

Transformações no mundo do trabalho em saúde: os(as) trabalhadores(as) e desafios futuros

Transformations in the world of healthcare work:
workers and future challenges

Maria Helena Machado (<http://orcid.org/0000-0002-5209-2424>)¹
Francisco Campos (<https://orcid.org/0000-0001-6175-8868>)²
Ana Estela Haddad (<https://orcid.org/0000-0002-0693-9014>)³
Pedro Miguel dos Santos Neto (<https://orcid.org/0000-0001-5665-0924>)⁴
Antônio Vieira Machado (<https://orcid.org/0000-0002-8021-7538>)⁵
Vanessa Gabrielle Diniz Santana (<https://orcid.org/0000-0002-7904-8159>)⁴
Helena da Conceição Ouana Marengue (<https://orcid.org/0000-0003-2597-8622>)⁶
Renato Penha de Oliveira Santos (<https://orcid.org/0000-0001-5206-6392>)⁷
Clara Cacilda Mauaie (<https://orcid.org/0000-0001-5312-0442>)⁶
Neysen Pinheiro Freire (<https://orcid.org/0000-0002-9038-9974>)⁸

Abstract *This article addresses the world of healthcare work, especially in the Brazilian Unified Healthcare System (SUS) in the context of the COVID-19 pandemic in Brazil. This study used data from the following surveys: “Working conditions of health professionals in the context of COVID-19 in Brazil” and “The Invisible health workers: working conditions and mental health in the context of COVID-19 in Brazil”. Data analysis proves that the pandemic highlighted existing structural problems within SUS, involving the issue of healthcare workforce (HWF) management, which can be interpreted as another reflection of the socioeconomic inequalities that already exist in the country. This article highlights: the reduced provision of permanent education, the regulation of hybrid care, precariousness, a lack of protection in the work environment, as well as fragile biosecurity leading to tragic rates of illness and death of health workers. Our study concludes by showing the importance of formulating public policies in the scope of education and work management in SUS that ensure the discussion on hybrid care as a new way of acting without losing quality, together with the need to review issues related to permanent education, protection, valuation, and reduction of inequalities pointed out among the professional contingents analyzed in this article.*

Key words *Invisible Health Workers, Health Professionals, Health Education, World of Healthcare Work, COVID-19 pandemic*

Resumo *O artigo versa sobre o mundo do trabalho da saúde, especialmente no SUS no contexto da pandemia no Brasil. O artigo utilizou dados das pesquisas “Condições de trabalho dos profissionais de saúde no contexto da COVID-19 no Brasil” e “Os trabalhadores invisíveis da saúde: condições de trabalho e saúde mental no contexto da COVID-19 no Brasil”. A análise dos dados comprova que a pandemia evidenciou problemas estruturais existentes no âmbito do Sistema Único de Saúde, envolvendo a gestão da FTS o que pode ser interpretado como mais um dos reflexos das desigualdades socioeconômicas já existentes no país. Destacam-se: a reduzida oferta de educação permanente, a regulação do cuidado híbrido, precarização, desproteção no ambiente de trabalho, frágil biossegurança levando a trágicas taxas de adoecimento e mortes de trabalhadores da saúde. Conclui mostrando a importância de formulação de políticas públicas no âmbito da gestão da educação e do trabalho no SUS que assegurem a discussão sobre cuidado híbrido como nova forma de atuar sem perder qualidade, a necessidade de se rever questões referentes a: educação permanente, proteção, valorização e redução das desigualdades apontadas entre os contingentes profissionais analisados nesse artigo.*

Palavras-chave *Trabalhadores Invisíveis da Saúde, Profissionais de Saúde, Educação em Saúde, Mundo do Trabalho em Saúde, Pandemia de COVID-19*

¹ Centro de Estudos Estratégicos (CEE), Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). R. Leopoldo Bulhões 1480, Manguinhos. 21041-210 Rio de Janeiro RJ Brasil. helenamachado06@gmail.com

² Gerência Regional de Brasília (GEREB), Fiocruz Brasília. Brasília DF Brasil.

³ Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo. São Paulo SP Brasil.

⁴ Instituto Aggeu Magalhães, Fiocruz. Recife PE Brasil.

⁵ Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais. Belo Horizonte MG Brasil.

⁶ Ministério da Saúde de Moçambique. Maputo Moçambique.

⁷ Centro de Estudos Sociais, Universidade de Coimbra. Colégio de S. Jerónimo, Apartado. Coimbra Portugal.

⁸ Conselho Federal de Enfermagem. Brasília DF Brasil.

Introdução

A pandemia de COVID-19 deixou grandes sequelas políticas, econômicas e sociais no cenário mundial, aumentando ainda mais as desigualdades sociais já existentes no mundo globalizado¹. Alguns desses impactos ocorreram sobre os serviços de saúde privados ou públicos e, principalmente, nos trabalhadores da saúde (TS), conforme foi apresentado em relatório produzido pela Fundação Qatar em colaboração com a Organização Mundial da Saúde (OMS), em outubro de 2022, na *World Innovation Summit for Health (WISH)*².

Dessa forma, o cenário pandêmico evidenciou a necessidade de retomar discussões sobre o trabalho na saúde e suas transformações para que os mais diversos países, bem como o Brasil, possam estar mais preparados para lidar com futuras pandemias².

Além disso, sintonizado com as transformações da ciência e tecnologia no mundo, o SUS, por meio da Resolução CNS nº 287/1998³, definiu 14 profissões de saúde como nucleares na composição de equipes multiprofissionais, incorporando técnicos e auxiliares especializados.

A Estimativa de 2020 apontava que o Brasil tinha uma população de 211,7 milhões de habitantes (IBGE, 2017). Para atender à essa população em todo o território nacional, o país tem um complexo e estruturado Sistema de Saúde, com 329.854 estabelecimentos de saúde, ambulatoriais e/ou hospitalares e 447.510 leitos e absorve mais de 3,5 milhões de TS de nível superior, técnico, auxiliar e de apoio⁴.

A COVID-19 no Brasil realçou o trabalho desse contingente de profissionais, técnicos, auxiliares e pessoal de apoio que enfrentou a pandemia, prestando assistência à população. Também viveu a trágica realidade de elevado número de colegas de trabalho que se contaminaram e muitos foram à óbito por COVID-19⁴.

Contudo, ao longo de três décadas o SUS sofreu as consequências do cenário político do país, bem como transformações importantes no mundo do trabalho em geral, afetando não só a conformação das equipes de saúde como as modalidades de vínculos e inserção no sistema de saúde. Esse é o foco de nosso artigo: analisar essas transformações no mundo do trabalho na saúde, especialmente no contexto da pandemia.

Método

É um texto reflexivo versando sobre as transformações do mundo do trabalho na saúde, caracterizando-o à luz dos achados empíricos das pesquisas “Condições de Trabalho dos Profissionais de Saúde no Contexto da Covid-19 no Brasil”⁵ e “Os trabalhadores invisíveis da saúde: condições de trabalho e saúde mental no contexto da Covid-19 no Brasil”⁶. Estas pesquisas fazem um diagnóstico detalhado da situação dos profissionais e dos trabalhadores da saúde no contexto da pandemia, que originam este número especial da RC&SC, através de estudos transversais, cujas populações-alvo são constituídas de Profissionais de Saúde (PS), aqueles que detêm curso superior, e Trabalhadores Invisíveis da Saúde (TIS), aqui denominados aqueles trabalhadores de nível médio e auxiliar que executam atividades relevantes no sistema de saúde contudo, são invisíveis ao processo de trabalho (Quadro 1).

As abordagens quantitativa e qualitativa, de abrangência nacional, permitiram conhecer a realidade regional através da amostragem não probabilística, utilizando o método de bola de neve e as redes sociais de atores-chave, tais como: lideranças corporativas, sindicatos e grupos profissionais envolvidos, facilitando o acesso e o alcance aos sujeitos que constituem o universo de cada pesquisa.

Dadas as restrições provocadas pelo momento pandêmico destacam-se: o instrumento de coleta de dados foi testado utilizando contatos on-line com trabalhadores de diversas categorias profissionais que atuavam no combate à COVID-19. Estes preencheram e deram suas sugestões para a melhoria do questionário, contribuindo na construção de seu formato definitivo; a pesquisa de campo também se deu exclusivamente na modalidade on-line utilizando a internet, redes sociais e contatos institucionais a partir das entidades nacionais e regionais.

A partir desse contato inicial, os próprios participantes eram estimulados a divulgar e retransmitir o questionário, por meio de link direto e link de WhatsApp, para os demais que estivessem atuando na linha de frente no combate à COVID-19.

O preenchimento do questionário on-line pelos sujeitos da pesquisa se deu de forma voluntária, respeitados os princípios da ética em pesquisa, sendo informado a eles no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), disponível logo no início do questionário e em arquivo para download, o caráter voluntário de

Quadro 1. Dados gerais das pesquisas - Brasil.

Pesquisas	
Condições de trabalho dos profissionais de saúde no contexto da Covid-19 no Brasil	Os trabalhadores invisíveis da saúde: condições de trabalho e saúde mental no contexto da Covid-19 no Brasil
Universo	
Médico; Enfermeiro; Fisioterapeuta/Terapeuta Ocupacional; Cirurgião Dentista; Biomédico; Farmacêutico/Bioquímico; Psicólogo; Assistente Social; Nutricionista; Fonoaudiólogo; Biólogo; Médico Veterinário; Administrador Hospitalar; Educador Físico; Engenheiro (segurança do trabalho, sanitaria); Graduando (medicina, enfermagem etc.). (n=15.132)	Téc./Aux. de Enfermagem; Téc./Aux. de Saúde Bucal/Prótese dentária; Téc./Aux. de Farmácia; Tecnólogo/Téc./Aux. de Radiologia; Téc. em Imobilizações Ortopédicas/Gesseiro; Téc. em Segurança do Trabalho, Téc. em Vigilância em Saúde; ACS, ACE, Visitador Sanitário e afins); Agentes Indígena de Saúde/Saneamento; Maqueiro; Conductor de ambulância; Sepultadores, Pessoal de: agências funerárias e cemitérios; cozinha hospitalar; ativ. administrativas; ativ. operacionais; limpeza e conservação; manutenção geral. (n=21.480)
Abrangência	
5 regiões, 27 Unidades da Federação e mais de 2.000 municípios	5 regiões, 27 Unidades da Federação e 2.395 municípios
Realização	
Centro de Estudos Estratégicos (CEE-Fiocruz) e Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/Fiocruz) (pesq. Profissionais de Saúde)	Centro de Estudos Estratégicos (CEE-Fiocruz) e Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/Fiocruz) (subprojeto Trabalhadores Invisíveis)
Financiamento	
Programa Fiocruz de Fomento à Inovação - Inova Fiocruz	Programa de Políticas Públicas e Modelos de Atenção e Gestão de Saúde (PMA) da Vice-Presidência de Pesquisa e Coleções Biológicas (VPPCB) da Fiocruz
Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)	
ENSP/Fiocruz - CAAE: 32351620.1.0000.524 (pesq. Profissionais de Saúde)	ENSP/Fiocruz - CAAE: 32351620.1.0000.524 (subprojeto Trabalhadores Invisíveis)
Coordenação	
Maria Helena Machado (coord. geral) Eleny Guimarães-Teixeira (coord. adjunta)	Maria Helena Machado (coord. geral) Antônio Vieira Machado (coord. adjunta) João Batista Militão (coord. adjunta)
Período de Realização	
2020/2021	2021/2022
Metodologia	
<ul style="list-style-type: none"> • Trabalho de campo inteiramente on-line; • Método de amostragem não probabilístico; • Método escolhido: bola de neve; • Coleta de dados através de questionário on-line elaborado na plataforma RedCap (<i>Research Electronic Data Capture</i>); • Tratamento dos dados via Excel e IBM SPSS Statics 21. 	

Fonte: Tabulações especiais elaboradas para esse número temático a partir das pesquisas "Condições de Trabalho dos Profissionais de Saúde no Contexto da COVID-19 no Brasil" e "Os Trabalhadores Invisíveis da Saúde: Condições de Trabalho e Saúde Mental no Contexto da COVID-19 no Brasil" - ENSP-CEE/FIOCRUZ, 2020/2022.

sua participação, sem qualquer constrangimento ao indivíduo, com as respostas anônimas, sem a possibilidade de identificação direta ou indireta. Após a apresentação das questões éticas, era necessário aos participantes confirmarem o entendimento e aceite do TCLE, antes que pudessem acessar ao questionário, propriamente dito.

Os projetos das pesquisas receberam parecer nº 4.081.914 CAAE nº 32351620.1.0000.5240.

Foram entrevistados, 15.132 PS de todas as profissões de nível superior e 21.480 TIS, compondo mais de 60 ocupações de nível técnico e auxiliar, respectivamente (Quadro 1). As duas pesquisas somaram 36.612 respondentes, permitindo ter uma abrangência nacional e regional, bem como conhecer a realidade das condições de trabalho destes contingentes estudados. Ambas as pesquisas atingiram todas as regiões, estados

da federação e o Distrito Federal, em mais de 2.200 municípios.

O controle das proporcionalidades entre as categorias profissionais do universo das pesquisas, bem como a frequência das respostas por regiões/estados foram monitoradas com boletins semanais produzidos pela equipe de informática, assegurando assim a representatividade e proporcionalidade entre categorias profissionais e regiões.

O banco de dados da pesquisa foi constituído a partir do conjunto de questionários das duas pesquisas utilizando a plataforma *Research Electronic Data Capture* (RedCap), no servidor do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (ICICT) da Fiocruz.

Com a finalização da pesquisa de campo, banco de dados foi construído e exportado. Para a análise, foram utilizadas as ferramentas disponíveis no IBM SPSS Statistics 21 para selecionar os dados gerando as tabelas ($n=15.132$ e $n=21.480$) para basear as análises aqui apresentadas, apresentando as frequências absolutas (n) e relativas (%), em formatos para Excel e SPSS. A partir dos planos tabulares, foram gerados tabelas, quadros e gráficos para serem analisados pela equipe de pesquisadores dos estudos, contidos em diversos artigos deste número especial.

O perfil profissional dos mundos de trabalho desiguais e hierarquizados

Os profissionais de saúde

A pesquisa dos PS traçou o perfil sociodemográfico desses profissionais. Os PS representam quase 2 milhões das 14 profissões reconhecidas pelo CNS, além de outras fora da área da saúde, que atuam nas equipes (Quadro 2), tendo a seguinte conformação sociodemográfica: é um *contingente homogêneo* no que refere-se à escolaridade – todos têm formação universitária e em sua maioria possuem pós-graduação na modalidade *stricto* ou *lato sensu*, o que os habilitam a atuar em áreas especializadas; *detêm autonomia técnica*, o poder de direcionalidade técnica de equipe e goza de prestígio, reconhecimento e *status*⁵; é um *contingente feminino* (77,6%); se conforma em um *contingente jovem*, 82,4% têm até 50 anos de idade e acima de 51 anos, 17,6%. Se configura em um *contingente de brancos* – 57,7% são brancos, 39,9% são pretos e pardos e apenas 0,2%, indígenas. Destaca-se que 9,2% vivem e trabalham na capital e região metropolitana. A falta de treinamento durante a pandemia é expressa por 46,2% e 17,7% buscaram se informar por conta própria.

O *ambiente de trabalho* se mostra hostil e pouco acolhedor como é retrato pelos PS quando pouco mais da metade (55,9%) deles se sentiam protegidos contra a COVID-19; 23,9% foram contaminados e da não disponibilidade de testagem de COVID-19 no local de trabalho, e 59,6% não receberam apoio institucional quando adoecidos.

Os trabalhadores invisíveis da saúde

São mais de 2 milhões de trabalhadores(as) de 60 ocupações atuando nos diversos setores da saúde, quase sempre de forma silenciosa e invisibilizada pela gestão, chefias imediatas, equipe de saúde e pela população usuária que busca atendimento e assistência (Quadro 2).

O perfil dos TIS se conforma com características que vai diferir do perfil dos PS, tendo a seguinte conformação sociodemográfica: é um *contingente heterogêneo* quanto à escolaridade – pessoas com diferentes níveis de escolaridade, chamando a atenção para os percentuais (45,7%) de nível técnico (2º grau incompleto e completo) e de nível superior (completo e incompleto – 47,7%), o que evidencia clara tendência ao aumento da escolaridade deste contingente; contudo, exercem atividades auxiliares e de apoio no processo de trabalho em saúde, cumprindo “ordens” de superiores (PS) que detêm a direcionalidade técnica do processo de trabalho, portanto, sem autonomia em sua atividade⁶. É um *contingente predominantemente feminino* (72,5%); constitui-se em um *contingente jovem* – 83,2% têm até 50 anos de idade e acima de 51 anos apenas 15,1%. É um *contingente de pretos e pardos* (59%), sendo que pouco mais de 1/3 (36,6%) é de cor branca. Registra-se 0,5% de indígenas entre os TIS (o dobro registrado entre os PS). Metade deles, trabalham na capital e região metropolitana (52,6%), contudo, estão mais presentes no interior (42,2%) que os PS. A falta de treinamento durante a pandemia é ainda mais evidente, ou seja, apenas 43% receberam algum tipo de treinamento, em contrapartida com 54,4% que não tiveram qualquer treinamento ou buscaram ajuda na internet/colégas.

O *ambiente de trabalho* se mostra ainda *hostil e pouco acolhedor* para os TIS, retratado em: mais da metade (52,9%) *não* se sentia protegida no ambiente de trabalho contra a pandemia, o que é reforçado quando 41% foram contaminados; da não disponibilidade de testagem de COVID-19 no próprio trabalho e o fato de 66,8% informarem que não receberam apoio institucional quando se contaminaram.

Quadro 2. Características gerais dos profissionais e dos trabalhadores invisíveis da saúde - Brasil. (n=15.132 e n=21.480).

Variáveis	Profissionais de saúde		Trabalhadores invisíveis
Sexo	Masculino	22,1	25,6
	Feminino	77,6	72,5
	NR	0,2	1,9
Faixa etária	Até 35 anos	38,4	32,9
	De 36-50 anos	44,0	50,3
	De 51-60 anos	13,4	13,3
	61 anos e mais	4,2	1,8
	NR	0,1	1,8
Cor ou raça	Branca	57,7	36,6
	Preta + Parda	39,9	59,0
	Amarela	2,0	2,0
	Indígena	0,2	0,5
	NR	0,2	1,9
Nível de escolaridade	Primeiro grau incompleto	0,0	1,3
	Primeiro grau completo	0,0	2,1
	Segundo grau incompleto	0,0	2,6
	Segundo grau completo	0,0	43,1
	Nível superior incompleto	0,0	17,8
	Nível superior completo	100,0	29,9
	NR	0,0	3,2
Local de trabalho	Capital e Reg. Metropolitana	59,2	52,6
	Interior	36,7	42,2
	NR	4,2	5,2
Treinamento durante a pandemia	Sim	53,8	43,0
	Por iniciativa própria	17,7	17,1
	Não	27,6	37,3
	NR	0,9	2,6
Sentimento de proteção contra a COVID-19	Sim	55,9	44,4
	Não	43,2	52,9
	NR	0,9	2,8
Contaminação por coronavírus	Sim	23,9	41,0
	Não	74,6	55,7
	NR	1,5	3,3
Apoio institucional durante a pandemia	Sim	38,3	28,9
	Não	59,6	66,8
	NR	2,1	4,3

Fonte: Tabulações especiais elaboradas para esse número temático a partir das pesquisas “Condições de Trabalho dos Profissionais de Saúde no Contexto da COVID-19 no Brasil” e “Os Trabalhadores Invisíveis da Saúde: Condições de Trabalho e Saúde Mental no Contexto da COVID-19 no Brasil” - ENSP-CEE/FIOCRUZ, 2020/2022.

Portanto, os PS e os TIS, apesar de trabalharem nos mesmos ambientes de saúde, se constituem em contingentes distintos com forte hierarquização do processo de trabalho, criando mundos desiguais, reforçando a invisibilidade social dos TIS.

Educação em saúde e a pandemia

A OMS considera como um dos temas prioritários a Força de Trabalho em Saúde (FTS). No documento “Estratégia de Recursos Humanos para o Acesso Universal à Saúde e à Cobertura Universal de Saúde”⁷, aponta-se que a disponibilidade, acessibilidade, pertinência, relevância e competências dos PS são fatores-chave para alcançar os objeti-

vos da Estratégia para o acesso universal à saúde e cobertura universal de saúde, bem como da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. Essa mesma orientação está registrada na Declaração de Kampala (2008)⁸ e na Declaração de Recife (2013, *Global Health Workforce Alliance*)⁹.

A Rede de Observatórios de Recursos Humanos em Saúde nas Américas, criada em 1999, é uma iniciativa de cooperação entre os países, com o objetivo de produzir informações e conhecimento para subsidiar a formulação, implementação de políticas públicas, bem como para o compartilhamento de experiências entre os países. No Brasil, essa iniciativa ganha grande relevância ao constituir uma Rede de Observatórios com 23 estações¹⁰.

Formação profissional e atenção à saúde mediados por tecnologias - o cuidado híbrido

A crise pandêmica pela qual passou o mundo, no Brasil, trouxe à tona necessidades ainda maiores, adicionando novos atores ao cenário, sobre os quais pouco se havia pensado no passado, despontando como exemplos claros os técnicos-administrativos, os condutores de ambulância, os maqueiros e inclusive os sepultadores.

Em uma estrutura hierarquizada como é o mundo do trabalho em saúde este esquecimento cobrou um alto preço, em um momento em que o despreparo para lidar com a emergência sanitária atingia toda equipe e os impactos das *fake news* sobre o cotidiano do trabalho faziam prosperar a pós-verdade, instauravam a decadência das verdades universais, promoviam a ascensão da dúvida e deturpavam a relação com o saber¹¹.

Estudos realizados pela Fiocruz sobre condições de trabalho e saúde mental^{5,6} demonstram um amplo, diverso e desigual contingente de PS e TIS, expondo ainda mais as desigualdades na pandemia. Em um cenário com *lockdowns* e sistema de saúde em sobrecarga máxima, tratamentos foram adiados e novos quadros crônicos surgiram, exigindo reordenamento da assistência de forma emergencial. Desta forma, a Educação e Assistência à Distância passam a ser considerados como alternativas no contexto da crise sanitária.

A pandemia teve efeitos avassaladores nos sistemas de saúde, resultou no direcionamento de todos os esforços e recursos para responder à emergência sanitária, causando um forte represamento da assistência de outros agravos. A telemedicina e a telessaúde, que já eram utilizadas no Brasil, foram incorporadas como estratégia de fortalecimento da gestão e das redes de

atenção à saúde implementadas na SGTES-MS desde 2007¹². Contudo, a regulamentação dessa modalidade de assistência no âmbito das profissões ocorreu, por exemplo, em épocas distintas: a partir da pandemia que a Lei Federal nº 13.989/2020¹³ autorizou teleconsulta médica; a Enfermagem também regulamenta a teleconsulta (Res. Cofen nº 634/2020)¹⁴.

Pesquisas de série histórica do Núcleo de Informação e Coordenação do Ponto BR (NIC.br), Centro Regional de Estudos para o Desenvolvimento da Informação (Cetic.br), vinculado ao Comitê Gestor da Internet no Brasil (CGI), mostram a ampliação do uso da telessaúde no Brasil na pandemia¹⁵. A pesquisa Painel TIC COVID-19 identificou que 77% dos usuários de internet buscaram informações relacionadas à saúde e a serviços de saúde e ¼ dos usuários utilizou serviços de telessaúde.

As mudanças emergenciais implementadas para fazer frente aos efeitos da pandemia estão resultando em transformações mais profundas e não transitórias nos modelos de ensino e de ações de saúde. O ensino e o cuidado híbridos permanecem e desafiam o setor saúde a criar formas de atuar, sem perder o foco crítico na qualidade da atenção e nas necessidades de saúde da população, conservando o princípio da saúde como um direito.

Trabalho em saúde: características do mercado de trabalho

Desde os anos 1940 denota-se no mundo a expansão do setor terciário de forma mais acentuada que o setor industrial, devido as tendências de estagnação econômica do setor industrial; absorção da FTS desempregada e o crescimento do desemprego estrutural; o crescimento e diversificação dos ramos do setor de serviços (pesquisa, *design*, etc.); a externalização de diversas atividades que suprem as necessidades do setor industrial (manutenção, administração, etc.) e a oferta de serviços que antes eram de responsabilidade estatal, em especial nos países da Europa Ocidental que adotavam políticas de Estado de Bem-Estar Social¹⁶.

Observa-se também um crescimento da oferta dos serviços de saúde com a expansão das políticas públicas e um mercado centrado nos complexos hospitalares. Após as décadas de 1970 e 1980, conforma-se um cenário de incremento tecnológico acompanhado de racionalização e especialização da FTS e diversificação de serviços fora dos ambientes hospitalares. No Brasil, esses

fenômenos também ocorreram de forma dinâmica e com uma diversidade de segmentos que vão desde serviços ambulatoriais até atividades de saneamento^{17,18}.

O Mercado de Trabalho de Saúde (MTS) é visto como um ramo sensível às inovações tecnológicas; onde a FT é essencial; uma área que exige qualificação permanente; um setor muito influenciado por políticas públicas, porém com dificuldades de regulação do MT, por conta do forte aparato corporativo das profissões, que geram tensões quanto às práticas profissionais e a institucionalização do próprio mercado¹⁹.

Portanto, pode-se afirmar que o contexto da pandemia de COVID-19 trouxe impactos sociais e econômicos no mundo e no Brasil, afetando de diferentes formas os MTS, desde as inovações tecnológicas (exames complementares, vacinas, telemedicina, etc.) até a exposição das vulnerabilidades e fragilidades das condições de trabalho na saúde⁴.

Por outro lado, refletir sobre o trabalho em saúde é tarefa complexa. É um trabalho coletivo, realizado por diferentes conhecimentos e práticas profissionais cujo produto é a assistência à saúde de pessoas²⁰. Na análise do processo de trabalho na saúde é importante observar três aspectos interdependentes: a) o trabalho na saúde inclui-se no conjunto dos demais processos de trabalhos que ocorrem em outros campos e identificam-se com ele; b) é um “serviço” destinado à indivíduos ou população em geral; c) se funda numa inter-relação pessoal intensa, exigindo participação e envolvimento mútuo, se tornando um encontro interpessoal, um cuidar da vida²¹. Em estudo mais recente, Brito²² aponta a importância de incluir nas análises as inter-relações pessoais, materializadas por um diálogo singular entre os trabalhadores coletivos e os usuários.

Outra questão relevante é a inserção das mulheres no MTS, uma vez que elas são a maioria como aponta o relatório conjunto da OIT e da OMS, publicado em 13 de julho de 2022, no qual as mulheres representam 67% da FTS nos cuidados em todo o mundo. Contudo, mostra, que elas são confrontadas com diferença salarial mais significativa do que em outros setores da economia, no qual ganham em média 24% menos do que os homens, evidenciando a desvalorização dessa FT feminina em comparação a masculina. Aponta também que os valores salariais na saúde tendem a ser, globalmente, mais baixos, se comparados a outros setores da economia; o que associa ao fato do setor saúde absorver mais mulheres que homens²³.

No Brasil, mais de 70% dessa FTS é constituída por mulheres e em particular, na enfermagem é na ordem de 85%. Em estudos realizados em Moçambique^{24,25}, evidenciam-se também a presença da mulher na saúde. Dados atualizados do Ministério da Saúde de Moçambique mostram que, dos(as) mais de 53 mil trabalhadores(as) do país, 57% são mulheres²⁶. O fato mais importante é a participação da enfermagem na redução das taxas de mortalidade materno-infantil em todo o país. Ressalta-se que a Enfermagem da Saúde Materno Infantil (ESMI), além de ser 100% feminina, ela é o segundo maior contingente do Serviço Nacional de Saúde do Sistema de Saúde²⁴⁻²⁶.

Na pandemia, a participação feminina também se destacou como constatado nos dados internacionais. São as mulheres responsáveis pela maior parte do atendimento à COVID-19 no Brasil e no mundo, de modo geral^{4,27}. A proposta de olhar para a saúde da população assegurando a integralidade e a equidade exige que a atuação dos TS se dê de forma integral e em todas as áreas de atenção, seja nas unidades de saúde, seja nos espaços comunitários²⁸.

O mundo do trabalho na saúde: profissionalismo, hierarquização e invisibilidade

Não é exagero a afirmação de Abbott²⁹ de que “as profissões dominam nosso mundo moderno, nossos corpos, medem nossos lucros e salvam nossas almas”, a que ele denomina de “mito do profissionalismo”. A saúde encarna essa premissa e pode ser considerada o setor da economia um arquétipo desse ideal, uma vez que, quase todas atividades na saúde exigem dos praticantes qualificação, conhecimento e na maioria, certificado/diploma de saúde ou afins, ou seja, o “passaporte profissional” para o exercício pleno da atividade.

Um fenômeno que aponta no mundo do trabalho da saúde é “o surgimento de inúmeros processos legais requerendo reconhecimento status de profissão”. Um exemplo recente foi a aprovação da Lei nº 14.536/2023, que regulamentou a atividade dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes de Combate às Endemias (ACE) e os reconheceu como PS³⁰. Essa ação política “reflete a ‘necessidade social’ de que os serviços de uma determinada área técnica ofereçam à sociedade produtos diferenciados, especializados e de boa qualidade”³¹.

Esses “mercados profissionalizados e especializados” existentes no mundo do trabalho moderno eclodiram das transformações advindas da revolu-

ção industrial e da estruturação e consolidação do capitalismo, que passava a exigir uma FT habilitada e competente para produzir em escala industrial produtos e serviços socialmente confiáveis.

O processo evolutivo da ciência vai refletir nas mudanças das bases cognitivas e em suas práticas profissionais. Thomas Kuhn nos diz que essas mudanças devem ser percebidas pela sociedade como progresso, uma vez que a atividade cognitiva deve ser tratada como ciência, no âmbito das comunidades científicas, por sequências de entendimentos tácitos compartilhados, como “paradigmas”³².

Profissões tradicionais, como os advogados, médicos, engenheiros têm experimentado também transformações técnico-científicas que tem exigido reordenamento político-ideológico do “ideário de servir”, evocando muito mais os interesses corporativos, atendendo às demandas econômicas e tecnológicas e se distanciando do ideário, tornando-se de certa forma, num anacronismo histórico, uma vez que desconsidera o papel ideológico do Estado, criando micro coletividades, guetos profissionais.

A pandemia descortinou o mito da “autoridade profissional”, mostrando suas limitações, exigindo o olhar interdisciplinar alicerçado na ciência moderna. O que significa dizer que a atividade técnica de qualquer profissão estabelecida e em especial, na saúde, deve se orientar por “um conjunto de atos sistemáticos contínuos que obedecem a certa lógica técnico-científica”. O negacionismo, o movimento antivacina e o questionamento do uso de EPIs e do isolamento social, mostrando que o construto do conhecimento se molda quase sempre em bases subjetivas e por caminhos abstratos e teóricos; portanto, exigindo uma revisão da ideia quanto as profissões serem entidades isoladas e autônomas e enfatizar mais para orientação ideológica que estas adotam³³.

Dessa forma, nas análises sociológicas, o foco deve se dar no mundo do trabalho e menos nas estruturas corporativas, porque o conceito de profissionalização é enganador, uma vez que negligencia os atores sociais, ou seja, como eles se movem e se adaptam ao ambiente de trabalho. A centralidade da análise deve se valer das evidências nas disputas jurisdicionais entre profissões²⁹. Entender esses sistemas permite adentrar no mundo do trabalho real, onde as profissões convivem e disputam territórios, saberes e práticas profissionais, bem como o próprio mercado de trabalho. Essa é uma lição que se deve considerar.

Por outro lado, a pandemia evidenciou que, embora trabalhando em equipes e ambientes co-

muns, a FTS se configura em mundos de trabalho distintos, separados técnica e socialmente, escancarando uma enorme desigualdade e discriminação social no âmbito do processo de trabalho. As pesquisas sobre condições de trabalho dos PS⁵ e dos TIS⁶ evidenciaram esses mundos desiguais.

De um lado, o mundo dos PS, uma FTS, exercendo com plena autonomia técnica no exercício profissional. Do outro, o mundo dos trabalhadores da saúde de nível técnico, auxiliar e de apoio com ou sem formação específica para o setor. Esse contingente, quase sempre, sem autonomia técnica de sua atividade e, quase sempre, invisíveis no processo de trabalho. Portanto, são ambientes laborais com um processo de trabalho hierarquizado, verticalizado e autoritário no qual a voz é daquele que detém a direcionalidade técnica.

Para precisar melhor o conceito de “trabalhadores invisíveis” a partir das pesquisas apresentamos graus de invisibilidade:

1) *Invisibilidade regulada*, configurada nas atividades mesmo sendo reconhecidas e regulamentadas em lei – os que a exercem – os auxiliares e técnicos de enfermagem, de radiologia, de farmácia, de laboratório e análises clínicas, de saúde bucal não têm o reconhecimento e valor devidos no ambiente de trabalho, nas equipes e nem da sociedade em geral.

2) *Invisibilidade sistêmica*, protagonizada por indivíduos exercendo atividades técnicas específicas de grande utilidade e necessidade, no âmbito do setor; entretanto, esses(as) trabalhadores(as) não dispõem de mecanismos formais e legais que os regulamentem nas atividades exercidas. O sistema não os reconhece uma vez que, apesar de “estarem na saúde”, eles “não são da saúde”. Os condutores de ambulância, os maqueiros, técnicos de imobilização ortopédica são exemplos de legiões de TIS sem cidadania profissional na saúde. Os ACS e ACE romperam essa barreira quando foram reconhecidos como PS³⁰.

3) *Invisibilidade pré-cidadania*, corporificada naqueles que prestam, diariamente, serviços altamente relevantes, de grande utilidade e visíveis para o funcionamento e manutenção dos ambientes de trabalho da saúde; contudo, paradoxalmente estão na linha da invisibilidade extrema, uma vez que são terceirizados, considerados “extraquadro” à instituição, com vínculo precário, em crescente uberização submetidos às péssimas condições de trabalho. Denominados de “pessoal” da limpeza, da cozinha, da manutenção e conservação, da vigilância, da recepção e do apoio administrativo, eles se encontram no

mundo do trabalho da saúde invisibilizados para a instituição e para as equipes.

Localizados no final da linha do processo de trabalho estão os “sepultadores” responsáveis pelo ritual de finalização do ciclo da vida, com trágica visibilidade no período pandêmico. Contudo, para esses trabalhadores quase tudo é negado: a identidade profissional, direitos sociais e trabalhistas, frágil ou quase inexistência de biossegurança, apesar de sua atividade ser insalubre. Enfim, são trabalhadores que estão submersos no mercado de trabalho.

Essas realidades desiguais no mundo do trabalho na saúde evidenciam realidades distintas, de um lado o profissionalismo e hierarquização e do outro, invisibilidade social e discriminação.

Notas finais: desafios futuros

A pandemia de COVID-19 demonstrou diversos problemas estruturais existentes sobre a regulação e formação da FTS no mundo, o que pode ser interpretado como mais um dos reflexos das desigualdades socioeconômicas existentes entre os países do Norte e do Sul global. Logo, para melhor compreensão dessas dificuldades em torno da FTS, faz-se necessário retomar a discussão da centralidade do trabalho nesse setor a fim de compreender que os trabalhadores da saúde são fundamentais na construção de quaisquer políticas públicas de saúde ou na organização e no funcionamento dos mais diversos sistemas de saúde sejam públicos ou privados. Para tal é preciso continuar interpretando como o mundo do trabalho na saúde vem sofrendo diversas transformações no contexto mundial contemporâneo globalizado e da revolução tecnológica 4.0, com a presença cada vez maior dos efeitos da precarização do trabalho e das inovações tecnológicas e dos sistemas informacionais.

É fato que o trabalho em saúde é tarefa complexa por ser destinado a indivíduos ou populações, fundamenta-se num encontro interpessoal especial do cuidar da vida. A incorporação e fortalecimento da Educação Permanente em saúde na cultura institucional é uma estratégia potente para a transformação das práticas em saúde, pois possibilita a reflexão sobre o fazer cotidiano, compartilhamento de experiências e promoção da segurança do paciente.

Uma questão geral de enorme importância refere-se a duas características definidoras da FTS: *gênero e cor/raça*. São 4,5 milhões de trabalhadores(as), atuando em todo o território

nacional, em sua maioria (77%) constituída por mulheres. Podemos afirmar que a saúde é feminina, tocada pelas mulheres. Outro definidor é raça, dividindo a FTS em dois polos raciais: os brancos (57,7% dos profissionais de saúde) e os pretos e pardos (59% dos trabalhadores invisíveis). Registra-se 0,2% de indígenas entre os PS e 0,5% (mais que o dobro do percentual) entre os TIS. São variáveis definidoras das profissões e ocupações definindo, quase sempre, *status* profissional no Mercado de Trabalho em Saúde. Os dados das pesquisas mostram a conformação de mundos distintos do ponto de vista técnico, econômico e socialmente desiguais estampados em pontos destacados ao longo do texto: no acesso ao treinamento durante a pandemia, no direito à vacina no início da vacinação da primeira dose, acesso aos EPIs e principalmente nas disparidades salariais que separam estes dois mundos, dos “visíveis” e dos “invisíveis”.

O mundo do trabalho descrito por Antunes³⁴ é possível fazer um paralelo com o setor saúde, dada a enorme semelhança das realidades: “Uberização do trabalho, distintos modos de ser da informalidade, precarização ilimitada, desemprego estrutural exacerbado, trabalhos intermitentes em proliferação, acidentes, assédios, mortes e suicídios, eis o mundo do trabalho que se expande...”. No período pré-pandemia, o cenário do mundo do trabalho da saúde guardava similitudes marcantes de precarização da FTS, enorme informalidade das relações de trabalho com claro confisco de direitos trabalhistas, adoecimento físico e mental de seus(suas) trabalhadores(as). Legiões de trabalhadores(as) da saúde invisibilizados, desamparados, com salários incapaz de manter seu sustento e de um domicílio, o trabalho para a ser um fardo pesado. A pandemia só exacerbou essa triste realidade.

Não há dúvida da necessidade de se ter políticas públicas que privilegiem as duas características marcantes da saúde: gênero e cor/raça. Políticas públicas que observem essa composição racial e promovam a igualdade de direitos e acesso à formação e ao trabalho para pretos/pardos diminuindo a discriminação e desigualdades sociais, historicamente existentes em nossa história. Destaca-se também a baixíssima participação de trabalhadores de saúde de origem indígena, mesmo tendo no país uma significativa população indígena e uma Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), que é responsável por coordenar e executar a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e ainda mais recente, a criação histórica do Ministério dos Povos Indígenas.

É preciso pensar e formular políticas de gestão do trabalho e da educação que tratem da especificidade dos trabalhadores da saúde indígena.

Torna-se imperioso que a gestão pública da saúde (do SUS), promova a discussão sobre os(as) trabalhadores(as) da saúde como “estratégia institucional” para valorização e reconhecimento de todos trazendo a inclusão social e o reconhecimento do trabalho essencial realizados por todos.

A denominação de “trabalhadores invisíveis da saúde” como criticamente nominado na pesquisa, precisa ser levado à sério como uma denúncia à situação inaceitável de invisibilidade e desprezo institucional por aqueles que exercem funções imprescindíveis na saúde. A visibilidade dos invisíveis precisa ser uma questão de discus-

são política no mundo do trabalho para eliminar a existência de dois mundos desiguais socialmente. A escuta, o debate e inclusão apontam para o caminho da superação.

Por outro lado, o cuidado híbrido em saúde é uma realidade, há uma necessidade de novas formas de atuar, sem perder o foco na qualidade da atenção e nas necessidades de saúde da população, conservando o princípio da saúde como um direito.

Diante das incertezas do pós-pandemia, resgatar as diretrizes da política nacional de gestão do trabalho e da educação na saúde é fundamental para uma abordagem integradora entre gestão do trabalho e educação na saúde, integração ensino-serviço- comunidade, além de estratégias de pesquisa e conhecimentos para a tomada de decisão.

Colaboradores

MH Machado, F Campos, AE Haddad, PM Santos Neto, AV Machado, VGD Santana, HCO Marengue, RPO Santos, CC Mauaie e NP Freire participaram da concepção e delineamento do estudo, redação e revisão do conteúdo intelectual, bem como da versão final do manuscrito.

Agradecimentos

As referidas pesquisas que originaram este artigo e outros artigos (da equipe de pesquisa), contaram com suporte financeiro do: Programa Fiocruz de Fomento à Inovação - Inova Fiocruz e Programa de Políticas Públicas e Modelos de Atenção e Gestão de Saúde (PMA) da Vice-Presidência de Pesquisa e Coleções Biológicas (VPPCB) da Fiocruz.

Um especial agradecimento à Nisia Trindade Lima, presidente da Fiocruz à época e atualmente Ministra da Saúde, que nos apoiou para realização dessas importantes pesquisas em tempos pandêmicos.

Referências

- Santos BS. *A cruel pedagogia do vírus*. Coimbra: Ed. Almedina; 2020.
- Abdul Rahim HF, Fendt-Newlin M, Al-Harabsheh ST, Campbell J. *Our duty of care: A global call to action to protect the mental health of health and care workers* [Internet]. Doha: World Innovation Summit for Health; 2022 [cited 2023 fev 28]. Available from: <https://2022.wish.org.qa/wp-content/uploads/2022/10/QFJ9259-02-Our-Duty-Of-Care-WEB.pdf>.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Conselho Nacional de Saúde (CNS). Resolução nº 287, de 8 de outubro de 1998. Relaciona 14 (quatorze) categorias profissionais de saúde de nível superior para fins de atuação no CNS: assistentes sociais, biólogos, biomédicos, profissionais de educação física, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas; fonoaudiólogos, médicos, médicos veterinários, nutricionistas, odontólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais. *Diário Oficial da União*; 1998.
- Machado MH, Santos RPO, Santos Neto PM, Santana VGD, Campos FE. *Health Workforce: Situations and challenges in Latin America, the Caribbean, and Brazil*. Oxford Research Encyclopedia of Global Public Health; 2022 [cited 2022 jul 3]. Available from: <https://oxfordre.com/publichealth/view/10.1093/acrefore/9780190632366.001.0001/acrefore-9780190632366-e-332>.
- Machado MH, coordenadora. *Condições de trabalho dos profissionais de saúde no contexto da covid-19 no Brasil*. Rio de Janeiro: ENSP/CEE-Fiocruz; 2020/2021.
- Machado MH, coordenadora. *Os trabalhadores invisíveis da saúde: condições de trabalho e saúde mental no contexto da covid-19 no Brasil*. Rio de Janeiro: ENSP/CEE-Fiocruz; 2021/2022.
- World Health Organization (WHO). *Estratégia de Recursos Humanos para o Acesso Universal à Saúde e à Cobertura Universal de Saúde* [Internet] 2017 [acessado 2022 jul 15] Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34964/CSP29-10-p.pdf?sequence=3&isAllowed=y>.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Primer Foro Mundial sobre Recursos Humanos para la Salud. *Declaración de Kampala y prioridades para la acción internacional* [Internet]. 2008 [acessado 2022 jul 15]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77831/9789243596723_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- Global Health Workforce Alliance. Third Global Forum on Human Resources for Health. *The Recife Political Declaration on Human Resources for Health: Renewed commitments towards universal health coverage*. [Internet] 2013 [cited 2022 mar 14]. Available from: https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2013/3er_fm_rh/recife_declaration_13nov.pdf.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Brasília: MS; 2009.
- Galhardi CP, Freire NP, Minayo MC, Fagundes MC. Fato ou Fake? Uma análise da desinformação frente à pandemia da COVID-19 no Brasil. *Cien Saude Colet* 2020; 25(2):4201-410.
- Haddad AE, Silva DG, Monteiro A, Guedes T, Figueiredo AM. Follow up of the legislation advancement along the implementation of the Brazilian telehealth programme. *J Int Soc Telemed eHealth* 2016; 4: e11.
- Brasil. Lei nº 13.989, de 15 de abril de 2020. Dispõe sobre o uso da telemedicina durante a crise causada pelo coronavírus (SARS-CoV-2). *Diário Oficial da União* 2020, 16 abr.
- Conselho Federal de Enfermagem (Cofen). Resolução Cofen nº 634, de 26 de março de 2020. Autoriza e normatiza, “ad referendum” do Plenário do Cofen, a teleconsulta de enfermagem como forma de combate à pandemia provocada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2), mediante consultas, esclarecimentos, encaminhamentos e orientações de uso de meios tecnológicos, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2020, 27 mar.
- Comitê Gestor da Internet no Brasil (CGI). Centro Regional de Estudos para o Desenvolvimento da Informação (Cetic.br). Núcleo de Informação e Coordenação do Ponto BR (NIC.br). *Painel TIC COVID-10* [Internet]. [acessado 2022 jul 15]. Disponível em: https://cetic.br/media/docs/publicacoes/2/20220404170927/painel_tic_covid19_4edicao_livro%20eletronico.pdf.
- Offe C. *Trabalho e Sociedade: problemas estruturais e perspectivas para o futuro da sociedade do trabalho*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 1991.
- Pires D. *Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil*. 2ª ed. São Paulo: Ed. Annablume; 2008.
- Poz MRD, Pierantoni CR, 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*. Vol. 3. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/MS/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República; 2013. p. 185-233.
- Campos FC, Machado MH, Santos RPO, Telles AO. *Profissões e Mercado de Trabalho em Saúde: perspectivas para o futuro*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2021.
- Souza SS, Costa R, Shiroma LMB, Maliska ICA, Amadigi FR, Pires DEP, Ramos FRS. Reflexões de profissionais de saúde acerca do seu processo de trabalho. *Rev Eletr Enferm* 2010; 12(3):449-455.
- Nogueira RP. As dimensões do trabalho em saúde. In: Amâncio Filho A, Moreira MCG, organizadores. *Saúde, trabalho e formação profissional*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997.
- Brito GEG. *O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família: um estudo de caso* [tese]. Recife: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fiocruz; 2016.
- World Health Organization (WHO). The gender pay gap in the health and care sector a global analysis in the time of COVID-19 [Internet] 2022 [cited 2022 jul 26]. Available from: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_850909.pdf.

24. Marengue HCO. *Estágio parcial: análise do estágio das estudantes do curso de enfermagem de saúde materno-infantil de nível médio do Instituto de Ciências de Saúde de Maputo, Moçambique* [dissertação]. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz; 2017.
25. Mauaie CC. *Análise das estratégias de ensino utilizadas no Curso de Enfermagem em Saúde Materno-Infantil: estudo de caso do Instituto de Ciências de Saúde de Maputo, Moçambique* [dissertação]. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz; 2017.
26. República de Moçambique. Ministério da Saúde. Direção Nacional de Recursos Humanos. *Relatório anual 2020*. Maputo: Ministério da Saúde; 2021.
27. Bang C, Lazarte V, Chaves FA, Casal M. Práticas de salud/salud mental y producción de cuidado durante la pandemia de Covid-19. *Saude Debate* 2022; 46(1):194-205.
28. Martins AR. Práticas dos trabalhadores de saúde na comunidade nos modelos de atenção básica do Sul e Nordeste do Brasil. *Cad Saude Publica* 2010; 26(12):2279-2295.
29. Abbott A. *The system of professions an essay on the division of expert labor*. Chicago: The Chicago Press; 1988.
30. Brasil. Lei nº 14.536, de 20 de janeiro de 2023. Altera a Lei nº 11.350, de 5.10.2006, a fim de considerar os Agentes Comunitários de Saúde e os Agentes de Combate às Endemias como profissionais de saúde, com profissões regulamentadas, para a finalidade que especifica. *Diário Oficial da União* 2023; 20 jan.
31. Machado MH, Koster I, Aguiar Filho W, Wermelinger M, Freire N, Pereira E. Mercado de trabalho e processos regulatórios – a Enfermagem no Brasil. *Cien Saude Colet* 2020; 25(1):101-112.
32. Kuhn T. *As estruturas das revoluções científicas*. 13ª ed. São Paulo: Perspectiva; 2018.
33. Machado MH. Sociologia das profissões: uma contribuição ao debate teórico. In: Machado MH, organizadora. *Profissões de saúde: uma abordagem sociológica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1995. p. 13-31.
34. Antunes R. *O privilégio da servidão: o novo proletariado de serviços na era digital*. 2ª ed. São Paulo: Boitempo; 2020.

Artigo apresentado em 20/10/2022

Aprovado em 01/06/2023

Versão final apresentada em 10/07/2023

Editores-chefes: Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva