

“No olho do furacão”: trabalhadoras/es do Hospital Regional Cleonice Ribeiro (HRCR) no primeiro ano de pandemia.

“In the eye of the storm”: workers at the Cleonice Ribeiro Regional Hospital (HRCR) in the first year of the pandemic.

Isabelle Cristina Custódio de Lima*
Hiago Trindade**

Resumo: Neste artigo, temos por objetivo analisar as relações e condições de trabalho das/os profissionais da saúde atuantes no HRCR, especialmente no ano de 2020, no contexto de pandemia instaurada pela Covid-19. Para tanto, do ponto de vista metodológico, realizamos uma pesquisa quanti-qualitativa, recorrendo à revisão de literatura, pesquisa documental e empírica, a partir da aplicação de 123 questionários eletrônicos com perguntas fechadas. Dentre as conclusões alcançadas, constatamos que a precarização do trabalho, em suas múltiplas expressões, tem impactado fortemente os trabalhadores do HRCR, considerando elementos como a fragilidade dos contratos de trabalho (com 46,63% de trabalhadoras/es submetidas/os a contratos bastante precários), a intensificação das atividades desenvolvidas (registrada por 94,3% trabalhadores) e ainda os rebatimentos na saúde mental, de que é expressivo, no estudo, o fato de 75,2% trabalhadores, registrarem o sentimento de ansiedade.

Palavras-chave: Mundo do trabalho. Trabalhadores da Saúde. Covid-19.

Abstract: The purpose of this article is to analyze the relationships and working conditions of health professionals working at the HRCR hospital, especially in 2020, during the context of the pandemic caused by Covid-19. Methodologically, we carried out a quantitative-qualitative research, resorting to literature review, documental and empirical research, from the application of 123 electronic questionnaires. Among the conclusions reached, we found that the precariousness of work, in its multiple expressions, has had a strong impact on HRCR workers, considering elements such

* Bacharel em Serviço Social pela Faculdade Estácio do Rio Grande do Norte . Especialista em Atenção Básica pela EMCM/ UFRN (Residência Multiprofissional). E-mail: isacustodio@live.com

** Doutor em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Mestre em Serviço Social (UFRN) Bacharel em Serviço Social (UERN). Professor do Curso de Serviço Social da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG - Campus Sousa). E-mail: hiagolira@hotmail.com



This content is licensed under a Creative Commons attribution-type BY

as the fragility of employment contracts (with 46.63% of workers submitted to precarious contracts), the intensification of activities (recorded by 94.3% workers) and the repercussions in mental health, which is expressive, in the study, the fact that 75.2% workers register the feeling of anxiety.

Keywords: World of work. Health Workers. Covid-19.

Recebido em 13/03/2021. Aceito em 09/11/2022

Introdução

Na medida em que o modo de produção capitalista se desenvolve e exponencia suas contradições, provoca um conjunto de consequências que alteram a configuração e a forma de existência da classe trabalhadora, tanto nos países desenvolvidos quanto nos ditos “subdesenvolvidos” (ANTUNES, 2012). Tais consequências são ainda mais expressivas nas conjunturas em que as crises se mostram mais agudas (MÉSZÁROS, 2010), a exemplo da realidade hodierna, na qual presenciamos uma imbricação entre crise econômica, social, política e sanitária, agravada pela explosão do novo coronavírus (*Sars-Cov-2*).

A precarização do trabalho se localiza no bojo desse contexto, pois se configura como um elemento estrutural do modo de produção capitalista. Nesse sentido, Alves (2007) e Druck (2011) indicam que a precarização do trabalho pode ser compreendida como um fenômeno sócio-histórico, político e econômico, de natureza complexa e desigual, que se dissemina pelo mundo do trabalho, acometendo, principalmente, as frações de trabalhadoras/es mais pauperizadas/os e/ou desprotegidas/os do ponto de vista sociopolítico. Assim sendo, o trabalho precário, a partir de uma complexa articulação entre dimensões objetivas e subjetivas, generaliza-se pela *classe-que-vive-do-trabalho*¹ (ANTUNES, 2012), dando unidade aos diferentes âmbitos em que essa precarização se manifesta.

Na direção desse debate, é possível inferir que a pandemia da Covid-19 estabeleceu uma exponenciação das diversas dimensões da precarização do trabalho, singularizando uma série de desafios para o seu enfrentamento.

No que se refere ao setor da saúde, o mercado de trabalho acompanha a tendência geral das relações e condições de trabalho brasileiras dos últimos anos. Assim, nesse espaço coexiste uma diversidade de sujeitos que laboram em diferentes ocupações, a partir de distintos vínculos contratuais e, conseqüentemente, com graus diferenciados de precarização no que se refere, por exemplo, aos salários, à jornada de trabalho, aos processos de adoecimento e aos direitos sociais e trabalhistas de modo geral. Por tudo isso, urge dar visibilidade a esses/as profissionais, apresentando as relações e condições de trabalho em que se encontram inseridas/os, nos mais diversos equipamentos.

¹ Para Ricardo Antunes, a classe-que-vive-do-trabalho “[...] inclui a totalidade daqueles que vendem sua força de trabalho, tendo como núcleo central os trabalhadores produtivos [...]. Ela não se restringe, portanto, ao trabalho manual direto, mas incorpora a totalidade do trabalho social, a totalidade do trabalho coletivo assalariado [...]”. (ANTUNES, 2012, p. 102).

Em meio a essa realidade e mediante a inserção no Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica² — espaço no qual pudemos aprofundar nossas reflexões sobre a temática da precarização do trabalho³, elaboramos o presente artigo, que é fruto do Trabalho de Conclusão de Residência (TCR), defendido em fevereiro de 2021.

No âmbito deste texto, temos por objetivo analisar as relações e condições de trabalho das/os trabalhadoras/es da saúde atuantes no “Hospital Regional Cleonice Ribeiro” (HRCR)⁴, especialmente no ano de 2020⁵, no contexto de pandemia, entendendo as formas de precarização do trabalho das/os mesmas/os nesse hospital⁶.

Para tanto, do ponto de vista metodológico, realizamos uma pesquisa quanti-qualitativa, recorrendo à revisão literária de categorias e aportes teóricos fundamentais para caracterizar a realidade, a exemplo de Antunes (2018; 2020), Druck (2011), Teixeira *et al.* (2020). Além disso, procedemos à análise documental (entre maio e setembro/2020), a qual versou sobre a listagem de funcionárias/os e a listagem de profissionais notificadas/os pela Covid-19 do HRCR. O primeiro documento, obtido junto ao setor de Recursos Humanos do Hospital, foi útil para identificarmos os tipos de vínculo, bem como mensurar a proporção dos trabalhadores participantes do estudo. Por seu turno, o segundo documento, foi disponibilizado pelos setores: Vigilância Epidemiológica e Central de Acolhimento do HRCR, que nos possibilitou acompanhar as/os profissionais que eram notificados e positivados para a Covid-19. O artigo também se pautou na aplicação de um questionário eletrônico, disseminado em outubro de 2020, por meio do qual obtivemos respostas de 123 profissionais em efetivo exercício de suas funções no HRCR no período de pandemia⁷. O referido questionário, composto de 25 questões fechadas, estava subdividido em 3 sessões e foi encaminhado aos trabalhadores do hospital com vínculo ativo e em efetiva função no ano de 2020.

Nessa esteira, partimos da compreensão segundo a qual todas/os as/os trabalhadoras/es inseridas/os nos hospitais de referência no tratamento da Covid-19, independentemente da ocupação, estão nas chamadas “linha de frente” e tiveram suas rotinas de trabalho alteradas,

² Pela Escola Multicampi de Ciências Médicas da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

³ É imprescindível esclarecer que, embora esta pesquisa faça parte de um Trabalho de Conclusão de Residência, com área de concentração na Atenção Primária à Saúde, programa no qual a pesquisadora está inserida, durante o segundo ano de residência possibilita rodízios em todos os dispositivos de saúde do município, com o intuito de fortalecer a integralidade do cuidado nos diferentes níveis de atenção à saúde. Com isso, o lócus desta pesquisa foi um dos espaços de vivência da mesma e, por isso, foi escolhido como local de pesquisa.

⁴ Para preservar a identidade do local do estudo, optamos por intitular o nome do hospital de “Hospital Regional Cleonice Ribeiro”, em homenagem à primeira vítima registrada em decorrência da Covid-19 no Brasil. Cleonice era mulher negra e trabalhava como empregada doméstica no Leblon, bairro nobre do Rio de Janeiro. Contraiu a doença ao ter contato com a sua empregadora, que esteve na Itália e infectou-se, mas não a notificou, tampouco a liberou do trabalho.

⁵ Gostaríamos de ressaltar que os dados da pesquisa refletem a realidade do ano de 2020, em específico. Nesse sentido, condiz com a situação verificada nesse momento histórico. Vale frisar que, muito embora a realidade tenha se modificado substancialmente, apresentando novos e complexos elementos, o tratamento e análise dos dados atuais, demandaria nossos esforços investigativos.

⁶ Para esse exercício, estaremos subsidiados pelos indicadores produzidos por Graça Druck (2011), dentre eles: 1) vulnerabilidade das formas de inserção e desigualdades sociais; 2) intensificação do trabalho e terceirização; 3) insegurança e saúde no trabalho; 4) perda de identidade individual e coletiva; 5) fragilização da organização dos trabalhadores; 6) a condenação e o descarte do direito do trabalho. Essas dimensões se revelam imbrincadas na realidade, apenas sendo possível sua dissociação em termos de abstração analítica.

⁷ Cabe mencionar que obedeceremos a todos os preceitos éticos, sendo esta pesquisa submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi (FACISA), sob perspectiva da Resolução n.º 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovada em setembro de 2020.

estando, portanto, susceptíveis à contaminação, independentemente do setor e/ou vínculo empregatício que tenham com o hospital. Nessa direção, guiados pelo método do materialismo histórico-dialético, as inferências, interpretações e análises dos dados obtidos foram realizadas em uma perspectiva histórica e de totalidade.

Assim sendo, para demonstrar como as diferentes dimensões da precarização do trabalho se expressam para os trabalhadores da saúde do HRCR, dividimos este artigo em três itens principais, além desta introdução e considerações finais, tratando, respectivamente: a) das formas de inserção dos trabalhadores no hospital a partir dos diferentes vínculos contratuais; b) das questões assoladas à saúde e insegurança no trabalho, provocadas pela maneira como se desenvolvem os distintos processos laborais; c) das formas de organização coletiva levadas à cabo pelos trabalhadores.

Desemprego, vínculos trabalhistas e ataques à legislação laboral

Para Druck (2011), uma das formas de precarização do trabalho se radica na *vulnerabilidade das formas de inserção e nas desigualdades sociais*. Os moldes de mercantilização da força de trabalho na sociedade capitalista elaboraram um mercado de trabalho extremamente desigual e, particularmente no Brasil, está assentado em um conjunto de entraves significativos, fruto de nossa formação sócio-histórica (BARBOSA, 2008). Dessa forma, pode-se dizer que o mercado de trabalho está assinalado por uma vulnerabilidade estrutural e baseado em formas de incorporação das/os trabalhadoras/es a partir de contratos precários e sem direitos trabalhistas, evidenciando, assim, um alto nível de precarização social (DRUCK, 2011).

Ainda na percepção da autora, o desemprego, ou a perda de estabilidade no emprego, gera uma condição de insegurança no modo de vida e de trabalho precários, nos planos objetivo e subjetivo, provocando o rompimento dos “[...] laços e dos vínculos, tornando-os vulneráveis e sob uma condição social fragilizada, ou de ‘desfiliação social’. [...] Afinal, [diz ela,] ter qualquer emprego é melhor do que não ter nenhum” (DRUCK, 2011, p. 43).

O desemprego é um fenômeno atrelado ao modo de produção capitalista (resulta de sua lei geral de acumulação, em termos marxianos) e, além disso, exerce funcionalidade ao sistema pois cria um exército industrial de reserva que, dentre outros aspectos, exerce pressão para a manutenção e/ou rebaixamento dos salários das/os trabalhadoras/es, além de roborar pressões para aumento das jornadas de trabalho e/ou sua intensificação, agravando as condições laborais dos segmentos que conseguem se manter inseridos nos processos produtivos, tal como já revelaram Engels (2010) e Marx (2011).

Nesse sentido, a existência de parcelas de trabalhadoras/es desempregadas/os sempre se fez presente nos distintos momentos históricos. Contudo, é sabido que, nos períodos de crise econômica, o índice de desemprego tende a ser mais elevado, de modo que, na realidade hodierna, o pensador húngaro István Mészáros (2010) caracteriza-o como estrutural.

Assim, a eclosão da pandemia provocada pela Covid-19 agravou e complexificou ainda mais a situação do desemprego no Brasil. Segundo dados divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), produzidos a partir dos primeiros resultados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD), a taxa de desocupação referente ao trimestre de agosto a outubro de 2020 (14,3%) aumentou 0,5 pontos percentuais em comparação com o trimestre de maio a julho (13,8%); e 2,7% em relação ao mesmo trimestre de 2019. A população desocupada (14,1 milhões de pessoas) cresceu 7,1% (mais 931 mil pessoas) frente ao trimestre

anterior e aumentou 13,7% (1,7 milhão de pessoas a mais) em relação ao mesmo trimestre de 2019 (IBGE, 2020).

Como demonstram as inferências e os dados supramencionados, o desemprego, que já era um grande problema, sobretudo nos países em desenvolvimento, é retroalimentado pela dinâmica de crise sanitária e social, ainda que muitas vezes se camufle na forma de ocupações sem proteção social, provocando uma série de consequências para as/os trabalhadoras/es (SOUZA, 2021).

No caso mais específico do setor de saúde, há uma particularidade que difere da realidade global, uma vez que houve aumento pela demanda de profissionais, provocando, assim, a abertura de novas vagas. Contudo, é necessário enfatizar que, embora o desemprego nessa área não tenha sido expressivo, outras formas de precarização atinge as/os trabalhadoras/es desse ramo, principalmente no incremento do múltiplo emprego, de empregos parciais, de uma relativa queda salarial e na fragmentação do processo de trabalho (BARALDI, 2005).

Nessa direção, ao analisar os vínculos empregatícios das/os trabalhadoras/es do HRCR, encontramos diferentes formas de regulamentação trabalhista. Além do regime de servidor público estatutário, que em maio de 2020 representava 53,36% das formas de contrato, poder-se-ia mencionar: 1) Termo de Cooperação⁸; 2) Contrato Temporário; 3) Terceirizados; 4) Residências em Saúde. Discorreremos sobre eles a partir de agora, apoiando-nos, especificamente, no levantamento realizado com a pesquisa documental.

O vínculo empregatício denominado como termo de cooperação⁹ representa 22,97% dos contratos do hospital, o equivalente a 133 trabalhadoras/es, sendo a segunda maior forma de contratação identificada no HRCR. Contudo, pouco se sabe sobre esse tipo de vínculo. Não conseguimos localizar informações objetivas capazes de nos esclarecer como se dá essa forma de contratação ou, ainda, passíveis de sinalizar quais são os direitos trabalhistas resguardados.

De forma empírica, foi possível apurar que essas/es trabalhadoras/es são “contratados” através de indicação política e/ou administrativa; sem nomeação no Diário Oficial ou assinatura de qualquer documento que comprove o vínculo estabelecido com a instituição. O regime de trabalho dessas/es trabalhadoras/es se dá por meio de plantões (de 12 ou 24 horas, no geral). Como corolário, essas/es profissionais têm seu salário proporcional à quantidade de plantões cumpridos no mês, ou seja, tais plantões (e, por decorrência direta, os salários dessas/es trabalhadoras/es) podem variar a cada mês, a depender das condições objetivas da unidade e das requisições feitas pela presença das/os profissionais. Além disso, os sujeitos recrutados por essa forma contratual também não têm direito ao gozo de férias nem a qualquer outro relacionado à previdência social e seu desligamento pode ocorrer a qualquer momento, sem nenhum aviso prévio.

Outra forma de vínculo trabalhista encontrada na nossa pesquisa foram os contratos temporários. Essa forma contratual corresponde a 11,39% dos vínculos estabelecidos no HRCR, percentual equivalente a 66 profissionais. Contudo, é imprescindível sinalizar que, após a

⁸ Conforme decreto n.º 6.619, de 29 de outubro de 2008, os termos de cooperação são “[...] instrumento por meio do qual é ajustada a transferência de crédito de órgão da administração pública federal direta, autarquia, fundação pública, ou empresa estatal dependente, para outro órgão ou entidade federal da mesma natureza” (BRASIL, 2008).

⁹ Até 2010, o HRCR era administrado pela Associação de Municípios do Seridó (AMS). Contudo, após a assinatura de um termo de cooperação entre o governo do estado do Rio Grande do Norte, através da Secretaria Estadual de Saúde Pública, a AMS e prefeituras municipais, o hospital passa a ser administrado pelo estado, que assumiu a responsabilidade de indicar os nomes para os cargos de direção geral, direção administrativa e financeira do Hospital, além de manter os servidores públicos que já trabalham na unidade e garantir o fornecimento de insumos. O termo de cooperação institui, ainda, que a prefeitura municipal deve entrar com contrapartidas, uma delas é a contratação de recursos humanos.

realização da nossa pesquisa documental (maio/2020), o quantitativo de trabalhadoras/es com vínculos de contratos temporários quase quadruplicou, passando de 66 para 250 profissionais¹⁰.

De maneira geral, entende-se a contratação temporária como uma ferramenta aligeirada e menos burocrática da qual a administração faz uso ao se encontrar em um cenário “[...] emergencial ou imprevisível, cuja contratação imediata de servidores é imprescindível para atender determinada demanda temporária de excepcional interesse público” (SOUZA; ALVES, s/d, p. 4). Em se tratando da realidade do HRCR, como sinalizamos anteriormente, houve um aumento expressivo de trabalhadoras/es temporários em menos de um ano (maio-2020/dezembro-2020). Esse aumento se justifica pela elevação expressiva de casos de Covid-19 na região estudada. Entre as categorias profissionais contratadas, estão: médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, farmacêuticos, bioquímicos, técnicos de enfermagem, técnicos de radiologia, higienistas e maqueiros.

Dito de outro modo: defronte à alta demanda provocada pela pandemia da Covid-19 e ante à escassez de infraestrutura no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), sobretudo de leitos hospitalares, Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) e equipamentos de respiração mecânica, algumas unidades de saúde foram se “reestruturando”, como também implementando os “hospitais de campanha”. Tais estratégias carregam consigo a necessidade imediata de contratação de trabalhadoras/es, o que vem sendo feito através da reprodução em larga escala dos vínculos temporários, inclusive no HRCR.

No que se refere aos contratos terceirizados, trata-se, de acordo com Antunes (2018), de um fenômeno que vem despontando como um dos principais instrumentos de contratação nos mais variáveis ramos e setores produtivos, sobretudo após as alterações jurídicas que regulamentam os contratos terceirizados também para as atividades-fim.

Na particularidade brasileira, os estudos sobre a terceirização apontam fatos preocupantes para o segmento, como se pode atestar a partir das pesquisas de Druck (2011) e Antunes e Praun (2015). Dentre eles, poder-se-ia citar que os/as trabalhadores/as terceirizados: recebem salários reduzidos, são mais acometidos por acidentes de trabalho, possuem elevada taxa de rotatividade nos empregos. Acrescente-se ainda que:

As empresas terceirizadas abrigam as populações mais vulneráveis do mercado de trabalho: mulheres, negros, jovens, migrantes e imigrantes. Esse “abrigo” não tem caráter social, mas é justamente porque esses trabalhadores se encontram em situação mais desfavorável, e por falta de opção, submetem-se a esse emprego (ALVES, 2017, p. 339).

A nossa pesquisa revelou que 9,49% das/os trabalhadoras/es possuem esse vínculo trabalhista, o que correspondente a 55 profissionais. Entre as categorias a dinamizar essa modalidade, estão: vigilantes, higienistas, maqueiros, auxiliares de cozinha, copeiros, cozinheiros, rouparia lavadeiras, pedreiros, eletricitas e bombeiros hidráulicos.

Como se pode observar, os postos de trabalho destinados às/aos trabalhadoras/es terceirizados no âmbito do HRCR constituem ocupações que, historicamente, foram marcadas pelos baixos salários, extensas e intensas jornadas de trabalho, além do parco reconhecimento social, fatores esses reveladores da precarização do trabalho.

Nesse diapasão, é importante sinalizar, ainda, a “invisibilidade” e a fragilidade social e jurídica a acometer essas/es trabalhadoras/es. Durante a nossa pesquisa documental, acessamos uma

¹⁰De acordo com o Edital de Recrutamento para Contratação Temporária n.º 001/2020 do estado do Rio Grande do Norte, abriram-se vagas para 135 profissionais.

listagem contendo informações como: nome, sexo, cargo e setor de todas/os as/os trabalhadoras/es do HRCR. Contudo, a partir da análise da referida listagem, percebemos que faltavam informações importantes para caracterizar, de maneira qualificada, um dos segmentos de trabalhadoras/es, a saber: os terceirizados, acerca dos quais a listagem revelava apenas a ocupação e quantitativo. No nosso entendimento, a inexistência de dados basilares dessas/es trabalhadoras/es expressa as dificuldades existentes em sua regulação contratual, com todas as consequências sociais disso derivadas. O HRCR prescinde das atividades que muitos homens e mulheres terceirizados/as realizam e, ao mesmo tempo, demonstra não ter informações capazes de caracterizá-los/as, ainda que minimamente, revelando as contradições dessa forma de vinculação.

Por fim, e não menos importante, temos as Residências em Saúde, que representam 2,76% dos vínculos existentes e atuantes no HRCR. Tal cifra equivale a 16 residentes, sendo 12 desses inseridos na modalidade multiprofissional e 4 na médica. As Residências em Saúde se constituem como uma categoria de ensino em serviço de pós-graduação *lato sensu*, sob a forma de curso de especialização, com carga horária de 60 horas semanais¹¹ e duração mínima de 2 anos, com recebimento de bolsa, abrangendo diversas profissões da saúde (MARTINS *et al.*, 2019).

Assim, as residências em saúde contêm uma proposta de ensino em serviço que propicia a qualificação do profissional e o fortalecimento do sistema de saúde. Contudo, a inserção dessas/es profissionais ocorre de forma precarizada, inclusive pela forma como acontece a contratação de seus quadros profissionais, a qual não estabelece vínculo empregatício com a instituição. Ou seja, as/os profissionais residentes não são protegidas/os pela CLT, muito menos pelo Estatuto de Servidor Público. Nessa direção, os programas estabelecem diferentes formas de entendimento da legislação da Residência em Saúde, definido os seus regimentos de acordo com os interesses e necessidades dos serviços (MARTINS *et al.*, 2019).

Em se tratando especificamente do nosso estudo, salienta-se que, embora os/as residentes não estabeleçam vínculo empregatício com o HRCR, o trabalho em saúde e a extensiva jornada de trabalho das/os mesmas/os se inserem nos marcos da exploração do trabalho. Isso implica dizer que, mesmo reconhecendo as particularidades dos programas de residência, essas não alteram a condição de trabalhador/a daqueles/as que se vinculam a ela, ainda que temporariamente, no modo de produção capitalista. A incorporação dessas/es profissionais nos serviços de saúde, na maioria das vezes, é a substituição de profissionais com vínculos efetivos.

Nesse sentido, corroboramos com Martins *et al.* (2019), para quem as/os profissionais residentes se configuram como “mão de obra” barata para as instituições, uma vez que não possuem vínculo trabalhista e o “salário” das/os mesmas/os não são pagos com recursos que são destinados pela instituição, mas sim por um órgão público federal, que, no caso, pode ser o Ministério da Saúde ou da Educação.

Destarte, apresentados os dados sistematizados a partir de nossa pesquisa documental, observa-se que 270 das/os trabalhadoras/es, o equivalente a 46,63%, apresentam vínculos precários de trabalho com o HRCR. Com isso, não queremos enfatizar que as/os trabalhadoras/es efetivas/os do referido hospital estão imunes ou distanciadas/os da precarização laboral, pelo contrário, entendemos que, nos marcos da sociedade capitalista, todos aquelas/es que necessitam vender sua força de trabalho para sobreviver sentem, de alguma forma e em determinados níveis

¹¹ A legislação da residência prevê uma carga horária de 60 horas semanais, sendo dividida da seguinte forma: 48 horas destinadas a estratégias educacionais práticas e teórico-práticas e 12 horas sob estratégias educacionais teóricas. O que implica dizer que essas 60 horas têm representado a precarização do trabalho e uma carga horária superior, inclusive ao funcionamento dos serviços de saúde (CFESS, 2017).

de intensidade, os efeitos da precarização do trabalho. Ao mesmo tempo, é preciso reconhecer que essa precarização se apresenta de maneira mais acentuada para aqueles sujeitos vinculados ao mercado de trabalho sem e/ou com pouca proteção jurídica, social e econômica – caso das/os trabalhadoras/es do HRCR contratados por termo de cooperação, temporários, terceirizados e residentes.

Diante desse contexto de grande incidência de contratações de trabalhadoras/es visivelmente marcadas pela precarização, faz-se mister indicar que, particularmente desde 2017 (momento histórico em que a legislação jurídica do trabalho no Brasil é alterada de maneira regressiva), esse fenômeno se agrava e se complexifica, demonstrando os desafios que deverão ser enfrentados pelos trabalhadores do HRCR e dos demais setores da sociedade.

Ora, na percepção de Krein (2018), a atual reforma trabalhista aprovada através da Lei n.º 13.467/2017 (e, anterior a ela, pela Lei n.º 13.429/2017), não materializam uma simples “reforma”, mas um desmonte de direitos, uma vez que foram modificados 201 aspectos do arcabouço legal de regulação trabalhista, além de ter permitido a terceirização para as atividades finalísticas. Dessa forma, foram alterados elementos primordiais da relação de emprego e das instituições responsáveis pela normatização e efetivação das relações de trabalho, inclusive no que tange ao desmonte das instituições responsáveis por observar e fiscalizar as irregularidades no âmbito das relações trabalhistas.

Para Trindade (2020), os sucessivos ataques aos direitos, especialmente os trabalhistas, têm a premissa de propiciar uma “modernização” ou “adequação” da estruturação jurídica do trabalho com as determinações dos tempos atuais. Contudo, o que se pode observar é que tal reforma tem contribuído para a generalização das formas de trabalho precário, desprotegido e desregulamentado, ainda que exista um empenho em reluzir uma noção positiva em volta das modalidades de trabalho flexíveis.

A insegurança e a saúde no trabalho

É na *insegurança e saúde no trabalho* que encontramos uma outra forma de precarização social do trabalho (DRUCK, 2011). As condições de insegurança e saúde no trabalho são sequelas dos padrões de gestão que infringem o devido treinamento ou, ainda, desconsideram as noções básicas sobre riscos, agravos e medidas preventivas individuais e coletivas para as/os trabalhadoras/es, tendo em vista a perseguição por maiores índices de produtividade e o alcance de metas, que, em geral, desconsideram as singularidades dos trabalhadores, além da imposição de ritmos e intensidades na condução das ações e no âmbito da jornada laboral, de modo geral.

Isso ocorre porque, nos marcos do modo de produção capitalista, a prioridade e o objetivo último dos setores dominantes é a aquisição de taxas cada vez mais vultosas de mais-valia. Para lográ-las, recorre-se a um conjunto de medidas socioeconômicas que alteram os processos de produção de mercadorias, independentemente dos impactos negativos que elas ocasionem para as/os trabalhadoras/es. Afinal, como enfatizam Antunes e Praun:

Em sua lógica destrutiva, o capital não reconhece nenhuma barreira para a precarização do trabalho. A exploração sem limites da força de trabalho é em si expressão das contradições estruturais de dada forma de sociabilidade que, ao mesmo tempo em que não pode prescindir do trabalho vivo para sua reprodução, necessita explorá-lo ao extremo, impondo-lhe o sentido mais profundo de sua mercantilização: a abreviação de seu tempo de uso como resultado do

aprofundamento, pelo adoecimento, de sua característica de mercadoria de alta descartabilidade (ANTUNES; PRAUN, 2015, p. 423).

Assim sendo, os agravos à saúde do/a trabalhador/a representam uma das formas pelas quais se expressa a precarização do trabalho e, ao mesmo tempo, põem em relevo as contradições que guiam o modo de produção capitalista, pois a parcela da população que produz o conjunto das riquezas existentes na sociedade é, não apenas alijada dela, como também padece de toda sorte de adoecimentos com nexos laborais. De fato, como indica a citação acima transcrita, nesse modo de produção as/os trabalhadoras/es são consideradas/os simples fatores de produção, podendo ser “descartadas/os” ou substituídas/os a qualquer momento.

Um exemplo de indicador dessa precarização é o aumento nos números de acidentes e doenças profissionais relacionadas ao trabalho no país, ainda que os dados obtidos sobre o fenômeno, por conveniência política e econômica, sejam reconhecidamente subnotificados, principalmente quando se trata das doenças profissionais (PRAUN, 2014).

No contexto da nossa investigação, esse indicador também foi expressivo, como demonstram os casos de infecção por Covid-19 registrados entre as/os trabalhadoras/es atuantes no HRCR. Dentre as/os 123 trabalhadoras/es que responderam ao nosso questionário, 21 deles (17,2%) informaram ter testado positivo para a Covid-19. Contudo, quando nos debruçamos sobre os dados obtidos pela pesquisa documental, especialmente acerca do perfil das/os trabalhadoras/es infectados, foi-nos possível constatar que o quantitativo integral de profissionais acometidos pela Covid-19 até 25 de setembro de 2020 (ou seja, aproximadamente um mês antes da aplicação do questionário), eram de 121 trabalhadoras/es do hospital confirmadas/os para a doença, sendo destes, um óbito.

Ainda no que se refere aos trabalhadores do HRCR infectados pela doença, notamos que 85,71% dos casos positivados são de trabalhadoras/es inseridos em modalidades contratuais precárias, com maior ênfase para as/os trabalhadoras/es terceirizadas, que perfazem 52,38% do total das notificações.

Seguindo a tendência nacional e estadual¹², as/os Técnicas/os e/ou Auxiliares de Enfermagem foram as/os trabalhadoras/es da saúde mais atingidas/os pela COVID-19, equivalente a 43,8% dos profissionais, seguidos das/os Enfermeiras/os (10,7%) e Higienistas (9,91%).

Ainda no que refere à análise dos dados obtidos, outra informação merece destaque, a saber: 76,85% das/os profissionais acometidos/as pela COVID-19 no âmbito do HRCR estão inseridos/as em cargos e/ou funções que não exigem formação de nível superior, ou seja, ocupam postos de trabalho com exigência formativa de nível médio ou técnico-profissionalizante. Tal análise é importante pois, na maioria das vezes, a inserção dos/as trabalhadores/as nesses postos se dá acompanhada de baixas remunerações e vínculos fragilizados e precários - com todas as implicações decorrentes deste fato.

No que se refere especificamente aos/as Técnicos/as ou Auxiliares de Enfermagem sabemos que, pelo próprio caráter da atividade profissional por eles exercida, há o estabelecimento de um

¹² Conforme o Boletim Epidemiológico Nº 32, do Ministério da Saúde, até 19 de setembro de 2020, apresentava-se um quantitativo de 388.269 profissionais da saúde confirmados para a COVID-19. Desses profissionais, as/os Técnicas/os e/ou Auxiliares de Enfermagem foram os/as mais atingidas/os, sendo 106.845 profissionais; em seguida são as/os Médicas/os (63.598) e Enfermeiras/os (45.817) (BRASIL, 2020). Já no Rio Grande do Norte, conforme o Boletim Epidemiológico da Saúde do Trabalhador, até 13 de agosto de 2020, eram registrados 5.371 profissionais da Saúde confirmados para a COVID-19. Sendo as/os Técnicas/os e/ou Auxiliares de Enfermagem as/os profissionais mais atingidas/os pela COVID-19 (1.898) profissionais, seguido das/os Enfermeiras/os (643) e Médicas/os (473).

contato direto com as/os pacientes infectados/as, por isso, esses/as trabalhadores/as apresentam alto risco de contaminação (TRINDADE; LIMA, 2021), podendo ser esta uma das explicações para o notório percentual apresentado nesta pesquisa.

Outro dado nos chamou a atenção: o expressivo percentual de higienistas infectados/as pela Covid-19. Em primeiro lugar porque essa categoria profissional não ter figurado entre as mais expressivas tanto a nível nacional quanto em âmbito estadual. Em segundo, pela invisibilidade dessa categoria nos dados nacionais e estaduais. Nesse sentido, corroboramos com Teixeira et al. (2020), que na maioria dos estudos e/ou fontes oficiais, não há menção de um conjunto de trabalhadoras/es que compõem a força de trabalho em saúde, embora não tenham formação específica da área, dentre os quais os/as higienistas fazem parte. Assim, reforçamos a nossa percepção de que todas/os as/os trabalhadoras/es que estão diretamente envolvidos no enfrentamento da pandemia e, conseqüentemente, expostos aos riscos de contaminação, devem ser considerados nos estudos sobre os efeitos da Covid-19 e sua relação com as/os trabalhadoras/es da saúde.

Assim, os dados apresentados servem para reforçar a nossa concepção segundo a qual as/os trabalhadoras/es têm experienciado os efeitos e os rebatimentos provocados pela pandemia de modo diferenciado. De fato, como podemos notar, as parcelas das/os trabalhadoras/es vinculadas/os ao HRCR, mediante vínculos precários, são também as que se encontram mais vulnerabilizadas ante à infecção, o que precisa ser aprofundado em estudos posteriores.

Cabe ressaltar que os acidentes e as manifestações de adoecimento derivadas do labor não são fenômenos novos, como salientam Antunes e Praun (2015). Contudo, com as reconfigurações no mundo do trabalho, através da ampliação do controle, da exploração e da intensificação da utilização da força de trabalho, novas formas de acidentes e adoecimentos com o nexo laboral passam a fazer parte do cotidiano dos distintos espaços sócio-ocupacionais, vitimando um número cada vez maior de trabalhadoras/es.

Os casos de trabalhadoras/es que contraíram a Covid-19 a partir do exercício de suas funções também se faz presente no âmbito do HRCR, o que pudemos constatar a partir dos dados obtidos com a pesquisa. Contudo, antes de adentrar mais diretamente na exposição dos dados empíricos desta pesquisa, cabe indicar que, os/as trabalhadores/as da saúde compõem um dos grupos de risco para a Covid-19, uma vez que estão diariamente expostos a pacientes contaminados pelo vírus, fazendo, assim, com que recebam uma alta carga viral. Além disso, essas/es profissionais estão submetidas/os a um enorme estresse ao atender os pacientes que os requisitam (REGO; PALÁCIOS, 2020; TEIXEIRA *et al.*, 2020).

Nessa perspectiva, Teixeira *et al.* (2020) sinalizam que a proteção da saúde das/os trabalhadoras/es da saúde é essencial para evitar a transmissão da Covid-19 nas unidades de saúde, bem como nos domicílios dos mesmos, sendo fundamental a adoção de protocolos de controle de infecções e viabilizar os Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) necessários à realização do trabalho em condições adequadas. Dentre esses equipamentos, estão inclusos: as máscaras N95 e/ou cirúrgicas, luvas, óculos, capotes e protetores faciais.

Em nosso estudo, 122 trabalhadoras/es informaram ter feito uso de EPIs, o equivalente a 99,2% das/os participantes da pesquisa; apenas 1 participante informou não ter utilizado tais equipamentos, representando 0,8% do total. Com isso, entendemos que as/os profissionais do HRCR não sofreram, significativamente, com a ausência de EPIs, situação distinta daquela verificada no cenário nacional e em diversos estudos realizados, que apontam para uma escassez desses equipamentos. Entre os EPIs apontados pelas/os trabalhadoras/es como os mais utilizados

no âmbito do HRCR, estão: as máscaras cirúrgicas (90,2%), máscaras N95 (75,6%), toca (72,4%), capote ou avental (66,7%), jalecos (44,7%) e luvas cirúrgicas (39,8%).

A pesquisa revela, ainda, outro dado importante, qual seja: 111 das/os trabalhadoras/es afirmaram que o uso dos EPIs ocorreu de acordo com os protocolos estabelecidos, o que equivale a 91% do universo total da pesquisa, ao passo em que 11 trabalhadoras/es informaram o contrário, representando 9% dos respondentes.

É importante sinalizar que, além do uso correto dos EPIs, incluído a paramentação, desparamentação, higienização (quando cabível) e descarte correto desses equipamentos, outro ponto importante é a capacitação dessas/es trabalhadoras/es sobre aspectos de segurança e saúde relativas ao ambiente de trabalho. No nosso estudo, 93 trabalhadoras/es (76,2 %) informaram ter realizado os treinamentos sobre “Manejo e acompanhamento do paciente com suspeita de coronavírus” e/ou “Prevenção e controle de infecções (PCI) causadas pelo novo coronavírus (COVID-19)”, ofertados pelo Ambiente Virtual de Aprendizagem do Sistema Único de Saúde (AVASUS)¹³. No outro extremo, detectamos o quantitativo de 29 trabalhadoras/es (23,8%) que indicaram não ter participado de nenhuma capacitação.

Nesse sentido, é importante mencionar algo: ainda que a maioria das/os trabalhadoras/es tenha apontado a realização das capacitações, entendemos que elas não se traduzem, imediatamente, na correta compreensão e assimilação do manuseio e utilização. Assim, a partir das experiências empíricas, foi possível observar que mesmo após as/os trabalhadoras/es do HRCR terem passado por essas capacitações, em diversos momentos, detectava-se a utilização inadequada dos EPIs ou o não cumprimento dos protocolos de paramentação e desparamentação.

Outro aspecto que tem chamado a atenção para a saúde do trabalhador, no contexto de pandemia, concerne à saúde mental. Segundo Teixeira *et al.* (2020), tem sido recorrente os relatos da ampliação dos sintomas de depressão, perda da qualidade do sono, ansiedade, sintomas psicossomáticos, medo de se infectar ou de transmitir a infecção para os membros da família. Assim, embora seja mais comum que os estudos abordem a precarização do trabalho, observando seus efeitos objetivos, é preciso destacar que a subjetividade dos/as trabalhadores/as também é afetada, de diferentes formas e em graus variados de intensidade, a depender dos processos de trabalho em que os/as mesmos/as estão inseridas/os. Sobre esse aspecto, Dejours é categórico ao enfatizar que:

[...] a exploração do corpo passa sempre e necessariamente por uma neutralização prévia da vida mental, através da organização do trabalho [...] A desapropriação do corpo só é possível graças a uma operação específica sobre a estrutura da personalidade, cujos efeitos, duráveis ou reversíveis segundo o caso, fazem parte integrante da carga de trabalho. Assim, a “carga psíquica” de trabalho não seria apenas um efeito acessório do trabalho, mas resultaria, exatamente, de uma etapa primordial, da qual dependeria a submissão do corpo, etapa cujo sucesso seria assegurado pela própria organização do trabalho (DEJOURS, 2015, p. 177).

Entre as/os trabalhadoras/es do HRCR, os aspectos que mais figuraram estabelecendo relação com a saúde mental e com a “precarização subjetiva” (LINHART, 2014) foram: ansiedade (75,2%), estresse (70,6%), insônia (51,4%), esgotamento mental (29,4%) e estafa (15,6%).

¹³ É um espaço virtual de aprendizagem desenvolvido para profissionais e alunos da área da saúde e para a sociedade civil, cujo objetivo principal é qualificar a formação, a gestão e a assistência no SUS.

A proximidade com o sofrimento das/os pacientes, ou até a mesmo a morte desses; o medo da infecção; a solidão e preocupação com os entes; a intensificação na carga de trabalho; a ausência de condições dignas de trabalho, dentre outros aspectos, têm corroborado com o adoecimento físico e psicológico dessas/es trabalhadoras/es.

A tal situação, precisamos adicionar que os *padrões de gestão e organização do trabalho* também incidem, de maneira negativa, na degradação da saúde do trabalhador. Em meio às constantes reestruturações produtivas, vão se conformando condições assustadoramente precárias expressas, sobretudo, através das extensas jornadas de trabalho, da polivalência, das requisições por metas de produtividade exorbitantes, dentre outros aspectos já aludidos anteriormente. Todos esses mecanismos se alicerçam em uma “gestão pelo medo” e através de formas de abuso de poder, configuradas principalmente através do assédio moral (DRUCK, 2011).

No que se refere especificamente à intensificação do trabalho, Dal Rosso (2008) a caracteriza como um processo circunscrito histórica e socialmente em sua relação com outros fenômenos, especialmente com aqueles descritos pela categoria “produtividade”. Diante disso, o autor sintetiza:

Um trabalho é considerado mais intenso do que outro quando, sob condições técnicas e de tempo constantes, os trabalhadores que o realizam despendem mais energias vitais, sejam físicas, emocionais, intelectuais ou relacionais, com o objetivo de alcançar resultados mais elevados quantitativamente ou qualitativamente superiores aos obtidos sem acréscimo de energias. [...] Trabalho mais intenso distingue-se de trabalho mais produtivo à medida que os resultados mais elevados do trabalho são obtidos mediante o acréscimo de energias adicionais do trabalhador e não resultados de ganhos mediante avanços técnicos, como acontece quando se emprega o conceito de produtividade” (DAL ROSSO, 2008, p. 196-197).

Assim, ainda na percepção do autor supracitado, a intensificação do trabalho desvela o empenho das/os trabalhadoras/es, implicando que eles/elas produzem mais trabalho em um mesmo período considerado, e que a noção de produtividade está relacionada aos efeitos das transformações tecnológicas (DAL ROSSO, 2008).

No setor da saúde, a flexibilização das relações trabalhistas também tem proporcionado condições variáveis de trabalho, em que alguns elementos podem ser evidenciados, a exemplo do: pagamento por produção; da divisão fragmentada do trabalho; dos critérios de seleção e remuneração salarial variáveis; das exigências por profissionais qualificados e polivalentes; dentre outros aspectos (BARALDI, 2005).

Na nossa pesquisa, 52% das/os trabalhadoras/es do HRCR afirmaram que não ocorreu aumento na jornada de trabalho, o que equivale a 64 profissionais. Contudo, 94,3% das/os profissionais afirmaram ter percebido uma intensificação do trabalho no período de pandemia, o que implica dizer que essas/es trabalhadoras/es tiveram que se desdobrar para dar conta do aumento da demanda que se apresentou com a maior disseminação da Covid-19.

O governo federal, através da Medida Provisória (MP) n.º 927/2020 (BRASIL, 2020), não só prorrogou as jornadas de trabalho das/os profissionais de saúde contratadas/os em regime celetista, como permitiu às/aos empregadoras/es a adoção de escalas de horas suplementares que variam da 13ª até a 24ª hora do intervalo interjornada, além de prever a compensação da carga horária suplementar por meio de banco de horas ou hora extra, com um prazo de até 18 meses para que seja realizada.

Nesse sentido, deve-se criar estratégias para minimizar o agravo à saúde física e mental das/os trabalhadoras/es da saúde, fenômeno alicerçado nas exigências de atividades a serem desempenhadas e no elevado nível de estresse a que estão submetidos, sobretudo nesse contexto pandêmico.

Destarte, o que podemos observar no âmbito do HRCR (assim como também de outras unidades hospitalares e dos serviços considerados essenciais) é um agravamento da precarização laboral, principalmente no tocante às extensivas jornadas trabalhistas, à intensificação do trabalho e ao desgaste físico e psíquico a acometer as/os trabalhadoras/es. O labor dos/as profissionais da saúde é essencial no enfrentamento da pandemia. As contribuições aqui sistematizadas chamam a atenção para questões que não nascem na pandemia, mas que se evidenciam com ela, como dito anteriormente. É preciso também garantir e proteger a vida desses sujeitos.

A organização coletiva e a defesa dos direitos sociais e trabalhistas

Outras dimensões da precarização social do trabalho estão relacionadas à *perda das identidades individuais e coletivas e à fragilização das organizações coletivas (políticas e sindicais)* (DRUCK, 2011). As transformações verificadas no modo de produção capitalista, sob hegemonia do capital financeiro (IAMAMOTO, 2011), têm rebatido diretamente na forma de viver, produzir e de articulação coletiva da classe trabalhadora e, conseqüentemente, nas diferentes formas de resistência que engendram.

Como sabemos, o grau de organização política dos trabalhadores é fundamental nas disputas estabelecidas com os setores dominantes da sociedade, inclusive no que tange à melhoria da qualidade de vida a partir da conquista de direitos sociais que atuam no sentido de diminuir o grau de pauperização relativa e absoluta (MARX, 2011) a que estão submetidos. Nesse sentido, podemos afirmar que quanto mais organizados/as estiverem os/as trabalhadores/as, maiores também serão as possibilidades de atenuar os níveis de precarização do trabalho que os/as acometem.

Duriguetto (2014) aponta que a flexibilização e a precarização do emprego exacerbam a fragmentação não só no nível objetivo das relações de trabalho, revelando-se também no plano da consciência de classe. Com isso, presenciemos a “[...] dessolidarização de classe e as tendências neocorporativistas das lutas sindicais, à crise do sindicalismo de classe e sua conversão num sindicalismo de parceria, de envolvimento e à postura defensiva de preservação dos direitos dos trabalhadores” (2014, p. 180).

Para Druck (2011), a perda das identidades individuais e coletivas tem sua origem na condição de estar desempregado/a e na tensão permanente da perda do emprego, que tem se constituído uma oportuna estratégia de dominação no campo do trabalho. Ora:

Numa sociedade em que o trabalho ainda ocupa um espaço/tempo central na vida social e individual, sua precarização dificulta o processo de identificação e construção de si, tornando mais complexa a alienação/estranhamento do trabalho [...]. O binômio terceirização/precariização, ao minar a identidade individual e coletiva, conduz à fragilização dos agentes sociais. São os efeitos propriamente políticos da terceirização que pulveriza e enfraquece [...] os sindicatos, ameaçando sua representatividade pela divisão crescente das categorias profissionais, cada uma com o seu sindicato, com atuações competitivas entre si (FRANCO; DRUCK; SELIGMANN-SILVA, 2010, p. 232-233).

Assim, na percepção das autoras supracitadas, a fragilização das organizações sindicais e políticas reduz as possibilidades de enfrentamento das condições degradantes vivenciadas pelos/as trabalhadores/as, nos mais diversos espaços laborais. Com isso, “[...] a precarização

da organização coletiva aumenta tanto a vulnerabilidade social quanto a individual”, em que a insegurança e a desproteção sentidas por todos/as, e por cada trabalhador/a em particular, produzem reações e desdobramentos de diferentes tipos – inclusive transtornos psíquicos (FRANCO; DRUCK; SELIGMANN-SILVA, 2010, p. 233).

As dificuldades de organização dos principais instrumentos de luta da classe trabalhadora (partidos políticos, sindicatos e movimentos sociais) também se fazem sentir na realidade por nós investigada, particularmente a partir da baixa adesão das/os trabalhadoras/es a tais instrumentos. Conforme apontam os dados da nossa pesquisa, 74,4% das/os trabalhadoras/os do “Hospital Regional Cleonice Ribeiro” informaram não participar de nenhuma organização político-sindical, 18,8% informam não ter interesse em participar e apenas 10,2% disseram estar organizados; destes, 1,7% em movimentos sociais, 5,1% em sindicatos e 3,4 em partidos políticos, ou seja, 92,37% das/os trabalhadoras/os do HRCR não participam ou não têm interesse em participar de nenhuma organização político-sindical, portanto, apenas 7,62% disseram estar organizados/as e, destes, a maioria está inserida em mais de um espaço, sobretudo nos sindicatos e nas associações de profissionais.

A partir da análise desses dados, algo nos chama a atenção, a saber: a maioria das/os trabalhadoras/es que constroem alguma forma de organização política é composta por aqueles/as que possuem inserção contratual precária (cerca de 66,33%), com ênfase para as/os trabalhadoras/es temporários, por termo de cooperação e residentes.

Como sabemos, historicamente, os/as trabalhadores/as com vínculos de trabalho precarizados apresentaram maiores entraves para compor e aderir às formas de organização política. Isso se justifica, dentre outros fatores, pela instabilidade e incertezas do tempo de permanência nos empregos (dificultando, em alguma medida, a criação de vínculos mais orgânicos com os demais trabalhadores), o reduzido tempo de vida ou tempo livre (em geral, decorrente da sobrecarga laboral e da inserção em mais de um emprego) ou, ainda, pela necessidade do pagamento de taxas para a filiação a determinados espaços, como ocorre, por exemplo, com os sindicatos. De fato, como apregoa Druck (2011, p. 50):

O isolamento e a perda de enraizamento, de vínculos, de inserção, de uma perspectiva de identidade coletiva, resultantes da descartabilidade, da desvalorização e da exclusão, são condições que afetam decisivamente a solidariedade de classe, solapando-a pela brutal concorrência que se desencadeia entre os próprios trabalhadores.

Nesse sentido, ainda que o número de trabalhadoras/es do HRCR a dinamizar as mais diversas formas de luta e organização seja reduzido, entendemos que a sua inserção nesses espaços reflete a necessidade e o esforço para superar os entraves e dificuldades a permear a realidade contemporânea, na qual o sistema de metabolismos do capital se torna cada vez mais antissocial, conforme indica Ricardo Antunes (2020). É ainda mister ressaltar que a atuação desse segmento de trabalhadoras/es precarizados nos espaços de organização coletiva é algo extremamente relevante, sobretudo pela possibilidade aberta para pôr em evidência pautas e demandas que, muitas vezes, são “esquecidas” pelas/os trabalhadoras/es com maior estabilidade empregatícia.

Nessa linha de raciocínio, outro aspecto que merece ser destacado diz respeito ao fato de que a situação de pandemia apresentou novos desafios as/os trabalhadoras/es do HRCR, alguns delas/es, inclusive, já ressaltados nos itens anteriores deste artigo. Nesse sentido, podemos afirmar que a atuação das/os trabalhadoras/es nas organizações políticas, nesse momento histórico,

permite dar visibilidade ou, pelo menos, chamar a atenção para as questões mais latentes que estão atravessando o cotidiano de trabalho no contexto pandêmico. Ademais, tais desafios adensam um conjunto de problemáticas que já vinham ocorrendo antes da pandemia no âmbito do hospital estudado.

Por isso mesmo, é importante frisar que nenhum desafio posto à organização e à atuação política-sindical das/os trabalhadoras/es, dentro ou fora do HRCR, pode ser compreendido de forma isolada do contexto de crise estrutural e do rearranjo global do capitalismo, caso contrário, estaríamos diante de uma análise vazia, acrítica e a-histórica.

Considerações finais

Podemos afirmar que a pandemia exacerbou o curso das tensões do modo de produção capitalista, operando como uma espécie de “lupa” sobre as contradições desse sistema societal. No aspecto social, mostrou-se alicerçada em torno do complexo do trabalho, tanto pelo fato de que a propagação do vírus acontece, muitas vezes, no âmbito das atividades laborais exercidas pela classe-que-vive-do-trabalho, como também pelo fato de serem as/os trabalhadoras/es que estão no epicentro das reverberações sociais, econômicas e políticas do atual cenário.

Ao longo deste artigo, procuramos evidenciar algumas formas de expressão da precarização do trabalho registradas no HRCR, dando ênfase a três eixos principais, quais sejam: a) desemprego, vínculos trabalhistas e ataques à legislação laboral; b) saúde e insegurança no trabalho; c) organização coletiva e consciência de classe. Cada um desses eixos revela como as/os trabalhadoras/es da saúde têm sido impactadas/os, objetiva e subjetivamente, a partir da inserção nos processos de trabalho no âmbito do referido hospital.

Assim, os dados e informações produzidos e sistematizados neste texto expressam uma aproximação ao entendimento das relações e condições de trabalho dos/as profissionais da saúde diante da conjuntura instaurada pela Covid-19, demonstrando os impactos em suas condições de vida, além de apontar os desafios e dificuldades que permeiam o cotidiano das/os trabalhadoras/es do HRCR. De modo geral, tais dados nos permitem destacar que a precarização do trabalho, em suas mais diversas formas de expressão e nos mais variados graus de intensidade, agravam-se no contexto das repercussões provocadas pela pandemia.

Destarte, a partir dos dados analisados, conseguimos sistematizar algumas informações relevantes sobre o tema. Ainda assim, destacamos a necessidade de construir novas pesquisas para aprofundar o entendimento das condições laborais dos/as trabalhadores/as da saúde, dedicando maior atenção às/aos profissionais que têm seu vínculo trabalhista pelo Termo de Cooperação, bem como os terceirizados que, como procuramos demonstrar ao longo deste texto, são impactados de modo significativo pelos reveses da pandemia, particularmente no âmbito do HRCR. É preciso, ainda, aprofundar as análises de como o processo de trabalho desses/as profissionais foi complexificado com a pandemia.

Nesse viés, é imprescindível que organizações coletivas (sindicais e políticas, em suas diversas formas) formulem estratégias em torno dos interesses comuns das/os trabalhadoras/es, no horizonte de contestar a lógica que guia o modo de produção capitalista – leia-se, a exploração e opressão dos homens e mulheres que necessitam vender sua força de trabalho para sobreviver. Tal contestação deve se materializar em uma orgânica articulação entre as lutas singulares e as lutas de caráter mais geral. As formas de precarização do trabalho discutidas e evidenciadas neste

trabalho têm se apresentado como um entrave eminente dessa articulação, portanto, deve ser objeto transversal na agenda das lutas das/os trabalhadoras/es, na pandemia e para além dela.

Referências

ALVES, G. Precariedade e precarização do trabalho. In: ALVES, Giovanni. **Dimensões da reestruturação produtiva**. São Paulo: Práxis, 2007.

ALVES, G. Terceirização: o futuro do trabalho no Brasil. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 15 n. 2, p. 337-345, maio/ago. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tes/v15n2/1678-1007-tes-15-02-0337.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2021.

ANTUNES, R. **Os sentidos do Trabalho**: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. 2. ed. São Paulo: Boitempo, 2012.

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

ANTUNES, R. **Coronavírus**: o trabalho sob o fogo cruzado. São Paulo: Boitempo, 2020.

ANTUNES, R; PRAUN, L. A sociedade dos adoecimentos no trabalho. **Serviço Social & Sociedade**, n. 123, p. 407-427, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ssoc/n123/0101-6628-ssoc-123-0407.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2021.

BARALDI, S. **Supervisão, flexibilização e desregulamentação no mercado de trabalho**: antigos modos de controle, novas incertezas nos vínculos de trabalho em enfermagem. 2005. 185f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

BARBOSA, A. F. *A formação do mercado de trabalho no Brasil*. São Paulo: Alameda, 2008.

BRASIL. **Medida Provisória n.º 927, de 22 de março de 2020**. Governo Federal, Brasília, 2020. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/mpv/mpv927.htm. Acesso em: 12 mar. 2021.

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. **Residência em Saúde e Serviço Social**: subsídios para reflexão. Brasília: CFESS, 2017.

DAL ROSSO, S. **Mais trabalho!** A intensificação do labor na sociedade contemporânea. São Paulo: Boitempo, 2008.

DJOURS, C. **A Loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. São Paulo: Cortez, 2014

DRUCK, G. Trabalho, precarização e resistências: novos e velhos desafios? **Caderno CRH**, Salvador, v. 24, n. 1, p. 37-57, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ccrh/v24nspe1/a04v24nspe1.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2021.

DURIGUETTO, M. L. Movimentos Sociais e Serviço Social no Brasil pós-anos 90: desafios e perspectivas. In: ABRAMIDES, Maria Beatriz Costa; DURIGUETTO, Maria Lucia (orgs.). **Movimentos Sociais e Serviço Social: uma relação necessária**. São Paulo: Cortez Editora, 2014.

ENGELS, F. **A situação da classe trabalhadora na Inglaterra**. São Paulo: Boitempo, 2010.

FRANCO, T; DRUCK, G; SELIGMANN-SILVA, E. As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizado. **Revista brasileira de saúde**

ocupacional, v. 35, n. 122, p. 229-248, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbso/v35n122/a06v35n122.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2021.

IAMAMOTO, M. V. A questão social no capitalismo. **Temporalis**, Brasília, n. 3, 2001. Disponível em: http://www.abepss.org.br/arquivos/anexos/temporalis_n_3_questao_social-201804131245276705850.pdf. Acesso em: 20 jun. 2020.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. PNAD Contínua: taxa de desocupação é de 14,3% e taxa de subutilização é de 29,5% no trimestre encerrado em outubro. **Agência IBGE Notícias**, 29 dez. 2020. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/29781-pnad-continua-taxa-de-desocupacao-e-de-14-3-e-taxa-de-subutilizacao-e-de-29-5-no-trimestre-encerrado-em-outubro>. Acesso em: 26 jan. 2021.

KREIN, J. D. O desmonte dos direitos, as novas configurações do trabalho e o esvaziamento da ação coletiva: consequências da reforma trabalhista. **Tempo social**, v. 30, n. 1, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ts/v30n1/1809-4554-ts-30-01-0077.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2021.

LINHART, D. Modernização e precarização da vida no trabalho. In: ANTUNES, Ricardo. **Riqueza e miséria no Brasil III**. São Paulo: Boitempo, 2014.

MARTINS, J. *et al.* A precarização dos Programas de Residência em Saúde: uma faceta da tentativa de desmonte do SUS. **Humanidades & Inovação**, v. 6, n. 17, 2019. Disponível em: <file:///C:/Users/isacu/Downloads/1767-Texto%20do%20artigo-6808-2-10-20191204.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2021.

MARX, K. **O capital**: crítica da economia política. São Paulo: Boitempo, 2011.

MÉSZÁROS, I. **A atualidade histórica da ofensiva socialista**. São Paulo: Boitempo, 2010.

PRAUN, L. **Não sois máquina!**: reestruturação produtiva e adoecimento na General Motors do Brasil. 2014. 189 p. Tese (Doutorado em Sociologia) - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2014.

REGO, S; PALÁCIOS, M. Saúde mental dos trabalhadores de saúde em tempos de coronavírus. In: **Informe ENSP**, 30 de março de 2020. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/40659/2/Sa%c3%badeMental.PDF>. Acesso em: 12 mar. 2021.

SOUZA, D. O. As dimensões da precarização do trabalho em face da pandemia de Covid-19. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 19, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tes/v19/0102-6909-tes-19-e00311143.pdf>. Acesso em: 01 fev. 2021.

SOUZA, A. R. S; ALVES, V. R. F. **Contratação temporária por excepcional interesse público**: uma análise de seus requisitos constitucionais, s/d. Disponível em: <http://www.publicadireito.com.br/artigos/?cod=4216243dc99739e1>. Acesso em: 05 fev. 2021.

TEIXEIRA, C. F. S. *et al.* A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid- 19. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 9, p. 3465-3474, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v25n9/1413-8123-csc-25-09-3465.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2021.

TRINDADE, H. A contrarreforma trabalhista no Brasil e o precariado: contribuição ao debate. **Revista Jurídica Trabalho e Desenvolvimento Humano**, Campinas, v. 3, p. 1-21, 2020. Disponível em: <http://www.revistatdh.org/index.php/Revista-TDH/article/view/63/38>. Acesso em: 12 mar. 2021.

TRINDADE, H; LIMA, I. **Quando “heróis e heroínas” adoecem: trabalhadores da saúde infectados por covid-19 no rio grande do norte**. São Paulo: Práxis, 2021 (no prelo).