

Denis Maracci Gimenez¹
Juliana Pinto de Moura Cajueiro²

Ocupações e o novo mercado de trabalho no CEIS no contexto da pandemia Covid-19³

RESUMO

O presente estudo sobre o novo mercado de trabalho no Complexo Econômico-Industrial da Saúde (CEIS 4.0) e os desdobramentos nas ocupações aborda as características estruturais da dinâmica do CEIS e da sustentabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS) no contexto da pandemia. Dividido em três seções, destaca inicialmente que as ocupações na saúde são impactadas, simultaneamente, pela degradação da estruturação social e do mercado de trabalho em geral, assim como pelas limitações impostas ao processo de modernização do CEIS, pedra angular de sustentação do SUS. Na segunda seção, aborda condições e fragilidades das ocupações na atenção à saúde explicitadas no contexto da pandemia. Por fim, estabelece relações entre movimentos estruturais do mercado de trabalho e as necessidades de modernização do CEIS e seus reflexos nas condições ocupacionais na atenção à saúde, concluindo que as condições e fragilidades das ocupações no CEIS diante da pandemia expressam problemas gerais do padrão de desenvolvimento do país.

Palavras-chave

Covid-19; Complexo Econômico-Industrial da Saúde (CEIS); Sistema Único de Saúde (SUS); Desenvolvimento Econômico; Ocupações; Revolução 4.0.

ABSTRACT

This study on the new job market in the Economic and Industrial Complex of Health (CEIS 4.0) and the repercussions on occupations analyzes the structural characteristics of CEIS dynamics and the sustainability of the Unified Health System (SUS) in the context of the pandemic. The first section points that health occupations suffer impacts simultaneously from the degradation of social structuring and the job market in general, as well as from the limitations imposed to the modernization process of CEIS, the keystone of SUS. The second section analyzes the conditions and fragilities of health care occupations made evident in the context of the pandemic. Finally, it establishes relations between structural movements of the job market and the modernization needs of CEIS and its reflections on health care occupational conditions. The conclusion is that the conditions and fragilities of CEIS occupations in the face of the pandemic express general problems of the country's development pattern.

Keywords

Covid-19; Economic and Industrial Complex of Health (CEIS); Unified Health System (SUS); Economic Development; Occupations; 4.0 Revolution.

1. Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), e-mail: maracci@unicamp.br

2. Faculdades de Campinas (Facamp), e-mail: juliana.cajueiro@facamp.com.br

3. Este artigo conta com apoio financeiro da Fiocruz por meio do projeto "Desafios para o Sistema Único de Saúde no contexto nacional e global de transformações sociais, econômicas e tecnológicas - CEIS 4.0". As opiniões expressas refletem a visão dos autores.

1. A dimensão das mudanças estruturais no Complexo Econômico-Industrial da Saúde (CEIS), a sustentabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS) e as ocupações

Contra os riscos da fome que tomou conta da Europa no entreguerras e seus desdobramentos em termos da insegurança alimentar durante o conflito, no imediato pós-guerra adotou-se uma ampla política de segurança alimentar para fazer frente às incertezas quanto ao futuro. Uma política que passou não somente pela montagem da estrutura de oferta de alimentos, com enormes subsídios dos governos nacionais, mas pela organização de uma ampla teia de mecanismos sobrepostos que integrou a política de comércio exterior, o financiamento, a modernização produtiva, o desenvolvimento tecnológico, a logística, entre outros. Evidentemente, tudo integrado aos movimentos mais gerais de construção do *welfare state*.

Com as devidas proporções reservadas, a pandemia Covid-19 colocou o mundo diante do seu maior desafio desde o final da Segunda Guerra Mundial. A crise sanitária, em conjunto com a retração da economia mundial, está colocando à prova toda a capacidade de atuação dos governos nacionais em proteger seus cidadãos e prover os recursos necessários, direcionados pelo planejamento econômico, para garantir a atenção integral à saúde. A realidade, mais do que as ideologias, impõe a adoção de estratégias de desenvolvimento que sobrepõem a política à economia, a sociedade ao mercado, expondo virtudes e fragilidades das nações que sofrem sobremaneira com a pandemia.

Em países subdesenvolvidos, como o Brasil, com muita pobreza, desigualdade, mercado de trabalho desorganizado fundado em baixos salários, as fragilidades históricas de um processo de desenvolvimento truncado por uma inserção passiva no processo de globalização aparecem diante dos desafios hodiernos para enfrentar a pandemia. Com uma interrupção superficial na primeira década do século XX, são quatro décadas de estagnação econômica com profundos impactos sobre a estrutura social e econômica do país. A desindustrialização, a regressão da estrutura produtiva, a desmobilização do aparato de planejamento econômico do Estado e constrangimentos de toda ordem para as políticas públicas cobram seu preço, no momento presente, sobre a fundamental capacidade de atenção à saúde do SUS, tanto no que se refere a sua integração às diversas áreas constitutivas do amplo complexo econômico-industrial da saúde quanto nas condições daqueles que trabalham produzindo e servindo.

De forma peculiar, as ocupações no mundo do trabalho na saúde são impactadas, simultaneamente, pela degradação da estruturação social e do mercado de trabalho em geral, assim como pelas limitações impostas ao processo de modernização do complexo econômico-industrial da saúde, pedra angular do maior sistema universal de saúde do mundo. Seja pela limitação de acesso a benfeitorias de infraestrutura (saneamento, eletricidade, transporte, habitação), pela desigualdade regional da oferta de força de trabalho, pelas assimetrias salariais, pela precarização das relações de trabalho, proliferação de vínculos múltiplos de trabalho, seja pela limitada capacidade de inovação tecnológica e desenvolvimento produtivo, ou ainda, pelo subfinanciamento da saúde, as condições e fragilidades das ocupações no CEIS, mais ainda no CEIS 4.0, expressam, acima de tudo, condições e fragilidades do padrão de desenvolvimento do país.

2. Condições e fragilidades das ocupações no mundo do trabalho na saúde

O mundo do trabalho em tempos de pandemia pode ser dividido em dois grupos mais diretamente atingidos pela crise. Um primeiro, constituído por aqueles profissionais de saúde que estão diretamente ligados à assistência dos doentes, e um segundo, por aqueles profissionais que estão fora da linha de frente, mas que tiveram sua vida profissional alterada durante a pandemia, por conta do aumento ou redução da jornada de trabalho, da paralisação das atividades, da redução da remuneração, da necessidade de adaptação ao trabalho virtual, ou até da perda do emprego.

Do ponto de vista do mercado de trabalho brasileiro como um todo, Barbosa e Prates (2020) apresentaram um estudo sobre a vulnerabilidade dos trabalhadores nesse momento da pandemia, medida a partir da estabilidade do vínculo empregatício e da essencialidade do setor/ramo de atividade em que o profissional está inserido. De maneira geral, o estudo considera como emprego menos estável as seguintes situações empregatícias: por conta própria; empregados domésticos; empregados sem carteira; empregados com carteira em pequenas empresas; e pequenos empregadores. No caso dos mais estáveis, encontram-se os seguintes profissionais: empregados com carteira

em médias e grandes empresas; funcionários públicos estatutários; militares; e empregados em empresas médias e grandes (BARBOSA; PRATES, 2020).

No caso dos profissionais de saúde, eles se enquadram nas categorias de maior estabilidade. Em primeiro lugar, porque representam o tipo de serviço radicalmente essencial neste momento. Contudo, mesmo sendo o serviço prioritário no mundo para o enfrentamento de uma pandemia em escala global, que apresenta um intenso e rápido processo de contágio, os sistemas de saúde deram respostas diferentes em distintos países. Responderam de acordo com seus princípios fundadores e suas diretrizes estratégicas, suas capacidades de atuação em relação ao aumento da demanda e o comportamento do mercado de trabalho, assim como no plano das relações entre o setor público e o setor privado de serviços de saúde.

Destacamos dois países cujos modelos de sistema de saúde são totalmente opostos e que nesse momento apresentam, justamente, o maior número de casos de pessoas contaminadas e óbitos por Covid-19 no mundo: EUA e Brasil. Grosso modo, no primeiro caso, foi construído um sistema de mercado cujo acesso está atrelado à capacidade de pagamento de seguros de saúde. Já no caso brasileiro, foi construído um sistema de saúde universal, com atendimento integral e equânime, cujo acesso não exige o pagamento direto pelo serviço, a não ser no caso da população que busca, por iniciativa própria, o sistema de saúde privado suplementar.

Diante dessa diferença de proteção social na área da saúde oferecida por esses dois países, a capacidade de manutenção do emprego no setor de serviços de saúde apresenta comportamentos muito diferenciados. No sistema de saúde privado brasileiro até podem acontecer demissões no caso de falência das empresas de planos ou seguros, ou no caso dos hospitais ou clínicas que tiveram perdas de receitas diante da redução do número de segurados ou de serviços realizados. Mas esse não é o comportamento principal na empregabilidade no setor, muito por conta da potência do Sistema Único de Saúde, que atende cerca de 80% da população brasileira. Voltaremos a esses números mais à frente.

Já no caso dos EUA, não podemos deixar de destacar que, em meio à pandemia, o emprego em cuidados à saúde e assistência social caiu 10,1%, ou seja, foram fechados 2 milhões de postos de trabalho no primeiro mês da crise. Todos os segmentos desse setor perderam postos de trabalho entre março e abril de 2020 nos EUA. O que determinou esse comportamento do emprego no setor da saúde e assistência social em plena pandemia? Por um lado, a queda foi determinada pelo fechamento de 650

mil postos de trabalho em assistência social. Neste caso, o emprego em creches respondeu pela metade desse volume. Por outro lado, a queda global de 15,2% do emprego em saúde ambulatorial e serviços de cuidado à saúde foi determinada pela forte retração de 52,5% do emprego em consultórios dentários (-503 mil empregos) e a eliminação de quase 500 mil empregos em consultórios médicos e consultórios de outros profissionais da saúde. Nos hospitais, foram fechados 135 mil postos de trabalho em abril e mais 113 mil foram eliminados em instalações de cuidados de enfermagem residenciais (GIMENEZ; POCHMANN; RIGOLETTO, 2020).⁴

Um movimento na contramão do caso norte-americano é apresentado no mercado de trabalho na saúde no Brasil. De acordo com dados da Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios Contínua (PNADC), enquanto houve um recuo de 5,2% da população ocupada no Brasil, do trimestre de fevereiro-março-abril de 2020 em relação ao trimestre novembro-dezembro-janeiro de 2019-2020, o grupo de atividade do trabalho principal vinculado à administração pública, defesa, seguridade social, educação, saúde humana e serviços sociais apresentou um aumento de 1,8% no número de pessoas ocupadas (IBGE, 2020).

No caso específico do setor da saúde, os dados mostram que houve contratação no período e que existe, inclusive, escassez de recursos humanos. Com relação a este segundo ponto, Fehn *et al.* (2020) destacam que a falta de profissionais compromete a capacidade de atendimento e ela ocorre principalmente no nível mais complexo da assistência, se expressa de forma desigual nas diferentes regiões do país e entre o setor público e privado, e é resultado da falta de recursos humanos do sistema e do atual contexto em que alguns profissionais tiveram ou terão que ser afastados do serviço por conta do risco elevado (devido às doenças preexistentes) ou da contaminação.

Com relação à contratação de profissionais, a despeito das divergências metodológicas do levantamento dos dados expostos a seguir,⁵ o objetivo é apresentar o número

4. A partir de dados do Bureau of Labor Statistics (BLS, 2020).

5. O número de registro ativo de profissionais (no caso, do CFM e do Cofen) costuma ser maior que o número de ocupados (no caso, do CNES e da PNADC), pois muitos desses profissionais podem estar fora do mercado de trabalho ou podem estar inseridos em ocupações que não as de médico/enfermeiro ou em setores que não o da saúde. Entre os registros ativos dos conselhos, no caso do CFM são consideradas as inscrições principais (CRM principal), não contando as inscrições secundárias (em outros estados); enquanto no caso do Cofen são consideradas tanto as inscrições principais quanto as secundárias, logo, pode existir dupla (ou até mais) contagem de um mesmo profissional. Já entre os dados de ocupados, no caso do CNES estão os profissionais declarados pelos estabelecimentos de saúde (serviço, administração, laboratório), logo, existe o problema da subnotificação, e os dados referem-se apenas aos profissionais vinculados aos

de profissionais na área da saúde a partir de diferentes fontes de levantamento para mostrar o cenário do período mais próximo ao momento inicial da pandemia no país, mesmo que não seja possível avaliar com precisão o crescimento quantitativo. Segundo dados do Conselho Federal de Medicina (CFM), em maio, o país contava com 495.641 médicos, enquanto, no mês de março, eram 413.959, segundo o Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), ou 387.618, segundo a PNADC. No caso dos enfermeiros (nível superior), no mês de abril eram 565.458 trabalhadores, segundo o Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), contra 272.433 em março, segundo o CNES, ou 421.724, segundo a PNADC. No caso dos profissionais de enfermagem de nível médio eram 1.076.786, em março, segundo a PNADC, e 1.740.488, em abril, segundo o Cofen (CFM, 2020; COFEN, 2020b; MINISTÉRIO DA SAÚDE; DATASUS; CNES, 2020; IBGE, 2020).

A tabela 1 mostra a evolução da população ocupada entre as categorias de médicos, diferenciando gerais e especialistas, e de enfermagem, diferenciando os de nível superior e médio, ao longo dos trimestres do ano de 2019 e no 1º trimestre de 2020, a partir dos dados da PNADC. De uma maneira geral, houve um aumento da população ocupada na virada de 2019 para 2020, com exceção dos médicos especialistas, mas que apresentou uma pequena redução.

Tabela 1 | Quantidade de pessoas ocupadas (cargo ou função) no trabalho principal em categorias selecionadas – evolução entre 2019 e 1º trimestre 2020

Ano/Trimestre	Médicos gerais (número)	Médicos especialistas (número)	Profissionais de enfermagem e de partos (número)	Profissionais de nível médio de enfermagem e de partos (número)
2019 / 1º trimestre	119.169	318.780	379.751	920.474
2019 / 2º trimestre	110.547	300.548	387.017	943.584
2019 / 3º trimestre	123.012	270.860	395.962	975.078
2019 / 4º trimestre	121.754	278.767	390.306	1.028.017
2020 / 1º trimestre	127.411	260.207	421.724	1.076.786

Fonte: IBGE (2020), a partir de dados da PNADC. Elaboração dos autores.

estabelecimentos de saúde. No caso da base de dados da PNADC, parte-se de uma pesquisa amostral, cujas informações são obtidas a partir de uma declaração pessoal e que refletem a ocupação no trabalho principal na semana de referência da pesquisa, logo, podem existir sub-representações estatísticas, principalmente quando se consideram ocupações em separado. Além disso, os dados podem se referir à ocupação em diversas atividades do setor da saúde (fabricação, comércio, serviço) ou até em alguma atividade fora do setor específico da saúde, e também representam diferentes posições na ocupação e categorias do emprego (vínculo empregatício formal ou não, empregador, conta própria).

Além disso, muitos profissionais de saúde, principalmente os vinculados ao SUS, possuem estabilidade dado que são contratados com carteira ou são estatutários. Com relação ao vínculo, o CNES/Datasus aponta que, no mês de março, 74% dos médicos e 86,5% dos enfermeiros (nível superior) eram vinculados ao SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE; DATASUS; CNES, 2020).

Os dados da PNADC quanto ao cenário no 1º trimestre de 2020 com relação ao vínculo empregatício (posição na ocupação e categoria do emprego), dispostos na tabela 2, mostram que os profissionais de maior estabilidade no mercado (contratado com carteira assinada, tanto no setor público quanto no privado, e militar e servidor estatutário) representavam 44,8% no caso dos médicos gerais, 43,3% no caso dos médicos especialistas, 87,4% no caso dos profissionais de enfermagem de nível superior, e 85,2% no caso dos profissionais de enfermagem de nível médio. Na distinção entre setor público e privado, a maior parte dos médicos gerais está alocada no setor público (56,1%), assim como os profissionais de enfermagem de nível superior (50,8%).⁶ Já os médicos especialistas estão em sua maioria vinculados ao setor privado (67,0%), a mesma posição é assumida pelos profissionais de enfermagem de nível médio (56,4%).

Tabela 2 | Indicadores (participação em relação ao total) de posição na ocupação e categoria do emprego – ocupações (cargo ou função) no trabalho principal selecionadas – 1º trimestre de 2020

Posição na ocupação e categoria do emprego:* Indicadores	Médicos gerais (%)	Médicos especialistas (%)	Profissionais de enfermagem e de partos (%)	Profissionais de nível médio de enfermagem e de partos (%)
Setor privado – contratado com ou sem carteira	29,8	33,1	47,7	55,1
Empregador	6,5	15,5	0,1	0
Conta própria	7,5	18,4	1,3	1,3
Setor privado – total	43,8	67,0	49,1	56,4
Setor público – contratado com ou sem carteira	36,1	8,0	14,7	13,2
Setor público – estatutário	20,0	25,0	36,1	30,5
Setor público – total	56,1	33,0	50,8	43,7

6 No caso da PNADC, como é considerado apenas o trabalho principal, o ocupado vai ser contabilizado somente em um dos setores – público ou privado, a despeito de se ter conhecimento do fato de que os profissionais de saúde possuem múltiplos vínculos empregatícios em diferentes locais de trabalho e, muitas vezes, de forma híbrida, entre os setores público e privado, o que será retomado em outro momento da análise.

Empregado setor privado com carteira	16,4	14,5	44,6	49,1
Empregado setor público com carteira	8,4	3,8	6,7	5,6
Militar e servidor estatutário	20,0	25,0	36,1	30,5
Com estabilidade	44,8	43,3	87,4	85,2
Empregador	6,5	15,5	0,1	0
Conta própria	7,5	18,4	1,3	1,3
Setor privado - contratado sem carteira	13,4	18,6	3,1	6,0
Setor público - contratado sem carteira	27,7	4,2	8,0	7,6
Total contratado sem carteira	41,1	22,8	11,1	13,6
Sem estabilidade	55,1	56,7	12,5	14,9

*Nota metodológica: Posição na ocupação e categoria de emprego: no caso da PNADC, como é considerado apenas o trabalho principal, o ocupado vai ser contabilizado somente em um dos setores - público ou privado.

Fonte: IBGE (2020), a partir de dados da PNADC. Elaboração dos autores.

Por outro lado, é importante mencionar que muitos profissionais de saúde possuem vínculos precários e com poucos direitos, uma vez que são terceirizados ou contratados via pessoa jurídica. Essa é uma tendência crescente nos serviços de saúde, aumentada neste momento de necessidade de novas e rápidas contratações devido à pandemia. Segundo dados da PNADC para o 1º trimestre de 2020, a categoria de ocupação de empregador representava 6,5% para o caso dos médicos gerais e 15,5% para o caso dos médicos especialistas. Em relação à enfermagem, os casos são raros e somente para os profissionais de nível superior (0,1%). A categoria de conta própria representava 7,5% para os médicos gerais e 18,4% para os médicos especialistas, contra 1,3% para os profissionais de enfermagem, nível superior e médio. E os profissionais contratados sem carteira assinada, tanto no setor público quanto no privado, representavam 41,1% no caso dos médicos gerais, 22,8% no caso dos médicos especialistas, 11,1% dos profissionais de enfermagem de nível superior, e 13,6% no caso dos profissionais de enfermagem de nível médio.

Diante disso, pode-se dizer que os problemas fundamentais, de vulnerabilidade ou insegurança dos profissionais de saúde, estão menos ligados à falta de emprego e renda (como para grande parte dos trabalhadores) e muito mais ligados às condições

e às relações de trabalho, dado que estão sendo convocados para atuar na linha de frente no combate à Covid-19. Inclusive, neste momento, está em destaque a falta de profissionais para atuar nesta missão.

Quanto às condições de trabalho, o cenário envolve diversos fatores, quais sejam: falta de treinamento ou treinamento precário; baixa remuneração (principalmente no caso dos técnicos e auxiliares de enfermagem); não afastamento em caso de doença preexistente ou de contaminação, ou não testagem de profissionais (é preciso recorrer à Justiça do Trabalho para garantir esse direito); falta ou inadequação do material ou do uso para os equipamentos de proteção individual (EPIs), sendo que, muitas vezes, os profissionais têm que entrar na Justiça do Trabalho para obtê-los; falta de leitos, de equipamentos e de medicamentos para promover a atenção necessária aos pacientes, em qualquer nível de atendimento – primário, ambulatorial ou de internação; conflitos, sejam físicos ou verbais, no ambiente de trabalho e fora dele; isolamento familiar dos profissionais e dos pacientes que estão internados; sobrecarga de trabalho, pela insuficiência/falta de profissionais, por conta do aumento do número de pacientes e pelo fato de o quadro clínico dos pacientes evoluir muito rapidamente; jornada de trabalho intensa e extensa, muitas vezes, em mais de uma unidade de saúde, com múltiplos vínculos de trabalho que comprometem a organização do serviço de saúde no âmbito do SUS⁷ (REDECOVIDA, 2020; TV ABRASCO, 2020).

Segundo o Ministério da Saúde (2020), os dados acumulados até maio sobre a contaminação ou a suspeita de contaminação por categoria profissional, demonstrados na tabela 3, evidenciam que a maior parte dos profissionais sujeitos à contaminação são os técnicos ou auxiliares de enfermagem (34,2%), seguidos pelos enfermeiros (16,9%) e depois pelos médicos (13,3%). O Cofen e o Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN) destacam que no Brasil aconteceram mais mortes de enfermeiros

7. Os múltiplos vínculos na área da saúde podem acontecer entre diferentes locais de trabalho, assim como numa combinação híbrida entre postos de trabalho no setor público e no setor privado, conforme apontam Scheffer *et al.* (2015), em estudo realizado a partir da base de dados do CFM. Por um lado, de acordo com o levantamento, em 2014, 22% dos profissionais médicos possuíam um único vínculo; 29,5% possuíam dois vínculos, e 48,5% possuíam três ou mais vínculos. Por outro lado, na avaliação da esfera na qual exercem a atividade profissional de saúde, nota-se que “21,6% dos médicos trabalham exclusivamente no setor público e 26,9% só atuam no setor privado. Os demais, 51,5%, atuam nas duas esferas, a pública e a privada. Considerando a atuação exclusiva mais a sobreposição (atuação concomitante nos dois setores), 78,4% dos médicos trabalham no setor privado e 73,1% trabalham no setor público” (SCHEFFER *et al.*, 2015, p. 111). Ou seja, ocorrem dois movimentos sobrepostos: 51,5% dos médicos atuavam simultaneamente na esfera pública e privada e 78% possuíam dois ou mais vínculos empregatícios, logo, “o mesmo médico pode trabalhar em mais de um local e em mais de um setor” (SCHEFFER *et al.*, 2015, p. 111).

e profissionais de saúde devido à pandemia Covid-19, quando comparados com o restante do mundo,⁸ sendo que, até o dia 27 de maio, o Cofen levantou 157 mortes de profissionais de enfermagem, aqueles que mais se expõem no atendimento à população, o número maior que o dos EUA (146 óbitos) e do Reino Unido (77 óbitos) (DANTAS, 2020). A partir da divulgação da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO, 2020), um levantamento realizado pelo Sindicato dos Médicos de São Paulo (Simesp) e pelo Cofen mostra que, até o dia 17 de junho, no Brasil, o número de mortes de médicos(as) era de 139 profissionais, e o de enfermeiros(as) era de 190 profissionais. De acordo com dados atualizados até 26 de junho, no observatório da enfermagem do Cofen, esse número subiu para 220 enfermeiros(as) (190 confirmados e 30 suspeitos), seguindo como o mais elevado do mundo (COFEN, 2020a).

Tabela 3 | Profissionais de saúde com suspeita ou confirmação de Covid-19 registrados no e-SUS Notifica* – posição acumulada até maio de 2020

CBO	N	%
Técnico ou auxiliar de enfermagem	68.250	34,2
Enfermeiro	33.733	16,9
Médico	26.546	13,3
Recepcionista	8.610	4,3
Outro tipo de agente de saúde	5.013	2,5
Agente comunitário de saúde	4.917	2,5
Gestores e especialistas de operações em empresas, secretarias e unidades de serviços de saúde	4.888	2,4
Fisioterapeuta	4.179	2,1
Farmacêutico	3.444	1,7
Biomédico	3.253	1,6
Outro	36.935	18,5
Total	199.768	100

*O e-SUS Notifica identifica o profissional de saúde por uma variável específica, a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO).
Fonte: Ministério da Saúde (2020).

8. “Dados recentes do Conselho Internacional de Enfermagem (em inglês, International Council of Nurses - ICN) sugerem que cerca de 90 mil profissionais de saúde já foram infectados por Covid-19. A média do número de casos entre esses trabalhadores na China foi de 10%. Na Itália, dados variam de 9% a 22%, e em Portugal e na Espanha são mais de 13% e 14%, respectivamente. No Brasil, estima-se que cerca de 40% dos profissionais de saúde poderão se afastar devido à Covid-19. Até a segunda quinzena de maio, foram informados mais de 14 mil casos confirmados de Covid-19 e mais de 100 mortes entre os profissionais de enfermagem no Brasil” (FEHN *et al.*, 2020, p. 1).

Quanto às relações de trabalho, o que se destaca é a precarização, diante dos processos de terceirização e de “pjotização”, todos envolvendo uma crescente falta de direitos e de proteção social. Nesse caso, menciona-se muito o fato de que os profissionais de saúde com novos contratos, feitos durante a pandemia, não têm o resguardo para os casos de afastamento temporário por conta de contaminação, nem sua família terá qualquer benefício no caso de morte. Para contornar essa questão, no dia 21 de maio a Câmara aprovou o Projeto de Lei n. 1.826/20, que determina uma indenização de R\$ 50 mil para os profissionais de saúde e também para aqueles que exercem função correlata, mesmo que não na atividade-fim, que se infectaram no trabalho de atenção aos pacientes de Covid e que ficaram permanentemente infectados, sendo que, no caso de morte, o valor será repassado ao cônjuge ou dependentes (o que pode representar um valor superior no caso de menores de 21 anos). A proposta foi encaminhada e está em tramitação no Senado (PIOVESAN, 2020; CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2020; SENADO NOTÍCIAS, 2020; SENADO FEDERAL, 2020).

Diante deste cenário, pode-se concluir que os problemas fundamentais que atingem as ocupações em saúde são determinados por diversos fatores sobrepostos e peculiares a essa parcela da força de trabalho. Desde problemas físicos, contaminação, letalidade da doença, passando por problemas psíquicos (depressão, ansiedade, insônia, angústia, estresse, exaustão, esgotamento) (REDECOVIDA, 2020; TV ABRASCO, 2020).

Dois campos claros que determinam esta fragilidade da força de trabalho nos serviços de saúde assim estão estabelecidos: de um lado, o plano das relações laborais; de outro, dificuldades oriundas da precariedade material da atenção em saúde. Neste segundo campo destacam-se, particularmente, a precariedade de nossa base produtiva para a saúde, o estreitamento das condições de desenvolvimento tecnológico e as dificuldades relacionadas à própria gestão financeira e ao subfinanciamento do maior sistema universal de saúde do mundo.

Uma alternativa para este momento é o uso da telemedicina/telessaúde, de acordo com Caetano *et al.* (2020), recurso adotado em diversas partes do mundo como forma de reduzir circulação em busca de atendimento nas unidades de saúde, reduzir risco de contaminação, promover o acesso à saúde em áreas remotas ou sem estrutura adequada de atendimento, realizar o atendimento de forma preventiva e domiciliar e, com isso, diminuir a demanda nos hospitais. A adoção à telemedicina no Brasil neste momento envolve os três níveis de governo, com medidas vinculadas à assistência, à

comunicação/transparência, ao acompanhamento/monitoramento, à produção e ao compartilhamento de conhecimento e à capacitação de profissionais. No setor privado de assistência à saúde também já foram regulamentadas (pelo Ministério da Saúde - MS, Agência Nacional de Saúde Complementar - ANS, CFM, Conselho Regional de Medicina - CRM) e adotadas medidas de telemedicina, sendo que algumas resoluções se restringem ao período da pandemia.⁹ De acordo com Fehn *et al.* (2020), é preciso aproveitar a recente regulamentação da telemedicina e expandir a força de trabalho na saúde – é uma forma de alocar profissionais com perfil de alto risco e de compor equipes multiprofissionais com uma proporção menor de especialistas em relação às demais categorias.

Entretanto, é preciso fazer uma reflexão sobre quais são as possibilidades de uso da telemedicina no Brasil diante das desigualdades de acesso à tecnologia – seja aos equipamentos, seja à internet de qualidade, ou aos profissionais qualificados – no caso dos municípios, das unidades de saúde, dos profissionais de saúde e da população; e do subfinanciamento da saúde, visto que é necessário realizar investimento e disponibilizar verbas para o custeio dessa estratégia no SUS. E, ainda, é preciso pensar se essa tecnologia atingirá os setores público e privado da mesma forma, ou se produzirá um aumento na desigualdade de acesso.

A incorporação da tecnologia 4.0 nos serviços da saúde vai alterar, de um lado, a forma de atendimento, tanto na prevenção à saúde quanto na atenção à saúde, de outro lado, as condições de trabalho e as exigências de competências e habilidades da força de trabalho. Ao final, poderá acarretar maior eficiência na prevenção e na atenção, mas também poderá ocasionar a dispensa de parcela da força de trabalho – tanto pela baixa qualificação quanto pela substituição pela máquina – ou até a desumanização na atenção quando se pensa em um perfil de atendimento mais técnico e com mais recursos tecnológicos.

9. Além das Notas Técnicas da ANS e do CFM, duas normas relevantes foram publicadas: Portaria do MS n. 467, de 20 de março de 2020; Lei n. 13.989, de 15 de abril de 2020.

3. Relações estruturais entre a modernização do CEIS e condições ocupacionais na saúde

O que acontece no mundo do trabalho responde a múltiplas determinações do padrão de desenvolvimento capitalista em certa realidade, em dado momento. No Brasil, as ocupações no mundo do trabalho na saúde são impactadas no momento presente de pandemia, simultaneamente, pela degradação da estruturação social e do mercado de trabalho em geral, assim como pelas limitações impostas ao processo de modernização do Complexo-Econômico Industrial da Saúde, durante as últimas décadas de radicais mudanças financeiras, patrimoniais, tecnológicas e produtivas.

Sabemos que a oferta de serviços sofisticados, nos mais variados setores da economia, demanda poderosa integração, promovida por uma estratégia de desenvolvimento com estrutura financeira e produtiva desenvolvida. O que isso significa? Que a geração de ocupações modernas no setor de serviços depende de uma base produtiva forte e desenvolvida. A rigor, não é possível imaginar o desenvolvimento de um setor de serviços moderno sem contar com uma base financeira, tecnológica e produtiva avançada, senão, nos resta apenas imaginar a segmentação da prestação de serviços entre aqueles sofisticados, restritos a uma parcela limitada da sociedade e amparada na capacidade de importar, ao tempo da proliferação de serviços precários, de caráter pessoal, cercado de carências materiais típicas de uma sociedade de serviçosais.

No mundo contemporâneo, nada mais sofisticado e moderno no setor de serviços do que aquele que abriga a atenção à saúde. Nele, temos o encontro de múltiplas demandas de elevada complexidade que passam pela formação do profissional da atenção básica humanizada e chegam ao neurocientista em um centro de pesquisa de ponta; pela tecnologia da informação e de comunicação, para que o serviço de saúde chegue até a mais distante localidade, até uma indústria de equipamentos habilitada a dar suporte para toda sorte de atividades, sem falar no desenvolvimento da inteligência artificial ou a *big data* integrada à saúde. Trata-se, portanto, do setor que mais evidencia a impossibilidade de ter serviços modernos e avançados, sem uma estrutura financeira, tecnológica e produtiva compatível com suas exigências.

Nesses termos, o mundo do trabalho da saúde no Brasil expressa profundas contradições. Está apoiado, em um plano, no maior sistema universal de saúde do mundo, idealizado e organizado de forma moderna a partir da Constituição de 1988,

projetando uma avançada estrutura de prestação de serviços à saúde, desde a atenção básica até os procedimentos mais complexos em instituições com *know-how* internacional. Em outro plano, a despeito da presença de centros de excelência, universidades e instituições de pesquisa e produção, grande parte delas anteriores ao SUS, o sistema convive com brutais limitações financeiras, tecnológicas e produtivas, que foram aprofundadas em face da ausência de um projeto nacional de desenvolvimento diante dos desafios do processo de globalização.

As condições precárias de trabalho e de proteção social no caso das ocupações em saúde, diante da modernização truncada do CEIS, acirradas nas condições atuais impostas pelo desafio da pandemia Covid-19, expõem dois campos: por um lado, a degradação da qualidade de vida dos trabalhadores e, particularmente, daqueles integrados ao mundo do trabalho da saúde e, por outro, um processo de desumanização do trabalho na atenção da saúde, no maior sistema de saúde universal do mundo.

Tratamos no item anterior da degradação das condições de trabalho na saúde diante dos desafios impostos pela pandemia. Em larga medida, essa degradação está associada a características gerais do mercado de trabalho brasileiro, muito desorganizado, flexível e fundado em baixos salários. Particularmente na saúde, impera a desigualdade regional da oferta de força de trabalho, importantes assimetrias salariais, precarização das relações de trabalho, proliferação de vínculos múltiplos de trabalho, jornadas extenuantes, entre outros. Mas também deve-se considerar a precariedade material oriunda das limitações da estrutura produtiva e do subfinanciamento, não somente do SUS, mas de todo o CEIS. Carências que seguem desde equipamentos básicos de proteção, como máscaras, até reagentes necessários à testagem em massa, incluindo os próprios profissionais da saúde.

Não menos importante do que a degradação das condições de trabalho na saúde é o avanço do processo de desumanização do trabalho na saúde. Neste caso, temos um duplo movimento. A precariedade material e a degradação da qualidade de vida dos trabalhadores estabelecem condições primárias para a desumanização da atenção à saúde, particularmente no que se refere às atividades intensivas em trabalho, na atenção primária, nas unidades de atendimento, nos hospitais. Mas também a necessidade de isolamento e de distanciamento social, que impõem o desenvolvimento e a incorporação de novas formas de atendimento, incluindo novas tecnologias, como telemedicina, tendem a promover, para além da desumanização da atenção à saúde, um processo de desumanização do trabalho na saúde.

Talvez esse processo de desumanização do trabalho na saúde, sobremaneira exposto pelas severas condições impostas pela pandemia, para além de seus efeitos imediatos, seja um tema central para o desenvolvimento e modernização estrutural do CEIS sob o padrão da manufatura avançada e da indústria 4.0 no capitalismo do século XXI.

O que deve ser entendido em um primeiro plano? A desumanização do trabalho em geral. O mesmo desenvolvimento capitalista que é intensivo e permite produzir mais com menos, ampliando a potência da força de trabalho diante dos imperativos da natureza, impõe progressiva perda de sentido ao fazer humano. Ao tempo em que o progresso técnico é o motor da expansão e do aperfeiçoamento das forças produtivas, tornando o trabalho humano mais produtivo, amplia-se o estranhamento entre aquele que realiza o trabalho e sua criação. O trabalho torna-se uma existência externa ao trabalhador, uma potência autônoma que lhe defronta hostil e estranha, na qual sua objetivação transforma o fazer humano em meio para satisfazer necessidades fora dele. De forma clara, o trabalho é reduzido a mera condição de meio para “ganhar a vida” no mercado. “Com a valorização do mundo das coisas aumenta em proporção direta a desvalorização do mundo dos homens” (MARX, 2004, p. 80).

Muito sensível a esse problema é o trabalho na saúde integrado ao CEIS 4.0, cujo objeto é a proteção à vida e a valorização do mundo dos homens diante do mundo das coisas. O fazer humano, desde a atenção básica à saúde até o laboratório de alta tecnologia, passando pela indústria e hospitais. A manufatura avançada e a Revolução 4.0 são fundamentais para o CEIS e para uma atenção à saúde em um patamar superior. A sofisticação dos conteúdos ocupacionais na pesquisa, produção e serviços fazem parte do desejável movimento de modernização do complexo em direção ao CEIS 4.0, integrado a um projeto nacional de desenvolvimento.

Todavia, sob os imperativos do livre jogo das forças de mercado, o processo de incorporação desse padrão tecnológico superior, nas condições específicas do subdesenvolvimento brasileiro, pode ampliar a segmentação da atenção à saúde em concomitância com maior polarização ocupacional¹⁰ na saúde e desumanização do trabalho. O que significa isso? Em um sistema universal híbrido, com relações peculiares entre o público e o privado, em uma sociedade muito desigual, a maior segmentação pode aparecer pela radicalização da especialização de atividades de pesquisa e produção,

10. Sobre a polarização ocupacional ver Kalleberg (2011).

ajustadas a uma atenção sofisticada à saúde para parcelas estreitas da população com alta renda, e pela precariedade material para grande parte da população imposta por um CEIS 4.0 ajustado a essa segmentação. A rigor, uma segmentação que tem o potencial de esvaziar o CEIS como um complexo integrado. Em vez de um CEIS 4.0, trilha-se um caminho para um complexo fragmentado e ajustado à atenção excludente à saúde.

Tal movimento implicaria crescente polarização ocupacional e conseqüente avanço da desumanização do trabalho em saúde. Polarização ocupacional produzida por um movimento simultâneo de “hiperqualificação” do trabalho e “desqualificação” ocupacional; desumanização sedimentada, antes de tudo, na perda de sentido da atividade ocupacional no que se refere à pesquisa, produção e serviços voltados para atenção integral de um grande sistema universal de saúde. Nesse caso, seja pelos efeitos da hiperqualificação bem remunerada voltada para poucos, seja pela desqualificação ocupacional mal remunerada da atenção para muitos, o resultado seria a desumanização da atenção e do trabalho na saúde.

Nesses termos, a situação atual, imposta pela Covid-19, revela a radical necessidade de o país avançar na integração do CEIS, e mais, de um CEIS 4.0 não governado pelo livre jogo das forças de mercado, mas como expressão de um projeto nacional de desenvolvimento que reflita uma virtuosa articulação público-privada submetida à lógica do planejamento nacional de longo prazo. A qualidade superior das ocupações derivadas de um CEIS 4.0 implicaria a reformulação de currículos universitários e do ensino técnico, direcionada para a incorporação das novas competências técnicas exigidas pelo novo padrão, assim como por uma formação humanística sofisticada capaz de construir um trabalhador, parceiro do desenvolvimento, voltado para a valorização do mundo dos homens. Pode-se pensar o desenvolvimento do CEIS 4.0 como um espaço conjunto de modernização da saúde, da educação, da pesquisa, da estrutura produtiva e dos serviços.

Em conclusão, as condições e fragilidades das ocupações no CEIS diante da pandemia Covid-19, mais ainda no CEIS 4.0, expressam, acima de tudo, condições e fragilidades do padrão de desenvolvimento do país. O novo mundo do trabalho da saúde projetado pelo CEIS, em intensa transformação, exigirá, não somente agora, mas nos anos vindouros, substantiva modernização em todo o complexo econômico-industrial da saúde, para que venha a ser o suporte para o oferecimento de serviços modernos humanizados, ajustados à fronteira de desenvolvimento dos conteúdos técnicos e ocupacionais de um robusto sistema de saúde.

Referências

- ABRASCO. Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Em defesa da vida: solidariedade aos profissionais de saúde mortos por Covid-19. *Abrasco*. (Site). Publicado em: 19 jun. 2020. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/posicionamentos-oficiais-abrasco/em-defesa-da-vida-solidariedade-aos-profissionais-de-saude-mortos-por-covid-19/49520/>.. Acesso em: 26 jun. 2020.
- BARBOSA, R. J. B.; PRATES, I. (Coords.). A vulnerabilidade dos trabalhadores brasileiros na pandemia da Covid-19. *Rede Pesquisa Solidária*, boletim n. 2, nota técnica n. 2, abr. 2020. Disponível em: <https://redepesquisasolidaria.org/wp-content/uploads/2020/05/boletim2.pdf>. Acesso em: 26 jun. 2020.
- BLS. Bureau of Labor Statistics. *The Employment Situation - March 2021*. Whashington, DC: U.S Department of Labor, 3 abr. 2020. Disponível em: https://www.bls.gov/news.release/archives/empsit_04032020.htm. Acesso em: 9 maio 2020.
- CAETANO, R. *et al.* 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*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 5, e00088920, maio 2020.
- CÂMARA DOS DEPUTADOS. Tramitação do PL 1.826/2020. *Câmara dos Deputados*. (Portal Eletrônico). Publicado em: 2020. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2247980>. Acesso em: 26 jun. 2020.
- COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. *Brasil é o país com mais mortes de enfermeiros por Covid-19 no mundo*. Brasília: Cofen, 2020a. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/brasil-e-o-pais-com-mais-mortes-de-enfermeiros-por-covid-19-no-mundo-dizem-entidades_80181.html. Acesso em: 26 jun. 2020.
- COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. *Observatório de Enfermagem*. (Base de dados). 2020a. Disponível em: <http://observatoriodaenfermagem.cofen.gov.br/>. Acesso em: 26 jun. 2020.
- COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. *Enfermagem em números*. (Base de dados). 2020b. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/enfermagem-em-numeros>. Acesso em: 9 maio 2020.
- CFM. Conselho Federal de Medicina. *Estatísticas*. (Base de dados). 2020. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_estatistica. Acesso em: 9 maio 2020.
- FEHN, A. *et al.* Vulnerabilidade e déficit de profissionais de saúde no enfrentamento da Covid-19. *Nota Técnica n. 10*. São Paulo: IEPS, maio 2020. Disponível em: https://ieps.org.br/wp-content/uploads/2020/05/NT10_IEPS.pdf. Acesso em: 26 jun. 2020.
- GIMENEZ, D. M.; POCHMANN, M.; RIGOLETTO, T. *Covid-19 e seus efeitos sobre o mercado de trabalho nos EUA*. Campinas, SP: CESIT/IE/Unicamp, maio 2020. Disponível em: <https://www.cesit.net.br/covid19-e-seus-efeitos-sobre-o-mercado-de-trabalho-nos-eua/>. Acesso em: 9 maio 2020.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - Pnad Contínua*. (Base de dados.) Rio de Janeiro: IBGE, 2020. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/9171-pesquisa-nacional-por-amostra-de-domicilios-continua-mensal.html?=&t=o-que-e>. Acesso em: 9 maio 2020.

- KALLEBERG, A. L. *Good Jobs, Bad Jobs: The Rise of Polarized and Precarious Employment Systems in the United States, 1970s to 2000s*. New York: Hardcover, 2011.
- MARX, K. *Manuscritos econômico-filosóficos*. São Paulo: Boitempo, 2004.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Boletim Epidemiológico Especial COE-Covid19, n. 16*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, 2020. Disponível em: <<https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/May/21/2020-05-19---BEE16---Boletim-do-COE-13h.pdf>>. Acesso em: 26 jun. 2020.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE; DATASUS; CNES. *Informações de Saúde (TABNET)*. (Base de dados). 2020. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0204&id=11673>>. Acesso em: maio 2020.
- PIOVESAN, Eduardo. Câmara aprova indenização de R\$ 50 mil a dependentes de profissionais de saúde mortos pela Covid-19. Câmara dos Deputados. (Portal eletrônico). Publicado em: 21 maio 2020. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/663565-camara-aprova-indenizacao-de-r-50-mil-a-dependentes-de-profissionais-de-saude-mortos-pela-covid-19/>. Acesso em: 26 jun. 2020.
- REDECOVIDA. A saúde dos trabalhadores de saúde no enfrentamento da pandemia da Covid-19. *Boletim CoVida*, n. 5, Rede CoVida, maio 2020. Disponível em: <<https://renastonline.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/recursos/boletim-covid-5-trabalhadores-da-saude.pdf>>. Acesso em: 26 jun. 2020.
- SCHEFFER, M. *et al. Demografia Médica no Brasil 2015*. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da USP; Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; Conselho Federal de Medicina, 2015. Disponível em: <http://www.usp.br/agen/wp-content/uploads/DemografiaMedica30nov2015.pdf>. Acesso em: 29 set. 2020.
- SENADO NOTÍCIAS. Profissionais da saúde incapacitados pela Covid-19 podem vir a ser indenizados. *Senado Federal*. (Portal eletrônico). Publicado em: 22 maio 2020. Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2020/05/22/profissionais-da-saude-incapacitados-pela-covid-19-podem-vir-a-ser-indenizados>>. Acesso em: 26 jun. 2020.
- SENADO FEDERAL. Tramitação do PL 1.826/2020. *Senado Federal*. (Portal eletrônico). Publicado em: 2020. Disponível em: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/142085>. Acesso em: 26 jun. 2020.
- TV ABRASCO. Ágora Abrasco - Colóquio “Trabalhadores de saúde e a pandemia da Covid-19”. *YouTube*. (Portal eletrônico). Publicado em: 5 maio 2020. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=2c2oGUNAe7s>. Acesso em: 26 jun. 2020.