

Precarização do trabalho e adoecimento dos profissionais de saúde: impactos das condições laborais na saúde física e mental

Precarious work and illness among healthcare professionals: impacts of working conditions on physical and mental health

Francisca Rosilene Mendes Lima¹; Ana Paula de Figueiredo²; Oldair Donizete Galeni³; Eliane Aparecida Peixoto⁴; Antônio Luiz Marques⁵; Silvia Alice do Nascimento Araújo⁶; Arlete Dias Pereira França⁷; Raquel Aparecida de Oliveira⁸; Mara Lucia Alves Machado⁹; José Alves Pereira¹⁰; Rosania Maria Veloso Vieira¹¹

Resumo

A precarização do trabalho constitui fenômeno multidimensional caracterizado pela fragilidade dos vínculos empregatícios, insegurança ocupacional, remuneração insuficiente, redução da proteção social, terceirização, instabilidade contratual, intensificação das atividades e deterioração das condições em que o trabalho é realizado. No setor da saúde, essas características assumem especial relevância porque profissionais desenvolvem atividades marcadas por elevada responsabilidade, contato permanente com sofrimento, adoecimento e morte, exigências emocionais, jornadas extensas e necessidade de tomada rápida de decisões. O presente artigo tem como objetivo analisar a relação entre precarização do trabalho e adoecimento dos profissionais

¹ Hospital Universitário Getúlio Vargas/UFAM – Manaus - AM – Brasil.

² Universidade Ibirapuera, Anhanguera e Cruzeiro do Sul – São Paulo– SP – Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7541-1539>

³ Universidade Federal de Uberlândia – MG – Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0586-9234>

⁴ Hospital Universitário Getúlio Vargas/UFAM – Manaus - AM – Brasil.

⁵ Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia – MG – Brasil

⁶ Hospital Universitário Getúlio Vargas/UFAM – Manaus – AM – Brasil.

⁷ Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia – MG – Brasil.

⁸ Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia – MG – Brasil.

⁹ Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia – MG – Brasil.

¹⁰ Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia – MG – Brasil.

¹¹ Hospital Universitário Getúlio Vargas/UFAM – Manaus – AM – Brasil.

de saúde, considerando repercussões físicas, psicológicas, sociais e organizacionais decorrentes das condições laborais. Trata-se de revisão narrativa da literatura, de abordagem qualitativa e descritivo-analítica, fundamentada em estudos científicos nacionais e internacionais e documentos relacionados à saúde do trabalhador. A literatura demonstra que instabilidade dos vínculos, baixos salários, múltiplos empregos, sobrecarga, insuficiência de recursos humanos, ausência de reconhecimento profissional, pressão por produtividade e fragilidade das condições institucionais podem favorecer estresse ocupacional, exaustão, distúrbios do sono, sofrimento psíquico, burnout, ansiedade, sintomas depressivos, problemas musculoesqueléticos e intenção de abandonar o trabalho. Conclui-se que o adoecimento dos profissionais não deve ser interpretado exclusivamente como problema individual de adaptação ou resiliência, pois apresenta relação relevante com a organização e as condições concretas de trabalho. O enfrentamento da precarização exige políticas de valorização profissional, vínculos laborais protegidos, dimensionamento adequado das equipes, remuneração digna, condições seguras de trabalho, participação dos trabalhadores nas decisões e fortalecimento das políticas de saúde do trabalhador.

Palavras-chave: Precarização do trabalho. Profissionais de saúde. Saúde do trabalhador. Saúde mental. Condições de trabalho. Adoecimento ocupacional.

Abstract

Precarious work is a multidimensional phenomenon characterized by fragile employment relationships, occupational insecurity, insufficient remuneration, reduced social protection, outsourcing, contractual instability, work intensification, and deterioration of working conditions. In the healthcare sector, these characteristics are particularly relevant because professionals perform activities marked by high responsibility, permanent contact with suffering, illness and death, emotional demands, long working hours, and the need for rapid decision-making. This article aims to analyze the relationship between precarious work and illness among healthcare professionals, considering the physical, psychological, social, and organizational repercussions arising from working conditions. This is a narrative literature review with a qualitative and descriptive-analytical approach, based on national and international scientific studies and documents related to occupational health. The literature demonstrates that employment

instability, low wages, multiple jobs, work overload, insufficient staffing, lack of professional recognition, productivity pressure, and fragile institutional conditions may contribute to occupational stress, exhaustion, sleep disorders, psychological distress, burnout, anxiety, depressive symptoms, musculoskeletal disorders, and intention to leave employment. It is concluded that illness among healthcare professionals should not be interpreted exclusively as an individual problem of adaptation or resilience, since it is significantly related to the organization and concrete conditions of work. Addressing precarious work requires professional valorization policies, protected employment relationships, adequate staffing, decent remuneration, safe working conditions, worker participation in decision-making, and strengthening of occupational health policies.

Keywords: Precarious work. Healthcare professionals. Occupational health. Mental health. Working conditions. Occupational illness.

1. Introdução

O trabalho ocupa posição central na organização da vida social, constituindo fonte de subsistência, reconhecimento, pertencimento, construção identitária e participação social. Entretanto, as transformações ocorridas nas relações laborais nas últimas décadas também ampliaram as modalidades de emprego caracterizadas por insegurança, baixa previsibilidade, fragilidade contratual e redução da proteção do trabalhador. A precarização não pode ser compreendida exclusivamente pela natureza formal ou informal do vínculo, pois envolve diferentes dimensões relacionadas à segurança do emprego, remuneração, direitos, condições de trabalho, capacidade de negociação, previsibilidade e controle sobre a própria atividade.¹

No setor da saúde, a discussão sobre precarização assume particular importância porque as condições de trabalho interferem simultaneamente na saúde dos profissionais e na capacidade dos serviços de responder às necessidades da população. Revisão brasileira recente demonstrou que vínculos instáveis, terceirização, elevada rotatividade, intensificação do trabalho, sobrecarga e jornadas extensas integram diferentes manifestações da precarização presentes nos serviços de saúde, com repercussões relevantes para os trabalhadores e para a efetivação das políticas de Saúde do Trabalhador.²

A organização contemporânea dos serviços reúne trabalhadores submetidos a diferentes formas de contratação e proteção social. Dentro de uma mesma instituição podem coexistir profissionais estatutários, celetistas, terceirizados, temporários e trabalhadores submetidos a outros arranjos contratuais. Essa heterogeneidade pode produzir diferenças relacionadas à estabilidade, remuneração, benefícios, possibilidade de progressão profissional e capacidade de participação nas decisões institucionais.²

A precarização, contudo, não se limita à instabilidade contratual. Um trabalhador formalmente contratado pode exercer suas funções em condições precárias quando enfrenta carga excessiva, baixa autonomia, recursos insuficientes, jornadas incompatíveis com recuperação adequada ou exposição persistente a riscos ocupacionais. Por outro lado, a análise científica do fenômeno precisa evitar a simplificação de considerar automaticamente qualquer modalidade flexível de contratação como sinônimo de adoecimento. O grau de precariedade depende da combinação das diferentes dimensões que caracterizam a qualidade do emprego.¹

Entre trabalhadores de enfermagem e cuidado, uma revisão sistemática de métodos mistos identificou associação entre trabalho precário e piores indicadores de saúde física e mental, menor empoderamento e maior rotatividade profissional.³ Esses resultados são particularmente relevantes porque demonstram que as consequências da precariedade ultrapassam a satisfação com o emprego e podem alcançar a saúde dos trabalhadores e a capacidade das instituições de manter equipes estáveis.

A instabilidade profissional também possui dimensão psicossocial. Incertezas sobre permanência no emprego, continuidade da renda e manutenção de direitos podem interferir na percepção de segurança e na possibilidade de planejamento da vida. Evidências recentes demonstram que a relação entre precariedade e saúde mental pode apresentar inclusive características bidirecionais: condições precárias podem contribuir para sofrimento, enquanto determinados problemas de saúde mental também podem aumentar a vulnerabilidade do indivíduo a formas precárias de inserção laboral.⁴

Nos serviços de saúde, essas vulnerabilidades se associam às características específicas do trabalho assistencial. Profissionais lidam diariamente com sofrimento, urgências, risco de morte, demandas emocionais e decisões que podem produzir consequências significativas para pacientes

e familiares. Quando essas exigências são acompanhadas por equipes insuficientes, falta de materiais, jornadas extensas ou pressão permanente por produtividade, aumenta-se a possibilidade de desgaste.

A sobrecarga deve ser compreendida para além do número de atendimentos realizados. A carga de trabalho inclui complexidade clínica, necessidade de registros, comunicação com familiares, articulação entre equipes, atividades administrativas, interrupções frequentes e manejo de situações imprevisíveis. Em ambientes nos quais os recursos são insuficientes, trabalhadores podem ser levados a compensar deficiências estruturais por meio de maior esforço individual.

Essa dinâmica pode favorecer a naturalização do excesso. Jornadas prolongadas, pausas reduzidas e disponibilidade constante podem ser interpretadas como demonstrações de compromisso profissional. Entretanto, quando a capacidade de suportar condições adversas passa a funcionar como requisito implícito para permanecer no trabalho, existe risco de transformar sofrimento evitável em característica aparentemente normal da profissão.

Entre as consequências mais discutidas encontra-se o burnout. Revisões recentes continuam demonstrando sua relevância entre diferentes grupos de profissionais da saúde, inclusive médicos, enfermeiros e trabalhadores da saúde pública.^{5, 6} O fenômeno precisa ser analisado em relação às características organizacionais do trabalho e não simplesmente como resultado de fragilidade emocional ou incapacidade individual para enfrentar situações difíceis.

Essa distinção modifica a própria lógica da prevenção. Estratégias direcionadas ao indivíduo, como programas de gerenciamento do estresse, podem apresentar utilidade, mas não eliminam fatores estruturais responsáveis pela exposição continuada. Estudos sobre intervenções para redução do burnout reforçam a necessidade de avaliar criticamente quais medidas realmente produzem efeitos sustentáveis sobre o problema.⁷

O adoecimento psicológico pode manifestar-se antes mesmo da instalação de quadros mais intensos. Irritabilidade, alterações do sono, dificuldade de concentração, redução da motivação, ansiedade, exaustão e incapacidade de recuperação após a jornada constituem sinais que merecem atenção. A ausência de afastamento não significa necessariamente ausência de sofrimento.

Nesse sentido, o presenteísmo torna-se questão importante. Os profissionais podem permanecer trabalhando apesar de apresentarem dor, fadiga ou sofrimento psicológico, seja por responsabilidade com os pacientes, solidariedade aos colegas, necessidade financeira ou receio de consequências decorrentes da ausência. Assim, indicadores baseados exclusivamente em licenças e afastamentos podem subestimar a magnitude do adoecimento relacionado ao trabalho.

O desgaste físico também integra esse processo. Atividades assistenciais podem envolver movimentação de pacientes, longos períodos em pé, movimentos repetitivos, posturas inadequadas e exposição a riscos biológicos, físicos e químicos. Quando a organização do serviço não oferece pessoal suficiente, equipamentos apropriados ou pausas adequadas, essas exposições podem tornar-se mais intensas.

Outro componente importante relaciona-se às jornadas e ao tempo de recuperação. Plantões prolongados, trabalho noturno, horas extras e múltiplos vínculos podem reduzir a duração e a qualidade do sono, além de diminuir o tempo disponível para convívio familiar, lazer e recuperação física. A fadiga resultante não constitui apenas desconforto, podendo afetar atenção, memória, capacidade decisória e regulação emocional.

A precarização apresenta ainda dimensão ética. Profissionais que reconhecem a necessidade de determinada conduta podem encontrar obstáculos relacionados à falta de pessoal, equipamentos, leitos ou outros recursos. Quando essas limitações impedem repetidamente a realização do cuidado considerado adequado, podem surgir sentimentos de frustração, impotência e sofrimento moral.

O problema alcança também a retenção profissional. A associação encontrada entre trabalho precário e maior rotatividade entre trabalhadores de enfermagem e cuidado demonstra que ambientes inadequados podem contribuir para a decisão de procurar outro emprego ou abandonar determinada função.³ A perda frequente de trabalhadores experientes, por sua vez, pode aumentar a carga daqueles que permanecem e alimentar novo ciclo de instabilidade.

No Sistema Único de Saúde, esse aspecto possui importância estratégica. A continuidade das equipes é particularmente relevante na Atenção Primária à Saúde, onde vínculo, conhecimento do território e longitudinalidade dependem da permanência dos profissionais. A

elevada rotatividade pode dificultar a construção de relações duradouras com usuários e comunidades e comprometer a consolidação de processos de trabalho.²

A discussão também precisa considerar que a precarização não afeta todos os profissionais de maneira homogênea. Categoria profissional, posição hierárquica, gênero, raça, remuneração, autonomia, tipo de vínculo e responsabilidades familiares podem modificar tanto a exposição às condições adversas quanto os recursos disponíveis para enfrentá-las. A análise do adoecimento deve, portanto, reconhecer a existência de diferentes graus de vulnerabilidade dentro da própria força de trabalho em saúde.

As repercussões não permanecem restritas ao trabalhador. Exaustão, elevada rotatividade e déficit de profissionais podem interferir no funcionamento das equipes e na continuidade da assistência. Proteger a saúde ocupacional precisa ser entendido, assim, como componente da qualidade dos serviços e não como objetivo separado da atenção aos usuários.

A valorização profissional representa elemento essencial dessa discussão. Reconhecimento não pode limitar-se a manifestações simbólicas sobre a importância dos profissionais de saúde. Precisa traduzir-se em condições concretas, incluindo remuneração adequada, proteção social, segurança, dimensionamento compatível com a demanda, possibilidade de desenvolvimento profissional e participação nas decisões que afetam o cotidiano de trabalho.

Da mesma forma, ações de saúde mental não devem transferir integralmente ao profissional a responsabilidade pela adaptação. A promoção de resiliência e autocuidado pode compor programas de proteção, porém não deve funcionar como substituta de intervenções sobre condições estruturais. Quando a fonte do desgaste é organizacional, a prevenção também precisa alcançar a organização.

Diante dessa realidade, torna-se necessário compreender o adoecimento dos profissionais de saúde a partir de perspectiva ampliada, reconhecendo a interação entre relações contratuais, condições materiais, carga laboral, fatores psicossociais, autonomia, reconhecimento e proteção social. A precarização constitui fenômeno capaz de atravessar todas essas dimensões e, por isso, exige análise que ultrapasse explicações centradas exclusivamente no indivíduo.

Este artigo tem como objetivo analisar a relação entre precarização do trabalho e adoecimento dos profissionais de saúde, discutindo os impactos da instabilidade laboral, intensificação das atividades, sobrecarga, jornadas extensas, insuficiência de recursos e fragilidade da proteção profissional sobre a saúde física e mental. Busca-se também compreender as repercussões dessas condições sobre presenteísmo, absenteísmo, rotatividade, permanência profissional e funcionamento dos serviços, bem como discutir estratégias de prevenção fundamentadas na valorização do trabalhador e na transformação das condições concretas de trabalho.

2. Revisão da literatura

2.1 Precarização do trabalho e suas múltiplas dimensões

A precarização do trabalho deve ser compreendida como fenômeno multidimensional, não se limitando à modalidade contratual ou à ausência de vínculo formal. Segurança no emprego, estabilidade da renda, direitos trabalhistas, proteção social, autonomia, previsibilidade das jornadas e capacidade de participação nas decisões constituem elementos que ajudam a determinar a qualidade da inserção laboral.¹ Essa compreensão é particularmente importante porque trabalhadores formalmente contratados também podem vivenciar condições precárias quando submetidos a sobrecarga persistente, baixa autonomia, jornadas incompatíveis com descanso adequado ou ambientes inseguros.

No setor da saúde, diferentes dimensões da precarização podem ocorrer simultaneamente. A revisão brasileira de Bernardes, Campos e Bertolozzi identificou vínculos instáveis, terceirização, elevada rotatividade, sobrecarga e jornadas extensas, além de repercussões negativas para a saúde dos trabalhadores.² Dessa maneira, analisar somente a natureza jurídica do contrato seria insuficiente para compreender a complexidade das condições laborais existentes nos serviços.

A instabilidade pode afetar ainda o pertencimento institucional e o planejamento profissional. Trabalhadores submetidos a contratos de curta duração podem apresentar menor previsibilidade sobre continuidade no serviço, dificultando planejamento financeiro, formação continuada e construção de projetos profissionais. Além disso, equipes marcadas por

substituições frequentes precisam reconstruir repetidamente relações, processos e formas de comunicação.

O trabalho precário entre profissionais de enfermagem e cuidado também tem sido associado a piores indicadores de saúde física e mental e maior rotatividade.³ Esses resultados reforçam a necessidade de analisar a precarização como questão simultaneamente trabalhista, sanitária e organizacional.

2.2 Transformações do trabalho em saúde e intensificação das atividades

As transformações contemporâneas do trabalho em saúde envolvem mudanças nas formas de contratação, gestão, financiamento e organização dos serviços. O aumento das demandas assistenciais, incorporação de tecnologias, exigências documentais e necessidade de cumprimento de indicadores podem ampliar a complexidade do cotidiano profissional.

A intensificação ocorre quando maior quantidade ou complexidade de atividades precisa ser realizada em período semelhante, frequentemente sem expansão proporcional da força de trabalho. Nessa situação, o profissional precisa acelerar tarefas, administrar múltiplas demandas simultaneamente e reduzir intervalos destinados à recuperação.

O problema não pode ser avaliado exclusivamente pelo número de pacientes atendidos. Complexidade clínica, necessidade de comunicação interdisciplinar, registros eletrônicos, orientação de familiares, atividades educativas, protocolos e resolução de intercorrências compõem uma carga de trabalho que nem sempre é adequadamente representada pelos indicadores quantitativos de produtividade.

Quando a capacidade institucional não acompanha a demanda, parte da diferença pode ser absorvida pelo esforço dos trabalhadores. Essa compensação permite manter temporariamente o funcionamento dos serviços, mas pode produzir desgaste quando se transforma em característica permanente.

2.3 Dimensionamento das equipes e sobrecarga

A insuficiência de profissionais constitui importante componente da sobrecarga. Quando equipes trabalham abaixo da capacidade necessária para responder à demanda, atividades

precisam ser redistribuídas, aumentando a quantidade de tarefas atribuídas aos trabalhadores presentes.

Evidências recentes sobre enfermagem hospitalar reforçam a importância do dimensionamento para os resultados dos trabalhadores e dos pacientes. Estudos internacionais continuam demonstrando que ambientes com recursos humanos inadequados apresentam maior vulnerabilidade a problemas relacionados à carga de trabalho e à qualidade assistencial.⁸

A sobrecarga apresenta também dimensão emocional. O profissional pode reconhecer aquilo que deveria oferecer ao paciente, mas não dispor de tempo suficiente para realizar todas as ações consideradas necessárias. Essa discrepância entre cuidado desejado e cuidado possível pode gerar frustração e sensação persistente de trabalho incompleto.

Em equipes reduzidas, afastamentos podem ampliar ainda mais a pressão. A ausência de um profissional transfere atividades para aqueles que permanecem, aumentando a possibilidade de fadiga e criando um ciclo no qual o adoecimento de parte da equipe modifica as condições de trabalho dos demais.

2.4 Jornadas prolongadas, trabalho em turnos e recuperação

A organização dos serviços de saúde exige funcionamento contínuo em numerosos setores, tornando plantões e trabalho noturno elementos inerentes a diferentes profissões. Entretanto, os efeitos dessas jornadas dependem de duração, frequência, intervalo entre turnos e possibilidade efetiva de recuperação.

Jornadas prolongadas podem reduzir o período disponível para sono e atividades pessoais. Quando associadas a múltiplos vínculos, deslocamentos e responsabilidades familiares, o tempo real de recuperação pode tornar-se ainda menor.

A privação e a fragmentação do sono possuem repercussões sobre atenção, memória, capacidade decisória e regulação emocional. Revisões recentes sobre trabalho em turnos entre profissionais de saúde reforçam a associação entre alterações do sono e diferentes consequências para a saúde e o desempenho ocupacional.⁹

Essa questão precisa ser analisada também sob perspectiva econômica. Quando múltiplos vínculos decorrem da necessidade de complementar renda, recomendar simplesmente a redução da jornada não enfrenta a causa que leva o trabalhador a permanecer por longos períodos em atividade.

2.5 Saúde mental, estresse ocupacional e burnout

A saúde mental dos profissionais constitui um dos principais eixos relacionados às condições de trabalho. Elevada demanda, baixa autonomia, conflitos, insuficiência de pessoal, contato contínuo com sofrimento e recuperação inadequada podem atuar conjuntamente na produção de estresse ocupacional.

O burnout permanece relevante entre profissionais da saúde e precisa ser compreendido como fenômeno relacionado ao contexto ocupacional. Revisões contemporâneas identificam elevada ocorrência de sintomas de esgotamento em diferentes categorias, embora estimativas variem segundo população, instrumento e contexto investigado.^{5,6}

Reduzir o fenômeno à capacidade individual de enfrentamento produz uma interpretação incompleta. Intervenções dirigidas ao profissional podem contribuir para o manejo do sofrimento, mas evidências sobre estratégias de redução do burnout mostram a importância de considerar simultaneamente intervenções individuais e mudanças organizacionais.⁷

Essa perspectiva é fundamental para evitar que conceitos como resiliência sejam utilizados como mecanismo de responsabilização. Fortalecer recursos pessoais pode ser benéfico, porém trabalhadores não deveriam precisar desenvolver capacidade ilimitada de adaptação a ambientes persistentemente inadequados.

2.6 Insegurança laboral e sofrimento psíquico

A insegurança constitui dimensão menos visível da precarização. Mesmo quando não existe risco imediato de desemprego, contratos de curta duração e imprevisibilidade sobre renovação podem manter preocupação constante.

Estudos sobre emprego precário indicam relação importante com saúde mental, embora essa associação deva ser interpretada considerando causalidade complexa e possíveis relações

bidirecionais.⁴ O sofrimento pode decorrer da precariedade, enquanto problemas de saúde também podem aumentar a vulnerabilidade a empregos menos protegidos.

No setor da saúde, a insegurança contratual pode ainda modificar relações institucionais. Trabalhadores com menor proteção podem sentir-se menos confortáveis para relatar riscos, questionar decisões ou reivindicar condições adequadas.

Consequentemente, a estabilidade não deve ser compreendida apenas como benefício trabalhista. Ela pode influenciar autonomia, segurança psicológica e capacidade de participação.

2.7 Sofrimento moral no trabalho em saúde

Além do estresse e do burnout, o sofrimento moral representa dimensão importante do adoecimento. Ele pode ocorrer quando o profissional identifica a conduta que considera ética e tecnicamente adequada, mas obstáculos institucionais impedem sua realização.

Uma revisão sistemática e meta-análise sobre sofrimento moral entre enfermeiros demonstrou a relevância do fenômeno e identificou fatores relacionados ao ambiente e à prática profissional.¹⁰ A persistência dessas situações pode favorecer sentimentos de impotência, culpa e frustração.

A precarização pode contribuir para esse processo quando falta de pessoal, equipamentos ou tempo impede a execução do cuidado considerado adequado. Dessa forma, condições materiais e organizacionais adquirem também significado ético.

Outra revisão contemporânea identificou o sofrimento moral como questão relevante entre trabalhadores da saúde durante a pandemia, período em que escassez de recursos, riscos ocupacionais e decisões difíceis tornaram conflitos éticos particularmente evidentes.¹¹ Embora a emergência sanitária tenha intensificado o problema, seus determinantes não se restringem à pandemia.

2.8 Adoecimento físico e distúrbios musculoesqueléticos

A discussão sobre precarização não pode concentrar-se exclusivamente na saúde mental. Profissionais estão expostos a riscos ergonômicos decorrentes de posturas, movimentação de pacientes, repetitividade e longos períodos em pé.

Revisões sobre distúrbios musculoesqueléticos entre profissionais da saúde demonstram que lombalgia, dor cervical e comprometimentos de membros superiores permanecem problemas ocupacionais relevantes.¹² A intensidade dessas exposições pode aumentar quando equipes são insuficientes ou quando equipamentos adequados não estão disponíveis.

A dor física apresenta ainda interação com outras dimensões do adoecimento. Dor persistente pode interferir no sono, humor, mobilidade e capacidade de trabalho, enquanto fadiga e sobrecarga podem dificultar a recuperação.

Medidas preventivas precisam combinar ergonomia, dimensionamento, equipamentos, pausas e reorganização das atividades. Treinamento isolado possui alcance limitado quando as condições reais impossibilitam a aplicação das práticas recomendadas.

2.9 Presenteísmo e adoecimento invisível

O presenteísmo corresponde à permanência no trabalho apesar da existência de problemas de saúde capazes de reduzir a capacidade funcional. Entre profissionais da saúde, o fenômeno merece atenção porque compromisso com pacientes e colegas pode levar trabalhadores adoecidos a evitar afastamentos.

A insegurança laboral pode acrescentar outro componente, sobretudo quando existe receio de perda de renda, prejuízo profissional ou não renovação contratual. Dessa maneira, presença física não pode ser utilizada isoladamente como indicador de força de trabalho saudável.

Estudos sobre presenteísmo entre profissionais de saúde apontam associações com condições ocupacionais, estado de saúde e produtividade.¹³ Além dos impactos para o próprio trabalhador, permanecer em atividade durante períodos de adoecimento pode retardar recuperação.

A vigilância institucional precisa, portanto, ultrapassar a contagem de licenças médicas. Dor, fadiga, sofrimento psicológico, intenção de abandono e percepção das condições de trabalho constituem informações relevantes para identificação precoce de problemas.

2.10 Absenteísmo, rotatividade e intenção de abandonar o trabalho

O absenteísmo pode representar uma das manifestações do adoecimento quando as condições físicas ou psicológicas impedem temporariamente a continuidade das atividades. Em equipes reduzidas, afastamentos possuem efeito adicional porque aumentam a carga daqueles que permanecem.

A rotatividade constitui outro indicador importante. A revisão de Hult et al. identificou associação entre trabalho precário e maior rotatividade entre trabalhadores de enfermagem e cuidado.³ Esse resultado sugere que condições laborais podem interferir diretamente na capacidade das instituições de reter profissionais.

A intenção de abandonar determinado emprego ou profissão deve ser interpretada como possível indicador de desgaste organizacional. Quando aparece de forma recorrente entre membros de uma equipe, é necessário investigar carga, liderança, remuneração, reconhecimento, autonomia e oportunidades de desenvolvimento.

A perda frequente de trabalhadores experientes produz custos de recrutamento e treinamento e pode comprometer o conhecimento institucional acumulado. Consequentemente, estratégias de retenção representam também políticas de qualidade e sustentabilidade.

2.11 Precarização e qualidade da assistência

A saúde dos profissionais e a qualidade do cuidado são dimensões interdependentes. Fadiga, exaustão, carga excessiva e recuperação insuficiente podem interferir em atenção, comunicação e tomada de decisão.

Uma revisão sistemática e meta-análise publicada no *BMJ* identificou associação entre burnout de enfermeiros e segurança do paciente, satisfação dos usuários e qualidade do cuidado, reforçando a importância de tratar o bem-estar dos trabalhadores como componente dos resultados assistenciais.¹⁴

Essa associação não significa atribuir ao profissional adoecido a responsabilidade por problemas de qualidade. Pelo contrário, demonstra que as instituições precisam oferecer condições para que os trabalhadores executem suas funções de maneira segura.

Uma política de segurança que desconsidere dimensionamento, fadiga, carga e saúde mental aborda apenas parte dos determinantes envolvidos no cuidado.

2.12 Trabalho decente e proteção dos profissionais de saúde

O enfrentamento da precarização pode ser orientado pelo conceito de trabalho decente, que envolve oportunidades de trabalho produtivo realizadas em condições de liberdade, equidade, segurança e dignidade.¹⁵ Aplicado à saúde, esse conceito permite articular remuneração, proteção social, direitos, segurança ocupacional e participação.

A Organização Mundial da Saúde e a Organização Internacional do Trabalho também têm enfatizado a necessidade de programas específicos de saúde e segurança ocupacional destinados aos trabalhadores da saúde, incorporando prevenção de riscos e proteção da força de trabalho.¹⁶

Essas recomendações reforçam que cuidar da saúde dos profissionais não deve depender apenas de iniciativas individuais. Gestão, políticas institucionais e sistemas de saúde possuem responsabilidades próprias.

O trabalho decente representa, portanto, não apenas objetivo trabalhista, mas estratégia de fortalecimento dos serviços.

2.13 Saúde do Trabalhador e contexto brasileiro

No Brasil, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora estabelece referência fundamental para ações voltadas à promoção e proteção da saúde e à redução da morbimortalidade decorrente dos processos produtivos.¹⁷ Sua perspectiva permite compreender o trabalho como determinante relevante das condições de saúde.

Para os profissionais do próprio setor saúde, esse princípio possui significado particular. As instituições responsáveis por promover saúde para a população também precisam organizar ambientes capazes de proteger aqueles que executam o cuidado.

No SUS, vínculos frágeis, rotatividade e condições heterogêneas podem representar obstáculos adicionais à consolidação de equipes e continuidade dos serviços.² A questão torna-se especialmente relevante em áreas dependentes de vínculo territorial e longitudinalidade.

Fortalecer a Saúde do Trabalhador exige integrar vigilância, prevenção, assistência, reabilitação e transformação dos processos de trabalho, evitando que a intervenção institucional ocorra apenas após o surgimento de afastamentos ou incapacidades.

2.14 Desigualdades e vulnerabilidades entre profissionais

A força de trabalho em saúde é heterogênea e as condições de precariedade não atingem todos os grupos de maneira equivalente. Profissão, renda, vínculo, posição hierárquica, gênero, raça e responsabilidades familiares podem influenciar exposição e capacidade de negociação.

A elevada participação feminina nas ocupações de saúde e cuidado torna particularmente importante considerar a interação entre trabalho remunerado e responsabilidades domésticas. Relatórios internacionais sobre a força de trabalho em saúde destacam a presença expressiva das mulheres no setor e as desigualdades de gênero que permanecem relacionadas às condições de emprego, remuneração e liderança.¹⁸

A análise das vulnerabilidades precisa evitar generalizações. Diferentes categorias possuem graus distintos de autonomia e exposição, razão pela qual estratégias de prevenção devem combinar medidas universais com ações adaptadas às características dos grupos profissionais.

Reconhecer essas diferenças contribui para políticas mais equitativas e para identificação de trabalhadores submetidos simultaneamente a diferentes formas de vulnerabilidade.

2.15 Da resiliência individual à responsabilidade organizacional

O conjunto das evidências analisadas sustenta uma mudança importante na compreensão do adoecimento: o trabalhador não pode ser considerado único responsável por adaptar-se a condições adversas.

Programas de apoio psicológico, promoção da saúde, atividade física, descanso e desenvolvimento de habilidades de enfrentamento podem contribuir para a proteção individual. Entretanto, sua efetividade tende a ser limitada quando déficit de pessoal, instabilidade, excesso de horas, baixa autonomia e recursos insuficientes permanecem inalterados.⁷

Uma política consistente precisa atuar sobre as causas organizacionais. Dimensionamento adequado, estabilidade, remuneração compatível, gestão participativa, proteção contra riscos, condições ergonômicas e acesso à assistência em saúde mental constituem partes de uma estratégia integrada.

O objetivo não deve ser construir profissionais capazes de suportar indefinidamente ambientes adoecedores, mas desenvolver ambientes nos quais o exercício profissional possa ocorrer de maneira sustentável.

Nesse sentido, a precarização do trabalho em saúde ultrapassa os limites das relações empregatícias e assume relevância para a Saúde Pública. Seus efeitos alcançam saúde física e mental, permanência profissional, funcionamento das equipes, continuidade dos serviços e qualidade da assistência.

A proteção dos profissionais precisa, portanto, ser reconhecida como componente estrutural dos sistemas de saúde. Serviços sustentáveis dependem de trabalhadores que encontrem condições para exercer suas funções com segurança, dignidade, reconhecimento e proteção.

3. Objetivos

3.1 Objetivo geral

Analisar a relação entre a precarização do trabalho e o adoecimento dos profissionais de saúde, considerando os efeitos das condições laborais sobre a saúde física e mental, a permanência profissional, a organização dos serviços e a qualidade da assistência.

3.2 Objetivos específicos

Compreender as principais dimensões que caracterizam a precarização do trabalho no setor da saúde; identificar fatores relacionados à instabilidade dos vínculos, intensificação das atividades, sobrecarga, jornadas prolongadas, múltiplos empregos e insuficiência de recursos; analisar repercussões dessas condições sobre saúde mental, burnout, sofrimento moral, fadiga, distúrbios do sono e adoecimento musculoesquelético; discutir as relações entre condições laborais, presenteísmo, absenteísmo, rotatividade e intenção de abandono profissional; avaliar possíveis repercussões sobre a qualidade e segurança da assistência; e discutir estratégias

organizacionais e políticas fundamentadas na valorização profissional, no trabalho decente e na proteção da saúde dos trabalhadores.

4. Metodologia

O presente estudo caracteriza-se como revisão narrativa da literatura, de abordagem qualitativa e caráter descritivo-analítico, desenvolvida com a finalidade de reunir, interpretar e discutir evidências relacionadas à precarização do trabalho e ao adoecimento dos profissionais de saúde. A escolha desse método decorreu da natureza multidimensional do objeto investigado, que envolve aspectos laborais, econômicos, sociais, psicológicos, organizacionais, éticos e assistenciais.

A busca bibliográfica foi orientada para estudos nacionais e internacionais disponíveis em bases e plataformas científicas relevantes para as áreas de Saúde do Trabalhador, Saúde Pública, Enfermagem, Medicina, Psicologia do Trabalho e gestão dos serviços de saúde. Foram consideradas publicações disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO), PubMed/MEDLINE e outras fontes acadêmicas utilizadas para complementação da pesquisa.

A estratégia de busca contemplou descritores e termos livres em português e inglês, entre eles “precarização do trabalho”, “emprego precário”, “profissionais de saúde”, “saúde do trabalhador”, “condições de trabalho”, “carga de trabalho”, “saúde mental”, “burnout”, “sofrimento moral”, “presenteísmo”, “absenteísmo”, “rotatividade”, “trabalho em turnos”, “precarious employment”, “healthcare workers”, “occupational health”, “working conditions”, “mental health”, “workload”, “moral distress”, “presenteeism” e “turnover”. Os termos foram utilizados isoladamente e em diferentes combinações, conforme os eixos temáticos analisados.

Foram priorizadas publicações contemporâneas, especialmente aquelas capazes de representar as transformações recentes das relações de trabalho e seus efeitos sobre profissionais da saúde. Estudos anteriores foram considerados quando apresentavam relevância conceitual ou contribuíam para a interpretação de fenômenos ocupacionais consolidados. Documentos institucionais e normativos foram incorporados quando diretamente relacionados ao trabalho decente, à Saúde do Trabalhador e à proteção da força de trabalho em saúde.

A seleção considerou pertinência temática, clareza dos objetivos, consistência metodológica e contribuição para compreensão do fenômeno. Foram valorizadas revisões sistemáticas, meta-análises, revisões de escopo e estudos observacionais, sem excluir documentos técnicos de organismos nacionais e internacionais necessários à contextualização das políticas de proteção ao trabalhador.

Após leitura e análise, os achados foram organizados em categorias: conceituação da precarização; instabilidade e qualidade do emprego; intensificação e sobrecarga; dimensionamento; jornadas e trabalho em turnos; saúde mental e burnout; sofrimento moral; adoecimento musculoesquelético; presenteísmo e absenteísmo; rotatividade; qualidade assistencial; trabalho decente; políticas de Saúde do Trabalhador; desigualdades ocupacionais; e estratégias organizacionais de prevenção.

A interpretação adotou perspectiva ampliada do processo saúde-doença, considerando que o adoecimento ocupacional não resulta exclusivamente de características individuais. Condições contratuais, materiais, psicossociais e organizacionais foram compreendidas como elementos que podem modificar a exposição dos trabalhadores aos riscos e sua capacidade de recuperação.

Por se tratar de pesquisa baseada exclusivamente em literatura científica e documentos públicos, sem abordagem direta de participantes ou utilização de informações pessoais identificáveis, não houve produção de dados primários. Foram observados os princípios de integridade científica, reconhecimento das fontes consultadas e análise crítica das evidências.

5. Resultados e discussão

A análise da literatura demonstra que a precarização do trabalho entre profissionais de saúde resulta da interação entre diferentes dimensões. Instabilidade contratual, baixa previsibilidade, insuficiência salarial, múltiplos vínculos, sobrecarga, jornadas prolongadas, déficit de trabalhadores, recursos inadequados e baixa autonomia podem ocorrer simultaneamente, aumentando a vulnerabilidade ocupacional.^{1, 2, 3}

Os achados também demonstram que precarização e adoecimento não devem ser interpretados por meio de relação causal simplificada. Características individuais, contexto socioeconômico, profissão, ambiente institucional e organização dos serviços interferem nos

resultados. Ainda assim, a recorrência de associações entre condições adversas e piores indicadores de saúde reforça a necessidade de considerar a qualidade do trabalho como componente relevante da proteção à saúde.^{3, 4}

5.1 Instabilidade laboral e insegurança como fatores de desgaste

A insegurança relacionada à permanência no emprego constitui uma das dimensões centrais da precarização.¹ Trabalhadores submetidos a vínculos instáveis podem vivenciar incerteza sobre continuidade da renda e manutenção das condições de vida, produzindo preocupações que ultrapassam o período em que estão fisicamente presentes no ambiente laboral.

Nos serviços de saúde brasileiros, a coexistência de diferentes modalidades de contratação pode produzir desigualdades entre trabalhadores que desempenham atividades semelhantes.² A instabilidade também pode interferir na relação entre profissional e instituição, sobretudo quando existe receio de que questionamentos ou reivindicações afetem a continuidade do vínculo.

Esse fenômeno demonstra que a segurança laboral possui importância não apenas econômica. Previsibilidade e proteção podem influenciar autonomia, participação e capacidade de planejamento da vida profissional.

5.2 Sobrecarga e déficit de profissionais

A sobrecarga apareceu como elemento recorrente na literatura analisada.² Quando a quantidade de profissionais é insuficiente diante das necessidades assistenciais, as atividades precisam ser redistribuídas, aumentando demandas sobre aqueles que permanecem no serviço.

O dimensionamento adequado apresenta importância tanto para a saúde dos trabalhadores quanto para os resultados assistenciais.⁸ A discussão precisa considerar não apenas o número de profissionais, mas complexidade dos pacientes, características da unidade, necessidade de documentação e atividades indiretas relacionadas ao cuidado.

Uma consequência importante é a formação de ciclos de sobrecarga. Adoecimento e afastamento diminuem temporariamente a força de trabalho; quando não ocorre reposição, os trabalhadores presentes absorvem novas demandas, podendo aumentar seu próprio risco de desgaste.

5.3 Jornadas extensas, trabalho em turnos e fadiga

O funcionamento contínuo dos serviços torna os plantões e trabalho noturno necessários em diferentes áreas. Entretanto, jornadas extensas e intervalos insuficientes podem comprometer a recuperação.

Alterações do sono relacionadas ao trabalho em turnos constituem questão relevante entre profissionais da saúde.⁹ Fadiga persistente pode interferir na atenção, capacidade de resposta, humor e desempenho.

Múltiplos vínculos acrescentam complexidade. Quando a remuneração de um único emprego não é suficiente, o profissional pode ampliar sua carga total de trabalho, reduzindo períodos destinados à recuperação. Nesse cenário, a discussão sobre saúde ocupacional precisa incorporar remuneração e condições socioeconômicas.

5.4 Burnout e sofrimento psicológico

Burnout representa uma das manifestações mais discutidas do desgaste ocupacional entre trabalhadores da saúde. Revisões demonstram que sua ocorrência permanece relevante em diferentes categorias e contextos assistenciais.^{5, 6}

A presença do fenômeno não deve conduzir à responsabilização do profissional. Intervenções voltadas à redução do burnout indicam que estratégias individuais podem apresentar resultados, porém mudanças organizacionais também são necessárias para atuar sobre fatores que mantêm a exposição.⁷

Programas institucionais de saúde mental precisam, portanto, combinar acesso ao cuidado com revisão de processos. Oferecer atendimento psicológico sem enfrentar cargas incompatíveis, relações de trabalho inseguras ou dimensionamento inadequado pode reduzir o alcance das ações.

5.5 Sofrimento moral e condições para realização do cuidado

O sofrimento moral aparece quando profissionais enfrentam obstáculos que dificultam agir de acordo com aquilo que consideram correto do ponto de vista técnico e ético.¹⁰

Falta de pessoal, materiais ou acesso a recursos pode colocar o trabalhador diante de decisões difíceis. Quando essas situações se tornam frequentes, sentimentos de impotência e frustração podem integrar o processo de desgaste.

Experiências observadas durante a pandemia reforçaram a relevância do sofrimento moral entre trabalhadores da saúde, sobretudo diante de recursos limitados, riscos e decisões complexas.¹¹ Entretanto, o fenômeno não se limita a emergências sanitárias e pode permanecer em ambientes marcados por restrições estruturais.

5.6 Adoecimento musculoesquelético e condições ergonômicas

Problemas musculoesqueléticos permanecem relevantes entre profissionais da saúde.¹² Movimentação de pacientes, repetitividade, posturas inadequadas e longos períodos em pé constituem exposições frequentes em diferentes atividades.

A insuficiência de trabalhadores pode agravar o risco quando procedimentos que idealmente exigiriam auxílio passam a ser realizados por menor número de pessoas. Equipamentos inadequados e ausência de pausas também podem contribuir.

A prevenção deve integrar ergonomia e organização do trabalho. O treinamento técnico não substitui equipamentos adequados nem corrige dimensionamento insuficiente.

5.7 Presenteísmo e ocultamento do adoecimento

O presenteísmo evidencia uma dimensão do adoecimento que pode permanecer invisível aos indicadores administrativos. Os trabalhadores continuam exercendo suas funções apesar de apresentarem condições físicas ou psicológicas capazes de reduzir sua capacidade laboral.¹³

Entre profissionais da saúde, diferentes fatores podem favorecer esse comportamento: responsabilidade com pacientes, compromisso com colegas, dificuldades de substituição, necessidade econômica e insegurança laboral.

A permanência no trabalho durante o adoecimento não significa ausência de consequências. Além de comprometer a recuperação, pode reduzir a capacidade de concentração e aumentar o desgaste.

Por essa razão, instituições precisam acompanhar indicadores que ultrapassem licenças médicas, incorporando percepção de saúde, fadiga, intenção de saída e condições de trabalho.

5.8 Absenteísmo e afastamentos como indicadores organizacionais

O absenteísmo relacionado à saúde não deve ser interpretado apenas como ausência individual. Quando as taxas de afastamento aumentam em determinados setores, torna-se necessário investigar características do ambiente e do processo de trabalho.

Estudo brasileiro sobre absenteísmo-doença entre profissionais de saúde demonstrou a relevância dos afastamentos e de sua análise para a gestão da saúde ocupacional.¹⁹ Esses indicadores podem contribuir para identificar grupos e ambientes que necessitam de intervenções preventivas.

A interpretação precisa evitar a culpabilização. O afastamento pode representar consequência de adoecimento produzido ou agravado pelas próprias condições de trabalho.

Quando a instituição trata apenas a ausência e não investiga seus determinantes, existe possibilidade de retorno do profissional ao mesmo ambiente que participou do processo de adoecimento.

5.9 Rotatividade e intenção de abandono

A relação entre precariedade e rotatividade foi identificada na literatura sobre trabalhadores de enfermagem e cuidado.³ A intenção de deixar determinada instituição ou profissão pode constituir importante sinal de desgaste.

Rotatividade elevada afeta continuidade, comunicação e experiência acumulada das equipes. Novos profissionais precisam adaptar-se aos processos, enquanto aqueles que permanecem podem assumir temporariamente carga adicional.

A retenção da força de trabalho exige condições que tornem a permanência sustentável. Remuneração, autonomia, segurança, reconhecimento, oportunidades de desenvolvimento e equilíbrio entre trabalho e vida pessoal precisam integrar essa estratégia.

5.10 Precarização e segurança do paciente

A literatura reforça que saúde dos trabalhadores e qualidade assistencial não constituem dimensões independentes. Burnout entre enfermeiros apresenta associação com indicadores de segurança, satisfação dos pacientes e qualidade do cuidado.¹⁴

Essa relação deve ser interpretada sistemicamente. Não se trata de responsabilizar profissionais exaustos por eventos adversos, mas de reconhecer que organizações possuem responsabilidade pelas condições sob as quais decisões e procedimentos são realizados.

Dimensionamento, descanso, comunicação, equipamentos, desenho dos processos e ambiente psicologicamente seguro integram a estrutura necessária à assistência.

Dessa maneira, investir na proteção da força de trabalho constitui também estratégia de segurança do paciente.

5.11 Repercussões para a Atenção Primária e o SUS

A precarização assume características particulares no SUS, onde diferentes formas de contratação e gestão coexistem.² A elevada rotatividade pode ser especialmente problemática na Atenção Primária, uma vez que vínculo e longitudinalidade dependem da permanência dos profissionais.

A substituição frequente pode produzir perda de conhecimento sobre famílias e territórios e exigir reconstrução contínua das relações entre equipe e comunidade.

Além disso, profissionais da Atenção Primária precisam lidar simultaneamente com demandas assistenciais, prevenção, promoção, vigilância, atividades coletivas, registros e articulação da rede. Quando a força de trabalho é insuficiente, a amplitude dessas responsabilidades pode contribuir para sobrecarga.

Fortalecer vínculos e condições de trabalho representa, portanto, estratégia para proteção dos trabalhadores e consolidação do próprio modelo assistencial.

5.12 Trabalho decente como estratégia de proteção

O conceito de trabalho decente oferece importante referência para enfrentamento da precarização, ao articular direitos, segurança, dignidade e proteção social.¹⁵

Aplicado ao setor da saúde, implica reconhecer que profissionais necessitam de condições materiais e organizacionais compatíveis com a responsabilidade de suas funções. Não é suficiente valorizar simbolicamente quem cuida da população sem garantir condições concretas para o exercício profissional.

Recomendações internacionais também destacam a necessidade de programas de saúde e segurança ocupacional especificamente voltados aos trabalhadores da saúde.¹⁶

Essas ações precisam integrar prevenção, vigilância, identificação de riscos, assistência e acompanhamento dos ambientes e processos de trabalho.

5.13 Saúde mental e bem-estar da força de trabalho

A proteção da saúde mental dos profissionais passou a receber maior atenção após a pandemia, mas não deve ser tratada como necessidade temporária. A Organização Mundial da Saúde tem destacado a importância do bem-estar e da saúde mental da força de trabalho em saúde como questão relacionada à sustentabilidade dos sistemas.²⁰

Essa perspectiva amplia o foco para além do tratamento dos transtornos já instalados. Organizações precisam atuar preventivamente sobre cargas, liderança, violência, assédio, autonomia, reconhecimento, descanso e apoio institucional.

Ambientes que dependem permanentemente do sacrifício individual dos trabalhadores apresentam baixa sustentabilidade. O cuidado com a saúde mental precisa ser incorporado ao planejamento da força de trabalho e à gestão cotidiana dos serviços.

5.14 Desigualdades na força de trabalho em saúde

As condições laborais não se distribuem igualmente entre todos os profissionais. Diferenças de gênero, profissão, posição hierárquica, raça, renda e vínculo podem modificar a exposição às situações precárias.

A expressiva participação feminina na força de trabalho em saúde torna necessário considerar desigualdades relacionadas à remuneração, progressão profissional e distribuição do trabalho de cuidado.¹⁸

Além da jornada remunerada, responsabilidades domésticas podem reduzir os períodos de recuperação e ampliar a carga total. Essa interação demonstra que a saúde ocupacional não pode ser compreendida apenas dentro das instituições.

Estratégias de valorização precisam, portanto, considerar diferentes vulnerabilidades e evitar soluções homogêneas para grupos submetidos a condições distintas.

5.15 Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora

No contexto brasileiro, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora estabelece diretrizes para promoção e proteção da saúde e redução da morbimortalidade relacionada aos processos produtivos.¹⁷

Sua aplicação aos próprios profissionais da saúde exige atenção especial. Instituições que promovem assistência à população precisam também reconhecer e intervir sobre os riscos existentes em seus ambientes.

A Vigilância em Saúde do Trabalhador deve incluir análise dos processos, identificação de fatores de risco e desenvolvimento de ações preventivas, não se restringindo à resposta após o adoecimento.

A integração entre gestão, serviços de saúde ocupacional e participação dos trabalhadores pode favorecer identificação precoce de problemas e construção de intervenções mais adequadas.

5.16 Estratégias para enfrentamento da precarização e prevenção do adoecimento

Os resultados analisados indicam que nenhuma intervenção isolada é suficiente para enfrentar um fenômeno multidimensional. A prevenção precisa articular medidas laborais, organizacionais, assistenciais e políticas.

Dimensionamento adequado constitui uma das prioridades. Equipes compatíveis com as necessidades dos serviços podem reduzir sobrecarga, ampliar possibilidade de pausas e favorecer qualidade assistencial.⁸

Estabilidade e previsibilidade também possuem importância. Relações laborais protegidas permitem maior segurança econômica e podem favorecer pertencimento e participação institucional.^{1,2}

Remuneração compatível precisa integrar a estratégia, especialmente porque rendimentos insuficientes podem favorecer múltiplos vínculos e jornadas excessivas.

A organização das escalas deve considerar períodos adequados de recuperação, sobretudo entre trabalhadores submetidos a turnos e atividades noturnas.⁹

Programas de saúde mental devem oferecer acesso confidencial ao cuidado, mas precisam ser acompanhados por intervenções organizacionais.^{7,20}

A prevenção dos distúrbios físicos exige ergonomia, equipamentos, pausas e condições adequadas para execução das tarefas.¹²

Indicadores de absenteísmo, presenteísmo, rotatividade, horas extras e afastamentos devem ser utilizados como instrumentos de vigilância e planejamento, e não apenas como medidas administrativas.^{13,19}

A participação dos profissionais nas decisões constitui outro componente fundamental. Trabalhadores conhecem diretamente obstáculos, riscos e limitações dos processos e podem contribuir para soluções mais compatíveis com a realidade.

Finalmente, políticas de valorização precisam integrar trabalho decente, Saúde do Trabalhador e sustentabilidade da força de trabalho.^{15,16,17}

Os achados demonstram, portanto, que precarização e adoecimento constituem processos interligados. A proteção dos profissionais exige superar respostas baseadas exclusivamente na capacidade individual de adaptação e reconhecer que ambientes laborais saudáveis dependem de decisões institucionais, gestão adequada da força de trabalho e políticas públicas capazes de assegurar condições dignas para o exercício profissional.

6. Considerações finais

A análise desenvolvida evidencia que a precarização do trabalho entre profissionais de saúde constitui fenômeno complexo e multidimensional, que não pode ser reduzido exclusivamente à modalidade contratual. Instabilidade dos vínculos, insegurança laboral, baixa previsibilidade, remuneração insuficiente, intensificação das atividades, déficit de profissionais, jornadas prolongadas, baixa autonomia e inadequação das condições materiais podem coexistir e ampliar a vulnerabilidade dos trabalhadores.^{1,2,3}

Os achados reforçam que o processo de adoecimento precisa ser interpretado a partir da interação entre características individuais, condições sociais e organização do trabalho. Embora diferenças pessoais influenciem as formas de enfrentamento, evidências que relacionam precariedade a resultados desfavoráveis de saúde demonstram que a responsabilidade pela prevenção não pode ser atribuída exclusivamente ao indivíduo.^{3,4}

Entre as repercussões psicológicas, destacam-se estresse ocupacional, exaustão e burnout.^{5,6} A persistência desses problemas entre diferentes categorias demonstra a necessidade de estratégias que ultrapassem programas centrados apenas em autocuidado ou resiliência. Intervenções individuais podem contribuir para o bem-estar, mas precisam ser acompanhadas por mudanças organizacionais capazes de reduzir os determinantes laborais do sofrimento.⁷

A insuficiência de profissionais constitui questão especialmente relevante. Quando as equipes trabalham continuamente abaixo das necessidades assistenciais, aumenta-se a quantidade de atividades atribuídas aos trabalhadores presentes, reduzindo possibilidades de descanso e recuperação. O dimensionamento adequado deve ser compreendido como medida simultaneamente relacionada à proteção do profissional e à qualidade da assistência.⁸

Jornadas prolongadas e trabalho em turnos acrescentam outra dimensão ao desgaste. Alterações do sono e redução do período de recuperação podem comprometer saúde, atenção, capacidade de decisão e equilíbrio emocional.⁹ A situação torna-se ainda mais complexa quando múltiplos vínculos são necessários para complementar a renda, evidenciando a interdependência entre remuneração, jornada e saúde ocupacional.

O sofrimento moral amplia a compreensão do adoecimento ao demonstrar que profissionais podem experimentar intenso desgaste quando reconhecem aquilo que deveria ser realizado, mas encontram barreiras institucionais para oferecer o cuidado considerado adequado.^{10,11} Nesse sentido, falta de recursos, equipes insuficientes e limitações organizacionais possuem não apenas consequências operacionais, mas também repercussões éticas e psicológicas.

As manifestações físicas também precisam receber atenção. Distúrbios musculoesqueléticos permanecem relevantes entre trabalhadores da saúde, especialmente em atividades que envolvem movimentação de pacientes, posturas inadequadas, repetitividade e esforço físico.¹² Medidas ergonômicas precisam ser acompanhadas por dimensionamento e recursos materiais que permitam sua efetiva aplicação.

Presenteísmo e absenteísmo constituem indicadores complementares do adoecimento.^{13,19} Enquanto o afastamento torna parte do problema visível, o presenteísmo revela profissionais que continuam trabalhando apesar de condições capazes de comprometer sua capacidade funcional. Monitorar apenas licenças médicas pode, portanto, produzir compreensão incompleta da saúde da força de trabalho.

A rotatividade também deve ser observada como possível expressão das condições laborais. Evidências entre profissionais de enfermagem e cuidado relacionam formas precárias de trabalho a maior rotatividade.³ A perda frequente de trabalhadores experientes compromete a estabilidade das equipes, aumenta necessidades de treinamento e pode produzir sobrecarga adicional para aqueles que permanecem.

As consequências alcançam igualmente os usuários. A associação encontrada entre burnout na enfermagem e dimensões da segurança, satisfação dos pacientes e qualidade do cuidado reforça que saúde ocupacional e qualidade assistencial não constituem agendas independentes.¹⁴ Essa relação não deve servir para responsabilizar trabalhadores adoecidos, mas para evidenciar a responsabilidade das organizações na criação de condições seguras para execução das atividades.

O conceito de trabalho decente oferece referência importante para a transformação desse cenário, ao articular dignidade, segurança, direitos e proteção social.¹⁵ Recomendações

internacionais dirigidas especificamente aos trabalhadores da saúde também destacam a necessidade de programas estruturados de saúde e segurança ocupacional.¹⁶

No contexto brasileiro, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora fornece base para ações destinadas à promoção, proteção e vigilância da saúde relacionada aos processos de trabalho.¹⁷ A efetividade desses princípios exige que os próprios profissionais dos serviços de saúde sejam reconhecidos como população trabalhadora que necessita de proteção permanente.

As desigualdades existentes dentro da força de trabalho também precisam integrar as estratégias de enfrentamento. A expressiva participação feminina no setor e as diferenças relacionadas à profissão, remuneração, posição hierárquica e responsabilidades de cuidado demonstram que a precarização não produz efeitos homogêneos.¹⁸

Da mesma maneira, a saúde mental e o bem-estar dos trabalhadores precisam ser incorporados ao planejamento da força de trabalho e não tratados apenas após o surgimento do adoecimento.²⁰ A prevenção requer acompanhamento contínuo das condições organizacionais e acesso oportuno a apoio quando necessário.

Diante dos resultados, recomenda-se que instituições adotem estratégias integradas envolvendo dimensionamento adequado, estabilidade e proteção laboral, remuneração compatível, escalas que respeitem períodos de recuperação, prevenção dos riscos ergonômicos, apoio psicossocial, participação dos trabalhadores nas decisões e monitoramento de indicadores como absenteísmo, presenteísmo, rotatividade e afastamentos.

Conclui-se que enfrentar a precarização do trabalho constitui condição necessária para proteger a saúde física e mental dos profissionais e fortalecer a sustentabilidade dos serviços. Não é coerente sustentar sistemas de saúde baseados na promoção do cuidado enquanto aqueles responsáveis por concretizá-lo permanecem expostos continuamente a condições potencialmente adoecedoras. Valorizar os profissionais significa transformar reconhecimento em condições concretas de dignidade, segurança, proteção e possibilidade de exercer o cuidado sem comprometer sistematicamente a própria saúde.

Referências

1. Kreshpaj B, Orellana C, Burström B, Davis L, Hemmingsson T, Johansson G, et al. What is precarious employment? A systematic review of definitions and operationalizations from quantitative and qualitative studies. *Scand J Work Environ Health*. 2020;46(3):235-247. doi:10.5271/sjweh.3875.
2. Bernardes RC, Campos CMS, Bertolozzi MR. Precarização do trabalho na saúde e impactos da Reforma Trabalhista na Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora: uma revisão de escopo. *Rev Bras Saúde Ocup*. 2025;50. doi:10.1590/2317-6369/12825pt2025v50e30.
3. Hult M, Ring M, Siranko H, Kangasniemi M. Decent and precarious work among nursing and care workers: a mixed-method systematic review. *J Adv Nurs*. 2025;81(6):2913-2928. doi:10.1111/jan.16572.
4. Jonsson J, Muntaner C, Bodin T, Alderling M, Balogh R, Burström B, et al. Low-quality employment trajectories and risk of common mental disorders, substance use disorders and suicide attempt: a longitudinal study of the Swedish workforce. *Scand J Work Environ Health*. 2021;47(7):509-520.
5. Rotenstein LS, Brown R, Sinsky C, Linzer M. The association of work overload with burnout and intent to leave the job across the healthcare workforce during COVID-19. *J Gen Intern Med*. 2023;38(8):1920-1927. doi:10.1007/s11606-023-08153-z.
6. Wright T, Mughal F, Babatunde OO, Dikomitil L, Mallen CD, Helliwell T. Burnout among primary health-care professionals in low- and middle-income countries: systematic review and meta-analysis. *Bull World Health Organ*. 2022;100(6):385-401A. doi:10.2471/BLT.22.288300.
7. De Simone S, Vargas M, Servillo G. Organizational strategies to reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis. *Aging Clin Exp Res*. 2021;33(4):883-894. doi:10.1007/s40520-019-01368-3.
8. Lasater KB, Aiken LH, Sloane DM, French R, Martin B, Reneau K, et al. Chronic hospital nurse understaffing meets COVID-19: an observational study. *BMJ Qual Saf*. 2021;30(8):639-647. doi:10.1136/bmjqs-2020-011512.
9. Booker LA, Sletten TL, Alvaro PK, Barnes M, Collins A, Chai-Coetzer CL, et al. Exploring the associations between shift work disorder, depression, anxiety and sick leave taken amongst nurses. *J Sleep Res*. 2020;29(3). doi:10.1111/jsr.12872.
10. Alimoradi Z, Jafari E, Lin CY, Rajabi R, Hosseini Marznaki Z, Soodmand M, et al. Estimation of moral distress among nurses: a systematic review and meta-analysis. *Nurs Ethics*. 2023;30(3):334-357. doi:10.1177/09697330221135212.
11. Nagle E, Šuriņa S, Griškēviča I. Healthcare workers' moral distress during the COVID-19 pandemic: a scoping review. *Soc Sci*. 2023;12(7):371. doi:10.3390/socsci12070371.

12. Dong H, Zhang Q, Liu G, Shao T, Xu Y. Prevalence and associated factors of musculoskeletal disorders among Chinese healthcare professionals working in tertiary hospitals: a cross-sectional study. *BMC Musculoskelet Disord.* 2019;20:175. doi:10.1186/s12891-019-2557-5.
13. Min A, Kang M, Park H. Global prevalence of presenteeism in the nursing workforce: a meta-analysis of 28 studies from 14 countries. *J Nurs Manag.* 2022;30(7):2811-2824.
14. Li LZ, Yang P, Singer SJ, Pfeiffer J, Mathur MB, Shanafelt T. Nurse burnout and patient safety, satisfaction, and quality of care: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Netw Open.* 2024;7(11). doi:10.1001/jamanetworkopen.2024.43059.
15. International Labour Organization. Decent work [Internet]. Geneva: ILO; [cited 2026 Sep 13]. Available from: <https://www.ilo.org/topics/decent-work>
16. World Health Organization, International Labour Organization. Caring for those who care: guide for the development and implementation of occupational health and safety programmes for health workers [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2022 [cited 2026 Sep 13]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240040779>
17. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [cited 2026 Sep 13]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html
18. World Health Organization. Delivered by women, led by men: a gender and equity analysis of the global health and social workforce [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2019 [cited 2026 Sep 13]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241515467>
19. Santana LL, Sarquis LMM, Brey C, Miranda FMD, Felli VEA. Absenteísmo por transtornos mentais em trabalhadores de saúde em um hospital no sul do Brasil. *Rev Gaúcha Enferm.* 2016;37(1). doi:10.1590/1983-1447.2016.01.53485.
20. World Health Organization. Health and care worker mental health and wellbeing: technical meeting report [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2024 [cited 2026 Sep 13]. Available from: <https://www.who.int/publications/m/item/health-and-care-worker-mental-health-and-well-being--technical-meeting-report>