

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS
Programa de Pós-Graduação em Direito

Marcos Vinícius Mesquita Matos

**PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO MÉDICO:
uma análise jurídica sobre causa e efeito**

Belo Horizonte
2024

Marcos Vinícius Mesquita Matos

**PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO MÉDICO:
uma análise jurídica sobre causa e efeito**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Direito da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Direito

Área de Pesquisa: Democracia, Autonomia Privada e Regulação

Linha de Pesquisa: Trabalho, Democracia e Efetividade

Orientadora: Dra. Maria Cecília Máximo Teodoro

Belo Horizonte

2024

FICHA CATALOGRÁFICA

Elaborada pela Biblioteca da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

M433p Matos, Marcos Vinícius Mesquita
Precarização do trabalho médico: uma análise jurídica sobre causa e efeito
/ Marcos Vinícius Mesquita Matos. Belo Horizonte, 2024.
105 f.: il.

Orientadora: Maria Cecília Máximo Teodoro
Dissertação (Mestrado) - Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.
Programa de Pós-Graduação em Direito

1. Médicos. 2. Condições de trabalho. 3. Precarização do trabalho - Brasil. 4. Uberização - Aspectos jurídicos. 5. Pejotização - Aspectos jurídicos. 6. Direito do trabalho. I. Teodoro, Maria Cecília Máximo. II. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Programa de Pós-Graduação em Direito. III. Título.

SIB PUC MINAS

CDU: 331.16

Ficha catalográfica elaborada por Fabiana Marques de Souza e Silva - CRB 6/2086

Marcos Vinícius Mesquita Matos

**PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO MÉDICO:
uma análise jurídica sobre causa e efeito**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Direito da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Direito

Área de Pesquisa: Democracia, Autonomia Privada e Regulação

Linha de Pesquisa: Trabalho, Democracia e Efetividade

Profa. Dra. Maria Cecília Máximo Teodoro – PUC Minas (Orientadora)

Profa. Dra. Carolina de Souza Novaes – PUC Minas (Banca Examinadora)

Prof. Dr. Cleber Lúcio de Almeida – PUC Minas (Suplente - Banca Examinadora)

Belo Horizonte, 08 de abril de 2024.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço à minha orientadora, Professora Doutora Maria Cecília Máximo Teodoro. Desde a graduação, despertou em mim o fascínio pelo Direito do Trabalho, me incentivando a trilhar este caminho. Agradeço pela paciência, pelos ensinamentos que vão além da academia e por todos os momentos que tive o prazer de poder compartilhar. Foi uma jornada árdua, mas hoje vejo como valeu a pena. Obrigado por ter acreditado em mim, me sinto muito sortudo e grato por ter você em minha vida.

Ainda na esteira dos ensinamentos, agradeço a todos os integrantes do corpo docente da Pós-graduação em Direito da PUC Minas, em especial aos doutores Vinícius Diniz Monteiro de Barros, que também ainda na graduação me auxiliou nos caminhos da pesquisa acadêmica, e Marciano Seabra de Godoi, por todos os saberes compartilhados na condição de professor e por toda a dedicação na condição de coordenador.

Agradeço aos colegas de mestrado, que se tornaram grandes amigos, em especial nas pessoas de Jéssica Santos, Mariana Cardoso e Júlia Satiro. O convívio com vocês tornou essa caminhada mais leve, divertida e enriquecedora.

Agradeço aos meus pais, Lúcio e Marília, ambos exímios professores, que com muita dedicação transformaram a vida de tantos alunos como agora a minha se transforma. Desde cedo, vocês me ensinaram a importância da humildade e da perseverança, nunca mediram esforços para que eu pudesse chegar até aqui, motivo pelo qual finalizo mais esta etapa na intenção de poder honrá-los e agradecer-los por sempre me apoiarem e me amarem incondicionalmente.

Agradeço aos meus irmãos, João Bosco e Matheus, as pessoas que melhor me conhecem no mundo, meus companheiros de vida que sempre me incentivaram em tudo. Vocês fazem com que meu dia a dia seja mais cômico, mais prazeroso e mais feliz.

Agradeço ao João Vitor por todo o companheirismo, paciência e dedicação ao longo dos anos. A inspiração deste trabalho partiu de uma das tantas discussões enriquecedoras que tivemos. Obrigado por me mostrar outros pontos de vista e por sempre me apoiar.

Agradeço aos meus grandes amigos e amigas da vida, sobretudo à Thatiana Abdo, à Mariana Rodrigues e à memória de Gabriela Vianna. O tempo mostrou que nossos caminhos se mantêm e se manterão cruzados apesar das distâncias que o dia a dia nos impõe. Ainda, com o mesmo carinho, agradeço e dedico este trabalho aos meus amigos que atuam na medicina, em especial nas pessoas de Júlia Barros, Sarah Defeo, Mariana Pena, Leonora Adami, Maria Clara Lenti, Rafael Matoso e Ana Machado. Espero que meus estudos de alguma forma possam contribuir para a profissão de vocês que tanto admiro.

Agradeço a todos os integrantes da família Mesquita e família Matos, sobretudo às minhas avós, Maria e Carlota, minha saudade diária. Sempre haverá uma parte de vocês em mim.

Agradeço às minhas cunhadas, Maria Eduarda e Isabela, futuras médicas, a quem também dedico este trabalho. Obrigado por todo carinho, amor e parceria, sou muito grato por vocês integrarem a minha família. Ainda, agradeço à minha sogra e amiga, Cristiane, por ter comemorado esta conquista do início ao fim.

Agradeço ao professor doutor Marcos Paulo da Silva Oliveira, uma grande inspiração e a quem devo tantos ensinamentos profissionais, acadêmicos e da vida.

Agradeço às minhas amigas da graduação, Rafaela Santos e Gabriela Lemos, por toda parceria, diversão e conhecimento, é um prazer poder continuar esta jornada ao lado de vocês.

Por fim, agradeço à Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, que tem sido minha segunda casa nos últimos sete felizes anos. Seria impossível listar aqui todas as pessoas que de alguma forma contribuíram nessa jornada, motivo pelo qual encerro fazendo um agradecimento geral aos encontros e desencontros dessa vida.

*O filósofo do rei, quando não tinha que fazer, ia sentar-se ao pé de mim, a ver-me passajar as peúgas dos pajens, e às vezes dava-lhe para filosofar, dizia que todo o homem é uma ilha, [...] Que é necessário sair da ilha para ver a ilha, que não nos vemos se não nos saímos de nós [...].
(Saramago, 1998, p. 10).*

RESUMO

Ao longo dos últimos anos, a medicina perpassou por diferentes cenários de precarização das condições de trabalho. Portanto, o objetivo da presente dissertação foi compreender o como e o porquê desse fenômeno. Em atenção aos rigores metodológicos, foi realizado um recorte temporal, analisando-se as alterações das condições de trabalho sofridas por esses profissionais a partir do século XX, observando-se três momentos históricos distintos: proletarização, pejetização e uberização. Ao longo dos anos, essas alterações no mercado de trabalho dos(as) médicos(as) colocaram em risco não somente a saúde dos profissionais, mas até mesmo de seus pacientes. A hipótese da pesquisa foi a de que essa precarização da área estaria se intensificando em decorrência de dois principais fatores, que se retroalimentam: a falta de autopercepção, enquanto classe trabalhadora e explorada, analisada sob a ótica de Christophe Dejours e Byung Chul-Han, além do destaque social e econômico da profissão, conceitos analisados no trabalho sob o ponto de vista sociológico trazido por Antônio Gramsci e Jonathan Crary. Em relação ao procedimento metodológico, optou-se pelo hipotético-dedutivo, explicitando-se no início de cada capítulo qual foi o marco teórico do tema principal abordado. Por meio da pesquisa, percebeu-se um processo de precarização da área durante quase um século, que parece ter sido observado pelos profissionais como algo "natural", intrínseco aos modelos modernos de trabalho.

Palavras-chave: Trabalho médico. Precarização. Proletarização. Pejetização. Uberização.

ABSTRACT

Over the past few years, the field of medicine has undergone various scenarios of work condition precarization. Thus, the aim of this dissertation was to comprehend the how and why of this phenomenon. Adhering to methodological rigor, a temporal delimitation was applied, analyzing the alterations in work conditions experienced by these professionals from the 20th century onwards, observing three distinct historical moments: proletarianization, pejotization and uberization. Throughout the years, these changes in the physicians' labor market have jeopardized not only the professionals' health but also that of their patients. The research hypothesis posited that this precarization trend in the field is intensifying due to two main factors, which mutually reinforce each other: the lack of self-perception as a working and exploited class, analyzed through the lenses of Christophe Dejours and Byung Chul-Han, and the social and economic prominence of the profession, concepts analyzed sociologically through the perspectives of Antonio Gramsci and Jonathan Crary. Concerning the methodological approach, a hypothetico-deductive method was adopted, with each chapter beginning by explicating the theoretical framework of the main theme addressed. Through the research, a process of precarization in the field spanning nearly a century was observed, seemingly perceived by professionals as something "natural," intrinsic to modern work models.

Keywords: Medical work. Precarization. Proletarianization. Pejotization. Uberization.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	19
2	ÂMAGO TEMÁTICO	21
2.1	A profissão médica	21
2.2	O prestígio do médico brasileiro	23
3	CONSUMO E SAÚDE	31
3.1	Saúde é para quem tem: quem produz, quem consome?	31
3.2	A Medicalização da Sociedade	36
3.3	Médicos, sociedade (d)e consumo	40
4	SAÚDE E TRABALHO	45
4.1	Trabalho Médico e suas peculiaridades	46
4.2	Sociedade 24/7: quanto vale o sono?	52
4.3	Erro médico: quanto vale a vida?	57
4.3.1	<i>Erro do médico</i>	58
4.3.2	<i>Erro pelo médico</i>	63
4.4	Um olhar de Dejours e Gramsci sobre a medicina	65
4.4.1	<i>Quem é médico "de verdade"?</i>	65
4.4.2	<i>A Medicina e os intelectuais tradicionais</i>	68
5	A PRECARIZAÇÃO DA CLASSE MÉDICA	71
5.1	Proletarização	71
5.2	Pejotização	75
5.3	A uberização da área médica	81
6	CONCLUSÃO	87
	REFERÊNCIAS	91

1 INTRODUÇÃO

A formação superior no Brasil é compreendida como um símbolo de *status* e de prestígio, que durante muitos anos permaneceu restrita a uma pequena parte privilegiada da população.

Em relação à medicina, essa restrição era e ainda é mais severa, tratando-se de um curso com muita procura, de modo que nas instituições públicas as vagas são bastante acirradas e, nas instituições privadas, as mensalidades são muito caras. Em que pese não seja possível definir com precisão os motivos que tornam essa profissão tão desejada pelos universitários, parte desse fato se explica pelo prestígio que a profissão médica possui, não somente no Brasil, mas principalmente nele.

O aumento descabido do número de faculdades de medicina tem sido um debate iniciado desde os anos 2000, mas que se aprofundou em 2018, durante o governo de Michel Temer, levando, inclusive, à suspensão de novos cursos por meio da Portaria nº 328 de 05 de abril de 2018. Diante desse cenário, o presente trabalho se propôs, inicialmente, a analisar os porquês de a profissão médica ser tão prestigiada. Para tanto, por meio do Capítulo 2, foi realizada uma contextualização histórica sobre a formação dos(as) médicos(as) brasileiros(as), perpassando desde o período colonial brasileiro até as dimensões atuais da profissão.

Seguidamente, no Capítulo 3, buscou-se explorar os efeitos que a medicina exerce sobre a própria sociedade, perquirindo sobre a mercantilização da saúde, por compreender-se que, embora na teoria possa ser compreendida como um direito, na prática, mostra-se como mais um item de consumo, passível, inclusive, de se tornar um item de distinção entre classes sociais.

Já no Capítulo 4, foram abordadas as peculiaridades do trabalho médico, analisando os prejuízos que podem ser sofridos não somente pelos(as) médicos(as), mas também pelos seus pacientes diante do aumento do número de acadêmicos(as) da área. A pesquisa irá analisar se a tendência é que haja uma maior concorrência profissional e, conseqüentemente, uma redução das remunerações e uma precarização das condições de trabalho. Nesse ponto, por compreender-se as limitações do Direito, foram feitas quatro análises distintas sob o ponto de vista sociológico-trabalhista, utilizando-se os estudos de Byung-Chul Han (2015), Jonathan Crary (2014), Christophe Dejours (1992) e Antonio Gramsci (1982).

No Capítulo 5, aborda-se inicialmente o fenômeno da precarização do trabalho médico, que se iniciou ainda nos anos 1960. Assim, buscando um enfoque detalhado a partir de uma perspectiva do Direito do Trabalho, realizou-se um recorte de três momentos sobre essa precarização, sendo eles: proletarização, pejotização e uberização.

A metodologia utilizada foi a de revisão bibliográfica, destacando-se em cada item o marco teórico dos principais temas explorados. Pelo fato de a precarização tratar-se de um fenômeno estrutural, não específico da área médica, não foi possível desenvolver-se respostas ou saídas por meio do presente trabalho, motivo pelo qual dedicou-se a descrever detalhadamente o processo de precarização enfrentado, posto que, por vezes, ele é tido, indevidamente, como algo "natural" e até mesmo como uma consequência daquilo que se propaga como moderno ou evoluído. Em outros casos, ele sequer é percebido pelos profissionais. Por essa razão, compreende-se que é necessário, primeiramente, que os(as) médicos(as) percebam a involução das suas condições de trabalho, para que, posteriormente, possam se organizar na busca por melhorias. Tal pensamento, inclusive, é o que inspirou a epígrafe do presente trabalho, que cita o ensinamento de José Saramago acerca da necessidade de ter de sair da ilha de si para, enfim, percebê-la.

2 ÂMAGO TEMÁTICO

2.1 A profissão médica

A história da humanidade apresenta uma evolução - não necessariamente positiva, mas sim transformadora, adaptativa -, acerca das concepções entre saúde e doença, bem como das práticas assistenciais, da divisão do trabalho, dos processos de formação profissional e da produção de conhecimentos científicos. As atividades de assistência aos enfermos é um trabalho que existe desde as primeiras civilizações, sendo desenvolvida inicialmente por indivíduos específicos que detinham conhecimentos especiais e, conseqüentemente, o reconhecimento do grupo para que pudessem realizá-las (Pires, 2000).

Durante a Idade Média, o trabalho em saúde passou a ser desenvolvido por múltiplos agentes, que deveriam atuar de acordo com o seu “ramo” específico. Dessa maneira, as capacidades para realização das atividades se dividiam entre os boticários, os físicos, os cirurgiões, dentre outros, mas sempre identificando tais exercícios como um trabalho *artesanal*, isto é, desenvolvido por um indivíduo que detinha o controle sobre o seu próprio processo laboral. Assim, era ele quem dominava o conhecimento necessário para a produção, que possuía, enquanto proprietário, os instrumentos para o labor, tendo plena autonomia para controlar não somente o preço do seu produto, mas principalmente o ritmo de sua produção (Pires, 2000).

A transição para a Idade Moderna, sobretudo em decorrência do desenvolvimento do capitalismo, implicou, dentre diversos outros fatores, a alteração do trabalho artesanal para o trabalho *profissional* (Pires, 2000). Contudo, para compreender tal mudança, primando pela metodologia científica, primeiramente é necessário pontuar o conceito de “profissão” adotado pelo presente trabalho. Por essa razão, serão utilizados os estudos de André de Faria Pereira Neto (1995), que reuniu os conhecimentos de três sociólogos sobre as profissões: Wilensky (1970), Moore (1970) e Goode (1969).

De acordo com Pereira Neto (1995), as profissões são constituídas por conhecimentos profissionais, que podem ser considerados como algo complexo,

sistematizado e institucionalizado, que embora tenha utilidade reconhecida pelo grupo social, a sua aplicação deve ser realizada por poucos.

Para Wilensky (1970), a base do conhecimento profissional é a soma entre o conhecimento prático e o conhecimento intelectual, sendo que este último se divide entre explícito (livros e demonstrações) e implícito. De acordo com o autor, o conhecimento profissional se caracteriza como algo relativamente tácito, o que confere às profissões uma “áurea de mistério”. Dessa maneira, somente aqueles que se submetem ao longo e rígido treinamento, seguindo um currículo padronizado, podem ser considerados aptos a desempenhar determinada atividade profissional.

Já para Goode (1969), o conhecimento profissional, além de abstrato, deve poder ser organizado num corpo codificado de princípios, de tal modo que possa ser criado, transmitido e organizado pela própria profissão. Por outro lado, para o autor, a figura do profissional se caracteriza como aquele que estuda muito mais do que utiliza seus conhecimentos na prática, de modo que compartilha e comunica somente uma parte do seu saber. Isto é, o sobretreinamento se constitui como uma espécie de garantia da sua capacidade de solucionar facilmente algum problema da área em que atua. Assim, o prestígio social de cada profissão está intimamente ligado ao grau de formação que se espera do profissional.

Segundo Moore (1970), o conhecimento profissional é dinâmico, ou seja, quando desenvolve-se um novo conhecimento, abre-se oportunidade para a criação de uma nova profissão. A título de exemplo, o autor cita os saberes sobre o ato de parir. Até a metade do século XX, as mulheres grávidas contavam com o trabalho das parteiras, contudo, ao decorrer dos anos, a partir de pesquisas e descobrimento de novos conhecimentos, ainda que paulatinamente, o parto tornou-se objeto de estudo e, conseqüentemente, um produto de mercado médico. Assim, quando passou a ser configurada como uma área do saber complexa, sistematizada e institucionalizada, pôde ser elitizada, convencendo a sua clientela de que não bastava a presença de uma parteira para realizar o parto, e nem mesmo de um médico generalista, mas sim de um médico especializado em ginecologia e obstetrícia (Pereira Neto, 1995).

Ainda sob o ponto de vista de Moore (1970), o que irá diferenciar uma “ocupação” de uma “profissão” é a necessidade que a atividade adquire para ser utilizada como resolução de algum problema criado pela clientela. Contudo, tal necessidade não se consolida de forma abstrata, sendo dever do profissional

desenvolver estratégias que a justifiquem perante os seus clientes. Dessa maneira, a sociedade deve acreditar que somente o profissional possui aptidão para resolver os seus problemas. De acordo com o autor, ainda que o profissional não os solucione, é necessário que o público *continue* acreditando na sua exclusiva capacidade. Assim, a “profissão detém o monopólio sobre determinada atividade porque persuade a sociedade a crer que ninguém mais, salvo o profissional, pode fazer este trabalho com sucesso” (Pereira Neto, 1995).

Portanto, Pereira Neto (1995) conclui que a profissão pode ser compreendida como um tipo específico de ocupação, que exige um conhecimento sistematizado, codificado e aprendido por meio de um processo específico, guiado por um currículo padrão. Dessa maneira, diante de tais requisitos, o profissional se diferenciaria por possuir conhecimentos inacessíveis ao “cidadão comum”, fazendo com que a sociedade legitime os altos investimentos nos treinamentos e na capacitação profissional.

Em que pese aqui se reconheça a existência das demais profissões, tão importantes quanto qualquer outra, que não exigem os requisitos tão formais determinados por Pereira Neto - sobretudo considerando-se uma realidade social como a do Brasil, na qual quase 40% da população trabalha de maneira informal (Amorim, 2023) -, pelo fato de o objeto de análise ser especificamente a profissão *médica*, a definição do referido autor aparenta ser adequada e refletir a realidade desta pequena e privilegiada classe profissional.

2.2 O prestígio do médico brasileiro

No presente tópico, será abordada a centralidade da profissão médica no processo assistencial de saúde, perpassando pelas características históricas deste setor e pela hierarquização dessa profissão em relação às demais da área da saúde. Por fim, será analisado como esses fatores contribuíram para que os médicos e as médicas adquirissem uma posição de destaque na sociedade brasileira.

Entre o final do século XIX e o início do século XX, o modelo hegemônico de prática médica brasileira era compreendido como um tratamento global, por vezes associando as condutas clínicas às condutas morais dos pacientes (Luz, 1982). Nesse momento, a relação entre os(as) profissionais da medicina e os seus pacientes era individualizada, não sendo intermediada por nenhum terceiro para fins

de estipulação do tempo, de forma ou de valor da consulta realizada pelo profissional. Desse modo, as principais qualidades de um(a) médico (a) eram a habilidade e a sensibilidade, enquanto que o objeto de atuação do profissional era o corpo humano enquanto uma unidade indivisível. Contudo, diante do desenvolvimento científico e tecnológico no início do século XX, o processo de trabalho médico foi alterado em relação ao seu conhecimento e ao seu mercado (Donnangelo, 1975).

O novo século trouxe duas grandes modificações para a prática médica: o início da especialização e o fim da individualidade da relação médico-paciente. Em relação à primeira delas, se deu diante do estudo e do tratamento dividido do corpo do paciente, que antes era tratado como uma unidade indivisível. Foi o desenvolvimento científico que viabilizou essa especialização do conhecimento médico a partir de determinada área do corpo ou de tratamento específico para uma doença, da mesma maneira que foi a introdução da tecnologia que permitiu, por exemplo, a produção de diagnósticos de enfermidades de forma mais célere e assertiva (Bonelli, 2002).

Já a segunda grande mudança decorreu da inserção das instituições públicas e filantrópicas entre o(a) médico(a) e seu paciente, que passaram a assumir um papel de referência técnica científica para a sociedade (Bonelli, 2002). Essas alterações na *prática* médica consequentemente refletiriam na *teoria*, de modo que a partir do século XX ocorreu o chamado *Episódio Flexner*, que foi um marco de afirmação da nova tendência de formação médica, inspirada num modelo estadunidense. Dessa maneira, o inovador modelo orientava que a formação adotasse (i) a definição dos padrões de admissão dos cursos; (ii) a ampliação dos anos de formação; (iii) a utilização de laboratórios no ensino; (iv) o estímulo ao regime de docência integral; (v) a adoção do estudo clínico nos hospitais; (vi) a vinculação das escolas médicas às universidades; (vii) a priorização da pesquisa biológica de forma a apoiar a base empírica da prática médica; (viii) a estimulação às especializações; (ix) a promoção da união entre ensino e pesquisa; e, por fim, (x) o estímulo do controle de exercício profissional pela própria corporação médica (Santos, 1995).

Diante de todas as modificações, a partir do século XX, para o exercício da atividade médica passou a ser necessário um grande capital voltado para o novo ensino, além do manuseio de máquinas e equipamentos, fazendo com que os

atributos de subjetividade e sensibilidade do(a) profissional fossem preteridos em face de uma condição de especialista e diagnosticador(a) (Donnangelo, 1975).

A partir desse novo cenário, para alguns médicos (as), o processo de especialização e de introdução da tecnologia seriam responsáveis por elevar o *status* da profissão, enquanto que, para outros(as), a despersonalização da relação médico-paciente acarretaria a diminuição de autonomia da profissão e desenvolveria uma dependência em relação ao novo aparato tecnológico. Fato é que, paulatinamente, o mercado de trabalho médico foi se tornando mais complexo, dando espaço à introdução de relações assalariadas, de modo que aquele que balizava a relação com o paciente de maneira individualizada e liberal "via seu espaço de prestígio e poder, no mercado de trabalho, ser ameaçado pelo médico funcionário público, trabalhando em um hospital" (Pereira Neto, 1995, p. 604). Nesse sentido, os hospitais deixaram de ser um local destinado aos pobres, "imprestáveis" e incuráveis, que aguardavam pela morte, para tornar-se o espaço da ciência, da racionalidade, da capitalização e da recuperação da vida (Pereira Neto, 1995).

As alterações do início do século XX dividiram as opiniões médicas entre dois grupos: os que acreditavam que o mercado de trabalho poderia passar por uma restrição e os que acreditavam que poderia passar por uma ampliação. Para os médicos do primeiro grupo, o assalariamento representaria uma ameaça à profissão, uma vez que (i) a liberdade profissional seria comprometida pela impossibilidade de poderem estabelecer qual seria o valor das consultas, e (ii) os estabelecimentos públicos de assistência médica seriam agentes de captação de potenciais clientes com poder aquisitivo suficiente para serem atendidos num consultório particular. Já para os médicos do segundo grupo, a introdução do Estado na prestação de assistência médica ampliaria o mercado, uma vez que (i) os pacientes ali atendidos não se confundiriam com a clientela do sistema liberal, e (ii) representaria a possibilidade de uma renda fixa para os médicos (Pereira Neto, 1995).

Assim, na intenção de atender aos interesses da classe médica, foi adotada uma terceira via, que buscava manter o atendimento liberal médico mesmo diante da popularização do atendimento em massa. Para tanto, o governo seria responsável por remunerar os médicos de maneira satisfatória e por normatizar os atendimentos, de forma a garantir que apenas os pacientes de classes mais baixas tivessem acesso às instituições de saúde. Isto porque, dessa maneira, além de manter-se garantida a clientela com maior poder aquisitivo, o médico permaneceria na sua

posição social de profissional bem remunerado (Ribeiro, 1964). Nessa visão, o sistema hospitalar gratuito era aceito, contanto que o consumidor das classes mais altas fosse garantido ao médico liberal. Dessa maneira, “a assistência médica não deveria ser um direito de todos; ela variaria de acordo com o poder aquisitivo de cada cidadão” (Pereira Neto, 1995, p. 607).

Ainda que atualmente a figura de médico(a) *liberal* seja controvertida, considerando-se, por exemplo, o fenômeno da “pejotização” (tratado no Capítulo 5.2 do presente trabalho), os interesses da classe parecem ter sido atendidos. Isto porque o Sistema Único de Saúde é utilizado majoritariamente pelas classes mais baixas, resguardando aos planos de saúde privados a clientela mais rica. Conforme a Pesquisa Nacional de Saúde publicada em 2020 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, menos de 30% da população brasileira possui plano privado de saúde. Em relação à população com rendimento mensal de até $\frac{1}{4}$ de salário mínimo, apenas 2,2% tem plano de saúde médico, enquanto que na faixa de mais de cinco salários mínimos, 86,8% possui plano (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2020).

Para além da referida garantia quanto à clientela, a classe médica também buscou centralizar as principais decisões quanto aos pacientes, estabelecendo-se no topo da hierarquia entre os profissionais da saúde (Pires, 2000). A fim de se comprovar tal alegação, cita-se os anais do Congresso Nacional dos Práticos, que foi um evento realizado em 1922, na cidade do Rio de Janeiro, reunindo as principais questões do mercado de trabalho médico da época. De acordo com Pereira Neto (1995), a documentação referente ao evento informa que os médicos lutavam por um domínio do conhecimento, ao menos, em duas frentes. A primeira delas seria em face do charlatanismo, que possui as suas bases ainda no período colonial brasileiro. Isto porque enquanto a natureza e as riquezas da América, como o açúcar, tabaco e ouro, eram tidas como elementos paradisíacos pelo imaginário europeu, a sua população, composta por índios, negros e colonos pobres recebeu conotações infernais (Edler, 2010).

Colonos “heréticos” e “feiticeiros”; índios “imundos” e “incestuosos”, de feições e hábitos “animalescos”, “canibais”, “polígamos”, “pagãos” e “preguiçosos”; negros “boçais”, “ladinos” e “pagãos”, deviam, todos, se enquadrar numa ordem política autoritária, na qual a escravidão impunha-se não apenas como solução econômica, mas também como uma pedagogia destinada a moldar os indivíduos e adaptá-los à ordem social defendida pelas elites metropolitanas (Edler, 2010).

O projeto metropolitano da época impunha uma atuação da Igreja Católica como uma espécie de “medicina da alma”, recaindo aos padres e demais integrantes das ordens religiosas “limpar” e “expiar” os elementos nocivos e diabólicos da população. Por outro lado, os clínicos, cirurgiões e boticários deveriam utilizar as suas habilidades para curar o sofrimento do corpo e melhorar as condições de salubridade da região, sempre denunciando as práticas curativas populares como demoníacas. Contudo, nos primeiros anos de colonização, ainda que estivessem amparados pela legislação portuguesa, os agentes da medicina da metrópole não detinham suas prerrogativas profissionais protegidas por autoridades locais. Nesse momento, a terapêutica popular dos índios, mestiços e africanos dominava a prática curativa, de modo que ao lado dos enfermos, reuniam-se amigos, parentes e curiosos que não sentiam qualquer pudor em criticar os médicos da época, inclusive, sentiam-se à vontade para sugerir outros tipos de tratamento. Assim, diversas eram as suposições acerca da origem das doenças, perpassando até mesmo pelas vontades divinas, feitiços e espíritos malignos (Edler, 2010).

Foi somente a partir da metade do século XVIII que os(as) médicos(as) no Brasil passaram a ganhar prestígio e a ocupar uma posição social privilegiada. A partir de um movimento apoiado pelo governo, a medicina oficial se ocupava em esvaziar o sentido dos conhecimentos terapêuticos populares, submetendo-os à reinterpretação feita à luz do “saber erudito”, isto é, do conhecimento científico e acadêmico. Dessa maneira, a perseguição aos curandeiros recrudesceu, destacando-se o Código Penal de 1890 que sancionou a perseguição aos terapeutas populares por meio da criminalização das práticas de espiritismo, de magia, de uso de talismãs e das cartomancias que buscassem de alguma forma curar as moléstias compreendida como curáveis ou incuráveis (Edler, 2010).

Nesse cenário, instalou-se uma busca pelo combate ao “charlatanismo”, que ao mesmo tempo em que desqualificava a atuação daqueles que realizavam práticas terapêuticas populares, também descredibilizava os pacientes que dela faziam uso. Isso porque compreendia-se que o sucesso do charlatão se dava em decorrência da ingenuidade da população “inculta” (Pereira Neto, 1995). Dessa maneira, o mesmo processo que criminalizava o charlatanismo, profissionalizava a medicina, de tal modo que o fato de ser atendido por um médico, e não por um

terapeuta popular, passava a se tornar um diferenciador social, distinguindo-se, na visão da época, os ignorantes dos cultos.

A segunda frente de luta dos médicos no Congresso dos Práticos também remonta a cenários coloniais brasileiros, uma vez que a intenção era de determinar a área de atuação dos demais profissionais da área da saúde, estabelecendo-se uma hierarquia na qual o médico estivesse no topo. De acordo com Edler (2010), tal intenção já era percebida desde meados dos anos 1700, de modo que os cirurgiões e barbeiros tinham a sua atuação delimitada, reservando exclusivamente ao médico a “tarefa de diagnosticar, prescrever e acompanhar o tratamento do doente, de acordo com o aprendizado doutrinal, feito a partir dos textos canônicos escritos em latim” (Edler, 2010, p. 42). Na época do referido evento, isto é, no início do século XX, a busca pela exclusividade do domínio e da atuação médica se deu, sobretudo, em relação a três profissões: farmacêuticos, parteiras e enfermeiras¹ (Bonelli, 2002).

Em relação ao farmacêutico, a principal intenção era de mantê-lo na condição de *colaborador* do médico, e jamais de concorrente. Ele não poderia, por exemplo, gerir mais de uma farmácia, prestar consultas, preparar receitas de médicos que não possuísem diploma registrado e nem mesmo substituir alguma das drogas das prescrições. Essa delimitação de atividades do farmacêutico servia também para distinguir os profissionais da medicina entre si, isto é, entre os mais abastados e os menos abastados. Isto porque durante a década de 1920 era comum que os médicos com menor poder aquisitivo, por impossibilidade de melhores opções, estabelecessem seus consultórios acoplados às farmácias (Pereira Neto, 1995).

No que tange à parteira, a proposta era no sentido de rebaixá-la a uma categoria de mera coadjuvante, assistente, estabelecendo-se que sua formação não fosse realizada dentro de uma faculdade ou através de um curso completo, mas somente por meio de uma participação momentânea durante as aulas de obstetrícia. Já em relação à enfermeira, havia um reconhecimento um pouco maior, pois em que pese a exigência de ser subordinada ao médico, ela era tida como imprescindível para a prestação de assistência (Pereira Neto, 1995).

Desde 1986, por meio da Lei 7.498, o exercício da Enfermagem foi regulamentado no Brasil, integrando as profissões de enfermeiro, técnico de

¹ O gênero feminino utilizado para descrever as profissões de enfermeira e parteira foi adotado por Pereira Neto (1995) em sua pesquisa. No presente trabalho, optou-se por manter tal posicionamento em decorrência da expressividade das mulheres na prestação de serviços na saúde, tanto na área da enfermagem quanto na área médica.

enfermagem, auxiliar de enfermagem e parteira (Brasil, 1986). Destaca-se que a própria lei especifica os gêneros ao citá-las, aparentando estabelecer quase que uma exigência do sexo feminino para a realização das atividades relacionadas ao parto. Sobre o tema, de acordo com o Perfil da Enfermagem no Brasil realizado pela Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz em 2015, a enfermagem era composta em 80% de técnicos e auxiliares e apenas 20% de enfermeiros, sendo que, do total de profissionais, quase 85% eram mulheres (Fundação Oswaldo Cruz, 2015). Já em relação à profissão médica, até 1960, mais de 87% eram homens, tendo o processo de feminização se iniciado somente em 2009 (Scheffer; Cassenote, 2013). Portanto, especificamente sobre os profissionais da enfermagem, pontua-se que para além de uma relação hierárquica estabelecida em decorrência do domínio de atuação, a relação com os médicos também parece perpassar por características machistas, prevalecendo-se o estudo e a atuação do homem médico em face da atividade de cuidado majoritariamente desempenhada por mulheres da enfermagem.

O domínio do conhecimento e das áreas de atuação médica parecem ter propiciado o prestígio que essa profissão detém no Brasil. Consequentemente, a exclusividade e o poder conferido à cientificidade do médico possivelmente contribuíram para uma valorização não somente social, como também econômica, podendo ser esta situação compreendida como uma retroalimentação desse prestígio, conforme aprofundado no item 4.3.1 do presente trabalho, que analisa a evolução das contraprestações financeiras percebidas pelos médicos no Brasil.

3 CONSUMO E SAÚDE

3.1 Saúde é para quem tem: quem produz, quem consome?

Até os anos 1960, a saúde não era percebida como uma área interessante para os grandes investidores, especialmente para o Banco Mundial. Ao contrário das demais áreas sociais, como educação e meio ambiente, a saúde exigia intervenções práticas, diretas e imediatas (Rizzotto, 2000). Contudo, entre o final dos anos 1970 e início dos anos 1980, a economia mundial apontou para o início de uma crise financeira em larga escala. Esse novo quadro se deu, sobretudo, em decorrência de dois fatores principais: a crise do ordenamento financeiro, motivada pelo rompimento unilateral dos acordos de Bretton Woods pelos Estados Unidos da América, e a crise do petróleo, que acarretou um grande aumento dos preços dessa matéria prima em decorrência da sua concentração pelos integrantes da Organização dos Países Exportadores de Petróleo - OPEP. Como resposta à instauração desse cenário de crise, foi formulado e implementado um conjunto de atuações pelo capital com três frentes amplas: (i) a propagação da ideologia neoliberal, (ii) a reestruturação produtiva e (iii) a financeirização de novos setores (Ribeiro, 2010).

Paralelamente, com o incremento cada vez maior da tecnologia, propiciada, principalmente, pela 2ª Guerra Mundial, a área da saúde mostrou-se como uma grande potência, se tornando altamente atrativa para sofrer um movimento de capitalização e industrialização. Durante o final do século XX, os gastos mundiais com a saúde já atingiam cerca de US\$ 1,7 trilhão, isto é, 8% do produto total mundial da época, simbolizando 4% do PIB nos países subdesenvolvidos e 12 % do PIB nos países desenvolvidos (Rizzotto, 2000). Entretanto, a saúde, enquanto mercadoria, possuía algumas peculiaridades, uma vez que se relaciona diretamente com as condições de vida e trabalho da população. Dessa maneira, ela pode incorporar ou repelir as determinações da estrutura social, adaptando-se às política econômicas de cada país. A título de exemplo, cita-se os Estados Unidos da América, que optaram por um regulação privada no que tange à prestação dos serviços de saúde, além disso, buscaram desonerar o setor privado em relação à busca por alternativas para o financiamento da assistência da população pobre e idosa a partir de dois grandes programas sociais: o MEDICARE e o MEDICAID (Ribeiro, 2010).

Embora seja possível analisar esse movimento acerca da saúde como uma maneira de viabilizar a sua ampla e irrestrita disponibilização enquanto um bem humanitário, a análise do caso empírico dos Estados Unidos demonstra um resultado distinto. Isto porque até o final do século XX, era o país que mais gastava com saúde no mundo, tendo um gasto superior a quatro vezes ao do Reino Unido, mas não atingia a liderança das melhores condições de saúde entre as nações mais desenvolvidas. A opção pela regulação privada não levou à equidade e nem à maior eficiência no consumo de recursos de saúde, mas sim a um aumento exorbitante dos gastos (Andreazzi; Tura, 1999). Já no Brasil, desde a década de 80 o mercado de saúde se alterava em decorrência do desenvolvimento de uma relação com a indústria farmacêutica, uma vez que intensificava-se o aumento do consumo de medicamentos, impactando na forma de atuação e resolução das consultas médicas (Cordeiro, 1980). Nesse sentido, desenvolvia-se um *complexo produtivo de saúde*, que se caracterizou como uma "tendência à formação de conglomerados financeiros e de internacionalização, inserido no contexto de capital monopolista" (Ribeiro, 2010, p. 73).

A partir dessa reorganização da área da saúde, bem como com o seu processo de capitalização, observou-se que o aumento de sua produtividade acarretava uma exploração maior do trabalhador, ainda que possivelmente velada. Essa lógica, contudo, há muito já havia sido diagnosticada por Marx, uma vez que:

A desvalorização relativa da força de trabalho, decorrente da desvalorização ou redução dos custos de aprendizagem, redundava para o capital em acréscimo imediato de mais valia, pois tudo o que reduz o tempo de trabalho necessário para reproduzir a força de trabalho aumenta o domínio do trabalho excedente (Marx, 1996, p. 402).

Por outro lado, o movimento de capitalização da saúde, que permitiu um investimento maior na área, foi um dos pilares para o aumento da expectativa de vida. Especificamente no Brasil, aliadas à melhoria do padrão de vida, aos melhores níveis de nutrição e de vigilância sanitária, as tecnologias médicas e a ampliação dos sistemas de saúde influenciaram na queda dos níveis mortalidade e no aumento da expectativa de vida (Lima, 2011). A partir desse novo cenário, com o aumento da população idosa, o capital passou a expandir seus efeitos para os trabalhos de cuidado. Isto é, diante da entrada das mulheres no mercado formal de trabalho e do número menor de filhos entre as famílias, a mão de obra destinada ao

cuidado com os indivíduos mais velhos tornou-se mais escassa, criando campo para o desenvolvimento da chamada Economia da Longevidade. O referido termo, do inglês *Silver Economy*, foi criado ainda na década de 1960 como uma expressão da área do marketing japonês, designada à ampliação do mercado consumidor das pessoas com mais de 60 anos de idade. Contudo, o conceito passou a ser adotado de forma ampla, utilizado em escala global, a partir dos anos 2000, abarcando não somente segmentos do mercado assistencial, como a indústria da saúde, mas sim produtos e serviços em geral destinados à população já em fase de envelhecimento (Heinze; Naegele, 2009).

Dessa forma, embora seja possível perceber importantes avanços na saúde a partir de sua capitalização - por exemplo, em relação à longevidade da população em geral -, essa área não possui condições de solucionar as contradições inerentes ao seu modo de produção capitalista, isto é, não é capaz de evitar o efeito paradoxal que pode tanto viabilizar a criação de soluções para os quadros de saúde e doença, como intensificar outros tipos de enfermidades (Ribeiro, 2010).

A título elucidativo, parece possível confirmar-se tal afirmação analisando as consequências trazidas pela pandemia da COVID-19 (*Corona Virus Disease*), especificamente no Brasil, a partir do ano de 2020. De acordo com um estudo realizado pela *Our World in Data*, vinculada à Universidade de Oxford, a tecnologia - em grande parte motivada pela competição oriunda do capitalismo -, viabilizou a criação da vacina contra a Sars-CoV-2 num tempo recorde de 10 meses (Gallagher, 2020)². Por outro lado, as desigualdades sociais, enfrentadas sobretudo pelos países subdesenvolvidos, foram fatores mais determinantes para o índice de mortes do que as comorbidades e a faixa etária de uma população. No mesmo sentido, segundo uma pesquisa realizada pelo Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS), publicada em abril de 2021 na revista "*The Lancet - Global Health*", nos

² Embora não seja o foco da discussão, é importante realizar uma ponderação mais detalhada sobre essa informação, sobretudo em decorrência das invenções e distorções sobre questões de saúde e da doença durante os períodos mais trágicos da pandemia. Ainda que a vacina contra a COVID-19 tenha sido desenvolvida no intervalo de 10 meses, os estudos que viabilizaram essa conquista já acumulavam mais de 20 anos de pesquisa quando a doença se transformou numa pandemia. Nos últimos 20 anos, por duas vezes a família do coronavírus já havia tentado se modificar de modo a sair do corpo de animais para o ataque de corpos humanos, com a epidemia de Sars em 2002 e com a de Mers em 2012. Para melhor compreensão sobre o tema, acessar a entrevista concedida pela pesquisadora Sarah Gilbert, idealizadora da vacina de Oxford, à BBC News, disponível em <https://www.bbc.com/portuguese/internacional-55049893>.

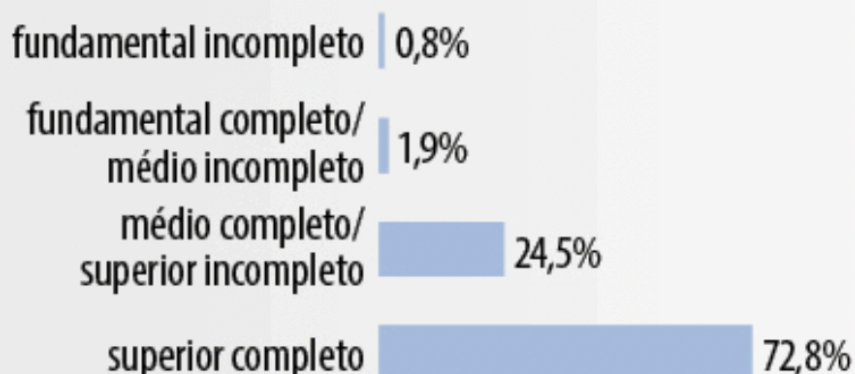
primeiros meses de pandemia acreditava-se que a faixa etária determinaria um perfil claro de risco. Entretanto, com o passar dos meses, em relação ao espalhamento da doença, constatou-se um padrão de risco vinculado a locais determinados não pelo avanço da estrutura etária, mas sim pelas condições socialmente mais vulneráveis, independentemente da presença de pessoas mais idosas ou mais jovens (Sampaio, 2021).

No mesmo sentido, a Pnad-COVID, realizada pelo IBGE, e a Nota Técnica nº 11, emitida pelo Núcleo de Operações e Inteligência em Saúde, confirmaram que as desigualdades sociais impactavam diretamente na exposição da população ao vírus e, conseqüentemente, ao maior risco de vida (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2020; Núcleo de Operações e Inteligência em Saúde, 2020 *apud* Oliveira, 2020b). Por exemplo, da totalidade de brasileiros trabalhando em regime remoto durante a pandemia, isto é, com acesso à internet para realização das suas atividades laborais de casa, evitando o contato e possível contaminação pela COVID-19, apenas 0,8% correspondia aos indivíduos com o ensino fundamental incompleto. Em contrapartida, 97,3% possuía, no mínimo, ensino médio completo e/ou ensino superior incompleto. De acordo com a pesquisa, o nível mais baixo de escolaridade leva à percepção de renda mais baixa e, conseqüentemente, maior dificuldade e menor qualidade aos serviços de saúde. Dessa maneira, enquanto 71% da população com escolaridade sem ensino fundamental morreu em decorrência da COVID-19, apenas 23% da população com ensino superior sofreu o mesmo desfecho. Portanto, a condição social interferia diretamente na probabilidade de contaminação por COVID-19, conforme os gráficos abaixo cujos dados foram obtidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE):

Figura 1 - Pessoas em trabalho remoto por escolaridade

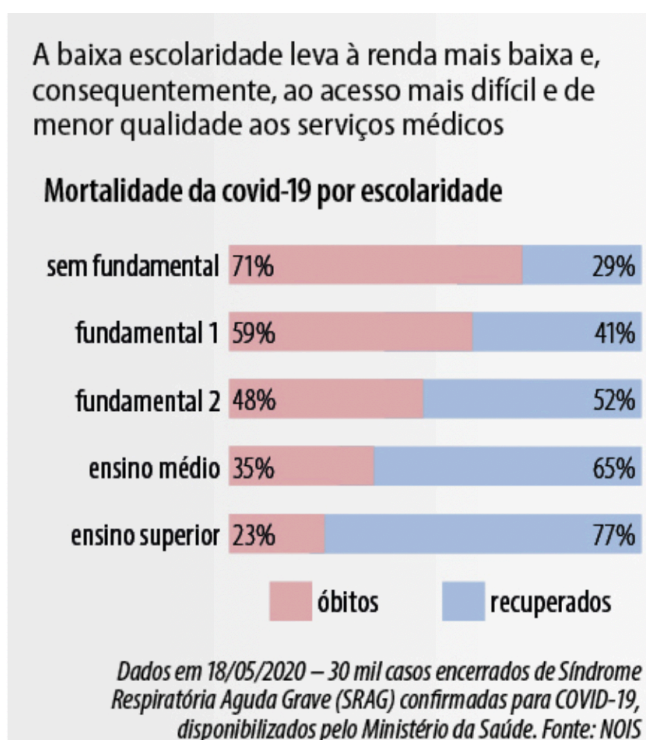
Habilidades restritas em informática e menor acesso a equipamentos e a sinal de internet limitam o acesso ao trabalho a distância

Pessoas em trabalho remoto por escolaridade



Fonte: Oliveira (2020b)

Figura 2 - Mortalidade da Covid-19 por escolaridade



Fonte: Oliveira (2020b).

A mesma pesquisa ainda informou que a precariedade de saneamento urbano e a necessidade de uso de transporte público foram fatores relevantes, também capazes de aumentar a possibilidade de contaminação da doença.

Por fim, um estudo realizado pelo Fundo Monetário Internacional (FMI) apontou resultados similares, afirmando que os detentores de melhores condições financeiras poderiam reduzir o risco de serem infectados pela COVID-19, uma vez que possuíam a possibilidade de optar por trabalhar menos e limitar o tempo que passavam nas ruas. De acordo com as simulações feitas pelo modelo da pesquisa, enquanto aproximadamente 10% das famílias ricas chegariam a ser infectadas pelo vírus, em relação às famílias mais pobres a probabilidade passava dos 50%. Já em relação ao desfecho morte, a probabilidade de membros das famílias pobres falecerem em decorrência do vírus seria quatro vezes maior do que de membros de famílias ricas. O estudo concluiu, portanto, que, em termos de saúde, a maior parte dos custos foi sustentada pela camada mais pobre da população (Dizioli; Andrie; Bluedorn, 2020).

Após a análise dos dados supramencionados, parece possível inferir que a capitalização da área da saúde permitiu que avanços tecnológicos não somente aumentassem a expectativa de vida dos seres humanos, como também viabilizasse a salvação da humanidade diante de uma pandemia. Por outro lado, não foi capaz de se desvencilhar das consequências ocasionadas pelo embate entre capital *versus* trabalho. Essa relação entre saúde e processo capitalista, numa visão marxista, não se limita ao mero processo industrial, mas o potencializa diante da precariedade das condições de saúde do trabalhador (Ribeiro, 2010).

3.2 A Medicalização da Sociedade

No tópico anterior, abordou-se os efeitos da capitalização da área da saúde, apresentando as condições que levaram o mercado a se interessar pela área. A partir de agora, passará a ser analisado de que forma a sociedade absorveu essa alteração, passando a compreender a saúde como um novo item de consumo, sobretudo no que tange ao processo de medicalização social.

Inicialmente, atentando-se à metodologia adotada para o desenvolvimento do presente trabalho, pontua-se que o conceito de "medicalização" não é um consenso entre os pesquisadores da área. Contudo, o referido termo pode ser caracterizado a

partir de três correntes teóricas. A primeira delas - compreendida neste trabalho como bastante radical - foi desenvolvida por Ivan Illich (1975), que a descreve como uma ameaça causada à saúde por meio da institucionalização da medicina.

Para melhor entendimento da obra de Ivan Illich, faz-se necessária a revisão dos seus pontos principais, incluindo os conceitos de iatrogênese - iatros (médico) e genesis (origem). Uma doença iatrogênica é aquela que não existia antes do tratamento médico aplicado, ou seja, é provocada pela ação da medicina. O autor divide a iatrogênese em categorias: 1. Clínica, causada pelos cuidados de saúde (o ato médico e sua técnica); 2. Social, que retrata a medicalização da vida e seu efeito social; 3. Cultural/Estrutural, que abrange o uso ilimitado da medicina e a perda do potencial cultural das pessoas para lidar de forma autônoma com a doença, a dor e a morte. Em conjunto, os três níveis de iatrogênese comprometem a autonomia dos indivíduos, que se tornam dependentes do saber de especialistas para o cuidado de sua saúde (Tabet *et al*, 2017).

Dessa maneira, para o autor, a medicalização corresponde à iatrogênese social, isto é, uma desarmonia entre o indivíduo e o meio físico/social em que está inserido, que age sem e contra ele, levando-o à perda de sua autonomia. Por meio de um controle médico sobre os mais diversos aspectos da vida, retira-se a capacidade individual de cada membro da sociedade acerca da progressividade do trabalho, lazer, alimentação e repouso (Illich, 1975 *apud* Tabet *et al*, 2017).

Illich (1975) afirma que cada sociedade possui seus agentes mandatários para reconhecer e enquadrar determinados comportamentos, perfis e, conseqüentemente, sujeitos, como anormalidades. Segundo o autor, esses agentes podem ser pertencentes à ordem jurídica, religiosa, militar ou médica, exercendo um controle social ao catalogar as anormalidades para transformar aqueles que são uma ameaça ao sistema em um sustentáculo à sua manutenção. Dessa maneira, o conceito de anormalidade pode variar de uma cultura para outra. Por exemplo, uma mesma condição pode ser enquadrada como doença, crime, manifestação de santidade ou até pecado, a depender da civilização que está a interpretando. Conseqüentemente, a atitude a ser tomada diante da referida condição também pode variar, fazendo com que aquele que a detém possa ser executado, exilado, abandonado, encarcerado, hospitalizado ou também glorificado e respeitado. Isto é, pode ser que um ladrão seja obrigado a "vestir determinadas roupas, fazer penitência, como pode-se lhe cortar os dedos e submetê-lo a um tratamento mágico ou técnico numa prisão ou numa instituição para cleptomaníacos" (Illich, 1975, p. 57).

Para melhor compreensão, cita-se o exemplo prático do enquadramento da homossexualidade ao redor do mundo no ano de 2023. Enquanto no Brasil a homofobia é reconhecida como crime de injúria racial, na Arábia Saudita, Brunei, Iêmen, Irã, Mauritânia e Nigéria a homossexualidade é qualificada como crime passível de pena capital, ou seja, pena de morte (Rosas, 2023). Dessa forma, na visão e conceito de Illich, possivelmente a homossexualidade seria considerada uma anormalidade, uma vez que a sua condição e as atitudes a ela relativas variam bruscamente a depender do contexto social em que ela está inserida.

Já a segunda corrente, desenvolvida por Peter Conrad, compreende que o conceito de medicalização significa "definir um comportamento como um problema médico e licenciar à profissão médica a oferta de algum tipo de tratamento para tal comportamento" (Conrad, 1975, p.12). Para o autor, o termo refere-se a um processo irregular, variável, dependente do seu alvo e do grupo social em que está inserido. Justamente por isso, determinados comportamentos poderiam ser mais medicalizados do que outros, propiciando a compreensão de que alguns grupos específicos estariam mais propensos a serem enquadrados como "problemáticos", passíveis de serem corrigidos por meio da intervenção médica, como no caso de mulheres e crianças. Dessa maneira, as diferenças sociais e de gênero seriam agentes capazes de intensificar o processo de medicalização, que ao longo dos anos foi sustentado, também, pela indústria farmacêutica, pela mídia e até mesmo pelas produções científicas. Segundo Conrad (1975), a irregularidade desse processo pode, inclusive, "desmedicalizar" algum comportamento ou indivíduo, como foi no caso da retirada da homossexualidade do *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders* (DSM) (Zorzanelli; Ortega; Bezerra Júnior, 2014).

Por fim, a terceira corrente foi iniciada por Michel Foucault, sobretudo porque a medicalização foi um tema central no desenvolvimento de seus estudos acerca da Biopolítica. Para o autor, esse conceito foi consolidado a partir de quatro fenômenos principais: (i) a pedagogização do sexo das crianças, (ii) a histerização das mulheres, (iii) a socialização das condutas sexuais, e (iv) a psiquiatrização das perversões (Foucault, 1987).

Em relação ao primeiro fenômeno, destaca-se que a sua consolidação veio a ocorrer somente no século XVIII, embora tenha se iniciado, ainda, nas reformas religiosas e morais dos séculos XVI e XVII, com o novo olhar sobre o corpo humano que foi moldado na sociedade. A partir dessa nova visão, o corpo tornou-se um

objeto de vergonha e de pudor, necessitando de ser não somente coberto, mas moralizado, educado e vigiado (Moruzzi, 2019). Dessa maneira, de acordo com Foucault, iniciou-se uma forma de poder específica sobre o corpo, denominada por ele de disciplina, que seria a "anatomia política do detalhe" (Foucault, 1987, p. 120).

Já o segundo fenômeno, a histerização das mulheres, Foucault afirma que ele se deu a partir de uma necessidade histórica, qual seja, a relevância que se dava à população como uma forma de analisar o índice de riqueza e de mão de obra. Dessa maneira, tornou-se necessário preservar a vida e a educação, adquirindo um caráter prioritário para os filhos das famílias burguesas emergentes do século XVIII. Diante desse cenário, à mulher foram delegadas as responsabilidades pelo cuidado e saúde da família, sendo a responsável por manter sólida a instituição familiar e a salvação da sociedade (Foucault, 2014). Desse modo, "no momento em que o sexo se tornou alvo central de um poder que se organiza em torno da gestão da vida, as mulheres se tornaram o principal alvo do controle sexual exercido pela sociedade" (Silva, 2022, p. 236). Além disso, o corpo da mulher torna-se um novo objeto médico, de modo que a identidade feminina assume o posto de frágil, delicado e passivo. A partir dessa relação entre mulher e medicina, o corpo feminino adquire uma posição de destaque, tornando-se uma figura de apoio às normas médicas nos lares familiares, reforçando as máximas de higienização e disciplina, sendo a responsável não somente por cuidar, mas também por ensinar (León, 2010).

Sendo assim, aquelas mulheres que fugiam à norma de valor que lhes foi imposta, isto é, que não atuavam como "mães-devotas", eram tidas como nervosas. Nos próprios termos de Foucault, eram mulheres que "sofriam de vapores", constituindo-se como uma espécie de patologia sob o ponto de vista social e, principalmente, médico, caracterizando o processo de histerização das mulheres, na visão foucaultiana (Nogueira, 2016).

Para compreender-se o terceiro fenômeno citado, a socialização das condutas sexuais, é preciso analisar dois conceitos cunhados por Foucault: o dispositivo da sexualidade e a *scientia sexualis*. O dispositivo da sexualidade trata-se de um conjunto de práticas, instituições e conhecimentos que, a partir do século XVIII, transformou a sexualidade numa dimensão fundamental e íntima de um indivíduo. Já a *scientia sexualis*, refere-se a um conjunto de regras criadas para disciplinar o ato sexual e o prazer, amparada pela biologia da reprodução humana e pela medicina do sexo. Dessa maneira, ao se atrelar a cientificidade e a obtenção da verdade a

partir da confissão católica, desenvolve-se um controle acerca da sexualidade, delimitando-a sobre aquilo que pode ser falado, pensado e feito. Por meio desse controle, são criadas predefinições sobre quais os papéis sociais deveriam ser desempenhados pelos homens e quais deveriam ser pelas mulheres, dando início a uma política do corpo (León, 2010).

Por fim, o quarto e último fenômeno, a psiquiatrização das perversões, se dá justamente a partir dessa normatização imposta aos corpos e comportamentos. Isto porque é a *scientia sexualis* que irá propor a existência de uma "periferia da sexualidade, numa família de perversões: o homossexual, o pedófilo, o masoquista, o necrófilo, o masturbador, o tarado" (León, 2010, p. 58).

Para fins do presente trabalho, optou-se em utilizar o conceito de medicalização nos termos de Conrad, uma vez que o objeto dessa pesquisa não é analisar detidamente as formas de poder sobre os corpos, como propõe Foucault, tampouco a concretização do imperialismo pela medicina, como propõe Illich. O objetivo do trabalho, neste capítulo, é de compreender como a saúde e, consequentemente, os profissionais da medicina ganharam destaque social a partir do século XIX, o que pode ser percebido não somente pelo fenômeno da medicalização, mas como também pelo da desmedicalização trazida por Conrad, possibilitando uma análise de casos concretos sobre a (re) criação de diagnósticos médicos.

3.3 Médicos, sociedade (d)e consumo

Para os três grandes pensadores descritos no item anterior 3.2, um fato reconhecido em comum é o de que a medicalização da sociedade impactou a forma como a medicina passou a ser aplicada. Consequentemente, modificou-se a função social do(a) médico(a) enquanto profissional, de modo que, ao garantir-lhe uma competência específica e exclusiva, bem como ao atribuir-lhe a tarefa de definir e controlar comportamentos, lhe foi concedido um novo território e um novo modo de exercício de sua atividade (Polack, 1971).

Na obra "Saúde e Sociedade", de Maria Cecília Donnangelo e Luiz Pereira, os autores afirmam que essas alterações acerca da prática médica, atrelada ao desenvolvimento de recursos tecnológicos e de capital - destacados no item 3.1 deste trabalho - levaram a uma transformação na prestação de serviços em dois

aspectos: (i) a superação da clínica médica como o meio básico de trabalho e (ii) a paulatina absorção pela medicina artesanal acerca das novas modalidades de organização e produção. Dessa forma, com o aprimoramento e inserção da tecnologia na área da saúde, houve um movimento de concentração financeira compatível somente com as unidades amplas de produção, promovendo a separação entre o(a) trabalhador(a) médico(a) e os seus meios de trabalho, e inserindo o setor da saúde numa lógica capitalista de produção (Donnangelo; Pereira, 1979).

Dentre as especificidades da prática médica, destaca-se que o fato de que, enquanto uma atividade passível de ser consumida, o seu objeto de atuação equivale a designar, concomitantemente, ao seu produto, isto é, ao corpo do seu paciente (Donnangelo; Pereira, 1979). Num exemplo prático, quando o(a) médico(a) atende um enfermo, ele(a) necessariamente precisa analisar o corpo do paciente, motivo pelo qual trata-se do seu objeto. Contudo, quando realiza o procedimento de cura, seja por qual via for, o produto do seu trabalho se concretiza, também, na melhora do corpo de seu paciente. Dessa maneira, há um entrelaçamento entre os momentos de produção e de consumo.

A partir do momento em que a saúde torna-se um produto, ela passa a ser inserida na lógica de aquisição da Sociedade de Consumo. Na concepção de Baudrillard (1995), essa sociedade, compreendida como pós-moderna, seria marcada por um desejo de consumir não aquilo que o indivíduo necessita, mas sim aquilo que o diferencia. Dessa maneira, ao adquirir determinados bens e serviços, o consumidor não o faz pela sua funcionalidade, mas sim pelo posicionamento social que passará a dispor após consumi-los.

Na Sociedade de Consumo, o valor de troca marxista é substituído pelo valor simbólico, de modo que o que impulsiona a aquisição de um bem ou produto são os signos de consumo que ele possui. Nessa nova lógica, o fomento ao consumo é mais importante do que a produção da mercadoria, justamente porque adquire-se não pelo uso, mas sim pelo significado de *poder* adquirir (Baudrillard, 1995). Enquanto antigamente o consumo era uma consequência da produção de mercadorias, hoje é necessário que se produza os próprios consumidores e a própria demanda, tornando o processo produtivo muito mais custoso para o capital (Baudrillard, 1995).

Nesse contexto, a saúde e, conseqüentemente, o serviço médico tornaram-se mercadorias, passíveis de serem consumidas a fim de aproximar ou afastar um indivíduo em relação a determinado grupo. De acordo com Donnangelo e Pereira (1979), a prática médica está submetida à sociedade de classes desde cenários bem mais remotos do que o século XX, uma vez que na própria medicina antiga a prática era diferenciada de acordo com a origem social do paciente. Contudo, de acordo com os autores, o que se altera é o grau de especificidade que essa diferenciação desenvolve a partir da medicalização da sociedade, acarretando dois movimentos distintos, mas paralelos e complementares. Primeiramente, houve uma seleção de quais os grupos sociais seriam - ou não - incorporados ao cuidado médico, de acordo com o significado que detivessem perante o domínio econômico e político. Em seguida, as instituições médicas sofreram uma diferenciação de acordo com os tipos de ações e tipos de clientela que visariam tratar, que em grande parte pôde ser concretizada a partir da nova dicotomia entre serviços de saúde públicos e privados.

Para além das análises acerca do desenvolvimento da medicalização, Donnangelo e Pereira (1979) se propuseram a analisar de que maneira a medicina foi utilizada como forma de viabilizar a reprodução social e, conseqüentemente, a reprodução da força de trabalho e das relações de produção. Por meio da medicina, buscou-se a manutenção do processo de acumulação capitalista, posto que, como demonstrado anteriormente, o corpo humano, ao mesmo tempo em que é o objeto do ato médico, é um dos componentes fundamentais do capitalismo.

Dado porém, que esse objeto só se define no conjunto das relações sociais, ao exercer-se sobre o corpo, definindo os limites de sua capacidade física e normatizando as formas de sua utilização, a medicina não apenas cria e recria condições materiais necessárias à produção econômica mas participa ainda da determinação do valor histórico da força de trabalho e situa-se, portanto, para além de seus objetivos tecnicamente definidos. Essa aplicação da medicina ao corpo, enquanto agente socialmente determinado da produção econômica, fundamenta, entre outras, uma perspectiva de análise que apreende a participação da prática médica no processo de acumulação através de sua mediata articulação com a estrutura econômica, em particular com o momento da produção (Donnangelo; Pereira, 1979, p. 34).

Em síntese, na visão dos pesquisadores, o papel da medicina é acentuado no processo de produção da mais-valia, especificamente no que tange ao aumento da produtividade do trabalho. Dessa maneira, ao melhorar-se as condições de saúde do

trabalhador, conquista-se um novo máximo de produção em menor tempo e, consequentemente, um menor preço relativo a um novo mínimo de custo.

No mesmo sentido, Polack (1971) afirma que o ato médico, no que tange à força de trabalho, eleva o seu nível ou, ao menos, contribui para a manutenção do processo produtivo. Contudo, pondera que a medicina não visa o domínio essencialmente da organização econômica, mas sim a definição específica e permanente sobre o nível de produtividade que se pode esperar - e, portanto, cobrar - de um trabalhador. Dessa maneira, tem-se que o sistema de cuidados possui sob o seu controle a parte humana da atividade de produção, isto é, o trabalho. A esse, portanto, passa a ser atribuído um valor de norma biológica.

Já para Dreitzel (1971), numa sociedade capitalista, a saúde é definida, sob um ponto de vista institucional, como a capacidade que um indivíduo possui de produzir o excedente que é apropriado pelo capital, na figura dos donos dos meios de produção. Segundo o autor, a partir dessa análise é possível compreender-se porque nos Estados Unidos da América dificilmente são proporcionados serviços de saúde de boa qualidade para os mais pobres e para os mais velhos, sendo esta uma consequência do fato de não venderem a sua força no mercado de trabalho (Dreitzel, 1971).

Sobre o tema, pontua-se brevemente que nos estudos do médico e sociólogo Christophe Dejours - que serão tratados de forma mais aprofundada no Capítulo 4 deste presente trabalho -, chega-se à conclusão de que a velhice é compreendida socialmente como uma doença e que, enquanto tal, motiva o idoso (ou qualquer pessoa que esteja doente) a se sentir envergonhado, pois numa sociedade capitalista, a maior ofensa que alguém pode cometer é não trabalhar. Para o autor, doença e trabalho são um par indissolúvel, mas que o sentimento de vergonha "não visa a doença enquanto tal, mas a doença enquanto impedimento ao trabalho" (Dejours, 1992, p. 34).

Ainda na visão de Dritzal (1971) acerca da incorporação do trabalho médico, inclusive, no interior do processo produtivo, em que pese muitas indústrias tenham empregado médicos próprios, tal ação não é meramente altruísta. A verdadeira finalidade para tal seria manter a força de trabalho em boas condições físicas, impedindo que os "*malingerers*" decidissem adoecer. O referido termo deriva do verbo em inglês "*malinger*", que significa fingir, sendo utilizado especificamente para designar aqueles trabalhadores que fingiriam estar doentes para não terem que

trabalhar (Donnangelo; Pereira, 1979). Para Dritz (1971), contudo, essa atitude representaria a última defesa do proletariado contra o estresse e a alienação do trabalho industrial.

Por fim, destaca-se que a medicina se articula não somente no momento imediato da sua produção no e do corpo humano, mas também na definição de padrões de consumo. Isto porque a introdução de novas tecnologias na área da saúde modifica internamente o processo de trabalho, de modo que os médicos e as médicas passam a utilizar novos instrumentos de trabalho no atendimento dos pacientes. Dessa maneira, os novos elementos materiais que foram incorporados ao processo terapêutico - que vão desde produtos farmacêuticos até maquinários industriais -, embora sejam produzidos de forma externa e dissociada da medicina, na prática são consumidas através dela (Donnangelo; Pereira, 1979). Portanto, ainda que seja reconhecido o fato de que as instituições de saúde podem atenuar ou até mesmo extinguir enfermidades, isso não exclui a sua incorporação pelas leis do mercado.

Na visão de Polack (1971), a saúde transformou-se em produtos de consumo individual, em medicamentos e em jornadas de repouso, sendo devidamente metrificados e capazes de gerar novos lucros para uma gama de ramos empresariais, como as indústrias farmacêuticas, de aparelhos médicos e de mobiliário hospitalar. Assim, a medicina torna-se um meio para preterir os bens coletivos de prevenção em favor do consumo de "objetos de saúde", tais como pastas dentífricas milagrosas e vitaminas salvadoras.

A medicina, portanto, não somente garante a manutenção do processo produtivo, como também passa a determinar quais são os padrões de consumo, internamente e externamente ao seu processo de trabalho, enfatizando a relação entre a cura e o ato de consumo.

4 SAÚDE E TRABALHO

Conforme apresentado no item anterior, a medicina foi uma das principais áreas alteradas pela capitalização da saúde. A capacidade de definir padrões de consumo dentro e fora dos consultórios, bem como o poder de manutenção sobre o processo produtivo capitalista fizeram com que os(as) médicos (as) atingissem um patamar de destaque dentre as demais profissões da área da saúde. Dessa maneira, o presente item buscará compreender de que forma tais alterações impactaram o mercado de trabalho desses profissionais, isto é, como os processos de capitalização da saúde e de medicalização da sociedade implicaram numa espécie de remanejo das condições laborais médicas.

A partir da nova lógica mercadológica da saúde, a mão de obra médica, enquanto classe profissional da área com melhores salários e maiores prestígios sociais, foi alvo de intensa modificação. Isto porque, de acordo com Pires (2000, p. 255), "o médico é o elemento central do processo assistencial em saúde a nível institucional", uma vez que, embora os demais profissionais da saúde possuam sua autonomia e igual importância para manutenção do sistema, eles devem se subordinar às decisões médicas.

Conforme visto no Capítulo 2 deste trabalho, vale ressaltar que essa visão da saúde concentrada na figura médica decorre de um esforço da própria classe, uma vez que ao delimitar e restringir o conhecimento da parteira, da enfermeira e do farmacêutico, os(as) profissionais da medicina garantiram o seu lugar de destaque no mercado de prestígio e de poder, dominando um campo de conhecimento maior do que o dos seus concorrentes (Pereira Neto, 1995).

Diante do fato de ocuparem esse local de destaque, os médicos e as médicas carregam uma grande responsabilidade em relação aos seus pacientes. Os níveis de atenção e rapidez necessários para a tomada de decisões importantes exige que o profissional esteja descansado o suficiente. A Lei 3.999 de 15 de dezembro de 1961, que trata sobre o salário mínimo dos médicos, dentre outras disposições, possui três dispositivos distintos para garantir essa condição (Brasil, 1961).

Todos eles se encontram no artigo 8º da referida lei, sendo que o primeiro consta na alínea "a" do *caput*, estipulando o prazo máximo de 4 horas para a jornada de trabalho dos médicos, salvo acordo escrito. Já o segundo é previsto no parágrafo primeiro, determinado que "para cada noventa minutos de trabalho gozará o médico

de um repouso de dez minutos" (Brasil, 1961). Por fim, o terceiro se encontra no parágrafo segundo, vedando aos médicos que contratarem com mais de um empregador o labor superior a seis horas de trabalho diárias.

Nas exposições de motivos e justificativas do Projeto de Lei 217/59 da Câmara dos Deputados, que deu origem posteriormente à referida Lei 3.999/61, não foram encontradas menções específicas no que tange ao intervalo e carga máxima de trabalho. Na verdade, as discussões e análises do trâmite legislativo discorriam sobre a fixação ou não do salário mínimo dos médicos, bem como de seus auxiliares. Contudo, por meio dessas normas, parece possível afirmar que o legislador reconheceu a responsabilidade que é depositada sobre os médicos e as médicas, ocupando-se de resguardá-los no que diz respeito à garantia do descanso diário. Dessa maneira, no item 4.1 abaixo, serão analisadas as condições do trabalho médico a fim de confirmar se tais preocupações legais com o descanso do profissional se justificam.

4.1 Trabalho Médico e suas peculiaridades

Para iniciar-se a análise sobre as condições de trabalho dos médicos e das médicas, por rigor metodológico, convém demonstrar quais foram os conceitos e as circunstâncias adotadas. Laurell e Noriega (1989), que dedicaram seus estudos sobre as condições de trabalho e saúde, definiram o conceito de “desgaste” como a perda da capacidade, seja ela efetiva e/ou potencial, tanto biológica quanto psíquica de um trabalhador. No mesmo sentido, Seligmann-Silva (1994) acrescenta a ideia de que durante o trabalho alienado, há uma utilização deformada e deformante das potencialidades psíquicas e do próprio corpo humano do indivíduo. Assim, segundo o autor, essa deformação trata-se de uma transformação negativa, uma vez que o sujeito passa a ser associado ao maquinário e demais elementos físicos do trabalho, submetendo-o a um processo de reificação na esteira de produção capitalista. A alienação trata-se, portanto, deste processo no qual a subjetividade do trabalhador é expropriada pelo seu empregador (Machado, 1997). Sendo assim, para fins de compreensão da presente pesquisa, o termo “desgaste” será adotado nos termos acima definidos.

De acordo com Marisa Palácios (1993), em que pese os(as) médicos(as) convivam diariamente com a morte e o sofrimento de pacientes, o desgaste mental

que sofrem não decorre exclusivamente deste fato, mas também de uma rede de processos interligados pela prática do trabalho. De acordo com a autora, existem quatro categorias capazes de analisar de que modo a organização do trabalho hospitalar pode gerar sofrimento psíquico aos(às) médicos(as) (Palácios, 1993). A primeira delas é a Carência de Poder, que refere-se à perda do controle sobre as ferramentas e os métodos de trabalho, incluindo o ritmo, os movimentos e as habilidades utilizadas pelo trabalhador. A segunda é a Falta de Significação do Trabalho, que é originada pela divisão do trabalho, e acarreta a ausência de responsabilidade concreta do(a) médico(a) sobre o seu labor. A terceira categoria refere-se ao Isolamento Social, que trata sobre o sentimento de não pertencimento que o(a) profissional possui em relação à sua comunidade de trabalho. Já a quarta categoria é o Auto-estranhamento, que descreve a ausência de envolvimento do (a) médico(a) com o seu próprio trabalho. De acordo com a autora, a quarta categoria, ainda que indiretamente, se relaciona com as três primeiras, de modo que

[...] quanto maior o controle do trabalhador sobre o processo de trabalho imediato, quanto maiores a significação do trabalho e a integração do trabalhador, maior será a chance de que o trabalho seja a expressão pessoal desse trabalhador (Palácios, 1993 *apud* Machado, 1997).

De acordo com Machado (1997), ainda haveria uma quinta categoria responsável pelo sofrimento psíquicos dos(as) médicos(as): o Cerceamento de Autonomia, que trata sobre a experiência profissional sofrida quando o ambiente de trabalho é extremamente burocrático, impedindo que os(as) próprios(as) profissionais definam os procedimentos técnicos e administrativos.

No mesmo sentido, de acordo com Pereira Neto (1995), nas organizações hospitalares complexas e burocráticas, que são regidas por rotinas determinadas de trabalho, a autonomia profissional dos(as) médicos(as) pode ser seriamente comprometida. Para o autor, somente se consolida a autonomia do(a) profissional quando ele(a) próprio(a) é capaz de decidir as necessidades do seu paciente (Pereira Neto, 1995).

Diante das cinco categorias apresentadas, pontua-se as alterações judiciais e legislativas acerca do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, de elaboração da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), por tratar-se de um documento com impactos relevantes no que tange ao trabalho dos profissionais da medicina.

Em síntese, o referido Rol visa estabelecer qual é a cobertura assistencial obrigatória a ser prestada pelos planos privados de saúde, atendendo às exigências definidas pelo artigo 4º, inciso III, da Lei 9.961, de 20 de janeiro de 2004, que criou a ANS (Brasil, 2004). A primeira versão do Rol foi instituída pela ANS ainda em 1998, passando por diversas alterações até a resolução vigente de nº 465, datada desde o ano de 2021 (Brasil, 2021).

Desde sua introdução, em 1998, até 2019, o entendimento consolidado, inclusive pelo próprio Superior Tribunal de Justiça (STJ), era o de que o Rol possuía natureza exemplificativa, isto é, não limitava os procedimentos, mas sim instituída a cobertura mínima a ser ofertada pelos planos, tratando-se de uma diretriz (Meira; Bussinguer, 2023). Dessa forma, compreendia-se que o plano de saúde poderia definir quais doenças seriam cobertas, mas não especificar quais as modalidades de tratamento estariam ou não disponíveis para alcançar-se a respectiva cura (Brasil, 2007). Para análise do presente trabalho, destaca-se um trecho do voto proferido pelo Ministro Carlos Alberto Menezes de Direito, nos autos do Recurso Especial nº 668.216/SP, que defendia a natureza exemplificativa:

Não me parece razoável que se exclua determinada opção terapêutica se a doença está agasalhada no contrato. Isso quer dizer que se o plano está destinado a cobrir despesas relativas ao tratamento, o que o contrato pode dispor é sobre as patologias cobertas, não sobre o tipo de tratamento para cada patologia alcançada pelo contrato. Na verdade, se não fosse assim, **estar-se-ia autorizando que a empresa se substituísse aos médicos na escolha da terapia adequada de acordo com o plano de cobertura do paciente**. E isso, pelo menos na minha avaliação, é incongruente com o sistema de assistência à saúde, porquanto **quem é senhor do tratamento é o especialista, ou seja, o médico que não pode ser impedido de escolher a alternativa que melhor convém à cura do paciente** (Brasil, 2007, p. 6, grifo nosso).

Em 10 de dezembro de 2019, a 4ª Turma do STJ, ao julgar o REsp 1.733.013/PR15, inaugurou um entendimento divergente, afirmando que a natureza do Rol seria taxativa, ou seja, a cobertura a ser prestada pelos planos de saúde se limitaria ao que estava previsto expressamente, excluindo-se os demais procedimentos não listados. A 3ª Turma do STJ, porém, manteve o seu posicionamento original, reafirmando nos seus julgamentos que a natureza seria exemplificativa (Brasil, 2020).

Tal divergência entre as turmas exigiu uma uniformização, motivo pelo qual foram interpostos o EREsp 1.886.929/SP (Brasil, 2022) e o EREsp 1.889.704/SP

(Brasil, 2022). Na decisão proferida, consolidou-se o entendimento de que o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar seria "taxativo mitigado", isto é, teria natureza taxativa, de modo que somente em situações específicas a operadora poderia ser obrigada a custear procedimentos não previstos no Rol, mas, para tanto, o caso do paciente deveria apresentar uma série de requisitos (Meira; Bussinguer, 2023).

Diante da repercussão negativa em relação ao novo posicionamento do STJ, o Congresso Nacional apreciou de forma mais célere o Projeto de Lei nº 2.033/2022, convertendo-o na Lei nº 14.454, de 21 de setembro de 2022. A mudança legislativa inseriu no §4º do artigo 10 da Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, a expressão "referência básica", para determinar que o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar possuiria natureza exemplificativa, alterando novamente a compreensão sobre o tema. Além disso, o que mais importa para a análise do presente trabalho, foi o incluído o seguinte §13º ao referido artigo:

§ 13. Em caso de tratamento ou procedimento prescrito por médico ou odontólogo assistente que não estejam previstos no rol referido no § 12 deste artigo, a cobertura deverá ser autorizada pela operadora de planos de assistência à saúde [...] (Brasil, 2022, grifo nosso).

A partir das alterações de entendimentos e legislações descritas, percebe-se que a preservação da autonomia do médico está para além da mera proteção da classe profissional e de sua clientela. Na verdade, atua como uma importante ferramenta no que tange à concretização do direito do acesso à saúde, bem como à proteção do paciente, enquanto parte hipossuficiente da relação de consumo.

Por fim, se esclarece que o conceito de autonomia até então utilizado não se confunde com a ausência de subordinação, enquanto um dos cinco requisitos fato-jurídicos da relação de emprego. A concepção adotada refere-se à condição que o médico detém de exercer a sua autoridade e liberdade enquanto profissional, capaz de atuar na sua esfera de competência, determinando o melhor tratamento para seu paciente de forma independente. Dessa maneira, o profissional liberal e o assalariado são vulneráveis à perda de autonomia quando "a demanda por serviços for baixa e a dependência em relação ao poder dos clientes ou patrões, não receptivos ao julgamento profissional independente, for alta" (Pereira Neto, 1995, p. 602).

Percebe-se que os médicos sofrem um desgaste específico e inerente à profissão, exigindo, portanto, intervalos diferentes daqueles já previstos pela CLT em relação aos trabalhadores em geral. Sobre o tema, o Tribunal Superior do Trabalho (TST) já se posicionou no sentido de afirmar que o intervalo de 10 minutos previsto pela Lei 3.999/61 não exclui e não se confunde com o intervalo intrajornada previsto no artigo 71 da CLT. Nos autos do processo de número 9792220125040028, ao julgar um Recurso de Revista, o TST destacou:

[...] Os intervalos previstos no art. 8º, § 1º, da Lei 3.999/61 (repouso de dez minutos para cada noventa minutos de trabalho, em razão da função exercida pelo médico) e no art. 71 da CLT (medida de higiene, saúde e segurança do trabalhador) não se excluem, visto que possuem finalidades diversas. O primeiro é concedido em razão do maior desgaste imposto ao trabalhador pela peculiar função exercida de médico. O outro intervalo intrajornada tem como objetivo a alimentação, descanso e higiene. Assim, o fato de o autor ser médico e, portanto, sujeito ao intervalo previsto na Lei nº 3.999/61, não o exclui do direito ao intervalo previsto no art. 71 da CLT. Há precedentes. In casu, infere-se do acórdão assegurar o próprio instrumento coletivo da reclamada a fruição de ambos os intervalos (art. 71 da CLT e do intervalo da Lei nº 3.999/61), bem como que as folhas de comparecimento anexadas aos autos não trazem qualquer marcação dos intervalos em debate, tendo a Corte a quo, no particular, aplicado analogicamente o art. 74, § 2º, da CLT (Brasil, 2017).

Importante ressaltar que os mencionados intervalos legais dos médicos são devidos, inclusive, quando estão realizando plantões, conforme entendimento consolidado pelo Conselho Federal de Medicina por meio do Parecer Consulta nº 002/2018.

O Parecer CREMESP n.º 42941/2000 destaca que não há legislação específica sobre o tempo de repouso do médico plantonista. Contudo, a CLT (Consolidação das Leis do Trabalho) dispõe que, em qualquer trabalho contínuo, cuja duração exceda seis horas, é obrigatória a concessão de um intervalo para repouso e alimentação, o qual será, no mínimo, de uma hora. Já o Parecer CFM n.º 12/2015 reitera que a Lei n.º 3991/1961 define a duração normal de trabalho para médicos, ou seja, a cada noventa minutos de trabalho, o médico tem direito a um repouso de dez minutos. Consideramos que tais intervalos também podem ser aplicados na situação apresentada nesta consulta, tanto em serviços médicos públicos, como em privados, no que se refere aos intervalos de descanso durante os plantões médicos que, normalmente, são de doze horas de trabalho e, em alguns casos de, no mínimo, seis horas de trabalho contínuo (Conselho Federal de Medicina, 2018).

Embora no Brasil essas disposições estejam previstas desde 1943 e 1961, em relação à CLT e a Lei 3.999, respectivamente, somente no final do século XX houve um aumento das pesquisas que buscavam compreender quais as

consequências da ausência de descanso não somente para a saúde do médico, mas como também para a dos seus pacientes.

No ano de 1984, nos Estados Unidos, uma jovem de 18 anos chamada Libby Zion recorreu a um Serviço de Urgência do Hospital de Nova Iorque, apresentando um caso de febre e mialgias. Libby foi atendida por um médico residente do primeiro ano (R1) supervisionado por outro médico, mas residente do segundo ano (R2), que fizeram uma apuração parcial sobre usos de medicamentos pela paciente. Ao ser indagada sobre o uso de cocaína, a jovem negou, mas diante do seu estado de agitação, foi medicada a fim de que ficasse mais calma. Nas horas seguintes, o quadro de febre da paciente se agravou, culminando em uma parada respiratória impossível de reanimação (Asch; Parker, 1988).

O pai de Libby, Sydney Zion, que era advogado e escritor do jornal The New York Times, alegou que os cuidados oferecidos à sua filha foram inadequados, uma vez que as decisões médicas foram tomadas por profissionais sobrecarregados e sub-supervisionados, tendo em vista que ambos os residentes que atenderam a jovem estavam há mais de 18 horas de plantão. Embora os médicos não tenham sido responsabilizados criminalmente ou civilmente, o Hospital foi multado em 13 milhões de dólares pelo Departamento de Estado da Saúde e, desde então, iniciaram-se pesquisas analisando as consequências da privação do sono não somente para a saúde do trabalhador, como também para a qualidade e quantidade do serviço que prestam.

A cronobiologia, que estuda a ritmicidade biológica, afirma que as funções biológicas do ser humano variam ao longo do dia. Desse modo, os trabalhadores podem responder ou, ao menos, tender a responder de forma diferente a uma mesma situação, a depender do momento do dia em que ela ocorra (Ferreira, 1988). A situação se agrava quando o trabalhador é submetido à privação do sono, como nos casos dos médicos, quando estão escalados para a realização de plantões. De acordo com Gaspar, Moreno e Menna-Barreto (1988), em relação aos trabalhadores que laboram em turnos irregulares, os principais fatores de influência sobre seu desempenho são a fadiga aguda ou crônica decorrente de muitas horas de trabalho e a privação ou redução significativa das horas de sono.

De acordo com Minors e Waterhouser (1981), trabalhadores responsáveis pela realização de plantões noturnos apresentam maiores queixas em relação ao sono. O sono diurno é influenciado por diversas circunstâncias sociais e familiares,

resultando numa "acentuada diminuição da fase 4 do sono de ondas lentas e múltiplos despertares de curta duração produzidos por ruídos de diversos tipos" (Gaspar, Moreno e Menna-Barreto, 1988, p. 240).

Segundo Sales *et al* (1993), a privação do sono pode causar efeitos neurofisiológicos, psicológicos e, também, sobre o desempenho do indivíduo, sendo que neste último caso há (i) redução da velocidade nas tarefas que em que ele próprio determina o seu ritmo, (ii) aumento de erros nas tarefas em que o ritmo de realização é ditado por uma outra pessoa e (iii) alteração na realização de tarefas que exigem concentração e atenção.

Todos esses malefícios relacionados com a privação de sono e extenuantes cargas de trabalho levam a crer que os repousos determinados por lei aos médicos garantem a saúde não somente dos profissionais, como também de seus pacientes.

4.2 Sociedade 24/7: quanto vale o sono?

No item 4.1 deste trabalho, demonstrou-se que o descanso específico para as horas de sono é crucial tanto para o médico quanto para os seus pacientes. A partir de agora, por meio dos estudos de Crary (2014), passará a ser analisado de que forma os momentos de repouso - dentre eles, o destinado a dormir - passaram a ser não somente banalizados pela sociedade, como até mesmo criticados. Tal situação coaduna com a visão do filósofo Byung-Chul Han que compreende a sociedade do século XXI como a Sociedade do desempenho, e, ao mesmo tempo, a Sociedade do cansaço. Isto é, diante do excesso de cobranças, do discurso implantando de autorrealização e produtividade, ao invés de os indivíduos terem um melhor desempenho, obtêm um resultado inverso, pois passam a desenvolver patologias mentais que inviabilizam o seu progresso.

No reino animal, não é rara a realização de migrações por diversas espécies, sobretudo por aves. Especificamente o pardal de coroa branca possui uma capacidade peculiar de permanecer acordado ininterruptamente por até 7 dias durante o período de migração. Desde 2010, os Estados Unidos passaram a investir em diversas pesquisas para estudar esses animais, a fim de conseguir aplicar essa sua condição aos seres humanos. Inicialmente, a intenção era voltada para a área militar, na intenção de que fosse desenvolvido o "soldado sem sono". Contudo, uma análise histórica acerca das inovações relacionadas à guerra demonstra que

diversas delas foram incorporadas à esfera social de forma ampla, de modo que esse soldado sem sono poderia ser o precursor do trabalhador e do consumidor sem sono (Crary, 2014).

Ainda no século XX, um consórcio espacial russo-europeu propôs a instalação de satélites na órbita da Terra, a fim de permitir que houvesse luz solar durante os períodos noturnos. Inicialmente, a ideia seria para fosse aplicada em zonas polares, especialmente na Sibéria e no leste da Rússia, de modo a viabilizar a exploração industrial e de recursos naturais em zonas de difícil acesso. Contudo, não tardou para que o projeto se expandisse para uma aplicação em metrópoles sob o pretexto de que houvesse uma grande redução de custos com energia elétrica. O projeto foi alvo de críticas das mais diversas áreas, dentre elas cientistas, ambientalistas, astrônomos e, especialmente, por grupos culturais e humanitários que afirmavam ser o céu noturno não somente um bem comum, mas um direito de toda a humanidade. Crary (2014), entretanto, aponta que independentemente de ser um direito ou um privilégio, "ele já está sendo violado para mais da metade da população mundial em cidades que estão continuamente envoltas em uma penumbra de poluição e iluminação de alta intensidade" (Crary, 2014, p. 14).

A afirmação do autor se preocupa com o direito ao céu noturno num aspecto físico, ambiental, mas e em relação àqueles que podem tê-lo violado por conta do seu trabalho? Por exemplo, os porteiros, pilotos de avião, comissários de bordo e, até mesmo, os médicos, quando escalados para plantões noturnos.

Figura 3 - Tempo médio de residência durante uma semana

Médicos residentes participantes da amostra, segundo tempo médio dedicado a atividade do programa de Residência Médica, ao longo de uma semana típica, em 2022

| Brasil, 2023

Atividade	Tempo médio (±DP)
Atendimentos/procedimentos que envolvem pacientes	39h18min (±16h42min)
Realização de plantão dentro do programa de RM	15h36min (±15h18min)
Realização de exames laboratoriais ou diagnósticos	2h41min (±4h47min)
Preenchimento de prontuários e tarefas administrativas	16h12min (±11h)
Atividades teórico-didáticas	5h25min (±4h02min)
Soma das médias (semanal)	79h12min

Fonte: Scheffer, (2023).

Na área médica não é incomum se deparar com profissionais com uma alta carga de trabalho, o que pode impactar no gozo do referido direito. De acordo com a Demografia Médica no Brasil de 2023, elaborada em parceria pela Faculdade de Medicina da USP e Associação Médica Brasileira, especificamente os médicos residentes laboram mais de 79 horas por semana somente para o Programa de Residência, ainda que a Lei nº 6.932, de 1981, determine a carga máxima de 60 horas semanais (Scheffer *et al*, 2023). Soma-se, ainda, o fato de 70% dos médicos residentes realizam, em média, 20 horas semanais em plantões extras, de modo que, das 168 horas que uma semana possui, aproximadamente 100 são voltadas para o trabalho (Scheffer *et al*, 2023).

Conforme destacado no item 4.1 do presente trabalho, a privação do sono na área médica é algo comum, impactando não somente na saúde do trabalhador, como também na saúde do seu paciente. A privação do sono é tão amedrontada que durante séculos foi utilizada como forma de tortura para prisioneiros, sobretudo a partir da popularização da energia elétrica e da capacidade de reprodução de som em alto volume e ininterruptamente. Além de induzir à psicose, após poucas semanas, a privação do sono pode acarretar danos neurológicos irreparáveis. Contudo, cada vez mais, em obediência a um princípio de funcionamento contínuo, a vida humana é inscrita na duração sem descanso, representada pela expressão, ainda que redundante, de uma vida ativa 24/7. A opção por 24/7 é específica, não possuindo a mesma intensidade, por exemplo, que utilizar 24/365, uma vez que essa última expressa uma temporalidade estendida, na qual realmente podem ocorrer fatos inesperados e alterar o cenário posto (Crary, 2014).

Um mundo 24/7, embora se apresente como um mundo social, é, na verdade, não social, uma vez que replica a necessidade de eficiência constante numa concepção maquínica, e não humana. Dessa maneira, não revela o custo humano que é exigido para que seja sustentado, apenas se institui como necessário e inevitável. É importante diferenciar, contudo, que o mundo 24/7 não se confunde com o que Lukács e outros estudiosos identificaram no início do século XX, isto é, com o "tempo vazio e homogêneo da modernidade, o tempo do calendário ou linear dos países, do mercado financeiro ou da indústria, que excluía toda esperança e projetos individuais" (Crary, 2014, p. 19). O mundo 24/7 é um tempo inanimado, um tempo de indiferença e de inércia, no qual as fragilidades humanas não cabem mais,

sobretudo o sono, que passa a ser catalogado como inútil e contraprodutivo, uma vez que inviabiliza a continuação do consumo e do trabalho.

[...] Uma figura de linguagem recorrente e aparentemente inócua é o “sleep mode”, inspirada nas máquinas. A ideia de um aparelho em modo de consumo reduzido e de prontidão transforma o sentido mais amplo do sono em uma mera condição adiada ou diminuída de operacionalidade e acesso. Ela supera a lógica do desligado / ligado, de maneira que nada está fundamentalmente “desligado” e não há nunca um estado real de repouso (Crary, 2014, p. 22-23).

Atentando-se especificamente em relação ao trabalho médico, é importante ponderar que ele possui um caráter essencial intrínseco à profissão, exigindo-se que seja prestado 24 horas por dia por meio de plantões, sobretudo nos hospitais e serviços de emergência. No Brasil, embora possuam algumas variações, a maior parte dos turnos de plantão são de 24 horas semanais, contudo, em diversos locais eles se iniciam à noite, posteriormente a um dia normal de trabalho, de modo que os profissionais, por vezes, permanecem trabalhando por mais de 36 horas seguidas. Entretanto, essas jornadas prolongadas com a realização de plantões noturnos acarretam uma diminuição no desempenho dos profissionais, apontando uma maior dificuldade em manter um “desempenho ideal para as tarefas a serem realizadas, além de frequentes queixas de alterações de estados do humor com implicações significativas na vida profissional e pessoal” (Gaspar, Moreno e Menna-Barreto, 1998, p. 239).

Embora a modernidade altamente tecnológica demonstre de maneira expressiva o desprezo pelo sono, esse pensamento se manifesta ainda desde o século XVII, sobretudo a partir do enaltecimento pelo racional, pela utilidade, pela produtividade e pelo objetivismo, podendo ser observado nas obras de Descartes, Hume e Locke. Contudo, é de fácil percepção a sua intensificação quando analisado o paradigma neoliberal, tomando como uma de suas máximas a famosa expressão “trabalhe enquanto eles dormem”, já que “dormir é, acima de tudo, para os fracos” (Crary, 2014, p. 23). Essa concepção se concretiza quando ressaltada a informação de que os médicos residentes brasileiros destinam quase 60% do seu tempo semanal somente trabalhando (Scheffer *et al*, 2023). Nesse cenário, ocorre aquilo que Brennan (2003) denominou como “biodesregulamentação”, que, em síntese, descreve como as limitações físicas naturais humanas foram obrigadas a se conformar com o discrepante funcionamento ininterrupto dos mercados de bens e

serviços. Atualmente, é preciso “estar sempre fazendo algo, movimentar, mudar — é isso o que confere prestígio, em oposição à estabilidade, que é muitas vezes sinônimo de inação” (Boltanski; Chiapello, 2009, p. 193).

A expressão 24/7 é um slogan imaterial e abstrato, capaz de repercutir socialmente como uma “palavra de ordem”. Na concepção de Deleuze e Guattari (1995), a *mot d'ordre* objetiva criar ou preservar determinada realidade social a fim de gerar medo. Dessa maneira, 24/7 apaga o valor e a relevância dos intervalos e das variações da vida. Numa perspectiva fática e prática, basta analisar-se as alterações trazidas pela Lei 13.467 de 13 de julho 2017, uma vez que a supressão do intervalo intrajornada não mais enseja o seu pagamento como contraprestação, mas sim como indenização, conforme nova redação do §4º do artigo 71 da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT. Não somente por isso, alterou também - ainda que por meio de negociação coletiva ou no caso de trabalhadores "hipersuficientes" - o período mínimo de descanso do trabalhador, que não mais é de uma hora, mas sim de apenas trinta minutos, conforme artigo 611-A da referida lei (Brasil, 2017). Dessa maneira, percebe-se a desvalorização do intervalo não somente em seu sentido estrito, mas até mesmo metafórico. A pausa no trabalho, a possibilidade de repouso é vista como algo prejudicial, uma vez que não há tempo mais a se perder. Todo tempo conta porque tempo é dinheiro.

Segundo a Demografia Médica no Brasil de 2020, elaborada em parceria pela Faculdade de Medicina da USP e pelo Conselho Federal de Medicina, a partir de um inquérito nacional realizado com 2.400 médicos, 18,5% dos profissionais afirmaram possuir 6 ou mais vínculos de trabalho, sendo que em 2014 esse percentual era de 5,4%. Além disso, 28,9% dos médicos em geral afirmaram trabalhar 80 ou mais horas semanais, sendo que em 2014 representavam 16,9%. Conforme o estudo, o duplo movimento de aumento de carga de trabalho e de vínculos de trabalho, dentre outros fatores, poderia estar ligado à precarização do trabalho. Por fim, mais da metade dos profissionais afirmou que passou a ganhar menos nos últimos três anos e 57,5% relataram que neste mesmo período houve, também, uma piora nas condições de trabalho (Scheffer *et al*, 2020).

A Medscape - maior plataforma de referência médica online do mundo -, em 2018, realizou uma pesquisa com 1.838 médicos brasileiros a fim de averiguar as relações entre estilo de vida dos profissionais e o índice de Síndrome de Burnout e/ou depressão. De acordo os dados levantados, 1 a cada 4 médicos no Brasil sofre

de Burnout, além disso, 19% dos entrevistados afirmaram estar deprimidos e 11% afirmaram estar deprimidos e sofrerem Burnout, concomitantemente. Ainda segundo a pesquisa, dentre os fatores que contribuem para o Burnout, mais da metade dos médicos afirmou que o principal fator são as baixas remunerações, seguido do excesso de carga horária de trabalho (46% dos entrevistados) e desrespeito por parte de seus superiores (44% dos entrevistados). Dentre outras razões, destaca-se que 14% dos profissionais confessaram dar mais ênfase ao lucro em detrimento do paciente e também 14% afirmaram se sentir apenas uma peça da engrenagem no seu local de trabalho (Schwartz, 2019).

Embora esse seja o cenário da profissão médica, o número de brasileiros ingressando em cursos de medicina aumenta a cada ano. Conforme o citado Estudo Demográfico de 2020, no ano 1920 existiam apenas 14.031 médicos no país. Num intervalo de 100 anos, a quantidade é 35,5 vezes maior, de modo que esse aumento foi proporcionalmente cinco vezes maior do que o número de habitantes. Atualmente, o Brasil conta com mais de 500 mil médicos para 210 milhões de brasileiros. Ainda segundo o estudo, a expectativa é que a proporção de médicos por grupos de 1.000 habitantes continue crescendo, uma vez que os médicos trabalham em média por 40 anos e anualmente cresce o número de novos formandos. A pesquisa estimou que, em 2024, 31.849 novos médicos entrarão no mercado de trabalho, o que corresponde ao número de vagas de graduação oferecidas no país somente no ano de 2017. Esse contingente previsto é mais que o dobro do número de médicos que se registraram nos CRMs em 2012, que foi de 16.425.

Sendo assim, percebe-se que embora haja um descontentamento crescente com o exercício da profissão, o número de interessados em exercê-la só aumenta. Diante desse fato, levanta-se dois questionamentos: (i) por que a cada ano mais médicos se formam no Brasil? E (ii) a precarização das condições de trabalho acarretam a precarização dos serviços de saúde? Nos itens a seguir, busca-se responder a ambos os questionamentos.

4.3 Erro médico: quanto vale a vida?

Primeiramente, se esclarece que o título do presente item possui um caráter dual, isto é, provoca-se um questionamento relacionado à precificação da saúde e, portanto, da vida dos médicos e, consequentemente, de seus pacientes.

Dessa maneira, buscar-se-á responder à referida questão, num primeiro momento, vinculada à situação dos profissionais e, num segundo momento, em relação aos pacientes.

A conclusão da análise feita indicou que, possivelmente, os médicos brasileiros relevam as condições de trabalho que possuem, ainda que (i) ultrapassem a estipulação legal de carga horária, (ii) coloquem em risco sua própria saúde e (iii) diminuam a qualidade do atendimento que prestam ao seu paciente, colocando-o, também, em risco. Esses riscos podem ser compreendidos como "compensáveis" a partir do valor que os profissionais recebem para isso. Contudo, as tendências demonstradas pela Demografia Médica de 2020 e 2023 é não somente uma precarização das condições de trabalho, como também a diminuição dessas remunerações.

4.3.1 Erro do médico

Conforme demonstrado no item anterior 4.2, o mercado de trabalho médico apresenta uma precarização que se intensifica anualmente. Entretanto, de forma quase paradoxal, o número de estudantes de medicina cresce de forma acelerada, de modo que, em 2018, o Ministro da Educação do governo de Michel Temer, José Mendonça Bezerra Filho, assinou a Portaria nº 328 de 05 de abril de 2018. O referido documento destinava-se, em síntese, à suspensão durante 5 anos em relação à abertura de novos cursos de medicina, bem como da ampliação de vagas em cursos já existentes, em todo o território brasileiro. O motivo da Portaria foi justamente a expansão descontrolada de graduações médicas nos últimos anos. Mesmo durante a vigência da Portaria, grandes grupos educacionais conseguiram o deferimento de medidas liminares judiciais para continuarem abrindo novos cursos, uma vez que tal segmento é bastante lucrativo. De acordo com a Demografia Médica de 2023, a receita potencial dos cursos privados de medicina, somente em 2022, representou cerca de R\$ 20,9 bilhões, considerando-se a ocupação do número de vagas autorizadas pelo Ministério da Educação - MEC, durante o período de 6 anos de duração da formação. Dessa maneira, atualmente, um único aluno

matriculado representa um ativo, em média, de R\$ 2 milhões para a instituição (Scheffer *et al*, 2023).

Ainda de acordo com o estudo de 2023, apenas 4 grupos empresariais detêm, juntos, 90% das vagas privadas de medicina no Brasil. No período de 10 anos analisado pelo estudo, isto é, de 2013 a 2022, foi registrada a maior expansão de ensino médico na história brasileira. Em 2022, havia 389 escolas médicas ativas que, juntas, ofereciam um total de 41.805 vagas de graduação médica. Desse montante, 23.287 vagas, isto é, mais da metade, foram abertas a partir de 2014. Esse aumento foi, em média, 4 vezes maior do que o registrado no intervalo entre 2003 e 2012, quando foram autorizadas 5.990 vagas novas (Scheffer *et al*, 2023).

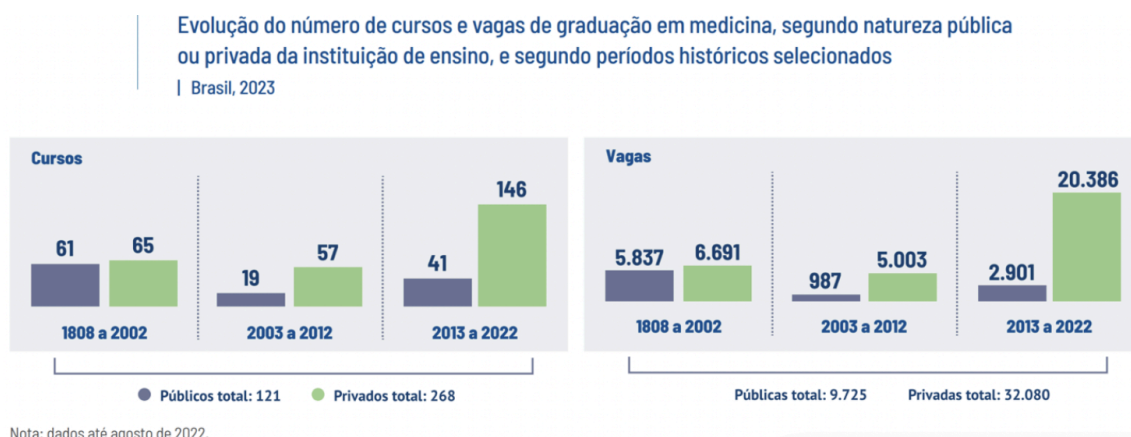


Figura 4 - Evolução do número de cursos e vagas de graduação de medicina

Fonte: Scheffer, (2023).

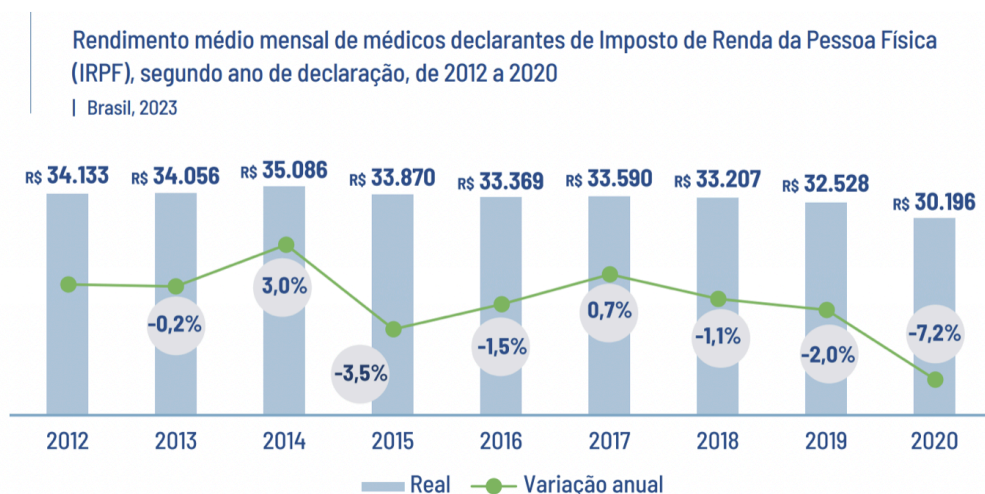
Com o fim da vigência da referida portaria em abril de 2023, José Hiran Gallo, o presidente do Conselho Federal de Medicina - CFM, em entrevista, afirmou que é preciso ser definida “uma política que não admita que a educação médica seja vista como filão lucrativo a ser explorado. Isso [...] ameaça a credibilidade da profissão e coloca a população em situação de risco.” (Conselho Federal de Medicina, 2023).

Embora o aumento de vagas nos cursos de medicina possa ser *um* dos motivos responsáveis pelo crescimento do número de médicos no Brasil, acredita-se que esse não possa ser compreendido como o *único* motivo. Possivelmente, esse fenômeno também pode ser explicado pelo prestígio que a profissão médica possui, mas também pelo valor das contraprestações percebidas por esses trabalhadores.

Os dados levantados pela Receita Federal, com base nas declarações de Imposto de Renda no ano de 2019 informam que a classe médica ocupa o sexto lugar das profissões melhor remuneradas, recebendo um salário de quase 30 vezes maior do que o salário mínimo. Enquanto a média salarial per capita do país foi de R\$ 1.439,00, a dos médicos foi de R\$ 30.525,78 (Brasil, 2019). Em relação aos plantões de 12 horas, a média de pagamento por cada um deles é de R\$ 1.200,00, isto é, quase o valor do salário mínimo no ano de 2023 (Federação Nacional dos Médicos, 2022).

Atrelado à maior oferta de cursos, o alto valor de contraprestações parece ser um dos motivos que justificam o aumento do número de médicos no Brasil. Contudo, analisando-se os dados trazidos pela Demografia Médica de 2023, percebe-se que ano após ano há uma redução das contraprestações, indicando uma desvalorização da profissão, pelo menos no que tange ao seu aspecto financeiro.

Figura 5 - Rendimento médio mensal de médicos



Fonte: Scheffer, (2023).

Para além de uma análise estritamente econômica sobre o trabalho médico, é importante compreender as demais esferas dessa profissão. De acordo com Almeida e Almeida (2021), a precariedade laboral pode se apresentar por meio de 7 dimensões: (i) econômica, (ii) existencial, (iii) política, (iv) jurídica, (v) cultural, (vi) ecológica e (vii) subjetiva. Em relação à primeira (precariedade econômica), sua manifestação se daria diante da pobreza material, tratando-se de uma consequência

do desemprego e de baixos salários, bem como da dependência que o trabalhador possui perante a alienação da sua força de trabalho.

A segunda dimensão (precariedade existencial) refere-se ao medo que o trabalhador possui no presente, mas também em relação ao futuro. Essa insegurança seria responsável por fazer com que ele esteja mais suscetível a ceder pela perda ou diminuição de seus direitos, uma vez que preza pela sua própria subsistência e, muitas vezes, daqueles que dela dependem (Almeida; Almeida, 2021).

A terceira dimensão (precariedade política) decorre da impossibilidade ou da dificuldade de trabalhadores participarem da tomada de decisões coletivas. Já a quarta dimensão (precariedade jurídica) retrata a redução de direitos dos trabalhadores, que por meio dela, faz-se o “uso estratégico do Direito”, com o objetivo de influenciar a criação de novas normas ou novas interpretações de normas já existentes, privilegiando-se os interesses de uma classe em detrimento dos interesses de outra (Almeida; Almeida, 2021).

A quinta dimensão (precariedade cultural) trata sobre a ausência parcial ou total dos trabalhadores de acesso à educação e formação de qualidade. A sexta dimensão (precariedade ecológica) se refere à relação entre trabalhador e meio ambiente, uma vez que a degradação ambiental o expõe a diversos riscos. Finalmente, a sétima dimensão (precariedade subjetiva) dialoga com as subjetividades que são formadas pelo neoliberalismo, capazes de fazer com que o trabalhador perca o seu sentimento de pertencimento à classe trabalhadora, o induzindo a agir e interagir, com os outros e consigo mesmo, a partir de um modelo de empresa (Almeida; Almeida, 2021).

Diante das condições já demonstradas ao longo deste trabalho, parece possível dizer que os médicos são impactados, ao menos, por 4 esferas da precariedade laboral, sendo elas: existencial, política, jurídica e subjetiva. A primeira delas pode ser confirmada a partir do aumento cada vez maior do número de formandos em medicina - conforme o Estudo Demográfico de 2023 apresentado anteriormente -, já que esse fenômeno impacta diretamente no mercado de trabalho da profissão, tornando-o mais competitivo e, conseqüentemente, menos lucrativo (Matos, 2021).

A segunda esfera se mostra a partir do Cerceamento de Autonomia que os médicos sofrem no trabalho, conforme demonstrado por Machado (1997) no item 4.1

do presente trabalho. Já a terceira esfera se comprova, por exemplo, por meio dos fenômenos da Proletarização, Pejotização e Uberização, que puderam ser observados na área médica ao longo dos anos, conforme restará detalhadamente apresentado no capítulo 5 desta pesquisa.

Por fim, em relação à precariedade subjetiva, destaca-se a Síndrome de Patrão vivenciada por esses profissionais. Cunhado por Teodoro (2015), o termo se referencia à Síndrome de Estocolmo, que se atribui ao estado psíquico da vítima que se apaixona pelo seu algoz, posteriormente ao ser submetida a um período de intimidação. No âmbito das ciências sociais, aplica-se esse termo para caracterizar o fenômeno observado nas relações de emprego, nas quais o empregado não se identifica com os seus pares, mas sim com a classe do seu patrão. Dessa maneira, o trabalhador se percebe na condição de “estar” empregado, e não na de “ser” ou, ao menos, que assim não se mantenha por muito tempo. A partir desse descompasso do autorreconhecimento, há a perda do sentimento de pertencimento do trabalhador à sua verdadeira classe e o consequente distanciamento e desinteresse em relação à busca pela melhoria dos seus direitos (Teodoro, 2017).

A partir das definições trazidas por Almeida e Almeida (2021), pelo fato de os médicos serem atingidos por 4 das 7 esferas, parece possível compreender que esses profissionais possuem um trabalho precário, sobretudo considerando-se a constante redução de salários, o que poderia impactar em algum momento na esfera de precariedade econômica.

Dessa maneira, o título do presente subitem se justifica a partir da ilusão que alguns médicos possam ter sobre o mercado de trabalho. Isto é, almejantes ao posicionamento social que um dia já foi reconhecido à profissão - conforme demonstrado no Capítulo 2 do presente trabalho - , bem como às altas contraprestações pelo trabalho, parte dos médicos podem ter incorrido num “erro”, no sentido de se enganarem, ao terem escolhido a medicina como sua profissão, pois o dia a dia do trabalho pode não coincidir com as expectativas que esperam e com o imaginário social que dela se tem. De acordo com uma pesquisa realizada por Albazzetti (2006), 39% dos (as) médicos (as) formados (as) entre os anos 1970 e 1990 consideraram que as expectativas que tinham no início da profissão não se concretizaram ou se concretizaram somente parcialmente. Além disso, 27% dos (as) entrevistados (as) já pensaram em desistir da medicina para exercer outra profissão.

Em relação aos acadêmicos especificamente, embora não tenham sido encontrados dados confiáveis acerca do arrependimento de alunos de graduação médica, de acordo com a pesquisa de Menon *et al* (2020), 1 em cada 10 estudantes de medicina apresentam algum grau de ideação suicida, demonstrando que a satisfação com o curso pode ser compreendida, ao menos, como duvidosa. Além disso, por meio de uma meta-análise global, demonstrou-se que entre os acadêmicos de medicina há uma prevalência geral de depressão (27,2%) e ideação suicida (11,1%) (Rotenstein *et al*, 2022). Já em relação aos residentes, a situação se torna mais agravante, uma vez que a prevalência de depressão ou sintomas depressivos é, em média, de 28,8% (Thomas; Bigatti, 2020). Por fim, em relação aos profissionais já formados, 1 a 4 médicos no Brasil possuem depressão (Journal of the American Medical Association, 2019).

4.3.2 Erro pelo médico

No Brasil, dos 19,4 milhões de pacientes tratados em hospitais, 1,3 milhão sofre pelo menos um efeito colateral causado por imprudência ou negligência médica durante o tratamento (Fioravanti, 2020). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2019), a cada minuto, cinco pessoas no mundo morrem por causa de algum erro médico. Somente nos EUA, estima-se que ocorram mais de 200 mil mortes por ano motivadas por erro médico (Johns Hopkins University School of Medicine, 2016). Especificamente no Brasil, a proporção é de 6 mortes a cada 1 hora, totalizando 55 mil mortes por ano ocasionadas por erro médico (Instituto de Estudos de Saúde Suplementar da Universidade Federal de Minas Gerais, 2019).

Por outro lado, segundo o *Journal of the American Medical Association* (2019), profissionais da medicina com sintomas de depressão têm 95% mais chance de incorrer em erro médico. Conforme apontado no Capítulo 3 do presente trabalho, 1 a cada 4 médicos no Brasil sofre de Burnout, e 1 a cada 5 sofre de depressão (Schwartz, 2019).

Paralelamente a este cenário, destaca-se que no Brasil, somente em 2017, a cada 1 hora foram computadas 3 ações envolvendo erro médico, totalizando 26 mil novos processos por ano (Alvim, 2018). De acordo com os últimos dados ofertados

pelo Conselho Nacional de Justiça, relativos ainda a 2019, o número é ainda maior, totalizando mais de 31 mil novos processos³.

Embora não tenham sido encontrados dados que apontem uma relação direta entre a precarização do trabalho médico e a precarização da saúde enquanto serviço, pelas informações até então trazidas, parece possível afirmar, ao menos, uma relação de concausalidade.

A fim de atender às exigências metodológicas, se esclarece qual o conceito de "concausalidade" foi adotado pela presente pesquisa. Por tratar-se de uma compreensão acerca do dano, optou-se pela definição cunhada pelo civilista Sérgio Cavalieri Filho:

Concausa é outra causa que, juntando-se à principal, concorre para o resultado. Ela não inicia e nem interrompe o processo causal, apenas o reforça, tal como um rio menor que deságua em outro maior, aumentando-lhe o caudal. Em outras palavras, concausas são circunstâncias que concorrem para o agravamento do dano, mas que não têm a virtude de excluir o nexa causal desencadeado pela conduta principal, nem de, por si sós, produzir o dano (Cavalieri Filho, 2012).

Em síntese, trata-se de uma *causa complementar*, isto é, quando as chamadas causas isoladas não são suficientes para gerarem individualmente o dano, de forma que necessitam, portanto, de uma complementaridade (Cruz, 2005).

No que tange à depressão, enquanto uma doença que atinge grande parte dos médicos, destaca-se que os motivos profissionais que podem desencadeá-la são: o contato diário com a morte e prognósticos ruins de pacientes; a extensa jornada laboral; e a imposição do alto nível de cobrança (pelo paciente e sua família, bem como pelo próprio profissional). Esses fatores desencadeiam frequentes crises nos profissionais, podendo levá-los à condição de depressivos (Aragão *et al*, 2014).

³ Pontua-se que embora já tenha sido publicado o documento "Justiça em Números" pelo CNJ em setembro de 2022, relativo a dados de 2021, até o momento não foram disponibilizadas pesquisas avançadas por assunto, inviabilizando a conferência mais atual e específica sobre erro médico. Da mesma maneira, o Painel de Estatística Processuais de Direito à Saúde, também apurado pelo CNJ, ainda que possua dados atualizados, inclusive relativos ao ano de 2023, são muito abrangentes. De acordo com o documento, em 2022, foram mais de 48 mil processos envolvendo Tratamento médico-hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos. Entretanto, não informa quantos desses tratavam sobre erro médico. De toda forma, ainda que tratasse, destaca-se que os erros médicos também podem ocorrer em atendimento ambulatorial (assistência a pacientes em regime de não internação, conforme definição do DATASUS, disponível no link http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ams/webhelp/notas_t_cnica.htm). Portanto, a apuração seria enviesada, não representando a realidade. Por essa razão, optou-se pela utilização de dados menos atualizados, mas mais específicos.

Além disso, segundo Buysse (*et al*, 2008), a privação do sono também é um fator de risco para o desenvolvimento de sintomas depressivos, e, como visto no Item 4.2, a carga horária excessiva de trabalho com a consequente privação do sono é uma realidade bastante comum entre os profissionais da medicina.

As condições laborais médicas parecem ser, portanto, um fator importante em relação à saúde dos profissionais, bem como à saúde dos pacientes. Contudo, destaca-se que ambas aparentam atuar, concomitantemente, como causa e efeito uma da outra, e não de forma separada e unilateral. Isto é, a precarização do trabalho e, conseqüentemente, da saúde dos profissionais, parece impactar de forma negativa na saúde dos pacientes. Esta, por sua vez, como num processo de retroalimentação, aparenta um aumento da judicialização por erro médico e, portanto, do alto nível de cobrança depositado sobre os profissionais, sendo este um dos motivos possíveis para o desenvolvimento de depressão.

4.4 Um olhar de Dejours e Gramsci sobre a medicina

No item 4.3.1 do presente estudo, uma das hipóteses encontradas para explicar o aumento do número de estudantes de medicina, mesmo diante da precarização do setor, foi o valor das médias salariais percebidas pelos médicos. Contudo, na intenção de se realizar uma análise além do aspecto financeiro, agora busca-se compreender (i) de que modo e (ii) o porquê de esses profissionais enfrentarem as atuais condições de trabalho. Para tanto, foram utilizados os estudos do sociólogo e médico Christophe Dejours e do antropólogo Antonio Gramsci.

Ao analisar as especificidades do trabalho médico a partir da visão conjunta dos dois autores, percebeu-se uma possível ausência de reconhecimento desses profissionais enquanto classe trabalhadora, enfraquecendo a luta coletiva por mais direitos e melhores condições laborais.

4.4.1 Quem é médico "de verdade"?

Na introdução de sua obra "A loucura do trabalho - Estudo de Psicopatologia do Trabalho", Christophe Dejours divide a luta pela saúde dos trabalhadores em três momentos históricos, de modo que em cada um deles o conceito de "saúde" é direcionado para conquistas práticas específicas. Primeiramente, a partir do século

XIX, a luta do trabalhador pela saúde referia-se à luta pela sobrevivência, isto é, nesse momento, *viver* correspondia a *não morrer*, uma vez que presenciava-se com normalidade os acidentes de trabalho e o esgotamento físico dos trabalhadores (Dejours, 1992).

No segundo momento, datado pelo autor entre o início da 1ª Guerra Mundial até 1968, buscava-se a conquista pela saúde em seu aspecto físico, relacionada ao corpo do trabalhador. Para tanto, reivindicava-se a melhoria das *condições* de trabalho por meio da segurança, higiene e prevenção de doenças. Posteriormente, no terceiro período, a partir de 1968, buscava-se pela saúde mental, iniciando-se a luta contra as *organizações* de trabalho.

Por condição de trabalho é preciso entender, antes de tudo, ambiente físico (temperatura, pressão, barulho, vibração, irradiação, altitude etc), ambiente químico (produtos manipulados, vapores e gases tóxicos, poeiras, fumaças etc), o ambiente biológico (vírus, bactérias, parasitas, fungos), as condições de higiene, de segurança, e as características antropométricas do posto de trabalho. Por organização do trabalho designamos a divisão do trabalho, o conteúdo da tarefa (na medida em que ele dela deriva), o sistema hierárquico, as modalidades de comando, as relações de poder, as questões de responsabilidade etc (Dejours, 1992, p. 25).

Dentre as formas de sofrimento mental causadas pelo trabalho, Dejours cita o medo, que se dá a partir da oposição entre os riscos que o trabalhador enfrenta no seu labor e as possibilidades de prevenção que a ele são apresentadas. De acordo com o autor, o risco pode ser coletivo (como um escapamento de gás tóxico numa indústria química, capaz de matar diversos trabalhadores) ou individual (como a queda de um construtor andando num andaime). De uma forma ou de outra, ainda que sejam ofertados equipamentos e medidas de segurança, o risco geralmente conta com uma prevenção incompleta por parte da empresa, "seja devido à limitação dos investimentos necessários, seja porque o risco ou suas manifestações são mal conhecidos" (Dejours, 1992, p. 64). Dessa maneira, o que remanesce, ou seja, o risco residual, deve ser aceito individualmente por cada trabalhador.

Enquanto forma de sofrimento mental, o medo faz com que os trabalhadores desenvolvam estratégias defensivas para enfrentá-lo, dentre elas, o desprezo e a ignorância. Isto porque não seria tolerável para os trabalhadores permanecerem executando as suas atividades "se o medo não fosse assim neutralizado, se pudesse aparecer a qualquer momento durante o trabalho" (Dejours, 1992, p. 70).

Ao tratar especificamente sobre os trabalhadores da construção civil, Dejours (1992) afirma que essas estratégias defensivas dependem de uma eficácia simbólica, que se dá a partir da cooperação de todos os envolvidos, isto é, nenhum indivíduo pode estar à margem deste código profissional, não pode recusar sua contribuição individual para o sistema coletivo de defesa. Caso haja o descumprimento destas instruções implícitas, o traidor deve ser banido, por não ter as condições necessárias para atuar naquele tipo de trabalho.

Em relação ao mercado de formação e de trabalho médico, seria possível afirmar a existência de um código velado também, capaz de normatizar condutas problemáticas e, conseqüentemente, silenciar vítimas?

De acordo com um estudo realizado por Fnais (*et al*, 2014), envolvendo dados de estudantes de medicina dos Estados Unidos, Canadá, Paquistão, Reino Unido, Israel e Japão, 59,6% dos entrevistados, durante a universidade, sofreram algum tipo de assédio moral. Entre os médicos residentes, o percentual foi ainda maior, atingindo 63,4%. Especificamente no Brasil, uma pesquisa realizada por Barreto *et al* (2015), dos 317 estudantes de medicina de uma faculdade estadual paulista, 92,31% afirmou ter sofrido ao menos um tipo de agressão durante sua formação médica, sendo que em primeiro lugar foi a depreciação/humilhação (73,1%), seguida pela agressão verbal (59,99%), de modo que, da totalidade das agressões, 72,8% foram cometidas pelos professores. Já nos estudos realizados por Marques *et al* (2012), de 105 residentes de um hospital de ensino em Recife, 41,9% sofreu assédio moral durante a especialização, de modo que os médicos preceptores (que são uma espécie de médicos educadores dos residentes, já formados na residência em que atuam) são os principais assediadores (40,7%), seguidos pelos que ocupam cargos de coordenação (29,1%).

Dentre as conseqüências que o assédio moral pode trazer para as vítimas, destaca-se os efeitos dessa situação até mesmo para os pacientes, em relação à qualidade da saúde que está sendo prestada. Isto porque os(as) médicos(as) residentes "que sofreram assédio cometem mais erros, que podem resultar em danos a pacientes, custos extras ao sistema de saúde e prejuízo à qualidade assistencial" (Leisy *et al*, 2016 *apud* Vattimo; Belfiore, 2019).

Segundo Vattimo e Belfiore (2019), uma das principais barreiras para o combate ao assédio moral no ambiente médico é justamente a crença disseminada de que sofrer assédio corresponde a mais uma etapa da formação, tratando-se de

um experiência que todo médico deve ser submetido para validar-se perante seus pares, comprovando-se como um profissional apto ao exercício da função.

A partir do cenário evidenciado, analisando-se a situação dos profissionais da medicina como um todo (estudantes, residentes, preceptores, professores e gestores), parece possível afirmar que entre eles também há um código interno e implícito, exigindo-se sobrecargas de trabalho e tolerância às relações abusivas como formas de comprovar-se a aptidão para se tornar um "verdadeiro" médico. Dessa maneira, sob a ótica de Dejours, compreende-se que entre os médicos também há uma estratégia defensiva simbólica, perpetuada nas faculdades e hospitais.

4.4.2 A Medicina e os intelectuais tradicionais

A medicina, diferentemente de grande parte das profissões e práticas sociais, tem a sua origem dissociada do surgimento da sociedade capitalista, tratando-se de uma das mais antigas formas de intervenção técnica. Justamente por isso, por preexistirem aos distintos e inovadores modos de produção, os médicos podem mais facilmente compreender-se como uma classe profissional revestida de específica autonomia, preservada em relação às novas formas de estruturas econômicas políticas e ideológicas (Donnagelo; Pereira, 1979).

Em sua obra "Os intelectuais e a Organização da Cultura", o antropólogo italiano Antonio Gramsci (1982) afirma que existem dois tipos de intelectuais: os tradicionais e os orgânicos. Para o autor, quando uma nova classe é originada, ela cria os seus próprios intelectuais "orgânicos", que seriam, em sua grande maioria, agentes especializados em relação à atividade inicial desenvolvida pelo novo tipo social. Por outro lado, os grupos sociais "essenciais" desenvolvem os chamados intelectuais "tradicionais", que representam uma continuidade histórica, renovando-se independentemente das mudanças políticas e sociais.

Pontua-se que Gramsci (1982) afirma não ser possível distinguir os seres humanos entre os intelectuais e os não-intelectuais, uma vez que a referência utilizada, na prática, diz respeito somente à quantidade de esforço mental (intelectual-cerebral) ou físico (muscular-nervoso) que determinada atividade profissional exige. Para o autor, não há nenhuma atividade humana que possa excluir integralmente a intervenção intelectual, não sendo possível separar o *homo*

faber do homo sapiens. Em síntese, fora de sua atuação profissional, todo indivíduo desenvolve diversas atividades intelectuais, podendo atuar, por exemplo, como um filósofo ou artista, adotando uma linha de conduta moral, de forma a contribuir para manter ou, ao menos, para modificar a concepção sobre o mundo, promovendo-se novas formas de pensamento (Gramsci, 1982).

Na concepção de Gramsci, o que irá caracterizar o operário ou o proletário não é especificamente o trabalho manual ou instrumental que realizam em si, mas sim o *modo* pelo qual este tipo de trabalho é posicionado socialmente. Dessa maneira, para o autor, todos os seres humanos são intelectuais, mas nem todos desempenham na sociedade a *função* de intelectuais. "Do mesmo modo, pelo fato de que alguém possa em determinado momento fritar dois ovos ou costurar um buraco do paletó, não quer dizer que todo mundo seja cozinheiro ou alfaiate" (Gramsci, 1982, p. 6).

De acordo com Gramsci (1982), a mais típica categoria de intelectuais tradicionais são os eclesiásticos, que por um longo período monopolizaram grande parte dos saberes e dos serviços, como a filosofia, a ciência, a moral e a justiça. Além disso, sobretudo durante o Feudalismo, os eclesiásticos eram, inclusive, equiparados juridicamente à aristocracia, dividindo o direito à propriedade de terras e fazendo uso dos privilégios estatais. Segundo o autor, provavelmente a mais importante categoria de intelectuais tradicionais após os eclesiásticos eram os médicos, mas no sentido *lato* da profissão, isto é, em relação a todos os que exerciam atividades que lutavam - ou, ao menos, pareciam lutar - contra a morte e as doenças da época. Nesse sentido, Gramsci (1982) ressalta que desde então foi estabelecida uma conexão entre a medicina e a religião, que perdura até os dias atuais. De acordo com o autor,

[...] onde aparece o médico, aparece o padre (exorcismo, assistência de vários tipos, etc.). — Muitas grandes figuras religiosas eram também, e foram concebidas, como grandes "terapeutas": a ideia do milagre que chegou até à ressurreição dos mortos (Gramsci, 1982, p. 5).

Os intelectuais tradicionais, embora possam preexistir às atuais organizações sociais e econômicas, de acordo com Gramsci (1982), só conseguem exercer sua força e, conseqüentemente, alcançar a hegemonia ideológica se estiverem alinhados aos interesses do grupo dominante, isto é, da classe social que, no

momento, for a detentora de maior capacidade política e econômica. Entretanto, diversos grupos de intelectuais tradicionais consideram-se autônomos e independentes em relação ao grupo social dominante, uma vez que "sentem com 'espírito de grupo' sua ininterrupta continuidade histórica e sua 'qualificação'" (Gramsci, 1982, p. 6).

Os(a) médicos(as), portanto, sob um ponto de vista dos estudos de Gramsci, parecem estar submetidos(as) a este complexo social, acreditando serem autônomos(as) e independentes ao grupo social dominante. Essa compreensão poderia explicar o porquê de os(as) profissionais da medicina relevarem as condições de trabalho para além de uma perspectiva meramente remuneratória, uma vez que a posição social do(a) médico(a) o(a) qualificaria como um(a) intelectual tradicional, diferenciando-os(as) dos demais trabalhadores, sobretudo daqueles que desenvolvem atividades com maior esforço físico.

Por outro lado, Gramsci (1982) afirma que no mundo moderno houve uma grande ampliação da categoria dos intelectuais, sobretudo por parte do sistema social democrático-burguês, que foi responsável por elaborar massas imponentes de intelectuais, muitas vezes justificadas não pelas necessidades sociais de produção, mas sim pelas necessidades políticas do grupo dominante. Dessa maneira, segundo o autor, os intelectuais advindos dessa formação em massa foram "estandardizados", acarretando o que sempre ocorre a partir do fenômeno de massificação: a concorrência, o desemprego, a superprodução escolar e a emigração (Gramsci, 1982, p. 12).

Conforme demonstrado no item 4.3.1 do presente trabalho, nos últimos dez anos, quadruplicou-se o número de vagas em faculdades de medicina. Esse fato corrobora a compreensão de que houve uma ampliação dos médicos, enquanto intelectuais, caminhando para uma massificação desse grupo, uma vez que ao menos uma das consequências previstas por Gramsci já ocorre: a superprodução escolar médica.

5 A PRECARIZAÇÃO DA CLASSE MÉDICA

Conforme apresentado ao longo deste trabalho, a área médica aparenta ter passado por intensos processos de precarização, iniciando-se desde o momento de formação dos(as) profissionais até o cotidiano da prestação de serviços (Albiazzetti, 2006).

No presente capítulo, buscará ser analisado três fenômenos que podem ter influenciado a precarização especificamente no que tange às condições de trabalho dos(as) médicos(as): Proletarização, Pejotização e Uberização.

Optou-se por dividir cada um dos fenômenos em itens distintos, a fim de que pudesse ser feita também uma contextualização social, econômica ou jurídica dos períodos, pois compreende-se que são aspectos relevantes, com intensa capacidade de refletir nos processos de precarização laboral.

5.1 Proletarização

Primeiramente, pontua-se que o termo proletarização aqui utilizado faz menção ao conceito de proletário utilizado por Marx (1984), que, em síntese, seria o sujeito que necessita de vender a sua força de trabalho àquele que detém os meios de produção, isto é, ao capitalista. Nessa toada, o trabalhador recebe um valor contraprestativo, mas que nunca se equipara à totalidade daquilo que produziu. O valor excedente, que não é repassado àquele que presta o serviço, trata-se da mais-valia, pertencente ao capitalista. Assim, na sociedade de classes, o capitalista era aquele quem contratava e detinha os lucros da produção, enquanto que o proletário seria aquele que trabalhava e era assalariado, sendo remunerado parcialmente pela sua produção.

Historicamente, a medicina é reconhecida por ser uma atividade majoritariamente liberal. Isto é, o(a) profissional possuía uma relação direta com o seu paciente, tendo autonomia não somente para definir o preço, a forma e o ritmo, mas também tendo conhecimento total do seu processo de trabalho (Pires, 2000). Numa análise clássica marxista, em que pese o(a) médico(a) não detivesse o controle dos maquinários e explorasse o trabalho excedente de algum trabalhador, ele também não parece se adequar à figura do proletário tradicional, esta muito ligada à lógica industrial, se vinculando mais àquele sujeito que desenvolvia uma

atividade específica na divisão social do trabalho, contribuindo parcialmente na esteira de produção de determinado produto.

Conforme demonstrado no item 2.2 do presente trabalho, a autonomia e a condição de profissional liberal dos(as) médicos(as) eram, inclusive, fatores que contribuíam para o prestígio da profissão. Entretanto, a partir do século XX, o trabalho médico passou a ser alterado tanto em relação à formação de especializações dos profissionais quanto à relação entre médico-paciente, ambos os movimentos ocorridos em grande parte pelo avanço tecnológico e científico da área (Bonelli, 2002).

Em sua obra "O privilégio da servidão", Antunes (2018) cita as tradicionais profissões de advogado(a) e médico(a) para informar que no passado eram tidas como liberais. Nesse sentido, possuíam uma atuação mais individualizada, destacando-se por ser um trabalho mais intelectual do que manual, posicionando seus agentes num lugar de destaque entre os membros da classe média. Entretanto, para o autor, alguns desses setores vivenciaram um processo denominado de "proletarização", configurando a formação de um proletariado de *serviços*.

De acordo com Antunes (2018), a inserção cada vez maior de tecnologias e novos maquinários nas relações de trabalho trata-se de uma busca por aumento da produtividade e, conseqüentemente, dos mecanismos de intensificação da extração do sobretrabalho. Em consonância, Braverman (1974) já destacava que a partir do momento em que o indivíduo não mais oferecesse seu trabalho diretamente ao consumidor, mas, ao contrário, vendesse-o para algum capitalista - que o revenderia no mercado de bens - teria ocorrido a produção capitalista no mercado de serviços.

De acordo com Albiazzetti (2006) o que difere o proletário clássico do passado para o proletário atual reside no fato de que este último não se concentra somente nas indústrias, posto que a proletarização se estendeu para os mais diversos setores da sociedade, inclusive o de serviços. Para Alves (1999), o novo proletariado de serviços perde o seu valor real, uma vez que, além de se submeter ao assalariamento, ainda é prejudicado pelo fato de a sua contraprestação não acompanhar o rendimento do capital.

No Brasil, a partir dos anos 1960, iniciada pelas políticas governamentais de instituição da medicina previdenciária, paulatinamente, houve uma passagem do modelo de medicina liberal para um modelo de medicina assalariada (Tomazi, 1985).

A contratação por meio do assalariamento teoricamente se daria somente por duas vias: ou por meio de vínculo estatutário ou empregatício. Contudo, os demais vínculos de médicos(as) com entes públicos (nem sempre corretamente formalizados) ou com cooperativas e convênios mais se assemelham ao modelo assalariado do que liberal, posto que nesses tipos de relações também há a exploração da força de trabalho (Albiazzetti, 2006).

Sobre a forma de remuneração dos(as) médicos(as) pelas entidades de saúde, pontua-se que ela pode se dar por meio de diferentes modelos, tanto na esfera pública quanto na esfera privada. Tal variedade ocorre, sobretudo, em decorrência de interesses e estratégias - que nem sempre coincidem - desses(as) profissionais, dos hospitais, do governo e de terceiros pagadores. Para os atores desta relação, a opção por determinada forma de remuneração perpassa por distintos fatores, que vão desde regimes de tributação mais "benéficos" até modalidades de divisão de responsabilidades éticas e financeiras (Girardi; Carvalho; Girardi, 2007).

Para fins de análise específica sobre o movimento de proletarização da área médica, aqui serão citadas somente três formas de remuneração, conforme definições utilizadas pela Agência Nacional de Saúde (ANS). Primeiramente, cita-se a modalidade *Fee For Service* (FFS), que na tradução literal do inglês significa "taxa de serviço". Trata-se de um modelo que pressupõe determinada tabela de valores para cada procedimento ou item utilizado pelo(a) profissional. Isto é, antes da prestação de serviços, o paciente já possui a ciência de quanto deverá pagar. O FFS destaca-se por incentivar o pagamento baseado na quantidade de serviço prestado e, conseqüentemente, pela concorrência entre os (as) médicos (as) pelos pacientes. A principal crítica deste modelo reside no fato de permitir que a oferta influencie a demanda, possibilitando um excesso de procedimentos realizados pelos profissionais, podendo comprometer não somente a sua própria saúde, como aquela que é ofertada ao paciente (Agência Nacional de Saúde, 2019).

A segunda modalidade a ser citada é a *Capitation*, que do inglês significa Captação. Nesse formato, o(a) médico(a) é remunerado(a) por meio de um valor fixo para cada paciente atendido (*per capita*), de modo que a prestação de serviço é previamente definida para uma população específica, durante determinado intervalo de tempo. Assim, o(a) profissional é pago(a) de acordo com o número total de pacientes atendidos, multiplicado pelo valor fixo unitário. Em que pese o modelo

permita que a remuneração seja alterada de acordo com as especificidades do paciente (como idade, gênero, comorbidade, etc), ele pode levar (i) à subprodução dos serviços (uma vez que a contraprestação não se baseia na quantidade de serviços prestados) e (ii) à precarização da saúde ofertada (pois remunera-se pelo total de pacientes *atendidos*, e não necessariamente *tratados*) (Agência Nacional de Saúde, 2019).

Já a terceira modalidade seria o Assalariamento, na qual o (a) trabalhador (a) é pago, via de regra, de acordo com o tempo à disposição de seu empregador, não sendo, portanto, vinculado à quantidade ou qualidade de serviços prestados (Agência Nacional de Saúde, 2019). Sobre tal definição, é importante pontuar que, ao contrário do que determina o Guia da ANS, a relação de emprego não exclui a possibilidade de remuneração do trabalhador em decorrência de sua produtividade. O artigo 457 da CLT, no seu parágrafo 4º, informa que em razão de desempenho superior ao ordinariamente esperado, o empregador pode conceder ao empregado premiações, seja por meio de bens, serviços ou até mesmo valor em dinheiro (Brasil, 1943).

De acordo com Médici e Girardi (1996), há um corporativismo peculiar entre a classe médica decorrente da percepção de autonomia de seus membros, que atua como um elemento de oposição ao assalariamento e viabiliza formas de contratação que se desviam da relação de emprego. Tal posicionamento vai ao encontro da análise feita no item 4.4.2 do presente trabalho, que destaca a compreensão dos(as) médicos(as) sobre si a partir da perspectiva de Gramsci (1982), configurando-os(as) como intelectuais tradicionais, que se percebem como independentes ao grupo social dominante.

Além da oposição dos(as) próprios(as) profissionais, o modelo de Assalariamento também é criticado por diversos gestores e pesquisadores da área da saúde. Para Gosden (*et al*, 2001), essa modalidade acarreta um baixo nível na entrega de serviços, como visitas médicas, retornos, número de exames e procedimentos. De acordo com os autores, essa consequência negativa advém da falta de incentivo à produtividade. Por outro lado, constataram que nesse formato as consultas costumam ser mais longas, com um foco ampliado no tratamento preventivo, possivelmente acarretando uma satisfação maior do paciente. No mesmo sentido, Rochaix (1998) aponta que os(as) médicos(as) assalariados(as)

estariam mais propensos(as) a oferecer cuidados adequados, justamente porque não possuem motivação para a super ou a subprodução.

Para Bertero (2002), a proletarização da classe médica decorreu do crescimento do trabalho assalariado e da generalização da forma de trabalho industrial-produtiva. Já Donnagelo (1975) apresenta um contraponto, afirmando que a proletarização médica também pode ter sido influenciada pelo empobrecimento geral da população nos anos 1970, que não possuía condições de arcar com os custos de consulta médicas particulares, necessitando de convênios, públicos ou privados, para conseguirem acessar os serviços médicos. Desde então, as operadoras de saúde foram legalmente obrigadas a disponibilizar aos pacientes uma série de exames e demais recursos diagnósticos ou terapêuticos, de acordo com os avanços tecnológicos, o que tornou toda a operação necessariamente cara. Por essa razão, de acordo com a autora, os(as) médicos(as) passaram a necessitar do intermédio das empresas de saúde para terem pacientes, que ao longo do tempo também reduziram os valores de pagamento dos(as) profissionais.

Segundo Albiazzetti (2006), diante das circunstâncias do mercado que inviabilizam a atuação exclusiva da atividade liberal, os(as) médicos(as) buscam se adaptar a partir da multiplicidade de vínculos de trabalho. Portanto, não seria uma escolha baseada num ideal, tampouco uma preferência pessoal, mas sim uma alternativa encontrada diante das adversidades enfrentadas pela profissão. Diante desse cenário, segundo a autora, há a redução progressiva dos salários e o aumento das jornadas de trabalho, exigindo-se dos profissionais uma atuação 24/7, permanecendo conectados à empresa, citando-se o exemplo dos (as) médicos (as) que realizavam plantões à distância ou, ainda, os (as) que utilizavam *pager*.

Considerando que a pesquisa realizada por Albiazzetti foi realizada ainda em 2006, no cenário atual, quase 20 anos depois, é de se esperar que a situação dos (as) profissionais tenha se agravado. Tal análise, contudo, será realizada nos itens a seguir, destacando-se, primeiramente, o fenômeno da pejotização e, em sequência, o da uberização.

5.2 Pejotização

A Pejotização é um neologismo para designar uma fraude na qual transforma-se uma pessoa natural em pessoa jurídica, isto é, numa "PJ", com a

intenção de reduzir impostos e encargos sociais inerentes à uma contratação celetista. Em que pese na teoria a relação contratual aparente ser de cunho comercial, ao ser analisada na prática, percebe-se a presença de todos os requisitos do vínculo de emprego, tratando-se, portanto, de uma relação trabalhista. A partir desse fenômeno, ocorre a precarização direta da relação empregatícia, uma vez que a prestação dos serviços deveria ser realizada por um empregado formalmente admitido, com toda a rede de proteção e de direitos a ela inerentes (Teodoro; Mello, 2015).

Embora o fenômeno da pejetização gere um grande impacto na área trabalhista, destaca-se que a sua utilização passou a se dar a partir de uma lei do âmbito tributário. Inicialmente, a Lei 11.196 de 21 de novembro de 2015 havia sido sancionada com objetivo principal de criar novos modelos de tributação para as pequenas e médias empresas. Contudo, o artigo 129 da referida lei poderia sugerir que a contratação de serviços intelectuais, como a medicina, fosse constituída por meio de uma pessoa jurídica, mas destacando que seus efeitos se limitariam aos campos fiscais e previdenciários:

Art. 129. Para fins fiscais e previdenciários, a prestação de serviços intelectuais, inclusive os de natureza científica, artística ou cultural, em caráter personalíssimo ou não, com ou sem a designação de quaisquer obrigações a sócios ou empregados da sociedade prestadora de serviços, quando por esta realizada, se sujeita tão-somente à legislação aplicável às pessoas jurídicas, sem prejuízo da observância do disposto no art. 50 da Lei no 10.406, de 10 de janeiro de 2002 - Código Civil (Brasil, 2015).

Ao longo dos anos, a contratação de profissionais pejetizados foi alvo de intenso debate doutrinário e jurisprudencial. Aqueles que são adeptos à essa modalidade afirmam que as vantagens são percebidas tanto para o contratante quanto para o contratado, posto que ao se afastar o vínculo empregatício haveria uma incidência menor da carga tributária para ambos. Por outro lado, os críticos destacam que todo trabalhador, enquanto parte hipossuficiente da relação, deve ser protegido pelas leis trabalhistas, que vão muito além da mera questão econômica, pois viabiliza ao empregado uma gama de proteções sociais (Kfoury Neto; Bizigato Júnior; Souza, 2019).

Dentre os princípios que norteiam o Direito do Trabalho, importante aqui se destacar o Princípio da Primazia da Realidade sobre a Forma. Em síntese, ele estabelece que se deve preferenciar a prática concreta realizada pela prestação de

serviços, ainda que a vontade manifestada formalmente pelas partes tenha sido outra. Isto é, o que ocorre na prática deve se sobrepor ao que foi acordado em teoria, alterando-se o contrato outrora compactuado, criando novas obrigações e direitos para os envolvidos (Delgado, 2001). Dessa maneira, a contratação pejotizada, supostamente viabilizada pela referida lei de cunho tributário, se mostra ineficaz quando analisada sob a perspectiva trabalhista, uma vez que para esta seara jurídica independe o arranjo contratual realizado entre as partes, uma vez que a relação de emprego será verificada no caso concreto.

Sobre o tema, o Supremo Tribunal Federal tem confrontado diretamente as decisões do Tribunal Superior do Trabalho, se posicionado favoravelmente às contratações pejotizadas, sobretudo em relação aos(as) médicos(as). Aparentemente, o Tribunal vem fazendo uso interpretativo diverso da figura da Terceirização, tratando-a como instituto equivalente à Pejotização, e, ainda, apoiando-se na figura do trabalhador hipersuficiente. Contudo, antes de se adentrar tal discussão, mais uma vez buscando manter-se o rigor metodológico, destaca-se que o conceito de Terceirização aqui utilizado perpassa pela definição apresentada por Viana e Teodoro (2017) no artigo "Misturas e fraturas do trabalho: do poder diretivo à concepção do trabalho como necessidade".

Primeiramente, os autores destacam que, na língua portuguesa, o referido termo tem sido utilizado em dois sentidos distintos, mas complementares. Isto porque "de um lado, a empresa joga para fora etapas de seu ciclo produtivo. De outro, traz para dentro empregados de outra empresa" (Viana; Teodoro, 2017, p. 328). Enquanto a primeira definição se refere a uma evolução oriunda da segunda metade do século XX, iniciada nas indústrias de automóveis, a segunda, remonta cenários ainda da Grécia antiga, referindo-se ao aluguel de escravos para trabalharem em minas. Dessa forma, o primeiro modo de terceirização fragmenta os trabalhadores de maneira objetiva, ao passo que, o segundo modo, fragmenta-os de maneira subjetiva.

No Brasil, a concretização da Terceirização se deu ainda em 1974, por meio da Lei 6.019 (Brasil, 1974). Por muito tempo, o entendimento dos tribunais sobre o tema foi no sentido de que a contratação de trabalhadores terceirizados só seria lícita se atuassem na execução de atividades-meio da empresa, e não de atividades-fim. Tal entendimento era consolidado, inclusive, por meio da Súmula 331 do Tribunal Superior do Trabalho - TST. Contudo, em 2017, com o advento da Lei

13.429, que alterou a Lei. 6.019/74, e da Lei 13.467, que alterou o texto da própria CLT, foi legalizada a expansão do uso da Terceirização, legitimando-se o seu uso, inclusive, para trabalhadores que fossem executar a atividade-fim da empresa.

Apesar das críticas, em 2020, ao decidir sobre o AgR-Rcl 39.351, o STF compreendeu pela legalidade da contratação de profissionais liberais na prestação de serviços terceirizados para atividade-fim da empresa contratante.

Entretanto, diferentemente da Terceirização, a Pejotização não possui amparo legislativo para sua utilização, isto é, não possui uma lei expressa sobre sua legalidade. Em que pese possam ser semelhantes, os institutos possuem especificidades que os diferem. Na terceirização, a relação jurídica é triangular, pois envolve o tomador de serviços, a empresa prestadora e o trabalhador. Já na pejotização, a relação é bilateral, de modo que se contrata diretamente a pessoa física que representa a pessoa jurídica (Kfouri Neto; Bizigato Júnior; Souza, 2019).

Por essa razão, conforme mencionado anteriormente, o STF parece legitimar as contratações pejotizadas por meio da terceirização e, também, da figura do trabalhador hipersuficiente. Esta última também adveio com a Lei de nº 13.467/17, a partir da inclusão do parágrafo único do artigo 444 da CLT (Brasil, 2017). Em síntese, trata-se daquele trabalhador que, teoricamente, teria condições de negociar diretamente com o seu empregador cláusulas contratuais que outrora somente poderiam ser feitas por meio da negociação sindical. Para tanto, exige-se que o empregado seja "portador de diploma de nível superior e que perceba salário mensal igual ou superior a duas vezes o limite máximo dos benefícios do Regime Geral de Previdência Social" (Brasil, 2017).

Para Boltanski e Chiampello (2020), o capitalismo possui uma alta capacidade de se adaptar às críticas que recebe, para tanto, mesmo subvertendo as regras vigentes, ele se amolda de modo a transparecer que as alterações ocorridas se deram mediante um processo de modernização e, portanto, benéfico. Nesse sentido, Oliveira (2022) afirma que a constituição do trabalhador hipersuficiente é justamente uma tentativa do empresariado de inserir o fraudulento trabalhador pejotizado na esfera celetista, tornando-o uma figura lícita.

Da mesma maneira, Padilha (2017) considera que a figura do empregado hipersuficiente trata-se de uma tentativa de inverter a própria lógica do Direito do Trabalho, uma vez que caracteriza a condição de hipossuficiência a partir de um aspecto subjetivo, isto é, por meio do grau de conhecimento técnico do trabalhador.

Entretanto, a hipossuficiência decorre também da dependência econômica que o empregado possui, posto que necessita de vender sua força de trabalho para sobreviver.

Contudo, em 2022, ao decidir sobre a Rcl 47.843, além de aparentemente ter "legitimado" a pejetização, o STF subverteu a normativa trabalhista, pois o critério de subordinação da relação entre empregado e empregador foi afastado em decorrência do simples fato de que se tratavam de médicos(as) e que, portanto, seriam hipersuficientes. No voto proferido pelo Ministro Luís Roberto Barroso restou claro este entendimento:

Aqui, não acho que estejamos diante de uma questão de proteção de direitos trabalhistas propriamente, inclusive porque não estamos lidando com hipossuficientes que precisam ser substituídos ou representados pelo Ministério Público do Trabalho. Estamos lidando com médicos que, inclusive, e com muita frequência, têm diversos trabalhos e, portanto, não têm uma subordinação direta a um único empregador, a um único hospital ou a uma única empresa de saúde. Constituem empresas para ter um regime tributário melhor – uma decisão tomada por pessoas informadas e esclarecidas, e não hipossuficientes.

[...]

Repito que, se estivéssemos diante de trabalhadores hipossuficientes, em que a contratação como pessoa jurídica fosse uma forma, por exemplo, de frustrar o recebimento do fundo de garantia por tempo de serviço ou alguma outra verba, aí acho que uma tutela protetiva do Estado poderia justificar-se. Gostaria de lembrar que não são só médicos, hoje em dia – que não são hipossuficientes –, que fazem uma escolha esclarecida por esse modelo de contratação. Professores, artistas, locutores são frequentemente contratados assim, e não são hipossuficientes. São opções permitidas pela legislação (Brasil, 2022).

Dessa maneira, parece possível afirmar que o STF, a partir das citadas decisões, busca realizar um apagamento das divisões firmadas para a configuração do vínculo empregatício. Isto é, embora, na prática, esteja presente a prestação de serviços por pessoa física, pessoalidade, onerosidade, não eventualidade e subordinação, o fato de se tratar de um(a) médico(a) e, portanto, configurar-se como um(a) profissional “hipersuficiente”, tal fato por si só já seria o bastante para que fosse reconhecida a legalidade da pejetização e o afastamento do vínculo de emprego. De acordo com as decisões do STF, a condição e requisito necessários resume-se tão somente à capacidade econômica do trabalhador, negando-se a sua vulnerabilidade.

Entretanto, uma renda mais alta auferida pelo trabalhador impõe um padrão de consumo também mais alto, de modo que seu estado de necessidade

permanece. Além disso, ao contrário dos trabalhadores hipossuficientes, os hipersuficientes encontram maior dificuldade em encontrar uma recolocação que ofereça o mesmo patamar funcional e salarial, justamente porque são um exceção, atuam num mercado nichado, que por vezes apresenta uma taxa menor de rotatividade de empregados (Teodoro; Andrade, 2019). Portanto, esses trabalhadores, como no caso dos(as) médicos(as), se mostram tão dependentes - ou até mais - da relação de emprego do que aqueles que percebem um salário mediano, uma vez que há um comprometimento ainda maior de sua renda para manter o padrão e condição de vida adotados.

Viana e Teodoro (2017) demonstram que numa sociedade capitalista o consumidor se encontra vulnerável para satisfazer as necessidades que lhe são impostas. Da mesma maneira, percebe-se que o trabalhador também está nesse estado de vulnerabilidade, uma vez que o seu emprego se torna necessário para que ele sobreviva, afinal, se o consumo pressupõe a renda, a renda pressupõe o trabalho. A conclusão dos autores é de que a necessidade de consumir e a necessidade de trabalhar são faces da mesma moeda numa sociedade capitalista, uma vez que ao subtrair os meios de produção dos trabalhadores, “o sistema os tornou *necessariamente* dependentes do emprego e do consumo” (Viana; Teodoro, 2017, p. 320). No mesmo sentido, tratando especificamente sobre a área da medicina, Bertero (2002) afirma que o(a) médico(a) passou a participar da divisão social do trabalho quando se viu dependente do labor de outros indivíduos, contribuindo com a valorização do capital à medida em que se alinhava aos interesses empresariais na busca pelo lucro.

Os fenômenos da proletarianização e pejetização parecem comprovar a precarização da área médica, agravando ainda mais a situação quando houve a sobreposição de um sobre o outro. Isto porque a proletarianização retirou a condição autônoma e liberal da profissão, mas, por outro lado, parece possível afirmar que pelo menos a tornou mais segura, posto que diante do assalariamento dos(as) profissionais, eles passaram a receber um salário fixo - ainda que fosse um valor inferior ao que recebiam num momento anterior - e a gozar da rede de proteção social que o vínculo empregatício garante. Entretanto, diante do fenômeno da pejetização, a profissão permaneceu sem a condição de liberal - outrora retirada pela proletarianização, mas tornou-se ainda mais prejudicada, pois agora a segurança da relação de emprego também lhes foi retirada.

Conforme será abordado no próximo tópico, o terceiro fenômeno da precarização, a Uberização, possivelmente agravará ainda mais as condições de trabalho dos(as) médicos(as), uma vez que neste modelo não se remunera pelo tempo à disposição, mas sim pela atividade efetivamente desempenhada, sem espaço de negociação de valores entre o trabalhador e o consumidor.

5.3 A uberização da área médica

Inicialmente, informa-se que o termo uberização trata-se de um neologismo inspirado na empresa multinacional Uber, que faz alusão ao modo que as plataformas de transporte mediam as relações de trabalho por meio de aplicativos. Nesse arranjo, teoricamente, os trabalhadores não se conectam enquanto empregados formais, mas sim como consumidores da tecnologia (Matos, 2021).

De acordo com Abílio (2017), em que pese o termo uberização possa ser atrelado à evolução tecnológica, o modelo de trabalho que ele representa não se iniciou a partir da Economia Digital. Isto porque, segundo a autora, ele se baseia na precarização do trabalho, que trata-se de um fenômeno que já se desenvolve há décadas, buscando transferir os riscos e custos do negócio para uma multidão de trabalhadores "autônomos", remunerados não mais pelo tempo à disposição, mas sim pelo número de serviços executados. Dessa maneira, a uberização parece se tratar mais de um descolamento de *operacionalização* do que de um *formato* do trabalho, uma vez que a inovação se encontra no software das empresas, que administra e intermedia a relação entre aquele que presta o serviço e aquele que o consome.

Para Pochmann (2016), a uberização trata-se de uma nova fase, que se caracteriza pela autonomização dos contratos de trabalho. O trabalhador passa a arcar com os custos do negócio, tendo de negociar diretamente e individualmente com o seu empregador acerca da sua jornada e do seu pagamento. Assim, segundo o autor, por meio da uberização, finalmente a flexibilização atingiu o seu objetivo primordial: consolidar a figura do trabalhador "just in time", isto é, um trabalhador disponível para o labor, mas que é remunerado na estrita medida da necessidade. Nesse modelo, embora o capital conte com a disponibilidade dos trabalhadores, ele não os paga mais por isso (Abílio, 2020).

Na área médica, a uberização se concretiza, inicialmente, através dos serviços de *Telemedicina*. Em atenção às exigências metodológicas, o presente trabalho irá adotar a definição do referido termo de acordo com a OMS, que o caracteriza como "a prestação de serviços de consulta e atenção médica mediante tecnologias de informação síncronas e capazes de mimetizar a presença médica, como videoconferência" (Organização Mundial da Saúde, 2010 *apud* Costa; Sola; Garcia, 2020).

Segundo Maldonado, Marques e Cruz (2016), o Brasil é um local propício para o desenvolvimento e expansão da telemedicina em decorrência de três principais motivos, sendo eles: (i) a grande extensão territorial, (ii) a distribuição desigual de profissionais entre as regiões, e (iii) a existência de locais remotos com dificuldade de acesso a serviços.

Desde 2007, o Ministério da Saúde já havia criado o Programa Nacional de Telessaúde, mas com o uso direcionado para pesquisas, sem foco comercial. A classe médica, por meio do Conselho Federal de Medicina - CFM, aparentava ser contrária à inserção desse modelo tecnológico de prestação de serviços, uma vez que até o ano de 2019, o único uso permitido era para fins de emissão de laudos digitais. Contudo, diante da pandemia da COVID-19 em 2020, por meio da Portaria nº 467, o Ministro da Saúde da época expandiu as possibilidades de aplicação da telemedicina a fim de atender às demandas emergenciais da população (Matos, 2021). Seguidamente, em 15 de abril do referido ano, foi sancionada a Lei nº 13.989, que mais tarde foi revogada pela Lei nº 14.510 de 27 de dezembro de 2022 para autorizar e disciplinar a prática de telessaúde em todo o território nacional, sem restrição ou vinculação ao período pandêmico. Para tanto, o CFM, por meio da Resolução nº 2.314, regulamentou e definiu a forma de serviços médicos mediados por tecnologias de comunicação (Brasil, 2022).

De acordo com Costa, Sola e Garcia (2020), a uberização da área médica pode acarretar benefícios para todos os atores envolvidos na relação. Por exemplo, citam a redução de custos operacionais; a simplificação do processo de entrada para novos(as) médicos(as); a ampliação do alcance de mercado sobre uma área mais extensa e a padronização de serviços. Consequentemente, essas alterações gerariam uma maior competição por custos mais baratos, impulsionando uma contínua busca por maior eficiência. Entretanto, se por um lado a telemedicina poderia viabilizar ao paciente mais serviços por menores custos, por outro, parece

que esses benefícios se sustentariam a partir da absorção dos riscos do negócios pelos próprios trabalhadores.

Em que pese aqui se reconheça as especificidades do cenário médico - que são muito distantes das realidades sociais de motoristas de aplicativo - justamente por tratar-se dos profissionais com um dos maiores salários do país é que se acredita ser uma área extremamente propensa a sofrer este processo de uberização. Tal interesse se comprova, por exemplo, pela pejetização cada vez maior dos profissionais da medicina, conforme demonstrado no item anterior, uma vez que possibilitam a diminuição dos custos para as empresas de saúde e até mesmo para o Estado. A experiência com os trabalhos uberizados aponta justamente para a transferência dos custos do negócio para o próprio trabalhador, em afronta direta ao artigo 2º da CLT. Não somente isso, indica também a redução gradativa das contraprestações, conforme destacado por b Oliveira:

[...] nessas plataformas vários riscos do negócio são repassados ao trabalhador, a exemplo do cancelamento das chamadas, do tempo de espera não remunerado e do risco social de doença ou acidente, além das despesas com equipamentos ou veículos. A faixa salarial desses trabalhadores, a partir de um tempo de vivência de trabalho via plataforma, é bastante diminuta e, logicamente, inversa às propagandas que as plataformas fazem (Oliveira, 2020).

Em relação às condições de trabalho, tem-se que os efeitos da proletarização se distingue daqueles oriundos da uberização, uma vez que esta última "se afasta das percepções correntes sobre trabalho e emprego para admitir estruturas bem mais flexíveis" (Costa; Sola; Garcia, 2020, p. 80).

A título de comparação, considerando-se o cenário entre a Uber e os motoristas de automóveis urbanos, tem-se que a plataforma atinge o que Jorge, Barcelos e Teodoro (2021) denominaram como "patamar máximo exploratório". De acordo com as autoras, a transferência dos custos para o trabalhador sem qualquer contrapartida de direitos ou garantias trabalhistas acarreta uma dupla exploração por parte da plataforma. Isto porque, além de explorar a mão de obra, ela também explora os próprios meios e instrumentos de produção, posto que ela não possui nenhum automóvel ou motocicleta.

No modelo de trabalho uberizado, os riscos absorvidos pelo trabalhador são transformados em estímulos à produtividade, caracterizando um novo controle sobre o labor, denominado "gamificação", que faz referência ao termo inglês *game*, isto é,

ao jogo (Abílio, 2020). Trata-se de um "desafio" lançado a quem queira se arriscar trabalhando, ainda que sem nenhuma garantia, posto que cabe somente à empresa-aplicativo a definição das "regras do jogo" e, possivelmente, do próprio vencedor, demonstrando que ao invés de alguma aleatoriedade algorítmica, possivelmente trata-se de esquema programado de bonificação (Oliveira, 2021). Assim, parece que a maximização da exploração da força de trabalho se fantasia de forma lúdica, *friendly*, "moderna".

O objetivo mais imediato da gamificação é promover o engajamento de trabalhadores e consumidores por meio de desafios e competições baseados em desempenho e incentivos e, em decorrência disso, obter melhores resultados (Dymek & Zackariasson, 2016b). A definição seminal de Deterding, Khaled, Nacke e Dixon (2011) inspirou autores como Woodcock e Johnson (2018) a apreenderem gamificação como a aplicação de sistemas de jogos (competição, prêmios, quantificação do comportamento do usuário) em domínios que não têm relação com aqueles, como no trabalho (Oliveira, 2021, p. 2).

Diante desse cenário de gamificação, repisa-se os estudos de Byung-Chul Han (2015) e Jonathan Crary (2014), citados no item 4.2 do presente trabalho, para descrever a Sociedade do Cansaço e o preço do sono, destacando-se de que forma o indivíduo atual se encontra num permanente estado de necessidade de produzir. O trabalho uberizado, por meio da gamificação, utiliza-se desse sentimento instigante, fazendo com que o trabalhador permaneça conectado, prometendo recompensas cada vez maiores e melhores. De acordo com Oliveira (2021), a manutenção do trabalhador *just in time* é viabilizada, por exemplo, a partir de mensagens quando o sujeito deseja se desconectar do aplicativo: "tem certeza de que deseja ficar offline? A demanda é muito alta na sua área. Ganhe mais dinheiro, não pare agora!" (OLIVEIRA, 2021, p. 7). Ou então, por meio do despacho automático de demandas, isto é, antes de finalizar uma atividade, o aplicativo já direciona uma nova tarefa para o trabalhador, tornando a sua realização quase irresistível (Mason, 2019; Scheiber, 2017; Susser *et al.*, 2019, *apud* Oliveira, 2021).

Para Oliveira (2021), há, ainda, uma terceirização da função de gerente para os próprios consumidores, criando-se uma economia da reputação (Slee, 2017). Sobre tal ponto, especificamente em relação à área médica, Costa, Sola e Garcia (2020) demonstram que, além da precarização das condições de trabalho, a uberização também poderá promover a perda de credibilidade dos(as) médicos(as) perante seus próprios pacientes. De acordo com os autores, há algumas décadas

atrás, quando se optava pela medicina em face de outras formas tradicionais, religiosas e alternativas de cura, era perceptível o papel legitimador que as associações profissionais (como os Conselhos Regionais de Medicina), os locais de formação (como as universidades) e os locais de atuação (como os hospitais) detinham perante a sociedade. Pontua-se, contudo, que essa preferência pelas fontes "cientificamente certificadas" não foi por acaso, tratando-se de um movimento organizado e racionalizado pela classe médica ainda no final do século XVIII, que contou com o apoio governamental, conforme descrito no item 2.2 do presente trabalho.

De toda forma, retomando-se o ponto abordado por Costa, Sola e Garcia (2020), antigamente a escolha por um(a) médico(a) perpassava pela validação conferida não somente pelos atores descritos no parágrafo anterior, como também pelas próprias redes locais de confiança e reputação dos pacientes. Contudo, a partir da uberização da área médica, é possível que haja uma transferência desse papel de legitimação para os próprios aplicativos que intermediam a relação médico-paciente, e, conseqüentemente, para os consumidores que avaliam os serviços.

Se o sistema não permite a escolha do prestador de serviço pelo consumidor, como, por exemplo, o próprio sistema da Uber, **a confiança do usuário deve se centrar completamente na figura do intermediador**, já que ele não possui de antemão informações sobre o prestador. Nesse caso, ao invés de confiar na autoridade pública para certificação de motoristas privados (no caso de táxis, o alvará é de competência municipal), o usuário confia particularmente na plataforma e, em um momento posterior ao ingresso na rede e de menor importância, nas avaliações de outros usuários sobre aquele provedor. Assim, haveria sobretudo o deslocamento da confiança de uma instituição para outra com um sistema de avaliação em rede que auxilia a decisão do consumidor. Se a plataforma permite ao consumidor verificar todas as informações sobre reputação antes da decisão de aquisição do serviço, como, por exemplo, a plataforma Airbnb, **a confiança se centra nas avaliações em rede, em maior medida, e na plataforma, em uma menor medida** (Costa; Sola; Garcia, 2020, p. 81, grifo nosso).

A uberização da área médica, além de intensificar os malefícios oriundos da proletarianização e da pejetização, parece também capaz de acarretar a diminuição da credibilidade que os(as) profissionais possuem perante o paciente. Não somente por isso, aparenta viabilizar novos meios de exploração da força de trabalho dos(as) médicos(as), valendo-se de ferramentas tecnológicas para remunerá-los na medida

daquilo que for efetivamente realizado, afastando-se o pagamento do tempo à disposição.

A título comparativo, analisando-se as consequências deste processo para os motoristas, é perceptível que as condições de trabalho foram agravadas profundamente (Abílio, 2020; Pochmann, 2016; Slee, 2017; Jorge, Barcelos e Teodoro 2021). Ao comparar-se este fenômeno com a área médica - considerando que os(as) profissionais aparentam (i) sofrer da Síndrome de Patrão (Teodoro, 2017), (ii) compreender-se como intelectuais tradicionais (Gramsci, 1982), (iii) possuir um código interno e implícito de trabalho que permite, ainda que indiretamente, o assédio moral (Dejours, 1992. Vattimo; Belfiore, 2019) e (iv) colocar em risco a sua própria saúde em troca de melhores remunerações (Han, 2015. Crary, 2014) -, parece possível afirmar que a uberização se mostrará como mais um processo de precarização da área. Dessa maneira, as condições laborais provavelmente irão se agravar, trazendo riscos tanto para o(a) médico quanto para o paciente que ele(a) atende.

6 CONCLUSÃO

A profissão médica, talvez mais do que qualquer outra no Brasil, possui um grande prestígio e elevado destaque social. Tal posição, contudo, não os afasta, tampouco os torna imunes aos interesses capitalistas que, na busca pelo aumento do lucro, ao longo dos anos intensificaram a exploração da mão de obra e, conseqüentemente, precarizam as condições de trabalho.

Inicialmente, o capítulo 2 do presente trabalho buscou analisar o porquê de a profissão médica se encontrar nessa posição de destaque social. Para tanto, foi necessário realizar uma retrospectiva histórica, que demonstrou a evolução de trabalhos em saúde até a especialidade da profissão médica. Nesse sentido, percebeu-se que o exercício das atividades médicas, em relação ao tratamento de enfermos, se iniciou ainda nas primeiras civilizações, tratando-se de um processo artesanal, realizado por indivíduos específicos que detinham o reconhecimento do grupo social.

A partir da Idade Média, os trabalhos em saúde passaram a ser desempenhados por agentes distintos, desenvolvendo-se uma divisão das tarefas que, mais tarde, vieram a dar lugar a diversas profissões, dentre elas, a médica. Ainda no mesmo capítulo, realizou-se um recorte geográfico, buscando compreender a origem do prestígio que o(a) médico(a) possui no Brasil. Assim, demonstrou-se que esse fenômeno perpassou por um processo iniciado no século XVIII, no qual os(as) atuantes da medicina da época buscaram estabelecer um domínio de clientela e de conhecimento, contando com o apoio do governo e da igreja católica para tanto. Tanto a hierarquia médica perante os demais profissionais da saúde, bem como a abominação de tratamentos não convencionais (como religiosos ou curandeiros) foram instituídos a partir de uma campanha para enaltecimento máximo do conhecimento científico.

No capítulo 3, inicia-se com a evolução da distinção social que se fazia entre aqueles que optavam pelo tratamento médico, cientificamente reconhecido, e os que permaneciam utilizando-se de tratamentos religiosos, curandeiros. A partir dos anos 70, essa distinção se agravou diante do processo de mercantilização da área da saúde. Em que pese tenha se reconhecido os grandes avanços e melhorias para a população em geral, comprovou-se que a partir do momento em que a saúde se tornou uma mercadoria, ela não passou ilesa pelo processo de produção capitalista.

Isto é, ao mesmo tempo em que viabilizou a solução para quadros de doenças, também intensificou outros tipos de enfermidades, tornando-se um bem de consumo capaz de distinguir classes sociais.

O capítulo 4, por sua vez, objetivou compreender as especificidades do trabalho médico, comprovando-se que, embora seja uma profissão bem remunerada e detentora de *status* social, exige dos(as) seus(suas) profissionais extenuantes jornadas de trabalho, sem respeito aos intervalos específicos da profissão. Além disso, demonstrou-se o aumento do número de acadêmicos(as) de medicina nos últimos anos, apontando para uma contínua piora das condições de trabalho, com a consequente redução de remunerações.

Por compreender-se os limites do Direito, a pesquisa também analisou a profissão médica sob uma perspectiva da sociologia do trabalho. Portanto, utilizou-se dos estudos de: Han (2015), para identificar a inserção dos(as) médicos(as) na Sociedade do Cansaço; Crary (2014) para analisar os regimes de plantão típicos da área médica, que desvalorizam o sono e os intervalos para descanso; Dejours (1992) para identificar um código interno e implícito de trabalho que permite o assédio moral entre os(as) médicos(as) desde o momento de sua formação; e Gramsci (1982) para explicar o sentimento de independência e autonomia que os(as) profissionais da medicina sentem perante os grupos dominantes, uma vez que se identificam como intelectuais tradicionais.

Por fim, no capítulo 5, buscou-se analisar como as condições gerais de trabalho médico foram piorando ao longo dos anos. Para tanto, foram analisados três momentos específicos que demonstraram que o início desse processo se iniciou ainda nos anos 60, a partir da proletarização, seguido pela pejotização e, finalmente, pela uberização atual. Nos dois primeiros momentos, percebeu-se o apoio do próprio Estado nessa piora das condições de trabalho, uma vez que a proletarização iniciou-se com o processo de assalariamento da classe a partir da instituição da medicina previdenciária. Já em relação à pejotização, identificou-se que pelas decisões do STF tem sido feito uso interpretativo diverso das normas trabalhistas, contrariando-se um dos princípios basilares do Direito do Trabalho, qual seja, o da Primazia da Realidade sobre a Forma, em nome de uma análise estritamente econômica sobre as relações de trabalho. Por sua vez, o processo de uberização, quando comparado com os motoristas de aplicativo, também indica uma piora das condições trabalhistas e diminuição das remunerações.

Os cenários identificados pela presente pesquisa demonstraram que admiração e o respeito intrínsecos à medicina parecem atuar como fatores que afastam os(as) médicos(as) da autopercepção enquanto classe trabalhadora, impedindo-os de perceberem o cenário de prejuízos que vêm sofrendo durante quase um século. Por essa razão, o presente trabalho não se propôs a criar soluções para o fenômeno da precarização médica. Pelo contrário, buscou-se, antes de tudo, apresentar o problema para que ele possa ser percebido e compreendido por aqueles que de fato possuem condições de resolvê-lo. Isto é, por meio desta pesquisa, utilizou-se o Direito do Trabalho como meio, e não como fim, por entender-se que a pesquisa jurídica, sobretudo trabalhista, deve-se destinar ao seu próprio objeto de análise.

REFERÊNCIAS

ABÍLIO, Ludmila Costhek. Plataformas digitais e uberização: Globalização de um Sul administrado? **Revista Contracampo**, v. 39(1), p. 12-26, 2020. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/341094495_Plataformas_digitais_e_uberizacao_a_globalizacao_de_um_Sul_administrado. Acesso em 10. out. 2023.

ABÍLIO, Ludmila Costhek. Uberização do trabalho: subsunção real da viração. AUP 0575 - Instrumentos De Intervenção Urbanística em Assentamentos Precários: **Plano**, Programa e Projeto, 2017. Disponível em: <http://passapalavra.info/2017/02/110685>. Acesso em: 19 out. 2023.

ABÍLIO, Ludmila Costhek. Uberização: a era do trabalhador just-in-time? **Estudos Avançados**, v. 34(98), p. 111–126, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0103-4014.2020.3498.008>. Acesso em: 18 out. 2023.

ALBIAZZETTI, Giane. **Assalariamento e proletarização na medicina**: um estudo sociológico realizado no município de Londrina. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2006.

ALMEIDA, Cleber Lúcio de. ALMEIDA, Wânia Guimarães Rabêllo de. **Diálogos em Sociologia do Trabalho**: A precariedade laboral no Brasil. Belo Horizonte: Conhecimento, 2021.

ALVES, Giovanni. **Trabalho e mundialização do capital**: a nova degradação do trabalho na era da globalização. Londrina: Práxis, 1999.

ALVIM, Mariana. Com 3 ações de erro médico por hora, Brasil vê crescer polêmico mercado de seguros. **BBC News Brasil**, São Paulo, 19 set. 2018. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-45492337>. Acesso em: 30 jul. 2023.

AMORIM, Daniela. Quase 39 milhões de brasileiros estão na informalidade, aponta IBGE. **CNN Brasil**, [S. l.], 29 set. 2023. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/economia/quase-39-milhoes-de-brasileiros-estao-na-informalidade-aponta-ibge/>. Acesso em 08 out. 2023.

ANDREAZZI, Maria de Fátima Siliansky de; TURA, Luiz Fernando Rangel. **Financiamento e gestão do setor saúde: novos modelos**. Rio de Janeiro: Escola Anna Néry, 1999.

ANTUNES, Ricardo. **O privilégio da servidão**: o novo proletariado de serviços na era digital. São Paulo: Boitempo, 2018.

ARAGÃO, José Aderval *et al.* Ocorrência de sintomas depressivos em médicos que trabalham no programa de saúde da família. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 63(4), p. 341–346, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000043>. Acesso em: 21 jul. 2023.

ASCH, David; PARKER, Ruth. **The Libby Zion case**. One step forward or two steps backward? New England Journal of Medicine. Massachusetts: Massachusetts Medical Society, 1988.

BARRETO, Abraão Deyvid Alves de Lima *et al.* Projeto QUARA - Prevalência de abusos, maus-tratos e outras agressões durante a formação médica: um estudo de corte transversal em São Paulo, Brasil, 2013. **Revista de Medicina**, São Paulo, v. 94, ed. 1, p. 6-14, jan/mar, 2015.

BAUDRILLARD, Jean. **A sociedade de consumo**. Rio de Janeiro: Elfos. Lisboa:Edições 70, 1995.

BERTERO, José Flávio. **Os novos proletários do mundo na virada do século**: textos, n.1. Londrina: UEL, Departamento de Ciências Sociais, 2002.

BOLTANSKI, Luc; CHIAPELLO, Ève. **O novo espírito do capitalismo**. 2. ed. São Paulo - SP: WMF Martins Fortes Ltda., 2020.

BONELLI, Maria da Gloria. Os médicos e a construção do profissionalismo no Brasil. **História, Ciências, Saúde-manguinhos**, v. 9(2), p. 431–436, 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702002000200011>. Acesso em 07 jul. 2023.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Resolução Normativa nº 465, de 24 de fevereiro de 2021**. Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde que estabelece a cobertura assistencial obrigatória a ser garantida nos planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 1999 e naqueles adaptados conforme previsto no artigo 35 da Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998; fixa as diretrizes de atenção à saúde; e revoga a Resolução Normativa - RN nº 428, de 7 de novembro de 2017, a Resolução Normativa - RN n.º 453, de 12 de março de 2020, a Resolução Normativa - RN n.º 457, de 28 de maio de 2020 e a RN n.º 460. Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar, 13 de agosto de 2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-normativa-rn-n-465-de-24-de-fevereiro-de-2021-306209339>. Acesso em 09 jun. 2023.

BRASIL. **Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943**. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho. Brasília, DF: Presidência da República, [2023]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del5452.htm. Acesso em: 08 jul. 2023.

BRASIL. **Lei nº 3.999, de 15 de dezembro de 1961**. Altera o salário-mínimo dos médicos e cirurgiões dentistas. Brasília, DF: Presidência da República, [2023]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/l3999.htm. Acesso em: 05 ago. 2023.

BRASIL. **Lei nº 6.019, de 3 de janeiro de 1974**. Dispõe sobre o Trabalho Temporário nas Empresas Urbanas, e dá outras Providências. Brasília, DF: Presidência da República, [2023]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6019.htm. Acesso em: 28 out. 2023.

BRASIL. **Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986.** Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, [2023]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm. Acesso em: 03 set. 2023.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Brasília, DF: Presidência da República, [2023]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 14 ago. 2023.

BRASIL. **Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998.** Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Brasília, DF: Diário Oficial da União, [2023]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9656.htm. Acesso em: 09 jun. 2023.

BRASIL. **Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000.** Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, [2023]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9961.htm. Acesso em: 23 ago. 2023.

BRASIL. **Lei nº 11.196, de 21 de novembro de 2005.** Institui o Regime Especial de Tributação para a Plataforma de Exportação de Serviços de Tecnologia da Informação - REPES, o Regime Especial de Aquisição de Bens de Capital para Empresas Exportadoras - RECAP e o Programa de Inclusão Digital; dispõe sobre incentivos fiscais para a inovação tecnológica; altera diversas leis e revoga dispositivos legais específicos. Brasília, DF: Presidência da República, [2023]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11196.htm. Acesso em: 01 nov. 2023.

BRASIL. **Lei nº 13.467, de 13 de julho de 2017.** Altera a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, e as Leis nº 6.019, de 3 de janeiro de 1974, 8.036, de 11 de maio de 1990, e 8.212, de 24 de julho de 1991, a fim de adequar a legislação às novas relações de trabalho. Brasília, DF: Presidência da República, [2023]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13467.htm. Acesso em: 01 nov. 2023.

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). Brasília, DF: Presidência da República, [2023]. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-13.989-de-15-de-abril-de-2020-252726328>. Acesso em: 13 ago. 2023.

BRASIL. **Lei nº 14.454, de 21 de setembro de 2022.** Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde, para estabelecer critérios que permitam a cobertura de exames ou tratamentos de saúde que não estão incluídos no rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar. Brasília, DF: Diário Oficial da União, [2023]. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/lei/L14454.htm. Acesso em: 09 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Modelos de Remuneração baseados em valor. Agência Nacional de Saúde Suplementar, Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/gestao-em-saude/projeto-modelos-de-remuneracao-baseados-em-valor/guia_modelos_remuneracao_baseados_valor.pdf. Acesso em: 19 ago. 2023.

BRASIL. **Portaria nº 328, de 5 de abril de 2018**. Dispõe sobre a suspensão do protocolo de pedidos de aumento de vagas e de novos editais de chamamento público para autorização de cursos de graduação em Medicina e institui o Grupo de Trabalho para análise e proposição acerca da reorientação da formação médica. Publicado em: Diário Oficial da União, edição 66, seção 1, p. 114, 06 abr. 2018. Brasília, DF: Ministério da Educação, [2023]. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/9362390/doi-10-1-2018-04-06-portaria-n-328-de-5-de-abril-de-2018-9362386. Acesso em: 20 ago. 2023.

BRASIL. **Portaria nº 467, de 20 de março de 2020**. Dispõe, em caráter excepcional e temporário, sobre as ações de Telemedicina, com o objetivo de regulamentar e operacionalizar as medidas de enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional previstas no art. 3º da Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, decorrente da epidemia de COVID-19. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [2023]. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-467-de-20-de-marco-de-2020-249312996>. Acesso em: 06 ago. 2023.

BRASIL. **Projeto de Lei nº 2033, de 2022**. Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde, para estabelecer hipóteses de cobertura de exames ou tratamentos de saúde que não estão incluídos no rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar. Brasília, DF: Senado Nacional, [2023]. Disponível em: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/154313> Acesso em: 09 jun. 2023.

BRASIL. Receita Federal. CETAD – Centro de Estudos Tributários e Aduaneiros. Grandes Números IRPF – Ano-Calendário 2018, Exercício 2019. Disponível em <http://receita.economia.gov.br/dados/receitadata/estudos-e-tributarios-e-aduaneiros/estudos-e-estatisticas/11-08-2014-grandes-numeros-dirpf/grandes-numeros-irpf-2018-2019-completo-1.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2023.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Embargos de Divergência no Recurso Especial nº 1.886.929/SP**. Embargos de divergência. Planos e seguros de saúde. Divergência entre as turmas de direito privado acerca da taxatividade ou não do rol de procedimentos e eventos em saúde elaborado pela ANS. Atribuição da autarquia, inequivocamente estabelecida na sua própria lei de criação. Ato estatal do regime jurídico de direito administrativo ao qual se submetem fornecedores e consumidores da relação contratual de direito privado. Garante a prevenção, o diagnóstico, a recuperação e a reabilitação de todas as enfermidades. Solução concebida e estabelecida pelo legislador para equilíbrio dos interesses das partes da relação

contratual. Enunciado n. 21 da I jornada de direito da saúde do CNJ. CDC. Aplicação subsidiária à relação contratual, sempre visando o equilíbrio. Harmonização da jurisprudência da primeira e segunda seções no sentido de velar as atribuições legais e a discricionariedade técnica da autarquia especializada. Fixação da tese da taxatividade, em regra, da relação editada pela agência, com estabelecimento de parâmetros objetivos para solução de controvérsias submetidas ao judiciário. Rel. Min. Luis Felipe Salomão. 03 de agosto de 2022. . Brasília, DF: Jurisprudência do STJ, [2022]. Disponível em: https://scon.stj.jus.br/SCON/GetInteiroTeorDoAcordao?num_registro=202001916776&dt_publicacao=03/08/2022. Acesso em: 09 jun. 2023.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Embargos de Divergência no Recurso Especial nº 1.889.704/SP**. Embargos de divergência. Planos e seguros de saúde. Divergência entre as turmas de direito privado acerca da taxatividade ou não do rol de procedimentos e eventos em saúde elaborado pela ANS. Atribuição da autarquia, inequivocamente estabelecida na sua própria lei de criação. Ato estatal do regime jurídico de direito administrativo ao qual se submetem fornecedores e consumidores da relação contratual de direito privado. Garante a prevenção, o diagnóstico, a recuperação e a reabilitação de todas as enfermidades. Solução concebida e estabelecida pelo legislador para equilíbrio dos interesses das partes da relação contratual. Enunciado n. 21 da I jornada de direito da saúde do CNJ. CDC. Aplicação subsidiária à relação contratual, sempre visando o equilíbrio. Harmonização da jurisprudência da primeira e segunda seções no sentido de velar as atribuições legais e a discricionariedade técnica da autarquia especializada. Fixação da tese da taxatividade, em regra, da relação editada pela agência, com estabelecimento de parâmetros objetivos para solução de controvérsias submetidas ao judiciário. Rel. Min. Luis Felipe Salomão. 03 de agosto de 2022. . Brasília, DF: Jurisprudência do STJ, [2022]. Disponível em: https://scon.stj.jus.br/SCON/GetInteiroTeorDoAcordao?num_registro=202002070605&dt_publicacao=03/08/2022. Acesso em: 09 jun. 2023.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Recurso Especial nº 1.733.013/PR**. Planos e seguros de saúde. Recurso especial. Rol de procedimentos e eventos em saúde elaborado pela ANS. Atribuição da autarquia, por expressa disposição legal e necessidade de harmonização dos interesses das partes da relação contratual. Caracterização como relação exemplificativa. Impossibilidade. Mudança do entendimento do colegiado (overruling). CDC. Aplicação, sempre visando harmonizar os interesses das partes da relação contratual. Equilíbrio econômico-financeiro e atuarial e segurança jurídica. Preservação. Necessidade. Recusa de cobertura de procedimento não abrangido no rol editado pela autarquia ou por disposição contratual. Oferecimento de procedimento adequado, constante da relação estabelecida pela agência. Exercício regular de direito. Reparação de danos morais. Inviabilidade. Rel. Min. Luis Felipe Salomão. 20 fev. de 2020. Brasília, DF: Jurisprudência do STJ, 2020. Disponível em: https://scon.stj.jus.br/SCON/GetInteiroTeorDoAcordao?num_registro=201800740615&dt_publicacao=20/02/2020. Acesso em: 3 jul. 2023.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Recurso Especial nº 1.886.929/SP**. Recorrente: Unimed Campinas Cooperativa de Trabalho Médico. Recorrido: Gustavo Guerazo Lorenzetti. Relator: Luis Felipe Salomão, 8 jun. 2022. . Brasília, DF: Diário

de Justiça Eletrônico, 2022. Disponível em:

<https://processo.stj.jus.br/processo/pesquisa/?aplicacao=processos.ea&tipoPesquisa=tipoPesquisaGenerica&termo=EResp%201886929>. Acesso em: 10 jul. 2023.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Recurso Especial nº 668.216 - SP**. Seguro saúde. Cobertura. Câncer de pulmão. Tratamento com quimioterapia. Cláusula abusiva. 1. O plano de saúde pode estabelecer quais doenças estão sendo cobertas, mas não que tipo de tratamento está alcançado para a respectiva cura. Se a patologia está coberta, no caso, o câncer, é inviável vedar a quimioterapia pelo simples fato de ser esta uma das alternativas possíveis para a cura da doença. A abusividade da cláusula reside exatamente nesse preciso aspecto, qual seja, não pode o paciente, em razão de cláusula limitativa, ser impedido de receber tratamento com o método mais moderno disponível no momento em que instalada a doença coberta. 2. Recurso especial conhecido e provido. Relator: Min. Carlos Alberto Menezes Direito, 15 mar. 2007. Diário de Justiça Eletrônico, Brasília, DF, 02 abr. 2007.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Recurso Especial nº 668.216/SP**. Seguro saúde. Cobertura. Câncer de pulmão. Tratamento com quimioterapia. Cláusula abusiva. Rel. Min. Carlos Alberto Menezes de Direito, 02 de abril de 2007. Brasília, DF: Jurisprudência do STJ, 2007. Disponível em:

https://scon.stj.jus.br/SCON/GetInteiroTeorDoAcordao?num_registro=200400999090&dt_publicacao=02/04/2007. Acesso em: 09 jun. 2023.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal (Primeira Turma). **Agravo Regimental na Reclamação 47.843**. Constitucional, trabalhista e processual civil. Agravo interno na reclamação. Ofensa ao que decidido por este tribunal no julgamento da ADPF 324 e do tema 725 da repercussão geral. Recurso provido. Rel. Ministra Cármen Lúcia. Brasília, DF: 2022. Disponível em:

<https://portal.stf.jus.br/processos/downloadPeca.asp?id=15350557963&ext=.pdf>. Acesso em: 04 ago. 2023.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Agravo Regimental na Reclamação 47.843**. Constitucional, trabalhista e processual civil. Agravo interno na reclamação. Ofensa ao que decidido por este tribunal no julgamento da ADPF 324 e do tema 725 da repercussão geral. Recurso provido. Rel. Ministra Cármen Lúcia. Brasília, DF: 2022. Disponível em:

<https://portal.stf.jus.br/processos/downloadPeca.asp?id=15350557963&ext=.pdf>. Acesso em: 04 ago. 2023.

BRASIL. Tribunal Superior do Trabalho (Sexta Turma). **Recurso de Revista: RR 979-22.2012.5.04.0028**. Intervalo intrajornada de 1 hora. Art. 71 da CLT. Médico. Aplicação simultânea com o intervalo previsto no Art. 8º da Lei 3.999/61. Relator: Augusto César Leite de Carvalho. Data de Publicação: DEJT 15 dez. 2017. Brasília: TST, [2017]. Disponível em:

<https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/tst/864149061>. Acesso em: 19 ago. 2023.

BRAVERMAN, Harry. **Trabalho e capital monopolista**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1974, 1987.

BRENNAN, Teresa. **Globalization and its Terrors**: Daily Life in the West. Londres: Routledge, 2003. p. 19-22.

BUYSSE, Daniel *et al.* Prevalence, course, and comorbidity of insomnia and depression in Young adults. **Sleep**, v. 31(4), p. 473-480, 2008.

CAVALIERI FILHO, Sérgio. **Programa de responsabilidade civil**. 10. ed. São Paulo: Atlas, 2012.

CONRAD, Peter. The discovery of hyperkinesis: notes on the Medicalization of Deviant Behavior. **Soc Probl**, v. 23(1), p. 12-21, 1975.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução nº 1.643 de 26 de agosto de 2002**. Define e disciplina a prestação de serviços através da Telemedicina. Disponível em: <https://abmes.org.br/legislacoes/detalhe/2695/resolucao-cfm-n-1.643>. Acesso em: 13 abr. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). Parecer Consulta nº 002/2018. Brasília: CFM, 2018.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Brasil precisa de critérios objetivos para abertura de escolas médicas, afirma presidente do CFM. 05 jan. 2023. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/noticias/o-brasil-precisa-de-criterios-objetivos-para-abertura-de-escolas-medicas-afirma-presidente-do-cfm/>. Acesso em 18 jun. 2023.

CORDEIRO, Hésio. **A indústria da saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

COSTA, José Augusto Fontoura. SOLA, Fernanda. GARCIA, Marco Aurélio Fernandes. A. Telemedicina e uberização da saúde: médicos operários ou consumidores?. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, [S. l.], v. 9, n. 3, p. 72–88, 2020. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/699>. Acesso em: 02 out. 2023.

CRARY, Jonathan. **24/7 - Capitalismo tardio e os fins do sono**. São Paulo: Cosac Naify, 2014.

CRUZ, Gisela Sampaio da. O **problema do nexo causal na responsabilidade civil**. Rio de Janeiro: Renovar, 2005.

DEJOURS, Christophe. **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho**. 5. ed. ampl. São Paulo: Cortez Oboré, 1992.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. **A Thousand Plateaus**, ed. bras.: Mil platôs: Capitalismo e esquizofrenia. São Paulo: Editora 34, 1995. p. 58-60.

DELGADO, Maurício Godinho. **Introdução ao Direito do Trabalho**. 3 ed. São Paulo: LTr, 2001.

DIZIOLI, Allan; ANDLRE, Michael; BLUEDORN, John. A COVID-19 atinge mais duramente os pobres, mas a testagem em grande escala poderia ser útil. **IMF Blog**, 03 dez. 2020. Disponível em: <https://www.imf.org/pt/Blogs/Articles/2020/12/03/blog-covid-19-hits-the-poor-harder-but-scaled-up-testing-can-help>. Acesso em 05 out. 2023.

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

DONNANGELO, Maria Cecília Ferro. PEREIRA, Luiz. **Saúde e Sociedade**. 2. ed. São Paulo: Duas Cidades, 1979.

DREITZEL, Hans Peter. The Social Organization of Health. **Recent Sociology**, v. 3, Nova Iorque: Collier-Macmillan Limited, 1971.

EDLER, Flávio Coelho. Saber médico e poder profissional: do contexto luso-brasileiro ao Brasil Imperial. In: Carlos Fideles Ponte; Ialê Falleiros. (Org.). **Na corda bamba de sombrinha**: a saúde no fio da história. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 25-46, 2010.

FEDERAÇÃO NACIONAL DOS MÉDICOS. Piso FENAM 2022. 27 jan. 2022. Disponível em: <http://www.fenam.org.br/2022/01/27/piso-fenam-2022/>. Acesso em: 30 out. 2023.

FERREIRA, Leda Leal. Aplicações da cronobiologia na organização do trabalho humano. In: CIPOLLA NETO, José; MARQUES, Nelson; MENNA-BARRETO, Luis Silveira (eds). **Introdução ao estudo da cronobiologia**. São Paulo, Editora da Universidade de São Paulo, p. 233-249, 1988.

FIORAVANTI, Carlos. Um diagnóstico do erro médico. **Revista Pesquisa FAPESP**. São Paulo, ed. 287, 2020. Disponível em: <https://revistapesquisa.fapesp.br/um-diagnostico-do-erro-medico/>. Acesso em 26 jul. 2023.

FNAIS, Naif *et al.* Harassment and discrimination in medical training: a systematic review and meta-analysis. **Acad Med**, v. 89(5):817-27, 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24667512/>. Acesso em 18 jul. 2023.
FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade 1**: A vontade de saber. São Paulo: Paz e Terra, 2014.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir**: nascimento da prisão. Petrópolis: Vozes, p. 288, 1987.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Pesquisa inédita traça perfil da enfermagem no Brasil. **Agência Fiocruz de Notícias**, Manguinhos, 06 maio 2015. Disponível em: <https://agencia.fiocruz.br/pesquisa-in%C3%A9dita-tra%C3%A7a-perfil-da-enfermagem-no-brasil>. Acesso em 03 ago. 2023.

GALLAGHER, James. 10 anos em 10 meses: como cientistas de Oxford criaram em tempo recorde um novo modelo de vacina contra o coronavírus. **BBC News**, 23 nov. 2020. Disponível em <https://www.bbc.com/portuguese/internacional-55049893>. Acesso em 22 ago. 2023.

GASPAR, Sidney; MORENO, Cláudia; MENNA-BARRETO, Luis Silveira. Os plantões médicos, o sono e a ritmicidade biológica. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 44, n. 3, p. 239-245, 1998. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-42301998000300013>. Acesso em 15 jun. 2023.

GIRARDI, Sábado Nicolau; CARVALHO, Cristiana Leite; GIRARDI, Luísa Gonçalves. **Modalidades de contratação e remuneração do trabalho médico: os conceitos e evidências internacionais**, 2007. Disponível em: http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/dialogo05/Biblioteca/Artigos_pdf/Modalidades%20de%20contratacao%20e%20remuneracao%20do%20trabalho%20medico.pdf. Acesso em 23 jul. 2023.

GRAMSCI, Antonio. **Os intelectuais e a organização da cultura**. 4ª Ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1982.

GOODE, William. **The theoretical limits of professionalization**. In: *The Semi-Professions and their Organization* (A. Etzioni, ed.), New York: Free Press, 1969. p. 266-313.

GOSDEN, T *et al.* **Capitation, salary, fee-for-service and mixed systems of payment: effects on the behaviour of primary care physicians**. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2000.

HAN, Byung-Chul. **Sociedade do cansaço**. Petrópolis: Vozes, 2015.

HEINZE, Rolf. G. NAEGELE, Gerhard. "Silver Economy" in Germany – more than only the "economic factor: old age!". **Geroblim**, v. 02/09, p. 37-52. 2009. Disponível em: https://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/39157/ssoar-gerobilim-2009-2-heinze_et_al-Silver_Economy_in_Germany_-.pdf. Acesso em 27 out. 2023.
Hospital Geral e Público no Município do Rio de Janeiro. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. http://www.newyorker.com/reporting/2009/06/01/090601fa_fact_gawande?currentPage=2
<https://san.uri.br/revistas/index.php/direitosculturais/article/view/414/323>. Acesso em 29 set. 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. PNS 2019: sete em cada dez pessoas que procuram o mesmo serviço de saúde vão à rede pública. **Agência IBGE Notícias**, [S. l.], 04 set. 2020. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/28793-pns-2019-sete-em-cada-dez-pessoas-que-procuram-o-mesmo-servico-de-saude-vao-a-rede-publica>. Acesso em 20 out. 2023.

INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS - IESS-UFMG. Primeiro Anuário da Segurança Assistencial Hospitalar no Brasil, Belo Horizonte: UFMG, 2018.

JORGE, Camila; BARCELOS, Débora de Jesus Rezende; TEODORO, Maria Cecília Máximo. DO PANÓPTICO AO NEUROMARKETING: MANIPULAÇÃO E CONTROLE DOS TRABALHADORES PELA EMPRESA UBER. **Revista Direitos Culturais**, Santo Ângelo, v. 16, n. 40, p. 25-44, set./dez. 2021. Disponível em: <https://san.uri.br/revistas/index.php/direitosculturais/article/view/414/323>. Acesso em 29 set. 2023.

KFOURI NETO, Miguel; BIZIGATO JUNIOR, Fioravante; DE SOUZA, Tiago Rafael. A Natureza jurídica da relação entre médicos e hospitais: uma análise da pejetização. **Relações Internacionais no Mundo Atual**, v. 2, n. 23, abr. 2019, p. 253 – 271. Disponível em: <http://revista.unicuritiba.edu.br/index.php/RIMA/article/view/3898/371372230>. Acesso em: 20 set. 2023.

LAURELL, Asa Cristina. NORIEGA, Mariano. **Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário**. São Paulo: Hucitec, 1989.

LEISY, Heather *et al.* Altering workplace attitudes for resident education (A.W.A.R.E.): discovering solutions for medical resident bullying through literature review. **BMC Med Educ**. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4847214>. Acesso em 20 out. 2023.

LEÓN, Adriano Azevedo Gomes de. **As Artes da Tirania**: sexo, Foucault e Teoria Queer. *Árius Revista de Ciências Humanas e Artes*. v. 16, n. 1/2, 208 p., jan./dez., 2010.

LIMA, Ana Paula Belon. **MORTALIDADE E EXPECTATIVA DE VIDA**: tendências e desigualdades sociais. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2011.

LUZ, Madel Therezinha. **Medicina e Ordem Política Brasileira (1850/1930)**. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

MACHADO, Maria Helena, (coord). **Os médicos no Brasil**: um retrato da realidade. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ. p. 244, 1997. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/bm9qp/pdf/machado-8585471050.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2023.

MALDONADO, José Manuel Santos de Varge; MARQUES, Alexandre Barbosa; CRUZ, Antonio. **Telemedicine**: challenges to dissemination in Brazil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 32, supl. 2, e00155615, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2016001402005&lng=en&nrm=. Acesso em: 05 out. 2023.

MARQUES, Rodrigo Coelho *et al.* Assédio moral nas residências médica e não médica de um hospital de ensino. **Rev Bras Educ Med**, v. 36(3), p. 401-406, 2012.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rbem/a/d8pgJk6CVvHtLjVBm6pppj/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 13 set. 2023.

MARX, K. **O capital**: crítica da economia política: livro 1. 15. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, v. 1, 1996.

MARX, **O Capital**. v.1. tomo 2. São Paulo. Abril Cultural, 1984.

MASON, Sara. Chasing the pink. **Logic**, v. 6, 2019. Disponível em: <https://logicmag.io/play/chasing-the-pink/>. Acesso em: 02 out. 2023.

MATOS, Marcos Vinícius Mesquita. **DA PEJOTIZAÇÃO À UBERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA MEDICINA**: uma análise histórico-jurídica das condições de trabalho dos médicos no Brasil, 2021. Monografia (Graduação em Direito) - Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2021.

MÉDICI, André Cezar; GIRARDI, Sábado Nicolau. Emprego, Remuneração de Pessoal e Produtividade em Saúde: um balanço da literatura recente. *In*: **Divulgação em Saúde para Debate**, n. 14, 1996.

MEIRA, Giselle; BUSSINGUER, Elda Coelho de Azevedo. O ROL DE PROCEDIMENTOS EM SAÚDE: A JURISPRUDÊNCIA DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA E A LEI 14.454/2022 – FIM DAS DISCUSSÕES JURÍDICAS SOBRE A NATUREZA DO ROL?. **Revista Direitos Culturais**, v. 18, n. 44, p. 113-136, 30 maio 2023.

MENON, Nikitha *et al.* Association of Physician Burnout With Suicidal Ideation and Medical Errors. **JAMA Netw Open**, v. 3(12), 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33295977/>. Acesso em 12 jul. 2023.
MINORS, DS; WATERHOUSE, James. **Circadian rhythms and the human Bristol**. Suifwork. Wright PSG, 1981.

MOORE, Wilbert. **The Professions**: Roles and Rules. New York: Russel Sage Foundation, 1970.

MORUZZI, Andrea Braga. A pedagogização do sexo da criança: do corpo ao dispositivo da infância. **Revista Eletrônica de Educação**, v. 13, n. 2, p. 438-458, maio/ago. 2019. Disponível em: <https://reveduc.ufscar.br/index.php/reveduc/article/view/3355/833> . Acesso em 11 maio 2023.

NOGUEIRA, Jucilene Braga Alves Mauricio. (DES) LIMITES: A SEXUALIDADE NA POESIA DE ANGÉLICA FREITAS. **Revista Fórum Identidades**, Itabaiana-SE, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufs.br/forumidentidades/article/view/5913>. Acesso em: 19 nov. 2023.

OLIVEIRA, Murilo Carvalho Sampaio. Formas de contratação do trabalhador na prestação de serviços sob plataformas digitais. *In*: CARELLI, Rodrigo de Lacerda; CAVALCANTI, Tiago Muniz; FONSECA, Vanessa Patriota da (orgs.). **Futuro do**

Trabalho: os efeitos da revolução digital na sociedade. Brasília: ESMPU, 2020a.

Disponível em:

https://www.researchgate.net/profile/Rodrigo-Carelli/publication/346345624_Futuro_d_o_Trabalho_Os_efeitos_da_revolucao_digital_na_sociedade/links/5f90c492851c933f5c2498/Futuro-do-Trabalho-Os-efeitos-da-revolucao-digital-na-sociedade.pdf#page=252. Acesso em: 02 nov. 2023.

OLIVEIRA, Nelson. **Desigualdade e abusos na pandemia impulsionam cobranças por Direitos Humanos**. Agência Senado, Brasília, 28 ago. 2020b.

Disponível em:

<https://www12.senado.leg.br/noticias/infomaterias/2020/08/desigualdade-e-abusos-na-pandemia-impulsionam-cobrancas-por-direitos-humanos>. Acesso em 08 jul. 2023.

OLIVEIRA, Renata Couto de. GAMIFICAÇÃO E TRABALHO UBERIZADO NAS EMPRESAS-APLICATIVO. **Revista De Administração De Empresas**, v. 61(4), 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-759020210407>. Acesso em 05 out. 2023.

PADILHA, Viviane Herbst. **Direito do Trabalho na crise ou a crise do Direito do Trabalho?** In: TEODORO, Maria Cecília Máximo et al (coord). Direito material e processual do trabalho. São Paulo: LTr, 2017.

REGO, Marisa Palácios (1993). **Trabalho Hospitalar e Saúde Mental:** o caso de um hospital geral e público no município do Rio de Janeiro. Dissertação de Mestrado, IMS/UERJ, Rio de Janeiro.

PEREIRA NETO, André de Faria. A profissão médica em questão (1922): dimensão histórica e sociológica. **Cad Saúde Pública**, v. 11(4), p. 600–615, 1995. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1995000400008>. Acesso em 23 jul. 2023.

PIRES, Denise. Reestruturação produtiva e consequências para o trabalho em saúde. **Rev Bras Enferm**, v. 53(2), p. 251–263, 2000. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672000000200010>. Acesso em 18 jul. 2023.

POCHMANN, Marcio. A uberização leva à intensificação do trabalho e da competição entre os trabalhadores. **EPSJV/Fiocruz**. 2016. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/entrevista/a-uberizacao-leva-a-intensificacao-do-trabalho-e-da-competicao-entre-os>. Acesso em: 18 out. 2023.

POLACK, Jean Claude. La Medicine du Capital, Maspero, Paris, 1971. prestação de serviços sob plataformas digitais. In: CARELLI, Rodrigo de Lacerda; CAVALCANTI, Tiago Muniz; FONSECA, Vanessa Patriota da (orgs.). **Futuro do Trabalho:** os efeitos da revolução digital na sociedade. Brasília: ESMPU, 2020. Disponível em:

https://www.researchgate.net/profile/Rodrigo-Carelli/publication/346345624_Futuro_d_o_Trabalho_Os_efeitos_da_revolucao_digital_na_sociedade/links/5f90c492851c933f5c2498/Futuro-do-Trabalho-Os-efeitos-da-revolucao-digital-na-sociedade.pdf#page=252. Acesso em: 02 nov. 2023.

RIBEIRO, Lourival. **Figuras e Fatos da Medicina no Brasil**. Rio de Janeiro: Sul-americana, 1964.

RIBEIRO, Rodrigo de Oliveira. **A mercantilização na saúde e a hegemonia do capital financeiro**. 2010. 148 f. Dissertação (Mestrado em Política Social e Trabalho) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon. **O Banco Mundial e as Políticas de saúde no Brasil nos Anos 90**: um projeto de desmonte do SUS. Campinas, 2000, 260f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Federal de Campinas, 2000.

ROCHAIX, Lise. **Performance-tied payment system for physicians**. In: Critical challenges for health care reform in Europe. Open University Press, 1988.

ROSAS, Paula. Os países que punem a homossexualidade com pena de morte. **BBC News Brasil**. [S. l.], 16 jan. 2023. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/internacional-64252532>. Acesso em: 30 jul. 2023.

ROTENSTEIN, Lisa *et al.* Prevalence of depression, Depressive Symptoms, and Suicidal Ideation Among Medical Students. A systematic review and meta-analysis. **JAMA**, v. 21, p. 2214-2236, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27923088/6/>. Acesso em 27 jul. 2023.

SALES, PP *et al.* La privación de sueño y su efecto sobre el estado de ánimo y el rendimiento de los residentes. **Rev Clin Esp**, 1993.

SAMPAIO, João Luiz. Meio milhão de mortes por Covid carrega marca da desigualdade do Brasil. **CNN Brasil**, 19 jun. 2021. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/nacional/meio-milhao-de-mortes-por-covid-carrega-marca-da-desigualdade-do-brasil/>. Acesso em 16 ago. 2023.

SANTOS, P.M. Profissão médica no Brasil. In: MACHADO, M.H., (org). **Profissões de saúde**: uma abordagem sociológica. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p. 97-117, 1995. *E-book*.

SARAMAGO, José. **O conto da ilha desconhecida**. São Paulo: Companhia das Letras, 1998.

SCHEFFER, Mário *et al.* **Demografia Médica no Brasil 2023**. São Paulo, SP: FMUSP, AMB, 2023.

SCHEFFER, Mário, CASSENTE, Alex Jones Flores. A feminização da medicina no Brasil. **Revista Bioética**, v. 21(2), ago. 2013, p. 268–77. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/XtCnKjggnr6gFR3bTRckCxs/>. Acesso em: 30 jul. 2023.

SCHEIBER, Noam. How Uber Uses Psychological Tricks to Push Its Drivers' Buttons. **N.Y. TIMES**, Nova Iorque, 21 abr. 2017. Acesso em: <https://www.nytimes.com/interactive/2017/04/02/technology/uberdrivers-psychological-tricks.html>. Disponível em: 05. out. 2023.

SCHWARTZ, Leoleli. Estilo de vida e burnout médico no Brasil. **Medscape**, 2019.

Disponível em:

https://portugues.medscape.com/slideshow/65000099?src=mkm_bzmkt_190202_ms_cmrk_bzburnout_nl&uac=277944CT&impID=1874070&faf=1#14. Acesso em 05 ago. 2023.

SELIGMANN-SILVA, Edith. **Trabalho e Desgaste Mental**: o direito de ser dono de si mesmo. São Paulo: Cortez, 2011.

SILVA, Isabela Saraiva. VALORAÇÃO DIFERENCIAL DA VIDA: A INVISIBILIDADE DAQUELAS QUE NÃO SE ENQUADRAM NOS PADRÕES. **Revista História e Cultura**. v.11, n.1, jul/2022. Disponível em:

<https://ojs.franca.unesp.br/index.php/historiaecultura/article/view/3587> . Acesso em 11 maio 2023.

SLEE, TOM. **Uberização**: a nova onda do trabalho precarizado. São Paulo: Elefante, 2017.

TABET, Livia Penna *et al.* Ivan Illich: da expropriação à desmedicalização da saúde.

Saúde em Debate, v. 41, n. 115, p. 1187-1198, 2017. Disponível em:

<https://doi.org/10.1590/0103-1104201711516>. Acesso em 16 set. 2023.

TEODORO, Maria Cecília Máximo; MELLO, Roberta Dantas de. **Tópicos Contemporâneos de Direito do Trabalho**: reflexões e críticas. São Paulo: LTR, 2015.

TEODORO, Maria Cecília Máximo. **A síndrome de patrão**. *In*: Palestra proferida no IV Congresso Latino-americano de Direito Material e Processual do Trabalho. Punta Del Leste/Uruguai. 2015. Disponível em:

<https://www.migalhas.com.br/arquivos/2017/5/art20170503-05.pdf>. Acesso em: 17 abr. 2023.

TEODORO, Maria Cecília Máximo. ANDRADE, Irís Soier do Nascimento de. O TRABALHADOR HIPERSUFICIENTE, A NECESSIDADE DO TRABALHO E A AUSÊNCIA DE AUTONOMIA DA VONTADE. *In*: TEODORO, Maria Cecília Máximo; VIANA, Márcio Túlio; ANDRADE, Irís Soier do Nascimento de; OLIVEIRA, Murilo Carvalho Sampaio; ANDRADE; Karin Bhering (orgs.). **Direito material e processual do trabalho**: X Congresso Latino-americano de direito material e processual do trabalho. Belo Horizonte: Conhecimento, 2021.

THOMAS, Mary; BIGATTI, Silvia. Perfectionism, impostor phenomenon, and mental health in medicine: a literature review. **Int J Med Educ**, v. 11, p. 201-213, 2020.

Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32996466/>. Acesso em 29 jul. 2023.

TOMAZI, Zelma Francisco Torres. **Da medicina liberal à medicina previdenciária**. Dissertação (Mestrado em História). Universidade de São Paulo. São Paulo, 1985.

VATTIMO, Edoardo Filippo de Queiroz (org.); BELFIORE, Elio (org.). **Assédio moral na formação médica**: conscientizar para combater. São Paulo: CREMESP, 2019.

VIANA, Márcio Túlio. TEODORO, Maria Cecília Máximo. Misturas e fraturas do trabalho: do poder diretivo à concepção do trabalho como necessidade. **Revista Brasileira de Estudos Políticos**. n. 114, p. 299-343, 2017.

WILENSKY, H. L. The professionalization of everyone? *In: The Sociology of Organizations: Basic Studies* (O. Grusky & G. Miller, eds.), 483-501, New York: The Free Press, 1970.

ZORZANELLI, Rafaela Teixeira; ORTEGA, Francisco; BEZERRA JÚNIOR, Benilton. Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 06, p. 1859-1868, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014196.03612013>. Acesso em 31 out. 2023.