



Textos para Discussão

PROFISSÕES E MERCADO DE TRABALHO
EM SAÚDE

Perspectivas para o Futuro



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

GOVERNO FEDERAL

Presidente da República
Jair Bolsonaro

Ministro da Saúde
Marcelo Queiroga

Presidente da Fundação Oswaldo Cruz
Nísia Trindade Lima

SAÚDE AMANHÃ

Coordenação geral
Paulo Gadelha

Coordenação Executiva
José Carvalho de Noronha

Coordenação Editorial
Telma Ruth Pereira

Apoio técnico
Natalia Santos de Souza Guadalupe

Normalização bibliográfica
Monique Santos

Projeto gráfico, capa e diagramação
Robson Lima — Obra Completa Comunicação

TEXTOS PARA DISCUSSÃO

Publicação cujo objetivo é divulgar resultados de estudos desenvolvidos no âmbito do Projeto Saúde Amanhã, disseminando informações sobre a prospecção estratégica em saúde, em um horizonte móvel de 20 anos.

Busca, ainda, estabelecer um espaço para discussões e debates entre os profissionais especializados e instituições do setor.

As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e de inteira responsabilidade dos autores, não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista da Fiocruz/MS.

O projeto Saúde Amanhã é conduzido pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) no contexto da “Estratégia Fiocruz para a Agenda 2030”/Fiocruz.

É permitida a reprodução deste texto e dos dados nele contidos, desde que citada a fonte. Reproduções para fins comerciais são proibidas.

URL: <http://saudeamanha.fiocruz.br/>

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

C198p Campos, Francisco Eduardo

Profissões e mercado de trabalho em saúde: perspectivas para o futuro / Francisco Eduardo Campos, Maria Helena Machado, Renato Penha de Oliveira Santos, Alexandre de Oliveira Telles. – Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2021.

27 p. – (Textos para Discussão; n. 64)

Bibliografia: p. 24-27.

I. Profissão. 2. Mercado de Trabalho em Saúde. 3. Mudanças na prática profissional. I. Campos, Francisco Eduardo. II. Machado, Maria Helena. III. Santos, Renato Penha de Oliveira. IV. Telles, Alexandre de Oliveira. V. Fundação Oswaldo Cruz. VI. Título. VII. Saúde Amanhã.

CDU: 331.5:614.2

Textos para Discussão
Nº 64

PROFISSÕES E MERCADO DE TRABALHO EM SAÚDE

Perspectivas para o Futuro

Francisco Eduardo Campos
Maria Helena Machado
Renato Penha de Oliveira Santos
Alexandre Oliveira Telles

Este documento serve como pano de fundo para os temas específicos que foram tratados durante o Seminário “O Brasil depois da pandemia: Transformações do Trabalho – Perspectivas para a Saúde”, realizado em 12 de julho de 2021, na Fiocruz.

Rio de Janeiro, julho de 2021

AUTORES

Francisco Eduardo Campos

Graduação em Medicina pela Universidade Federal de Minas Gerais (1974) e doutorado em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (1985). Atualmente é especialista em Políticas de Desenvolvimento Científico e Tecnológico da Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz.

Maria Helena Machado

Graduação em Ciências Sociais pela Universidade Federal de Minas Gerais (1980) e doutorado em Sociologia pela Sociedade Brasileira de Instrução - SBI/IUPERJ (1996). Atualmente é pesquisadora titular da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz e do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Recursos Humanos em Saúde – NERHUS e do ObservaRH-ENSP.

Renato Penha de Oliveira Santos

Graduação em Medicina pela Universidade Federal do Pará (2011) e Mestrado em Educação Profissional em Saúde pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (2017). Atualmente é professor da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

Alexandre Oliveira Telles

Graduação em Medicina e mestrado em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública (2019). Atualmente é professor efetivo do Departamento de Medicina em Atenção Primária à Saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ..

SUMÁRIO

Introdução	7
A Sociedade Profissionalizada	8
A Constituição do Mercado de Trabalho em Saúde	9
Mudanças da Prática Profissional	11
A Formação Médica e a Experiência do PMM	13
O Mundo do Trabalho e os Serviços de Saúde no Contexto Brasileiro Atual	18
Perspectivas do Trabalho na Saúde Pós-Pandemia	20
Considerações Finais	22
Referências Bibliográficas	24

PROFISSÕES E MERCADO DE TRABALHO EM SAÚDE

Perspectivas para o Futuro

1. INTRODUÇÃO

A saúde será muito distinta nos próximos vinte anos do que foi no passado e do que é no presente, o mesmo ocorrendo com as profissões de saúde e com a educação profissional para a saúde. O primeiro tema é objeto desse conjunto de publicações ensejado pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), o segundo pelo presente texto e o terceiro por outro publicado nessa mesma série.

A divisão entre o mercado e a educação é real, mas há muitas peculiaridades comuns, dado que exercem uma determinação recíproca. O mercado de trabalho impacta a educação e vice-versa, sendo tais determinações mútuas matéria de muitas reflexões que fogem do escopo dessa série. Dito isso, podemos esperar que em futuro próximo, a configuração das profissões venha a ser diferente da que é nominalmente hoje. É difícil entender como profissionais que têm práticas tão distintas como um patologista clínico, um radiologista que apenas emite laudos (os procedimentos são delegados a técnicos) ou um profissional da atenção primária, retenham todos a classificação de médicos. Ou o que une uma enfermeira de UTI altamente habilitada a entubar ou fazer cardioversão à sua colega que mais gere que cuida em uma enfermaria ou um centro de saúde. Ou de como um nutricionista clínico, prescrevendo dietas, pode ter frequentado os mesmos bancos escolares de um que trabalha na indústria; ou ainda um farmacêutico que trabalha atrás de um balcão de farmácia e fez o mesmo juramento de seu colega que pesquisa avanços moleculares para a indústria farmacêutica, e assim sucessivamente.

Em uma protoprofissão de médico, uma interessante dinâmica vai ocorrendo: a figura de que “o acidente tal foi atendido pelos médicos e paramédicos”, comum nos EUA, é arqueológica, já que deriva de uma concepção segundo a qual já há dois grupos, certamente um mais importante, que se distingue de outro agregado profissional que de alguma forma seria menos valorizado ou até mesmo subordinado ao primeiro, o que justifica o “para-”, conceito que seria inaceitável e muito criticado no Brasil. Excetuada a profissão médica, que tem uma definição quase universal no Ocidente (talvez seja uma exceção a quiropraxia), muitas das demais têm configurações distintas de país a país, agregando-se ou desagregando-se de acordo com uma normatividade específica para cada região.

No Brasil, farmacêuticos e bioquímicos são a mesma profissão, mas na mesma América Latina são os microbiólogos que têm as mesmas atribuições assistenciais. A existência de obstetrias, matronas, *sage-femmes*, para ficar mais perto, com a disputa pelo espaço do parto normal, talvez seja o exemplo mais ilustrativo dessas tensões. Observa-se a existência de forças que tendem a manter as coalizões e os aglomerados profissionais que atuam dia a dia contra aquelas que querem desagregá-los.

Provavelmente, ser uma grande corporação médica acrescenta poder a seus participantes, na medida em que há ganhos profissionais, salariais e outros que são garantidos por seu poder e prestígio. Por outro lado, paradoxalmente, a mais autônoma das profissões depois da médica, é a dos cirurgiões-dentistas, que não conseguiram sua independência profissional em vários países. Ou seja, não é um processo racional e tecnicamente fundamentado apenas que acompanha todo esse processo dinâmico de forças centrípetas e centrífugas que se contrapõem e configuram esse mercado profissional.

O modelo de regulação adotado no Brasil é muito movido pela ideia de definição dos campos de prática focado nos chamados “atos exclusivos” de cada uma das profissões, travado na luta de poderes corporativos. Entretanto, uma vez resolvido esse primeiro dilema, passa-se a um segundo nível de tensões – nos casos específicos, entre médico, enfermagem e odontologia no campo das especialidades. Parte desse espólio dominado pela lei dos atos autorizativos exclusivos é também flanqueada: é o caso claro da optometria e de muitas das práticas integrativas e complementares admitidas no Sistema Único de Saúde (SUS), como a acupuntura, a homeopatia, o parto normal (as obstetrias e as doulas) etc. Mesmo assim, são práticas profissionais com enorme conflito entre profissões. Forças desagregadoras das profissões poderão ser, no presente e no futuro, as pressões de desregulamentação e ampla circulação do conhecimento, que podem tornar a credencialidade mera lembrança e apenas um papel pendurado na parede.

2. A SOCIEDADE PROFISSIONALIZADA

Com base na análise de Machado et al. (2020, p. 102), é possível afirmar:

A sociedade moderna tem se tornado crescentemente uma sociedade profissionalizada, fazendo com que boa parte das atividades humanas nela desenvolvidas busquem reconhecimento e *status* profissional, conquistando privilégios sociais e monopólio (quase sempre legais) de mercado de trabalho. A maioria de nossas ações e atividades está fundamentada ou referenciada em atos, critérios e normas profissionais. A sociedade contemporânea se caracteriza pela divisão do trabalho em diferentes atividades e áreas especializadas. A afirmação de Andrew Abbott (1988) de que as profissões dominam nosso mundo, nossos corpos, medem nossos lucros e salvam nossas almas, resume o quanto experimentamos o mito do profissionalismo.

No campo da saúde propriamente dito, chega ao Congresso Nacional crescente número de pedidos de grupos profissionais específicos apelando aos parlamentares para que sua reivindicação por espaço profissional na saúde seja transformada em projeto de lei (PL), caminho natural e obrigatório para a regulamentação da atividade profissional em lei do exercício profissional. Assim, analisam Machado et al. (2020, p. 102):

E não se restringe à realidade brasileira, apresenta-se de maneira universal, num movimento de profissionalização crescente dessas ocupações. Tal demanda reflete a “necessidade social” de que os serviços de uma determinada área técnica ofereça à sociedade produtos diferenciados, especializados e de boa qualidade.

Mas como as profissões se constituem em atividades profissionais formalmente reconhecidas?

Machado (1996), em sua tese de doutorado e ancorada no construto da sociologia das profissões (Wilensky, 1970), por exemplo, acentua que para atividades técnicas aspirantes à profissão se constituírem como tais elas precisam cumprir o rito da profissionalização, constituído por cinco passos:

1. A atividade técnica deverá se tornar um trabalho de ocupação e dedicação integral a um conjunto de pessoas razoavelmente grande e significativo, tornando-se sua principal e exclusiva atividade profissional;
2. O conhecimento técnico sistematizado, padronizado e aprofundado deve ser imposto e acreditado formal e legalmente. Criam-se as escolas profissionalizantes (legalmente autorizadas pelo Estado – no caso do Brasil, via Ministério da Educação (MEC), onde pessoas com conhecimento e práticas semelhantes (os pares) assumem a função de criar formatos e processos educacionais que possibilitem a produção de novas gerações de semelhantes para o mercado de trabalho. A tradução desse credenciamento é a emissão de diplomas que são outorgados pela comunidade de pares – a academia, após longo processo de formação técnica;
3. Tornar-se uma corporação que defenda seus interesses em nome do coletivo social é um passo de grande importância para a construção do projeto profissional, que vai incluir todos os passos que uma determinada atividade técnica aspirante deve seguir;
4. Tornar legalmente aceito é o passo mais importante no processo de profissionalização, uma vez que estamos falando em regulamentar a atividade técnica perante a lei. Os territórios profissionais e jurisdicionais são aqui assegurados, e passa a ser ilegal aquele que se aventura a praticar a atividade sem cumprir o rito da legalidade imposta pela lei da regulamentação da profissão;
5. Também de enorme importância política corporativa é a elaboração e aprovação pelos pares do chamado código profissional. Tal movimento assegura o controle dos indesejáveis, os inescrupulosos, os que agem fora do parâmetro de “normalidade” estabelecido pela corporação.

Assim, as profissões chegam ao mercado de serviços de saúde: regulamentadas, amparadas por um forte esquema legal de proteção jurisdicional e reivindicando território, monopólio e, acima de tudo, regalias exclusivas de mercado, constituindo-se naquilo que podem ser consideradas, até certo sentido, políticas de antimercado.

Esse rito, estudado na década de 1970 por Wilensky (1970), é atual e mantido como o rito da profissionalização. No caso das atividades profissionais no campo da saúde, elas seguem esse modelo de profissionalização e por vezes criam ainda mais barreiras legais e institucionais para pleitos de novos aspirantes. Estamos falando de todo o embate travado nas instâncias do Congresso Nacional (instância que tem o poder de estabelecer novas profissões no país, após longo e demorado processo de discussão e exigências técnico-legais).

3. A CONSTITUIÇÃO DO MERCADO DE TRABALHO EM SAÚDE

Magali Larson (1977), em seu livro sobre profissionalismo, profissões e mercado de trabalho, mostra que os mercados de trabalho hoje existentes surgiram com as grandes e definidoras transformações oriundas da Revolução Industrial e, naturalmente, do sistema capitalista. A industrialização exigia profissionalismo, trabalhadores qualificados, padronizados e tecnicamente confiáveis.

A institucionalização desse mercado impôs a definição e a adoção de novas estratégias políticas, tais como a necessidade da geração de *experts* – o que seria feito por meio de um treinamento específico; a necessidade de se ofertarem profissionais e serviços padronizados que diferenciasssem sua identidade e permitissem sua conexão com os consumidores; e, finalmente, a determinação por parte do Estado na condução e no desenvolvimento desse processo. Para isso, era fundamental que o Estado assumisse uma ação direta e positiva em relação à obrigatoriedade da educação formal e garantisse os monopólios de competência, já que ambos se apresentavam como variáveis cruciais no desenvolvimento do projeto profissional. Configurava-se uma situação em que “os grupos profissionais estavam compelidos a solicitar projeção estatal e penalidades estatais contra competidores não licenciados” (Larson, 1977, p.14).

A constituição do mercado de trabalho é uma das bases do projeto profissional da medicina. Para tanto, ela constituiu ao longo dos tempos um mercado de serviço complexo, exclusivo, com forte credibilidade social. O mercado de serviços de saúde, especialmente o mercado de trabalho médico, de enfermeiros, do odontólogo, do farmacêutico, do psicólogo, do fisioterapeuta, por exemplo, está fortemente respaldado por esse “profissionalismo”. Diríamos que esse sentido de profissionalismo é estendido a quase todas as atividades que envolvem a assistência direta à população, como os auxiliares e técnicos de saúde, que são treinados e a eles se conferem certificados e diplomas de formação técnica, tornando-se uma exigência legal ao ingresso no mercado de trabalho da saúde.

Mas como se dá o processo regulatório das profissões?

Para Moran e Wood, estudiosos de regulação profissional, existem três modelos regulatórios. O primeiro refere-se à *autorregulação*, ou seja, os próprios profissionais definem os mecanismos de entrada no mercado e de competência técnica. O segundo é a *regulação com sanção estatal*, caracterizada por instituições a cargo de formular e implementar mecanismos regulatórios com consentimento e apoio do Estado. Finalmente, a *regulação direta do Estado*, exercida por instituições públicas especializadas. Para esses autores, o modelo de regulação é composto dos seguintes elementos: a) os mecanismos de entrada no mercado, incluindo licenciamento e certificação; b) o controle da competição profissional; c) a estrutura do mercado de trabalho; e d) o mecanismo de pagamento (Machado et al., 2020, p. 102-103).

Vivemos a era do profissionalismo, em que quase todos os nossos atos, comportamentos e ações são e estão mediados por profissionais. São atos, em sua maioria, exercidos de forma exclusiva, o que lhes dá poder, prestígio e assegura mercado de prestação de serviços com certa exclusividade, permitindo assim a livre compra e a venda desses serviços com relativa autonomia nesse mercado de trabalho da saúde. Aqui nos referimos àqueles de formação superior, detentores de um diploma legal que lhes confere autorização para o exercício pleno da atividade profissional em todo o sistema de saúde.

Esse é o poder das profissões modernas. A medicina, a odontologia, a farmácia, a fisioterapia, a engenharia, a arquitetura, a advocacia, entre outras, detém uma autoridade cultural suficientemente reconhecida, lhes permitindo estabelecer jurisdições exclusivas, de natureza tanto cognitiva (conhecimento técnico) quanto econômico-financeira (mercado de trabalho), sobre amplos segmentos da realidade, interpretando e desvendando os problemas do cotidiano, recriando assim a realidade do mundo leigo.

Assim, podemos definir o especialista como um indivíduo que conhece tanto que só pode comunicar uma pequena fração do seu conhecimento. Os clientes veem um mistério nas tarefas a serem desempenhadas, mistério este que não é dado ao leigo conhecer, visto que o conhecimento tácito é relativamente inacessível. Reter o conhecimento, torna-lo específico e suficientemente misterioso é o eixo central que move o profissionalismo (Machado, 1995, p.21)

4. MUDANÇAS DA PRÁTICA PROFISSIONAL

Ao se tomar a profissão médica como exemplo na saúde, os efeitos positivos advindos da revolução científica do século XX transformaram definitivamente a atividade médica em uma prática segura tecnicamente, amparada em um sólido conhecimento científico. Foi possível, assim, que o pensamento e a prática médica se fundissem numa

complexa combinação de empirismo, experiência cotidiana e raciocínio clínico. *A consulta, a anamnese e a análise clínica passaram a ser a conduta-padrão de um bom médico, dando-lhe poder, prestígio e crédito junto ao paciente.* Esse poder assume também feições econômicas. Em quase todo o mundo ocidental, em especial nos países desenvolvidos, a atividade médica é uma das atividades mais rendosas entre os profissionais *white-collars* (Machado et al., 1997, p. 25-26).

Esses avanços científicos e o acentuado uso de tecnologia de ponta na medicina têm gerado um acalorado debate sobre seus efeitos no saber e na prática médica. Um efeito esperado nesse processo tem sido a crescente divisão do trabalho, especializando tarefas, funções e atos profissionais. A medicina é um caso exemplar desse fenômeno da especialização.

Tomando o modelo de Díaz-Jouanen e buscando redefinir e reclassificar sociologicamente as especialidades médicas, Machado (1997, p. 26-27) propõe uma classificação das especialidades médicas no Brasil:

1. *Especialidades cognitivas* – são aquelas em que os médicos lidam diretamente com o paciente e se baseiam fundamentalmente no conhecimento cognitivo adquirido nas escolas médicas. O raciocínio clínico é valorizado e a relação subjetiva tende a ser mais enfatizada. A tradição do médico-físico dos primórdios da medicina é aqui de certa maneira preservada, por meio dos clínicos gerais (medicina interna), pediatras, psiquiatras, cardiologistas, geriatras e homeopatas, por exemplo;
2. *Especialidades técnico-cirúrgicas e de habilidades* – mesmo lidando diretamente com o paciente, há importante diferença na forma como isso se dá, diferentemente dos “médicos cognitivos”. A relação médico-paciente é tendencialmente mais padronizada e quase sempre programada. Nesse caso, o que predomina no processo de trabalho é o conhecimento técnico, ou seja, habilidades técnicas inerentes ao ato em si, quase sempre de forma pontual e precisa. São quase sempre intervenções cirúrgicas que exigem apoio de diagnósticos clínicos, radiológicos ou laboratoriais. A relação médico-paciente é mediada por equipes de apoio e de equipamentos sofisticados, que auxiliam na conduta e nos procedimentos. A tradição do boticário dos primórdios da medicina é depositada nas diversas especialidades cirúrgicas que conformam essa tipologia: cirurgiões gerais, cardiovasculares, plásticos etc.;

3. *Especialidades intermediárias* – são as áreas da prática médica que associam as habilidades técnicas (cirurgia) à base cognitiva (clínica), intermediando essas duas áreas distintas. Tais especialidades rompem com as barreiras desses dois mundos profissionais: o dos clínicos – antigos físicos – e o dos cirurgiões – boticários da era pré-científica. Não há, nesses casos, predominância da técnica ou da validação da base cognitiva, constituindo-se em “clínicas autônomas” com grande autonomia no processo de trabalho, dispensando quase sempre interferências de colegas especialistas para a finalização do diagnóstico e a intervenção. Enquadram-se nessa modalidade: oftalmologistas, ortopedistas e traumatologistas, gineco-obstetras, gastroenterologistas e otorrinolaringologistas, por exemplo;
4. *Especialidades tecnológicas e/ou burocráticas* – adotam regularmente a padronização no processo de trabalho, com alto controle burocrático. A relação médico paciente cede lugar à relação coletiva, referindo-se a populações, coletividades ou até um paciente de um colega que necessite de algum exame específico. São especialidades voltadas à pesquisa, a diagnósticos laboratoriais, gerência, administração e planejamento em saúde, desenvolvidas em organizações complexas. Enquadram-se nessa modalidade os médicos epidemiologistas, sanitaristas, médicos do tráfego, patologistas e radiologistas.

Enfim, a medicina da atualidade experimenta grandes mudanças em sua prática profissional, atingindo nuclearmente a autonomia de pensar e agir dos médicos. O fenômeno da institucionalização dos serviços médicos (hospitais, ambulatórios e até mesmo os consultórios), da burocratização do processo de trabalho, por meio da padronização e do enquadramento normativo e burocrático crescente dos procedimentos médicos, bem como da vertiginosa tecnificação da medicina, tem preocupado sociólogos de diversos países, que apontam para mudanças paradigmáticas na conformação e manutenção do *status quo* da profissão médica no mundo da ciência.

No entanto, indaga Haug (1988, p. 51): “A inteligência artificial e o conhecimento tecnológico substituem o conhecimento médico?”

O conhecimento tecnológico não pode substituir o trabalho humano do médico na definição, avaliação e conduta junto ao paciente. A experiência clínica e o raciocínio clínico precisam ser restaurados, revalorizados, (re)instituídos como ações insubstituíveis de qualquer profissional. A devida preservação da medicina básica, constituída de áreas matrizes, representa esse esforço em resgatar o lado de “artesanaria” do trabalho médico. Ensinar e fomentar o raciocínio clínico devem estar na base da formação desse profissional. As escolas médicas precisam adotar medidas disciplinares que “obriguem” mestres e aprendizes a raciocinarem sobre a saúde e doença. A tecnologia não deverá substituir a capacidade do médico de produzir experiências clínicas e diagnósticos a partir de empirias quotidianas trazidas pelos pacientes. A inferência é uma prerrogativa da atividade médica. Aliar a medicina tradicional (áreas básicas) à tecnológica é uma necessidade política que a corporação deve perseguir como imagem-objetivo. É preciso uma adequação conciliadora entre medicina e tecnologia.

Dito isso, necessário é se reconhecer que a escuta aos pacientes por parte dos profissionais, com o cuidado individualizado, o olho no olho, estará no cerne do que é desejável para a prática profissional de saúde, apesar de na prática ter sido superada nas consultas realizadas em curtíssimo tempo e sem que haja interação entre profissionais e pacientes. É nesse vácuo que avançam a medicina baseada em evidências e, mais recentemente, a inteligência artificial, em que o “algoritmo” tomará as decisões. Em que pese ser essa uma discussão atinente não apenas à assistência à saúde senão a todos os setores da vida, certamente a informação de que a inteli-

gência artificial faz diagnósticos mais precisos e indica terapêuticas com maior capacidade de acerto muda o panorama. Sendo o mercado de saúde um dos mais expressivos da economia, essa tendência, por certo, crescerá. A evolução de um projeto relativamente modesto como foi a Colaboração Cochrane, sem fins lucrativos, que objetivava auxiliar a tomada de decisões e, a criação do Dr. Watson pela IBM, um projeto multimilionário de aplicação de inteligência artificial em saúde, são exemplos. Como tudo nesses dias, hoje na Wikipedia essa iniciativa é um marco de transformação do modelo liberal de “um-cuida-de-um: a consulta médica como o encontro de singularidades em que um é portador de um sofrer e outro portador de um saber”, algo muito mais complexo e extenso. Boa parte dos artigos científicos publicados a respeito considera a inevitabilidade desse processo. Da mesma forma que o tear mecânico havia, dois séculos atrás, substituído a mão de obra de tecelões, o mesmo ocorreria com o trabalho médico de agora para frente.

Além da aplicação da inteligência artificial, a ela associado está o próprio desenvolvimento tecnológico, que antes circulava de forma crescente nas publicações científicas, mas se torna crescentemente disponível aos leigos. Muito recentemente, Paulo Niemeyer Filho (2020), um dos expoentes da neurocirurgia no Brasil, publicou um livro chamando a atenção para o fato de que em tempos futuros não tão distantes não haverá cirurgia como a concebemos hoje, com toda a sua “invasividade”. Terapias genéticas e imunológicas consertarão os problemas de forma muito menos traumática, permitindo inclusive intervenções que gerarão grandes interfaces com a discussão bioética, o que já vem acontecendo.

5. A FORMAÇÃO MÉDICA E A EXPERIÊNCIA DO PMM

A profissão médica foi alvo recente de política pública do Programa Mais Médicos (PMM), que teve o intuito de superar uma escassez histórica de médicos em regiões geográficas remotas e de profissionais para atuar na atenção primária à saúde, principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde. Relevante dizer que antes de 2012, a relação de médicos por habitantes no país era de 1,8 médico para cada mil habitantes, relação inferior a países com sistemas universais de saúde como Canadá (2,4) e Reino Unido (2,7) e da média da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) de 3,1 (Oliveira et al., 2015).

Nesse sentido, ao se analisar a distribuição de médicos, constata-se um *déficit* em áreas remotas, em especial nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste do Brasil (Pinto & Giovanella, 2018). Reproduz-se, portanto, o padrão internacional estimado pela Organização Mundial da Saúde segundo o qual 50% da população mundial reside em áreas rurais, e estas dispõem de apenas 25% da força de trabalho (Oliveira et al., 2015).

Em outro levantamento, realizado em 2018, com a vigência de política de expansão de vagas, o Conselho Federal de Medicina, com a publicação da *Demografia Médica em 2018*, apontou que naquele ano o Brasil passou a possuir 2,1 médicos por mil habitantes, fruto da expansão em período anterior ao PMM – ainda assim, abaixo da média da OCDE, que é de 3,4 médicos por mil habitantes. A entrada e saída de médicos, levantada pelo CFM, apontou que entre 2000 e 2016 ocorreu um acréscimo de 197.869 médicos em atuação no país e que os médicos registrados tinham em média 45,4 anos (Scheffer et al., 2018).

É fundamental analisarmos o cenário em que se deu a aprovação do Programa Mais Médicos com relação ao quantitativo de escolas médicas e vagas de graduação ofertadas por elas.

De acordo com Machado (1997, p. 2), tal importância se deve ao fato de que “a história das instituições e do próprio ensino médico no país é um elemento importante na compreensão da atual distribuição desses profissionais”. Amaral (2007) expõe também que em 1995 existiam 41 escolas médicas localizadas em capitais e quarenta nos interiores do país, entretanto, com grande concentração nos estados do Sul e do Sudeste. Ao analisar a evolução das escolas, com dados de março de 2019, já com a expansão devida ao PMM, constatamos a existência de 336 escolas médicas no território nacional. Apesar do quantitativo de escolas, a maior parte delas ofertava poucas vagas de graduação e apresentava distribuição concentrada nas capitais e nas regiões Sul e Sudeste (Telles, 2020).

O PMM focou nas vagas de graduação médica, em especial em dois aspectos: 1) expansão de vagas em locais determinados por meio de editais de chamamento públicos, que determinaram a alocação geográfica das novas escolas; 2) pelo aumento de ingressantes nas escolas já existentes, conforme a capacidade instalada da rede de saúde local. É importante frisar que o modelo de abertura e vagas por meio de edital representou uma mudança no modelo anterior de autorização de cursos, pois no período anterior predominava o modelo de “balcão”, em que as instituições mantenedoras, sem regulação estatal, requeriam o funcionamento sem necessariamente um estudo sobre as necessidades locais para oferta do curso (Telles, 2020).

Como resultado dos editais de chamamento público para instituições privadas e com inauguração da formação médica em novas instituições federais e estaduais de educação, em 2017 o Brasil passa a ter 10,2 médicos recém-formados por 100 mil habitantes, proporção superior aos Estados Unidos da América, com 5,5 médicos recém-formados por 100 mil hab.; Reino Unido com 6,7 médicos recém-formados por 100 mil hab.; mas inferior ao Canadá, com 12,7 médicos recém-formados por 100 mil hab. (Scheffer et al., 2018; Pinto & Giovanella, 2018; Telles, 2020).

Entretanto, a análise isolada da relação quantitativa de recém-formados não é suficiente para se analisar tal política pública, já que ela emergiu com o intuito de diminuir déficits históricos de força de trabalho, demandando, mesmo que de modo provisório, o aumento de vagas de graduação para suprir uma carência. Ainda segundo os autores citados, com o aumento recente das vagas em escolas médicas e tendo em vista que o curso de medicina tem seis anos de duração, a tendência é de aumento no número de médicos recém-formados nos próximos anos, com impacto direto nas próximas décadas.

Ao se pesquisar onde estão as novas vagas, observa-se que 38,3% foram abertas em capitais e 61,6% nos interiores. Existem também discrepâncias na distribuição regional dessas vagas. Na Região Sul, por exemplo, 81,7% destinaram-se ao interior, enquanto na região Norte apenas 23,6%, localidade com a menor densidade populacional do país, demonstrando que ainda existem desafios a serem superados. Exemplificando, em estados como Amapá, Acre, Pará, Roraima e Sergipe, todas as novas vagas foram autorizadas na capital; entretanto, sobre a expansão em Santa Catarina, nenhuma vaga foi criada na capital (Telles, 2020).

Portanto, em tal cenário de expansão e vagas de graduação em medicina, predominantemente em universidades privadas, o Brasil passará em poucos anos a ter 22 mil novos médicos ao ano, não incluídos os médicos formados no exterior aprovados em processos de revalidação, o que representa um incremento importante para prover vagas nas unidades de atenção primária à saúde. Entretanto, é importante ter medidas para garantir a qualidade da formação desses médicos e cenários de práticas adequados para a graduação, que por certo terá impacto direto no aumento da força de trabalho médica disponível no território nacional.

Nesse sentido, vale refletir sobre uma questão comum dos médicos em atuação no país, dos quais apenas 1,9% realizou sua graduação no exterior. Tal cenário contrasta com países como o Reino Unido, com 37% de seus médicos formados no exterior, e os EUA, com 22,4%, sendo o Brasil, considerado por Pinto e Giovanella (2018), um país protecionista e restritivo em relação à autorização para atuação de médicos formados no exterior. Ainda que existam regiões com carência histórica de médicos, não existe nenhuma política efetiva de atração e fixação de médicos estrangeiros em nosso país (Oliveira et al., 2015; Pinto & Giovanella, 2018).

Em relação aos aspectos pedagógicos da formação profissional, ao longo das décadas as faculdades de medicina brasileiras se adaptaram ao modelo flexneriano (ou modelo biomédico flexneriano), e a carga horária voltada a questões como determinantes sociais, psicológicos e culturais teve menor ênfase (Pagliosa & Da Ros, 2008). O foco nesse modelo é o aprendizado em hospitais universitários, de nível de atenção terciário, com divisão formativa em ciclo básico e clínico, o que na verdade não forma adequadamente o médico que atende às reais necessidades de saúde da população, conforme demonstrado no artigo “The ecology of medical care” e reforçado em 2001 pelo estudo promovido por Green em 2001, apontando que somente um paciente dentre mil pessoas ao longo de um mês necessitaria de internação em um hospital acadêmico, revelando uma grande distorção entre os cenários em que os médicos se formam e as necessidades em saúde mais prevalentes na população (White, Williams & Greenberg, 1961; Telles, 2020).

Portanto, esses estudos realizados com quatro décadas de diferença conseguiram constatar que o estudante de medicina tem a maior parte de seu eixo de conteúdo prático em unidades hospitalares, fortemente influenciada pela visão biomédica, com poucas mudanças significativas no itinerário de formação durante esse período.

Entretanto, ao verificarmos as demandas do sistema de saúde, podemos constatar a grande demanda por profissionais de atenção básica, sendo que de 80% a 90% das questões de saúde mais prevalentes na população podem ser manejadas na Atenção Primária em Saúde (APS), conforme Barbara Starfield (2004) assinalou. Assim, existe um descompasso entre o aparelho formador e as necessidades em saúde da população, em especial a necessidade de se formarem médicos para atuar em consonância com a Política Nacional de Atenção Básica. Para forçar tal afirmação da baixa quantidade de médicos de família e comunidade, que tem como atuação a APS, é importante recorrermos à demografia médica de 2018, que em levantamento demonstrou que existiam na época 5.486 médicos titulados nessa especialidade (Scheffer et al., 2018).

Ferreira et al. (2019) analisaram os desafios da formação de médicos nesse século, os quais devem saber lidar com a tripla carga de doença no Brasil, mas demonstram uma desconexão entre a formação médica e as necessidades em saúde da população, decorrente de currículos descontextualizados que fragmentam o conhecimento, fortemente influenciado pelo modelo flexneriano de ensino. Portanto, além da reflexão sobre o quantitativo de vagas ofertadas na graduação em medicina, foram adotadas no âmbito da Lei Federal n. 12.871, de 2013 (Programa Mais Médicos), medidas com o intuito de alterar o perfil do egresso, culminando com a aprovação das novas diretrizes curriculares nacionais em 2014 pelo Conselho Nacional de Educação (CNE). O debate ocorrido no CNE apontou a necessidade de que o médico formado corresponda às principais demandas em saúde da população brasileira (Brasil, 2013, 2014).

É importante ressaltar que o modelo de formação dos profissionais tem impacto indireto na escolha do médico sobre a especialidade que irá seguir e sobre a sua alocação. Além disso, é importante que a graduação confira aos estudantes atitudes, habilidades e competências que

sejam condizentes com as demandas do SUS, responsável por prover assistência à maior parte da população brasileira. Nesse sentido, Azevedo et al (2013) ressaltam que a concepção de saúde trabalhada ao longo da graduação interfere na prática do cuidado pelos médicos egressos e no papel do médico na sociedade, sendo necessário, portanto, que para mudança do modelo de formação ocorram alterações curriculares que alterem o processo de aprendizado e incluam integralidade da saúde, acolhimento e abordagem interdisciplinar, contemplando ainda os anseios de saúde da população (Telles, 2020).

A lei n. 12.871, de 2013 (Brasil, 2013), conferiu obrigatoriedade legal para que os cursos de medicina em funcionamento e os que solicitarem autorização adotem as diretrizes curriculares nacionais (DCNs) com o objetivo de reorientar a formação médica, tendo em vista que as DCNs de 2001 não haviam sido adotadas pela totalidade das escolas médicas, apesar de estarem em vigor há mais de uma década (Telles, 2020).

Segundo Ferreira et al. (2019), as diretrizes curriculares nacionais de 2014 (Brasil, 2014) se relacionam com os princípios e diretrizes do SUS, que tem como previsão em sua lei orgânica a ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde. Para tanto, a nova matriz formativa preconiza que o egresso deve ter perfil humanístico, crítico, reflexivo, com atuação em diferentes níveis de atenção à saúde, observando acesso universal, equidade, como direito à cidadania, e integralidade no cuidado aos usuários (Telles, 2020). Ainda, esse autor nos informa que a nova orientação pedagógica deu ênfase ao campo da Saúde Coletiva, dispondo de ações-chave como reconhecimento e investigação de problemas de Saúde Coletiva, desenvolvimento e avaliação de projetos de intervenção coletiva, com base em dados demográficos, epidemiológicos, sanitários e ambientais, considerando-se as dimensões de risco, vulnerabilidade, incidência e prevalência das condições de saúde. Aponta-se a necessidade de serem desenvolvidos ao longo da formação conteúdos poucos trabalhados na maior parte das escolas, como direitos humanos e das pessoas com deficiência, educação ambiental, ensino de Libras, educação das relações étnico-raciais e história da cultura indígena e afro-brasileira (Brasil, 2014).

As DCNs reformulam ainda o internato médico obrigatório, prevendo como cenário de prática a atuação em Saúde Coletiva, contemplando ao longo do curso aspectos da história da saúde, políticas públicas de saúde, a Reforma Sanitária, processo e organização do trabalho na saúde (Brasil, 2014; Ferreira et al., 2019; Telles, 2020). As DCNs de 2014 de medicina enfatizam a necessária articulação de conhecimentos, habilidades e atitudes didaticamente divididas em três áreas: Atenção à Saúde, Gestão em Saúde e Educação em Saúde (Brasil, 2014).

No eixo de Atenção à Saúde, com subárea de Atenção às Necessidades Individuais e outra de Atenção às Necessidades Coletivas, considera-se que o egresso deve contemplar em sua atuação aspectos de diversidade biológicos, subjetivos, étnico-raciais, de gênero, orientação sexual, socioeconômicos, políticos, ambientais, culturais e éticos, reconhecendo o acesso universal e equânime ao SUS como direito inerente à cidadania, a necessidade de cuidado integral, humanizado, centrado na pessoa, com estímulo à autonomia e indispensabilidade da inserção da família, grupos e comunidade na construção do plano terapêutico, identificando-se as necessidades desses territórios e articulando com o cuidado do indivíduo. Ressalta-se ainda a necessária observância da segurança do paciente, ética profissional, medicina baseada em evidências e a promoção à saúde. Para tanto, passa-se a ter um olhar não apenas ao usuário, mas à forma como o contexto local demográfico, epidemiológico, a vulnerabilidade, a incidência e a prevalência de doenças afetam a comunidade como um todo e a própria compreensão de saúde e doença do indivíduo (Brasil, 2014).

Em relação aos conhecimentos em Gestão em Saúde, esta visa formar médicos que compreendam os princípios, diretrizes e políticas do SUS, contemplando a gestão do cuidado e a valorização da vida, com o cuidado que contemple a promoção à saúde e a prevenção de riscos, liderança exercitada com horizontalidade, trabalho em equipe e participação social, dando instrumentos para que o médico não só compreenda o sistema, mas participe ativamente da construção deste nos cenários de trabalho, identificando os desafios em saúde e da organização do trabalho (Brasil, 2014).

Por fim, o eixo Educação em Saúde preconiza responsabilidade social, autonomia intelectual e formação continuada, com uso de metodologias ativas, como aprender a aprender, com o compromisso do estudante em seu processo formativo, deixando uma postura passiva no processo educacional e passando a ser sujeito na construção de sua educação, desempenhando o professor o papel de facilitador e mediador do processo, com articulação entre ensino, pesquisa e extensão. Nesse ponto também se enfatiza a necessidade de inserção precoce do futuro médico no Sistema Único de Saúde já em seu primeiro ano de formação, assim como em cenários da APS, por meio de supervisão docente e de preceptores da própria rede (Brasil, 2014).

Em relação à Residência Médica, padrão ouro de pós-graduação médica, ela também foi alvo do PMM, no qual deveria ocorrer a reordenação das vagas, priorizando regiões com menor relação de vagas e com estrutura para que ocorra a formação de especialistas. A legislação previu que novos cursos de graduação devem ter cursos de residência médica em áreas básicas vinculadas. A previsão na legislação original era de que a maior parte das especialidades médicas tivesse uma formação com duração de um a dois anos em medicina geral de família e comunidade; entretanto, por meio da lei federal n. 13.958, de 2019, esses dispositivos foram revogados, sem nenhuma previsão legal de mudanças pedagógicas nesses cursos, mas mantendo a possibilidade de complementação da bolsa na Residência de Medicina de Família e Comunidade, com o intuito de induzir mais médicos a realizarem o curso. Nesse sentido, fica demonstrada a inexistência de política pública voltada para qualificação e ordenação da residência médica, persistindo a alocação de vagas por especialidade e localidade sem critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde, apesar de programas como o Pró-Residência Médica, o qual fomenta bolsas em programas prioritários, mas sem indução concreta, em especial para oferta de vagas de residência para todos os egressos.

Portanto, o Programa Mais Médicos, mesmo com a fase atual de mudanças profundas e com transição para o Programa Médicos para o Brasil, trouxe alterações significativas em relação à formação médica, além da implantação de novas escolas. Ao nortear a formação de um novo perfil profissional para os médicos, com base nas mudanças curriculares promovidas, espera-se que a formação esteja mais próxima das necessidades em saúde de nossa população, com um médico crítico e reflexivo, com trabalho em equipe multiprofissional e que compreenda o Sistema Único de Saúde. Esses novos médicos estarão submetidos a um mercado de trabalho em mudanças constantes, que os submete a múltiplos vínculos trabalhistas e à precarização de direitos – por exemplo, o aumento da contratação de médicos por meio de pessoa jurídica e a diminuição da realização de concursos públicos, em especial nas capitais, com preferência para a contratação terceirizada, por organizações sociais ou fundações estatais.

6. O MUNDO DO TRABALHO E OS SERVIÇOS DE SAÚDE NO CONTEXTO BRASILEIRO ATUAL

Desde os anos 1940, percebe-se a expansão do setor terciário mais acelerada que a do setor industrial. Empiricamente, esse fenômeno estaria relacionado aos componentes para satisfazer socialmente as condições físicas de sobrevivência mediante atividades econômicas e produtivas, além de serem atividades de manutenção destas (Offe, 1991, 2011).

Esse autor aponta alguns fatores que podem ter influenciado na sua expansão, como a resposta às tendências de estagnação econômica do setor industrial e da superindustrialização; a absorção da força de trabalho desempregada desse setor; a maior diversificação de ramos de produção e serviços entre diferentes empresas; a externalização de atividades que eram majoritariamente desempenhadas pelo Estado como pesquisa, ensino e saúde para empresas de serviços (Offe, 1991, 2011).

Ocorreu de forma tão relevante esse crescimento que, na primeira década do século XXI, o setor de serviços era responsável por 50% do Produto Interno Bruto (PIB) dos países centrais do capitalismo (países desenvolvidos ocidentais, em sua maioria) (AMIN, 2012). Sobre a saúde, relata-se que desde a metade do século XX houve um aumento do desenvolvimento científico com novas tecnologias e procedimentos, o que impulsionou um mercado biomédico mundial em escala global influenciando na incorporação tecnológica desenfreada, na organização e na gestão de hospitais, clínicas e consultórios (Amoretti, 2005).

Observa-se nesse crescimento do setor saúde maior racionalização, padronização e hierarquização do trabalho na saúde, bem como maior especialização médica e fragmentação científica e tecnológica, encontrando-se esses elementos representados na instituição hospitalar (Braga & Paula, 1981; Pires, 2008). Assim, mesmo com as especificidades do mercado de trabalho em saúde e as configurações inerentes ao setor de serviços de saúde, percebe-se nesse setor determinadas dinâmicas que caracterizam o mercado de trabalho capitalista em geral e que estão presentes no mundo do trabalho contemporâneo, como os moldes da organização taylorista-fordista e toyotista de produção e de organização do trabalho (Pierantoni, 2002).

O primeiro modelo de organização da produção foi apropriado e aprimorado por Henry Ford, cujas características principais eram:

separação entre concepção e execução, fragmentação/rotinização/esvaziamento das tarefas; a noção de um homem/uma tarefa com especialização desqualificante; o controle do tempo de execução das tarefas estritamente orientadas por normas operacionais em um processo onde a disciplina se torna o eixo central da qualificação requerida; pouca ou nenhuma aceitação do saber dos trabalhadores tendo em vista contribuir para a melhoria do processo produtivo e, conseqüentemente, do produto (Santana & Ramalho, 2010, p. 15).

Já o segundo modelo, de acordo com os mesmos autores, apresenta características como a flexibilização dos processos de trabalho, que impõe uma aproximação das etapas de concepção, execução e controle, mediante a relação entre o homem e um posto ou tarefa, com progressiva incorporação de competências no processo produtivo e com forte controle de qualidade e rapidez – o que se denomina como processo *just in time* (Santana & Ramalho, 2010). Esse segundo modelo teve como exemplo mais marcante a empresa Toyota, no Japão, por isso denominado de toyotismo, mas também presente em outras experiências na “Terceira

Itália” (região de pequenas e médias empresas da região da Emilia Romana) e na fábrica da Volvo, na Suécia.

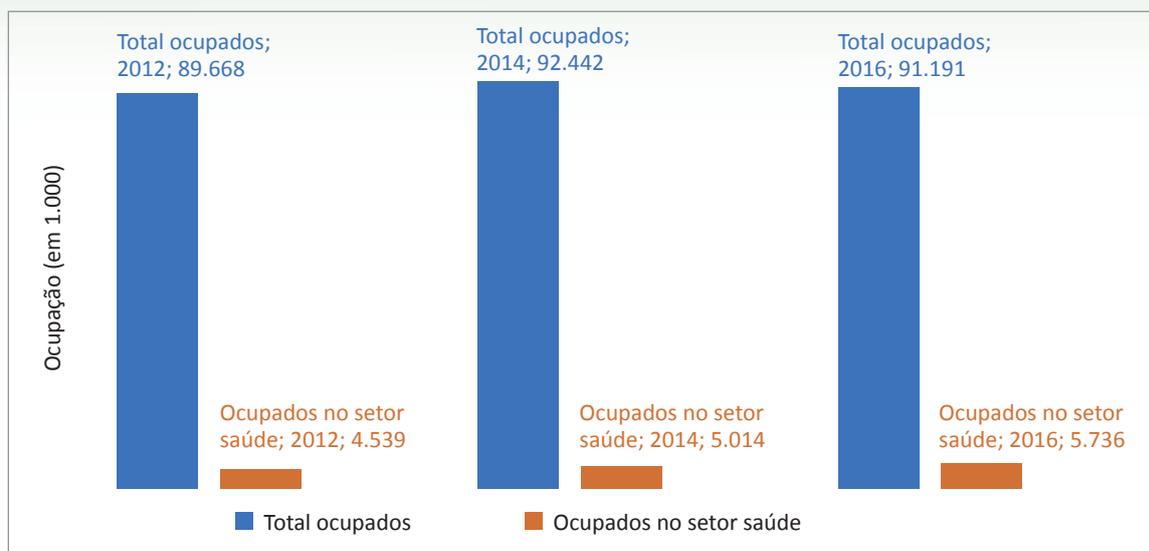
Ressalta-se que o modelo toyotista surge no contexto denominado de reestruturação produtiva, no qual há um forte ingresso do capital financeiro na saúde (principalmente por volta da década de 1990) e uma grande transição tecnológica, exigindo novos arranjos institucionais para a concentração e a diversificação de diversas funções e operações nesse setor, influenciando no processo de trabalho em saúde e no perfil da qualificação dos trabalhadores (Lima, 2010; Pires, 2008). Longe de esgotar a discussão sobre os modos de produção na saúde, destaca-se que esses dois modelos de produção e organização do trabalho encontram-se presentes no macrossetor econômico da saúde, cujas principais atividades situam-se na prestação de serviços. Também destaca-se que o dimensionamento desse setor é bem complexo devido às múltiplas inserções de atividades e segmentos econômicos da saúde na economia de diversos países, como o caso brasileiro.

De acordo com Poz, Pierantoni e Girardi (2013), no Brasil esse setor é bem dinâmico e apresenta-se com uma diversidade de segmentos que são enquadrados como típicos da área (atendimento hospitalar e atividades de apoio à gestão de saúde, por exemplo) e como atividades industriais, de comercialização, financiamento e saneamento, além de atividades de outros setores que contam com profissionais de saúde.

No anuário estatístico realizado pelo Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (DIEESE, 2018), com base na Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE 2.0) e na CNAE domiciliar por meio da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua), foram caracterizados os serviços típicos do setor: “Atividades de atendimento hospitalar”, “Serviços móveis de atendimento a urgências”, “Serviços de remoção de pacientes, exceto os serviços móveis de atendimento a urgência”, “Atividades de atenção ambulatorial executadas por médicos e odontólogos”, “Atividades de serviços de complementação diagnóstica e terapêutica”, “Atividades de profissionais da área de saúde, exceto médicos e odontólogos”, “Atividades de apoio à gestão de saúde”, “Atividades de atenção à saúde humana não especificadas anteriormente”.

Dessa forma, o setor de saúde e os serviços que o compõem apresentam uma taxa de ocupação de empregos importante no contexto brasileiro, mesmo no cenário de crise financeira econômica mundial após os anos 2008-2009, conforme o Gráfico 1.

Gráfico 1. Total de ocupações e ocupados no setor saúde – Brasil - 2012, 2014 e 2016



Fonte: Adaptado do Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (DIEESE). Anuário dos trabalhadores do SUS: 2018 (p. 31).

Segundo o Relatório do Emprego na Cadeia Produtiva da Saúde, com a data-base de julho de 2020, havia 458.704 pessoas com empregos no setor público de saúde em 292 municípios analisados, 376.340 nos estados e 243.567 no setor público de saúde federal, considerando estatutários, celetistas, temporários e comissionados, conforme a Tabela 1:

Tabela 1. Número de pessoas empregadas no setor de saúde pública federal, estadual e municipal por região e variação percentual em três meses - julho de 2020

Regiões	Federais	Estaduais	Municipais	Var. Federais	Var. Estaduais	Var. Municipais
Norte	16.074	72.779	34.862	-1,9	4,3	-1,6
Nordeste	57.279	127.915	107.298	-0,2	6,2	4,6
Sudeste	118.606	99.889	196.585	-0,6	1,5	7,9
Sul	17.092	22.188	55.587	2,8	1,2	5,0
Centro-Oeste	34.516	53.569	64.372	12,8	-0,4	1,8
Brasil	243.567	376.340	458.704	1,4	3,3	5,1

Fonte: Adaptado de Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS, julho de 2020).

Logo, nota-se uma certa tendência de aumento de empregos na saúde no período de três meses (maio, junho e julho) de 2020, correspondendo às dinâmicas próprias do setor e ao contexto de pandemia do Covid-19, pois, ao analisar o setor privado, os serviços de saúde tiveram saldo positivo no estoque de empregos formais na comparação entre junho (12.966 vagas) e julho (13.649 vagas), enquanto o cenário geral teve queda no saldo de vagas formais para emprego entre os meses de junho e julho (-15.948 vagas) (IESS, 2020).

7. PERSPECTIVAS DO TRABALHO NA SAÚDE PÓS-PANDEMIA

Quais as perspectivas e tendências para o mundo do trabalho na saúde no Brasil no contexto atual e pós-pandemia de Covid-19?

De acordo com o exposto até aqui, pode-se inferir que o mercado de trabalho em saúde no Brasil apresenta uma tendência ao crescimento de vagas de trabalho e uma continuidade na diversificação e especialização de ramos e segmentos no setor saúde, principalmente no que tange aos serviços, públicos ou privados. Logo, essas tendências também levarão a novas reconfigurações da Força de Trabalho que é composta, majoritariamente, por mulheres e por um conjunto diverso de ocupações e profissões com diferentes graus de qualificação e especialização técnica.

Para a melhor compreensão dessas tendências, é importante retomar alguns aspectos históricos e conceituais que auxiliam no entendimento das especificidades do mundo do trabalho na saúde, na atualidade brasileira.

Desde os anos 1970, observa-se um conjunto de modificações estruturais no modelo capitalista de produção nas sociedades contemporâneas que desembocam numa organização flexível da produção e das relações de trabalho. Esse conjunto de transformações começa a ocorrer em resposta ao cenário de recessão econômica, principalmente nos países capitalistas centrais. A conjuntura dos anos 1970 foi marcada pelo aumento da inflação e pela estagnação econômica nos países capitalistas avançados, culminando no processo de reestruturação produtiva e nas reformas dos aparelhos dos Estados nas perspectivas neoliberais, ou seja, com diminuição do papel do Estado nas políticas públicas e na oferta de serviços essenciais, adoção de práticas de mercado e de gestão privada no setor público (Antunes, 1999; Alves, 2007; Harvey, 2013; Montaña, 2010).

Ressalta-se que esse conjunto de transformações seguiu percursos diferentes na América Latina e no Brasil em comparação com os países do capitalismo central, já que os países latinos se constituíram com importantes traços históricos de dependência econômica externa aos interesses das nações centrais do sistema capitalista mundial, além da forte segregação social dessas sociedades latinas que foram marcadas pelo período colonial escravocrata. Logo, essas sociedades constituíram-se com uma grande parcela da população excluída dos benefícios do progresso material capitalista, como direitos sociais e trabalhistas (Cardoso, 2013; Montaña, 2010).

Montaña (2010) afirma que não houve um Estado de Bem-Estar Social na América Latina e no Brasil, destacando que houve transições de regimes autoritários, concentradores e excludentes para o formato de Estados gerenciais, nos quais houve transferência de serviços e questões de responsabilidade estatal para entidades públicas não estatais e de direito civil privado, como se tem observado no caso da relação público e privado na estruturação do Sistema Único de Saúde.

No que tange às consequências da reestruturação produtiva no contexto brasileiro, Antunes e Druck (2014) apontam para o cenário de coexistência de práticas relacionadas tanto ao modelo toyotista como ao modelo taylorista-fordista nas formas de gestão e organização do trabalho, no setor industrial e no de serviços. Adicione-se a realidade histórica de informalidade e de precarização de diversos aspectos constituintes do mercado de trabalho no país.

Sobre as especificidades do setor de saúde no Brasil, Poz, Pierantoni e Girardi (2013) destacam, pelo menos, quatro elementos característicos das singularidades desse setor: o emprego intensivo de mão de obra mesmo com os incrementos tecnológicos; a constante inovação tecnológica; a dificuldade de regulação da força de trabalho pelo Estado devido às intervenções das profissões nessa questão; e a existência de uma diversidade de atividades e ramificações que compõem esse setor tanto na esfera pública quanto na privada. Também ressalta-se a forte reper-

cussão social desse setor, em virtude do debate acerca do direito à saúde, principalmente após a Constituição de 1988 e a criação do SUS.

A respeito das consequências da reestruturação produtiva no setor saúde no Brasil, primeiramente nota-se no setor, em sua maioria constituído por serviços, a intensificação da inovação tecnológica que permite o aumento do rendimento do trabalho, pois com a mesma quantidade de trabalhadores pode-se realizar mais atendimentos e mais procedimentos no mesmo intervalo de tempo (PIRES, 2000). Uma segunda consequência perceptível é no campo das inovações organizacionais, como a terceirização e o modelo gerencialista. A terceirização é o fenômeno segundo o qual diversos serviços que eram realizados por uma empresa sejam intermediados por meio de contratos para que a produção de parte desses serviços seja realizada por outras empresas. O modelo gerencialista é uma perspectiva de gestão de serviços e de trabalho condicionada pela obtenção de metas de produção numa lógica de redução de gastos e aumento da produtividade (Pires, 2000; Almeida, 2014; Santos, 2017).

As situações descritas anteriormente estão presentes nos serviços públicos e privados da saúde no Brasil, o que também interfere diretamente nas condições e no vínculos de trabalho no setor, apontando para um cenário de maior flexibilização de vínculos, de formas de pagamento e de gestão do conjunto dos trabalhadores da saúde no país, reforçando a situação de desregulação da força de trabalho na saúde e, em algum grau, apresentando sinais de precarização similares ao conjunto do mundo do trabalho na sociedade brasileira, os quais são mais perceptíveis nas situações que envolvem trabalhadores menos qualificados ou outras ocupações e profissões não médicas.

Vale destacar que ainda não há muitos estudos que abordem os efeitos da recente reforma trabalhista realizada no governo Michel Temer, em 2017, sobre os trabalhadores da saúde e acerca do fenômeno de “pejotização” na saúde, no qual há exigência de que o trabalhador constitua uma pessoa jurídica para poder ser empregado sem a devida cobertura da legislação trabalhista (Teixeira, 2016; Santos, 2019).

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No início do século XX, o modelo idealizado das práticas dos profissionais de saúde, em especial dos médicos, era dividido entre dois polos. O primeiro modelo correspondia à prática privada, exercida em consultórios próprios dos médicos, no domicílio do paciente, e em hospitais privados ou filantrópicos. Nessa prática, o estabelecimento do valor do serviço prestado era definido por acordo entre as partes. O segundo modelo era representado pelo emprego público, exercido em instalações governamentais – centros de saúde ou hospitais. Para as demais categorias da saúde, o trabalho era distinto e tendia a ser mais institucionalizado, sendo que a prática que mais se aproximava dos médicos era a dos dentistas e dos médicos veterinários.

Ainda que nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos e psicólogos pudessem ter suas práticas privadas, a maioria de seu trabalho era vinculado ao trabalho do médico. Anteriormente se utilizou a palavra subordinação, com muita crítica, da mesma forma que em outros países ainda hoje se usa a palavra paramédicos, ambas as designações denotando a proeminência dos médicos como a protocategoria da saúde.

Tais formas típicas e polares de exercício profissional (privado-típico e emprego público) vêm sofrendo transformações em suas configurações. A prática privada, ao se “tecnologizar”

e passar a depender de exames complementares laboratoriais, de processamento de imagens e do emprego de técnicas aninhadas em subespecialidades, tornou difícil ao paciente poder bancar individualmente os custos envolvidos. O pós-pagamento passa insidiosamente a ser substituído por formas de pré-pagamento, em diferentes níveis, que vão desde planos que permitem a livre escolha do profissional àqueles que oferecem cardápios muito mais limitados de procedimentos autorizados. É residual e muito elitizado nos dias de hoje a forma mais tradicional de pós-pagamento.

No outro polo, do emprego público, engata-se também uma marcha à ré. Ainda persistente no discurso sindical de que apenas o emprego público, por meio de contrato por tempo de serviço – dispositivo previsto na Constituição e no arcabouço legal do país –, garantiria melhor condição do trabalho profissional, o que se vê é que, apesar desses preceitos legais, cada dia mais crescem as modalidades de incentivo vinculados a avaliações de produtividade e que se escoram na constatação de que a estabilidade trazida pelo vínculo permanente, não sujeito a avaliações e cumprimento de metas, leva a uma crescente improdutividade, com grandes absenteísmos etc.

Modalidades mistas como o trabalho cooperado e a “pejotização” passam a ter cada dia mais vigência na *realpolitik*. A expectativa geral dos médicos (e de outros profissionais) de ter consultórios que compusessem a maioria de suas rendas e de empregos estáveis que garantissem a subsistência familiar em casos catastróficos não existe mais no dia de hoje, exceto pelas modulações ideológicas que as escolas transmitem a seus alunos, como se ainda fossem reais.

Há que se considerar, por outro lado, que a inserção social original dos diferentes profissionais de saúde gera expectativas que moldam suas escolhas profissionais. O *background* social dos médicos é, por certo, distinto daquele de outras carreiras, uma vez que eles tiveram de enfrentar processos competitivos duros para ingressar numa universidade ou faculdade (superiores na maioria a 1:20), e aqueles que estudam nas instituições privadas endividam-se (ou suas famílias) em níveis impagáveis se não tiverem, posteriormente, condições de assegurar uma boa renda.

Estima-se que um médico “custa” às poupanças familiares meio milhão de reais e que ele, de regra, só passará a fazer o *payback* dessa dívida após três anos de residência. Os demais profissionais encontram-se geralmente mais institucionalizados, especialmente o polo da enfermagem (em seus segmentos de nível superior, técnico e auxiliar); embora tenham pior remuneração, eles ainda permanecem, em sua maioria, submetidos às regras da CLT.

Não se pode deixar de pensar em uma grande categoria, que é a dos agentes comunitários de saúde, criados com o Programa de Saúde da Família (PSF). É uma categoria para a qual está estabelecida uma trajetória educacional, que pode chegar ao nível técnico, mas que está muito mais institucionalizada dentro do SUS, apesar de ser extremamente heterogênea e de ter conseguido, por sua mobilização política, benefícios como o piso salarial nacional. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2017) trouxe alterações substanciais para esses trabalhadores ao abrir possibilidade para a redução do número de ACS ao retirar a previsão de limite mínimo por equipe da Estratégia Saúde da Família, apesar de recomendar um por equipe e que a população da microárea não ultrapasse 750 pessoas.

Além disso, é importante refletir sobre as políticas públicas de ordenação da formação de recursos humanos, como preconizado na lei n. 8.080/90, pois mesmo com a intervenção estatal ocorrida no PMM, que visou exclusivamente a categoria médica, não existem iniciativas amplas para formação e alocação de profissionais de saúde, em especial em áreas remotas de nosso país.

Tal desafio é enfrentado de maneira universal, como apontado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), e demonstra que pouco tem sido feito para se equacionar a iniquidade na distribuição da força de trabalho em saúde. Iniciativas de criação de carreiras de Estado para diversas profissões da saúde estão em tramitação no Congresso Nacional, mas sem o efetivo debate com a sociedade e o comprometimento por parte do governo federal.

Portanto, mesmo com uma demanda crescente de profissionais de diversas categorias para atuar na APS, existe um descompasso entre a formação e as necessidades do SUS, pois o foco é pequeno na qualificação para esse nível de atenção e as matrizes formativas são voltadas para a atuação em ambiente hospitalar, carecendo de reforma nas diretrizes curriculares nacionais dos diferentes cursos e de implantação por parte das instituições de ensino.

Não podemos deixar de mencionar o momento atual, de contexto da pandemia de Covid-19, que revela a necessidade da discussão das condições de trabalho na saúde dos serviços tanto públicos como privados no Brasil, haja vista a quantidade de profissionais infectados e que foram a óbito – vide o levantamento do Conselho Federal de Enfermagem, que demonstra um total, até outubro de 2020, de 41.527 casos reportados e 451 óbitos (COFEN, 2020), e do Conselho Federal de Medicina (CFM, 2020), que registrou mais de quatrocentos óbitos de médicos.

Por fim, a pandemia de Covid-19 também abre um cenário de inovação tecnológica e de novas formas de organização do trabalho na saúde, como o desenvolvimento de pesquisas de alta tecnologia, de novos medicamentos e de vacinas; a legitimação do teletrabalho; a organização de plataformas digitais e aplicativos que intermedeiam a obtenção de dados de saúde de uma determinada população, entre outras situações, as quais corroboram as análises apresentadas ao longo deste texto sobre a tendência do incremento tecnológico nesse setor e da crescente especialização e diversificação das atividades típicas da saúde, bem como o aumento da qualificação da força de trabalho empregada no mundo do trabalho da saúde no Brasil.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABBOTT, A. *The system of professions: an essay on the division of expert labor*. London, Chicago: The University of Chicago Press, 1988.
- ALMEIDA, H. P. *Organizações sociais e a saúde dos trabalhadores de saúde na atenção básica do município do Rio de Janeiro*. 98 f. Trabalho de conclusão de curso (Especialização em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2014.
- ALVES, G. *Dimensões da reestruturação produtiva: ensaios de sociologia do trabalho*. 2. ed. Londrina: Praxis, 2007.
- AMARAL, J. L. *Duzentos anos de ensino médico no Brasil*. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.
- AMIN, S. *El capitalismo contemporáneo*. Barcelona: El Viejo Topo, 2012.
- AMORETTI, R. A educação médica diante das necessidades sociais em saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 29, n. 2, p. 136-146, 2005.
- ANTUNES, R. *Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho*. São Paulo: Boitempo, 1999 (Coleção Mundo do Trabalho).
- ANTUNES, R.; DRUCK, G. A epidemia da terceirização. In: ANTUNES, R. (org.). *Riqueza e miséria do trabalho no Brasil*. São Paulo: Boitempo, 2014. p. 13-24.

- AZEVEDO, B. M. S. et al. A formação médica em debate: perspectivas a partir do encontro entre instituição de ensino e rede pública de saúde. *Interface (Botucatu)* [online]. 2013, vol.17, n.44, pp.187-200. Epub Dec 11, 2012. Disponível em <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832013000100015-&lng=en&nrm=iso&tlng-pt>. Acesso em: 16 dez. 2020. Epub May 16, 2019. <<https://doi.org/10.1590/S1414-32832012005000048>>.
- BRAGA, J. C. S; PAULA, S. G. *Saúde e previdência: estudos de política social*. São Paulo: Cesbes, Hucitec, 1981.
- BRASIL. Casa Civil. Lei n. 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as leis n. 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e n. 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 23 out. 2013. Seção 1, p. 1.
- BRASIL. Ministério da Educação. *Resolução n. 3, de 20 de junho de 2014*. Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em medicina. Brasília: Ministério da Educação, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de consolidação n. 02, anexo XXII, de 28 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html>. Acesso em: 4 nov. 2017.
- CARDOSO, F. M. *A saúde entre negócios e a questão social: privatização, modernização e segregação na ditadura civil-militar (1964-1985)*. São Paulo: Hucitec, 2013.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Profissionais infectados com Covid-19 – informado pelo serviço de saúde. Observatório da Enfermagem. Disponível em: <<http://observatoriodaenfermagem.cofen.gov.br/>>. Acesso em: 18 out. 2020.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Memorial aos médicos que se foram durante o combate à Covid-19. 2020. Disponível em: <<https://memorial.cfm.org.br/>>. Acesso em: 15 out. 2020.
- DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS (DIEESE). *Anuário dos trabalhadores do SUS: 2018*. São Paulo: DIEESE, 2018.
- FERREIRA, M. J. M. et al. Novas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Medicina: oportunidades para ressignificar a formação. *Interface*, Botucatu, v. 23, supl. 1, e170920, 2019. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832019000600211&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 fev. 2020. Epub May 16, 2019. <<https://doi.org/10.1590/interface.170920>>.
- GREEN, M. L. Identifying, appraising and implementing medical education curricula: a guide for medical educators. *Annals of Internal Medicine*, v. 135, n. 10, p. 889-896, 2001.
- HAUG, M. R. A re-examination of hypothesis of physician deprofessionalization. *The Milbank Quarterly*, n. 66, p. 48-58, 1988.
- HARVEY, D. *Condição pós-moderna: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural*. 24. ed. São Paulo: Loyola, 2013.
- INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR (IESS). *Relatório do emprego na cadeia produtiva da saúde*. 39. ed. São Paulo: IESS, 2020. Data-base: julho/20. Disponível em: <https://www.iess.org.br/cms/rep/Relatorio_emprego_julho_20.pdf>. Acesso em: 8 out. 2020.
- LARSON, M. S. *The rise of professionalism: a sociological analysis*. Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press, 1977.
- LIMA, J. C. F. Política de saúde e formação profissional dos trabalhadores técnicos de enfermagem. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

- MACHADO, M. H. Sociologia das profissões: uma contribuição ao debate teórico. In: MACHADO, M. H. (org.). *Profissões de saúde: uma abordagem sociológica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995. p. 13-33.
- MACHADO, M. H. *Os médicos e sua prática profissional: as metamorfoses de uma profissão*. 1996. Tese (Doutorado em Ciência Política) - Instituto Universitário de Pesquisas e Estudos do Rio de Janeiro (IUPERJ), Rio de Janeiro, 1996.
- MACHADO, M. H. (org.). *Os médicos no Brasil: um retrato da realidade*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997.
- MACHADO, M. H. et al. Mercado de trabalho e processos regulatórios: a enfermagem no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(1):101-112, 2020.
- MONTAÑO, C. *Terceiro setor e questão social: crítica ao padrão emergente de intervenção social*. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2010.
- NIEMEYER FILHO, Paulo. *No labirinto do cérebro*. Rio de Janeiro: 1ª. Edição- Rio de Janeiro: Objetiva. 2020
- OFFE, C. *Trabalho e sociedade: problemas estruturais e perspectivas para o futuro da sociedade do trabalho*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1991.
- OFFE, C. *Trabalho e sociedade: problemas estruturais e perspectivas para o futuro da “sociedade do trabalho”*. v. II: Perspectivas. Rio de Janeiro: Tempo Universitário, 2011.
- OLIVEIRA, F. P. et al. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. *Interface*, Botucatu, v. 19, n. 54, p. 623-634, set. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000300623&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 fev. 2020. <<https://doi.org/10.1590/1807-57622014.1142>>.
- PAGLIOSA, F. L.; DA ROS, M. A. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 492-499, dez. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-5022008000400012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 fev. 2020. <<https://doi.org/10.1590/S0100-55022008000400012>>.
- PIERANTONI, C. R. Recursos humanos e gerência no SUS. In: NEGRI, B.; FARIA, R.; VIANA, A. L. D. (orgs.). *Recursos humanos em saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho*. Campinas: Unicamp, 2002. p. 221-256.
- PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1.903-1.914, jun. 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601903&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 7 maio 2020. <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05592018>>.
- PIRES, D. Reestruturação produtiva e consequências para o trabalho em saúde: implicaciones para el trabajo en salud. *Revista Brasileira de Enfermagem [on-line]*, v. 53, n. 2, p. 251-263, 2000. <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672000000200010>>.
- PIRES, D. *Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil*. 2. ed. São Paulo: Annablume, 2008.
- POZ, M. R. D.; PIERANTONI, C. R.; GIRARDI, S. Formação, mercado de trabalho e regulação da força de trabalho em saúde no Brasil. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. *A saúde no Brasil em 2030: prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro – organização e gestão do sistema de saúde [on-line]*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. v. 3. p. 187-233. Disponível em: <<https://static.scielo.org/scielobooks/98kjjw/pdf/noronha-9788581100173.pdf>>. Acesso em: 17 de out. 2020.
- SANTANA, M. A.; RAMALHO, J. R. *Sociologia do trabalho no mundo contemporâneo*. 3. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2010.

- SANTOS, R. P. O. *Metas, pra que te quero?* Algumas reflexões sobre os novos modelos de gestão e gerenciamento do trabalho e seus efeitos nos trabalhadores de uma equipe da Estratégia Saúde da Família no município do Rio de Janeiro. 96 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde) – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/22904>>. Acesso em: 17 out. 2020.
- SANTOS, R. P. O. Reforma Sanitária Brasileira e o sindicalismo na saúde: quais perspectivas no contexto atual? *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 43, n. spe 8, p. 234-247, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019001300234&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 out. 2020. Epub Aug 07, 2020. <<http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042019s817>>.
- SCHEFFER, M. et al. *Demografia médica no Brasil 2018*. São Paulo: FMUSP, CFM, Cremesp, 2018.
- STARFIELD, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2004.
- TEIXEIRA, W. A. A pejetização na prestação dos serviços públicos de saúde da administração pública brasileira. *Revista de Direito Administrativo e Gestão Pública*, Brasília, v. 2, n. 1, p. 184-203, 24 abr. 2016. Disponível em: <<https://www.indexlaw.org/index.php/rdagp/article/view/658>>. Acesso em: 17 out. 2020.
- TELLES, A. O. *A expansão de escolas médicas e o Programa Mais Médicos*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2020.
- WHITE, K. L.; WILLIAMS, T. F.; GREENBERG, B. G. The ecology of medical care. *Bull. N. Y. Acad. Med.*, New York City, v. 73, n. 1, p. 187-212, Summer 1961.
- WILENSKY, H. L. The professionalization of everyone?. In GRUSKY, OSCAR & MILLER, GEORGE (Orgs.), *The sociology of organizations: basics studies*. New York: The Free Press, 1970.