime um movimento de proteção das suas jurisdições profissionais:

na minha equipa o número de elementos por turno foi reduzido, constituída por 60 Enfermeiros, eu e mais duas pessoas fizemos uma queixa à Ordem dos Enfermeiros decorrente daquilo que seria a redução de horas de cuidados a prestar aos doentes, outrora utentes e agora denominados de 'clientes' da instituição. Não obstante o serviço ter ficado com a redução de elementos fomos trocados de local de trabalho pelo atrevimento. (E4 – Enfermeiro delegado sindical, 40 anos)

Ficam patentes movimentos de contestação social dos grupos de profissionais, nomeadamente de médicos internos hospitalares, que declararam formalmente “escusa de responsabilidade” do ato profissional, por entenderem não estarem asseguradas as condições adequadas na prestação dos cuidados de saúde. Estes foram noticiados nos media, dando conta do pedido de escusa por parte dos enfermeiros da Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital de Santa Maria, com a justificação de não existirem profissionais suficientes. O mesmo se verificou com alguns médicos internos¹⁷ de ginecologia e de obstetrícia em todo o país, que alegam não terem as condições necessárias no trabalho, ou com alguns farmacêuticos do Instituto Português de Oncologia, que afirmam não verem as suas condições de segurança garantidas. Em 2023, persistem os movimentos de contestação das condições salariais e de carreira, por via de greves por grupos profissionais e seus respetivos sindicatos.

Considerações Finais

Tendo em conta as secções precedentes, são patentes os sinais de uma agenda não-universalista do setor da saúde em Portugal, que se ampliou durante a crise sanitária e que persiste na atualidade, exigindo dos diversos atores sociais e decisores políticos capacidade de negociação e diálogo em matéria de recursos humanos para fortalecer o SNS.

¹⁷ Foi enviada uma carta à ex-Ministra da Saúde, Marta Temido, em pleno agosto, assinada por centena de médicos internos (ou seja, vinculados a hospitais) a solicitarem “escusa” face ao Decreto-lei n.º 15/2023, de 24 de fevereiro que estipula as horas extraordinárias e respetivas remunerações. Também a Ordem dos Médicos refere que este comportamento é um “grito de alerta” para mudanças no SNS, tendo já recebido 230 pedidos de escusa de responsabilidade até junho de 2022 (Ordem dos Médicos, 2022).

Com efeito, a ausência de uma linha clara de orientação no investimento em saúde e no desenvolvimento organizacional do SNS, tem distorcido o padrão público-privado, com um setor privado a ser duplamente “alimentado” pela transferência de utentes e de profissionais do público para o privado. Esta distorção acentua-se ainda mais considerando as regiões do país. O recente estudo da Entidade Reguladora da Saúde (2023) identificou níveis de concentração alta da oferta privada em 133 concelhos, sobretudo no interior do país. Neste contexto, os riscos de uma saúde mais “cara” para os utentes e para o Estado são fonte de preocupação até porque os prestadores privados podem exigir condições contratuais mais favoráveis, como, por exemplo, preço mais elevado a pagar pelo SNS sob pena de não adesão à convenção e não prestação dos cuidados de saúde às populações do interior. Os riscos de menor variedade de serviços e restrições à liberdade de escolha apontados naquele estudo reforçam a preocupação de não serem asseguradas as condições para uma concorrência efetiva no setor hospitalar não público, agravando a agenda não-universalista atrás referida.

Não obstante a importância da temática das desigualdades sociais e seus determinantes de natureza diversa (classe social, género, idade, localização geográfica, entre outros), este capítulo centrou-se na crescente fragmentação e erosão das carreiras (por exemplo, diversidade de contratos e regimes de vinculação), fenómeno transversal no mundo do trabalho na atualidade, incluindo os grupos profissionais até então protegidos por “monopólios” delimitados pela sua credencial académica. A precarização objetiva e subjetiva das condições de trabalho remete-nos para registos de ambivalência laboral, para zonas cinzentas ou híbridas, ainda pouco conhecidas no domínio das ciências sociais.

Foi nosso propósito desafiar as dicotomias pelas quais o mercado de trabalho tem sido interpretado, desenvolvendo um modelo concetual (Marques, 2023a) no sentido de restituir visibilidade às transformações em curso, assente em dois eixos analíticos, a saber: a) o poder de regulação social e fixação de jurisdições; e b) a mobilidade dos profissionais em contexto inter/intra organizacional.

Daqui resultam quatro “tipos-ideais” de espaços de mercados de trabalho, inscritos num *continuum*, que podem variar entre maior ou menor regulação e entre mobilidade voluntária ou involuntária, designadamente:

- *mercados protegidos*, nas suas modalidades de: a) “mercados profissionais” (regulação por força do monopólio profissional) e b) “mercados internos” (regulação por força do direito de trabalho);

- *mercados híbridos*, nas modalidades de: c) “mercados terciarizados” (mobilidade voluntária como oportunidade salarial) e d) “mercados secundários” (mobilidade involuntária por força da cessação/não renovação do vínculo laboral).

Este ensaio tipológico, em construção, sistematiza contributos da sociologia do trabalho, das profissões e do mercado de trabalho, já avançados por nós em outros trabalhos publicados e em linha com os recentes estudos europeus (Kuhlmann et al., 2018; Pavolini & Kuhlmann, 2016; World Health Organization, 2022). Como tal, pretende-se confrontar o potencial heurístico da proposta deste modelo concetual, testando em concreto a relevância da formulação daqueles “tipos ideais” de mercados de trabalho, como forma de capturar as múltiplas características, direções e sentidos dos grupos profissionais, e, ao mesmo tempo, aferir as desiguais capacidades de mobilização de recursos de poder e reivindicação das relações de trabalho no setor da saúde. Futura investigação contribuirá para a validação daquele modelo de análise por confrontação empírica.

Referências

- Amaral, S., & Marques, A. P. (2017). Highly skilled Portuguese professionals: Who are they and what moves them out of the country? Profiles, factors and motivations. *European Journal of Social Sciences Education and Research*, 4(2), 73–87. <https://doi.org/10.26417/ejser.v9i2.p73-87>
- Antunes, R. (2020). *Coronavírus: O trabalho sob fogo*. Boitempo.
- Antunes, R. (2018). *O privilégio da servidão – O novo proletariado de serviço na era digital*. Boitempo.
- Azaïs, C. (2019). Hybridation. In M.-C. Bureau, A. Corsani, O. Giraud & F. Rey (Eds.). *Les zones grises des relations de travail et d'emploi. Un dictionnaire sociologique* (pp. 213–225). Teseo.
- Banks, M., & Milestone, K. (2011). Individualization, gender and cultural work. *Gender, Work and Organization*, 18(1), 73–89. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0432.2010.00535.x>
- Bauman, Z. (2000). *Liquid modernity*. Policy.
- Beck, U. (2015). *Sociedade de risco mundial – Em busca da segurança perdida* (M. Toldy & T. Toldy, Trad.). Edições 70. (Trabalho original publicado em 2007)
- Beck, U. (2000). *Un nuevo mundo feliz. La precariedad del trabajo en la era de la globalización* (B. M. Carrillo, Trad.). Piados. (Trabalho original publicado em 1999)
- Beck, U. (1992). *Risk society. Towards a new modernity* (M. Ritter, Trad.). Sage. (Trabalho original publicado em 1986)

- Bezes, P. & Dumazière, D. (2011). New public management et professions dans l'état: Au-delà des oppositions, quelles recompositions. *Sociologie du Travail*, 53(3), 294–305. <https://doi.org/10.4000/sdt.8348>
- Boltanski, L. & Chiapello, E. (2009). *O novo espírito do capitalismo* (I. C. Benedetti, Trad.). Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1999)
- Bourgeault, I., & Merritt, K. (2015). Deploying and managing health human resources. In E. Kuhlmann, R. B. Blank, I. L. Bourgeault & C. Wendt (Eds.), *The Palgrave international handbook of healthcare policy and governance* (pp. 306–324). Palgrave.
- Brown, P., & Calnan, M. (2016). Professionalism, trust and cooperation. In M. Dent, I. Bourgeault, J.-L. Denis & E. Kuhlmann (Eds.). *The Routledge companion to the professions and professionalism* (pp. 129–143). Routledge.
- Bureau, M.-C., Corsani, A., Giraud, O., & Rey, F. (2019). *Les zones grises des relations de travail et d'emploi. Un dictionnaire sociologique*. Teseo.
- Burns, E. A. (2019). *Theorizing professions. A sociological introduction*. Palgrave.
- Campos, A. (2023, 28 de setembro). Médicos recusam-se a fazer mais horas extras. “Nunca vi a classe tão unida”. *Público*. <https://www.publico.pt/2023/09/28/sociedade/noticia/medicos-recusam-se-horas-extras-vi-classe-tao-unida-2064854>
- Carvalho, T. (2009). *Nova gestão pública e reformas da saúde. O profissionalismo numa encruzilhada*. Edições Sílabo.
- Castel, R. (2003). *L'insécurité sociale. Qu'est -ce qu'être protégé?* Seuil.
- Castel, R. (1995). *Les métamorphoses de la question sociale*. Gallimard.
- Choonara, J., Murgia, A., & Renato, R. M. (2022). *Faces of precarity. Critical approaches to precarity: Work, subjectivities and movements*. Bristol University Press.
- Currie, G., Lockett, A., Finn, R., Martin, G., & Waring, J. (2012). Institutional work to maintain professional power: Recreating the model of medical professionalism. *Organization Studies*, 33(7), 937–962. <https://doi.org/10.1177/0170840612445116>
- Decreto-Lei n.º 15/2023, de 24 de fevereiro, Diário da República n.º 40/2023, Série I de 2023-02-24. (2023). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/15-2023-207760044>
- Decreto-Lei 50-A/2022, de 25 de julho, Diário da República n.º 142/2022, 1.º Suplemento, Série I de 2022-07-25. (2022). <https://diariodarepublica.pt/dr/pesquisa>
- Dent, M., Bourgeault, I. L., Denis, J.-L., & Kuhlmann, E. (2016). *The Routledge companion to the professions and professionalism*. Routledge.
- Direção-Geral de Administração e do Emprego Público – Sistema de Informação de Organização do Estado. (s.d.). Acedido a 21 de julho de 2023, em <https://www.dgaep.gov.pt/>

Entidade Reguladora da Saúde. (2023). *Estudo sobre a concorrência no setor hospitalar não público*. Retirado a 10 de agosto de 2023, de <https://www.ers.pt/pt/comunicacao/destaques/lista-de-destaques/estudo-sobre-a-concorrenca-no-setor-hospitalar-nao-publico/>

Eurofound. (2022). *Telework in the EU: Regulatory frameworks and recent updates*. Publications Office of the European Union.

Esping-Andersen, G. & Regini, M. (Eds.). (2000). *Why deregulate labour markets?* Oxford University Press.

Evetts, J. (2012). Sociological analysis of the new professionalism: Knowledge and expertise in organizations. In T. Carvalho, R. Santiago & T. H. Caria (Eds.), *Grupos profissionais, profissionalismo e sociedade do conhecimento* (pp. 13–27). Afrontamento.

Evetts, J. (2010). Reconnecting professional occupations with professional organizations: Risks and opportunities. In L. Svensson & J. Evetts (Eds.), *Sociology of professions: Continental and anglo-saxon traditions* (pp. 123-144). Bokforlaget Daidalos.

Fernandes, A. C. (Ed.). (2022). *Saúde em Portugal. Pensar o futuro*. Editora D'Ideias.

Foucault, M. (2010). *Vigiar e punir* (R. Ramalheite, Trad.). Vozes. (Trabalho original publicado em 1987)

Fraser, N. (2017). Crisis of care? On the social-reproductive contradictions of contemporary capitalism. In T. Bhattacharya (Ed.), *Social reproduction theory: Remapping class, recentring oppression* (pp. 21–36). Pluto Press.

Gonçalves, C. M. (2007). Análise sociológica das profissões: Principais eixos de desenvolvimento. *Sociologia*, 17/18, 177–224. <http://hdl.handle.net/10216/9224>

Gorz, A. (2003), *L'immatériel. Connaissance, valeur et capital*. Galilée.

Gorz, A. (1998). *Métamorphoses du travail. Quête du sens: Critique de la raison économique*. Gallilé.

Huws, U. (2019). *Labour in contemporary capitalism. What next?* Palgrave MacMillan.

Huws, U., Spencer, N. H., Syrdal, D. S., & Holts, K. (2017). *Work in the European gig economy: Research results from the UK, Sweden, Germany, Austria, The Netherlands, Switzerland and Italy*. Foundation for European Progressive Studies.

International Labour Organization. (2021). *World employment and social outlook 2021: The role of digital labour platforms in transforming the world of work*. Retirado a 30 de setembro de 2021, de http://www.ilo.org/global/research/global-reports/weso/2021/WCMS_771749/lang--en/index.htm

Johnson, T., Larkin, G., & Saks, M. (Eds.). (1995). *Health professions and the state in Europe*. Routledge.

Kalleberg, A.L. (2009). Precarious work, insecure workers: Employment relations in transition. *American Sociological Review*, 74(1), 1-22. <https://doi.org/10.1177/000312240907400101>

- Kalleberg A. L., & Vallas S. P. (Eds.). (2018). *Precarious work*. Emerald Publishing.
- Kirkpatrick, I. (2016). Hybrid managers and professional leadership. In M. Dent, I. Bourgeault, J.-L. Denis & E. Kuhlmann (Eds.). *The Routledge companion to the professions and professionalism* (pp. 175–187). Routledge.
- Kuhlmann, E., Batenburg, R., Wismar, M., Dussault, G., Maier, C. B., Glinos, I. A., Azzopardi-Muscat, N., Bond, C., Burau, V., Correia, T., Groenewegen, P. P., Hansen, J., Hunter, D. J., Khan, U., Kluge, H. H., Kroezen, M., Leone, C., Santric-Milicevi, M., Sermeus, W., & Ungereanu, M., (2018). A call for action to establish a research agenda for building a future health workforce in Europe. *Health Research Policy and Systems*, 16, 52. <https://doi.org/10.1186/s12961-018-0333-x>
- Kuhlmann, E., & Von Knorring, M. (2014). Management and medicine: Why we need a new approach to the relationship. *Journal of Health Services Research & Policy*, 19(3), 189–191. <https://doi.org/10.1177/1355819614524946>
- Lapiente, V., & Walle, S.V. de (2020). The effects of new public management on the quality of public services. *Governance*, 33(3), 461–475. <https://doi.org/10.1111/gove.12502>
- Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro, Diário da República n.º 169/2019, Série I de 2019-09-04. (2019). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/95-2019-124417108>
- Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro, Diário da República n.º 258/2002, Série I-A de 2002-11-08. (2002). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/27-2002-425487>
- Lupton, D. (2019). Digital risk society. In A. Burgess, A. Alemanno & J. Zinn (Eds.), *The Routledge handbook of risk studies* (pp. 301–309). Routledge.
- Maia, B. (2021). *O negócio da saúde. Como a medicina privada cresceu graças ao SNS*. Bertrand Editora.
- Marques, A. P. (2023a). Os sentidos de (des)regulação do mercado de trabalho no setor da saúde em Portugal. *Saúde e Sociedade*, 32(2), e220855pt. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902023220855pt>
- Marques, A. P. (2023b). Contexto de pandemia e (dis)posições dos trabalhadores no “regresso” ao trabalho em Portugal. In R. Festi (Ed.), *A tragédia de Sísifo: Trabalho, capital e suas crises no século XXI* (pp. 239–264). Paco Editorial. <https://hdl.handle.net/1822/85788>
- Marques, A. P. (2020a). Regresso ao trabalho em tempos pandémicos: Urgência de vinculação social. In M. Martins & E. Rodrigues (Eds.), *A Universidade do Minho em tempos de pandemia. Tomo III: Projeções* (pp. 127–151). UMinho Editora. <http://hdl.handle.net/1822/70259>
- Marques, A. P. (2020b). Crise e trabalho: Interrogações em tempos de pandemia. In M. Oliveira, H. Machado, J. Sarmiento & M. do C. Ribeiro (Eds.) *Sociedade e crise(s)* (pp. 31–37). UMinho Editora. <http://hdl.handle.net/1822/70382>
- Marques, A. P. (2018). Reformas de saúde nos países do sul da Europa, razão gestonária e profissionalismo. In S. Gomes, V. Duarte, F. B. Ribeiro, L. Cunha, A. M. Brandão & A. Jorge (Eds.), *Desigualdades sociais e políticas públicas* (pp. 415–434). Edições Húmus. <http://hdl.handle.net/1822/58777>

Marques, A. P. (2014). Mercados de trabalho no sector da saúde: Profissionalismo, paradoxos e dilemas de regulação. In M. I. Carsalade Martins, A. P. Marques, N. do R. Costa & A. Matos (Eds.), *Trabalho em saúde, desigualdades e políticas públicas* (pp. 127–139). CICS/ENSP/FIOCRUZ.

Marques, A. P. (2010). 'Sacralização' do mercado de trabalho. Jovens diplomados sob o signo da precariedade. *Configurações*, 7, 65–89. <https://doi.org/10.4000/configuracoes.183>

Marques, A. P., & Falleiros, I. (2017). Metamorfoses na política, valores empresariais e governação em saúde em Portugal. *Configurações*, (19), 72–88. <https://doi.org/10.4000/configuracoes.4009>

Marques, A. P., Estanque, E., Silva, E. J., Festi, R. C. (2022). Trabalho e nomadismo digital: Práticas, sentidos e regulações. Uma introdução. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 129, 77–84. <https://doi.org/10.4000/rcs.13942m>

Marques, A. P., & Macedo, A. P. (2018). Health policies in southern Europe and deregulation of labour relations: A glimpse of Portugal. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(7), 2253–2264, <https://doi.org/10.1590/1413-81232018237.09282018>

Marques, A. P., Rosário, H. R. V., & Macedo, A. P. M. (2021). Dilemas do exercício profissional no setor da saúde em Portugal. In P. Francisco da Silva & D. Soares (Eds.), *Saúde coletiva avanços e desafios para a integralidade do cuidado. Volume 3* (pp. 198-215). Editora Científica Digital. <https://doi.org/10.37885/211006378>

Marques, A. P., & Sousa, B. (2024). Novas configurações jurídicas laborais da saúde em Portugal: Mapeamento de "zonas cinzentas". In A. P. Marques, K. R. de Medeiros, M. I. C. Martins & H. Serra (Eds.), *Estado, economia e trabalho em saúde. Brasil e Portugal no rescaldo da pandemia*. UMinho Editora.

McGivern, G., Currie, G., Ferlie, E., Fitzgerald, L., & Waring, J. (2015). Hybrid manager-professionals' identity work: The maintenance and hybridization of professionalism in managerial contexts. *Public Administration*, 93(2), pp. 412–432. <https://doi.org/10.1111/padm.12119>

Mengay, A. (2020). Digitalization of work and heteronomy. *Capital & Class*, 44(2), 273–285. <https://doi.org/10.1177/0309816820904032>

Murgia, A. & Pulignano, V. (2021). Neither precarious nor entrepreneur: The subjective experience of hybrid self-employed workers. *Economic and Industrial Democracy*, 42(4), 1351–1377. <https://doi.org/10.1177/0143831X19873966>

Murgia, A., Bozzon, R., Digennaro, P., Mezihorak P., Mondon-Navazo, M., & Borghi, P. (2020). Hybrid areas of work between employment and self-employment: Emerging challenges and future research directions. *Frontiers in Sociology*, 4, Article 86. <https://doi.org/10.3389/fsoc.2019.00086>

Muzio, D., & Kirkpatrick, D. (2011). Introduction: Professions and organizations: A conceptual framework. *Current Sociology*, 59(4), pp. 389–405. <https://doi.org/10.1177/001139211140258>

Noordegraaf, M. (2006). Professional management of professionals: Hybrid organisations and professional management in care and welfare. In J. W. Duyvendak, T. Knijn & M. Kremer (Eds.).

Policy, people, and the new professional (pp. 181–193). Amsterdam University Press.

Noordegraaf, M., & Van Der Meulen, M. (2008). Professional power play: Organizing management in health care. *Public Administration*, 86(4), 1055–1069. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9299.2008.00746.x>

Numerato, D., Salvatore, D., & Fattore, G. (2011). The impact of management on medical professionalism: A review. *Sociology of Health & Illness*, 34(4), pp. 626–644. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2011.01393.x>

Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2022). *Relatório de primavera 2022 | E agora?* Retirado a 20 de novembro de 2022, de <https://www.opssaude.pt/wp-content/uploads/2022/06/RELATORIOPRIMAVERA-2022.pdf>

Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2021). *20 anos de relatórios de primavera. Percurso de aprendizagem*. Retirado de 20 de novembro de 2022, em <https://www.ensp.unl.pt/wp-content/uploads/2021/06/rp-2021v2.pdf>

Ordem dos Médicos. (2022, 9 de junho). *Escusas de responsabilidade são “um grito de alerta” para mudanças urgentes no SNS*. <https://ordemdosmedicos.pt/escusas-de-responsabilidade-sao-um-grito-de-alerta-para-mudancas-urgentes-no-sns/>

O’Reilly, D., & Reed, M. (2011). The grit in the oyster: Professionalism, managerialism and leaderism as discourses of UK public services modernization. *Organization Studies*, 32(8), 1079–1101. <https://doi.org/10.1177/0170840611416742>

Pavolini, E. & Kuhlmann, E. (2016). Health workforce development in the European Union: A matrix for comparing trajectories of change in the professions. *Health Policy*, 120(6), 654–664. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.03.002>

Paugam, S. (2000). *Le salarié de la précarité*. PUF.

Portal da Transparência do Serviço Nacional de Saúde. (s.d.). Acedido a 28 de agosto de 2023, em <https://www.sns.gov.pt/transparencia/>

Programa do XXIII Governo Constitucional. (2022). Retirado a 15 de maio de 2022, de <https://www.portugal.gov.pt/pt/gc23/governo/programa-do-governo>

Rego, R. (Ed.). (2013). *The trend towards the European deregulation of professions and its impact on Portugal under crisis*. Palgrave Pivot.

Ricciardi, F. (2019). Prologomène des zones grises. In M.-C. Bureau, A. Corsani, O. Giraud & F. Rey (Eds.), *Les zones grises des relations de travail et d’emploi. Un dictionnaire sociologique* (pp. 425–35). Teseo.

Schreck, I. (2022, 26 de agosto). Preço/hora dos prestadores de serviço pode atingir 90,56 euros, esclareceu a ACSS. Hospital das Caldas da Rainha pagou 85 euros/hora para evitar encerramento do serviço. *Jornal de Notícias*. <https://www.jn.pt/nacional/hospitais-pagam-mais-de-dois-mil-euros-por-24-horas-a-medicos-tarefairos-15116139.html/>

Sennett, R. (2001). *A corrosão do carácter – As consequências pessoais do trabalho no novo capitalismo* (Freitas & Silva, Trans.). Terramar. (Trabalho original publicado em 1998)

Serra, H. (2018). Managerial doctors: Professionalism, managerialism and health reforms in Portugal. In F. Sowa, R. Staples & S. Zapfel (Eds.), *The transformation of work in welfare state organizations. New public management and the institutional diffusion of ideas* (pp. 74–91). Routledge.

Standing, G. (2011). *The precariat: The new dangerous class*. Bloomsbury Academic.

Suddaby, R., & Viale, T. (2011). Professionals and field-level change: Institutional work and the professional project. *Current Sociology*, 59(4), pp. 423–442. <https://doi.org/10.1177/0011392111402586>

Supiot, A. (2021). Labour is not a commodity: The content and meaning of work in the twenty-first century. *International Labour Review*, 160(1). <https://doi.org/10.1111/ilr.12205>

Supiot, A. (2001). *Beyond employment. Changes in work and the future of labour law in Europe*. Oxford University Press.

Svensson, L. & Evetts, J. (Eds.). (2010). *Sociology of professions: Continental and anglo-saxon traditions*. Bokforlaget Daidalos.

Taylor, M., & Rioux, S. (2018). *Global labour studies*. Polity Press.

van Doorn, N. (2017). Platform labor: On the gendered and racialized exploitation of low-income service work in the 'on-demand' economy. *Information, Communication & Society*, 20(6), 898–914. <https://doi.org/10.1080/1369118X.2017.1294194>

Wismar, M., Maier, C. B., Glinos, I. A., Dussault, G., & Figueras, J. (Eds.). (2011). *Health professional mobility and health systems. Evidence from 17 European countries*. European Observatory on Health Systems and Policies.

World Health Organization/Regional Office for Europe. (2021a). *Roadmap to professionalizing the public health workforce in the European Region*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/351526>

World Health Organization/Regional Office for Europe. (2021b). *The European Programme of Work, 2020–2025: United Action for Better Health*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Acedido a 20 julho de 2023, em <https://www.who.int/europe/about-us/our-work/european-programme-of-work>

Zanoni, P. (2019). Labor market inclusion through predatory capitalism? The 'sharing economy', diversity, and the crisis of social reproduction in the Belgian coordinated market economy. In S.P. Vallas & A. Kovalainen (Eds.), *Work and labor in the digital age* (pp. 145–164). Emerald.

Novas Configurações Jurídicas Laborais da Saúde em Portugal: Mapeamento de “Zonas Cinzentas”

<https://doi.org/10.21814/uminho.ed.136.9>

Ana Paula Marques

Centro de Estudos de Comunicação e Sociedade, Instituto de Ciências Sociais, Universidade
do Minho, Braga, Portugal
<https://orcid.org/0000-0002-9458-2915>
amarques@ics.uminho.pt

Berta de Sousa

Centro de Estudos de Comunicação e Sociedade, Instituto de Ciências Sociais, Universidade
do Minho, Braga, Portugal
<https://orcid.org/0009-0004-9996-1238>
id10511@alunos.uminho.pt

Resumo

A empresarialização e privatização do setor da saúde em Portugal constitui um movimento de fundo das reformas implementadas nas últimas décadas. Fruto de alterações das relações jurídico-laborais, as dinâmicas laborais dos profissionais da saúde têm-se gizado em áreas pouco transparentes e nebulosas, de “não direito”, a que muitos autores têm atribuído a designação de “zonas cinzentas” ou regimes “híbridos” de trabalho. A partir de uma investigação de doutoramento em curso, e na base de uma metodologia exploratória de pesquisa assente em fontes secundárias e análise documental, visa-se: a) sistematizar as contribuições teóricas sobre a desregulamentação do trabalho e instabilidade das condições de trabalho no setor saúde; e b) contribuir para o mapeamento das novas configurações das relações jurídico-laborais.

Palavras-chave

Portugal, profissionais de saúde, zonas cinzentas, relações jurídico-laborais, desregulação

Introdução

As sociedades e as economias contemporâneas vivem profundas e rápidas transformações marcadas pela globalização dos mercados e da economia, pelas mudanças tecnológicas, pela incorporação nas empresas dos sistemas digitais e de inteligência artificial, assim como pela introdução de novos modelos de gestão nas organizações. Com efeito, se os Trinta Anos Gloriosos¹ foram pautados pela intervenção do Estado, regulamentação, fraca abertura das economias e mercados financeiros controlados, a partir dos finais do século XX, assiste-se à expansão de um mercado financeiro global, com impactos a vários níveis, muito em especial a nível político-institucional e económico-organizacional.

Desde logo, importa dar conta da proliferação de empresas multinacionais, redes de empresas e respetivos modelos de reengenharia organizacional (por exemplo, deslocalização, *downsizing*, *outsourcing*, plataformas colaborativas, entre outros). Abrangendo diferentes países e continentes, estas novas formas de empresarialização podem assumir contornos “novos” e “híbridos”, já que, apesar de configurarem empresas formais, muitas encontram-se desprovidas de autonomia financeira e são dependentes de políticas gerais de gestão do grupo a que pertencem. Em rigor, mantêm-se subordinadas à “empresa-mãe”, que detém o poder e a responsabilidade sobre as administrações das respetivas sucursais e/ou filiais. *Além disso, é potenciado o afastamento do regime jurídico-laboral do país onde se implantam, sendo que a subordinação jurídica dos trabalhadores deixa de se encontrar balizada às estruturas de poder internas, acolhendo novas configurações resultantes da dependência para com a empresa-sede, que atua à escala global. Como tal, muitas destas empresas contribuem para a expansão de modalidades flexíveis/“atípicas” de trabalho e emprego, acompanhadas por alterações significativas nos regimes de proteção social e intervenção estatal.*

Mais recentemente, por força da utilização de plataformas digitais (International Labour Organization, 2021) e inteligência artificial, emergem novas formas de emprego e novos tipos de trabalhadores, com novas

¹ Entende-se por Trinta Anos Gloriosos os anos de reconstrução económica e social da Europa pós II Guerra Mundial, até à crise petrolífera de 1973.

designações como “nómadas digitais”, “freelancers”, “trabalhadores híbridos”, que revelam a ausência de regulação da força de trabalho (Marques, 2022). Igualmente dão conta da diversificação de atores institucionais, com particular protagonismo do setor privado, e, mais recentemente, das empresas de trabalho temporário. Estas tendências têm potenciando novas formas de desregulamentação laboral e instabilidade das condições de trabalho, reforçando as desigualdades económicas, políticas e sociais e ameaçando os alicerces do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Neste âmbito, importa desde logo questionar em que medida o conjunto destas transformações condiciona as condições laborais e a arquitetura do trabalho e emprego no setor da saúde em Portugal. Com efeito, as transformações que temos vindo a dar conta não têm apenas consequências nas estruturas de produção do setor privado e internacionalizado; de modo igual, encontram espaço de ação no seio das organizações e instituições públicas nacionais. A crise da eficácia e eficiência dos modelos de governação racional e burocrática tem dado abertura e consolidação a novos modelos de organização e gestão (Marques, 2018), que são cada vez mais apoiados por um sistema de gestão por objetivos, que se alastra de forma inelutável às empresas e organizações do Estado e que, de modo especial, atinge as entidades prestadoras de cuidados de saúde e os respetivos trabalhadores. Com o agravamento da crise global e estrutural, a partir de 2008 até à atualidade, incluindo o período da austeridade sob o memorando *da troika*, muitas das reformas prosseguidas nos países do Sul da Europa tendem a sustentar modelos de proteção social e desenvolvimento de políticas de saúde que aprofundam tendências de: a) privatização e suborçamentação por parte do Estado; b) difusão de contratos de gestão privada orientada por imperativos de produtividade e externalização de serviços; c) introdução de software e plataformas online que integram o exercício profissional nas diversas vertentes (desde gestão à interação com utentes e sociedade civil); d) congelamento de carreiras e precarização dos vínculos laborais dos profissionais de saúde; e) intensificação dos ritmos de trabalho, desvalorização salarial e proteção social; e f) constituição de fluxos emigratórios volumosos de profissionais qualificados do setor da saúde.

A partir de uma investigação de doutoramento em curso, visa-se, por um lado, sistematizar as principais contribuições teóricas que sustentam as tendências recentes de desregulamentação laboral e a instabilidade das condições de trabalho no setor da saúde; por outro, apoiada numa metodologia exploratória e, com especial enfoque, na pesquisa documental de fontes secundárias, pretende-se contribuir para o primeiro mapeamento das “novas” configurações que caracterizam, atualmente, as relações jurídico-laborais em que se inscrevem os profissionais de saúde.

O presente capítulo encontra-se estruturado em quatro partes, para além da introdução e conclusão. Na primeira e segunda partes, abordam-se as transformações que se operaram nos mercados de trabalho e emprego e as suas implicações nas estruturas dos vínculos laborais no setor da saúde em Portugal, alertando para novos conceitos, como “zonas cinzentas” e regimes “híbridos” de trabalho. Esta discussão não se faz sem que se convoque o quadro mais geral de reformas do setor da saúde próximo do que se convencionou designar por *new public management*² (nova gestão pública). De seguida, dá-se conta da estratégia metodológica adotada para os propósitos deste estudo, identificando-se, posteriormente, os principais marcos de reforma jurídico-laboral ao mesmo tempo que se apresenta um conjunto de dados preliminares que concorrem para o mapeamento das zonas cinzentas do trabalho no setor da saúde português.

(Des)Regulação Para lá da Norma de Emprego

A regulação das relações laborais por via da moldura jurídica tinha definido até então o que é considerado a *norma* de um emprego típico dominante no contexto de sociedade assalariada correspondente ao período hegemónico da racionalização fordista de produção. Ao mesmo tempo, estas normas jurídicas definiam as regras do jogo no contexto da relação laboral (Bureau, et al., 2019). Estas assentavam na subordinação do trabalhador a uma única entidade empregadora e a remuneração da força de trabalho encontrava fundamento num vínculo de emprego estável e num padrão específico de sistemas de carreiras e de profissões. De forma genérica, a norma de emprego assentava nos seguintes atributos de vinculação contratual: a) ser uma relação de trabalho por tempo indeterminado; b) ser exercida a tempo inteiro; c) e contemplar proteção laboral e social por via do papel relevante das relações coletivas de trabalho. Sempre que não se verificasse um ou mais daqueles atributos, estar-se-ia perante uma relação “atípica”. Assim, estas formas atípicas de trabalho podem ir desde atividades simplesmente não declaradas (sob a forma de “emprego dissimulado” que, sem ser ilegal em si, não é declarado a uma ou a mais autoridades administrativas que dele devem ter conhecimento e que, por esta via, se encontra subtraído à regulamentação e tributação ou à redução das prestações de segurança social) a formas de contratos temporários, a tempo inteiro ou a tempo parcial (Célestin, 2000). Como tal, assiste-se a uma profusão de vínculos

² Ainda que não sejam totalmente convergentes as correntes que dão origem à *new public management*, com esta expressão pretende-se enfatizar a generalização dos princípios de mercado e consumismo, de um discurso gestor e controlador explícito na lógica de resultados, qualidade e avaliação.

contratuais atípicos assentes na desregulação (Felstead & Jewson, 1999; Kalleberg & Vallas, 2018; Marques, 2020a,2020b,2020c; Standing, 2011; Supiot, 2021, 2001).

É importante referir que esta tendência para a “atipicidade” e desregulação das relações laborais não se encontra dissociada de exigências de flexibilidade, com contrapartidas de natureza política, económica e técnica para as empresas em geral (Boyer, 1996). Perspetivada como uma oportunidade do ponto de vista empresarial, a flexibilização da força de trabalho traduziu-se em práticas de gestão de recursos humanos de flexibilização quantitativa e precária, pela proliferação de trabalho de duração determinada (a termo certo e incerto), contratos de trabalho temporário, contratos de trabalho a tempo parcial (*part-time*) e trabalho independente ou autoemprego. Como tal, esta tendência para a flexibilização, acompanhada por processos de privatização, desregulação e individualização transversais à sociedade em geral (Boltansky et al., 1999/2009), têm respondido por metamorfoses do trabalho (Antunes, 2018), sobretudo contribuindo para a erosão de “culturas” de trabalho, identidades socioprofissionais e capacidade de projetar o futuro (Marques, 2022).

Assim, é indiscutível que os novos processos de trabalho e as novas arquiteturas das organizações e das empresas, desencadearam o surgimento de outros tipos de trabalhadores, cujas características se afastam daquele “tipo ideal” de *norma* de emprego e afetam, não somente a vida dos trabalhadores, mas também as dimensões económicas, sociais e culturais das sociedades. Estas configurações particulares na estrutura dos sistemas de vinculação laboral tendem a assentar numa possibilidade implícita, por parte das entidades empregadoras, de promoverem uma regulação do trabalho autónoma, quase privada, que pode decorrer à margem daquela relação laboral convencional ou típica. Esta proposição é característica das alterações da economia pautadas pela substituição progressiva dos Estados, pelos mercados financeiros e por empresas multinacionais, cujos princípios orientam toda a atividade económica (Dieuaide, 2017).

Na verdade, a relação de emprego inscreve-se num campo de forças internas aos grupos que ultrapassam os direitos e os deveres dos empregadores, tal como prescritos pelo contrato de trabalho, e atribuem margens de liberdade de atuação às entidades empregadoras. O conjunto de todas estas circunstâncias desenha-se em áreas pouco transparentes, nebulosas, em

zonas de “não direito” e desreguladas. Para muito autores, estas tendências de fundo acompanham as que já vinham a instituir processos de precarização objetiva e subjetiva transversal a um número crescente de grupos de trabalhadores (Choonara et al., 2022).

Na base da nossa argumentação, em contraciclo ao longo período de expansão de consolidação de regimes de *welfare state* na Europa (Esping-Andersen, 1990) e que contribuíram para a institucionalização de uma norma padrão de emprego, salvaguardando-se as especificidades atribuídas a Portugal no contexto de reformas próximo dos países do mediterrâneo (Ferrera, 1999; Marques & Macedo, 2018; Santos, 1993; Silva, 2002), assiste-se à crescente desregulação da moldura jurídico-laboral do Estado social. Observa-se, assim, a passagem de um contexto laboral de cariz regulador e intervencionista, em que as dinâmicas do trabalho eram pilotadas por conflitos sociais e pela forte intervenção dos sindicatos, para novas configurações das relações de trabalho em que existem novas hierarquias de normas, ganhando terreno sobre os contratos convencionais de trabalho e sobre a negociação coletiva. A penetração do poder económico-empresarial na regulamentação das relações de trabalho tem permitido abrir “as portas” à indefinição e à opacidade das responsabilidades jurídicas do empregador perante os trabalhadores, o que, em caso de litígio, torna difícil a proteção dos interesses da parte mais vulnerável desta relação, que o próprio direito do trabalho visa proteger. Na verdade, o contrato de trabalho tem como princípios fundamentais a proteção do trabalhador, que ocorre logo no momento da formação do contrato de trabalho, estendendo-se pela sua execução. Neste sentido, o direito do trabalho surge com o objetivo de impor limites à atuação do empregador (Leitão, 2010).

No contexto descrito, assiste-se a uma regulação que se autonomiza e que opera de modo quase discricionário, o que contrasta com a referida relação tradicional de emprego (Dieuaide, 2017). Assiste-se, assim, ao afastamento da negociação sindical, enquanto garantia da convergência de interesses entre patrões e empregados, destapando o desequilíbrio entre a realidade prática e o papel efetivo dos parceiros sociais na intervenção da regulação das relações laborais.

Atendendo ao funcionamento quase extra-jurídico de que falamos, as alterações das relações laborais parecem ser acompanhadas pelo enfraquecimento da negociação e concertação social, porquanto as entidades empresariais, ao gerirem e codificarem as relações de trabalho, vão afastando destes processos quer a intervenção sindical, quer o contrato de natureza

convencional baseado em relações laborais de “tipo efetivo”, estáveis e abrangidas por sistemas de proteção social.

Neste contexto, avista-se a refração da intervenção do direito do trabalho nas políticas de gestão de recursos humanos (Supiot, 1994), deixando o conflito de constituir a alavanca da mudança e da construção de direitos e de deveres entre as partes. A força da superioridade da lei e do direito do trabalho vê-se enfraquecida face ao surgimento de contratos individualizados, atípico, e à prioridade concedida aos acordos de empresa, em desfavor dos acordos coletivos. Concretiza-se, desta forma, a liberalização das condições de exercício do poder por parte das entidades empregadoras, conduzindo a uma maior fragilidade e subordinação do trabalhador.

As dinâmicas jurídico-laborais junto dos profissionais do setor da saúde têm revelado profundas transformações face ao predomínio de mercados “protegidos”. Com efeito, a área da saúde tem-se gizado em áreas pouco transparentes e nebulosas, de “não direito” ou regimes “híbridos” de trabalho, dando lugar também à existência de mercados segmentados constituídos pela presença de diversos vínculos contratuais (por exemplo, contratos individuais a termo em funções públicas, tarefeiros e prestação de serviços pela presença de empresas de trabalho temporário³), mesmo em países com forte tradição sindical. No alinhamento de diversos autores, este processo de constante mutação das formas em que o trabalho se apresenta pode ser apreendido pela noção de “zona cinzenta de trabalho e emprego” (Bureau et al., 2019; Carelli & Carelli, 2020; Dieuaide, 2017), como daremos conta no ponto seguinte.

“Zonas Cinzentas” no Contexto do Trabalho no Setor da Saúde em Portugal

O termo “zona cinzenta” é encontrado primeiramente no vocabulário geopolítico para definir áreas geográficas que escapam ao poder dos Estados.

³ A presença de empresas de recrutamento (externalizadas) ao fornecer mão de obra — sobretudo médicos “tarefeiros” — tem contribuído para inflacionar o valor hora a cobrar, criando clivagens e desigualdades nas equipas de saúde vinculadas ao setor público. Esta situação particular levou, em 2022, à intervenção do governo, através do Decreto de Lei 50-A/2022 (2022), a estabelecer um teto máximo de horas a serem pagas (50 a 70 euros/hora). Todavia, como se sabe, as diferenças persistem até ao momento. Ao mesmo tempo, mais recentemente, em 2023, têm sido visíveis vários movimentos de contestação de recusa à realização de mais do que 150 horas anuais no serviço de urgência hospital, criando dificuldades de gestão dos diversos serviços públicos de prestação de cuidados de saúde.

Serão zonas sem lei ou zonas de não direito, criadas por instituições estatais e supranacionais. Ora, este conceito sofreu uma ampla expansão e tem sido aplicado no âmbito dos estudos que versam sobre as transformações das estruturas que afetam as dinâmicas laborais.

A análise das relações de trabalho no contexto de globalização da economia, permite, como avança Dieuaide (2017), identificar três zonas cinzentas na esfera das relações laborais. O primeiro espaço revela a alteração profunda do âmbito das relações de subordinação, porquanto a gestão das empresas deslocalizadas está permanentemente controlada e dependente das empresas-mãe. A segunda zona é a que emerge do enfraquecimento da relação de emprego em virtude da intervenção, em grande escala, das políticas contratuais individualizadas na regulação social das empresas. A terceira zona cinzenta surge do afastamento da negociação coletiva em benefício de uma regulação de controle e de acordos de empresa que se lhe sobrepõe (Dieuaide, 2017).

Desta forma, a ideia de zona cinzenta permite explorar o enfraquecimento das categorias binárias do trabalho, como trabalhador independente/assalariado, emprego/desemprego, que se desenvolveu sob a égide do compromisso social fordista (Bureau et al., 2019; Marques, 2022). Por um lado, as dinâmicas implícitas no conceito de zona cinzenta remetem-nos para a ideia de incerteza no *status* profissional, para a incerteza e vulnerabilidade dos direitos sociais e para a ausência de proteção legal, circunstâncias que caracterizam a situação de muitos dos trabalhadores na atualidade.

Não pensemos que, em matéria de relações de trabalho, a noção de zonas cinzentas somente alcança expressão nos países onde a economia informal se encontra intensamente presente. Pelo contrário, nos países desenvolvidos e nas economias modernas, apesar da relação laboral assente no modelo binário clássico permanecer alicerçada, no plano institucional, existem vários exemplos inseridos em zonas cinzentas que demonstram a dificuldade de definir as fronteiras da relação laboral.

Como tal, importa que a abordagem sociológica parta de renovados pressupostos teóricos e conceptuais, bem como metodológicos, capazes de apreender, interpretar e explicar o surgimento de formas “atípicas” de trabalho e novas configurações jurídico-laborais a partir da noção de zona cinzenta. Assim, o recurso a esta noção configura, portanto, um importante instrumento de análise das relações de trabalho atuais e incrementa a

necessidade de novas abordagens que vão mais longe nas interpretações e conceitos baseados na norma fordista, fornecendo o quadro analítico do processo de mudança institucional (Bureau et al., 2019; Costa et al., 2021; Dieuaide, 2017).

Assim, a zona cinzenta exprime uma nova forma de relação de emprego e desenha novos modos dos empregadores estabelecerem relações de trabalho com os trabalhadores que, no contexto atual de globalização e de digitalização, se estruturam a partir de determinações que estão longe de ser claras, transparentes e equilibradas. Deste modo, a zona cinzenta não pretende mostrar um disfuncionamento, mas um novo modo, um novo tipo de relação de emprego (Dieuaide, 2017) que nos interessa encontrar no contexto de trabalho no setor da saúde em Portugal.

No que toca ao setor da saúde, os novos modelos de gestão, em particular, a *new public management* tende a estender-se a todas as entidades prestadoras de cuidados de saúde, públicas ou público-privadas, impulsionadas pelos governos neoliberais e inspiradas pelas teorias do capital humano.

Ora, a teoria do capital humano⁴ de assenta na ideia da gestão científica do trabalho humano, em que o homem é visto a partir de conceitos capitalistas, transformando o eu em capital, e o fator humano num recurso disponível a ser utilizado em forma de energia produtiva, em consonância com os objetivos estratégicos da organização (De Gaulejac, 2011). Neste contexto, os indivíduos tornar-se-iam mais responsáveis ao acreditar que o seu insucesso advém apenas dos próprios e não das estruturas ou sistemas económicos. O desemprego, por exemplo, significa que não conseguem “vender”, como uma mercadoria, a sua força de trabalho. Cada indivíduo deverá então corrigir e aperfeiçoar as suas aptidões, com vista à sua melhor adaptação à oferta do mercado de emprego, se necessário, ajustando e desenvolvendo o seu potencial. Como nos avança Ricardo Antunes, os trabalhadores são interiorizados e instigados a tonarem-se “déspotas de si mesmo” (Antunes, 2020).

No plano internacional, já na década de 80 do século passado, o modelo da nova gestão pública havia sido impulsionado por Ronald Reagan, nos

4 A noção de capital humano foi primeiramente usada por William Shultz, na década de 50, do século passado. Foi depois utilizada por Gary Becker e por Milton Friedmam da Escola de Chicago e, na década de 80, torna-se um conceito corrente dos teóricos dos recursos humanos e das empresas de recrutamento.

Estados Unidos da América e, na Inglaterra, por Margaret Thatcher (Costa et al., 2021). Concebida e aplicada por empresas multinacionais anglo-saxónicas, como a IBM, Rank Xerox, American Express, entre outras, foi desenvolvida com a ajuda de um arsenal de instrumentos gestionários que visa otimizar a gestão de recursos humanos e aumentar a produtividade. Este modelo integra diferentes influências oriundas de outras culturas, como por exemplo o modelo japonês (toyotismo) e passa a ser ensinado em grandes escolas de gestão, assumindo-se, igualmente, como um novo modelo de modernização das organizações públicas.

Com efeito, os princípios do *new public management* expandem-se de tal modo que se transformou no paradigma de gestão nas sociedades contemporâneas, forçando a adaptação da gestão das entidades públicas às regras do controlo de custos e do aumento da produtividade. É, pois, importante perceber de que modo este novo paradigma de gestão, cujo objetivo é tornar as organizações públicas mais eficientes, produz efeitos contraditórios, justamente porque se a qualidade do serviço aumenta em alguns parâmetros, parece piorar em outros tantos, com implicações nas dinâmicas laborais e nos próprios trabalhadores. Em diálogo com De Gaulejac, somos convidados a questionar se se encontra demonstrada a redução de custos e, acima de tudo, refletir sobre o mal-estar laboral que parece ter aumentado no seio das organizações e dos seus trabalhadores (De Gaulejac, 2011).

Notas Metodológicas

Para os propósitos do presente capítulo, iremos privilegiar uma estratégia metodológica de cariz exploratório, até por se reconhecer a escassez de investigação sobre esta temática e, em especial, no domínio do mercado de trabalho do setor da saúde (Pavolini & Kuhlmann, 2016). Nesse sentido, partimos de uma investigação de doutoramento em curso, que visa especificamente caracterizar as zonas cinzentas das relações de trabalho no setor da saúde em Portugal, perceber e interpretar o modo como são percecionadas por parte de diversos atores-chave integrados em áreas estratégicas de atuação que se nos afiguram fundamentais, a saber: político-governamental, educativo-organizacional e profissional-associativo. Para tal, define um plano de pesquisa mais amplo, constituído por duas etapas fundamentais: uma primeira mais extensiva, que remete para o mapeamento das diversas modalidades de vínculos laborais no setor da saúde em Portugal, através de uma revisão da literatura, sistematização de fontes secundárias e análise documental; e uma segunda mais intensiva, orientada para a compreensão

de posicionamentos, visões e expectativas dos atores-chave sinalizados no estudo, recorrendo à realização de entrevistas semiestruturadas e complementadas pela estratégia de *focus group*⁵.

Considerando que este capítulo pretende contribuir para um primeiro mapeamento de novas configurações das relações jurídico-laborais, iremos apoiar-nos, fundamentalmente, na identificação e sistematização de fontes secundárias e análise documental.

Como tal, partiu-se primeiro de uma compilação de fontes secundárias (normativos, programas relatórios, entre outras) enquadradoras das recentes transformações no setor da saúde em Portugal. A este nível, destacam-se as seguintes: a) Plano Nacional de Saúde 2021–2030; b) relatórios de primavera e outros emanados pelo Observatório Português dos Sistemas de Saúde, muito em especial os dois últimos: *20 Anos de Relatórios Primavera* (2021) e *E agora?* (2022), com uma reflexão sobre o futuro do sistema nacional de saúde português e os desafios do SNS; recente legislação relevante para o enquadramento do funcionamento do SNS (Estatuto do Serviço Nacional de Saúde; Decreto-Lei n.º 52/2022, 2022) e legislação laboral, entre a qual o Código do Trabalho e a Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas (Lei n.º 35/2014, 2014); sistemas de vínculos, carreiras, remunerações; e o sistema integrado de avaliação de desempenho da administração pública.

Além desta consulta, apoiamo-nos em fontes estatísticas disponíveis mais recentes do Instituto Nacional de Estatísticas e do Portal da Transparência do Serviço Nacional de Saúde (s.d.), muito em particular do Sistema de Informação e Organização do Estado e outros relatórios emanados pela Direção-Geral da Administração e do Emprego Público.

⁵ O modelo teórico-analítico proposto no doutoramento em curso apresenta-se estruturado a partir da delimitação às três áreas estratégicas de atuação, que permitam contemplar as dimensões de atuação, tais como: político-governamental, educativo-organizacional e profissional-associativo. Para cada uma destas dimensões, é intenção identificar os atores-chave mais representativos de cada uma daquelas dimensões e, a partir daí, fazer um conjunto de entrevistas semiestruturadas. De forma mais concreta, estima-se realizar, para a dimensão política e governativa, oito entrevistas, sendo uma por cada partido com representação na Assembleia da República (oito partidos); para a dimensão educativa e organizacional, prevê-se a realização de três entrevistas a dirigentes das entidades prestadoras de cuidados de saúde primários, hospitalares e prestadores; por fim, para a dimensão associativa e profissional, prevê-se realizar 10 entrevistas, incluindo dirigentes sindicais e ordens profissionais. Quanto à realização do *focus group*, este terá lugar numa fase subsequente à realização das entrevistas, contando com os mesmos para que possam apresentar principais dilemas e desafios das relações laborais no futuro próximo no do setor da saúde em Portugal.

A seguir expõem-se um primeiro mapeamento sobre possíveis “zonas cinzentas” no contexto de trabalho no setor da saúde em Portugal. Nesta discussão, mobiliza-se, por um lado, detalhe suficiente sobre as implicações jurídico-laborais associadas às zonas cinzentas em funções públicas⁶ e, por outro, sistematizam-se as recentes tendências nesse domínio.

Novas Configurações Jurídicas Laborais da Saúde: Um Primeiro Mapeamento

É inquestionável a importância de se identificarem os principais marcos de reforma jurídico-laboral que concorrem para o debate sobre as novas configurações das relações de trabalho, dando destaque para as zonas cinzentas no setor da saúde.

Na verdade, sob a égide da obtenção de ganhos em saúde e da sustentabilidade do sistema, na primeira década deste século, assiste-se a um conjunto de reformas e políticas tendentes à reestruturação das organizações prestadoras de cuidados de saúde e à implementação dos novos paradigmas de gestão pública sendo que as políticas públicas de saúde em Portugal têm sofrido a pressão para a privatização, liberalização e desregulação (Marques, 2018).

Assim, em 2002, é aprovado o novo regime de gestão hospitalar (Lei n.º 27/2002, 2002) e introduzem-se profundas alterações na Lei de Bases da Saúde. Este diploma acolhe e define o novo modelo de gestão, aplicável aos hospitais que integram o SNS, e concede expressão institucional à gestão de tipo empresarial, por via do “hospital EPE” (Entidade Pública Empresarial), que definiu o funcionamento do setor público com base nas regras concorrenciais de mercado.

Não obstante a sua revogação, ripristinando-se o Decreto-Lei n.º 157/99 (1999), a rede de cuidados de saúde primários é criada pelo Decreto-Lei n.º 60/2003 (2003) e reflete a ideia de uma nova rede integrada de serviços de saúde, prevendo a existência de entidades de natureza privada e social na prestação de cuidados.

⁶ Neste estudo, a análise centrar-se-á apenas no sector público da saúde em Portugal. Ficam de fora os sistemas privados e setor social também envolvidos na prestação de cuidados de saúde.

Em 2007, ainda ao nível dos cuidados de saúde de proximidade, adquirem formato as primeiras unidades de saúde familiar (USF), iniciando-se, em Portugal, uma profunda reforma dos cuidados de saúde primários.

Por sua vez, o Decreto-Lei n.º 298/2007 (2007) estabelece o regime jurídico da organização e do funcionamento das USF e define um novo regime de incentivos a atribuir aos trabalhadores. Neste diploma, encontra-se consagrada a possibilidade de criação de vários modelos de funcionamento destas unidades, incluindo a criação de USF modelo C, que têm por base a existência de um contrato programa, visto por muitos como a privatização pura dos serviços de saúde.

Através do Decreto-Lei n.º 28/2008 (2008) assistimos a mais um passo no processo de reforma dos cuidados de saúde primários, com a criação dos agrupamentos de centros de saúde, cujo objetivo visa, em teoria, a estabilidade da organização da prestação de cuidados de saúde primários, através de uma gestão rigorosa e equilibrada e a melhoria no acesso aos cuidados de saúde.

Neste contexto, as políticas de remunerações adquirem uma nova conformação que assenta, em parte, na contratualização de objetivos e de compensações salariais com base na produtividade e no desempenho profissionais.

O Decreto-Lei n.º 28/2008 (2008) sofre diversas alterações ao longo da segunda década deste século, acabando por ser revogado, através da norma revogatória do Decreto-Lei n.º 52/2022 (2022). Este último diploma consagra o novo regime do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde bem como o novo regime de criação, organização e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde; aprova ainda os estatutos dos hospitais, centros hospitalares, institutos portugueses de oncologia e unidades locais de saúde, integrados no setor empresarial do Estado ou no setor público administrativo. A nova versão preceituada reforça e consolida irreversivelmente o novo modelo gestor.

Concomitantemente, ao nível das relações de trabalho, o tradicional vínculo laboral por nomeação e aceitação foi sendo substituído por um novo regime de vinculação, de carreiras e remunerações, que teve a sua primeira versão na lei dos vínculos, carreiras e remunerações, aprovada pela Lei n.º 12-A/2008 (2008; Lei dos Vínculos Carreiras e Remunerações. Com a exceção de algumas carreiras específicas, este diploma substitui o regime

de nomeação pelo regime do contrato e implementa novos sistemas de progressão, com base numa cultura gestionária assente na contratualização de objetivos e na progressão com base no desempenho individual. Ora, as expressões destas alterações abraçam os preceitos ínsitos na primeira versão da Lei n.º 66-B (2007), lei esta que estabelece o sistema integrado de gestão e avaliação de desempenho de serviços e trabalhadores da administração pública.

Mas as alterações à legislação do trabalho, que acompanham as profundas mudanças na gestão, organização e estrutura das entidades públicas, não esgotam citados diplomas, razão pela qual, no final de 2009, o novo regime de contrato em funções públicas vem a ser aprovado pela Lei n.º 59/2008 (2008), estabelecendo-se o novo regime do contrato de trabalho em funções públicas, e pela Lei n.º 58/2008 (2008), que consagra o estatuto disciplinar dos trabalhadores em funções públicas. As tentativas de alteração do quadro jurídico do trabalho em funções públicas tendem a acompanhar o direito do trabalho comum, pelo que, através das normas consagradas no anexo à Lei n.º 35/2014 (2014; Lei Geral de Trabalho em Funções Públicas), tece-se a maior aproximação de sempre ao regime do Código do Trabalho, com máxima expressão no Artigo 4.º da lei.

Em tempos de mudança, também a organização e funcionamento do SNS, é estruturada pela nova Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei n.º 95/2019 (2019). Esta lei estabelece que a organização interna das entidades e serviços do SNS deve assentar em modelos que privilegiam a autonomia de gestão, os níveis intermédios de responsabilidade e o trabalho de equipa (Artigo 3.º da Base 22).

Ora, as previsões legais atrás enunciadas revelam a consolidação da *new public management* e a separação entre financiamento e prestação de cuidados, a partir da contratualização entre o Estado e os hospitais públicos, da imposição de sistemas de gestão por objetivos e da progressiva transferência de serviços públicos para o sector privado.

Instaura-se assim um mercado interno onde concorrem hospitais públicos e hospitais público-privados, com recurso a modelos de gestão baseados em sistemas de remunerações e vínculos contratuais distintos (Marques, 2022).

Deste modo, estas novas abordagens têm conduzido a configurações organizacionais e lógicas de gestão mais flexíveis, especializadas e orientadas

pelos princípios dos custos e dos benefícios e estes condicionalismos desencadeiam, igualmente, novas formas de precariedade bem como a emergência de novos tipos de trabalhadores, com status profissionais híbridos e contornos jurídicos pouco ou nada definidos (Marques, 2022).

Esta nova arquitetura das organizações de saúde aliada à introdução de novas opções gestionárias tem, necessariamente, implicações nos trabalhadores e nas relações laborais estabelecidas com as entidades empregadoras públicas ou público-privadas, onde se inscrevem, cada vez mais, tipologias de vinculação diversificadas. Por um lado, temos o grupo de trabalhadores integrados em carreiras, que detêm um vínculo de emprego público mais estável, regulado pela Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas, aprovada pela Lei n.º 35/2014 (2014) e pela legislação aplicável às diversas profissões (médicos, enfermeiros, técnicos de diagnóstico e terapêutica, técnicos superiores de saúde, entre outros) e, parcialmente, pelo direito laboral privado. Por outro lado, são cada vez mais os profissionais de saúde cuja vinculação laboral reveste a modalidade de contrato individual, regulado pelo Código do Trabalho, *tout court*.

De acordo com informação disponível no Portal da Transparência do Serviço Nacional de Saúde (s.d.) existem atualmente 12 tipologias de vinculação diferenciadas com diferentes regimes jurídicos e diferentes sistemas de proteção social e laboral, que impactam as condições de trabalho, a estabilidade profissional, os sistemas de carreiras e proteção social (Tabela 1).

Tabela 1 Classificação das tipologias de vínculos no âmbito do SNS dos profissionais de saúde, por Região de Portugal Continental

Fonte. Adaptado de Portal da Transparência do Serviço Nacional de Saúde (s.d.).

Nota. CT- Código do Trabalho; CTFP- Contrato de Trabalho em Funções Públicas; LTFP- Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas

Tipologia de Vinculação	Alentejo		Algarve		Centro		Lisboa e Vale do Tejo		Norte		Total	Total
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Comissão de Serviço no âmbito do CT	53	0,00%	21	0,00%	172	0,02%	1557	0,14%	545	0,05%	2348	0,22%
Comissão de Serviço no âmbito do LTFP	229	0,02%	210	0,02%	466	0,04%	2052	0,19%	800	0,07%	3757	0,35%
CTFP a Termo Resolutivo Certo	291	0,03%	265	0,02%	434	0,04%	2017	0,19%	5151	0,48%	8158	0,76%

CTFP a Termo Resolutivo	2417	0,22%	4575	0,42%	16250	1,50%	33249	3,08%	32449	3,00%	88940	8,23%
Incerto CTFP p/ Tempo Indeterminado Contrato de Trabalho p/ tempo Indeterminado no âmbito CT	19510	1,81%	18434	1,71%	89560	8,29%	155023	14,35%	137889	12,76%	420416	38,91%
Contrato a Termo Resolutivo Certo no âmbito do CT	25349	2,35%	22521	2,08%	79649	7,37%	180274	16,69%	172905	16,00%	480698	44,49%
Contrato a Termo Resolutivo Incerto no âmbito do CT	221	0,02%	1148	0,11%	1167	0,11%	999	0,09%	3122	0,29%	6657	0,62%
Nomeação Transitória p/ Tempo Determinado Prestação de Serviços (Avenças + Tarefas)	1980	0,18%	740	0,07%	7455	0,69%	9805	0,91%	18255	1,69%	38235	3,54%
	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	7	0,00%	0	0,00%	7	0,00%
	1115	0,11%	758	0,07%	5701	0,53%	10453	0,96%	13202	1,22%	31229	2,88%
Total Geral	51165	4,74%	48672	4,50%	200854	18,59%	395436	36,60%	384318	35,57%	1080445	100%

Como se pode observar, o setor público da saúde tem vindo a ser palco de uma diversidade de vínculos contratuais, contribuindo para a crescente segmentação da força de trabalho no setor da saúde. É de realçar que os diferentes regimes jurídicos dos vínculos laborais colocam em situações desiguais profissionais de saúde com responsabilidades idênticas, nomeadamente ao nível da carga horária de trabalho diário e semanal, regimes de proteção social diferentes. Por outro lado, as formas de progressão na carreira, bem como a integração nas carreiras especiais, não atingem de modo igual profissionais de saúde da mesma área de atividade (enfermeiros, médicos, técnicos de diagnóstico e terapêutica, técnicos superiores de saúde, entre outros).

Em rigor, por força do regime de vínculos, numa mesma entidade podemos encontrar enfermeiros integrados na carreira especial de enfermagem, com vínculo de emprego público e com horários de 35 horas semanais e outros enfermeiros não integrados na carreira especial de enfermagem, com

contrato individual de trabalho e com horários de 40 horas semanais. O mesmo ocorre relativamente a outros profissionais de saúde.

Esta circunstância, em particular, tem gerado fortes desigualdades e condições de trabalho diferenciadas dentro da mesma profissão, que só não têm alcançado consequências mais gravosas por força dos acordos coletivos celebrados em sede de negociação coletiva ou acordos de empresa, desempenhando as associações sindicais e as federações sindicais, nesta matéria, um papel fundamental e de equilíbrio social. Na verdade, preconiza que a negociação não se realize a nível individual, privilegiando-se o nível coletivo, em virtude das estruturas coletivas se encontrarem em posição de negociação e proteção de direitos gerais. Daqui advém o importante papel da representação coletiva de trabalhadores, dos instrumentos de regulamentação coletiva de trabalho que se elaboram a partir da negociação coletiva (Leitão, 2010).

Ora, as jornadas de trabalho irregulares, os contratos precários, a prestação de serviços, tarefas e avenças, bem como outras modalidades atípicas de trabalho, que se afastam do vínculo tradicional de emprego público no setor da saúde, consubstanciam elementos reveladores das zonas cinzentas em que as novas relações laborais se desenvolvem.

Frise-se que o risco em relação às alterações que se vêm operando é que estes novos formatos enfraquecem ou eliminam parte dos direitos dos trabalhadores, antes enquadrados num regime de nomeação e proteção social específica, como é o exemplo da Caixa Geral de Aposentações.

Igualmente, importa referir que o regime de proteção em caso de acidentes de trabalho e de doenças profissionais difere segundo o vínculo laboral: se nuns casos o risco é transferido para uma seguradora através de contrato de seguro de acidentes de trabalho, noutros casos a responsabilidade pelo risco mantém-se escorada pelo Estado, pelo que esta diferenciação e desiguais condições em matéria de reparação de danos, apontam para as zonas cinzentas de que temos vindo a dar conta.

É certo que não desapareceram todos os traços típicos da relação laboral tradicional, todavia, convém notar que todas as alterações referidas, a acrescentar os efeitos da pandemia COVID-19 nas dinâmicas laborais, destaparam a existência de outros campos paralelos no mercado de trabalho.

Temos de um lado, um sistema regulado, abrangido pela proteção social coletiva e pelos direitos tradicionais garantidos pelo direito do trabalho, e, por outro lado, fica clara a existência de áreas situadas à margem do sistema, que são marcadas por situações atípicas e, senão desregulamentadas, pouco ou mal reguladas.

Dar nota, igualmente, de que as remunerações passaram a integrar uma componente variável por força do modelo de gestão por objetivos e pelo de controlo do desempenho, como será bom exemplo o controlo total do número de atos clínicos praticados pelos profissionais de saúde.

Da análise da Tabela 2⁷, verifica-se que a remuneração-base média mensal, dos trabalhadores do SNS, é inferior à média das remunerações base no global da administração central, e só se aproxima da média dos salários globais da administração central quando comparadas com os valores respeitantes a ganhos médios mensais, que inclui os suplementos remuneratórios variáveis e/ou sistemas de recompensas por cumprimento de objetivos.

⁷ A partir de 1 de janeiro de 2023, o valor da remuneração base média mensal foi fixado em 760,00€ pelo Decreto-Lei n.º 85-A/2022 (2022) e o valor da Base Remuneratória da Administração Pública foi atualizado para 761,58€, pelo Decreto-Lei n.º 84-F/2022 (2022), diploma que aprovou medidas de valorização remuneratória dos trabalhadores da Administração Pública (nomeadamente, revendo os montantes pecuniários dos níveis remuneratórios da Tabela Remuneratória Única, alterando a estrutura remuneratória das carreiras gerais e de outras carreiras e atualizando suplementos remuneratórios em 2%). O Decreto-Lei n.º 26-B/2023 (2023) estabeleceu a atualização intercalar do valor das remunerações da AP em 1%, atualizando a Base Remuneratória da Administração Pública para 769,20€, com efeitos ao início do ano. O montante do subsídio de refeição foi atualizado para 6€ pela Portaria n.º 107-A/2023 (2023), também com efeitos a 1 de janeiro. Na Região Autónoma da Madeira, o valor da Retribuição Mínima Mensal Garantida foi fixado em 785,00€ pelo Decreto Legislativo Regional n.º 11/2023/M (2023), e na Região Autónoma dos Açores o valor foi atualizado para 798,00€, de acordo com o Decreto Legislativo Regional n.º 8/2015/A (2015).

Tabela 2 Remunerações base e ganhos médios mensais nas administrações central por comparação ao setor da saúde - trabalhadores a tempo completo⁷

Fonte. Adaptado de Direção-Geral da Administração e do Emprego Público – Sistema de Informação e Organização do Estado (s.d.)

Remuneração base média mensal (euros)					Ganho médio mensal (euros)				
2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023
abril	abril	abril	abril	abril (p)	abril	abril	abril	abril	abril (p)
1 450,00€	1 478,90€	1 463,60€	1 474,30€	1 583,40€	1 813,50€	1 845,40€	1 860,60€	1 837,10€	2 001,60€

Todos estes fatores não são inócuos à estabilidade dos profissionais, à crescente precaridade e desregulação das relações laborais e têm conduzido a situações de mobilidade e desvinculação de profissionais. Por outro lado, existem evidências do aumento dos dias de ausências ao serviço por situações de doença, acidentes de trabalho e doenças profissionais, tais como o *burnout* potenciado pela pressão que o cumprimento de objetivos impõe e da necessidade de justificação dos gastos públicos inculcada nos profissionais de saúde, circunstâncias que se agravaram na sequência da pandemia COVID-19, o que tem levado a fortes contestações sociais e greves de trabalhadores.

A Figura 1, dá conta do crescente número de dias de ausência ao trabalho, por motivo de doença, doenças profissionais e acidentes de trabalho dos profissionais do setor da saúde em Portugal continental (excluindo as regiões das ilhas dos Açores e da Madeira), até ao final do ano de 2022.

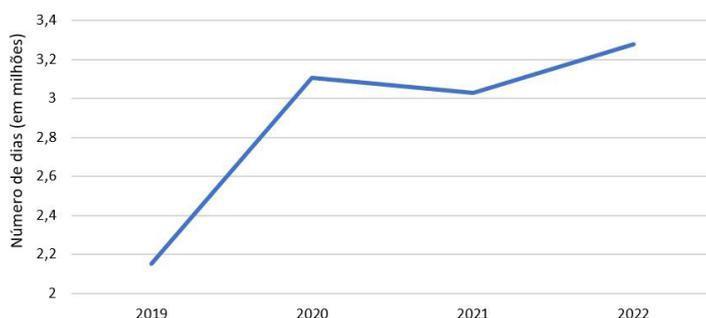


Figura 1 Evolução do número de dias (em milhões) de ausência por doença, doenças profissionais e acidentes de trabalho dos profissionais de saúde (2019 e 2022)

Fonte. Adaptado de Direção-Geral da Administração e do Emprego Público (s.d.).

A partir dos dados disponíveis pela Direção-Geral da Administração e Emprego Público, até junho de 2023, não expressos na representação gráfica, podemos afirmar, com segurança, que a tendência de crescimento dos dias de ausência ao serviço se mantém e poderá agravar-se.

A estas contingências, associa-se a crescente procura de profissionais com elevadas qualificações técnicas, quer por parte do setor privado, quer por parte do mercado internacional, que, aliciados por melhores condições de trabalho, abandonam os serviços públicos para abraçarem condições de trabalho mais favoráveis nas entidades de saúde do setor privado, ou fora do país. Todas estas circunstâncias elevam a carência destes profissionais em hospitais e centros de saúde, sendo que esta “fuga” tem provocado dificuldades na gestão de recursos humanos, que se vê agravada se contarmos com envelhecimento destes trabalhadores (Marques, 2018).

Dar nota também que no setor da saúde, o trabalho digital e online, o teletrabalho e outras formas atípicas, conquistaram terreno e foram indelevelmente reforçados com a pandemia COVID-19, pelo que se ampliam as zonas cinzentas das dinâmicas laborais, no contexto das organizações de saúde.

Notas Finais

Nas secções anteriores pode perceber-se que no seio das organizações de saúde integradas no SNS, coexistem relações do trabalho subordinado e

independente, com outras formas de relações de trabalho atípicas, híbridas e pouco claras no que diz respeito às várias dimensões de regulação jurídico-laboral.

Na verdade, vigoram vínculos contratuais de emprego público concomitantes com vínculos do regime privado, que substituem o regime convencional de nomeação patente até à primeira década deste século, que, tal como se referiu, vigorou até à entrada do regime de vinculação, de carreiras e de remunerações dos trabalhadores que exercem funções públicas, aprovado pela Lei n.º 12-A/2008 (2008; Lei dos Vínculos, Carreiras e Remunerações). O risco em relação às alterações legislativas que demos conta e às transformações das relações jurídico-laborais, em particular, sustentam o argumento de base de que estes novos formatos enfraquecem ou eliminam parte dos direitos dos trabalhadores em geral.

Com efeito, as relações de trabalho no setor da saúde afastam-se da relação de equilíbrio tradicionalmente estabelecida pelo Estado e pelo direito e acentuam as assimetrias e segmentos de trabalhadores, porquanto as organizações alcançam uma margem de liberdade que lhes permite conformar as relações de trabalho aos seus fins estratégicos, adotando normas “por conveniência”. Por sua vez, o endividamento dos estados é de tal maneira elevado que a capacidade de financiarem garantias de emprego vê-se enfraquecida. Como tal, a arquitetura das relações de trabalho no setor da saúde compromete a criação de quadros jurídicos em matéria laboral que sejam suficientemente robustos e estáveis.

Todas as reformas implementadas no setor da saúde atrás abordadas e os dados obtidos através da pesquisa e análise de fontes documentais, conduzem-nos, para já, a constatar sinais de enfraquecimento da regulamentação das (novas) configurações do trabalho, como também a emergência de um novo campo em que as relações jurídico-laborais se edificam, campo esse de zonas de “não direito” e opacas, que expandem as zonas cinzentas do trabalho no setor da saúde português.

A atualidade das relações de trabalho no setor da saúde em Portugal permanece marcada por intensivos processos de contestação que, nos derradeiros tempos, se têm acentuado, muito em especial no que concerne aos profissionais médicos.

Com efeito, a segunda metade do ano de 2023 foi assinalada pelo chumbo por parte da ordem dos médicos à criação da nova especialidade de

medicina de urgência proposta pelos órgãos governamentais, que contribuiria para colmatar a carência de profissionais para fazer face às necessidades dos serviços de urgência hospitalar, à escala nacional. A falta de profissionais e a recusa destes em efetuar horas extra nestes serviços tem levado ao fecho temporário de urgências hospitalares.

O momento ora vivido pelo SNS tem sido, claramente, assumido pelos responsáveis governamentais, tais como o diretor executivo do Serviço Nacional de Saúde e o próprio ministro da Saúde, como a fase mais crítica dos últimos 40 anos do SNS.

Resulta do exposto que somos impelidos a identificar novas bases em que se estruturam as relações laborais e de emprego público, que levantam algumas questões, sobre as quais importa refletir. Em especial, perante fragmentação e erosão dos vínculos laborais, que compromisso intersubjetivo se pode potenciar dos atores sociais que vivem do trabalho, para a renovação de condições dignas e de construção de carreiras profissionais seguras e sustentáveis?

Referências bibliográficas

Antunes, R. (2020). *Coronavírus: O trabalho sob fogo*. Boitempo.

Antunes, R. (2018). *O privilégio da servidão. O novo proletariado de serviço na era digital*. Boitempo.

Boltansky, L., & Chiapello, É. (2009). *O novo espírito do capitalismo* (I. C. Benedtti, Trad.). Martins Fonte. (Trabalho original publicado em 1999)

Boyer, R. (1996). *La flexibilité du travail en Europe*. La Découverte.

Bureau, C. M., Corsani, A., Giraud, O., & Rey, F. (2019). *Lez zones grises des relations de travail et d'emploi – Un dictionnaire sociologique* (1.ª ed.). Teseo.

Carelli, R. de L., & Carelli, B. N. B. (2020). A zona cinzenta do trabalho e emprego, trabalhadores sob demanda em plataformas digitais e trabalhadores portuários avulsos: Direitos trabalhistas além da relação de emprego. *Contracampo*, 39(2) 29–41. <https://doi.org/10.22409/contracampo.v0i0.38553>

Célestin, J. B. (2000). *As novas formas de emprego atípicas: Reflexões sobre o caso francês*. Ministério do Trabalho e da Solidariedade/Direção Geral do Emprego e Formação Profissional; Comissão Internacional para o Emprego.

Choonaara, J., Murgia, A., & Carmo, R. M. (2022). *Faces of precarity. Critical approaches to precarity: Work, subjectivities and movements*. Bristol University Press.

Costa, H., Leite, M. de P., & Lindóso, R. O. (2021). A resignificação do trabalho autônomo e a retórica empreendedora na França e Marrocos: Entrevista com Christian Azaïs e Quentin Chapus. *Contemporânea*, 11(3), 971-987. <https://doi.org/10.4322/2316-1329.2021025>

Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de maio, Diário da República n.º 108/1999, Série I-A de 1999-05-10. (1999). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/157-1999-331179>

Decreto de Lei n.º 50-A/2022, de 25 de julho, Diário da República n.º 142/2022, 1.º Suplemento, Série I de 2022-07-25. (2022). <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/decreto-lei/2022-207863008>

Decreto-Lei n.º 52/2022, Diário da República n.º 150/2022, Série I de 2022-08-04. (2022). <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/decreto-lei/2022-187129978>

Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, Diário da República n.º 161/2007, Série I de 2007-08-22. (2007). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/298-2007-640665>

Decreto-Lei n.º 85-A/2022, de 22 de dezembro, Diário da República n.º 245/2022, 1.º Suplemento, Série I de 2022-12-22. (2022). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/85-a-2022-205198396>

Decreto-Lei n.º 84-F/2022, de 16 de dezembro, Diário da República n.º 241/2022, 1.º Suplemento, Série I de 2022-12-16. (2022). <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/decreto-lei/2022-204953829>

Decreto-Lei n.º 60/2003, de 1 de abril, Diário da República n.º 77/2003, Série I-A de 2003-04-01. (2003). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/60-2003-232365>

Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, Diário da República n.º 38/2008, Série I de 2008-02-22. (2008). <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/decreto-lei/2008-34455075>

Decreto-Lei n.º 26-B/2023, de 18 de abril, Diário da República n.º 76/2023, 1.º Suplemento, Série I de 2023-04-18. (2023). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/26-b-2023-211996385>

Decreto Legislativo Regional n.º 8/2015/A, de 30 de março, Diário da República n.º 62/2015, Série I de 2015-03-30. (2015). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-legislativo-regional/8-2015-66880175>

Decreto Legislativo Regional n.º 11/2023/M, de 14 de fevereiro, Diário da República n.º 32/2023, Série I de 2023-02-14. (2023). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-legislativo-regional/11-2023-207417314>

De Gaulejac, V. (2011). *Travail, les raisons de la colère*. Seuil.

Dieuaide, P. (2017). De quelle régulation la notion de «zone grise d'emploi» est-elle le non? *Revue Interventions économiques*, (58), 1–20. <https://doi.org/10.4000/interventionseconomiques.3414>

Direção-Geral da Administração e do Emprego Público. (s.d.). Acedido a 21 de julho de 2023, em <https://www.dgaep.gov.pt>

Esping-Andersen, G. (1990). *The three worlds of welfare capitalism*. Polity Press.

Ferrera, M. (1999). A reconstrução do estado social na Europa meridional. *Análise Social*, XXX-IV(151–152), 457–475.

Felstead, A., & Jewson, N. (1999). *Global trends in flexible work*. Macmillan Press, Lda.

International Labour Organization. (2021). *World employment and social outlook: The role of digital labour platforms in transforming the world of work* International Labour Organization. Acedido a 30 de setembro de 2021, de http://www.ilo.org/global/research/global-reports/weso/2021/WCMS_771749/lang--en/index.htm

Kalleberg, A. L. & Vallas, S. P. (2018). *Precarious work*. Emerald Publishing.

Lei n.º 12-A/2008, de 27 de fevereiro, Diário da República n.º 41/2008, 1.º Suplemento, Série I de 2008-02-27. (2008). <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/lei/2008-34505875>

Lei n.º 59/2008, de 11 de setembro, Diário da República n.º 176/2008, Série I de 2008-09-11. (2008). <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/lei/2008-34502375>

Lei n.º 58/2008, de 9 de setembro, Diário da República n.º 174/2008, Série I de 2008-09-09. (2008). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/58-2008-454014>

Lei n.º 66-B/2007, de 28 de dezembro, Diário da República n.º 250/2007, 1.º Suplemento, Série I de 2007-12-28. (2007). <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/lei/2007-34446375>

Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro, Diário da República n.º 169/2019, Série I de 2019-09-04. (2019). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/95-2019-124417108>

Lei n.º 35/2014, de 20 de junho, Diário da República n.º 117/2014, Série I de 2014-06-20. (2014). <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/lei/2014-57466875>

Lei n.º 27/2002, de 8 de agosto, Diário da República n.º 258/2002, Série I-A de 2002-11-08. (2002). <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/lei/2002-34493575>

Leitão, L. M. (2010). *Direito do trabalho*. Almedina.

Marques, A. P. (2022). Os sentidos de (des)regulação do mercado de trabalho no setor da saúde em Portugal. *Saúde e Sociedade*, 32(2), e220855pt. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902023220855pt>

Marques, A. P. (2020a). Regresso ao trabalho em tempos pandémicos: Urgência de vinculação social. In M. Martins & E. Rodrigues (Eds.), *A Universidade do Minho em tempos de pandemia. Tomo III: Projeções* (pp. 127–151). UMinho Editora. <http://hdl.handle.net/1822/70259>

- Marques, A. P. (2020b). Crise e trabalho: Interrogações em tempos de pandemia. In M. Oliveira, H. Machado, J. Sarmiento, M. C. Ribeiro (Eds.), *Sociedade e crise(s)* (pp. 31-37). UMinho Editora. <http://hdl.handle.net/1822/70382>
- Marques, A. P. (2020c). Na fronteira do mercado de emprego: Jovens, trabalho e cidadania. *Revisita Trabalho, Educação e Saúde*, 18(1), e0024981. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00249>
- Marques, A. P. (2018). Reformas de saúde nos países do Sul da Europa, razão gestionária e profissionalismo. In S. Gomes, a. Jorge, F. B. Ribeiro, A. M. Brandão, L. Cunha & V. Duarte (Eds.), *Desigualdades sociais e políticas públicas* (pp. 415–434). Húmus. <http://hdl.handle.net/1822/58777>
- Marques, A. P., & Macedo, A. P. (2018). Health policies in Southern Europe and deregulation of labour relations: A glimpse of Portugal. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(7), 2253–2264. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018237.09282018>
- Pavolini, E., & Kuhlmann, E. (2016). Health workforce development in the European Union: A matrix for comparing trajectories of change in the professions. *Health Policy*, 120(6), 654–664. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.03.002>
- Portal da Transparência do Serviço Nacional de Saúde (s.d.). Acedido a 31 de julho de 2023, em <https://transparencia.sns.gov.pt/>
- Portaria n.º 107-A/2023, de 18 de abril, Diário da República n.º 76/2023, 1º Suplemento, Série I de 2023-04-18. (2023). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/107-a-2023-211996386>
- Santos, B S. (1993). *Portugal: Um retrato singular*. Afrontamento.
- Silva, P.A. (2002). O modelo de welfare da Europa do sul. *Sociologia, Problemas e Práticas*, (38), pp. 25–59.
- Standing, G. (2011). *The precariat: The new dangerous class*. Bloomsbury Academic.
- Supiot, A. (2021). Labour is not a commodity: The content and meaning of work in the twenty-first century. *International Labour Review*, 160(1). <https://doi.org/10.1111/ilr.12205>
- Supiot, A. (2001). *Beyond employment. Changes in work and the future of labour law in Europe*. Oxford University Press.
- Supiot, A. (1994). *Critique du droit du travail*. PUF.

Equipas Interprofissionais em Saúde: Lições da Pandemia e *Insights* Sociológicos

<https://doi.org/10.21814/uminho.ed.136.10>

Helena Serra

Centro Interdisciplinar de Ciências Sociais, Faculdade Ciências Sociais e Humanas,
Universidade NOVA de Lisboa, Lisboa, Portugal
<https://orcid.org/0000-0001-9527-1214>
helena.serra@fcsh.unl.pt

Resumo

Este capítulo foca-se na temática das equipas multiprofissionais em saúde no contexto das reformas da pós-nova gestão pública, um terreno fértil para que as equipas interprofissionais alcancem os seus objetivos. O contexto da pandemia COVID-19 acelerou esse processo, evidenciando os dispositivos físicos e sociais que facilitam ou inibem o trabalho interprofissional, assim como o alcance das mudanças na sustentabilidade destas equipas. Que lições retirar da pandemia sobre os modelos de governação e do planeamento futuro da força de trabalho em saúde? Como aprender a partir da resposta global à pandemia COVID-19 e construir um modelo de governança mais coeso e solidário?

Palavras-chave

equipas multiprofissionais em saúde; nova governança pública, COVID-19, organização dos cuidados de saúde

Nota Prévia

As temáticas da saúde e das profissões têm vindo a ser retratadas ao longo dos tempos de forma convergente ao nível da sociologia das profissões e da sociologia da saúde. Esta ligação simbiótica entre saúde e profissões é evidenciada a partir de abordagens onde a sociologia dos serviços de saúde, as perspetivas da sociologia das profissões e da saúde, como também outras formulações de natureza mais alargada, convergem. Assim, o espaço de discussão teórica e de produção conceptual em torno da saúde tem sido alargado no sentido em que a complexidade dos vários temas impõe condições para que as profissões da saúde assumam uma importância crucial na investigação sociológica em saúde.

No âmbito da sociologia das profissões, desde a década de 60 do século XX, tem havido uma linha de discussão teórica perfeitamente identificada em torno das profissões da saúde, o que tornou possível perceber as suas singularidades. Neste sentido, são poucos os campos da sociologia que apresentam um desenvolvimento tão linear em termos de discussão teórica, como o da sociologia das profissões. A produção científica neste campo espelha as principais tendências da sociologia das profissões analisando contextos concretos como a medicina, a enfermagem, a farmácia ou as profissões das tecnologias da saúde, permitindo uma melhor compreensão dos processos de profissionalização em saúde, destacando, entre outros aspetos, os relacionados com a formação profissional, a organização dos cuidados de saúde e o papel do Estado no cenário das profissões da saúde e nas dinâmicas multiprofissionais. De tal forma que os editores da recém coleção de livros *Sociology of Health Professions* (Sociologia das Profissões de Saúde) editado pela Policy Press, que teve o seu início em 2018, referem-se a uma sociologia das profissões da saúde focada em abordagens sociológicas inovadoras (Chamberlain et al., 2018). Trata-se de uma expressão que tem cada vez mais eco nas atividades conjuntas dos dois research committees da Associação Internacional de Sociologia – *RC15 Sociology of Health* e *RC52 Sociology of Professional Groups* – e das duas research networks da Associação Europeia de Sociologia – *RN16 Sociology of Health and Medicine* e *RN19 Sociology of Professions* – quer ao nível da organização de sessões conjuntas nos congressos destas duas associações, quer ao nível das publicações.

A temática deste capítulo cruza estas duas sociologias e encaixa exatamente nesta *sociologia das profissões da saúde*. Nos últimos anos tenho trabalhado as questões relacionadas com as equipas multidisciplinares (ou interprofissionais) em saúde, muito antes da pandemia COVID-19.

Concretamente, tem-me interessado perceber como estas equipas funcionam no contexto da nova gestão pública e nomeadamente no contexto da pandemia COVID-19. O texto aqui apresentado é composto por três pontos. O primeiro aborda o contexto da nova gestão pública e da designada pós-nova gestão pública por forma a contextualizar a natureza das equipas interprofissionais em saúde, que será discutida no segundo ponto. O último ponto será sobre as lições das pandemias acerca do trabalho interprofissional, com especial enfoque sobre o contexto da pandemia COVID-19.

O Contexto da Nova Gestão Pública e da Pós-Nova Gestão Pública

Quando se trata de abordar a temática das equipas interprofissionais ou multiprofissionais em saúde, em contextos com um forte controlo económico e financeiro, resultantes das designadas reformas da nova gestão pública, importa começar por explicar este termo, ainda que de forma breve, de modo a enquadrar a discussão. O termo nova gestão pública traduz um modelo de gestão do sector público que descreve reformas na administração pública a partir dos anos 80 do século passado nos países anglo saxónicos, estendidas posteriormente aos países ocidentais. São reformas que deslocam para a administração pública uma lógica da gestão privada, trazendo os princípios do sector privado para o sector público. Trata-se de um conjunto de reformas gestionárias no sector público que tiveram por base as seguintes condições: a crise económica e a internacionalização das economias; as abordagens fortemente orientadas para o mercado; a incapacidade de manter as funções sociais conferidas ao Estado (modelo do *welfare state*) e consolidadas na Segunda Guerra Mundial, que se expressam na elevada dimensão do aparelho do Estado e na decorrente pressão sobre os recursos públicos. Assim, a partir dos anos 80 do século XX, as práticas de gestão do sector público, tendo por base os instrumentos de política económica considerados adequados no modelo tradicional da administração pública, passam a ser considerados como estando na origem de efeitos económicos adversos, como a inflação, o desemprego e o défice orçamental. A denominada administração pública tradicional, considerada, então, uma estrutura pesada, problemática e ineficiente, abre agora caminho à nova gestão pública que se apresenta com uma série de reformas que possibilitam a solução dos aparentemente incontornáveis problemas de ineficiência e insustentabilidade do sector público (Gruening, 2001).

Em resposta à crescente diminuição de recursos disponíveis, trata-se, como referido anteriormente, de trazer para o sector público os princípios da gestão associados ao sector privado: maior eficiência no controlo de custos e

redução do desperdício, maior capacidade de adaptação a diferentes contextos e maior eficiência na tomada de decisão. O argumento ideológico da nova gestão pública assenta nas ideias do *new right*, presentes em formas liberais de ação que salientam a eficiência e a capacidade do mercado para apoiar a tomada de decisão e a escolha individual, demarcando-se, assim, dos fundamentos da administração pública tradicional e alicerçando-se nos princípios das teorias neoclássicas da *public choice* e da *rational choice*. Portanto, são reformas marcadas por uma política económica de pendor neoliberal que se traduz numa postura, por parte do Estado, de intervenção e gestão de natureza vincadamente burocrática e racional. Trata-se de uma opção política que defende a superioridade de um modelo de gestão dos vários sistemas públicos (entre os quais a saúde), que permite a objetividade e a previsibilidade e que conduzirão não apenas ao rigor da gestão da coisa pública, mas também a uma melhor solução para fazer face à crescente incerteza das sociedades contemporâneas (Gabe, 2004), onde o designado *princípio dos 3 "E"* (economia, eficácia e eficiência), referidos por Rhodes (1994), definem as políticas públicas em geral.

É a partir daqui que se deve compreender a aplicação dos princípios da nova gestão pública ao sector da saúde. É também neste contexto que interessa compreender as designadas equipas multidisciplinares em saúde ou o trabalho interprofissional. Porém, o que nos é dado a conhecer a partir de alguns trabalhos, o contexto da nova gestão pública, que assinala como bandeira as equipas multidisciplinares em saúde, tem provado não ser o terreno mais fértil para que de facto elas funcionem (Aveling et al., 2018; Broom et al., 2015; Liberati, 2017; Lindberg et al., 2017; Xyrichis et al., 2017).

Assim, importa incluir na discussão um outro novo modelo de governança, talvez mais propício ao trabalho em equipa: a designada nova governança pública que se enquadra nas designadas reformas do pós-nova gestão pública. No início do século XXI, as reformas do sector público sob a égide da nova gestão pública passaram a dar lugar às designadas reformas pós-nova gestão pública. Trata-se de um termo muito vago utilizado por vários autores (Christensen & Laegreid, 2007; De Vries & Nemeč, 2013) para descrever o contexto criado com a hibridização entre sector público e as organizações que operam com o mesmo.

O termo nova governança pública foi referido por Osborne (2006) para expressar uma primeira tentativa de contextualizar um novo modelo e arranjo institucional e organizacional para a provisão e prestação de serviços públicos. A partir da viragem do século, o modelo da nova governança

pública tem vindo a ser proposto como uma alternativa ao modelo de administração pública no âmbito da nova gestão pública. Em 1997, a eleição de Tony Blair para primeiro-ministro do Reino Unido marca uma postura governativa relativamente à participação dos cidadãos na gestão da coisa pública, assumindo-se a necessidade de uma alternativa (a designada “terceira via”) entre o modelo de mercado e o modelo *welfare*, para a provisão e prestação dos serviços públicos (Corner & Drewry, 2005). Na literatura, a “terceira via” foi encarada como sendo o modelo de governança assente em princípios básicos que se apoiam na solidariedade para a promoção dos serviços públicos, a par da responsabilidade na tomada de decisão por parte dos vários atores sociais (Rouban, 1999). Este modelo surge como resultado das alterações de natureza política, económica e social que se verificaram no final do século XX, particularmente dos efeitos decorrentes da globalização económica (Brown & Osborne, 2012). Estas alterações, com consequências nas estruturas sociais, exigiram mudanças por parte dos governos ao nível da intervenção nas respetivas economias e mercados. Mas acima de tudo, foi especialmente relevante refletir sobre as práticas promovidas pelos princípios da nova gestão pública, com especial atenção para as situações onde as mesmas não se traduziram em melhorias substanciais na qualidade de vida das populações (Rouban, 1999).

Ambos os termos, nova gestão pública e nova governança pública, têm vindo a surgir em várias abordagens e teorias, nomeadamente na teoria das organizações e na teoria das redes — *network theory* (Fattore et al., 2012; Osborne, 2010). As distinções entre ambos estão identificadas nas organizações do sector público e foram assinaladas por Almquist et al (2013) e Klijn (2012). Independentemente das abordagens, existem aspetos na discussão em torno da nova gestão pública e da nova governança pública que importa salientar, nomeadamente a existência de várias organizações que participam na definição da prestação dos serviços públicos, sendo a ênfase colocada na cooperação entre elas contrariando, assim, a competição estimulada pela nova gestão pública. Desta forma, a cooperação pública surge como alternativa à nova gestão pública tendo em conta a abordagem diferenciada que promove (Jing, 2015).

O conceito de governança assume, deste modo, múltiplos significados: coordenação, participação, co-produção, co-criação e ênfase nos serviços prestados aos cidadãos (Torfing & Triantafyllou, 2013). O objetivo é a criação de valor para os serviços públicos com benefícios para os cidadãos. As lógicas colaborativas assumem-se, assim, como cruciais, na medida em que a partilha de custos, riscos e benefícios permite assegurar uma cooperação real e duradoura. A evolução da nova gestão pública para a nova

governança pública, enquanto opção de gestão das organizações públicas, acentua a governança como alternativa a um modelo de governação convencional de eficiência e eficácia de gestão, que marcou a agenda da nova gestão pública na década de 1990 e inícios dos anos 2000 destacando, nas reformas do sector público, a necessidade de restabelecimento da confiança na governação e na governança pública (Cheung, 2013).

A nova governança pública difere da nova gestão pública no sentido em que apresenta reformas que têm como objetivo estimular a cooperação e a coordenação, sendo que estes aspetos explicam por si só porque é que o sector da saúde aderiu tão bem à adoção destas reformas, como uma alternativa à orientação para a eficiência presente no modelo da nova gestão pública. Dentro deste ímpeto das reformas do pós-nova gestão pública, o termo nova governança pública tem ganho terreno. Apesar dos termos “nova gestão pública” e “nova governança pública” serem frequentemente utilizados de forma intercambiável, eles traduzem abordagens e perspectivas diferentes. A nova gestão pública (*new public management*) enfatiza a aplicação de princípios e práticas de gestão do sector privado no sector público. No contexto da saúde, a nova gestão pública introduz conceitos como eficiência, produtividade, descentralização e foco nos resultados, enfatizando a introdução de mecanismos de mercado, como a concorrência entre prestadores de cuidados de saúde e a adoção de indicadores de desempenho e avaliação baseada em resultados. A nova governança pública (*new public governance*) destaca a importância da participação, colaboração e responsabilidade partilhada entre atores governamentais e não governamentais na tomada de decisões e prestação de serviços públicos. No sector da saúde, a nova governança pública envolve a inclusão de diferentes partes interessadas, como doentes, profissionais da saúde, organizações da sociedade civil e sector privado, na formulação e implementação de políticas e na gestão dos serviços de saúde, sendo enfatizada a transparência, a prestação de contas, a cooperação e a construção de parcerias.

Na comparação destes dois modelos, podemos afirmar que existe um foco na eficiência versus participação. Enquanto a nova gestão pública prioriza a eficiência e a produtividade na prestação de serviços de saúde, a nova governança pública valoriza a participação ativa das diferentes partes interessadas na tomada de decisões e na gestão dos serviços de saúde. Por outro lado, se a nova gestão pública enfatiza a obtenção de resultados mensuráveis, a nova governança pública foca-se na inclusão, na colaboração e na construção conjunta de soluções. Nesta linha, importa salientar a ênfase nos mecanismos de mercado versus parcerias colaborativas. A nova gestão pública tende a acentuar a introdução de mecanismos de mercado

no sector da saúde, como a introdução de concorrência entre os prestadores de cuidados de saúde e a utilização de incentivos financeiros baseados em resultados. Por outro lado, a nova governança pública prioriza parcerias colaborativas entre atores públicos, privados e da sociedade civil, procurando a cooperação e a partilha de conhecimento para promover a prestação de serviços de saúde de forma mais eficaz.

Ambas as abordagens têm sido discutidas e implementadas em diferentes contextos, podendo ser complementares em certos aspetos. A nova gestão pública tende a priorizar a eficiência e a produtividade, enquanto a nova governança pública destaca a participação e a colaboração. A escolha entre estes dois modelos parece depender dos valores, do contexto e dos objetivos específicos de cada sistema de saúde. Porém, os princípios da nova gestão pública parecem não ter sido suficientes para dar resposta à necessidade de empoderar a sociedade, emergindo, então, a nova governança pública que tem como objetivo não só a governabilidade do sistema público, mas também incentivar a participação dos cidadãos nos processos de decisão dos gestores públicos e políticos, de modo a que os governos respondam às expectativas da sociedade civil. Este parece constituir um terreno muito frutífero para que as equipas multiprofissionais, de facto, cumpram aquilo que é suposto e parece que o contexto da pandemia veio acelerar este processo.

Equipas Interprofissionais em Saúde

A tónica colocada nas práticas e projetos colaborativos, presente no modelo da nova governança pública, tem como objetivo integrar funções que se encontram dispersas. Este modelo enfatiza a participação ativa dos cidadãos, a transparência, a prestação de contas e a colaboração entre diferentes partes interessadas na formulação e implementação de políticas públicas. No contexto da saúde, os aspetos acima referidos implicam envolver os doentes, os profissionais de saúde, as organizações da sociedade civil, o sector privado e outras partes interessadas na tomada de decisões e no planeamento de políticas de saúde.

Esta questão facilmente conduz à discussão em torno dos aspetos relacionados com os cuidados integrados em saúde. As equipas interprofissionais são justamente apontadas como um princípio contemporâneo das organizações dos cuidados de saúde e são consideradas como sendo uma forma de organização que contraria a fragmentação e os obstáculos, já conhecidos, na colaboração entre profissões (Serra, 2011). Antes de mais, importa esclarecer alguns aspetos acerca do que geralmente se designa de

“equipas interprofissionais em saúde”. Trata-se de grupos de profissionais de diferentes áreas que trabalham em conjunto para fornecer cuidados de saúde integrados e abrangentes. Estas equipas são compostas por profissionais de diversas áreas, como médicos de várias especialidades, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas e farmacêuticos, entre outros. O objetivo principal das equipas interprofissionais em saúde é o de promover uma abordagem colaborativa no cuidado ao doente, levando em consideração não apenas os aspetos médicos, mas também os aspetos psicossociais e funcionais. Estas equipas reconhecem que cada profissional traz uma *expertise* única na prestação dos cuidados ao doente e que uma abordagem integrada é essencial para obter os melhores resultados.

Ao trabalhar em estreita colaboração, os profissionais de saúde interagem, partilham informações, discutem casos e tomam decisões colaborativas em benefício do doente. Esta abordagem colaborativa parece conduzir a uma melhor coordenação dos cuidados de saúde, a uma redução de erros médicos, a uma maior satisfação dos doentes e a melhores resultados de saúde. Além disso, as equipas interprofissionais em saúde podem igualmente desempenhar um papel crucial na promoção da prevenção e educação em saúde, na gestão de doenças crónicas e na transição mais eficaz entre os diferentes níveis de cuidados. Porém, é importante salientar que o estabelecimento de uma equipa interprofissional eficaz implica uma comunicação aberta, respeito mútuo, compreensão dos papéis e responsabilidades de cada profissional, além de uma cultura de trabalho colaborativa. Reunindo profissionais de diferentes disciplinas e áreas de especialização para trabalhar em conjunto na prestação de cuidados de saúde, estas equipas reconhecem a complexidade dos problemas de saúde e a necessidade de uma abordagem holística, que integre conhecimentos e competências de diversas áreas. Ao promover a colaboração e a comunicação entre profissionais de diferentes especialidades, as equipas interdisciplinares podem melhorar a qualidade dos cuidados e os resultados em saúde. Neste sentido, o modelo proporcionado pela nova governança pública pode fornecer um ambiente propício para o estabelecimento e funcionamento eficaz das equipas interdisciplinares em saúde. A participação das partes interessadas na tomada de decisões e no planeamento de políticas de saúde pode promover a criação de equipas multidisciplinares, garantindo que as vozes de diferentes especialidades sejam ouvidas e consideradas.

Importa aprofundar alguns aspetos presentes na nova governança pública e as características das equipas multidisciplinares em saúde. Tanto a nova governança pública quanto as equipas interdisciplinares enfatizam uma abordagem centrada no doente. A inclusão dos doentes e suas perspetivas

nas decisões de saúde, bem como a colaboração entre profissionais de diferentes áreas, permite um cuidado mais abrangente e personalizado, considerando não apenas as necessidades médicas, mas também as necessidades psicossociais e funcionais dos doentes. Também no que diz respeito à cooperação e partilha de conhecimento, quer a nova governança pública, quer as equipas interdisciplinares valorizam estas dimensões. Através da colaboração entre profissionais de diferentes áreas, é possível partilhar experiências, ampliar o conhecimento e adotar abordagens inovadoras na prestação de cuidados de saúde. Além disso, a participação ativa das diferentes partes interessadas na governança pública promove a partilha de perspetivas e a construção conjunta de soluções.

Alguns estudos, referidos mais à frente, têm mostrado que nestas equipas multidisciplinares que funcionam em rede e onde diferentes profissionais assumem interesses ou objetivos comuns, existem problemas de cooperação que resultam em tensão e conflito. Estas questões estão associadas a diferenças entre os vários mecanismos de autorregulação e de governança de cada uma das profissões envolvidas nestas equipas. Muitos destes conflitos são construídos ao longo das fronteiras entre os vários grupos profissionais em saúde. É nestas fronteiras que se articulam as diferentes formas de organização e é também nestas delimitações que surgem barreiras à interação entre várias competências. A investigação nos mais variados contextos clínicos refere como uma multiplicidade de fatores impactam na natureza e nas condições da prática interprofissional (Aveling et al., 2018; Broom et al., 2015; Liberati, 2017; Lindberg et al., 2017; Xyrichis et al., 2017). Dentro desses fatores apontados, destacam-se, por exemplo, as diferenças entre os vários mecanismos de autorregulação de cada uma das profissões; a incompreensão acerca dos papéis dos outros profissionais; a ausência de liderança que apoie a cooperação; a dominância profissional (médica) que resulta em mecanismos de coordenação em vez de cooperação profissional; e práticas de governança múltiplas (Serra, 2011).

A sociologia das profissões desde sempre tem disponibilizado interessantes reflexões sobre o trabalho interprofissional. A literatura sociológica tem ajudado a promover e a fornecer conceitos, teorias e dados empíricos do terreno, sobre o trabalho entre profissões. A investigação sociológica em torno do trabalho interprofissional em saúde, trabalha tópicos como a profissionalização, a divisão do trabalho em saúde, a jurisdição das profissões, as fronteiras entre profissões e a negociação entre grupos profissionais (Abbott, 1988; Larson, 1977; Strauss et al., 1963). Portanto, são vários os autores que têm contribuído para um património de conhecimento bem fundado.

O contexto da pandemia COVID-19 foi radicalmente alterado e este patrimônio sociológico é certamente útil para nos guiar na exploração do impacto que o COVID-19 assumiu nas práticas concretas dos profissionais de saúde, nomeadamente no trabalho interprofissional. A investigação sociológica tem-nos trazido, ao longo dos anos, conhecimento muito significativo acerca da complexidade do trabalho interprofissional, revelando, concretamente, que existe muito mais para além daquela imagem de que os grupos profissionais funcionam de forma discreta e homogênea, a partir de um conjunto de interações consistentes. Pelo contrário, percebemos que existe uma grande variedade de fatores de contexto que influenciam a interação interprofissional que resulta numa variabilidade em termos da natureza destas interações. Portanto, a investigação nos mais variados contextos clínicos mostra como os profissionais de saúde, as características dos doentes, a tecnologia, a cultura organizacional, a estrutura organizacional, os processos organizacionais e as prioridades em termos políticos impactam na natureza e nas condições das práticas interprofissionais (Aveling et al., 2018; Broom et al., 2015; Liberati, 2017; Lindberg et al., 2017; Xyrichis et al., 2017).

Em simultâneo, a investigação também tem revelado que as oportunidades proporcionadas pelo contexto têm possibilitado aos prestadores de cuidados de saúde exercer a sua agência nestes vários contextos. O que aconteceu no contexto da pandemia COVID-19? Qual o impacto da pandemia tendo em conta o significado dos fatores de contexto nas fronteiras entre profissões e as negociações interprofissionais? As alterações drásticas que testemunhámos na resposta à COVID-19 foram, sem dúvida, importantes para esclarecer estas questões. As novas lógicas presentes nos modelos da designada pós-nova gestão pública e, sobretudo, o contexto da pandemia com todos os desafios complexos que trouxeram para a saúde pública e para os sistemas de saúde, colocam exatamente a tônica na questão da interprofissionalidade, isto é, nos mecanismos das práticas das equipas de saúde que implicam necessariamente colaboração e comunicação efetivas, participação na tomada de decisão, coesão, coordenação de serviços e resolução de problemas. Quando estes fatores não estão presentes, a eficiência dos resultados diminui drasticamente. Em plena pandemia COVID-19, devido ao contexto pandémico, foi extremamente difícil penetrar no terreno para recolher dados sobre a atividade destas equipas e nomeadamente sobre o impacto que a COVID-19 teve nas equipas interprofissionais. Porém, através de conversas exploratórias com informadores privilegiados, durante a pandemia, que nos ajudaram a preparar a entrada no terreno, tornou-se claro que estávamos perante alterações muito significativas na resposta à COVID-19, que indicavam que estariam a influenciar a natureza destas

equipas. Estes dados foram posteriormente confirmados, por exemplo, numa investigação que deu origem a uma tese de mestrado em torno de equipas multidisciplinares nos cuidados de saúde primários (Lopes, 2022).

Como referido, e apesar de, na pandemia, os investigadores não terem tido acesso direto ao terreno e, portanto, à imersão nos espaços clínicos onde pudessem ser escrutinadas as práticas quotidianas e interações interprofissionais, conseguiu-se vislumbrar alguns indicadores sobre a natureza desta interação e da colaboração entre colegas profissionais de saúde. Histórias quotidianas tornaram-se públicas, a maior parte das vezes veiculadas pelos media, mas também presentes na literatura que foi surgindo em plena pandemia. Sobre esta temática vários artigos foram publicados em 2020 no *Journal of Interprofessional Care* que referem sinais de processos positivos de trabalho nas equipas, na maioria em contextos dos cuidados intensivos, com frases ou expressões como “estamos juntos nisto” ou chamadas de atenção para reconhecer todos os trabalhadores da saúde enquanto membros críticos das equipas multiprofissionais, compostas por profissões ou grupos profissionais como fisioterapeutas, pessoal da limpeza e higiene, médicos e enfermeiros entre outros. Na mesma linha, surgem muitos testemunhos sobre serviços concretos que se tornaram mais fortes e mais coesos nesses tempos de emergência (Lopes, 2022).

Outros trabalhos referem ainda algumas indicações acerca de alterações nos papéis profissionais, tais como a rápida implementação de *staff* de outros serviços. Por exemplo, no caso dos cuidados intensivos encontramos tweets sobre médicos seniores que humildemente “arregaçam as mangas” e cobrem ou desempenham tarefas que noutros momentos parecem irrelevantes ou menores. Na mesma linha, deparamo-nos com enfermeiros que atuam como intermediários na comunicação entre os doentes e os seus familiares. Também se constata sinais de alteração nas abordagens que dizem respeito à partilha de informação e na passagem de turnos, impostos pela própria pandemia, em virtude da urgência da situação e do distanciamento físico necessário (Goldman & Xyrichis, 2020; Michalec & Lamb, 2020).

Para além dos contextos mais críticos na prestação dos cuidados de saúde existem outros tipos de trabalho em equipa onde a indefinição das fronteiras e dos papéis profissionais acontecem. Num trabalho sobre equipas a operar num hospital canadiano no contexto da pandemia, Goldman e Xyrichis (2020) referem que estas eram constituídas por infecionologistas, representantes especialistas de saúde pública, *staff* ligado a gabinetes especializados no apoio a cuidados de enfermagem e outros tipos de cuidados

a doentes e às suas famílias, que desempenharam um papel crucial no suporte logístico a doentes com necessidades a longo prazo.

Neste sentido, as equipas interprofissionais em saúde têm sido cada vez mais valorizadas e incentivadas em vários sistemas de saúde onde se reconhece que a colaboração entre diferentes profissionais é fundamental para enfrentar os desafios complexos e multifacetados da prestação de cuidados de saúde. No contexto da pandemia COVID-19, as equipas interprofissionais desempenharam um papel crucial perante a crise de saúde pública. A natureza complexa da doença, as suas ramificações sociais e económicas, e a necessidade de uma resposta abrangente, exigiram a colaboração entre diversos profissionais de saúde, podendo-se destacar várias áreas que, ao longo da pandemia, evidenciam o sucesso destas equipas:

- Diagnóstico e tratamento: onde profissionais de saúde de diferentes especialidades, como médicos, enfermeiros, técnicos de laboratório e radiologistas trabalharam em conjunto para identificar, diagnosticar e tratar doentes com COVID-19. A colaboração permitiu uma abordagem mais abrangente e eficaz no cuidado dos doentes.
- Gestão de casos: as equipas interprofissionais foram responsáveis pela coordenação e gestão dos casos de COVID-19, o que incluiu a triagem de doentes, a organização de exames e testes, a monitorização da saúde dos doentes, a prescrição e a administração de medicamentos e a tomada de decisões conjuntas sobre o tratamento.
- Cuidados intensivos: nas unidades de cuidados intensivos, equipas interprofissionais constituídas por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, farmacêuticos e outros profissionais trabalharam em conjunto para fornecer suporte vital aos doentes mais graves. A colaboração neste ambiente crítico foi essencial para garantir a melhor assistência possível.
- Saúde mental: a pandemia teve um impacto significativo na saúde mental das pessoas. As equipas interprofissionais, incluindo psicólogos, psiquiatras, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais, colaboraram para prestar apoio emocional, tratamento e cuidados de saúde mental àqueles afetados pela crise.
- Vacinação: as campanhas de vacinação em massa exigiram a colaboração de diversos profissionais de saúde, como médicos, enfermeiros, farmacêuticos, técnicos de saúde e administradores. As equipas interprofissionais foram responsáveis pela administração das vacinas,

monitorização de efeitos adversos e garantia da cobertura vacinal adequada.

Acresce que as equipas interprofissionais desempenharam igualmente um papel fundamental na comunicação e educação em saúde, fornecendo informações precisas e atualizadas sobre a pandemia, medidas de prevenção e tratamento, e esclarecendo dúvidas e preocupações da comunidade. A colaboração e o trabalho em equipa entre profissionais de diferentes áreas foram essenciais para enfrentar os desafios complexos e em constante evolução da pandemia COVID-19, permitindo uma resposta mais eficaz, coordenada e centrada no doente.

As Lições das Pandemias Acerca do Trabalho Interprofissional

O que é que as anteriores pandemias podem ensinar sobre o trabalho interprofissional? As experiências passadas em torno de outras pandemias trazem algumas pistas a este propósito. No caso do SARS-COV, em 2003, as experiências apontam para a importância da tomada de decisão em equipa, assim como a confiança e a comunicação para uma solução efetiva de problemas (Tseng et al., 2005). Na gripe pandémica de 2009, o H1N1, existem relatos sobre enfermeiros das unidades de cuidados intensivos que assinalam o valor incontornável do trabalho interprofissional e a importância de reforçar o trabalho em equipa como parte da preparação dos serviços de saúde para futuras pandemias, apontando o trabalho em equipa como prioridade (Honey & Wang, 2013). Durante o MERS-COV, em 2012, Al-Knawy et al. (2019) identificaram o trabalho em equipa como elemento crucial para uma gestão bem-sucedida desta pandemia, a par de uma liderança coletiva e colaborativa (Al-Knawy et al., 2019). Finalmente, a experiência com o Ébola, em 2014, chama a atenção para a importância de equipas de saúde treinadas com papéis claros, responsabilidades bem definidas e regras de compromisso em condições de pressão (Holmgren et al., 2019).

Porém, resta-nos entender como e em que extensão estas lições do passado foram assimiladas e mobilizadas para o recente contexto desta última pandemia. Importa, por isso, refletir sobre estas equipas interprofissionais e investigação pós COVID-19. A forma como os vários profissionais e profissões da saúde trabalharam em conjunto ao longo da pandemia, um trabalho de equipa sem precedentes, constituiu um aspeto chave da narrativa COVID-19. À medida que fomos saindo das situações de urgência e caminhamos para o pós-pandemia, tivemos o privilégio de conseguir aprofundar todo o processo. Existem imensas questões de pesquisa a explorar sobre o

trabalho interprofissional. Trata-se de questões exploratórias que podem guiar projetos de investigação concretos. Estas questões devem sempre focar-se nos contextos particulares de investigação e interesses de pesquisa. Como é que, durante a pandemia, as equipas interprofissionais se comportaram? Qual a natureza destas equipas que, ao que tudo indica, assumem uma dimensão efémera? Que tipo de renegociação ocorre em termos das fronteiras profissionais? Que tipo de interações profissionais foram menos bem-sucedidas e como é que esse facto impactou na prestação dos cuidados de saúde? Quais os dispositivos físicos e sociais que facilitaram ou inibiram o trabalho interprofissional? Quais os fatores do contexto específicos em torno da COVID-19 que influenciaram a natureza do trabalho interprofissional, em condições de extrema pressão e urgência? Até que ponto as mudanças observadas no trabalho interprofissional são sustentáveis e o que é que podemos aprender sobre o planeamento futuro da força de trabalho em saúde? Qual o impacto destas alterações no sistema de profissões, incluindo hierarquias profissionais e o equilíbrio de poderes? Quais serão as implicações a longo prazo na investigação sociológica acerca das profissões e do trabalho interprofissional?

Temos perante nós uma oportunidade sem precedentes para aprender a partir da resposta global à pandemia COVID-19 e construir um modelo de governança em saúde mais coeso e mais solidário. Porém, no caso português, que aliás não é muito diferente dos contextos de outros países da Europa, o atual panorama do Serviço Nacional de Saúde (SNS) parece evidenciar que tudo o que aprendemos ao nível do funcionamento destas equipas, todas as oportunidades e dificuldades mapeadas durante a pandemia, ficaram condenadas ao esquecimento (Lopes, 2022). A pandemia mostrou-nos como é crítica a existência de um serviço nacional de saúde forte. No entanto, o pós-pandemia veio evidenciar um SNS cada vez mais frágil que parece não ter incorporado as aprendizagens das experiências de um passado tão recente. Finalizo, deixando uma nota sobre várias lições importantes que a pandemia COVID-19 trouxe consigo e podem, eventualmente, orientar futuras preparações e respostas a crises de saúde. Aqui estão algumas das principais lições aprendidas:

- *Outras pandemias virão.* Neste sentido, a pandemia destacou a *importância da preparação e prontidão*, salientando a necessidade de os países estarem preparados para responder a emergências de saúde. Entre outros aspetos, esta dimensão implica a criação de planos de contingência, *stocks* adequados de equipamentos de proteção individual e aumento do número de profissionais de saúde, além do fortalecimento dos sistemas de saúde e infraestruturas de laboratórios.

- *Resiliência e adaptação.* A pandemia mostrou a importância da resiliência e capacidade de adaptação. As comunidades, instituições e sistemas de saúde têm de ser capazes de responder rapidamente a situações em constante mudança, ajustando estratégias e implementando medidas eficazes com base na evolução da situação.
- *Fortalecimento dos sistemas de saúde.* A pandemia destacou a necessidade de sistemas de saúde robustos e resilientes, o que necessariamente implica investimentos em recursos humanos, infraestruturas, tecnologia e capacidade laboratorial. A detecção precoce, a monitorização adequada e a resposta rápida são essenciais para lidar com surtos e minimizar o impacto nas populações.
- *A importância de uma rede de saúde pública eficaz.* Os médicos de saúde pública foram, e são, imprescindíveis no sistema nacional de saúde e a sua relevância ficou demonstrada na gestão da pandemia.
- *A necessidade de introduzir maior flexibilidade nas estruturas de saúde e na organização dos cuidados de saúde* para responder às variações brutais ao nível das patologias e do acesso aos cuidados. Importa também referir a importância da flexibilidade no planeamento dos recursos humanos.
- *A falta de articulação entre os vários níveis de cuidados,* nomeadamente entre: a proteção civil, a emergência pré-hospitalar, os hospitais, os cuidados primários, os cuidados continuados, os lares e a assistência social, ao nível local, regional e nacional. Todas estas estruturas estão consideravelmente desconectadas, comunicando com muita dificuldade e com cadeias de responsabilidades distintas. A integração dos vários níveis de cuidados é uma emergência, constituindo provavelmente o grande desafio do sistema nacional de saúde. A premência desta integração ficou bem demonstrada na resposta à COVID-19 e a crise que resulta desta pandemia trouxe uma nova fase de escassez de recursos e de desinvestimento.
- *A importância da saúde mental.* A crise de saúde global trouxe consigo uma série de desafios psicológicos e emocionais que afetaram pessoas em todo o mundo, evidenciando a importância da saúde mental. Várias dimensões podem ser elencadas para explicar as razões pelas quais a saúde mental se tornou uma preocupação crítica durante e depois da pandemia: isolamento social e solidão; medo e ansiedade; luto e perda; desemprego e incerteza financeira; interrupção da rotina;

acesso limitado aos serviços de saúde mental; estigma associado à saúde mental. Neste sentido, é fundamental o reconhecimento da importância da saúde mental durante a pandemia e no pós-pandemia, bem como a implementação de medidas para apoiar a população. Isto inclui a promoção da consciencialização sobre a saúde mental, o acesso a serviços de saúde mental, a redução do estigma e o incentivo ao autocuidado.

- *A importância das equipas interprofissionais de saúde* na resposta a crises de saúde pública. Estas equipas, compostas por profissionais de diversas áreas da saúde, desempenharam um papel fundamental no fornecimento de cuidados integrados, colaborativos e eficazes.
- *O papel da ciência e de uma comunicação clara e eficiente.* A ciência desempenhou um papel central na compreensão e resposta à COVID-19. A importância de seguir as evidências científicas, atualizar permanentemente as diretrizes e fornecer uma comunicação clara e acessível aos diferentes públicos, constituíram lições importantes. A transparência na divulgação de informações é fundamental para construir confiança e comprometimento da comunidade. Porém, as potencialidades das campanhas de comunicação em saúde têm sido subaproveitadas. No caso português, a pandemia colocou à prova o SNS, restando saber se vai permitir melhorá-lo, aumentando a sua capacidade, implementando programas de recuperação para hospitais e centros de saúde, reforçando os orçamentos das instituições, bem como a autonomia das mesmas para a contratação, valorização, captação e fixação dos profissionais do SNS.
- *Equidade na saúde.* A pandemia exacerbou as desigualdades existentes na saúde. Ficou evidente que é necessário abordar as disparidades socioeconómicas de acesso aos cuidados de saúde e de determinantes sociais da saúde. As respostas futuras devem priorizar a equidade e garantir que todos tenham igual acesso a serviços de saúde de qualidade.
- *Cooperação internacional.* A pandemia demonstrou a importância da colaboração e cooperação entre países e organizações internacionais. Partilhar informações, recursos e conhecimentos técnicos é essencial para enfrentar uma crise global de saúde e desenvolver estratégias eficazes de prevenção, controle e tratamento.
- *O enorme impulso da telemedicina.* A telemedicina experienciou um impulso significativo no contexto da pandemia COVID-19. A pandemia

trouxe consigo desafios únicos para o sistema de saúde em todo o mundo, e a telemedicina emergiu como uma ferramenta crucial para enfrentar esses desafios (Maria et al., 2022).

Apresentam-se alguns dos principais impulsionadores do crescimento da telemedicina:

- O distanciamento social e medidas de isolamento tornaram difícil ou impossível para muitas pessoas terem acesso aos cuidados de saúde. A telemedicina permitiu que os doentes recebessem atendimento médico sem a necessidade de se deslocar fisicamente aos serviços de saúde, minimizando o risco de exposição ao vírus.
- A telemedicina aumentou a acessibilidade aos cuidados de saúde, especialmente para pessoas que vivem em áreas rurais, remotas ou de difícil acesso. Também beneficiou pessoas com mobilidade reduzida ou com dificuldades em comparecer pessoalmente a consultas médicas.
- A continuidade do atendimento: muitos doentes com doenças crônicas dependem de consultas regulares e acompanhamento médico. A telemedicina permitiu que esses doentes continuassem os seus tratamentos sem interrupções, evitando a deterioração da sua saúde durante a pandemia.
- A telemedicina foi amplamente utilizada na triagem e aconselhamento de doentes com sintomas leves de COVID-19. Isso ajudou a aliviar a carga dos hospitais e unidades de saúde, direcionando os doentes para o tratamento adequado, quando necessário.
- Eficácia na gestão de casos: os profissionais de saúde puderam monitorar pacientes recuperados da COVID-19 e aqueles em quarentena por meio de consultas virtuais, ajudando a garantir que os doentes seguissem as diretrizes de saúde e identificando rapidamente quaisquer sinais de deterioração.
- Educação e treino: A telemedicina também foi utilizada como meio para educar profissionais de saúde e fornecer treino médico à distância, partilhando informações essenciais sobre a COVID-19 e as melhores práticas para seu tratamento e prevenção.
- Pesquisa e colheita de dados: a telemedicina facilitou a colheita de dados epidemiológicos em larga escala e a partilha de informações entre instituições médicas e investigadores. Esta dimensão revelou-se

fundamental para compreender melhor a propagação do vírus e desenvolver estratégias de mitigação.

Porém, importa referir que a telemedicina também enfrentou desafios durante a pandemia, como questões relacionadas com a privacidade, disparidades de acesso à tecnologia, bem como limitações na capacidade de realizar exames físicos completos em algumas situações. No entanto, o crescimento significativo da telemedicina em plena pandemia levou a que muitos sistemas de saúde passassem a considerar a integração contínua da telemedicina nos seus modelos de atendimento médico no futuro.

Estas são apenas algumas lições da pandemia COVID-19 que podem servir de base para melhorar a preparação e resposta a futuras crises de saúde, fortalecer os sistemas de saúde e promover a saúde global de forma mais eficaz.

Para Terminar

Em jeito de conclusão, encerra-se este capítulo a partir das lições aprendidas com a pandemia COVID-19 em relação às equipas interprofissionais em saúde, bem como os *insights* sociológicos que podem ser aplicados para melhorar sua atuação. O objetivo é destacar a importância destas equipas face aos desafios emergentes e na promoção de uma abordagem holística para a saúde.

A partir da discussão sobre a definição e os princípios fundamentais das equipas interprofissionais em saúde, destaca-se a sua natureza colaborativa e a necessidade de uma comunicação eficaz entre os membros. As lições aprendidas com a pandemia revelam a importância da coordenação e liderança efetivas, o valor da partilha de conhecimentos e recursos, e a necessidade de uma abordagem centrada no doente. Além disso, a partir da exploração dos *insights* sociológicos sobre trabalho interprofissional e equipas interprofissionais em saúde, que oferecem uma perspetiva crítica, foi possível compreender as dinâmicas sociais e estruturais que influenciam a colaboração interprofissional, incluindo fatores como hierarquias profissionais, poder e desigualdades, chamando a atenção para a necessidade de promoção de relações equitativas e para o fortalecimento da interação entre os membros das equipas.

Outro aspeto igualmente evidenciado tem a ver com a importância da formação interprofissional como base para o trabalho em equipas de saúde. A educação e o treino conjuntos de profissionais de diferentes áreas

permitem a compreensão mútua, a construção de confiança e a capacidade de colaboração efetiva. Esta formação interprofissional deve ser valorizada e incorporada nas políticas de saúde.

Por fim, chama-se a atenção para as recomendações aqui apresentadas para reforçar e expandir a atuação das equipas interprofissionais em saúde no pós-pandemia. Isto inclui investimento em investigação e evidências, a criação de políticas de saúde que incentivem a colaboração interprofissional, o fortalecimento das capacidades de liderança e a promoção da participação ativa dos doentes nos processos associados aos cuidados de saúde. Concluindo, as equipas interprofissionais em saúde desempenham um papel crucial na resposta a crises de saúde, como a pandemia da COVID-19. Através das lições aprendidas e dos *insights* sociológicos aqui disponibilizados, é possível fortalecer essas equipas e promover uma abordagem integrada e colaborativa em saúde, beneficiando tanto os profissionais quanto os cidadãos.

Referências Bibliográficas

- Abbott, A. (1988). *The system of professions. An essay on the division of expert labor*. Chicago University Press.
- Al-Knawy, B. A., Al-Kadri, H. M. F., Elbarbary, M., Arabi, Y., Balkhy, H. H., & Clark, A. (2019). Perceptions of post outbreak management by management and healthcare workers of a Middle East respiratory syndrome outbreak in a tertiary care hospital: A qualitative study. *BMJ Open*, 9(5), e017476. <https://bmjopen.bmj.com/content/9/5/e017476>
- Almquist, R., Grossi, G., Jan van Helden, G., & Reichard, C. (2013). Public sector governance and accountability. *Critical Perspectives on Accounting*, 24(7–8), 479–487. <https://doi.org/10.1016/j.cpa.2012.11.005>
- Aveling, E. L., Stone, J., Sundt, T., Wright, C., Gino, F., & Singer, S. (2018). Factors influencing team behaviors in surgery: A qualitative study to inform teamwork interventions. *Annals of Thoracic Surgery*, 106(1), 115–120. <https://doi.org/10.1016/j.athoracsur.2017.12.045>
- Broom, A., Broom, J., Kirby, E., & Scrambler, G. (2015). The path of least resistance? Jurisdictions, responsibility and professional asymmetries in pharmacists' accounts of antibiotic decisions in hospitals. *Social Science & Medicine*, 146, 95–103.
- Brown, K., & Osborne, S. (2012). *Managing change and innovation in public service organizations*. Routledge.
- Chamberlain, J., Dent, M., & Saks, M. (2018). *Professional health regulation in the public interest: International perspectives*. Policy Press.

Cheung, A. (2013). Public governance reform in Hong Kong: Rebuilding trust and governability, *International Journal of Public Sector Management*, 26(5), 421–436. <https://doi.org/10.1108/IJPSM-05-2013-0070>

Christensen, T., & Lægreid, P. (2007). The whole-of-government approach to public sector reform. *Public Administration Review*, 67(6), 1059–1066. <https://doi.org/10.1111/j.1540-6210.2007.00797.x>

Corner, D., & Drewry, G. (2005). The implications of public service reform for accountability and audit. Recent developments in the UK. In G. Drewry, C. Greve & T. Tanquerel (Eds.), *Contracts, performance measurement and accountability in the public sector* (pp. 59–78). IOS Press.

De Vries, M. & Nemeč, J. (2013). Public sector reform: an overview of recent literature and research on NPM and alternative paths. *International Journal of Public Sector Management*, 26(1), 4–16. <https://doi.org/10.1108/09513551311293408>

Fattore, G., Dubois, H., & Lapenta, A. (2012). Measuring new public management and governance in political debate. *Public Administration Review*, 72(2), 218–227. <https://doi.org/10.1111/j.1540-6210.2011.02497.x>

Gabe, J. (2004). Risk. In J. Gabe, M. Bury & M. A. Elston (Eds.), *Key concepts in medical sociology* (pp. 87–91). Sage.

Goldman, J., & Xyrichis, A. (2020). Interprofessional working during the COVID-19 pandemic: Sociological insights. *Journal of Interprofessional Care*, 34(5), 580–582. <https://doi.org/10.1080/13561820.2020.1806220>

Gruening, G. (2001). Origin and theoretical basis of new public management. *International Public Management Journal*, 4(1), 1–25. [https://doi.org/10.1016/S1096-7494\(01\)00041-1](https://doi.org/10.1016/S1096-7494(01)00041-1)

Holmgren, J., Paillard-Borg, S., Saaristo, P., & von Strauss, E. (2019). Nurses' experiences of health concerns, teamwork, leadership and knowledge transfer during an Ebola outbreak in West Africa. *Nursing Open*, 6(3), 824–833. <https://doi.org/10.1002/nop2.258>

Honey, M., & Wang, W. Y. (2013). New Zealand nurses' perceptions of caring for patients with influenza A (H1N1). *Nursing in Critical Care*, 18(2), 63–69. <https://doi.org/10.1111/j.1478-5153.2012.00520.x>

Jing, Y. (2015). New public governance: A regime-centered perspective. *International Review of Public Administration*, 20(3), 325–327. <https://doi.org/10.1080/12294659.2015.1041988>

Klijn, E. (2012). Public management and governance: A comparison of two paradigms to deal with modern complex problems. In D. Levi Faur (Ed.), *The handbook of governance* (pp. 201–214). Oxford University Press.

Larson, M. (1977). *The rise of professionalism: A sociological analysis*. University of California Press.

- Liberati, E. G. (2017). Separating, replacing, intersecting: The influence of context on the construction of the medical-nursing boundary. *Social Science & Medicine*, 172, 135–143. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.11.008>
- Lindberg, K., Walter, L., & Raviola, E. (2017). Performing boundary work: The emergence of a new practice in a hybrid operating room. *Social Science & Medicine*, 182, 81–88. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.04.021>
- Lopes, S. (2022). *Facilitadores e entraves à colaboração dentro de equipas interprofissionais nos cuidados de saúde primários em Portugal durante a pandemia COVID-19* [Dissertação de mestrado, Universidade NOVA de Lisboa]. RUN – Repositório Universidade NOVA. <http://hdl.handle.net/10362/143524>
- Maria, A., Serra, H., & Heleno, B. (2022). Teleconsultations and their implications for health care: A qualitative study on patients' and physicians' perceptions. *International Journal of Medical Informatics*, 162, 104751. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2022.104751>
- Michalec, B., & Lamb, G. (2020). COVID-19 and team-based healthcare: The essentiality of theory-driven research. *Journal of Interprofessional Care*, 34(5), 593–599. <https://doi.org/10.1080/13561820.2020.1801613>
- Osborne, S. (2006). The new public governance? *Public Management Review*, 8(3), 377–387. <https://doi.org/10.1080/14719030600853022>
- Osborne, S. (Ed.). (2010). *The new public governance: Emerging perspectives on the theory and practice of public governance*. Routledge.
- Rhodes, R. (1994). The hollowing out of the state: The changing nature of the public service in Britain. *Political Quarterly*, 65, 138–151. <https://doi.org/10.1111/j.1467-923X.1994.tb00441.x>
- Rouban, L. (Ed.). (1999). *Citizens and the new governance*. IOS Press.
- Serra, H. (2011). Das tecnologias às tecnocracias: Novos protagonismos emergentes em saúde. In A. Claudius Barbosa e J. Ramos Silva (Eds.), *Economia, gestão e saúde: As relações luso-brasileiras em perspectiva* (pp. 187–202). Edições Colibri.
- Strauss, A., Leonard, S., Rue B., Danuta, E., & Melvin, S. (1963). The hospital and its negotiated order. In E. Freidson (Ed.), *The hospital in modern society* (pp. 147–169). Free Press of Glencoe.
- Torfiing, J. & Triantafyllou, P. (2013). What's in a name? Grasping new public governance as a political-administrative system. *International Review of Public Administration*, 18(2), 9–25. <https://doi.org/10.1080/12294659.2013.10805250>
- Tseng, H-C., Chen, T-F., & Chou, S-M. (2005). SARS: Key factors in crisis management. *Journal of Nursing Research*, 13(1), 58–65.

Xyrichis, A., Lowton, K., & Rafferty, A. M. (2017). Accomplishing professional jurisdiction in intensive care: An ethnographic study of three units. *Social Science & Medicine*, *181*, 102–111. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.03.047>

Notas Biográficas

Adriana Cristian Mota Venas Lima é graduada em Enfermagem pela Universidade Católica do Salvador. É especialista em Saúde Pública pela Escola de Saúde Pública da Bahia; em Urgência e Emergência pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública; em Auditoria de Sistemas e Serviços de Saúde pela Universidade Federal da Bahia; e em Unidade de Terapia Intensiva pela Fundação Castelo Branco. Tem extensão em terapia intensiva adulto e pediátrico pelo Centro de Pesquisa em Enfermagem das Obras Sociais Irmã Dulce. Atua na Rede de Atenção às Urgências. É mestre em Saúde Coletiva pela Universidade do Estado da Bahia e integrante do Grupo de Pesquisa em Micropolítica, cuidado e trabalho saúde, da Universidade do Estado da Bahia.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7088-5495>

Email: adriana.venas@hotmail.com

Aline do Monte Gurgel é graduada em Biomedicina pela Universidade Federal de Pernambuco, é especialista e mestre e doutora em Saúde Pública. É pesquisadora em Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), atuando principalmente nos temas de saúde ambiental; saúde do trabalhador; saúde coletiva; mudanças climáticas; toxicologia; risco químico; exposição a agrotóxicos, petróleo e derivados; impactos na saúde e no ambiente decorrentes da instalação de grandes empreendimentos. É integrante do Laboratório Saúde, Ambiente e Trabalho do Instituto Aggeu Magalhães, onde desenvolve atividades de pesquisa, ensino e advocacy. Coordena o grupo de trabalho de Agrotóxicos da Fiocruz e o programa acadêmico de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – mestrado e doutorado – do Instituto Aggeu Magalhães/Fiocruz. Coordena, também, o mestrado profissional em Promoção e Vigilância em Saúde, Ambiente e Trabalho, em parceria com a Fiocruz BSB.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5981-3597>

Email: aline.gurgel@fiocruz.br

Ana Paula Pereira Marques é professora catedrática do Departamento de Sociologia do Instituto de Ciências Sociais da Universidade do Minho. É investigadora do Centro de Estudos de Comunicação e Sociedade. É diretora do mestrado de Sociologia do Instituto de Ciências Sociais da Universidade do Minho. É secretária-geral do Centro de Estudos Euro-Regionais da Galiza e Norte de Portugal. Os seus principais temas de investigação e ensino são trabalho e organizações; ensino superior e empreendedorismo; mercado de trabalho e desemprego; profissões e relações de género.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9458-2915>

Email: amarques@ics.uminho.pt

Berta de Sousa é licenciada em Direito e em Sociologia das Organizações, pela Universidade do Minho, e pós-graduada em Sociologia da Saúde na mesma universidade. É assessora do Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde de Braga, para área de Recursos Humanos. Assume a vice-presidência da União Geral de Trabalhadores – Braga e integra o Secretariado Nacional do Sindicato do Trabalhadores da Administração Pública e de Entidades com Fins Administrativos, a comissão executiva da Secção Regional do Norte, com responsabilidade pela Comissão para a Saúde. É doutoranda em Sociologia pela Universidade do Minho e a sua investigação versa sobre as configurações jurídico-laborais do trabalho no setor da saúde em Portugal.

ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-9996-1238>

Email: id10511@alunos.uminho.pt

Bruno Issao Matos Ishigami é graduado em Medicina pela Universidade Federal de Pernambuco. Fez residência/especialização em Infectologia pela Universidade de Pernambuco, na Faculdade de Ciências Médicas e é mestre em Saúde Pública pelo Instituto Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz. Atua como infectologista no Wellness Center – Clínica do Homem, AIDS Healthcare Foundation (AIDS Healthcare Foundation Brazil) e assume a coordenação estadual de atenção à saúde prisional. Atualmente, é secretário executivo de Vigilância em Saúde e Atenção Primária da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife, Brasil.

ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-9262-5333>

Email: bruno.ishigami@saude.pe.gov.br

Ciane dos Santos Rodrigues tem graduação em Enfermagem, residência de Enfermagem em Saúde Coletiva e mestrado em Saúde Coletiva pela Universidade Federal Fluminense. É doutorado em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública/ Fundação Oswaldo Cruz. Desenvolve atividades de pesquisa voltadas para as áreas trabalho em saúde e políticas públicas de saúde. Atualmente, é analista na Gerência de Saúde do Departamento Nacional do Serviço Social do Comércio. Tem experiência com análise de dados, vigilância em saúde, docência no ensino superior e atenção primária em saúde.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0795-5523>

Email: ciane.srodrigues@gmail.com

Cláudia Fell Amado é especialista em Saúde da Família (Programa de Pós-Graduação de Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela Universidade de Pernambuco) e mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Pernambuco. Atualmente, cursa o doutorado no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Faz parte do grupo de estudos Trabalho e Educação e Gestão em Saúde – Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia –, e as suas áreas de atuação incidem sobre atenção básica; estratégia de saúde da família; saúde mental; gestão do trabalho e educação em saúde; educação interprofissional em saúde; trabalho interprofissional; formação de preceptores em saúde e gestão em saúde.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3852-0792>

Email: claudiafell.saude@gmail.com

Eliane Chaves Vianna é graduada em Psicologia pela Universidade Gama Filho, mestre em Ciências da Saúde pela Fundação Oswaldo Cruz e doutorada em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Atualmente, é professora associada III, exercendo atividades na Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz. Tem experiência na área de saúde coletiva, com ênfase na atenção primária, atuando nos seguintes temas: processo de trabalho e adoecimento;

estratégia saúde da família; processo de trabalho e educação em saúde; práticas integrativas e complementares em saúde.

ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-5116-2144>

Email: elianeviannaensp@gmail.com

Elsa Pegado é socióloga, doutorada em Sociologia pelo Iscte – Instituto Universitário de Lisboa e mestre em Comunicação, Cultura e Tecnologias de Informação pela mesma instituição. É professora auxiliar no Departamento de Métodos de Pesquisa Social do Iscte. É investigadora e sub-diretora do Centro de Investigação e Estudos de Sociologia do Iscte. Tem desenvolvido investigação na área da sociologia da saúde, mais especificamente sobre desigualdades em saúde, sobre as medicinas complementares e alternativas e sobre medicamentos e outros recursos terapêuticos; na área das desigualdades sociais e pobreza e exclusão social; e no domínio das metodologias de avaliação, avaliação de políticas públicas, programas e projetos. É autora e coautora de diversas publicações e comunicações sobre estas temáticas.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6177-9340>

Email: elsa.pegado@iscte-iul.pt

Helena Serra é socióloga e professora associada com agregação do Departamento de Sociologia da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade NOVA de Lisboa. Foi membro do Comité Executivo da Associação Europeia de Sociologia (2013–2017) e atualmente é membro da Associação Europeia de Sociologia RN 19 Sociology of Professions e Presidente da International Sociological Association RC52 Sociology of Professional Groups. Tem vindo a publicar em várias revistas nacionais e internacionais, nas áreas da sociologia das organizações e profissões e da sociologia da saúde.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9527-1214>

Email: helena.serra@fcsh.unl.pt

Katia Rejane de Medeiros é doutorada em Ciências pelo Instituto Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz. Atua como docente e pesquisadora do Departamento de Saúde Coletiva do Instituto Aggeu Magalhães. Coordenou o programa de mestrado profissional em Saúde da Família e presentemente coordena o programa acadêmico em Saúde Pública. Desenvolve estudos nos grupos de pesquisa: Governança de Sistemas e Serviços de Saúde e Redes Integradas em Saúde; Avaliação do Acesso e Gestão do Trabalho e da Educação. As áreas de investigação e publicação têm sido: trabalho; educação em saúde; economia da saúde; atenção primária em saúde. Integra o Comitê Consultivo do Observatório de Análise de Políticas de Saúde no Brasil do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7518-4137>

Email: katia.rejane@focruz.br

Jonathan Vicente dos Santos Ferreira é bacharel em Biomedicina pela Universidade Anhembi Morumbi, habilitado em Patologia Clínica, e tem pós-graduação Lato Sensu em Ciência Política, com ênfase em Saúde Pública. É mestre em Saúde Coletiva/Medicina Preventiva no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Foi membro do grupo de trabalho de políticas afirmativas do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da FMUSP, também atuou como representante discente (titular) na Comissão de Pós-Graduação da FMUSP (2021–2022). É membro do Coletivo Negro Núcleo Ayé e do Grupo de Estudo e Pesquisa em Saúde, Interseccionalidade e Marcadores Sociais da Diferença da FMUSP. Possui experiência na área de saúde coletiva com foco em saúde mental abordada em crises sanitárias ou climáticas. Escreve e atua em pesquisas dos seguintes segmentos: ciências sociais e humanas em saúde, saúde mental, global mental health, medicina preventiva, saúde pública e epidemiologia psiquiátrica. Atualmente participa de grupos de trabalho focados em saúde física, saúde mental e mudanças climáticas nas seguintes organizações: The Global Climate and Health Alliance; Global Mental Health Action Network; e na Rede de Clima y Salud LAC.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1529-9570>

Email: jvicente@alumni.usp.br

Leide Dionne Pereira de Jesus Santos é fonoaudióloga – núcleo de apoio à saúde da família da prefeitura de Alagoinhas n.º 0001/2015, e é doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Bahia. Atualmente é membro do Grupo de Cooperação Técnica e Pedagógica para o trabalho em saúde no âmbito dos núcleos de apoio à saúde da família). Tem interesse acadêmico no campo da saúde coletiva, com ênfase em processo de trabalho em saúde; atenção primária à saúde e estratégia saúde da família; e na interface da saúde coletiva com a fonoaudiologia.

ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-2972-7687>

Email: leidedionne@gmail.com

Liliana Santos é doutora em Saúde Pública pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA). É atualmente professora adjunta e pesquisadora do ISC/UFBA e foi coordenadora do colegiado de curso da graduação em Saúde Coletiva do ISC/UFBA (2017–2021). As suas áreas de interesse são: políticas de saúde, trabalho e educação na saúde; formação de profissionais da saúde; processo de trabalho em saúde; educação permanente em saúde; modelo de atenção e cuidado em saúde; comunicação & saúde; humanização em saúde.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8958-4094>

Email: liliana.santos@ufba.br

Magno Conceição das Mercês é nutricionista e enfermeiro, doutor em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia. É professor e coordenador adjunto do curso de Medicina da Unidompredo/Afya. É professor do Departamento de Ciências da Vida da Universidade do Estado da Bahia, e diretor do mesmo departamento. Pesquisa no VASCOR (Universidade Federal da Bahia/Centro Universitário UniFTC/Fundação Oswaldo Cruz/Universidade do Minho). Lidera o Grupo de Pesquisa Interprofissional em Epidemiologia e Saúde. Atualmente é professor permanente do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia e do mestrado profissional em Saúde Coletiva da Universidade do Estado da Bahia (UNEB). É professor e tutor do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde

da UNEB. É editor-Chefe do Journal of Multiprofessional Health Research e professor adjunto da UNEB.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3493-8606>

Email: mmerces@uneb.br

Márcia Teixeira possui graduação em Ciências Sociais pela Universidade Federal Fluminense, mestrado em Ciências da Saúde pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca e doutoramento em Saúde Pública pela mesma instituição. É analista de Gestão em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz e atua como professora e pesquisadora do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz. Tem experiência na área de sociologia, com ênfase em gestão do trabalho, atuando principalmente nos seguintes temas: políticas públicas e trabalho, recursos humanos em saúde e gestão do trabalho em saúde.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9502-0789>

Email: txmarcia47@gmail.com

Maria Inês Carsalade Martins é atualmente pesquisadora aposentada da Fundação Oswaldo Cruz, com doutoramento em Saúde Coletiva pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Tem experiência na área de saúde coletiva, com foco na área de saúde e trabalho, atuando principalmente nos seguintes temas: gestão do trabalho em saúde, processo de trabalho em saúde, formação de recursos humanos em saúde.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7757-449X>

Email: minescm52@gmail.com

Maria Ruth dos Santos é graduada em Farmácia Bioquímica pela Universidade Federal de Juiz de Fora, mestre em Saúde Pública e doutora em Saúde Coletiva pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro/Instituto de Medicina Social. Exerceu atividades na assistência, no ensino, na pesquisa e na gestão em saúde e, como especialista em regulação e vigilância sanitária, na Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Atua em pesquisas e consultoria em saúde. Tem experiência em saúde coletiva, temas de recursos

humanos em saúde, profissões de saúde, gestão em saúde, políticas públicas de gestão do trabalho e da educação em saúde e vigilância em saúde.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1669-206X>

Email: ruth.santos@fiocruz.br

Monica Vieira é graduada em Ciências Sociais pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, especialização em Recursos Humanos em Saúde e mestre em Planejamento e Administração de Serviços de Saúde. É doutorada em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro e pós-doutorada pelo Instituto de Ciências Sociais da Universidade do Minho, Portugal. É analista em Gestão em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz desde 1998 e atua na pós-graduação em Educação Profissional em Saúde e no Observatório dos Técnicos em Saúde, que integra o Laboratório do Trabalho e da Educação Profissional em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Com experiência de docência e orientação, desenvolve pesquisas sobre configurações produtivas, processos de qualificação; trajetórias ocupacionais; produção de sentidos, valores e dinâmicas de reconhecimento de trabalhadores do Sistema Único de Saúde; precarização social; penosidades associadas ao trabalho, gestão e relações de trabalho em saúde, psicodinâmica do trabalho em saúde; força de trabalho em saúde.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5935-2938>

Email: monica.vieira@fiocruz.br

Roberta de Carvalho Corôa é pós-doutoranda em Medicina na Université Laval. É doutora em Sociologia pelo Programa de Pós-Graduação em Sociologia e Antropologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro e mestre em Sociologia pela mesma instituição. Tem experiência nas áreas de saúde coletiva e teoria social, com ênfase na temática da agência de trabalhadores e usuários do Sistema Único de Saúde. Possui produção nas áreas da gestão do trabalho e educação profissional em saúde e da utilização de serviços públicos de saúde no Brasil.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4778-1890>

Email: roberta.de-carvalho-coroa.1@ulaval.ca

Romário Correia dos Santos é graduado em Odontologia pela Universidade Federal de Pernambuco, é especialista (Fundação Oswaldo Cruz), mestre (Universidade Federal da Bahia) e doutorando em Saúde Pública no Instituto Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz, Pernambuco. Apresenta especial interesse, com desenvolvimento de expertise, em gestão do trabalho e da educação na saúde; atenção primária à saúde; trabalhadores comunitários de saúde; processo de trabalho em saúde; análise política na saúde; e as relações de saúde, ambiente e trabalho.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4973-123X>

Email: romario.correia@outlook.com

Silvana Lima Vieira possui graduação em Enfermagem pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, mestrado e doutorado pela Universidade Federal da Bahia, com estágio doutoral no Instituto de Educação da Universidade de Lisboa. É pós-doutorada no Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Atualmente, é professora adjunta na Universidade do Estado da Bahia, Campus I, orienta na Pós-Graduação do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Universidade do Estado da Bahia e do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Tem experiência na área de gestão de serviços de enfermagem e, como objetos de estudo: trabalho, educação e gestão na saúde, educação profissional técnica de nível médio em saúde e enfermagem.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9663-3691>

Email: silvana.limavieira@gmail.com

Thadeu Borges Souza Santos é doutor em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA), mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. É intensivista e auditor de sistemas e serviços de saúde pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, e enfermeiro pela Universidade Estadual Do Sudoeste Da Bahia. É professor adjunto do Departamento de Ciências da Vida da Universidade do Estado da Bahia e dos programas de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva dessa instituição e do ISC/UFBA. É pesquisador no Grupo de Pesquisa em Políticas, Determinantes e Práticas em Saúde do Departamento de Ciências da Vida

da Universidade do Estado da Bahia e do Grupo de Estudos em Trabalho, Educação e Gestão na Saúde do ISC/UFBA. Membro do Grupo de Trabalho de Educação e Trabalho da Associação Brasileira de Saúde Coletiva. É pesquisador do Eixo de Gestão Hospitalar no Sistema Único de Saúde do Observatório de Análise Política em Saúde.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2497-3889>

Email: thadeu100@gmail.com



UMinho Editora



Universidade do Minho



CECS

centro de estudos
de comunicação
e sociedade

O III Curso Internacional Estado, Economia e Trabalho em Saúde, realizado em Recife – Brasil (2023), proporcionou um debate interdisciplinar sobre os efeitos da pandemia de COVID-19 com particular foco nas relações de trabalho e saúde, tendo resultado em nove trabalhos inéditos que integram este livro. Destes, cinco trabalhos tomam como referência a realidade brasileira, com destaque para a qualidade de trabalho, a saúde mental e os efeitos das plataformas digitais na saúde. Do lado de Portugal, expõem-se as desigualdades sociais, a precarização e opacidade laboral, bem como os dilemas de atuação de equipas interprofissionais que permeiam o campo da saúde. Com esta publicação contribui-se para a disseminação do conhecimento científico, visando que estudantes de pós-graduação ampliem as contribuições em torno da agenda de investigação Trabalho e Educação em Saúde no Brasil e Portugal.

ISBN 978-989-9074-46-0



9 789899 074460 >