

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Ciane dos Santos Rodrigues

Trabalho médico sob demanda por meio de plataformas digitais: controle por algoritmos e implicações às relações de trabalho

Rio de Janeiro

2022

Ciane dos Santos Rodrigues

Trabalho médico sob demanda por meio de plataformas digitais: controle por algoritmos e implicações às relações de trabalho

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas, Planejamento, Gestão e Cuidado em Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dra. Maria Inês Carsalade Martins.

Coorientadora: Prof.^a Dra. Márcia Teixeira.

Rio de Janeiro

2022

Título do trabalho em inglês: Medical work on demand through digital platforms: control by algorithms and implications for labor relations.

O presente trabalho foi realizado com apoio de Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) - Código de Financiamento 001.

R696t Rodrigues, Ciane dos Santos.
Trabalho médico sob demanda por meio de plataformas digitais: controle por algoritmos e implicações para as relações de trabalho / Ciane dos Santos Rodrigues. -- 2022.
162 f. : il. color.

Orientadora: Maria Inês Carsalade Martins.
Coorientadora: Márcia Teixeira.
Tese (Doutorado em Saúde Pública), Rio de Janeiro, 2022.
Bibliografia: f. 102-108.

1. Plataformas Digitais. 2. Relações de Trabalho. 3. Precarização do Trabalho. 4. Consultas Médicas. 5. Trabalho em Saúde. I. Título.

CDD 362.1

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da Rede de Bibliotecas da Fiocruz com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Bibliotecário responsável pela elaboração da ficha catalográfica: Cláudia Menezes Freitas - CRB-7-5348
Biblioteca de Saúde Pública

Ciane dos Santos Rodrigues

Trabalho médico sob demanda por meio de plataformas digitais: controle por algoritmos e implicações às relações de trabalho

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas, Planejamento, Gestão e Cuidado em Saúde.

Aprovada em: 04 de agosto de 2022.

Banca Examinadora

Prof.^a Dra. Maria da Graça Druck de Faria
Universidade Federal da Bahia – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas

Prof. Dr. Rodrigo de Lacerda Carelli
Universidade Federal do Rio de Janeiro – Faculdade Nacional de Direito

Prof.^a Dra. Mônica Vieira
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Prof.^a Dra. Simone Santos Silva Oliveira
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof.^a Dra. Márcia Teixeira (Coorientadora)
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof.^a Dra. Maria Inês Carsalade Martins (Orientadora)
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Rio de Janeiro

2022

Ao meu saudoso pai Rozildo Rodrigues dos Anjos.

AGRADECIMENTOS

É tão bom pensar que este texto foi também construído por tantas pessoas queridas, amadas e admiradas que fazem parte da minha vida. São muitos aprendizados que extraímos dos espaços que ultrapassam as linhas da academia. Esses nos conferem o olhar singular que cada pesquisador tem diante de um objeto, para além das referências bibliográficas.

Assim, agradeço a todo o conhecimento e cuidado que meu pai Rozildo, minha mãe Edna e minha avó Alexandra me deram e que minha mãe me passa ainda hoje, especialmente, pelo incentivo constante para o estudo e a formação profissional, mas também pela forma empática que me ensinaram estar na vida.

Agradeço à minha irmã Mayara por estar sempre junto nos momentos que preciso de um empurrão, de aconchego e para festejar as vitórias.

Agradeço às minhas irmãs Livia e Andriely e à minha prima/irmã Léia pelo aconchego e fofice; ao meu irmão Marcelo por me apoiar sempre que preciso e por me dar a sobrinha linda Emily.

Agradeço à minha esposa Natália por toda a paciência e apoio ao longo desses anos, pelas trocas de impressões ao longo da pesquisa, além de todo o amor compartilhado; e ao Joaquim, meu neném pet.

Agradeço também aos meus amigos e amigas por todos os momentos de acolhimento, distração, alegrias, incentivos e conversas: Gabi, Alline, Ester, Adriano, Joyce, Martinha, Cláudia, Mariana Borzino, Márcio, Bruno, Sânzia, Ludmilla, Nolte, Luciana, Nina, Letícia, Camila, Tanit, Josy, Irene, Bárbara, Letícia Sabbadini e Lorena. À Beatriz pelo apoio com os aplicativos, ao Lucas pela leitura cuidadosa da tese e ao Pedro pelo esforço em pensar junto alternativas de programação de busca.

Agradeço a toda a equipe da sala de situação de saúde e da subsecretaria de planejamento de Niterói. Sem esquecer de agradecer à equipe da SMS/RJ, em especial, à Monique e à Mari que acompanharam uma fase importante do meu curso.

Além disso, tive o prazer de fazer parte de uma turma especial de doutorado, cheia de afeto, cuidado e energia, por isso, agradeço a todas e todos da turma 2018 de Saúde Pública.

Às minhas orientadoras, Maria Inês e Márcia, faço um agradecimento especial e torço para que o ambiente acadêmico seja composto por mais professoras assim, que conseguem conciliar o rigor necessário de um trabalho científico com o respeito às expectativas e à trajetória de cada um.

*É fácil fazer corresponder a cada sociedade certos tipos de máquina,
não porque as máquinas sejam determinantes, mas porque elas
exprimem as formas sociais capazes de lhes darem nascimento e
utilizá-las.*

(DELEUZE, 1992, p. 223)

RESUMO

Esta pesquisa relaciona-se com as transformações tecnológicas atuais e suas implicações para a regulação e a organização do trabalho. Nosso foco está no trabalho por plataformas digitais na saúde, analisando esse fenômeno como parte da reestruturação produtiva no contexto da *Gig economy*. O objetivo geral foi analisar o trabalho médico sob demanda desenvolvido por meio de plataformas digitais no Brasil, na perspectiva das relações de trabalho. Os específicos consistiram em: mapear as plataformas digitais de consultas médicas que operam no Brasil, no período de 2015 a 2022; identificar as principais características das plataformas mapeadas: serviços ofertados, cobertura geográfica, especialidades, convênios, *downloads*; analisar os contratos de trabalho (Termos de Uso) dos aplicativos; discutir as relações de trabalho estabelecidas entre os profissionais e as empresas de aplicativo. Realizamos uma pesquisa qualitativa delineada como estudo de caso, utilizando como instrumentos a pesquisa documental e o método de amostragem não probabilística *Snowball Sampling*. A análise de dados foi feita por análise de conteúdo. Foram selecionadas 54 empresas, permitindo identificar expansão mais evidente nos anos de 2019 e 2020, com ampliação da cobertura das empresas e de tipos de serviços ofertados. A análise dos Termos de Uso deu origem a quatro categorias: Autonomia, Organização e Gestão do Trabalho, Monopólio da informação e Relação de Trabalho. De maneira geral, foi possível perceber que, ainda que existam experiências valiosas do uso tecnológico, as mudanças estruturais têm ocorrido mais voltadas aos interesses econômicos neoliberais. Notamos a construção de um fetiche em torno de tudo que está relacionado com as inovações tecnológicas, assentado na ilusão de elementos como empreendedorismo, autonomia laboral, custo zero de produção e retorno financeiro fácil; ao passo que são aperfeiçoados os mecanismos de controle do processo produtivo com estratégias que atuam nos elementos subjetivos dos indivíduos, provocando mudanças comportamentais e de projetos de vida. No mesmo sentido, percebe-se uma linha de atuação no âmbito do direito na perspectiva de flexibilizar legislações locais e específicas permitindo o desenvolvimento das atividades produtivas de empresas de TIC com menor grau possível de regulamentação. Percebemos formas de controle e indução do trabalho médico segundo os interesses da empresa, por meio de estratégias financeiras, monopólio de informações, controle do algoritmo, penalidades ou com estímulo positivo, tais como bonificações e prêmios. Esses mecanismos comprometem a possibilidade de exercício da autonomia do trabalhador na definição da jornada de trabalho, do valor da consulta e na conduta terapêutica. Levantamos ainda a discussão da fragilização do status social da profissão. Identificamos ampliação da oferta de consultas para um rol de especialistas expressivamente maior, tais como oncologistas, cardiologistas, endocrinologistas, psiquiatras, mastologistas, entre outros.

Palavras-chave: plataformas digitais; uberização; relações de trabalho; proteção trabalhista; precarização do trabalho; trabalho médico; trabalho em saúde; economia GIG.

ABSTRACT

This research relates to current technological transformations and their implications for the regulation and organization of work. Our focus is on work through digital platforms in health, analyzing this phenomenon as part of the productive restructuring in the context of Gig economy. The general objective was to analyse medical work on demand developed through digital platforms, in Brazil, from the perspective of labor relations. And the specific ones consisted in: mapping the digital platforms for medical appointments operating in Brazil in the period from 2015 to 2022; identifying the main characteristics of the platforms mapped: services offered, geographical coverage, specialties, agreements, downloads; analyzing the work contracts (Terms of Use) of the apps; discussing the work relationships established between the professionals and the app companies. We conducted qualitative research outlined as a case study, using as instruments the documentary research and the non-probabilistic snowball sampling method. Data analysis was performed by content analysis. Fifty-four companies were selected, allowing the identification of more evident expansion in the years 2019 and 2020, with expansion of the coverage of companies and types of services offered. The analysis of the Terms of Use gave rise to four categories: Autonomy, Nature of Services, Monopoly of information, and Work Relationship. In general, it was possible to perceive that, although there are valuable experiences in the use of technology, the structural changes have occurred more geared towards neo-liberal economic interests. We noticed the symbolic construction around everything related to technological innovations, based on the illusion of elements such as entrepreneurship, labor autonomy, zero production costs, and easy financial return. At the same time, the control mechanisms of the productive process are perfected with strategies that act on the subjective elements of individuals, provoking behavioural changes and life projects. In the same way, it is possible to perceive a line of action in the scope of the law, in the perspective of making local and specific legislations more flexible, allowing the development of the productive activities of ICT companies with the least possible degree of regulation. We perceive forms of control and induction of medical work according to the interests of the company, through financial strategies, monopoly of information, control of the algorithm, penalties, or with positive stimuli, such as bonuses and awards. These mechanisms compromise the possibility of exercising the worker's autonomy in defining the working day, the value of the consultation, and even the therapeutic conduct. We also raised the discussion of the weakening of the social status of the profession. We identified an expansion of the offer of consultations to a significantly larger list of specialists, such as oncologists, cardiologists, endocrinologists, psychiatrists, mastologists, among others.

Keywords: digital platforms; uberification; labor relations; labor protection; precarious employment; medical work; health work; GIG economy.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 –	Estrutura base da cadeia de aplicativos de consultas médicas.....	50
Quadro 1 –	Codificação dos Termos de Uso analisados.....	53
Figura 2 –	Nuvem de aplicativos de consultas médicas sugeridos pelo algoritmo de busca.....	58
Figura 3 –	Aplicativos de consultas médicas selecionados para análise.....	59
Gráfico 1 –	Plataformas virtuais de saúde, segundo ano de fundação, Brasil, 2022.....	60
Figura 4 –	Distribuição da cobertura de consultas presenciais ofertadas pelas plataformas virtuais de saúde no Brasil, 2022.....	61
Figura 5 –	Categorias de Análise dos Termos de Uso.....	68
Figura 6 –	Categoria de Análise dos Termos de Uso “Autonomia”.....	83
Figura 7 –	Categoria de Análise dos Termos de Uso “Organização e gestão do trabalho”.....	73
Figura 8 –	Categoria de Análise dos Termos de Uso “Monopólio da Informação”.....	75
Figura 9 –	Categoria de Análise dos Termos de Uso “Relação de Trabalho”.....	88
Figura 10 –	Diagrama de fatores favoráveis às plataformas digitais em saúde.....	89

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
APS	Atenção Primária à Saúde
BEm	Benefício Emergencial de Preservação do Emprego e Renda
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CFM	Conselho Federal de Medicina
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNPJ	Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica
CRM	Conselho Regional de Medicina
CZH	Contrato Zero-Hora
DORT	Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho
EUA	Estados Unidos da América
FGTS	Fundo de Garantia do Tempo de Serviço
IAP	Institutos de Aposentadorias e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDEC	Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor
LER	Lesões por Esforços Repetitivos
NHS	National Health System
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
OSS	Organização Social de Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
RPA	Recibo de Pagamento Autônomo
SESMT	Serviços de Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho
SUS	Sistema Único de Saúde
TIC	Tecnologias de Informação e Comunicação
UNIMED	Confederação Nacional das Cooperativas Médicas
UNIMED/FESP	Federação das Unimeds do Estado de São Paulo

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
2	CONTEXTO GLOBAL.....	17
3	MARCO TEÓRICO.....	22
3.1	O TRABALHO EM SAÚDE.....	22
3.2	REGULAÇÃO DO TRABALHO E PROTEÇÃO SOCIAL TRABALHISTA.....	26
3.3	PRECARIEDADE E PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO.....	33
3.4	O TRABALHO POR PLATAFORMAS DIGITAIS.....	37
4	MATERIAIS E MÉTODO.....	46
5	O TRABALHO MÉDICO NAS PLATAFORMAS DIGITAIS DE SAÚDE...	57
5.1	PLATAFORMAS VIRTUAIS DE SAÚDE: SERVIÇOS E FUNCIONALIDADES.....	57
5.2	OS TERMOS DE USO COMO DOCUMENTO REGULADOR DA RELAÇÃO DE TRABALHO	66
5.2.1	Organização e gestão do trabalho.....	69
5.2.2	Monopólio da informação.....	73
5.2.3	Autonomia ante os mecanismos de controle por algoritmos	75
5.2.4	Relação de trabalho.....	84
6	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	89
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	96
	REFERÊNCIAS.....	102
	APÊNDICE A – FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS DAS PLATAFORMAS DIGITAIS.....	109
	APÊNDICE B – ARTIGO 1.....	116
	APÊNDICE C – ARTIGO 2.....	133
	ANEXO A – RESOLUÇÃO CFM N° 2.178, DE 14 DE DEZEMBRO DE 2017.....	152
	ANEXO B – RESOLUÇÃO CFM N° 2.314, DE 20 DE ABRIL DE 2022.....	156
	ANEXO C – PARECER DE DISPENSA DE ANÁLISE ÉTICA N° 18/2021.....	162

APRESENTAÇÃO

Este projeto reflete um estranhamento que começou há alguns anos, no momento dos meus primeiros contatos com o mercado de trabalho. O estranhamento de uma lógica de competitividade e fragmentação que marcam os ambientes de trabalho na saúde, com destaque para a categoria de enfermagem, profissão da qual faço parte.

Inquietou-me, desde o início, o ambiente desconfortável marcado pelos conflitos internos, relacionados, principalmente, pela multiplicidade de vínculos de trabalho, dos quais decorriam diferenças salariais, cobranças diferenciadas, intensidades de carga de trabalho diferentes, entre outros.

Percebi ali como a fragmentação do mercado de trabalho pode representar também a fragmentação dos coletivos de trabalhadores. Uma fragmentação que se dá pela necessidade de provação profissional, diante de um ambiente altamente competitivo e da ameaça do desemprego ou dos subempregos crescentes; pela fragilização das relações de afeto nas equipes, haja vista a rotatividade grande no setor que dificulta a criação de vínculo, entre outros fatores.

Essas reflexões foram me levando para o aprofundamento de leituras a respeito da precarização do trabalho. Desde esse período, que marcava a transição da Atenção Primária à Saúde do Rio de Janeiro para as Organizações Sociais de Saúde, a precarização dos vínculos laborais na saúde vem se ampliando, e as condições de trabalho dos profissionais, ficando cada dia mais difíceis.

Sou filha de dois servidores públicos: meu pai construiu uma longa carreira na secretaria de infraestrutura do Amapá, com forte vinculação com o seu ofício e permeada por muitas relações de afeto, e minha mãe, uma enfermeira do Sistema Único de Saúde (SUS), que trabalhou por muitos anos no Hospital de Público de Emergências.

Nesse sentido, com todas as dificuldades, sempre foi inspirador acompanhar, desde pequena, a trajetória profissional da minha mãe, que começou como agente comunitária, no então Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Por intermédio dela, cresci vendo o SUS como essencial a nossa família e a nossa comunidade. E hoje, trabalhando nele, sigo acreditando nessa riqueza que construímos e precisamos defender.

Entendendo que parte fundamental desse sistema somos nós, a força de trabalho, que, além de enfrentarmos as limitações da assistência, também estamos sujeitos às dificuldades relativas à fragilização das relações laborais.

Nessa trajetória de acompanhar a intensificação da precarização do trabalho, fiz minha dissertação de mestrado analisando a precarização em uma leitura combinada com o campo da

Bioética. Esse exercício me trouxe um olhar de desnaturalização do que está posto como paradigma, como razão de ordenamento.

O aprofundamento de leituras sobre o trabalho e sobre os diferentes tipos de Ética, princípios e pressupostos me fizeram refletir como a lógica do trabalho, sua forma de permear nossa vida e comportamento têm passado também por uma transformação Ética, envolvendo valores pessoais, princípios bioéticos na tomada de decisão profissional, entre outras questões. Transformações que trazem muitas dúvidas e muito sofrimento ao conjunto de trabalhadores.

Chego ao doutorado impulsionada pelo contexto de intensificação de medidas que ferem a legislação trabalhista no Brasil e outras medidas que afetam toda a classe trabalhadora; bem como o contexto de crescimento de relações de trabalho desprotegidas, como o trabalho por plataformas digitais, analisado neste estudo.

Partimos na pesquisa, da compreensão do contexto em que se inserem as plataformas digitais de consultas médicas, para uma busca minuciosa a fim de identificar o universo do nosso objeto de estudo. Assim, chegamos a um grupo de empresas que se adequaram aos critérios estabelecidos, a partir de conhecimento prévio. Tais empresas foram analisadas em termos de funcionalidades e de relação contratual.

Nosso referencial teórico para a leitura do processo está apresentado em quatro seções: O trabalho em saúde; Regulação do trabalho e proteção social trabalhista; Precariedade e precarização do trabalho; e Trabalho por plataformas digitais.

Os conceitos trazidos foram utilizados para a análise dos resultados obtidos, apresentados em uma seção inicial que versa sobre a evolução deste mercado e as características principais das plataformas, seguida da seção de análise dos termos de uso, discutindo aspectos relacionados à autonomia ante o controle por algoritmo, com a organização e gestão do trabalho, ao monopólio da informação e às relações de trabalho.

1 INTRODUÇÃO

O mundo do trabalho vem passando por transformações expressivas nas últimas décadas, sendo atravessado de maneira disruptiva pela evolução das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC), tanto no aspecto da organização do processo de trabalho quanto das relações e proteção trabalhista.

Como parte da dinâmica do processo da reestruturação produtiva, o trabalho por plataforma digitais é expressão desse fenômeno e se insere em um contexto de expansão da chamada *Gig economy*.

Definida como a economia construída por meio de TIC que permite uma atuação empresarial em escala global, a *Gig economy* resulta em modificações no modo como a sociedade se organiza, com impacto nas relações pessoais, comerciais, culturais e no trabalho (GRAHAM; HJORTH; LEHDONVIRTA, 2019).

Compartilhamos da compreensão de que as inovações tecnológicas surgem de necessidades próprias da sociedade. Isto é, são criadas e operacionalizadas segundo o padrão ético e político hegemônico na sociedade, tal como já apontava Gilles Deleuze (1992) ao discutir o uso das tecnologias na sociedade de controle.

Na perspectiva do neoliberalismo como racionalidade (DARDOT; LAVAL, 2016), é possível perceber que existe um conjunto de valores individuais e coletivos, que, além da esfera econômica, implica desejos e outros aspectos de uma subjetividade construída, em que as TIC ganham especial centralidade.

Contudo, é necessário destacar que, embora o uso das tecnologias digitais seja feito para extração de valor de uma vasta gama de atividades econômicas e sociais, também pode ser usado para fins não mercantis.

A partir do controle local e democrático do uso de algoritmos, Ursula Huws (2020) discute como as plataformas digitais podem servir como ferramentas que permitam a gerência de serviços voltados à construção de estratégias sustentáveis de alimentação, saúde, facilitação de jornada de trabalho ou à redistribuição de serviços ofertados pelo Estado.

Nesse sentido, a expansão da telemedicina ao longo da pandemia de COVID-19 é um excelente exemplo das possibilidades do uso das TIC, deixando claro que não pode ser resumida a análises dicotômicas, com posições contrárias ou favoráveis. É necessário analisar o conjunto de implicações que o processo traz à sociedade atual e o contexto em que é utilizada.

Na área de saúde, o uso das TIC destaca-se não só como um recurso importante para o acompanhamento das condições de saúde, orientações, apoio ao tratamento quando o contato

presencial é dificultado – tal como temos visto ao longo da pandemia de SARS-CoV-2 – como também em situações específicas de pacientes com maior vulnerabilidade, a exemplo de idosos com debilidades na locomoção e pacientes imunossuprimidos. Além disso, permite o acompanhamento do percurso terapêutico seguido pelos pacientes nos diferentes dispositivos, com possibilidade de fortalecimento e corresponsabilização no cuidado, entre outros aspectos.

Assim, temos visto a intensificação da telemedicina por instituições públicas vinculadas às esferas governamentais, tal como o aplicativo “Atende em Casa”¹, desenvolvido pela prefeitura de Recife para monitoramento de casos de COVID-19. Ressaltamos, ainda, as experiências de organizações não governamentais, como a SAS Brasil², a partir de trabalho voluntário com oferta de assistência em saúde em várias regiões do país, com priorização de áreas com maior vulnerabilidade.

Lembramos ainda que os dados procedentes de prontuários eletrônicos para análises e construção de diagnóstico situacional do território com maior precisão também são de grande importância, na medida em que facilitam a elaboração de estratégias de organização da rede e de ações mais efetivas no enfrentamento dos problemas de saúde.

É necessário, no entanto, que o uso das TIC seja apropriado pelos sistemas de saúde com essa finalidade, subordinando ciência, tecnologia e inovação aos interesses sociais e coletivos; e, no caso do Brasil, aos princípios norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS) (MALDONADO; CRUZ, 2021). Todavia, o que se tem observado é que o uso dessa modalidade vem acontecendo de forma mais intensa no mercado privado de saúde.

O setor empresarial na saúde, pautado por fins econômicos, encontrou na telemedicina melhores condições de crescimento, a partir do baixo investimento necessário ao fornecimento do serviço. No setor privado, esse processo ultrapassa a esfera dos tradicionais planos de saúde, regulados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), e vem se expandindo por empresas que existem, exclusivamente, como plataformas virtuais, fazendo a intermediação na oferta de assistência em saúde.

Dessa forma, o que se entende por ‘empresa’ – como entidade jurídica – vem também passando por transformações. Constrói-se sob um novo formato cujo sistema organizacional e as relações de trabalho são geridos por algoritmos, à semelhança das proeminentes corporações na área de compra e venda de serviços, a Uber e Airbnb. Esse modelo vem trazendo mudanças

¹ Pernambuco. Prefeitura Municipal de Recife. **Atende em casa**. Recife: PMR, 2020. Disponível em: https://play.google.com/store/apps/details?id=br.brainy.atende_em_casa&hl=pt_BR&gl=US. Acesso em: 29 jul. 2021.

² SAS Brasil. **Saúde, alegria e sustentabilidade Brasil**. São Paulo: Icarus, 2021. Disponível em: <https://sasbrasil.org.br/>. Acesso em: 29 jul. 2021.

estruturais na dinâmica de reestruturação produtiva e colocando novos desafios no campo do direito do trabalho (CARELLI, 2017).

Esse tipo de relação laboral tem suscitado estudos e conceitos, tais como plataformização do trabalho, trabalho por plataforma (GRAHAM; HJORTH; LEHDONVIRTA, 2019), economia de compartilhamento (RIFKIN, 2015) e Uberização da mão de obra (SLEE, 2017; FONTES, 2017; ABILIO, 2019; ANTUNES; FILGUEIRAS 2020; ANTUNES, 2020; CARELLI; OLIVEIRA, 2021).

Adotamos neste estudo, os termos “plataformização do trabalho” ou “uberização do trabalho” para nos referirmos ao processo em curso do qual faz parte nosso objeto de estudo.

Compreendemos a plataformização como a generalização de mecanismos de plataforma nos diferentes âmbitos da vida para o desenvolvimento de atividades cotidianas. No âmbito laboral, apresenta-se pela dependência dos mais variados tipos e setores de plataformas para o exercício do trabalho com relação de subordinação, operada por meios técnico-políticos que possibilitam o que vem se definindo como gerenciamento algorítmico do trabalho (ABÍLIO, AMORIN, GROHMANN, 2021, p. 33); e a uberização como uma nova forma de gerir e exercer o controle sobre a força de trabalho em uma dinâmica laboral de trabalho just-in-time. Trata-se de conceitos novos, sem, contudo, deixar de percebê-los como parte de um processo de décadas de flexibilização das relações de trabalho (ABÍLIO, AMORIN, GROHMANN, 2021).

Duas grandes facilidades de criação de uma empresa nesses moldes são o custo zero com infraestrutura física e a ausência de vínculos de trabalho formais para desenvolvimento das atividades pretendidas (SLEE, 2017). As análises apontam que, nessa condição laboral, elementos centrais da regulação trabalhista e da proteção social ao trabalho são postos em questão.

Compreender o trabalho em saúde por meio de empresas-aplicativo nos impulsiona a percebê-lo no contexto de mudanças, tanto no mundo do trabalho quanto na organização dos sistemas de saúde. Uma dinâmica inter-relacionada com as transformações contemporâneas do sistema capitalista.

Nesse sentido, além do campo da Saúde Pública, estamos acessando estudos produzidos por autores da Sociologia, da Economia e do Direito que nos auxiliaram na trajetória de construção desta pesquisa.

Entendemos que a regulação do trabalho, a existência do direito trabalhista, e das políticas sociais que caracterizam um estado de bem-estar social, são formas de proteger o trabalhador e diminuir a assimetria capital-trabalho.

Neste novo momento da reestruturação produtiva, o que se observa é a presença de um Estado como mediador das relações de trabalho favorecendo a lógica de acumulação, na medida em que pretende reduzir os custos do trabalho, retirando a possibilidade de uma regulamentação protetora, tal como apontara Dedecca (2006). Uma condição ainda mais agravada por um contexto de elevado desemprego e fácil substituição da força de trabalho.

Desse modo, entendemos que o trabalho exercido por meio de plataformas digitais são expressões desse processo e, portanto, promovem uma diminuição da proteção social, aumentando a assimetria capital-trabalho.

Observamos que essa precarização das relações de trabalho vem ocorrendo em ritmo acelerado em todo o mundo, e a pandemia causada pelo novo Coronavírus configura-se como um novo marco, a partir do qual mudanças significativas vêm ocorrendo.

Consideramos ainda que, pela natureza de o setor saúde ser altamente regulada – tendo em vista se tratar de serviços que envolvem atividades técnicas especializadas relacionadas com o cuidado e com a preservação da vida –, atores sociais importantes, como os conselhos profissionais (por exemplo, Conselho Federal de Medicina – CFM), são mobilizados. Assim como a própria dinâmica de expansão da precarização das relações de trabalho mobiliza esses atores, as medidas tomadas por eles também impactam o processo, podendo atuar como entidades protetivas do trabalho ou facilitar as leis do mercado.

Com base nessas reflexões, definimos como objetivo geral: analisar o trabalho médico sob demanda desenvolvido por meio de plataformas digitais no Brasil, na perspectiva das relações de trabalho.

Como objetivos específicos, os seguintes:

- mapear as plataformas digitais de consultas médicas que operam no Brasil, no período de 2015 a 2022;
- identificar as principais características das plataformas mapeadas: serviços ofertados, cobertura geográfica, especialidades, convênios, número de *downloads*.
- analisar os contratos de trabalho (Termos de Uso) dos aplicativos;
- discutir as relações de trabalho estabelecidas entre os profissionais e as empresas de aplicativo.

2 CONTEXTO GLOBAL

Ao longo da construção do projeto, o curso da vida global foi atravessado por uma pandemia causada pelo vírus SARS-CoV-2, causador da COVID-19, com características de disseminação e evolução da doença alarmantes, as quais colocam enormes desafios a toda a sociedade, implicando questões sanitárias, biológicas, econômicas e sociais.

Diante do risco alto de disseminação desenfreada e de agravamento de casos em curto espaço de tempo, levando milhares de pessoas a óbito e ao colapso dos sistemas de saúde, a orientação das autoridades de saúde e governamentais foram, em sua maioria, estabelecer medidas de promoção do distanciamento social. Uma tomada de decisão que necessitou da reorganização de toda a sociedade, tanto do ponto de vista das relações pessoais quanto das atividades produtivas.

Nesse contexto, ganharam ainda mais notoriedade as TIC, sendo utilizadas para permitir a prática de *home office*, aproximar relações pessoais com familiares e amigos, facilitar tarefas cotidianas como resolver problemas bancários, além de solicitar inúmeros serviços por entrega em domicílio.

Do mesmo modo, destacamos o uso das TIC no acompanhamento de saúde da população de maneira remota, um processo que já vinha em curso, mas que se intensifica com a pandemia, sendo utilizado, em vários países, o atendimento por profissionais de saúde por intermédio de chamadas telefônicas – por exemplo, a Portaria nº 467, de 20 de março de 2020 (BRASIL, 2020d) –, videochamadas e aplicativos de celulares – como o app “Coronavírus SUS” (BRASIL, 2020c).

O conjunto da comunidade acadêmica internacional, lideranças políticas e representantes do mercado vêm refletindo sobre os impactos que essa pandemia nos traz, que medidas podem ser tomadas e quais as perspectivas futuras (CHOMSKY, 2020; FIORI, 2020; SANTOS, 2020; ANTUNES, 2020).

Nossas impressões acerca da situação global encontram maior afinidade com as análises que apontam para a perspectiva de aprofundamento de um curso que já vinha se dando, o neoliberalismo no contexto das medidas de austeridade, processo este responsável pela desestruturação das bases sociais do Estado, fragilizando profundamente o seu caráter protetor e favorecendo as leis desenfreadas do mercado.

Vale destacar o cenário geopolítico global de precarização das relações sociais, de expressiva desigualdade (PIKETTY, 2013) e o acirramento de uma postura ainda mais imperialista dos Estados Unidos da América (EUA) (FIORI, 2018).

Assim, direitos sociais, trabalhistas e até mesmo humanos já apresentavam uma dinâmica de enfraquecimento.

No Brasil, entramos na pandemia em uma condição em que mais de 100 milhões de pessoas se encontravam sem acesso à rede de esgoto; 35 milhões, sem água tratada; 7,5 milhões, sem moradia. Ou seja, mais de 142 milhões de pessoas sem acesso ao básico das condições sanitárias, o que significa mais da metade da estimativa populacional brasileira³.

Todavia, esse é um contexto anterior que já estava marcado pelo crescimento da desigualdade econômica, desemprego, aumento da fome e da extrema pobreza, além de um desmantelamento das estruturas sociais, como saúde, educação, previdência. Dito de outro modo, já vínhamos de uma grave crise social.

Os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), referentes ao trimestre móvel encerrado em fevereiro de 2020, portanto, ainda sem os impactos da pandemia, mostravam-nos 12,3 milhões de desempregados; mais de 40% (38 milhões) da população ocupada trabalhando na informalidade; 4,7 milhões de desalentados; 24,5 milhões de pessoas trabalhando por conta própria; 11,6 milhões de pessoas sem carteira assinada no setor privado³.

Com o surgimento da pandemia, essa crise se agrava ainda mais, desvelando as enormes fissuras de um Estado que, atualmente, é exigido em todas as suas faces, do âmbito social às medidas de apoio ao mercado.

Neste momento, observamos no mercado de trabalho global uma expansão do trabalho informal e do desemprego, com a maior taxa de desocupação desde 2012, taxa de informalidade de 39,8% no trimestre até abril de 2021, equivalente a 34,2 milhões de pessoas, e mais de 50% das pessoas em idade para trabalhar desempregadas, conforme aponta a PNAD Contínua do 1º trimestre de 2021⁴.

Desse modo, vemos um processo intenso e acelerado de transformações em curso que nos impelem a diferentes reflexões, sobre o caráter do Estado e sobre os rumos de qual tipo de sociedade precisamos construir. No entanto, pertinentes ao tema deste estudo, nos chama atenção a notoriedade e a importância que os sistemas universais de saúde ganham no enfrentamento dessa crise, e, ainda, a forma como a proteção social do trabalho vem sendo

³ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua – PNAD Contínua**. Indicadores mensais produzidos com informações do trimestre móvel terminado em fevereiro de 2020. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-detalle-de-midia.html?view=mediaibge&catid=2103&id=3634>. Acesso em: 6 maio 2020.

⁴ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua – PNAD COVID19**. Brasília: IBGE, 2021. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/27946-divulgacao-semanal-pnad-covid1.html?=&t=o-que-e>. Acesso em: 27 jul. 2021.

colocada em questão, revelando as fragilidades das relações de trabalho precarizadas, além de inúmeras medidas tomadas pelo governo que afetam o conjunto de trabalhadores.

Entre as medidas adotadas pelo governo federal no Brasil para enfrentamento dos impactos causados pela pandemia, com grande impacto no mercado de trabalho, podemos citar a Medida Provisória nº 936, de 1º de abril de 2020 (BRASIL, 2020b), que permitiu a flexibilização dos contratos de trabalho, com diminuição da jornada e redução de salários, e a criação do Benefício Emergencial de Preservação do Emprego e da Renda (BEm) – R\$ 51,64 bilhões –, cujas condições de concessão foram acordos entre trabalhadores e empregadores que atendessem à redução proporcional de jornada de trabalho e de salário e suspensão temporária do contrato de trabalho⁵.

Autores como Fiori (2020) analisam o momento atual como aceleração de um caminho no qual o capitalismo já estava trilhando. Sua análise se assenta na ideia de um capitalismo que se afasta do momento anterior, o qual era marcado por políticas multilateralistas e pela globalização, para transição a um capitalismo de Estados Nacionais, com fronteiras claramente delimitadas e soberania conquistada mediante o aumento contínuo de poder econômico e militar, além de uma corrida tecnológica sem precedentes.

Nesse sentido, há um afastamento dos princípios éticos que marcaram a última década do século XX, com conseqüente enfraquecimento da defesa da própria democracia e dos direitos humanos (FIORI, 2018). Isso contextualiza um pouco a dinâmica geopolítica que temos observado no mundo e, especificamente, o que estamos acompanhando no Brasil.

Já vinha em curso a diminuição progressiva das funções sociais do Estado em diferentes países, tanto centrais quanto periféricos, intensificada após a crise de 2008. Nesse momento, uma nova estratégia foi iniciada, a austeridade fiscal, por meio da qual foi possível fortalecer ainda mais as políticas neoliberais (DARDOT; LAVAL, 2016).

As medidas de austeridade econômica passaram a ser aplicadas pelo Estado em várias nações, constituindo-se como uma tentativa de estabilização econômica do neoliberalismo (STIGLITZ, 2017).

Caracterizam-se, centralmente, pela ideia de que o déficit fiscal tem como causa principal os gastos com políticas sociais. Assim, são propostas medidas de ajustes econômicos em todas as áreas sociais, tais como previdência, saúde, educação, políticas de proteção ao emprego, entre outras (STIGLITZ, 2017).

⁵ BRASIL. Ministério da Economia. Secretaria do Trabalho. **Programa Emergencial de Manutenção do Emprego e da Renda**. Brasília: ME, 2021. Disponível em: <https://servicos.mte.gov.br/bem/>. Acesso em: 27 jul. 2021.

Temos exemplos recentes de políticas de austeridade tanto no Brasil quanto em outros países. Uma delas é a Emenda Constitucional nº 95/2016, que limita o orçamento público para setores de custo social como saúde e educação por 20 anos. Uma medida que altera a estrutura organizacional do papel do Estado no Brasil.

Os impactos das políticas de austeridade aplicadas em países onde as desigualdades econômicas e sociais são mais profundas, como o Brasil, podem se dar de maneira muito mais agressiva. Isto é, quando a população já carece de maior acesso a ensino de qualidade, saneamento básico, indicadores de saúde altos, como razão de mortalidade materna e taxa de mortalidade infantil, ao ser penalizada com mais cortes de orçamento, com mais políticas restritivas de direitos, a gravidade dos efeitos é maior (SANTOS; VIEIRA, 2018). É importante salientar que os efeitos dessas medidas são sentidos de maneira ainda mais intensa nos grupos minoritários, como a população negra, mulheres e indígenas.

Compartilhamos do entendimento de que as mudanças no mundo do trabalho, entre as quais se localiza nosso objeto de estudo, fazem parte do processo de reestruturação produtiva, apreendida aqui como as transformações ocorridas no modo de produção de riquezas. A compreensão dessa dinâmica é central para entendermos a atual configuração social e econômica do capitalismo e expressa a forma como o trabalho se organiza, tendo influência sobre o lugar que ocupa na organização social, isto é, sua importância na construção individual e coletiva, como bem analisam autores como David Harvey (2011), Dedecca (1998), Alves (1993; 2000), Antunes (2004), entre outros.

A reestruturação produtiva vem sendo marcada por mudanças tecnológicas, automação e robotização, desarticulação da proteção ao trabalho (com perversas consequências à organização dos trabalhadores) e desindustrialização de muitos países. Alguns dos efeitos dessas mudanças são desemprego explosivo, precarização estrutural do trabalho, rebaixamento salarial, perda de direitos e consolidação da financeirização como principal forma de espoliação da população por meio do que Harvey (2011, p. 174) nomeia como “escravidão creditícia”. Desse modo, o Estado Neoliberal tem um papel fundamental, dando estrutura para a exploração e viabilizando a acumulação de riquezas.

Dardot e Laval (2019) compreendem o projeto neoliberal como uma racionalidade política que, além da economia, engloba aspectos sociais e subjetivos, sendo construtor de uma racionalidade capaz de determinar a atuação do Estado e interferir na conduta e desejos individuais. Para os autores, duas expressões principais dessa nova racionalidade são a determinação da concorrência como condição normal e o modelo de empresa como modo de subjetivação (DARDOT; LAVAL, 2016).

Nesse contexto, novos modelos de contratação menos regulados são utilizados amplamente pelas empresas, e novas formas de inserção autônoma no mercado de trabalho também se expandem. É um processo no qual a estrutura de direito ao trabalho construída no período fordista é fragmentada, sendo atingidos aspectos referentes ao caráter coletivo, à estabilidade de vínculos, à uniformização dos estatutos sociais, fragilizando o caráter do Estado como Estado provedor ou de Bem-estar social.

Ressaltamos que se trata de um processo que se desenvolve de forma desigual nos diferentes países, variando de acordo com o grau de consolidação das políticas de proteção social e regulação pública, expressando-se de maneira mais acentuada e perversa em países como o Brasil, onde, historicamente, as desigualdades social e econômica são marcantes, ainda que os países centrais também sejam afetados (MARTINS; MOLINARO, 2013).

Nesse cenário, ressaltamos a análise feita por Supiot (2019) a respeito do momento atual. O autor apresenta duas premissas: a primeira está relacionada com a dimensão do impacto das inovações tecnológicas; e a segunda aponta para a crise ecológica atual.

O impacto que a revolução tecnológica de informação e comunicação tem hoje na organização e divisão do trabalho é comparável ao que a revolução industrial causou quando deu início ao Estado Social, no entanto, elas vêm acompanhadas também da reestruturação das instituições. Além disso, estamos enfrentando uma crise ecológica sem precedentes, atribuível em grande parte ao nosso modelo de desenvolvimento. Essas duas certezas nos forçam a reconsiderar nossa concepção de trabalho, tanto do ponto de vista técnico da nossa relação com as máquinas quanto do ponto de vista ecológico da sustentabilidade de nossos modos de produção. (SUPIOT, 2019, p. 1).

A crise ecológica ilustra que a forma escolhida para produção de riqueza no capitalismo atual vai contra a garantia de condições habitáveis para vida humana na terra (HARARI, 2018). Dessa maneira, esse modo de desenvolvimento precisa ser substituído por um novo desenho das forças produtivas, com fontes renováveis, que vá ao encontro da construção de um modelo de sociedade sustentável.

3 MARCO TEÓRICO

3.1 O TRABALHO EM SAÚDE

O mercado de trabalho em saúde é apontado por Dedecca e Trovão (2013) como um importante setor de geração de empregos no Brasil, além de ter uma participação expressiva na contribuição com o Produto Interno Bruto (PIB) do país.

Assinala que a expansão da cobertura de assistência à saúde no Brasil gerou uma demanda maior para ampliação da força de trabalho em saúde, a implementação do Programa Saúde da Família e posterior Estratégia Saúde da Família ampliaram, em grandes proporções, os serviços de saúde públicos.

Quando comparado a outros setores de serviços, a tendência do mercado de trabalho na saúde se comporta de maneira diferente, haja vista a centralidade do processo produtivo ser no trabalho humano, sendo ele extremamente relevante para a qualidade do serviço prestado. Assim, embora, a incorporação de tecnologias seja intensa, não há diminuição de postos de trabalho, como ocorre em outros setores, principalmente naqueles ligados à indústria (DEDECCA; TROVÃO, 2013). Assim, segue mantendo-se como uma grande área com tendência de crescimento na prestação de serviços

Essa centralidade no trabalho humano é colocada por Dedecca e Trovão (2013) como um elemento de maior responsabilização, visto que, diferentemente de outros setores, o erro incorre em consequências dificilmente reversíveis. Logo, uma especificidade dessa área é uma intensa regulação por parte de órgãos profissionais e do Ministério da Saúde, com estabelecimento de normas de exercício profissional, protocolos rigorosos que norteiam as atividades e procedimentos a serem desenvolvidas, assim como um processo de trabalho bem definido.

No entanto, os avanços na ampliação da mão de obra não foram acompanhados pela garantia de direitos trabalhistas e fortalecimento dos vínculos de trabalho. Temos uma multiplicidade de formas de inserção nas atividades, com ampla utilização de vínculos flexíveis, pouco regulados, baixa remuneração e implicações nas garantias de direitos trabalhistas (DEDECCA; TROVÃO, 2013). Isto é, percebemos na saúde as características do processo de transformações pelo qual vem passando o trabalho.

Vemos na assistência hospitalar uma organização do trabalho com características marcantes do modelo taylorista, com rígida divisão de tarefas, alta especialização de funções, controle do tempo e ritmo de trabalho rigorosos, dentre outras. No entanto, também

percebemos, em outros ambientes de cuidado ou de gestão da saúde, características do modelo flexível cada vez mais forte, como a polivalência, o trabalho por metas, a inserção da figura de gerente etc.

Ademais, a ampliação da instabilidade e os vínculos precários de trabalho são marcantes, ocorrendo no serviço público via mecanismos de terceirização, a partir da regulamentação de organizações sociais, além de outras formas utilizadas tanto no público quanto no suplementar, como contratos por tempo determinado, Recibo de Pagamento Autônomo (RPA), trabalho intermitente, contratação por pessoa jurídica – *projetização* (ANTUNES; DRUCK, 2018) – além da prestação de serviços por intermédio de aplicativos (ESPINO, 2018).

Trata-se de uma força de trabalho que padece diante dos percalços que o SUS vem enfrentando, os quais se tornaram ainda mais evidentes no contexto de pandemia de COVID-19, exacerbando sofrimento dos trabalhadores, sobrecarga de trabalho, adoecimento e crescente número de óbitos de profissionais.

É comum a precarização salarial trazer a necessidade de assumir mais de um local de trabalho, trabalhando em jornadas longas ininterruptas, sem descanso e espaço para vida pessoal, afastando-se cada vez mais das premissas estabelecidas pela Organização Internacional do Trabalho (OIT) no combate ao trabalho precário, entendido como aquele com contrato de trabalho desprotegido de amparo legal (MACHADO, 2020).

No que se refere ao trabalho médico, historicamente, a profissão tem sido exercida por meio de atividade autônoma. O início da prática ocorria com visitas domiciliares, sem mediação da relação entre as duas partes envolvidas – médico e paciente – tampouco controle de jornada ou do processo de trabalho.

A raiz da profissão traz a prática de trabalho como profissional liberal, com consultas em domicílio ou em consultórios próprios. Com o surgimento dos hospitais e clínicas e do processo de industrialização, ocorre uma mudança no modo de trabalho da medicina, que passa por maior regulação, assalariamento e controle, a partir de vínculos de trabalho efetivos na administração pública direta ou por Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), um processo conhecido como ‘proletarização’ da profissão (ALMEIDA, 2017).

Atualmente, o exercício da medicina de forma assalariada é a principal forma de trabalho na categoria médica, como aponta a 5ª edição do estudo Demografia Médica (SCHEFFER, 2020).

Do ponto de vista da cobertura do atendimento médico, a razão de médico por mil habitantes no Brasil está em torno de 2,4, maior do que a média recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (SCHEFFER, 2020).

No entanto, há que se considerar a deficiente distribuição da força de trabalho médica no Brasil, que concentra 53% desses profissionais na região Sudeste, majoritariamente nas capitais, o que explica as dificuldades enfrentadas por municípios interiorizados e outras regiões do país (SCHEFFER, 2020).

A concentração dessa força de trabalho na região Sudeste é, também, observada no trabalho por plataformas digitais, em que a maioria dos aplicativos que ofertam consultas presenciais em consultório ou domicílio está no estado de São Paulo. Todavia, é importante discutir o uso da telemedicina possibilitando a realização de consulta remotamente em regiões do país com acesso dificultado à assistência médica, o que pode significar um campo importante de expansão de mercado para essas empresas.

Na análise desse mercado de trabalho, ressaltamos que, ainda que seja uma categoria com alta remuneração, em comparação com as demais profissões da saúde, há um processo de precarização de vínculos de trabalho que vem ocorrendo nos últimos 20 anos. O crescimento expressivo do trabalho na forma de pessoas jurídicas, vinculadas como sócios minoritários em organizações, contratados por ‘quarteirização’, é parte desse processo.

A atuação no setor privado também tem tido papel importante no assalariamento da profissão, visto que, hoje, a maioria dos médicos atua no setor privado. Quando considerada a dupla prática, no que se refere ao trabalho tanto no setor público quanto no privado, são 21,5% trabalhando exclusivamente no setor público; 28,3%, no setor privado; e 50,2%, nos dois setores (SCHEFFER, 2020).

Nossa compreensão a respeito da relação entre o público e o privado no sistema de saúde do Brasil se baseia na terminologia proposta pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), pela qual o SUS se classifica como um sistema de saúde duplicado.

Um sistema duplicado ocorre sempre que serviços parecidos são ofertados tanto no público quanto no privado, por exemplo, o acompanhamento de pré-natal no Brasil pode ser feito tanto na Estratégia Saúde da Família quanto no plano de saúde da Amil, Confederação Nacional das Cooperativas Médicas (Unimed) etc.

As formas de inserção no mercado, a partir do trabalho sob demanda por meio de aplicativos de plataformas digitais, adicionam-se a esse curso de precarização observado.

Percebe-se uma ampliação dos postos de trabalho, em decorrência do aumento extraordinário da demanda, entretanto, com condições de trabalho que se afastam das definições de trabalho decente da OIT. Há aumento na jornada de trabalho, com forte presença de multiemprego, aumento do estresse, adoecimento, acidentes de trabalho, combinado a baixa remuneração salarial (MACHADO, 2020).

Em relação às condições do trabalho médico, nos últimos três anos, houve redução de salários, piora das condições de trabalho e aumento de carga horária (SCHEFFER, 2020). Observamos, ao longo desse último ano, uma sobrecarga de trabalho e alta mortalidade por COVID-19 entre profissionais de saúde, em especial, de médicos e enfermeiras.

O cenário de pandemia, com uma doença com alta letalidade e mortalidade no país, adicionada à escassez de equipamentos de proteção individual, colapso do sistema de saúde, revela uma condição de alto risco na prática profissional e evidencia a importância da proteção trabalhista, dada por direitos como a licença médica remunerada, a indenização em caso de incapacitação permanente e óbito, a Comunicação de Acidente de Trabalho – CAT, entre outros.

O exercício da medicina por meio de aplicativos móveis para atendimento domiciliar foi regulamentado por meio da Resolução nº 2.178, de 14 de dezembro de 2017 do CFM, (Anexo A), com a condição de a empresa estar inscrita no Conselho Regional de Medicina (CRM) da jurisdição e possuir um diretor técnico médico.

Nessa resolução, há critérios descritos sobre: registro dos médicos no CRM da jurisdição, assim como da especialidade, caso esteja cadastrado como especialista; existência de contrato firmado por escrito entre empresa e médico, com definição sobre remuneração; seguir a disposição das Resoluções CFM nº 1.974/2011 e nº 2.126/2015, quanto ao material propagandístico; garantir que os valores das consultas ou outras intervenções estejam dispostos apenas no perfil do(a) médico(a), e nunca em anúncios promocionais; proibir a divulgação pelos serviços de aplicativo da avaliação ou ranqueamento dos médicos prestadores de serviço; garantir que o serviço de aplicativos não seja utilizado para substituir serviços *de home care*, normatizados na Resolução CFM nº 1.668/2003.

Além disso, a resolução aponta para o médico, e não para a empresa, a responsabilidade obrigatória pelo arquivamento de registros clínicos dos atendimentos, tais como fichas clínicas, evoluções, prescrições e altas.

A regulamentação do exercício da telemedicina ocorre por meio Portaria nº 467, de 20 de março de 2020 (BRASIL, 2020d), e da Lei nº 13.989, de 15 de abril de 2020 (BRASIL, 2020a), as quais dispõem, em caráter excepcional e temporário, sobre as ações de Telemedicina no Brasil.

Em consonância, há também posicionamento do CFM do Brasil, indicando o uso da telemedicina “em caráter de excepcionalidade e enquanto durar a batalha de combate ao contágio da covid-19”, no primeiro momento, sob as seguintes condições: teleorientação: para que profissionais da medicina realizem, a distância, a orientação e o encaminhamento de pacientes em isolamento; telemonitoramento: ato realizado sob orientação e supervisão médica para monitoramento ou vigência, a distância, de parâmetros de saúde e/ou doença; teleinterconsulta: exclusivamente para troca de informações e opiniões entre médicos, para auxílio diagnóstico ou terapêutico e, mais recentemente, através da Resolução CFM nº 2.314/2022 (Anexo B).

Segue em tramitação o Projeto de Lei nº 1.998/2020, que expande e conceitua a prática da telessaúde para todo o território nacional, abrangendo todas as profissões da área da saúde regulamentadas.

3.2 REGULAÇÃO DO TRABALHO E PROTEÇÃO SOCIAL TRABALHISTA

A noção do mercado de trabalho está sustentada em uma ficção jurídica construída para validação de uma das características do capitalismo que consiste em tratar o trabalho como mercadoria (SUPIOT, 2019).

Entendendo que trabalho é algo intrínseco ao ser humano, visto que a sua existência é a própria aplicação de habilidades, inteligência e força física humanas, não é possível a separação entre pessoa e trabalho. Assim, Karl Polanyi identifica a construção da ficção em torno do trabalho, criando o conceito de trabalho como “mercadoria fictícia”. Dessa forma, ressaltamos a disposição presente na Declaração de Filadélfia (1944) para dar ênfase ao trecho que destaca que trabalho não é mercadoria.

De fato, nem sempre o conceito de trabalho esteve relacionado com um valor mercantil. Antes do século XX, apenas o trabalho braçal era passível de precificação. O trabalho intelectual era entendido como obra, equiparados aos artistas e artesãos (SUPIOT, 2019). Entretanto, para sustentar o paradigma de trabalho-mercadoria, cria-se, por intermédio do direito, um conjunto normatizador que vai regulamentar as relações estabelecidas entre o trabalhador e patrão.

Nosso entendimento de Direito está baseado na definição feita por Boaventura de Sousa Santos (2000, p. 269):

Direito é um corpo de procedimentos regularizados e de padrões normativos, considerados justiciáveis num dado grupo social, que contribui para criação e prevenção de litígios, e para a sua resolução através do discurso argumentativo, articulado a ameaça da força. Dizem-se justiciáveis os procedimentos e os padrões normativos com base nos quais se fundamentam pretensões contraditórias e se geram litígios de serem resolvidos por terceiras partes não diretamente envolvidas neles (juizes, árbitros, mediadores, negociadores, facilitadores, etc).

Compreendemos que, na dinâmica das relações laborais, aquilo que vai estar estabelecido normativamente, por meio do direito, é resultado da correlação de forças sociais; sendo a legislação trabalhista, ao mesmo tempo, consequência de processos sociais correntes e determinante da dinâmica subsequente das ações dos atores sociais envolvidos, expressando o modelo sociopolítico dominante (SANTOS, 2000).

Assim, importa saber que as mudanças naquilo que está regulamentado legalmente, tal como as atuais reformas implementadas no Brasil e em outros países, decorrentes da austeridade, refletem um processo de disputa, que ora pode terminar em avanços, ora em retrocessos, segundo princípios de emancipação/regulação do trabalho (FERREIRA, 2005).

Com a generalização do paradigma de trabalho-mercadoria para empresas e nações, ocorre a redução daquilo que se entende como justiça social para os limites da relação de troca de tempo subordinado de trabalho por garantias de condições econômicas e segurança física, dado que não é mais prioridade dos estados-nações o alcance de justiça social, mas sim enriquecimento do PIB e diminuição de impostos, favorecendo o mercado, conseguindo-o, inclusive, mediante diminuição de benefícios sociais (SUPIOT, 2019).

Nesse contexto, esvazia-se o sentido e o conteúdo do trabalho em si, visto que o trabalhador não possui direito algum sobre o produto do seu trabalho, servindo somente para obtenção do salário como garantia de sua subsistência (SUPIOT, 2019).

Em meio a esse processo de esvaziamento, Supiot (2019) menciona que existem regulações que permitem manter a vinculação do trabalho com o seu sentido e conteúdo. São os estatutos de profissões, especialmente as liberais, que regulam o exercício laboral vinculando aos fins estratégicos daquilo que integra a natureza do trabalho desenvolvido, isto é, evitando a exploração desse trabalho segundo a livre regulação do mercado; ainda que essa não seja a realidade da maioria das profissões.

Esse esvaziamento de conteúdo é o que leva à desmotivação laboral e vem prejudicando a produtividade, conseqüentemente, sendo fonte de preocupação de empresas e organizações. Dessa forma, a perspectiva da construção de um ideal que dê sentido ao trabalho tem sido trazida para o âmbito empresarial, buscando aumentar o engajamento dos trabalhadores com os objetivos estratégicos da empresa. No entanto, no capitalismo, a existência de um ideal voltado

para o bem social sem vinculação à obtenção de lucro é uma associação que não existe (SUPIOT, 2019).

Em tempos atuais, observamos o aprofundamento do trabalho como mercadoria e novos desafios para o direito com o surgimento de modelos de relações laborais no contexto de inovações de TIC.

Ursula Huws (2020) alerta para a mercantilização do tempo de trabalho reprodutivo, a partir do uso das TIC, com a oferta de serviços por trabalhadores para outras classes sociais e, também, para a própria classe.

Na pesquisa realizada pela autora, na Inglaterra, ela identifica que a maior parte do trabalho realizado por meio das plataformas se dá em serviços contratados para domicílio, como alimentação, limpeza, babás. A explicação imediata que se daria para isso, há cerca de 10 anos, seria pela divisão de classes sociais, em que a população mais pobre deixa suas casas para trabalhar nas classes sociais de maior renda.

Entretanto, a pesquisa também observou que cerca de 90% das pessoas que prestam serviços também utilizam plataformas para contratar para suas casas. Esse fenômeno novo encontra explicação no seguinte fator: a falta de tempo.

Nesse momento, a autora lembra que já foi algo vivido pela sociedade no início do século XIX, quando, na primeira onda da urbanização sucedida pela revolução industrial, era comum os trabalhadores com longas jornadas de trabalho, com domicílios longe do trabalho, não terem tempo para o trabalho reprodutivo. Esses trabalhadores mudaram-se do campo para as cidades, vivendo em aglomerados; e sem terras para plantação ou criação de animais para subsídio próprio, necessitavam do consumo em mercados, para o qual era necessário renda.

O que se deu nesse momento foi que parte da força de trabalho, em especial, mulheres casadas e com filhos, não se mantinha por muitos anos trabalhando nas fábricas, saía para prestar serviço informal em domicílios para outros trabalhadores, tais como lavar roupas, fazer comida etc.

Dessa maneira, ela explica que, embora esse fenômeno se assemelhe com o anterior, há uma diferença: a relação que antes se estabelecia de maneira informal, principalmente, entre mulheres donas de casa, hoje se dá no âmbito de plataformas globais, que ficam com parte importante do lucro sobre o trabalho desenvolvido.

Assim, Huws (2020) explica que estamos diante de uma nova onda de mercantilização, na qual o capitalismo encontra novo nicho no espaço de reprodução do trabalho. Dessa forma, o capitalismo consegue extração de lucro do trabalhador no desenvolvimento de atividades produtivas. Além disso, ao estabelecer as taxas percentuais da plataforma sobre os serviços

contratados por meio dela, o capitalismo agora também obtém lucro das atividades reprodutivas, realizadas por um trabalhador para outro que não tem tempo para realizar suas atividades em domicílio, por motivos de exaustão após longas jornadas de trabalho ou por, simplesmente, estar trabalhando.

Em consonância, nas relações de trabalho presentes nas plataformas digitais, está cada vez mais camuflada a relação de subordinação no trabalho, pelos mecanismos refinados de controle sobre o processo laboral a partir do uso das TIC, com a vigilância constante e o uso de algoritmos elaborados.

A esse respeito, é pertinente mencionar que a generalização da aplicação da lógica algorítmica funda a governança pelos números e traz a binariedade da matemática para quase todas as relações humanas. Abandona-se um elemento fundamental do direito que é a existência de um terceiro imparcial, prevalecendo o uso do direito na lógica binária, como forma de servir ao utilitarismo do liberalismo clássico (SUPIOT, 2019).

Analisar esses novos formatos de inserção da mão de obra no mercado de trabalho requer um certo entendimento do que vai caracterizar uma relação de emprego.

A relação de emprego, segundo definições do Direito, é regida pelos elementos fático-jurídicos: onerosidade, não eventualidade, pessoalidade e subordinação jurídica, os quais vão mediar a relação contratual.

Nessa relação, o objeto lícito do contrato estabelecido relaciona-se com “a liberdade, a vontade hígida, a capacidade, a licitude do objeto e a forma prescrita ou não defesa em lei” (LIMA, 2017, p. 227). Esses são os instrumentos que vão permitir a caracterização do que vem a ser uma relação empregatícia, de acordo com os preceitos jurídicos.

Em linhas gerais, a não eventualidade relaciona-se com a frequência na prestação de serviços; a onerosidade, com a remuneração; a pessoalidade com a obrigação do trabalho precisa ser feita pela pessoa contratada; e a subordinação jurídica vincula-se com o poder de controle sobre o modo de operar o trabalho, ou seja, de regras e normas para a execução das tarefas, o qual, tradicionalmente, deu-se por heterodireção, porém, mais recentemente, vem mudando para um sentido de subordinação estrutural, em que o trabalhador, ainda que não receba ordens diretas do empregador, insere-se e adota a dinâmica do tomador de seus serviços.

Subordinados a essa relação contratual, estarão apenas os aspectos objetivos do trabalho – a força de trabalho intelectual e manual – que o trabalhador consentir em dispor, isto é, o empregador não pode deter a posse sobre o trabalho do homem, visto que este é intrínseco a ele, tal como um órgão é ao ser humano, e como tal, não pode ser tido como mercadoria.

Assim, aquilo que pode ser controlado por parte de quem contrata o trabalhador diz respeito à *forma*, ou seja, ao modo como a tarefa será realizada, independentemente do local. Logo, o que vai diferenciar um contrato de emprego de outros contratos de trabalho vai ser o modo como esse trabalho será desenvolvido.

O debate acerca da natureza da relação trabalhista de empresas plataformas digitais são pautas judiciais controversas.

Um julgamento de grande relevância a respeito dos direitos trabalhistas na Uber foi o caso de Uber BV *versus* Aslam, no qual dois motoristas que prestavam serviços à Uber, Yaseen Aslam e James Farrar, reclamaram seus direitos trabalhistas, com base nas legislações nacionais vigentes no Reino Unido.

O caso foi a julgamento, e a decisão foi pelo entendimento que trabalhadores vinculados à Uber estão empregados e, como tais, têm direito a férias remuneradas, licença médica e demais direitos trabalhistas. A discussão feita por McGaughey (2019) aponta para responsabilidade colocada às empresas de não deturpação do status de emprego dos trabalhadores locais, isto é, deve adequar-se ao que está estabelecido na legislação trabalhista vigente no país onde desenvolve as suas atividades (MCGAUGHEY, 2019).

No Brasil, no Tribunal Regional do Trabalho de Belo Horizonte, em Minas Gerais, ocorreu julgamento semelhante: existe relação laboral nas empresas de compartilhamento de serviços? O entendimento do juiz Filipe de Souza Sickert, da 37ª Vara do Trabalho de Belo Horizonte, foi de que não se pode considerar como uma relação trabalhista, e negou o pedido de despesas trabalhistas ao motorista que questionou seus direitos. No entanto, o julgamento feito por outro juiz em caso similar, no mesmo tribunal, concluiu o oposto.

Não só reconheceu vínculo empregatício entre um motorista e a mesma Uber como também obrigou a companhia a pagar todos os direitos trabalhistas. Em sua sentença, ele julgou que, após o fordismo e o toyotismo, estamos entrando na 'era do uberismo' — quando seria fácil para as organizações contratar mão de obra por meio de aplicativos para se livrar das obrigações trabalhistas (AMORIM, 2017).

Com esses exemplos, ilustramos como a assimetria na relação entre capital e trabalho pode ser mediada pelo direito trabalhista e como o arcabouço jurídico pode funcionar de maneira protetiva ao trabalhador (CARELLI; OLIVEIRA, 2021).

Em outras palavras, o conjunto de regras para regulação de relações contratuais de mão de obra serve tanto ao controle da produção quanto pode atuar como força protetiva ao trabalhador, diminuindo a relação de poder assimétrica (BURAWOY, 1990).

Em verdade, a intervenção do Estado ocorre como mediação no sentido de impedir a superexploração do trabalhador e, ao mesmo tempo, regular o processo de produção, ou seja, favorecendo a manutenção das forças produtivas em pleno funcionamento e evitando que seja comprometido o modo de trabalho assalariado.

Assim, o estado consolida juridicamente, no século XX, regras que vão estabelecer a proteção social, garantida pela interferência do Estado no conteúdo dos contratos. À guisa de exemplos, podemos citar o salário-mínimo, o descanso semanal e anual, as normas de saúde do trabalhador, os custos e riscos do negócio pelo empregador (CARELLI; OLIVEIRA, 2021).

A proteção social vai ter variações entre os países, de acordo com as forças políticas existentes em cada período, que vão determinar o estabelecido na legislação e arcabouço jurídico.

No Brasil, o acesso ao conjunto de direitos que conformam a proteção social do trabalhador vem associado à qualificação da relação de trabalho como relação de emprego, com a comprovação da chamada subordinação jurídica (CARELLI; OLIVEIRA, 2021).

O início da construção da base previdenciária, de proteção social e trabalhista no Brasil ocorreu nas décadas de 1930 e 1940, conformando uma estrutura que, apesar de apresentar inúmeras contradições, foi a primeira que, de fato, consistiu em uma tentativa de diminuição dos abismos sociais e econômicos existentes historicamente no país.

O sistema previdenciário organizou-se por meio dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP), os quais eram construídos por categoria profissional, como ferroviários, bancários, comerciários etc.

O sistema trabalhista se estruturou com quatro eixos principais de regulação: uma legislação trabalhista protetiva, a criação da Justiça do Trabalho como órgão responsável pela solução de conflitos, um sistema sindical e o Ministério do Trabalho.

Contudo, ainda assim, manteve uma alta exclusão social, deixando à margem do sistema a população rural e empregadas domésticas, os quais representavam mais da metade da população brasileira no início da industrialização no país. Foi apenas em 1960 que os trabalhadores rurais foram incluídos no sistema, a partir da edição do Estatuto do Trabalhador Rural – Lei nº 4.214, de 2 de março de 1963 (DELGADO; DELGAGO, 2017).

Nesses anos, também foram unificados os IAP em um único Instituto, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), centralizando a previdência social pública.

No entanto, esse processo de formalização dos sistemas trabalhista e previdenciários foi interrompido pela vigência do regime ditatorial no país, entre os anos de 1964 e 1985. Nesse momento, a desigualdade socioeconômica se expandiu, e as questões de direitos sociais, entre

eles, os trabalhistas, foram alijadas. Assim, embora formalizados, não houve implementação e generalização real da previdência e trabalhista no país, ao menos até o fim da ditadura militar.

Após a redemocratização da República, o processo de construção da Constituição Federal de 1988, iniciou um processo de mudanças reais nessas dimensões da sociedade brasileira, fortalecendo estruturas jurídicas e conferindo maior status e poder a instituições do direito do trabalho, como a Justiça do Trabalho e o Ministério Público do Trabalho.

No entanto, o período subsequente de crescimento do Estado Neoliberal no mundo também se expandiu no Brasil, fazendo com que se estabelecessem medidas que burlavam ou retrocediam a regulamentação de proteção previdenciária e trabalhista construída até então.

Já o século XXI, entre os anos 2003 e 2013, foi o período em que mais se expandiu a inclusão de empregos nos sistemas previdenciário e trabalhista. Foram criados por volta de vinte milhões de novos empregos (MALDONADO; CRUZ, 2021), aliados a políticas de distribuição de renda e democratização de poder na sociedade civil (DELGADO, 2019).

A partir de 2014, a crise econômica que vem impactando diversos outros países começou a ficar mais evidente no Brasil, trazendo mudança nesse cenário que vinha favorável à regulação do trabalho. Há crescimento do desemprego e uma diminuição na arrecadação de todas as receitas federativas, significando cortes em diversas áreas sociais, aumento de gastos tributários etc.

Santos e Vieira (2018) apontam redução ou congelamento de valores empenhados entre 2014 e 2016 em praticamente todas as áreas, com exceção da defesa nacional, energia e direitos da cidadania.

Notamos que as mudanças ocorridas expõem uma mudança no modelo de Estado, novamente aproximando-se com maior intensidade do estado neoliberal, com avanço da flexibilização das relações e legislação trabalhista e redução de direitos.

Exemplos das últimas medidas que vêm atingindo setores fundamentais como a saúde, a educação, assim como o conjunto da classe trabalhadora, são as alterações nas leis trabalhistas aprovadas pela Lei nº 13.467/2017 (BRASIL, 2017), que muda pontos importantes da CLT, como parcelamento de férias, flexibilização da jornada de trabalho, prevalência do acordado sobre o legislado, entre outros pontos; a aprovação da Lei das terceirizações; a Reforma da Previdência; bem como mudanças orçamentárias como a Emenda Constitucional nº 95, que fixa por 20 anos as despesas primárias do setor público com base na inflação passada, reduzindo progressivamente os recursos; e ainda um conjunto de propostas, algumas já aprovadas, outras em andamento (Pacto federativo, PEC emergencial, PEC dos Fundos Públicos), as quais modificam substancialmente o caráter do Estado no Brasil.

No cenário atual, vem sendo necessária a formulação de estratégias de proteção trabalhista que se adequem ao contexto de uma nova configuração do trabalho em meio às TIC. Nesse sentido, destacamos o estudo realizado pela OIT, em 2020, sobre trabalho em domicílio, seja no trabalho remoto para empresas ou no trabalho em plataformas digitais, entendido em todas as suas possibilidades de atuação. Esse relatório faz recomendações quanto ao atendimento das empresas às condições do que a OIT classifica como trabalho decente.

Entre os critérios, a OIT inclui o direito à desconexão, a necessidade de criar condições menos prejudiciais à saúde mental no trabalho de moderação de conteúdo, a introdução de medidas que mitiguem os riscos derivados do isolamento social e a adoção de uma política nacional do trabalho em domicílio, incluindo enquadramentos legais para a igualdade de gênero (OIT, 2021).

No mesmo percurso, destacamos uma iniciativa chamada *Fairwork*, liderada pela Universidade de Oxford, em parceria com a OIT e outras universidades, atualmente, presente em 10 países, incluindo o Brasil; cuja finalidade é pautar a proteção social dos trabalhadores de plataformas, discutindo parâmetros mínimos de trabalho decente com as empresas de *Gig economy* (GROHMANN; GRAHAM, 2021).

Esse projeto dispõe cinco princípios de trabalho decente em plataformas, incluindo pessoas que trabalham nas ruas ou em domicílio. Tais princípios envolvem aspectos da remuneração, condições de trabalho, contratos, gestão e representação. À medida em que esses aspectos vão sendo avaliados, é feito um ranqueamento das empresas nos diferentes países. Na África do Sul, houve retorno positivo da metodologia, tais como o pagamento de salário-mínimo pela empresa *NoSweat* e *GetTOD*, e a criação de protocolos de segurança e saúde no trabalho (GROHMANN; GRAHAM, 2021).

Trata-se de iniciativas com grande relevância para formulação de estratégias que diminuam a vulnerabilidade do trabalhador diante das novas relações laborais.

3.3 PRECARIIDADE E PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO

Para discutirmos o que é precarização e como ela vem se apresentando no trabalho contemporaneamente, partimos da compreensão de precariedade como “constitutiva da condição da força de trabalho como mercadoria” (ALVES, 2007, p. 126).

Se apresenta desde os primórdios do capitalismo, na sociedade pré-industrial quando as manufaturas absorvem um contingente de artesãos e deixam uma outra parcela fora, que não encontram espaço nessa nova organização social, nos espaços produtivos.

Na etapa industrial esse processo de aprofunda e a partir das manifestações de organizadas de trabalhadores em sindicatos, associações, surgem reivindicações de direitos trabalhistas que vão integrar aquilo que vem a ser chamado de estado de bem-estar social, possível de ser ofertado aqueles afiliados a postos de trabalho específicos (ALVES, 2007).

Ainda que não contemple toda a classe trabalhadora, este tipo de condição laboral passa a ser um ideal trabalhista. Todavia, a crise estrutural do sistema neoliberal expõe a condição de precariedade ontológica à força de trabalho, mostrando que o vínculo trabalhista com garantia de direitos se trata de um espaço restrito a cada vez menos trabalhadores (ALVES, 2007).

Dessa forma, a classe trabalhadora vivencia um conjunto de diferentes formas de precarização do trabalho, desde a perda de direitos trabalhistas e sobrecarga de trabalho, até o crescente número de desempregados colocados à margem do sistema de produção capitalista (ALVES, 2007).

Esse contingente de trabalhadores excluídos dos espaços do mercado de trabalho, ainda que não importem para a produção no sistema, são importantíssimos para a construção do imaginário do “sócio metabolismo da barbárie” (ALVES, 2007, p. 127). Em outras palavras, é essencial para a produção do medo da perda de estabilidade que o trabalhador atribui ao vínculo de trabalho. Isso é o que vai contribuir para os consentimentos necessários no processo de precarização e a captura da subjetividade pelo capital nos locais de trabalho.

Por meio das diversas formas de precarização do trabalho é que a precariedade de classe do proletariado se torna cada vez mais nítida (ALVES, 2007).

Dessa forma, temos um cenário no qual a vulnerabilidade da proteção trabalhista se aprofunda. Uma situação de trabalho frágil, em que se vê uma rede de novas relações laborais que têm em comum a precarização do trabalho (DRUCK; FRANCO; SELIGMANN-SILVA, 2010).

Entre os exemplos, podemos citar os contratos de curta duração (profissionais de saúde contratados em momentos de emergência, por exemplo), os contratos intermitentes (CZH no National Health System – NHS), o trabalho autônomo e a prestação de serviços como pessoa jurídica.

Nessa dinâmica, a reconfiguração das relações laborais se amplia, surgindo uma nova morfologia da classe trabalhadora, caracterizada pelo aprofundamento da precarização das relações de trabalho, uma vez que o trabalhador é impulsionado para relações inseguras, ficando à mercê da pura dinâmica do mercado. A Uberização é a forma mais recente e emblemática desse processo (ANTUNES, 2018; FONTES, 2017; CARELLI, 2017).

O elemento central que une essas formas de trabalho é a redução ou a total ausência de direitos trabalhistas. Dessa maneira, como dito por Marques (2013), vê-se que a forma de vínculo empregatício é determinante na definição do que se entende por trabalho precarizado.

Graça Druck (2016), para fins analíticos, discrimina cinco dimensões da precarização do trabalho. Interessa-nos trazer essas definições de modo a perceber a amplitude desse fenômeno e as diferentes formas como podem se expressar no cotidiano do trabalho.

A primeira dimensão se refere à fragmentação e ao enfraquecimento das relações de contrato de trabalho e tipos de vínculos. Dá-se com a perda de direitos trabalhistas, tais como direito à remuneração para férias, recebimento por hora extra, direitos à licença-maternidade, Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS), entre outros. Outrossim, a perda de benefícios diretos e indiretos, compreendendo os primeiros como aqueles relacionados com a garantia da manutenção da mão de obra (auxílio alimentação, transporte); e os segundos, como o salário direto, em geral, comprometidos pelo seguimento aos acordos coletivos.

Esse processo leva a uma quebra da proteção social do trabalho e dificulta a percepção de um referencial de proteção que se mostre possível e factível aos olhos do trabalhador que se vê na condição de venda de sua força de trabalho, levando a um comportamento motivado pela insegurança e pelo medo. A incerteza vai se expressar, entre outras formas, pela competição e pela aceitação de condições de trabalho bem mais frágeis e pouco reguladas, fazendo um nivelamento “por baixo” do mercado de trabalho (DRUCK, 2016).

A segunda dimensão está relacionada com as condições e a organização de trabalho. Elas vêm sendo modificadas para modelos nos quais o processo laboral se faz muito mais intenso, com estabelecimento de metas de difícil alcance, exigindo aceleração do ritmo de trabalho, intensificação do envolvimento com a instituição, prolongamento da carga horária dedicada às tarefas estabelecidas, combinados a um controle mais forte facilitado pelo incremento das tecnologias de comunicação.

Alguns sintomas desse processo podem ser vistos na sociabilidade, na condição física e mental do trabalhador que vive sob pressão intensa e em ambiente marcado pela competitividade e insegurança. Essas e outras características da organização do trabalho potencializam a multiexposição aos agentes físicos, biológicos, químicos, ergonômicos e organizacionais, favorecendo sofrimento e processos de adoecimento. Alguns desses sintomas são hiperatividade, autoaceleração, compulsividade, entre outras complexidades que têm sido estudadas sob várias perspectivas (MARZANO, 2004; DEJOURS, 1993; DEJOURS; DESSOUR; DESRIAUX, 1993).

Nessa sequência, a terceira dimensão está ligada à saúde do trabalhador. Trata-se da fragilização – orgânica, existencial e identitária. Dimensão na qual, para além das questões referentes à fragilização do corpo do trabalhador – como acidentes laborais, desenvolvimento de Lesões por Esforços Repetitivos (LER) e os Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT), bem como as síndromes de Burnout, transtornos mentais, transtornos do ciclo de vigília-sono –, Franco, Druck, Seligman (2010) situam, também, o problema de enfraquecimento dos espaços de vigilância e fornecimento de cuidado ao trabalhador, como os Serviços de Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT).

A quarta dimensão está relacionada com a construção de identidade a partir do trabalho. Parte da compreensão que o trabalho ocupa um espaço central na vida social e entende que aspectos importantes da construção do caráter, da identificação com o ofício, da ética e dignidade humana, e da construção de trajetórias de forma coletiva estão sendo muito afetadas.

Nesse âmbito, a contribuição de Richard Sennett (2008) é muito relevante, quando aponta a corrosão do caráter, na medida em que o sujeito se envolve nas novas formas de estar e pertencer ao mercado de trabalho. Ressalta que a rotatividade – entre diversas empresas, entre diferentes locais de trabalho – transtornou projetos de desenvolvimento profissional e pessoal de trabalhadores, especialmente dos mais jovens. Além disso, características do mercado são absorvidas pelo trabalhador modificando sua subjetividade.

Já a quinta dimensão diz respeito à representação e à organização coletiva. Um processo que ocorre pela fragmentação de categorias profissionais com a existência de múltiplos vínculos, com enfraquecimento de sindicatos, fortalecimento do individualismo, da penalização de ações coletivas, tais como greves e manifestações (DRUCK, 2016).

Há ainda, uma sexta dimensão, que nos é central neste estudo, relacionada com o campo do direito do trabalho. Druck (2016) pontua que é um campo que vem sendo duramente afetado e desconstruído diante do processo de precarização das relações trabalhistas.

Vale lembrar que a precarização política, em outra perspectiva, é exposta por Castel (2009) ao analisar a fragilização da cidadania no processo de desmonte de estruturas governamentais e legislações que, até os anos 1970, garantiam direitos sociais e políticas de proteção social.

Essa precarização concorre para a desproteção que pode tornar-se desamparo, vivenciado na intermitência entre trabalho desregulamentado e desemprego, pelos mais pobres e desprovidos de capital social, especialmente em países nos quais essa falta corresponde, em grande parte, a carências de ordem educacional.

Assim, em um esforço de síntese, achamos pertinente apresentar o que escreve Marques (2013) a respeito das mudanças no mercado de trabalho, apontando quatro processos de mudanças de simbologia do mercado de trabalho:

1) adoção, em simultâneo, de uma “cultura de risco” e de “incerteza”, com exigências de compromisso, fidelidade e confianças exigidas aos atores sociais; 2) lógicas de intensificação e racionalização sutis dos modelos de organização do trabalho patentes nas estratégias de “mercantilização” das relações de trabalho; 3) transformação da ideia e prática de “carreira” profissional que deixa de se fazer exclusivamente numa lógica de mobilidade intraempresa, para incluir percursos e trajetórias de vida baseados numa crescente mobilidade transversal às empresas em contexto nacional e internacional; 4) recolocação da perspectiva individualista e tendencialmente “desinstitucionalizada” em relação aos sistemas educativo e emprego face às exigências de uma empregabilidade permanente dos trabalhadores (MARQUES, 2013, p. 1553).

Em suma, trata-se de um processo de precariedade generalizada, visto que os mesmos receios que atingem o trabalhador desempregado implicam o conjunto de trabalhadores, mesmo aquele com vínculo de trabalho ativo, diante do constante medo da demissão e da necessidade de venda da sua força de trabalho como única forma de garantia de subsistência (BOURDIEU, 1998).

3.4 O TRABALHO POR PLATAFORMAS DIGITAIS

No contexto das mudanças substanciais que vêm ocorrendo na economia e implicando a organização do trabalho, chamam atenção novas formas de geração de lucro por meio do avanço da tecnologia das informações, combinada ao acelerado crescimento da robótica.

As mudanças no âmbito do trabalho que esse processo vem desencadeando são marcadas pelo surgimento de formas individualizadas no mercado, isto é, sem vínculo trabalhista, em que a relação entre quem oferta o serviço ou produto e quem compra é mediada, apenas por uma plataforma digital, sem legislação específica que determine quaisquer responsabilidades trabalhistas por parte da empresa que gerencia a plataforma com a qual o trabalhador está relacionado.

Esse modo de relação laboral vem sendo analisada, principalmente, no campo da Sociologia e do Direito por autores como Tom Slee (2017), Virgínia Fontes (2017), Ricardo Antunes (2018), Leonardo Lima (2017), Ludmilla Abílio (2019), Rodrigo Carelli (2017), entre outros. Trata-se da aplicação do modo de funcionamento utilizado pela empresa Uber em outras áreas – como saúde, direito, educação.

A característica central desse modelo é o uso de uma plataforma em nuvem que permite a conexão das partes interessadas no serviço sem qualquer relação declarada, do ponto de vista trabalhista, entre trabalhadores e empresa (CARELLI; OLIVEIRA, 2021).

Ludmilla Abílio (2019) compreende como um processo amplo da informalização do trabalho, com fortes impactos nas relações de trabalho, fazendo uma conexão com o processo de flexibilização trabalhista em curso nas últimas décadas.

Outro elemento importante nessa definição é o potencial monopólio de atividades econômicas, a partir da capacidade de controle internacional de empresas sobre milhões de trabalhadores, análise que vem sendo feita por Slee (2017).

Jeremy Rifkin (2015), economista e cientista social americano, trabalha com o conceito de economia de compartilhamento analisando, de certo modo ufanista, analisa essa dinâmica em curso na sociedade e argumenta estarmos diante de mudanças disruptivas. Afirma que a busca pelo custo marginal zero avançou a um patamar no qual as inovações tecnológicas que reduzem o custo marginal afetam estruturalmente o trabalho, levando-o a afirmar que se trata do primeiro novo sistema econômico desde o advento do capitalismo e do socialismo antagônico no século XIX.

Sua análise está assentada na centralidade que tem a relação de produção e consumo no capitalismo. Com o avanço tecnocientífico e das tecnologias informacionais, é possível, hoje, um aumento do consumo e, portanto, do lucro, com custos quase zero de infraestrutura, distribuição e material.

No entanto, é pertinente salientar que o termo “economia de compartilhamento” passou por um processo de apropriação pelo mercado. Valendo-se do ideal de solidariedade que a expressão infere, as empresas estabelecem relações comerciais, altamente lucrativas, sem fazer o real compartilhamento dos ganhos financeiros entre todos os “colaboradores”.

A Uber – empresa prestadora de serviços de transporte – e o Airbnb – plataforma de hospedagem e atualmente de contratação de experiências para viajantes – são exemplos paradigmáticos desses formatos. A partir delas, o mesmo formato foi estendido a diversos outros setores (SLEE, 2017).

É um processo que se desenvolve com o estímulo disseminado na sociedade ao empreendedorismo. A criatividade, a vontade de gerar novas fontes de renda ou de construir alternativas ao mercado tradicional são estimuladas e facilitadas pelo avanço da tecnologia.

Em um contexto em que a internet foi largamente difundida, torna-se viável e menos oneroso economicamente efetivar experiências de relações comerciais entre consumidor e

fornecedor do serviço ou produto em questão, mediadas por uma plataforma digital que permitirá maior alcance na publicidade daquilo que está sendo comercializado.

Essa suposta facilidade, à primeira vista, pode ser entendida como algo positivo, tanto pelo empresário, pelo consumidor quanto pela pessoa que se cadastra no aplicativo para prestação de serviços, com base, por exemplo, na flexibilidade de horários (PEREIRA, 2019).

Assim, surgem *startups*⁶, como incubadoras de experiências, muitas das vezes, sem fins econômicos, criando alternativas antimerchantis. Aquelas que avançam e se mostram com capacidade de reprodução em grande escala são absorvidas por grandes empresas, em um processo de expropriação de ideias (FONTES, 2017). A absorção se dá por intermédio de financiamento, em geral, feito por grandes bancos, capital financeiro ou grandes empresas.

Ao falar sobre a Uberização, Tom Slee (2017) cita um pouco do discurso apresentado na defesa de criação de empresas nesses moldes.

Parte dos argumentos são cunhados na perspectiva da sustentabilidade, de mudança da perspectiva sobre a *posse*, de relação mais prudente com o consumo, da preservação do ambiente, do estímulo à solidariedade, de coletividade e confiança no outro.

São, de fato, argumentos que, bem colocados, mobilizam sentimentos de contra-hegemonia; mas, o que, de fato, vem sendo feito a partir dessas experiências? Como elas vêm se desenvolvendo? E a quem estão servindo?

Alguns dados nos chamam a atenção, tais como: o crescimento econômico, em gigantescas proporções, de empresas como a Uber; a oferta de significativa parcela de hospedagens no Airbnb pertencentes a proprietários com mais de um empreendimento e até por grandes redes de hotéis; o enriquecimento de pequenos grupos donos de empresas como essas; a valorização de engenheiros de programação e marqueteiros, sobrepostos à remoção de direitos trabalhistas, diminuição da proteção social e precarização de trabalho entre os trabalhadores que usam a plataforma para oferecer seus serviços.

Dentro desse processo, é importante frisar que, para cada *startup* que consegue se estabelecer e crescer significativamente, existem inúmeras outras que não conseguem, no entanto, agregam quantidades expressivas de pessoas trabalhando em rotina intensa, sem direitos trabalhistas e em condições de extrema instabilidade. São pessoas que trabalham sem

⁶ Diferentes definições são postas sobre *startup*, as quais podem compreender como qualquer empresa de pequeno porte, recém-criada; ou uma empresa que não requeira muito capital para manutenção, mas que, a despeito disso, consegue um crescimento acelerado, gerando lucros altos; ou ainda, pode ser compreendida como a tentativa coletiva de um grupo de pessoas à procura de um modelo de negócios repetível e escalável, trabalhando em condições de extrema incerteza. Definição de Yuri Gitahy, publicada em revista brasileira destinada a público empresarial (Revista Exame, 03/02/2016). Disponível em: <https://exame.com/empreenda/o-que-e-uma-startup/>.

vínculo empregatício, prestando atividades por um rendimento baixíssimo para grandes empresas (FONTES, 2017).

São relações de trabalho e relações comerciais que se dão com a quebra de legislações e do escopo de proteção mínima que resguardava o trabalhador e o cidadão comum (SLEE, 2017).

Neste momento atual, o que de fato se vê nestas relações é a transferência dos riscos e custos – aqueles que são zero para as empresas, como aponta Rifkin (2015) – para os trabalhadores vinculados ao aplicativo (RODRIGUES, 2018).

Empresas como a Docway, Doctoralia, Dr. Consulta, entre outras, têm aumentado significativamente, ganhando popularidade na mídia e mais adesão de médicos e clientes. Nelas, a prestação de serviços se dá tal como ocorre na Uber, que faz a intermediação entre a parte que precisa do serviço – no caso da Uber, o passageiro – e a parte que presta o serviço, o motorista. Entretanto, no caso dos aplicativos de saúde, a relação é entre o profissional de saúde e paciente, intermediada pelo aplicativo (LIMA, 2017).

Espino (2018), em estudo realizado no âmbito da economia, analisa as empresas de agendamento de consultas médicas e lista 12 plataformas: Dr Já, Dokter, Consulta do Bem, Saúde Já, Beep Saúde, Docway, Boa Consulta, Naora, All Doctors, UpMed, Doctoralia e LifeDoc, 6 dos quais também foram analisados em outro estudo, realizado pelo Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC) (2018), que discute o processo a partir do ponto de vista do consumidor.

Os idealizadores dos aplicativos esclarecem que, entre as motivações para criação, está a intenção de diminuir a sobrecarga de atendimentos ao SUS, com vistas a absorver parte da demanda por casos simples, diminuindo as filas e esperas por atendimento na rede pública. Enfatizam, também, abrir uma nova possibilidade de remuneração aos médicos que, em muitos locais de trabalho, mantêm-se em condições não muito valorizadas, com salários equiparados, não considerando aqueles com melhor formação e reputação profissional. Resgatam, ainda, o retorno ao modo de exercer o trabalho médico, dos primórdios da medicina, com as visitas domiciliares.

A profissão médica, historicamente, é exercida por meio de atividade autônoma. O início da prática se deu mediante visitas domiciliares a seus pacientes, sem mediação nenhuma da relação entre as duas partes envolvidas – médico e paciente –, tampouco controle de jornada ou do processo de trabalho do médico por outrem.

Com o surgimento dos hospitais e clínicas, e do processo de industrialização, ocorre uma mudança no modo de trabalho da medicina, que passa por uma regulação maior, com

assalariamento, controle de ponto e, mais adiante, pelo surgimento de outras formas jurídicas de exercício profissional, como o próprio médico como pessoa jurídica, cooperado ou como agora na forma *uberizada* de relação trabalhista (LIMA, 2017).

Nesse contexto de relações laborais não muito claras, em que as responsabilidades se encontram difusas, o crescente número de empresas-aplicativos nos coloca questionamentos a respeito das responsabilidades sobre o serviço e sobre as obrigações de cada parte envolvida na relação (AMORIM, 2017). Ou seja, sobre quem está a responsabilidade de um ato imprudente médico? Se um profissional se acidentar a caminho de um atendimento, quem deve arcar com os custos de sua assistência?

No contexto internacional, esse processo também vem ocorrendo. Para tanto, citamos o caso do Reino Unido, onde a dinâmica de expansão desses formatos trabalhistas tem sido intensa (GRAHAM; HJORTH; LEHDONVIRTA, 2019).

Nesses países, tem sido utilizado um tipo de contrato intermitente, o contrato zero-hora (CZH), no qual o trabalhador recebe apenas pelo número de horas trabalhadas, não havendo uma jornada mínima de trabalho, previamente estabelecida. Esse modelo serviu de base para a proposta de trabalho intermitente da Reforma Trabalhista no Brasil (Lei nº 13.467/2017), como aponta Maeda (2019). Além desse modelo, vem sendo utilizada pelo Sistema Nacional de Saúde do Reino Unido, o NHS, a contratação de empresas de *Gig economy* que oferecem diferentes serviços, tais como plataformas *on-line* que permitem a localização de casas de cuidado privadas que disponibilizem camas para desospitalização de pacientes eleitos para alta, mas que necessitam de cuidados intermediários, em especial, os pós-cirúrgicos. Uma espécie de *Airbnb Healthcare* (KOBIE, 2017; NAGHIEH, 2020).

Esses app também permitem a busca por profissionais, como enfermeiras, médicos, farmacêuticos que possam prestar cuidados de saúde (KOBIE, 2017; NAGHIEH, 2020).

A HomeTouchlets Patients, por exemplo, busca cuidadores com disponibilidade para 24-48 horas de trabalho, a partir da seleção de perfis do LinkedIn; a BedFinder funciona como uma espécie de *booking.com* para encontrar camas em casas de cuidado de saúde; e a Maruthappu's Cera trabalha com o NHS *Trust* para encontrar cuidadores em tempo integral ou para serviço domiciliar, inclusive integrando a plataforma Uber para o transporte.

Essas empresas são utilizadas com a finalidade de reduzir o *bed blocking* do NHS por pacientes em fase de recuperação (KOBIE, 2017; NAGHIEH, 2020).

Dentro do contexto, o empreendedorismo assume, na atualidade, usos diversos que tentam falsear o processo que vem ocorrendo no mundo do trabalho global e nacional.

Trata-se de um embaralhamento entre a figura do trabalhador e a do empresário. Essa indistinção opera de forma poderosa, por exemplo, no discurso da empresa Uber, que convoca o motorista a ser “seu próprio chefe”. Isso mascara a informalização do trabalho, o autogerenciamento de si, a vigilância generalizada e a notável transferência dos riscos para o trabalhador.

A propagação da ideia do sujeito empreendedor ocorreu em paralelo às transformações vividas a partir da crise econômica da década de 1970, com profundas mudanças na forma de produzir, economia e na organização do Estado. O advento das tecnologias de comunicação, transporte, permitiu novas formas de organização produtivas, que aparentemente fossem mais flexíveis e menos hierárquicas, mas que apresentam novas formas de controle do trabalho. Muitas cadeias produtivas migraram para países com menor proteção ao trabalho, vantagens fiscais e salários menores; muitas mudanças legais sobre legislação trabalhistas e papel do Estado na oferta de serviço público também foram feitas pelos governos neoliberais.

Essas mudanças, com o passar do tempo, acirraram a competição entre as empresas, fragilizaram os vínculos de trabalho, enfraqueceram os sindicatos, promoveram a individualização dos desempenhos nas empresas e suprimiram a divisão entre vida privada e vida profissional (SENNETT, 2008).

A fragilização progressiva dos direitos do trabalho, aumento do desemprego, novas formas de contratação precárias, diminuição do poder de compra pelo salário e facilidades na demissão elevam o sentimento de insegurança dos trabalhadores e aumentam, consideravelmente, o grau de dependência dos trabalhadores com relação aos empregadores.

O empreendedorismo tem um papel importante na compreensão das análises das transformações contemporâneas do trabalho. Ao mesmo tempo que busca um engajamento de um trabalhador desprotegido, empregado ou não, transfere questões sociais como o desemprego e a baixa renda para responsabilidade dos indivíduos, que são os únicos responsáveis, segundo o discurso hegemônico, para garantir sua ocupação e renda. Além disso, o emprego perde centralidade em momento de substituição do “contrato salarial por uma relação contratual entre ‘empresas de si mesmo’ [...]” (LAVAL; DARDOT, 2016, p. 335-336).

Para Dardot e Laval (2016), isso relaciona-se às perspectivas sobre a formação de um sujeito neoliberal que se engaja e se administra como um empresário de si em um mundo atravessado pelas lógicas da concorrência em diversas esferas da vida.

Dessa forma, o empreendedorismo incorpora-se em políticas públicas, na gestão pública e privada, embasa a produção discursiva de empresas e até decisões judiciais.

Para os autores, o empreendedorismo de si são novos modos de subjetivação fabricados por uma racionalidade neoliberal que culmina na formação do que os autores denominam “sujeito empresarial”, “sujeito neoliberal” ou, simplesmente, “neossujeito” (DARDOT; LAVAL, 2016, p. 327).

Trata-se de novas formas de conduta, nas quais o sujeito se conduz “realmente como uma entidade em competição e que, por isso, deve maximizar seus resultados, expondo-se a riscos e assumindo inteira responsabilidade por eventuais fracassos” (DARDOT; LAVAL, 2016, p. 328).

Richard Senett (2008) faz uma excelente reflexão sobre os efeitos das mudanças do capitalismo na vida do trabalhador, e defende a tese de que o capitalismo flexível corrói o caráter e cria incertezas e angústias.

Nas palavras do autor, caráter é:

[...] o valor ético que atribuímos aos nossos próprios desejos e às nossas relações com os outros, ou se preferirmos ... são os traços pessoais a que damos valor em nós mesmos, e pelos quais buscamos que os outros nos valorizem. (SENNETT, 2008, p. 10).

Ademais, como o trabalho ocupa um espaço central na vida social, entende que aspectos importantes da construção do caráter, da identificação com o ofício, da ética e dignidade humana, da lealdade, da reciprocidade e da construção de trajetórias de forma coletiva estão sendo muito afetados com as transformações que o capitalismo vem sofrendo.

Sennett (2008) aponta a corrosão do caráter, na medida em que o sujeito se envolve nas novas formas de estar e pertencer ao mercado de trabalho. Ressalta que a rotatividade – entre diversas empresas, entre diferentes locais de trabalho – transtornou projetos de desenvolvimento profissional e pessoal de trabalhadores, especialmente dos mais jovens.

Além disso, características do mercado são absorvidas pelo trabalhador alterando aspectos da sua subjetividade. O novo capitalismo, em sua análise, não oferece a possibilidade de uma construção de uma narrativa linear de vida, sustentada na experiência, nenhum senso de carreira, tampouco direitos e garantias pelas empresas e pelo Estado.

Dessa maneira, pode se dizer que há uma ruptura em relação às gerações anteriores (centralmente na Europa e EUA) em que trabalhadores se sentiam pertencentes a uma categoria e conseguiam fazer planos no longo prazo e construir laços mais profundos pelo vínculo duradouro de trabalho. A reflexão do autor é refletir sobre a construção desse novo ser humano cujo valor é medido por meio da capacidade de se ajustar a novas situações, em uma sociedade em que tudo é flexível.

Como já abordamos, Dardot e Laval, em *A nova razão do mundo* (2016), defendem que o neoliberalismo ultrapassa os aspectos econômicos e políticos e se apresenta como uma nova racionalidade, como uma nova razão competitiva e empresarial que institui os sujeitos e engloba diferentes dimensões do ser humano.

O momento neoliberal caracteriza-se por uma homogeneização do discurso do homem em torno da figura da empresa. As diversas técnicas contribuem para a fabricação desse novo sujeito unitário, o “sujeito empresarial”, cuja subjetividade deve estar inteiramente envolvida na atividade que se exige que ele cumpra. Um sujeito ativo que deve participar inteiramente, engajar-se plenamente, entregar-se por completo à sua atividade profissional.

O efeito procurado pelas novas práticas de fabricação e gestão do novo sujeito é fazer com que o indivíduo trabalhe para a empresa como se trabalhasse para si mesmo e, assim, eliminar qualquer sentimento de alienação e até mesmo qualquer distância entre o indivíduo e a empresa que o emprega. Ele deve trabalhar para sua própria eficácia, para a intensificação de seu esforço, como se essa conduta viesse dele próprio, como se esta lhe fosse comandada de dentro por uma ordem imperiosa de seu próprio desejo, à qual ele não pode resistir. (DARDOT; LAVAL, 2016, p. 330).

A consolidação de um mundo com direitos fragilizados, marcados por formas precárias de contratação tendo a insegurança como marca, o aumento do desemprego e o empobrecimento de significativa parcela da classe trabalhadora auxiliaram no aumento do grau de dependência dos trabalhadores em relação a seus empregadores. Assim, segundo os autores, “a “naturalização” do risco no discurso neoliberal e a exposição cada vez mais direta dos assalariados às flutuações do mercado, pela diminuição das proteções e das solidariedades coletivas, são apenas duas faces de uma mesma moeda. Transferindo os riscos para os assalariados, produzindo o aumento da sensação de risco, as empresas puderam exigir deles disponibilidade e comprometimento maiores

Tudo isso permite a formação de novos sujeitos que passam a ter que suportar as condições impostas e uma reação em cadeia na produção de sujeitos empreendedores, que estabelecem uma relação de competição, adaptando-se subjetivamente a duras condições produzidas por eles próprios (DARDOT; LAVAL, 2016). A nova subjetividade desses sujeitos deve estar inteiramente envolvida em sua atividade profissional. Esses novos paradigmas englobam não só o mercado de trabalho como também o processo formativo educacional, a partir da eterna busca pela empregabilidade e de a formação ser um processo constante do aperfeiçoamento necessário.

Para os trabalhadores, esse processo trouxe relações de rivalidade, de precariedade, de incerteza, de empobrecimento.

Assume formas que vão se pautar no estímulo ao empreendedorismo, na responsabilização individual – ou seja, a ideia de que *há lugar para todos no mercado, só depende do esforço de cada um* –, na competitividade, na polivalência, entre outras características. São formas difundidas de modo sutil, porém, eficaz, gerando fetiches e ilusões quanto à liberdade e maior controle do próprio tempo e do próprio processo de trabalho, deixando imprecisa a relação de trabalho e assalariamento (ANTUNES, 2019).

4 MATERIAIS E MÉTODO

Nosso esforço de compreender o problema de pesquisa nos impele a buscar um conjunto de conceitos e teorias que nos auxiliem a perceber os significados próprios do processo analisado. Em nosso estudo, investigamos um processo específico de relação de trabalho no qual se estabelecem novas formas de prestação de serviços na saúde: por meio de plataformas digitais. Nesse tipo de relação, um conjunto de significados é mobilizado. (MINAYO, 2007).

Por conseguinte, tanto a forma como as relações são estabelecidas quanto suas repercussões estão implicadas por fatores socioeconômicos, políticos, culturais, entre outros. Tais implicações formam um universo que pode ser mais bem investigado por meio da abordagem qualitativa

Delinear este estudo, em que o contexto tem relevância fundamental no objeto, e este objeto possui expressões múltiplas e diversas em suas repercussões, demanda-nos buscar um desenho metodológico adequado ao intuito de analisar fenômenos que não possuam limites, claramente perceptíveis, dentro de seu contexto. A utilização de estudo de caso, conforme Gil (2002), é reconhecidamente apropriado a esse fim.

Um intuito importante da realização de um estudo de caso corrobora nossa intenção de desenvolvimento de pesquisa: “o de proporcionar uma visão global do problema ou de identificar possíveis fatores que o influenciam ou são por ele influenciados” (GIL, 2002, p. 55).

Além disso, há outra peculiaridade desta pesquisa ao qual o estudo de caso convém, a característica de ser um formato novo de relação laboral na saúde, ainda pouco apreendido, embora consideremos como parte de um fenômeno maior muito bem analisado por muitos autores, nos quais pretendemos nos apoiar em nossas interpretações.

A empresa Uber, precursora nesse modo de relação laboral, começou a operar em 2009, nos EUA, desde então, muitos estudos têm se aprofundado nas diversas implicações desse processo e no fenômeno maior do qual ele faz parte. No entanto, a expansão desse formato de vínculo entre empresas e prestadores de serviço para a saúde tem bem menos tempo no Brasil e, talvez por isso, ainda carece de análises mais aprofundadas do fenômeno. O desenvolvimento nesse setor possui peculiaridades diferentes de outros, com características que necessitam ser analisadas.

Tomando Gil (2002) como referência, apontamos como unidade-caso para o estudo do processo social de fragilização das relações laborais o trabalho médico desenvolvido nas empresas de plataforma digital, com oferta de serviço no Brasil.

Atendendo ao disposto acima, buscamos compreender o processo de fragilização das relações laborais no trabalho de plataforma por meio de fontes secundárias e primárias, lançando mão dos instrumentos: levantamento documental e método de amostragem não probabilística *Snowball Sampling*.

Para a pesquisa documental, foram utilizados os Termos de Uso dos aplicativos (contratos), disponíveis para acesso público e *download* nas plataformas, bem como resoluções, portarias e leis pertinentes.

A técnica de *Snowball Sampling* foi adotada como forma de mapear os aplicativos de consultas médicas disponíveis no Brasil. Esse exercício possibilitou a identificação da amplitude de oferta de consultas médicas por empresas-aplicativos e analisar o crescimento desse mercado.

A amostragem não probabilística trata-se de um exercício que faz uso de amostras que podem ser escolhidas de maneira intencional, por conveniência ou cotas. Um processo que não tem como característica a igual probabilidade de seleção para amostra, ou seja, nem todos, entre o universo total que está sendo analisado, terão a mesma chance de serem incluídos na amostra que será utilizada para o estudo. Essa é uma das diferenças essenciais entre um método probabilístico e um não probabilístico.

O uso da amostragem não probabilística é o mais comum a ser utilizado nas pesquisas qualitativas, conforme expõe Naderifar *et al.* (2017). Entre as formas de desenvolvê-lo, optamos pela técnica *Snowball Sampling*, que tem sido explorada em estudos cujo objeto está relacionado com redes sociais virtuais, em virtude da dificuldade de aplicação de métodos tradicionais às peculiaridades do ambiente virtual (COSTA, 2018).

Por ser este estudo feito com aplicativos, não é de conhecimento público o número total que conforma o universo a ser estudado; e, considerando o fato de não existir, até o momento, uma fonte oficial que catalogue essas empresas, encontramos nessa técnica uma forma operacional para viabilizar a identificação das empresas-aplicativos de consultas médicas.

A partir da especificação das características necessárias para compor a amostra, trabalhamos com a indicação sucessiva feita por cada aplicativo, permitindo a identificação de uma cadeia.

Nossa busca foi feita na loja virtual de aplicativos da Apple – Apple Store – em função da existência de um algoritmo com maior acurácia no processo de busca e de verificação prévia. Isto é, ao buscar por um aplicativo, o algoritmo identifica outros semelhantes, com maior precisão que os demais sistemas operacionais, além de possuir uma política de verificação e

aprovação de aplicativos antes de torná-los públicos aos usuários. Incluímos, também, as empresas identificadas a partir da mídia e revisão bibliográfica.

Fizemos a escolha do primeiro aplicativo, tendo como base os textos acadêmicos encontrados e os materiais divulgados pela imprensa. Optamos por iniciar nossa busca com a empresa Docway.

No sistema de busca da Apple Store, a palavra ‘Docway’ foi inserida, localizando o aplicativo, dando início à cadeia, a partir da sugestão de outros apps semelhantes. Cada aplicativo sugerido foi analisado a partir de critérios adotados e, quando incluídos, foram inseridos na cadeia, repetindo-se a busca até o alcance da saturação de sugestões, isto é, quando a repetição se tornou mais evidente.

Foram realizadas três buscas. A primeira foi feita no mês de abril de 2020, a segunda, em julho de 2021, e a terceira, finalizada em março de 2022. A estrutura de operacionalização do método de amostragem não probabilística pode ser vista na figura 1.

Os critérios de inclusão adotados consistiram: na oferta de consulta com profissional médico; na possibilidade de agendamento pelo usuário, viabilizado pela plataforma; possuir mais de 500 *downloads* do aplicativo realizados e oferta de serviços no Brasil.

Inicialmente, foi pensado em incluir como critério a oferta de serviços na cidade de São Paulo, entretanto, com a ampliação da telemedicina no Brasil, após a publicação da Portaria nº 467, de 20 de março de 2020 (BRASIL, 2020d), e da Lei nº 13.989 (BRASIL, 2020a), de 15 de abril de 2020, a identificação da delimitação de cobertura foi dificultada, visto que muitas empresas passaram a ofertar consultas em âmbito nacional e até internacional, tornando a restrição à cidade de São Paulo menos relevante e nos impelindo a ampliar a busca para todo o país.

Entre os critérios de exclusão, não são considerados aqueles aplicativos desenvolvidos por grandes seguradoras de saúde, por se configurarem como uma ferramenta da instituição, não sendo o aplicativo a própria empresa. Também foram desconsiderados os aplicativos utilizados somente para viabilizar uma consulta de telemedicina, sem permitir o agendamento.

Salientamos que, ao se tratar de um método não probabilístico, a *Snowball Sampling* não é utilizada para pesquisas que busquem fazer conclusões generalistas (DEWES, 2013). Temos ciência de que possíveis vieses podem ocorrer na construção da rede, pois fatores como a popularidade, a quantidade de *downloads* por médicos ou usuários e a própria descrição do aplicativo podem interferir no processo de busca feito pelo algoritmo.

A construção da cadeia de aplicativos foi realizada no *software* Simple Mind, sendo identificados com cores e símbolos para facilitar a visualização e inseridas observações para complementar a etapa de análise das empresas selecionadas.

A partir de cada aplicativo, foram incluídos na cadeia todos os outros sugeridos pelo algoritmo, em seguida, analisada a descrição do funcionamento, da finalidade do app e outras informações básicas na loja de apps. A partir dessa primeira análise, quando possível identificar as características relevantes para a seleção, o aplicativo era marcado com símbolo de inclusão ou exclusão. Caso contrário, era identificado para referir necessidade de busca na *web* para colher mais informações.

Aplicativos já sugeridos a partir de outros também foram identificados, a fim de permitir a percepção da saturação de sugestões. Além disso, avaliamos pertinente a identificação de aplicativos encontrados em buscas anteriores, mas que não foram localizados na terceira busca, ainda que estivesse sendo utilizada a mesma chave de busca.

No processo de pesquisa, algumas empresas chamaram atenção pelo número de *downloads* ou pela inovação de atividades desenvolvidas, também sendo destacadas com símbolo específico.

A partir da análise do nome e descrição dos aplicativos sugeridos pelo algoritmo, foram selecionados 103 aplicativos.

Na figura 1, à direita, pode-se visualizar a legenda com todos os símbolos utilizados durante o processo de busca; e à esquerda, é possível visualizar parte da cadeia montada para a análise dos aplicativos. A cadeia não está apresentada de maneira completa, devido ao tamanho da imagem não ser viável para apresentação neste formato de arquivo; a partir de cada caixinha, sai uma nova cadeia. Entretanto, na figura 4, apresentada na seção de resultados, é possível ver todos os aplicativos selecionados.

Optamos pela apresentação de todas as *healthtechs* na figura 1 e no gráfico 1, tendo como intuito apresentar que se trata de um mercado em grande expansão, mundialmente, e que vem, notavelmente, crescendo também no Brasil, com oferta de um rol de serviços no âmbito da saúde, desde a oferta de consultas, *softwares* para gestão até inteligência artificial para diagnóstico e outros fins.

Após essa etapa, foram descartados 49 aplicativos, restando 54 para análise e discussão de resultados.

A etapa seguinte consistiu no acesso e *download*, quando possível, dos Termos de Uso de cada empresa, tanto de usuários em geral quanto aqueles respectivos para profissionais de saúde cadastrados. Esses documentos serviram de base para a análise documental, juntamente com outros documentos relativos à legislação trabalhista e de regulação de exercício profissional da medicina no Brasil.

A **pesquisa documental**, muito próxima da bibliográfica, tem como característica principal o uso de materiais que ainda não receberam tratamento analítico, ou seja, documentos que foram publicados, mas não analisados por meio de critérios científicos rigorosos como os documentos que constam em bases de dados científicas (SÁ-SILVA; ALMEIDA; GUINDANI, 2009).

Os documentos analisados foram os contratos de trabalho (Termos de Uso) dos aplicativos de consultas médicas. Tais documentos encontram-se públicos nas plataformas digitais e foram acessados para *download* e análise.

Foi possível o *download* de 58 Termos de Uso, incluindo 9 termos para profissional de saúde e 49 para usuários. Algumas das plataformas (6) não disponibilizam o termo para *download*. No caso da não possibilidade de *download*, foi realizada cópia do texto apresentado no aplicativo ou *site* e transposta para o processador de texto Microsoft Word® para posterior análise. Ressalta-se que a cópia do texto é bloqueada em 5 empresas.

A análise foi realizada na perspectiva de identificação de características relativas ao tipo de relação estabelecida, tipo e funcionamento do serviço, direitos e deveres dos trabalhadores que ofertam serviço por meio da plataforma, responsabilidades da empresa, regras de cancelamento e desligamento.

Essa etapa da pesquisa é a que vai conferir expressão ao material reunido, segundo o olhar singular e contextualizado do pesquisador. Nesse momento, um conjunto de procedimentos, articulados com o referencial teórico trazidos no projeto ou acionados durante o trabalho de campo, precisa ser definido e executado para valorizar, compreender, interpretar os dados (MINAYO, 2007).

Em nossa pesquisa, optamos por realizar a análise de conteúdo, seguindo os procedimentos metodológicos de categorização, inferência, descrição e interpretação. Inicialmente, realizamos a identificação das unidades de registro e unidades de contexto, em seguida, decompondo o material de acordo com essas unidades para depois fazer a categorização, descrevendo o resultado da categorização. Posteriormente à exposição dos achados encontrados na análise na etapa de categorização, foram feitas as inferências dos resultados e a interpretação destes, com base na fundamentação teórica (MINAYO, 2007).

Como ferramenta de apoio na análise dos documentos, foi utilizado o *software* Atlas.ti versão 22 para Windows®.

O Atlas.ti é um *software* para análise de dados qualitativos que funciona com uma ferramenta que auxilia o pesquisador no processo de organização da análise dos dados. Todas as inferências e categorizações devem ser feitas pelo pesquisador, suportado pela sua base teórica.

Inicialmente, foi feita leitura superficial dos termos nos quais se identificaram alguns eixos iniciais presentes na maioria dos termos. A partir dessas primeiras impressões, uma segunda leitura minuciosa permitiu a referência, processo descrito na análise de conteúdo, proposta por Bardin, como a elaboração de índices e indicadores. Os índices são termos, palavras, expressões que se destacam na leitura, enquanto a sua frequência se chama indicador.

Dentro do Atlas.ti, no decorrer do texto, é possível criar *codes* (códigos), que são termos destacados e marcados no ponto original do arquivo. Com a repetição dos códigos, o *software* levanta sua frequência de aparição ao longo do texto. Dessa forma, os códigos no *software* representam os índices da Análise de Conteúdo, ao passo que o próprio *software* calcula o indicador para cada índice.

Foram criados dois projetos, um para os Termos de Uso de profissionais de saúde e clínicas (A) e outro para Termos de Uso gerais e para usuários (B).

A partir da seleção dos documentos, foi utilizada a função “lista de palavras” para identificar a frequência das palavras em todos os documentos a fim de perceber termos relevantes para serem definidos como códigos a serem buscados nos textos para análise e construção das redes explicativas e construção das categorias de análise.

Nessa etapa, com uso do *software*, foram excluídas palavras com apenas 1 caractere e números, sendo identificadas 3.771 palavras diferentes presentes nos documentos e exportadas como planilha do Microsoft Excel®.

Nele, foram excluídas as palavras com menos de 9 frequências, inferindo que não estavam presentes em todos os 9 documentos, sendo, então, excluídas 3.272 palavras. No

conjunto de palavras restantes, foi feita certificação da presença da mesma palavra em todos os documentos, filtrando na coluna de frequência de cada termo somente as palavras que apareceram ao menos uma vez no texto.

A lista resultante foi então analisada para identificação das palavras relevantes, de acordo com o nosso foco de análise. Assim, foram selecionados 18 termos: serviços; dados; profissionais; informações; uso; acesso; terceiros; direitos; responsabilidade; tratamento; condições; relação; conteúdo; exclusiva; manter; momento; fins; obrigação; medidas e fim.

A partir da análise da lista de palavras, leitura prévia dos Termos de Uso e referencial teórico, foram criados códigos para codificação dos documentos e posterior categorização.

No processo de referenciação, por meio do Atlas.ti, foram destacados alguns trechos que traziam informações relevantes para a análise. Em cada trecho, foram aplicados os códigos e identificados para que pudessem ser resgatados posteriormente.

Os Termos de Uso, analisados segundo o método proposto por Laurence Bardin de análise de conteúdo, deram origem a 44 grupos, compostos por 172 unidades de registros.

Esses códigos, os índices, foram agrupados em pré-categorias, as quais, posteriormente, compuseram as categorias finais. No quadro 1, podem ser observados os códigos gerados, bem como, o seu significado e, ainda, as categorias finais respectivas.

Quadro 1 – Codificação dos Termos de Uso analisados

CAT	Nº	CÓDIGOS	SIGNIFICADO
ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO TRABALHO	1.	FINS: responsabilidade de meio e não fim	A plataforma é apenas meio de viabilizar a consulta, não se responsabiliza por quaisquer serviços médicos e/ou similares prestados
	2.	RESP: plataforma – funcionamento app	Responsabilidade pelo bom funcionamento do app – plataforma
	3.	RESP: plataforma – não garante ausência de falhas	Plataforma não dá garantia de que o app será sempre seguro e sem falhas.
	4.	RESP: trabalhador – recursos	Responsabilidades quanto aos recursos materiais e tecnológicos – trabalhador
	5.	RESP: trabalhador – veracidade/legalidade	Responsabilidade quanto à veracidade e legalidade dos dados cadastrados pelo profissional é de sua exclusividade
	6.	RESP: trabalhador – danos	Responsabilidades em casos de danos causados ou sofridos pelo profissional de saúde – trabalhador
	7.	RESP: trabalhador – custas	Responsabilidade por custas processuais
	8.	RESP: trabalhador – atualização do app	O trabalhador se responsabiliza pela atualização sempre que houver nova versão, do contrário, possível mal funcionamento do app será de sua responsabilidade

	9.	RESP: trabalhador – marcos legais da profissão	O trabalhador deve zelar pelo atendimento aos marcos legais da profissão quanto à publicidade, necessidade de comprovação de títulos/certificados, prescrições, avaliações, entre outros
	10.	RESP: trabalhador – consultas desmarcadas	A plataforma isenta-se da responsabilidade por consultas desmarcadas pelo médico ou pelo paciente, e ainda sendo indenizada caso o médico deixe de realizar a consulta e o valor necessite ser estornado ao paciente
	11.	RESP: trabalhador – reembolso à plataforma	A plataforma exige reembolso de 15% caso o médico deixe de realizar a consulta e o valor necessite ser estornado ao paciente
	12.	SERV: plataforma oferta	Plataforma delimita a oferta de funcionalidades diversas relativas à tecnologia e gerenciamento de agenda
	13.	SERV: trabalhador oferta	Atividades ofertadas pelo profissional de saúde
AUTONOMIA	14.	AVAL: profissional deve declarar concordância em ser avaliado	Profissional concorda em ser avaliado e em avaliar usuário após a consulta
	15.	CONT: benefícios por avaliação positivas	Acesso a benefícios de acordo com avaliações de usuários
	16.	CONT: penalidade por mal avaliação	Cancelamento/suspensão em caso de recebimento de avaliações negativas
	17.	CONT: financeiro – meios e forma	A plataforma detém o controle total dos meios de pagamentos e tem o poder de definir parcelamento, descontos e afins, sem anuência do profissional de saúde
	18.	CONT: financeiro – cobrança diferenciada conforme plano do usuário	A plataforma determina que devem ser cobrados valores mais altos de usuários que não possuem assinatura
	19.	CONT: financeiro – taxas	Taxas cobradas do trabalhador pelo uso da plataforma
	20.	CONT: financeiro – reajuste sem comunicação prévia	Reajuste anual, segundo IGPM, sem necessidade de comunicação prévia
	21.	CONT: financeiro – prazo repasse	Estabelecido no termo de uso o prazo máximo para repasse do valor pago pela consulta ao trabalhador
	22.	CONT: regras operacionalização	A plataforma determina ações que devem ser cumpridas pelo profissional, bem como forma de operar dentro da plataforma
	23.	CONT: algoritmo de agendamento	A plataforma controla integralmente o agendamento
	24.	CONT: penalidade por recusas e desmarcações	A plataforma pode impor penalidades, tais como, suspensão temporária em caso de recusa ou desmarcações frequentes de consultas
AUT ONO	25.	CONT: receber pagamento externo ao app	A plataforma pode aplicar suspensão, cancelamento e exigir ressarcimento em caso de pagamento externo ao app

	26.	CONT: suspensão/cancelamento sem regras e prazos claros	A plataforma controla as regras de suspensão de conta, sem determinação de tempo e algumas vezes sem deixar claro as causas que levam à suspensão e ainda sem notificação
	27.	CONT: suspensão/cancelamento sem aviso prévio	A plataforma estabelece suspensão/cancelamento de conta, sem aviso prévio em caso do não cumprimento do disposto no termo de uso
	28.	CONT: mudanças contratuais sem comunicação	A plataforma pode realizar alterações no termo de uso sem necessidade de comunicação ao profissional, devendo este verificar rotineiramente o termo para ver se houve modificações. A continuidade do uso subentende concordância
	29.	CONT: mudanças contratuais com notificação	A plataforma notifica o trabalhador ao realizar alterações no termo de uso, feitas a qualquer momento. A continuidade do uso subentende concordância
	30.	CONT: facilidades agendamento segundo plano contratado	Facilidades no agendamento de acordo com plano de assinatura contratado
	31.	CONT: tempo – pontuação tempo de espera	Quanto menor o intervalo de tempo entre o agendamento e a efetivação da consulta, maior a pontuação recebida
	32.	CONT: tempo – online (livre escolha)	O trabalhador é livre para determinar o tempo que permanecerá online na plataforma
	33.	CONT: adição de serviços com comunicação em caso de valor adicional	A plataforma pode adicionar serviços ou produtos novos a qualquer momento, devendo comunicar previamente o profissional de saúde somente nos casos em que acarretar custo adicional
	34.	CONT: suspensão/cancelamento na tentativa de reproduzir sistema	Penalidade ao identificar tentativa de reproduzir o calendário de consultas, interferir no algoritmo ou coisas afins
RELAÇÃO DE TRABALHO	35.	CONT: modificar/descontinuar serviços sem notificação prévia	A plataforma se reserva o direito de modificar serviços ou descontinuar a oferta sem a obrigação de notificar previamente o profissional
	36.	RESC: sem ônus 30 dias antes	O profissional pode rescindir o contrato comunicando com 30 dias de antecedência
RELAÇÃO DE TRABALHO	37.	RESC: justa causa em casos específicos	Rescisão por justa causa por ambas as partes em caso de mal funcionamento constante do app, falência, comum acordo ou descumprimento de cláusulas contratuais
	38.	RESC: cessar uso a qualquer momento	Trabalhador pode encerrar contrato quando quiser, caso passe a discordar dos termos
	39.	REL: ausência de relação	Trecho demarca a inexistência de relação de trabalho, vínculo empregatício ou relações semelhantes

	40.	REL: definição – comercial	Trecho demarca o tipo de relação estabelecida
	41.	REL: ausência de desigualdade de poder na relação	Trecho estabelece que não há traço de negociação de poder desigual entre as partes
	42.	REL: clínicas e profissionais	Trechos que afirmam a isenção de responsabilidade da plataforma nas relações entre clínicas contratantes e profissionais de saúde
MONOPÓLIO DA INFORMAÇÃO	43.	DADOS: verificação – plataforma	A plataforma faz verificação de dados cadastrados pelo profissional
	44.	SIST: tentativas de cópia/interferência	Proibição de quaisquer tentativas de burlar o sistema, seja mudando a engenharia do algoritmo ou tentando copiar códigos e afins

Fonte: elaboração própria.

No que se refere às considerações éticas, esta pesquisa foi desenvolvida respeitando os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução nº 466, de 2012, e pela Resolução nº 510, de 2016.

Embora os dados utilizados na pesquisa sejam de domínio público, em virtude de se tratar de uma pesquisa vinculada à Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa dessa instituição, recebendo carta de dispensa de parecer, disponível entre os anexos.

5 O TRABALHO MÉDICO NAS PLATAFORMAS DIGITAIS DE SAÚDE

5.1 PLATAFORMAS VIRTUAIS DE SAÚDE: SERVIÇOS E FUNCIONALIDADES

O campo da saúde tem se mostrado atrativo para o mercado, em especial, as atividades que podem ser mediadas e facilitadas por meio das TIC. O crescimento das empresas analisadas nesta pesquisa expressa esse processo.

Nos últimos quatro anos, as chamadas *healthtechs* (*startups* de saúde cuja base está na inovação tecnológica) chamam a atenção de investidores e analistas do mercado. No ano de início da pandemia de COVID-19, houve um aumento de 118% em relação a 2018, conforme aponta o relatório do Distrito Healthtech Report 2020 (DISTRITO, 2020). Em 2018, havia 248 empresas com esse perfil, e em 2020, esse número subiu para 542. Em 2021, apontava-se para 747 empresas.

As atividades desenvolvidas variam: *marketplace*, *e-commerce*, gestão de consultórios e clínicas, prontuários eletrônicos, uso de inteligência artificial, informação em saúde, entre outras. Entre as tecnologias utilizadas, estão a inteligência artificial, a computação na nuvem, a análise de dados e as soluções mobile.

Em nossa busca, voltada para as empresas que ofertam consultas médicas, identificamos a primeira plataforma virtual fundada em 2015.

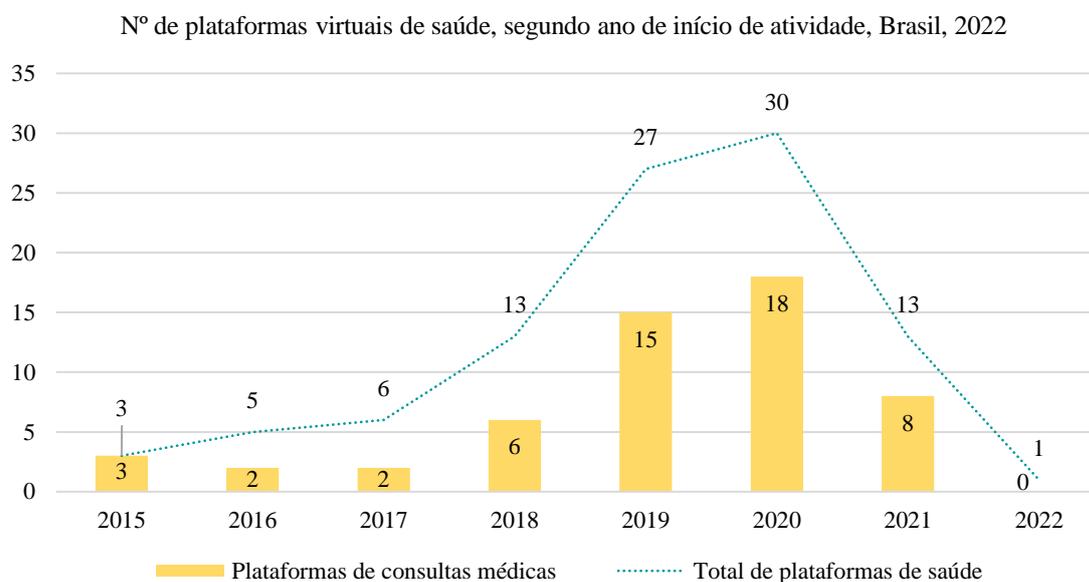
Em 2018, o estudo realizado por Espino (2018, 2019), a partir de uma perspectiva econômica, lista 12 plataformas, 6 das quais também foram analisadas em outro estudo, realizado pelo IDEC (2019), que discute esse mesmo processo, a partir do ponto de vista do consumidor.

O método de busca realizado nesta pesquisa, semelhante ao desenvolvido no estudo de Espino (2018), chegou a um total de 54 plataformas virtuais de consulta médica.

A figura 2 abaixo nos mostra a nuvem de palavras composta por todos os aplicativos de saúde levantados ao longo da busca, incluindo aqueles que foram descartados após análise de critérios estabelecidos. As palavras com maior tamanho expressam maior frequência entre as sugestões feitas pelo algoritmo da Apple.

A frequência de sugestões feitas pelo algoritmo pode ser influenciada por fatores como número de vezes que a plataforma é pesquisada por usuários, quantidade de *downloads* do aplicativo, engajamento de usuários por meio de comentários, popularidade da plataforma na mídia, ente outros fatores. No entanto, não é possível saber com precisão quais são os

Gráfico 1 – Plataformas virtuais de saúde, segundo ano de fundação, Brasil, 2022



Fonte: elaboração própria, a partir de busca realizada na Apple Store, até março de 2022.

Entre os serviços ofertados, além da consulta médica, destacam-se: serviços de enfermagem; fisioterapia; fonoaudiologia; nutricionista; psicologia; dentista; terapia ocupacional; vacinação; RPG; exames de imagem; exames laboratoriais; *check-up* geral; orientação *on-line*; e compra de medicamento.

Damos ênfase, ainda, à oferta pela empresa OlaMed, de um totem para exames com capacidade de realização de mais de 20 exames e parâmetros biomédicos, que são enviados em tempo real para avaliação médica, além de uma clínica digital (móvel) possível de ser colocada em espaços públicos, como praças, *hall* de prédios, para realização dos exames e teleconsultas. Esses serviços foram realizados em parceria com a Prefeitura Municipal de Gramado para uso durante a pandemia, no ano de 2021⁷.

Também são ofertados benefícios por meio de convênios e parcerias realizadas com outras empresas e instituições. Entre os benefícios identificados, destacamos: descontos em lojas de artigos diversos, em farmácias, internações, clínicas de imagem, laboratórios, assessoria contábil, curso de inglês; programa de pontos; e *cashback*.

As consultas são realizadas principalmente por videochamadas (78% das empresas), via plataforma ou WhatsApp, mas também podem ocorrer de forma presencial no consultório médico (61% das empresas) ou por visita domiciliar (19% das empresas). É possível, ainda, o

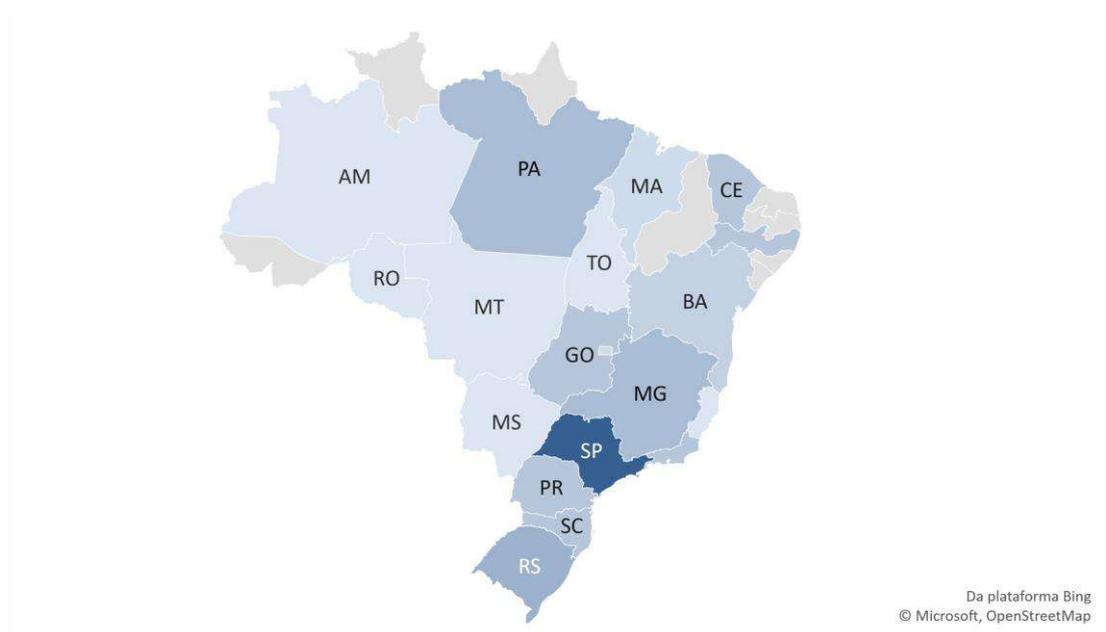
⁷ Ver reportagem em: <https://www.natalluzdegramado.com.br/durante-o-natal-luz-moradores-e-visitantes-ganham-o-reforco-de-servico-de-telemedicina-em-dois-locais-diariamente/>

contato com o médico para orientação via chamada telefônica, chat do aplicativo ou ainda mensagens no WhatsApp (texto/áudio).

A respeito da visita domiciliar, nota-se diminuição na oferta desse tipo de atendimento. Nas buscas realizadas até julho de 2021, 26% das empresas contavam com atendimento médico na casa do cliente, enquanto, na busca atualizada em 2022, a proporção de empresas com esse tipo de consulta correspondeu a 19% do total. Essa mudança é acompanhada do aumento da proporção de empresas que passam a utilizar a telemedicina. Até 2021, 46% das empresas analisadas realizavam teleconsultas, em 2022, essa proporção passou para 78%. Com isso, o atendimento feito pelos médicos no próprio consultório, que correspondia ao modo principal de realização de consulta entre as empresas, passou para segundo lugar na frequência dos meios de consulta.

A cobertura de saúde por meio das plataformas virtuais de consultas médicas se expande para todo o país a partir do momento em que a telemedicina cresce. Todavia, a oferta presencial de consultas concentra-se, em sua maior parte, no estado de São Paulo, como pode ser observado no mapa abaixo (figura 4). Do total de 37 empresas que ofertam visita domiciliar e/ou atendimento no consultório, 14 (38%) cobrem regiões de São Paulo, os outros estados com maior número de empresas são Rio Grande do Sul, Minas Gerais e Pará, nessa ordem.

Figura 4 – Distribuição da cobertura de consultas presenciais ofertadas pelas plataformas virtuais de saúde no Brasil, 2022



Fonte: elaboração própria, a partir de busca realizada na Apple Store, até março de 2022.

Entre as formas de propagandas das empresas para captação de mais usuários, destaca-se a apresentação como alternativa às barreiras para acesso ao atendimento público no SUS e

para quem não tem recursos financeiros suficientes para pagar os planos de saúde regulados pela ANS.

Para os médicos, é muito mencionada a oportunidade de “alavancar” o movimento da clínica, diminuir o absenteísmo de pacientes e o resgate das origens de profissional liberal com autonomia na gestão da jornada e processo de trabalho.

As empresas que ofertam serviço de saúde corporativo destacam como benefícios da contratação da plataforma o incremento na produtividade decorrente da melhora das condições de saúde dos funcionários e a redução de custos da empresa com a oferta dos planos de saúde tradicionais.

Há diversas formas de aumentar o engajamento do usuário com o aplicativo, dentre elas, destacamos o uso de mensagens *push* no dispositivo móvel, tais como: “Estamos com saudades! Nossos médicos estão de plantão 24 horas todos os dias da semana ansiosos para lhe atender!” ou “Tem um paciente precisando de atendimento!”. Também são enviadas mensagens no WhatsApp incentivando o acesso à plataforma.

A referência das empresas como alternativas diante dos desafios existentes no sistema de saúde, tais como diminuição de sobrecarga de atendimentos do sistema público de saúde, diminuição de filas de espera e alternativa à subvalorização salarial de profissionais de saúde, além do resgate às origens do atendimento médico com o retorno às visitas domiciliares, também chama atenção.

Entretanto, é necessário mencionar o acúmulo de pesquisas no âmbito das relações entre público e privado nos sistemas universais de saúde, analisado por Santos (2011), apontando que, em sistemas de saúde duplicados, percebe-se maior adensamento de demanda na rede de saúde ambulatorial especializada e hospitalar públicas.

Santos (2011) identifica que os estudos internacionais sobre a cobertura duplicada evidenciam que:

(1) contribui para a iniquidade na oferta, no acesso e no uso dos serviços; (2) incentiva o desenvolvimento do setor privado nos serviços em que a população tem dificuldade de acesso no sistema público, geralmente consultas a especialistas, cirurgias eletivas, SADT e medicamentos; (3) não diminui a pressão da demanda por serviços do sistema público e, tampouco, no financiamento desse sistema e; (4) não contribui para a preservação dos objetivos gerais do sistema de saúde – de universalidade, integralidade e equidade, de colaboração positiva aos resultados de saúde, ao desenvolvimento do próprio sistema de saúde e a objetivos sociais, como a melhoria das condições de vida da população. Ao contrário, corrói esses objetivos (SANTOS, 2011, p. 2747).

Em geral, o que acontece em países com sistemas públicos nacionais de saúde é o enfrentamento de maiores dificuldades para a regulação e gestão de vagas, visto que os

atendimentos realizados em espaços fora do fluxo organizacional da rede pública de assistência acabam gerando novas demandas que migram para o sistema.

Dessa maneira, esses espaços são aqueles em que o setor privado encontra nicho e se estabelece, duplicando, dessa forma, o acesso que pode ser via serviço público ou não.

As alternativas de pagamento das consultas variam entre assinaturas mensais, trimestrais ou anuais e pagamento por consulta/procedimento realizado. Pode ser realizado via aplicativo, por cartão de crédito, pix, cartão pré-pago ofertado pela empresa ou pagamento direto ao profissional de saúde. As empresas cobram do profissional de saúde uma taxa de conveniência pelo uso do aplicativo em cima de cada consulta realizada. Também são cobradas as taxas do cartão de crédito, quando usados.

O valor das assinaturas pode variar de acordo com a carteira de serviços acessada, número de consultas incluídas, benefícios e descontos.

O valor da consulta nem sempre é exibido na lista de médicos disponíveis, junto ao nome do médico, mas sempre é possível identificar o preço pelo serviço antes de finalizar o agendamento. Alguns aplicativos oferecem um filtro em que o usuário pode condicionar a busca pelo valor máximo da consulta que pretende pagar. Dessa forma, médicos que cobram um valor acima do limite estabelecido não são exibidos na lista para o paciente.

Algumas das plataformas padronizam o valor da consulta de acordo com a especialidade ofertada ou mesmo para todas as consultas disponibilizadas no app. A proporção de empresas que fazem essa padronização correspondeu a 37%.

Foi observada diferenciação quanto à unificação do preço por consulta entre médicos cadastrados. Para os médicos registrados, individualmente, no aplicativo, o valor da consulta pode ser único para clínica médica e geral; e para especialidades, também ocorre padronização, mas com um custo mais elevado. Quando se trata de médicos vinculados às instituições conveniadas, tais como Hospital Albert Einstein, o valor por consulta é variável, sendo ofertado pela plataforma um desconto no pagamento como benefício ao usuário.

A respeito dos convênios, observamos que tem crescido o número de parcerias entre essas empresas e os grandes seguros de saúde regulados pela ANS, tais como, Unimed, SulAmérica, Bradesco, entre outros, além de convênios com hospitais de grande porte e laboratórios renomados, tais como, Hospital Albert Einstein, Hospital Sírio Libanês. Foi possível, ainda, identificar a parceria com instituições públicas de saúde, possibilitando agendamento de consulta com profissionais da rede pública do SUS e permitindo oferta de atendimento com base em inovação tecnológica à população, como o uso do totem para diagnóstico em parceria com a prefeitura municipal já citada.

No contexto da pandemia de COVID-19, o uso das TIC tem sido intenso; e a telemedicina, em especial, vem sendo bastante utilizada por diversas esferas e naturezas de serviços de saúde. Em consonância, as plataformas virtuais de consultas médicas expandiram em grande alcance a oferta de seus serviços.

Destacamos a incorporação de serviços prestados por tais empresas no sistema de saúde suplementar do SUS, como foi o caso da contratação da empresa Docway pela Federação das Unimed do Estado de São Paulo (Unimed-FESP), para apoio na implantação do serviço de telemedicina aos usuários de planos de saúde dessa cooperativa.

No que se refere à rede assistencial, cabe destacar que essas empresas têm acessado, no mercado em saúde, um “grupo intermediário” de consumidores (ESPINO, 2019). Ao mesmo tempo que essa população não tem condições financeiras de pagar os planos de saúde, não vê o serviço público de saúde como uma alternativa.

Essa discussão se aproxima do que traz Costa (2020) ao identificar que as plataformas ocupam um lugar próximo e de competição com planos de saúde e hospitais na relação econômica. Uma competição que não se apresenta de forma evidente ainda, mas que, pelo rápido crescimento do número de empresas e expansão de cobertura das plataformas, mostra-se como uma possibilidade em futuro próximo.

Os atendimentos disponíveis não envolvem casos de emergência médica, somente consultas para situações eletivas ou para casos de urgências de risco moderado a leve. Algumas das empresas oferecem atendimento imediato com o profissional disponível no momento, isto é, sem possibilidade de seleção do médico que irá fazer o atendimento, sendo este escolhido pelo algoritmo do aplicativo. Entretanto, na maioria das empresas, essa funcionalidade não está presente, sendo a seleção do médico realizada pelo próprio usuário, a partir da lista apresentada pelo aplicativo, de acordo com o raio de busca territorial, especialidade e outros filtros disponíveis.

A Docway oferece, atualmente, o serviço chamado de Fast Track, o qual consiste no atendimento virtual com articulação para encaminhamento e até mesmo remoção do paciente a um pronto-socorro, em caso de necessidade, condicionado à disponibilidade do plano/seguro do paciente. O médico que realiza a consulta por vídeo pode encaminhar o paciente para o pronto-socorro mais próximo, já com a triagem feita. Essa tecnologia depende do pacote de serviços cobertos pela seguradora do cliente, isto é, da seguradora/plano de saúde a que o cliente é vinculado. Para o Fast Track, os profissionais passam por validação, supervisão e treinamentos trimestrais para estarem aptos a atender nesse formato.

Entre os filtros, uma das empresas apresentou a possibilidade de escolha do gênero do profissional de saúde.

No conjunto de especialidades ofertadas, estão: alergologia, anatomia patológica, anestesiologia, angiologia, cardiologista, cirurgia geral, cirurgia pediátrica, cirurgia plástica, clínico geral, clínica médica, coloproctologista, dermatologista, endocrinologista, gastroenterologista, geneticista, geriatria, ginecologista, hematologia, hepatologia, infectologia, mastologista, medicina da família, medicina do trabalho, metabologista, nefrologia, neurologia, nutrologista, obstetrícia, oftalmologista, oncologia clínica, ortopedista, otorrinolaringologista, pediatria, pneumologista, psiquiatria, urologista.

A grande maioria das empresas (48 de 54) possuem, além do aplicativo, uma plataforma virtual na web, um site, por onde também podem ser acessadas informações da empresa, realizado cadastro, agendamento e atendimento.

Em relação ao modelo de negócio adotado pela empresa, percebe-se que a maioria está voltada para oferta de serviços diretamente ao consumidor final, chamada B2C – Business to Consumer, isto é, do médico para o paciente (89%), entretanto, o percentual de empresas que atuam a partir da oferta dos serviços para uma outra empresa, nomeadas como B2B – Business to Business (32%) – merece ser observado, visto que mostra o potencial de expansão para uma cobertura maior de pessoas atendidas por estas plataformas, na medida em que acessa os beneficiários ou funcionários desta outra empresa.

Quanto à relação de trabalho e responsabilidades da empresa, a contratação ocorre por meio de ‘termo de uso’ disponibilizado no momento do cadastro no aplicativo.

O cadastro como médico no app não é simples em todas as empresas, na maioria delas, há um contato posterior ao login do médico, também são exigidos o envio de diplomas, certificados, documentos de identificação pessoal e definição de valores para consultas, método de pagamento, conta para depósito, entre outras informações.

O número de profissionais cadastrados não foi um dado facilmente identificável. A maioria das empresas menciona informação vaga a respeito, sem repassar o número exato. Entre as empresas possíveis de identificar (11 empresas de um conjunto de 54), 3 empresas tinham menos do que 70 médicos cadastrados; 2 empresas, em torno de 200, 2 empresas com média de 1.700, 1 empresa com 25 mil e 1 empresa com 600 mil.

Em relação ao responsável técnico, exigência estabelecida na Resolução nº 2.178/2017 do CFM, só foi possível identificar menção em 6 plataformas.

5.2 OS TERMOS DE USO COMO DOCUMENTO REGULADOR DA RELAÇÃO DE TRABALHO

O documento que regulamenta a relação entre trabalhador e empresa é o “termo de uso” ou “termos e condições de uso”. Em algumas empresas, há um termo específico para prestadores de serviço e um para usuários em geral, já outras estabelecem um termo único para ambos.

Para acesso ao aplicativo, também é necessária a concordância com a Declaração de Privacidade de Usuários que deve ser, igualmente, aceita para efetivação do cadastro. Esse documento diz respeito ao uso dos dados que pode ser feito pela empresa, bem como encaminhados para terceiros (incluindo internacionais) com a finalidade de apoio no tratamento e processamento. Além disso, destaca a possibilidade de envio de informações para autoridades competentes para validação de veracidade ou coleta de mais informações.

Os termos, em geral, estabelecem as partes do contrato: contratante (profissional de saúde, clínica, outra empresa), contratada (a plataforma virtual), usuário e/ou profissional.

No caso de empresas com atuação internacional, o contrato é feito com uma “filial” de Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica (CNPJ) inscrito no Brasil. Ressalta-se que a Resolução nº 2.178/2017 do CFM determina que, para atuação da plataforma, é necessário que ela possua CNPJ ativo no Brasil.

Os profissionais de saúde são denominados, no termo, como “prestador de serviço”, desenvolvendo suas atividades por meio de aplicativo, *site*, serviços e produtos disponibilizados pela empresa.

A definição de “*marketplace*” está presente no termo como: serviço oferecido ao Contratante por meio de um sistema de TIC, que permite, entre outros, adicionar conteúdo ao seu perfil e expor seus serviços.

Além dos termos gerais, outros Termos de Uso específicos poderão ser incluídos para regulação de atividades específicas, como aquelas que precisam ser regulamentadas por conselho profissional, habilitações para determinadas funções, licenciamentos, promoções, entre outros. Trata-se de termos complementares e integrantes dos Termos de Uso Gerais. Em caso de conflito em pontos estabelecidos em ambos os termos, o termo específico prevalece sobre o geral somente nos tópicos que forem de caráter específico.

A análise dos Termos de Uso deu origem a quatro categorias: Autonomia, Relação de Trabalho, Monopólio dos Dados e Organização e gestão do trabalho.

As categorias, bem como os códigos agrupados em cada uma delas, podem ser vistas na rede exibida na figura 5.

Os códigos (índices) que tiveram maior frequência na análise foram: “RESP: trabalhador – danos”; “RESP: trabalhador – veracidade/legalidade” e “REL: ausência de relação”, nessa ordem.

O código mais presente nos termos – RESP: trabalhador – danos – diz respeito às disposições que apontam o trabalhador como o único a ser responsabilizado pelos danos decorrentes da relação estabelecida entre o profissional e o paciente.

O segundo índice mais frequente – RESP: trabalhador – veracidade/legalidade – relaciona-se com a responsabilidade quanto à veracidade e legalidade dos dados cadastrados pelo profissional na plataforma, a qual é também da exclusividade do trabalhador, desobrigando, dessa maneira, a plataforma no que concerne à checagem dos dados informados.

Já o terceiro código de maior frequência – REL: ausência de relação – refere-se a trechos que demarcam a inexistência de relação de trabalho, vínculo empregatício ou relações semelhantes entre plataforma e o profissional de saúde.

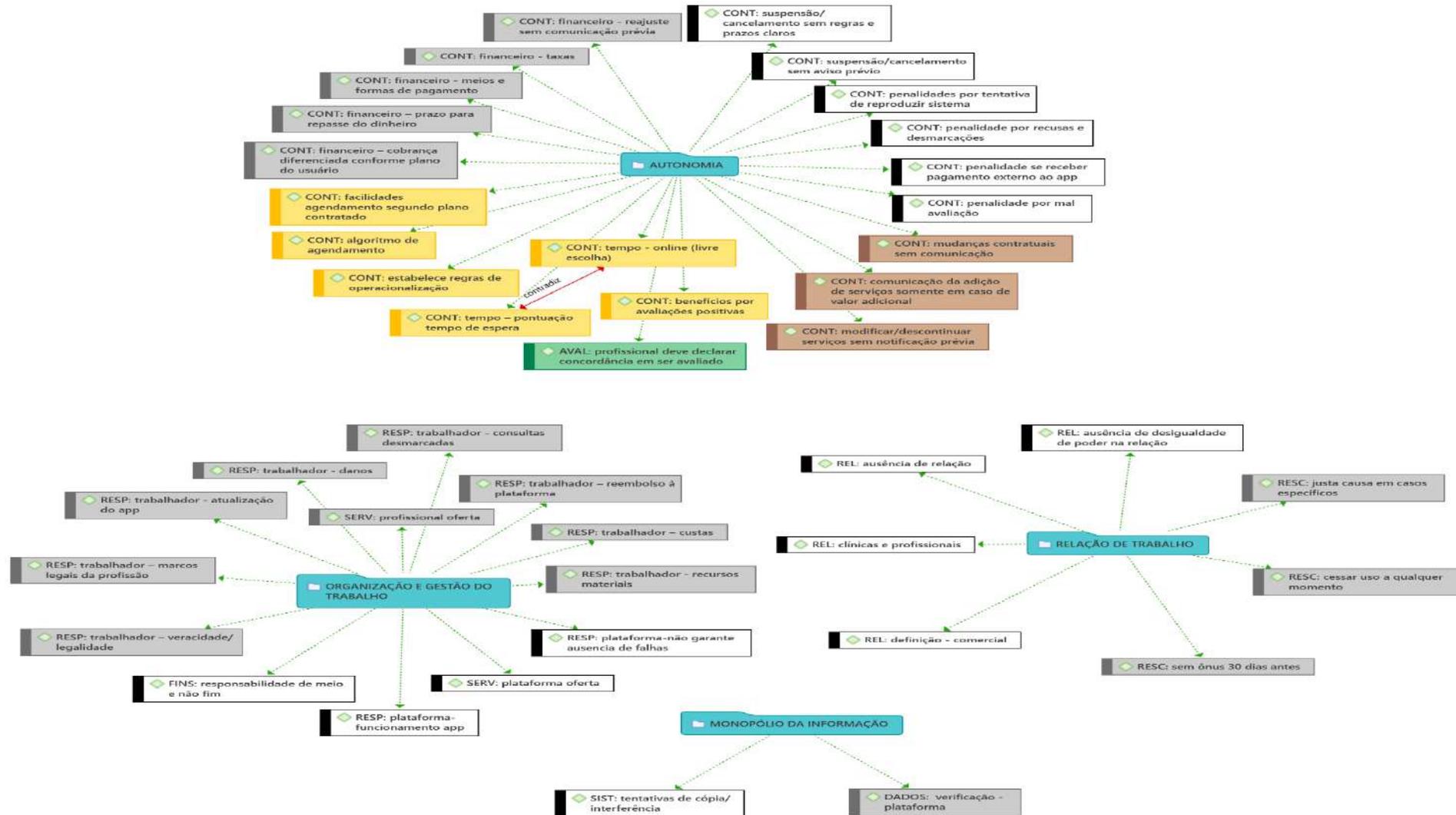
Na categoria “Autonomia”, foram identificados 21 códigos agrupados. Trata-se de trechos dos Termos de Uso que expressam, de alguma forma, implicações para o exercício autônomo do trabalho médico.

Do total de 139 unidades de registro e contexto selecionadas, foram codificadas 47 relativas a essa categoria; o que significa que mais de 30% dos trechos destacados expressaram regras e modos de funcionamento que condicionam e induzem o trabalho desenvolvido por meio da plataforma.

À categoria “Organização e gestão do trabalho”, foram vinculadas 66 unidades de registro e contexto, codificadas em 13 índices.

Os índices relacionados com os aspectos de responsabilização do trabalhador foram, significativamente, mais frequentes do que aqueles vinculados à plataforma. Nota-se que os primeiros estiveram presentes 45 vezes nos termos analisados, enquanto os índices relacionados com a plataforma envolveram 21 trechos.

Figura 5 – Categorias de Análise dos Termos de Uso



Fonte: elaboração própria, a partir dos Termos de Uso acessados até março de 2022.

A partir dos documentos considerados na análise documental, foi possível identificar convergência entre determinados trechos destacados que, ao serem relacionados, ganham sentido e permitem a identificação de conceitos importantes para discussão. Da identificação dessas redes conceituais, emergiram as quatro categorias centrais (Autonomia, Organização e gestão do trabalho, Monopólio da Informação e Relação de Trabalho), a partir das quais os dados analisados foram discutidos.

5.2.1 Organização e gestão do trabalho

Na categoria identificada como “Organização e gestão do trabalho”, estão sendo consideradas as disposições destacadas nos Termos de Uso relativas às finalidades que a plataforma propõe, isto é, como ela define o tipo de serviço que oferta e, conseqüentemente, o que ela oferece e as responsabilidades que lhe cabem como uma empresa da referida natureza. Além disso, considera-se, como parte dessa categoria, aquilo que está inserido no campo de responsabilização do trabalhador de saúde.

Quanto ao tipo de serviço prestado pela empresa, não há manifestação de definição como empresa prestadora de serviços de saúde, mas há ênfase na característica como ferramenta tecnológica, definindo como serviço principal a disponibilização, mediante licenciamento e uso de *software*, da ferramenta para agendamento de consultas.

Denomina-se como uma “mera plataforma digital de divulgação de profissionais da saúde e avaliação de atendimento pelo Usuário” (T5, p. 6).

Como nos trazem Carelli e Oliveira (2021), uma plataforma nada mais é do que um espaço que viabiliza o intercâmbio entre dois ou mais sujeitos, sejam eles pessoas físicas, jurídicas, indivíduos ou grupos, podendo ser utilizada como uma técnica organizacional de uma empresa. Como exemplo de plataformas, podemos citar os *shopping centers*.

Ao conceito de plataforma, não está vinculada a possibilidade de sua existência no meio virtual. Entretanto, nas últimas décadas, o que se observa no âmbito do mercado é, de fato, a expansão desses espaços de interação no meio digital, facilitada pelo avanço das TIC. Estas são chamadas de plataformas digitais (CARELLI; OLIVEIRA, 2021).

A concentração de dados em nuvem possibilitou que os serviços ofertados na internet de forma individual por diferentes empresas fossem centralizados em plataformas únicas oferecendo tudo aquilo que cada empresa cadastrada na plataforma oferta, a partir de um funcionamento organizacional, com regras especificadas pela plataforma (CARELLI; OLIVEIRA, 2021).

Dessa maneira, podemos dizer que as plataformas digitais são um modo de organização empresarial que permite a interação comercial entre entes diferentes no meio digital a partir do uso das TIC.

Sob essa identidade, a empresa ressalta que não presta quaisquer serviços de natureza médica ou similares, tendo apenas a responsabilidade de funcionar como meio de viabilização de contato entre profissional de saúde e paciente. Assim, não se responsabiliza pelo efetivo resultado do serviço de saúde.

Isto é, os serviços ofertados pela plataforma, cuja responsabilidade está vinculada a ela, são somente relacionados com a disponibilização de ferramentas tecnológicas de informação e comunicação que possibilitem o contato entre usuário e profissional de saúde e que funcionem como espaço virtual para exposição de perfil, ampliando o raio de publicidade dos serviços do profissional de saúde.

2.5. Obrigações da Plataforma. É de obrigação da [plataforma]:

- a. Disponibilizar os serviços da Plataforma de forma segura e estável;
- b. Manter, segundo seu julgamento e possibilidades de mercado, a atualização constante da plataforma visando seu aperfeiçoamento e adaptação às novas tecnologias disponíveis;
- c. Proteger a confidencialidade de todas as informações dos MÉDICOS”. (T3, p. 2).

Por outro lado, embora seja somente esse o eixo de responsabilização da plataforma, há trechos dispondo que a empresa não garante a segurança, a ausência de falhas, as interrupções ou os atrasos do aplicativo. Outrossim, ao concordar com o termo de uso, “o médico aceita que todo o risco decorrente da sua utilização [da plataforma] é da sua exclusiva responsabilidade”. (T3, p. 2).

Ainda sobre possíveis falhas do aplicativo, é ressaltado que a atualização do aplicativo pelo profissional de saúde deve ser realizada sempre que sugerida pela plataforma, do contrário, a empresa pode atribuir a isso a ocorrência de problemas no bom funcionamento das ferramentas do app.

No que se refere ao trabalhador e o que lhe cabe dentro da plataforma, isto é, os serviços possíveis de oferta e as responsabilidades quanto a eles, citam-se todas as formas de assistência em saúde prestadas mediante consultas virtuais ou presenciais, com diagnóstico, prescrição, encaminhamentos a outras especialidades, encaminhamento ao pronto-socorro, acompanhamento por *chat* ou chamadas, entre outras atividades possíveis de serem desenvolvidas dependendo da plataforma utilizada.

Partindo do pressuposto de que cabe à empresa apenas a oferta da ferramenta de TIC que viabiliza a prestação do serviço de saúde, é o trabalhador o único responsável pelos

respectivos serviços ofertados ao usuário. Dessa maneira, desde os recursos materiais para realização da consulta até à responsabilização por todos os riscos envolvidos na prestação do serviço ficam a cargo do trabalhador.

Isto é, o trabalhador que deve se equipar com os aparelhos necessários para o uso do aplicativo ou acesso ao *site* na *web* (celular, *tablet* ou computador), arcar com os custos com internet, antivírus, garantir a qualidade da conexão, custear o deslocamento em casos de visitas domiciliares, observar e arcar com os riscos inerentes ao deslocamento, responsabilizar-se por danos ocorridos na relação entre médico e paciente, causados ou sofridos.

Sustentada na autodenominação como empresa de tecnologia de informação e comunicação, e não de prestação de serviços de saúde, a empresa também se isenta da observância quanto a atos de imprudência, imperícia ou negligência médica, na medida em que declara não ser responsável por quaisquer danos decorrentes de erros de diagnóstico ou conduta médica, conforme citação destacada.

9.4 – Todos os procedimentos e serviços anunciados através do site serão prestados pelos profissionais prestadores de serviços da área da saúde não possuindo o [plataforma], qualquer responsabilidade por eventuais danos materiais ou morais, diretos ou indiretos, que possam decorrer de erros na execução de diagnósticos, procedimentos ou tratamentos médicos, bem como por qualquer outra falha ou defeito na prestação dos serviços pelos profissionais da área da saúde ou à equipe médica a ele relacionada. (T6, p. 7, grifo nosso).

Nessa lógica, é o profissional de saúde que deve responder por processos judiciais abertos por pacientes quando decorrerem de insatisfação com o serviço prestado, arcando ele com todas as despesas e custas processuais decorrentes.

Com efeito, nota-se ainda, nos trechos citados abaixo, uma cláusula disposta no termo de uso que compromete o médico a indenizar a empresa em situações em que o questionamento dos serviços prestados pelo profissional ocasionar demandas à plataforma, prejuízo material ou moral.

6.5. Indenização. Os MÉDICOS indenizarão a [plataforma], diretores, administradores, colaboradores, representantes e empregados por qualquer demanda promovida por terceiros decorrentes de suas atividades na Plataforma, e pelo descumprimento dos termos de uso e condições e demais políticas da mesma, e ainda pela violação de qualquer lei ou direitos de terceiros, incluindo honorários advocatícios. (T3, p. 3).

[...]

8.3 – O PRESTADOR deverá ressarcir todo e qualquer prejuízo material ou moral eventualmente incorrido a [plataforma], em caso de sua responsabilização nas hipóteses indicadas nos itens anteriores. (T6, p. 6).

Como forma de monitorar a qualidade da assistência prestada pelo médico, a plataforma utiliza as avaliações dos pacientes. Ressalta-se que comentários negativos, ainda que infundados, não são retirados pela empresa do ambiente público.

Nos casos de cancelamento de consultas pelo profissional de saúde, a empresa realiza o estorno do valor pago pelo usuário; e, dependendo da plataforma, o médico deve reembolsar à empresa 15% do valor dos honorários da consulta que foi cancelada. O modo de cobrança pode se dar conforme apontado nas cláusulas, a seguir:

5.2.8.1 O reembolso será de 15% (quinze por cento) sobre o valor dos honorários médicos cobrados pela consulta cancelada pelo Profissional de Saúde e se dará mediante retenção, pela Contratante, do repasse de valores ao Profissional ou, ainda, mediante envio de boleto bancário ao Contratado. (T4, p. 4).

Por outro lado, quando a consulta é desmarcada pelo paciente, não se vê trecho nos Termos de Uso que indique qualquer compensação da empresa ao profissional pelo ocorrido.

Observa-se que, na ocorrência de danos, tanto aos usuários quanto aos profissionais, a empresa se ausenta, reiterando que não pode ser responsabilizada por questões decorrentes da relação entre profissionais de saúde e paciente. A citação destacada de um dos Termos de Uso exemplifica a afirmação e deixa claro que não existe amparo ao trabalhador, no que se refere a danos e prejuízos sofridos, nessa relação de trabalho.

6.2. A [plataforma] não será responsável por quaisquer perdas, prejuízos e/ou danos de qualquer natureza que sejam decorrentes da relação entre Paciente e Profissionais.
6.3. A [plataforma] não será responsável por quaisquer danos ou prejuízos que venham a ser causados por Paciente aos Profissionais. (T7, p. 9).

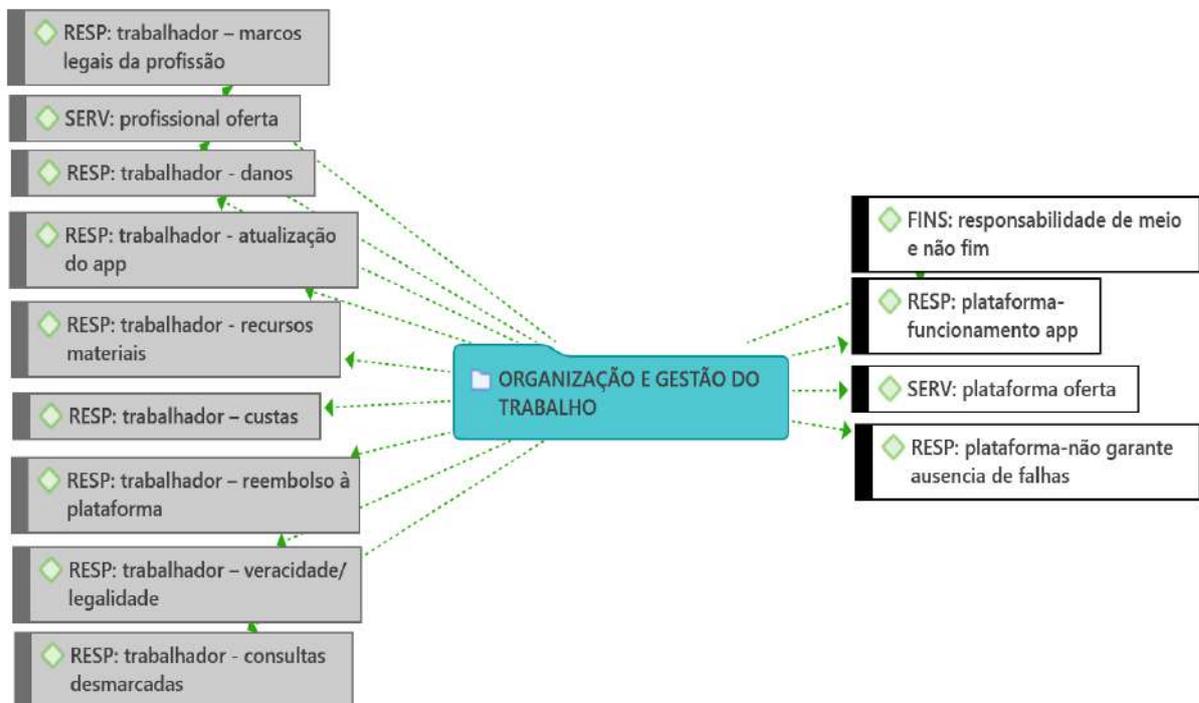
Também fica identificado nos termos que a observância do cumprimento de normas que regulamentam o exercício profissional deve ser realizada pelos trabalhadores, não sendo do encargo da plataforma o conhecimento de tais. A esse respeito, citam-se as resoluções do CFM, Resolução nº 1.974/2011, a respeito das regras sobre publicidade dos serviços médicos, e a Resolução nº 2.221/2018, que atualiza a relação de especialidades e áreas de atuação médicas.

8.12. A Contratada [a empresa] não se compromete ao cumprimento das regras profissionais dos contratantes [médico] e demais normas, resoluções, pareceres, consultas e demais, já que a responsabilidade pelo seu conhecimento e observância da normativa a cargo dos profissionais, sendo que, em hipótese alguma se responsabiliza pelo descumprimento dos preceitos, ou conduta antiética realizada pelos profissionais contratantes de seus serviços no preenchimento de seu perfil e informações, bem como na relação médico paciente. (T5, p. 7).

As resoluções mencionadas dispõem regras sobre preenchimento de informações em ambientes públicos e divulgação de peças publicitárias, as quais não podem promover ranqueamento de médicos, usar termos específicos apelativos de propaganda, formatação, entre outras coisas relativas. Além disso, estabelecem as especialidades médicas e os respectivos requisitos necessários para comprovação de especialista.

Em relação à veracidade e à legalidade dos dados cadastrais dos médicos, a maioria das empresas, incluindo algumas com expressivo número de *downloads*, estabelece que se trata de responsabilidade atribuída, exclusivamente, ao profissional de saúde.

Figura 6 – Categoria de Análise dos Termos de Uso “Organização e gestão do trabalho”



Fonte: elaboração própria, a partir dos Termos de Uso acessados até março de 2022.

5.2.2 Monopólio da informação

Dando continuidade à discussão sobre dados adicionados à plataforma, nota-se, nos Termos de Uso, frequente preocupação quanto à cópia de informações para uso próprio, de maneira não consensuada com a empresa ou tentativas de reprodução ou interferência no sistema do aplicativo.

9.1.1. Não é permitido reproduzir, duplicar, copiar, vender, revender, visitar, ou de qualquer outra forma explorar para fins comerciais o conteúdo da Plataforma sem o prévio consentimento escrito dos proprietários da [plataforma]. Particularmente, é expressamente proibida a utilização de mineração de dados, robôs, ou outras ferramentas de coleta e extração de dados para extrair, de forma isolada ou recorrente, qualquer parte substancial da Plataforma visando sua reutilização. (T3, p. 4).

No acesso ao banco de dados da empresa, o uso da imagem de partes do aplicativo sem o aviso de direito autoral também é vetado, bem como a exploração de quaisquer outras formas de uso do app, que não sejam as previstas.

O Prestador de Serviço não deve remover avisos de direito autoral, marca ou outro aviso de direito de propriedade de qualquer parte de serviços e não deve reproduzir, modificar, preparar obras derivadas, distribuir, licenciar, locar, vender ou, de qualquer outro modo, explorar os Serviços exceto da forma permitida pela Agenda 24h. O Prestador de Serviço também não deve realizar engenharia reversa ou desmontar os Serviços, conectar, espelhar ou recortar os serviços, fazer ou lançar quaisquer programas ou scripts com a finalidade de fazer scraping, indexação ou outros meios que possibilitem a coleta de dados. (T1, p. 1).

A política de verificação de dados cadastrais médicos não está prevista em todas as plataformas. Isto é, as informações inseridas pelo profissional de saúde não passam, obrigatoriamente, por análise e investigação feitas pela empresa, embora esteja previsto que a plataforma possa fazê-las, a qualquer momento, caso suspeite de algo.

A Contratada [a plataforma] não se responsabiliza, pela existência ou legitimidade dos dados cadastrados pelo Contratante [o profissional] no Site em suas diversas ferramentas, assim como pela sua capacidade para contratar ou pela veracidade dos dados pessoais em seu cadastro, sendo que estes dados são inseridos pelo Contratante por sua própria conta, risco e responsabilidade. (T5, p. 4).

Em empresas que realizam a verificação, as informações repassadas no cadastro, bem como determinados documentos submetidos, são analisadas, podendo ser realizada investigação em outras instituições e instâncias governamentais. A análise leva, em média, 15 dias. Após análise, a prestação do serviço pode ser autorizada.

Em relação ao compartilhamento do perfil, os termos citam que a transferência ou o compartilhamento com outras pessoas implicam o imediato cancelamento da conta do prestador de serviço, além da possibilidade de encaminhamento do caso às autoridades públicas para eventual penalidade criminal e civil.

Na discussão sobre o monopólio de dados e o controle total sobre o sistema do aplicativo, faz-se necessário destacar a condição desfavorável ao médico nesse modelo pelo não compartilhamento do conhecimento do funcionamento econômico, administrativo e de sistemas de informação tecnológicos da empresa. Assim, o médico está na mesma condição que

o próprio paciente no que se refere à assimetria de informações em relação ao aplicativo (COSTA; GARCIA, 2020).

Figura 7 – Categoria de Análise dos Termos de Uso “Monopólio da Informação”



Fonte: elaboração própria, a partir dos Termos de Uso acessados até março de 2022.

5.2.3 Autonomia ante os mecanismos de controle por algoritmos

O ideal de trabalhador autônomo está presente em toda a sociedade neoliberal, todavia, entre algumas profissões como a medicina, nota-se de forma mais evidente (MACHADO, 1997).

A forte relação das raízes da profissão médica com o modelo de trabalho autônomo tem grande apelo nas plataformas digitais, observado pelo discurso construído de aproximação do exercício profissional com os primórdios da medicina, no sentido de facilitar a relação médico-paciente e zelar pela autonomia do profissional, na medida em que, supostamente, ele tem liberdade para definir sua jornada de trabalho e a conduta terapêutica escolhida.

Contudo, é necessário fazer um exercício de análise em um contexto maior, no sentido de compreender o âmbito do qual essas empresas fazem parte e analisar, com maior acurácia, os detalhes de como se dá o exercício profissional mediado pelas plataformas.

As mudanças percebidas no mercado de trabalho em saúde relativas à introdução de empresas de tecnologia em saúde fazem parte do fenômeno da *Gig economy*, o qual vem se caracterizando por produzir modificações estruturais no trabalho e emprego, sobretudo no que diz respeito à compartimentação do trabalho em microtarefas sob demanda, distribuídas em escala global.

Esse modo de separação da atividade prejudica a apropriação do trabalhador sobre o processo de trabalho e resulta em limitações no produto do trabalho desenvolvido (NAGHIEH, 2020). No campo da saúde, isso se expressa na compartimentação da assistência, em itinerários

terapêuticos⁸ intermitentes/penosos, na dificuldade de acompanhamento longitudinal do cuidado, entre outros aspectos que têm implicações diretas na qualidade da saúde da população usuária desse tipo de serviço.

A *Gig economy* está, assim, moldando a forma como os cuidados de saúde são geridos e prestados. Além de facilitar uma alocação flexível e eficiente do trabalho contingente na área da saúde, do ponto de vista de recrutamento da força de trabalho, proporciona uma transformação emergente do conteúdo do trabalho médico. Isso tem implicações para o status e o poder da profissão médica, a relação médico-paciente e as fronteiras interprofissionais na área da saúde.

Os mecanismos de controle sobre o processo laboral médico, exercido por intermédio de aspectos técnicos do sistema do aplicativo, por meio da aplicação de penalidades, de regras contratuais ou pelo viés financeiro, foram os que tiveram maior expressão nos termos e permitiram perceber implicações para a autonomia do trabalhador.

Resgatamos o conceito de autonomia como:

[...] o autogoverno daquele que, normalmente com propriedade investida, escolhe uma atividade econômica, e no controle desta, incumbe-se de organizar, dirigir e precificar os frutos do seu trabalho. Por decorrência, sua qualidade de legítimo dirigente justifica que, em face do exercício desse comando e dessas liberdades, assuma os custos e os riscos do seu trabalho” (CARELLI; SAMPAIO, 2021, p. 88-89).

O controle exercido por meio dos mecanismos financeiros e o poder de implementar modificações de funcionalidades do aplicativo e serviços ofertados foram os que mais estiveram presentes na categoria, entretanto, também foi possível perceber que o tempo de trabalho, as regras contratuais, a aplicação de penalidades, bem como as avaliações, são objeto de exercício de indução da plataforma sobre o modo de funcionamento laboral.

No que se refere aos aspectos financeiros (ver figura 8, caixas cinzas), há cobrança de taxas aplicadas sobre cada consulta ou procedimento realizado por meio do aplicativo ao trabalhador. Existem ainda planos de assinatura que podem ser mensais, trimestrais, semestrais e anuais, dependendo da empresa. Tais planos podem sofrer reajustes anuais, conforme a variação do IGP-M, sem a obrigatoriedade de comunicação prévia ao prestador.

Adicionalmente, destaca-se que a plataforma pode deter o controle total dos meios de pagamentos e o poder de definir parcelamento, descontos e afins, sem anuência do profissional de saúde, como pode ser visto na citação, a seguir:

⁸ Itinerários terapêuticos são constituídos pelos movimentos de indivíduos ou grupos na busca pela preservação ou recuperação da saúde. Diferentes recursos podem ser mobilizados na construção de uma trajetória, incluindo práticas biomédicas, crenças religiosas, cuidados caseiros, entre outros (CHERCHIGLIA, *et al.*, 2011).

4.3 É vedado ao Contratante cobrar do Usuário qualquer quantia diretamente, cabendo somente à Contratada, operacionalizar e processar a cobrança dos valores das consultas;

4.3.1 A cobrança pelo Contratante de quaisquer quantias ao Usuário, ainda que com a anuência deste, será interpretada como violação dos termos deste contrato.

4.3.2 A Contratada poderá oferecer ao Usuário – sem que seja necessária a anuência do Contratante – a opção de parcelamento da consulta, o qual se dará em até de 3 (três) parcelas mensais e sucessivas, hipótese na qual o pagamento ao Contratante será realizado de forma parcelada, conforme for o pagamento do usuário.

4.3.3 A Contratada poderá oferecer ao Usuário – sem que seja necessária a anuência do Contratante – Cupons de descontos a fim de facilitar o acesso de todas as classes sociais aos Profissionais de saúde. O % de desconto será aplicado sobre o valor definido pelo profissional e o Agendamento poderá ou não ser aceito pelo mesmo durante a confirmação da consulta. (T4, p. 3).

Em relação ao prazo para transferência do valor pago pelo paciente para a conta do prestador, é expresso por apenas uma empresa, estabelecendo o tempo máximo de quatro dias úteis para realização do repasse. Nas demais empresas, não foi identificado parágrafo com tal disposição.

Ainda sobre o âmbito financeiro, foi observada determinação da plataforma para que o prestador de serviço defina valores fixos e iguais para cobrança por consulta ou procedimento ao usuário que for assinante de planos regulares. Para os usuários que não forem assinantes, o valor cobrado deverá ser maior do que a consulta dos assinantes, não podendo ser inferior a 20% ao cobrado para estes.

5.4 – Pelos serviços prestados ao Usuário que possuir pacote de assinatura, o PRESTADOR compromete-se a cobrar valores fixos, ou seja, iguais para todos os Usuários do aplicativo que possuírem pacote de assinatura

5.5 – Para os Usuários que não possuírem pacote de assinatura, o PRESTADOR compromete-se a cobrar valores superiores aos cobrados dos Usuários que possuírem pacote de assinatura, sendo que o valor não poderá ser inferior a 20% (vinte por cento) ao cobrado para estes. (T6, p. 5).

A aplicação de penalidades sobre o trabalhador também é notada de forma frequente nos Termos de Uso (ver figura 8, caixas brancas). As punições podem ocorrer por meio de suspensão ou cancelamento da conta, bloqueio de acesso a determinadas funcionalidades, tais como o próprio calendário de consultas, perda de pontuação ou as denominadas “moedas” (moedas virtuais que podem ser trocadas por remuneração ou benefícios).

Entre os motivos que podem justificar a aplicação das penalidades, observam-se não seguimento às orientações dispostas nos Termos de Uso, desmarcação recorrente de consultas, recebimento de pagamento de pacientes por meio externo ao app, avaliações negativas de usuários, entre outras. O trecho abaixo exemplifica um dos termos observados:

10.4. A Contratada reserva-se o direito de suspender ou cancelar o acesso as suas funcionalidades, tais como ao Calendário de Consultas, revogando sua licença, nos casos de uso indevido ou em desconformidade com os Termos de Uso, tais como a:

- a. utilização do Calendário de Consultas de uma forma que seja prejudicial para outros usuários da Internet;
- b. disseminação de spam;
- c. manipulação de dados de outros Usuários e/ou Profissionais do Site ou da Contratada;
- d. adulteração do código fonte do Calendário de Consultas;
- e. tentativas não autorizadas de reproduzir o Calendário de Consultas;
- f. violação dos interesses pessoais da Contratada;
- g. prática de atos de concorrência desleal contra a Contratada;
- h. violação do Contrato;
- i. cancelamento persistente de consultas agendadas pelo Contratante ou recusa de aceitar pacientes. (T5, p. 8, grifo nosso).

Nota-se que há preocupação em garantir que o agendamento da consulta seja feito somente por meio da plataforma. Dessa forma, há trechos específicos nos termos quanto à proibição de marcação de consultas fora da plataforma, esclarecendo que a empresa pode realizar pesquisas com os usuários para verificação se a política da empresa vem sendo seguida.

Vê-se ainda, na citação acima, preocupação quanto a cópia de informações, interferências no algoritmo, entre outras coisas que burlem o controle da empresa sobre os agendamentos.

Uma das características do trabalho autônomo apontada por Carelli e Sampaio (2021) é a faculdade de escolha, organização e gerência do próprio negócio, podendo o trabalhador decidir além da sua jornada de trabalho, escolher clientela, condições, preço, meios e formas de prestação de serviços.

Além disso, é permitido ao trabalhador autônomo delegar tarefas suas para outras pessoas, fazendo-se substituir quando achar necessário para garantir o desenvolvimento das atividades de seu negócio.

Ambas as características levantadas pelos autores não podem ser atendidas pelo médico nas plataformas de saúde, visto que o agendamento é feito pelo algoritmo da empresa, segundo critérios imprecisos e conforme os filtros definidos pelo usuário.

Todos os outros elementos também são limitados, tais como o preço padronizado em algumas empresas, a carteira de serviços definida pela empresa segundo plano do usuário e a obrigatoriedade do uso da plataforma como meio para viabilização do agendamento, pagamento e, no caso de telemedicina, para a própria realização da consulta.

A respeito da substituição, é vetada pela plataforma que o médico permita o uso de seu cadastro por outro médico para realização de atendimento, não sendo possível que, em caso de necessidade, o médico possa se fazer substituir.

Entre as sanções em decorrência de má avaliação pelo usuário em relação ao serviço prestado pelo profissional de saúde, pode ocorrer retenção do pagamento pela plataforma.

Chama atenção, quanto às avaliações negativas, que a empresa pode sugerir “reciclagem” do prestador de serviço, sem estabelecer como se daria, mas permitindo inferir que há tentativa de indução da prática assistencial médica ao que a empresa compreende como adequado. Observe a citação seguinte:

A [plataforma] pode suspender por tempo indeterminado a conta do Prestador de Serviço pelo descumprimento dos Termos de Uso e, em determinados casos como o da avaliação negativa da prestação de serviço reiterada, sugerir a reciclagem do prestador de serviço. (T1, p. 4).

Essa indução sobre o trabalho é também vista em trechos que mencionam que o profissional de saúde deve seguir as instruções de um representante disponibilizado pela plataforma para que obtenha os melhores resultados.

Ressalta-se que, na maioria das empresas, não há menção do tempo de vigência da suspensão, de acordo com a infração relativa ao prestador; e, ainda, há trechos dispondo que as infrações passíveis de penalidades não se limitam às que estão previstas no termo de uso, permitindo, dessa forma, que a plataforma aplique sanções por outros motivos segundo o seu julgamento e sem a ciência do trabalhador.

Nos casos de suspensão ou cancelamento de conta, o trabalhador não tem direito de indenização ou compensação. Além disso, na maioria das empresas, isso ocorre sem aviso prévio, havendo possibilidade de suspensão, cancelamento e bloqueio de funcionalidades sem notificação.

Com efeito, a comunicação com o trabalhador também foi identificada como um ruído de poder desigual na relação entre empresa e profissional de saúde, evidenciando unilateralidade nas tomadas de decisão, sem notificação via plataforma ou outra forma de comunicação, relativas não somente à aplicação de penalidades, mas também às mudanças contratuais nos Termos de Uso, modificação de funcionalidades, serviços adicionados ou retirados (ver figura 5, caixas de texto marrons).

A plataforma se desobriga quanto à comunicação e orienta que o profissional deve responsabilizar-se pela verificação periódica dos Termos de Uso a fim de identificar eventuais modificações. A continuidade do uso do aplicativo após as modificações é compreendida pela plataforma como consentimento com o Termo alterado.

1.4.1. A [plataforma] reserva o direito de realizar alterações e atualizações no Termo, a qualquer momento, sem a necessidade de aviso prévio. Em caso de alterações do Termo que restrinja direitos dos Profissionais, a [plataforma] poderá comunicar tal alteração, a seu critério, através dos meios de comunicação e canais disponibilizados pela [plataforma] aos Profissionais. Os Profissionais se responsabilizam em verificar periodicamente o Termo para ciência de eventuais alterações. Caso os Profissionais não concordem, deverão cancelar a conta, cessar toda e qualquer utilização dos

Serviços e desinstalar o Aplicativo dos seus respectivos aparelhos. O fato de os Profissionais continuarem a acessar ou usar os Serviços, após essa postagem, configura o consentimento inequívoco em vincular-se ao Termo alterado. (T7, p. 20).

Além de a plataforma determinar as regras de operacionalização do aplicativo, o exercício do controle é feito também por meio de reforço positivo como pontuação e facilidades, vinculadas a alguns requisitos para o alcance dos melhores resultados com as funcionalidades disponíveis. Entre os requisitos, citam-se o preenchimento completo de perfil, incluindo adição de foto; a concordância com a criação de perfil no Google My Business; a atualização dos horários de disponibilidade na agenda *on-line*; a concordância com adequações do perfil para fins de publicidade; a contratação de plano/pacote “Premium”, “First Class ou Plus”; o número de avaliações positivas, entre outros.

Os pacotes de serviços disponibilizados pela plataforma podem ofertar serviços adicionais, tais como maior facilidade no agendamento de consulta por meio da adição de pontos ao algoritmo, prontuário clínico, serviço de mensagens, entre outros.

- a. Premium: serviço permite que o profissional ou estabelecimento possam oferecer sua Agenda Online para que Usuários possam marcar uma consulta através do site da [plataforma]. Configurando o perfil e utilizando as funcionalidades, há a possibilidade de melhorar sua posição no Marketplace, sem publicidade de terceiros.
- b. First Class ou “Plus”: serviço que adiciona pontos ao algoritmo e pode vir a melhorar a visibilidade e o posicionamento do Contratante no Marketplace. (T5, p. 2).

Entretanto, é importante mencionar que a plataforma não garante número mínimo de agendamentos realizados por ela.

O tempo de disponibilidade do trabalhador na plataforma, ainda que seja, supostamente, de livre escolha do profissional, também é monitorado e influenciado pela empresa. Cita-se, como exemplo, a adição de pontos de acordo com o tempo de espera para a realização da consulta – isto é, o intervalo entre o dia de agendamento feito pelo paciente e a data da consulta. Para o profissional que tiver intervalos mais curtos, é adicionada pontuação, conforme citação abaixo, de acordo com os dias entre agendamento e atendimento.

6 – DO PROGRAMA DE PONTUAÇÃO (MOEDAS) E DO REGULAMENTO

6.1 – O programa de pontuação, aqui denominado “MOEDAS”, consiste na premiação dos Prestadores de Serviços da plataforma do aplicativo multilateral, que atenderem os seguintes requisitos:

- a) Atendimento prestado pelo PRESTADOR ao Usuário, em até 2 (dois) dias após o agendamento, receberá 15 (moedas);
- b) Atendimento prestado pelo PRESTADOR ao Usuário, entre 3 (três) e 5 (cinco) dias após o agendamento, receberá 10 (dez) moedas;
- c) Atendimento prestado pelo PRESTADOR ao Usuário, em 6 (seis) dias ou mais, receberá 5 (cinco) moedas.

6.2 – A pontuação é cumulativa e 300 (trezentas) moedas correspondem a uma (01) consulta cobrada do Usuário que possui plano de assinatura (desconsiderando

impostos e taxas). Entretanto, o PRESTADOR somente poderá trocar com o [plataforma], as moedas, quando acumular 1000 (mil) moedas. (T6, p. 5-6).

Nota-se que a troca dos pontos está condicionada ao alcance de mil “moedas”. Dessa maneira, considerando a pontuação máxima por menor intervalo (15 moedas por até 2 dias após o agendamento), são necessárias cerca de 66 consultas para realizar a troca dos mil pontos, os quais equivalem à 3 consultas cobradas do usuário.

O número de avaliações positivas recebidas de usuários na plataforma também é considerado pela plataforma para adição de benefícios ou pontuação. Por exemplo, para a contratação do plano “First Class”, o profissional de saúde deve ter recebido, pelo menos, três avaliações positivas. Para tanto, o trabalhador deve concordar em ser avaliado pelos usuários e pela própria plataforma, bem como em realizar a sua avaliação sobre o paciente atendido.

No ensejo, faz-se relação com o que está disposto mais a frente, na categoria “Organização e gestão do trabalho”, no que diz respeito à responsabilização do trabalhador, especificamente, na observância dos marcos legais da profissão. Sobre avaliação, a Resolução nº 2.178/2017 do CFM, que regulamenta os aplicativos de consulta médica com atendimento domiciliar, proíbe a prática, a qual deve ser observada pelo Diretor-Técnico Médico indicado pela Plataforma:

Art. 2º - Ao Diretor-Técnico Médico compete:

[...]

g) Vedar a divulgação pelos serviços de aplicativo da avaliação ou ranqueamento dos médicos prestadores de serviço”. (CFM, 2017, p. 138)

A diminuição da autoridade médica pode ser afetada pela maior exposição do seu trabalho submetido à avaliação pública de usuários por meio das plataformas; e, ainda, diante de um contexto de *Gig economy* no qual a telemedicina possibilita um raio de atuação internacional, os médicos de países com salários mais altos terão uma diminuição do poder de barganha.

Na hierarquia social, a profissão médica conta com uma posição que dispõe de características como respeitabilidade, honorabilidade e alta estima social, decorrentes do status que ocupa.

O conceito de status social, segundo Weber (1978), reside na posição que cada grupo ocupa na dinâmica social. A posição ocupada decorre não somente de termos econômicos, mas também de educação, cultura e um estilo de vida específico de quem participa dessa comunidade por relações familiares, amizade, casamento ou atuação política. Dependendo da ordem que ocupa na hierarquia social, indivíduos pertencentes a um determinado grupo podem ter maior capacidade de impor sua vontade aos demais.

O sistema difundido pelas plataformas de classificação e cultura de vigilância afeta um dos aspectos fundamentais daquilo que Riska (2001) entende como base da profissão médica, o conhecimento especializado e a relação de confiança.

A tendência de mercantilização, classificação e transparência do trabalho, quando pensadas na profissão médica, induz à exigência de maior acurácia na avaliação, uma vez que se trata de um serviço que afeta de maneira direta a saúde do usuário que o contrata. Essa dinâmica tem consequências profundas no status da profissão médica, afetando também aspectos relativos à regulamentação, planejamento da força de trabalho e remuneração (NAGHIEH, 2020).

Assinala-se para diminuição do poder das autoridades profissionais médicas em influenciar as políticas de gestão da força de trabalho, regular o acesso à formação e até mesmo regular negociações contratuais do exercício profissional. Para essa discussão, resgatamos o conceito Weberiano de “fechamento social”, compreendendo que as barreiras de acesso à educação médica às fontes de informação e os dispositivos de exclusão credenciados têm sido, tradicionalmente, formas de monopolizar vantagens, promovendo, assim, o exercício de fechamento social (NAGHIEH, 2020).

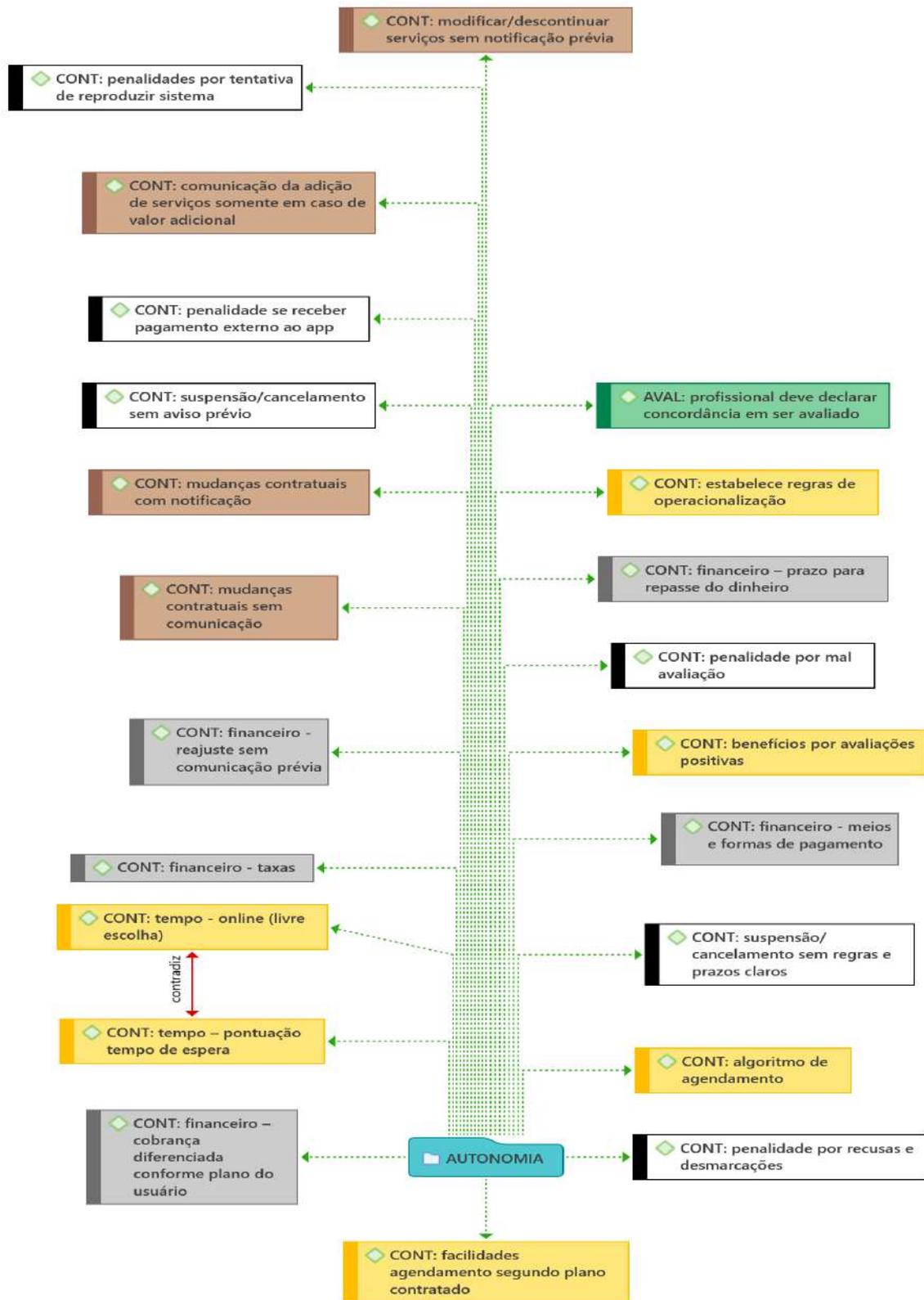
O fechamento social pode se dar de duas maneiras: uma mediante um processo de subordinação de outros grupos assegurando privilégios para si, o fechamento de exclusão; e outra como uma reação de um grupo excluído em resposta à exclusão da condição privilegiada que o outro grupo ocupa, o fechamento usurpatório. Segundo Parkin (1979), este último será sempre uma reação coletiva à exclusão.

Essa teoria pode explicar, conforme Naghieh (2020), o papel das avaliações públicas de médicos e sua relação com o declínio da autonomia e inevitável aumento da regulação e vigilância do exercício profissional, não mais exercidos somente pelos órgãos reguladores oficiais, mas amplamente difundidos na sociedade por intermédio dos ambientes virtuais, por meio dos quais, na perspectiva do fechamento usurpatório, o público tem afetado o monopólio da profissão médica, com relação ao poder, autonomia e autorregulamentação.

O que por um lado é positivo, na perspectiva da autonomia do paciente, tornando menos desigual a relação de poder, por outro lado, acaba por fragilizar a autoridade médica, diminuindo o status social médico.

No âmbito digital, a internet desafia o monopólio do profissional médico na medida em que facilita o acesso à informação de saúde, aprimorando o autodiagnóstico e permitindo que o paciente tenha maior autoconfiança para questionar o diagnóstico do médico (NAGHIEH; PARVIZI, 2016). As empresas de plataforma, nesse sentido, seguem esses passos, com potencial de colocar ainda mais em questionamento a autoridade da profissão médica.

Figura 8 – Categoria de Análise dos Termos de Uso “Autonomia”



Fonte: elaboração própria, a partir dos Termos de Uso acessados até março de 2022.

5.2.4 Relação de trabalho

Na categoria Relação de Trabalho, foram adicionados 7 índices presentes em 16 unidades de registro e contexto destacadas nos Termos de Uso. Os índices se relacionam com as cláusulas que dispõem sobre o tipo de relação existente e a negação de vínculo trabalhista, bem como às regras para rompimento do contrato vigente.

No que se refere ao caráter da relação entre empresa e trabalhador de saúde ou clínicas, percebe-se ênfase na declaração da inexistência de vínculo de natureza societária, empregatícia e/ou econômica.

5. DA INEXISTÊNCIA DE VÍNCULO

5.1. Não se estabelece entre os Profissionais e a [plataforma] qualquer vínculo de natureza societária, empregatícia e/ ou econômica, sendo certo que os Profissionais são livres para cessar a sua utilização do Aplicativo a qualquer momento, ao seu livre e exclusivo critério. A [plataforma] não tem uma rede própria de médicos ou profissionais de saúde, disponibilizando a sua Plataforma para a intermediação na prestação dos serviços de teleatendimento por Médicos e dos Profissionais de Saúde cadastrados no Aplicativo. (T7, p. 9).

O trabalho desenvolvido pelo profissional de saúde dentro da plataforma é definido como “prestação de serviços”. Além disso, conforme apontado no termo de uso, tais serviços prestados é que são intermediados pela empresa, não possuindo esta uma rede própria de profissionais.

A relação regida pelo termo de uso entre empresa e trabalhador de saúde é definida como “relacionamento contratual” ou “relação comercial”, em que o profissional cadastrado no aplicativo é identificado como independente e autônomo em relação à plataforma.

16.9. Este Termo não estabelece qualquer relação de mandato, sociedade e/ou associação, vínculo empregatício, agenciamento, representação, consórcio, joint venture ou responsabilidade solidária entre a Contratada e o Contratante, que são pessoas físicas e jurídicas independentes e autônomas para todos os fins de direito, tampouco confere poderes a uma das partes para a representação da outra em quaisquer negócios jurídicos. A relação aqui estipulada entre a Contratada e o Contratante é válida exclusivamente para o objeto e efeitos deste Termo de Uso. (T5, p. 11, grifo nosso).

Quando a relação ocorre entre as clínicas e a plataforma, é exigido que seja indicado um responsável por fazer a gestão de profissionais que farão atendimento pelo app. Dessa maneira, a plataforma isenta-se da gerência e responsabilidades quanto à relação entre clínica e respectivos profissionais habilitados.

Nota-se, também, cuidado em estabelecer que, em virtude de não existir relação de sociedade entre as partes, é vetada a subscrição de capital de uma empresa para outra, isto é, não há relação estabelecida que dê poderes ao médico sobre o patrimônio da plataforma nem à plataforma sobre o patrimônio do médico como pessoa jurídica ou clínica.

11.9 As partes, em razão da presente avença, não estabelecem nenhuma relação de emprego entre si, de modo que não há vínculo de natureza trabalhista entre o Contratante e a Contratada, ou, ainda, entre os prestadores de serviços ou funcionários de cada uma para com a outra, nem tampouco estabelecem qualquer relação societária, não havendo, nesta última hipótese, nenhuma subscrição de capital de uma empresa para outra, nenhuma formação de Grupo Econômico, nem qualquer vínculo recíproco na qualidade de Controladas, Controladoras e Subsidiárias. (T4, p. 9, grifo nosso).

Chama atenção uma das cláusulas nas disposições gerais do termo de uso, última seção do documento, declarando a igualdade de poder de negociação entre as partes ao firmar o contrato em questão.

11.3 – As Partes declaram que: (i) têm capacidade plena na esfera civil, (ii) foram plenamente informadas, com relação aos aspectos legais, econômicos, financeiros e fiscais do Instrumento, (iii) não observam nenhum traço de poder de negociação desigual entre elas, e (iv) celebram este instrumento baseadas nas suas respectivas perspectivas econômico-financeiras. (T6, p. 8).

Tal afirmação se mostra contraditória, na medida em que, diferentes cláusulas anteriores dispõem sobre regras de funcionamento, penalidades, premiações e claro poder de decisão unilateral pela plataforma em casos de suspensão ou cancelamento de conta. Ademais, não se identifica em nenhum dos termos analisados artigo que indique possibilidade de negociação e alteração dos contratos firmados quando do interesse do profissional de saúde.

Um dos trechos destacados ressalta que “o prestador é livre para aceitar ou recusar o agendamento do usuário” (T1, p. 1) e, ainda, que é ele quem decide sobre sua disponibilidade para a prestação do serviço. Contudo, na categoria “Autonomia”, foram apresentados alguns índices relacionados com os mecanismos utilizados pela empresa para controlar tanto o tempo *on-line* do trabalhador quanto a aceitação de consultas agendadas, estabelecendo perda de pontuação ou suspensão em casos de recusas frequentes aos agendamentos propostos pelo algoritmo da plataforma.

Outro aspecto analisado nessa categoria envolve as disposições relativas às regras de rescisão contratual.

No que se refere à parte da plataforma, percebe-se o poder de encerramento do contrato a qualquer momento, sem a necessidade de comunicação prévia e sem que isso enseje a

devolução dos valores já pagos, em caso de assinaturas ou planos especiais pagos antecipadamente.

A rescisão contratual também pode ser feita por justa causa nos casos de falência, pedido de recuperação judicial; prestação de serviços de maneira defeituosa constantemente e descumprimento de cláusulas estabelecidas no termo de uso.

Entre os motivos que podem determinar a suspensão contratual, cita-se:

O cancelamento persistente de consultas agendadas pelo Contratante ou recusa na aceitação de pacientes, violação do Contrato, disseminação de spam; utilização do Calendário de Consultas de uma forma que seja prejudicial para outros usuários da Internet; manipulação de dados de outros Usuários e/ou Profissionais do Site ou da Contratada; adulteração do código fonte do Calendário de Consultas; tentativas não autorizadas de reproduzir o Calendário de Consultas; violação dos interesses pessoais da Contratada e prática de atos de concorrência desleal contra a Contratada. (T5, p. 8).

Nas situações não previstas como justa causa, para retirar-se da relação contratual, sem ônus, o trabalhador deverá notificar a empresa com antecedência mínima de 30 dias e cumprir com todas as consultas agendadas durante o período em que o contrato ainda estava vigente.

7.2 – O PRESTADOR poderá rescindir o presente contrato, sem qualquer ônus mediante o envio de notificação escrita à [plataforma], com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, bem como deverá realizar todos os atendimentos agendados no período de vigência do contrato. (T6, p. 6).

A análise feita por Lima (2017), com vistas a auxiliar na caracterização da natureza jurídica da contratação médica feita por empresas-aplicativos, compreende esse tipo de relação como um contrato de emprego, visto que também se percebem todos os elementos fático-jurídicos que definem uma relação empregatícia.

Com respeito a um dos elementos jurídicos que vão caracterizar a relação de emprego, a não eventualidade, percebemos mecanismos de indução e controle da quantidade de consultas, tal como a exclusão do médico que fizer recusas sucessivas.

A antítese entre a liberdade de o médico escolher os pacientes, bem como determinar sua jornada de trabalho, contrapondo-se às penalidades impostas pelo aplicativo, deixa também difusa a identificação da relação de subordinação jurídica. Entretanto, o fato de o médico ter seu horário, local e quantidade de trabalho flexível não desconfigura uma relação empregatícia, visto que esse tipo de condição está previsto no art. 62 da CLT (BRASIL, 2017).

Para além disso, há o entendimento da existência de uma relação de subordinação estrutural, isto é, o médico acolhe estruturalmente o *modus operandi* da empresa, absorvendo todos os seus pressupostos. A relação de consumo estabelecido não ocorre entre médico e

cliente, mas sim entre cliente e aplicativo, por meio do qual é contratado o trabalho profissional (LIMA, 2017).

De maneira geral, é possível inferir que, ainda que não exista um contrato formal de trabalho, há uma relação de subordinação jurídica marcada pelo controle do tempo, do algoritmo para agendamento, do processo de trabalho, das medidas punitivas, como suspensão e cancelamento de conta, entre outros mecanismos. Dessa forma, que fica claro que não se trata de um retorno à raiz de trabalho autônomo da medicina (LIMA, 2017).

No entanto, pesquisas desenvolvidas com trabalhadores de plataformas como Uber e iFood identificam que não é um debate simples. Ainda que os dados levantados em tais pesquisas mostrem que se trata de um trabalho assalariado, segundo os conceitos da sociologia do trabalho, a maioria dos trabalhadores não se entende como empregado, e sim como autônomos. Essa compreensão está, em sua maior parte, sustentada na suposta autonomia para gerir a própria carga horária de trabalho e pela ausência de uma supervisão direta, fazendo com que a relação de subordinação de trabalho não seja claramente identificada, tal como se observa em vínculos de trabalho formais.

O chamado empreendedorismo, conceito muito bem analisado por Dardot e Laval (2016), tem forte apelo entre os trabalhadores de plataformas digitais, assim como entre toda a sociedade neoliberal. Há uma crença e exaltação do empreender, como forma de garantir o próprio sustento a partir da criatividade, proatividade e trabalho árduo, de forma autônoma. Isso está muito presente entre a categoria médica, também muito vinculado à história da profissão pela raiz liberal, com muito peso do trabalho autônomo.

Em paralelo a esse fenômeno, o trabalho por aplicativo, supostamente, adiciona-se como meio de possibilitar que mais pessoas possam empreender. Todavia, cabe trazer para discussão que não se trata de uma associação direta e determinante o ganho por produção e o trabalho autônomo, tampouco empreendedor. Isto é, nem todo aquele que ganha de acordo com a sua produção pode ser entendido como autônomo/empreendedor, visto que, no momento que um trabalhador desenvolve produção em atividade econômica que não lhe pertence ele está trabalhando para alguém, ou seja, é emprego e não um empreendimento próprio.

A relação de emprego e o trabalho autônomo, juridicamente, tem como elemento central se existe subordinação de um trabalhador ao desenvolver suas atividades como parte do negócio de outra pessoa ou se esse trabalhador desempenha atividade econômica em seu próprio negócio. Isto significa que, quando os frutos obtidos pelo trabalho é alheio ao trabalhador, não se pode dizer que se trata de trabalho autônomo, e sim de assalariamento, que pode se dar por meio de uma remuneração fixa ou variável, por tempo ou produção (CARELLI; OLIVEIRA,

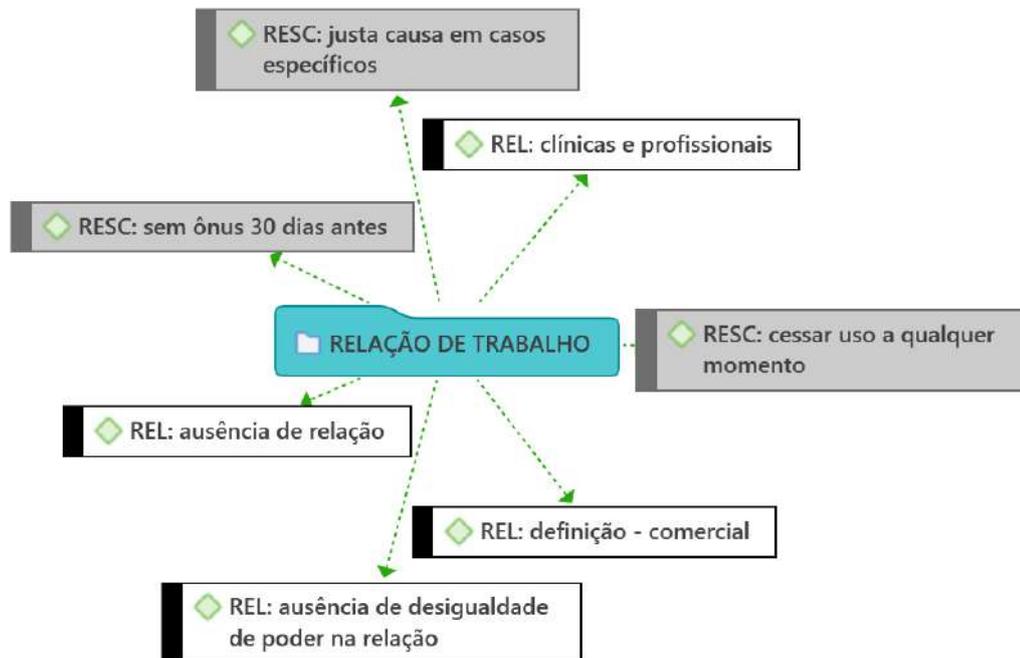
2021). Além disso, os algoritmos e outros mecanismos utilizados por meio da programação virtual garantem o controle do trabalho desenvolvido, determinando a relação de subordinação.

No contexto de relações de trabalho fragilizadas, cabe inferir que há um aprofundamento da assimetria entre capital e trabalho, visto que a ausência do Estado determina a ausência de mecanismos de proteção e, portanto, facilita a exploração desenfreada do trabalho humano.

Sem regulação do trabalho de caráter protecionista diante de uma relação assimétrica, o trabalho apenas reproduz o pauperismo e seus efeitos deletérios de desigualdade e pobreza. Sem a incidência de regras de civilidade e dignidade para com os humanos trabalhadores, os aparatos tecnológicos das plataformas híbridas [as que interferem na relação entre usuário e profissional] e seus diversos mecanismos de poder e controle prosseguirão na intensificação da assimetria com provável repetição das tensões sociais que constituíram a conhecida ‘Questão Social’ do século XIX. (CARELLI; OLIVEIRA, 2021).

Na nova dinâmica de trabalho e diante da fragilidade na regulamentação da atividade laboral, os profissionais não contam com nenhum sistema de proteção social e da saúde do trabalhador, não tendo qualquer cobertura previdenciária ou trabalhista. Nesse sentido, fica clara a necessidade da definição de uma nova pactuação jurídica que possa mediar a liberdade empresarial e a proteção dos trabalhadores (SUPPIOT, 2009).

Figura 9 – Categoria de Análise dos Termos de Uso “Relação de Trabalho”



Fonte: elaboração própria, a partir dos Termos de Uso acessados até março de 2022.

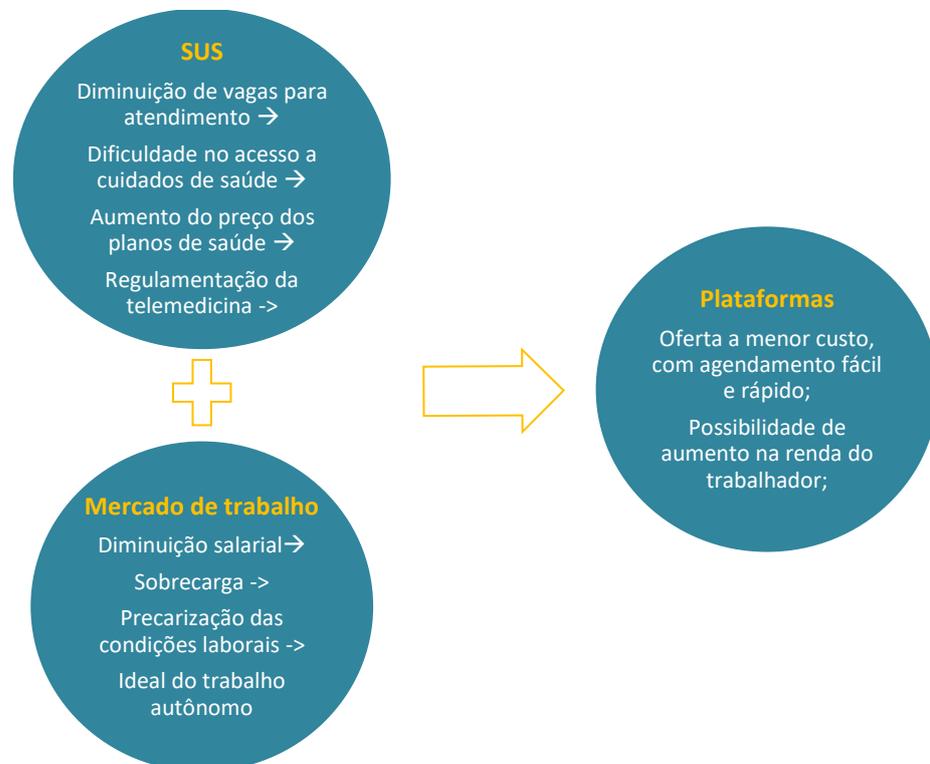
6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O crescimento do mercado de plataformas digitais na saúde, evidenciado nesta pesquisa, relaciona-se com dois aspectos centrais: o primeiro são as possibilidades dadas pelas TIC e a facilidade de início de atividades sem um grande investimento inicial; e o segundo é a atratividade do setor saúde em um contexto global de enfraquecimento da oferta pública de assistência, com crescimento do setor privado, contrastando com a queda da renda média da população e, conseqüentemente, maior dificuldade de adesão aos planos tradicionais de saúde.

Esse contraste cria barreiras para o acesso ao atendimento médico, criando nicho para a expansão de planos de saúde populares e para as novas modalidades assistenciais ofertadas por meio das empresas aplicativos, as *health techs*.

A esse cenário, adiciona-se o contexto da pandemia de COVID-19, que intensificou as relações virtuais no âmbito da saúde, com a regulamentação e a ampliação das possibilidades de exercício da telemedicina no Brasil e o forte apelo da retórica de autonomia sobre a jornada de trabalho.

Figura 10 – Diagrama de fatores favoráveis às plataformas digitais em saúde



Fonte: elaboração própria com base no referencial teórico.

No sentido de nos atermos às categorias construídas em nossos resultados, realçamos alguns conceitos para nossa análise.

O conceito de profissão como “ocupação auto-regulada, que exerce uma atividade especializada, fundamentada numa capacitação ou formação específica, com forte orientação para o ideal de servir à coletividade, norteada por princípios ético-profissionais definidos por ela mesma” (MACHADO, 1997, p. 1), soma-se ao que traz Supiot (2019) a respeito da existência de determinados trabalhadores liberais que exercem suas atividades reguladas por uma ética diferente das leis do mercado, e sim por um ideal de benefício coletivo.

Essa característica, observada, em geral, nas profissões liberais, favorece a vinculação do trabalho com o seu sentido e conteúdo, podendo exercer o papel de proteção diante da exploração do trabalhador segundo a livre regulação do mercado.

Isso nos remete à característica da profissão médica como uma categoria com forte regulação por seus órgãos de classe, como o CFM, as Sociedades e Associações de Especialidades, com amplo poder político no âmbito do Estado.

Ao analisarmos as observações feitas quanto à organização e gestão do trabalho das plataformas, notamos que a desvinculação com o setor de serviços no qual desenvolve as atividades – isto é, o setor saúde – fragiliza a proteção conferida pelo estatuto da instituição profissional e aumenta a exposição do trabalho médico às leis do mercado, colocando esse trabalho no mesmo patamar daqueles que não possuem instituições reguladoras profissionais norteadas pelo ideal coletivo.

Por outro lado, esse ideal de benfeitoria coletiva do trabalho – que Maurice Hauriou (1933) conceitua como a “ideia de obra” – vem sendo explorado, principalmente, por grandes empresas como estratégia de acessar a subjetividade de seus trabalhadores, fazendo-os se reconhecer e ver sentido no trabalho, alcançando, assim, maior comprometimento com os objetivos estratégicos da empresa e aumento na produtividade (SUPIOT, 2019).

Ressaltamos, nesse aspecto, que, nas profissões da saúde, é mais fácil acessar esse comprometimento ideológico, em virtude de a construção da profissão ter o embasamento em princípios bioéticos fortes com a perspectiva de desenvolvimento do trabalho em prol do bem comum.

Nesse sentido, cabe uma análise subjacente, apontada por Machado (1997) quando chama atenção para a fusão entre o âmbito do trabalho e o da vida pessoal, observada na profissão médica como em pouquíssimas outras. Essa característica, juntamente com o acesso à subjetividade do trabalhador a partir do ideal de bem comum, sinaliza para a possibilidade de intensificação da dinâmica laboral, quando falamos de tecnologias com capacidade de acessar

todos os ambientes e momentos da vida cotidiana, permitindo que o tempo de trabalho ultrapasse ainda mais o espaço de vida pessoal.

Em primeiro momento, o dito trabalho autônomo resguarda a plataforma no sentido de que, por serem autônomos, os trabalhadores, dessa forma, possuem liberdade para gerir a própria jornada de trabalho. No entanto, os achados da pesquisa a respeito da autonomia *versus* controle por algoritmo mostram que, em verdade, não existe trabalho autônomo por meio das plataformas digitais analisadas.

Lembremos que o fundamento da prática liberal, no qual a medicina se enquadra, assenta-se na autonomia técnica e econômica. Além disso, seu exercício consiste na “liberdade de pensar, de agir e de estipular o valor monetário de seus serviços” (MACHADO, 1997, p. 2), caracterizando liberdade de gerir integralmente a relação produtor-consumidor.

Embora a profissão médica possua alto grau de autonomia técnica e econômica que lhe confere maior poder sobre seu processo de trabalho, notamos nos mecanismos de controle das plataformas a fragilização dessas características centrais.

No momento que é vedado ao médico o conhecimento sobre o funcionamento do algoritmo, diante da possibilidade de mudanças nas regras de operacionalização do aplicativo sem consulta prévia, da predileção das avaliações de usuários na definição de conduta no atendimento, exemplifica-se que o processo laboral médico vem sendo afetado e que há uma condição desfavorável para o médico na relação com a plataforma.

Não está somente sobre o poder do médico a definição do valor financeiro de seus serviços. O preço cobrado pela consulta é definido pela plataforma, em muitos dos casos, padronizado entre todos os médicos cadastrados.

Nota-se, dessa maneira, que o mesmo ruído observado por Machado (1997) quanto à implicação para a autonomia profissional, perante a forte institucionalização que passa a categoria médica, também é notado no trabalho por aplicativos de consultas.

Naquele momento, a autora aponta para a crescente institucionalização da profissão em organizações com rígidos sistemas burocráticos de controle sobre os trabalhadores que permitem o ajuste entre os objetivos finalísticos dessas organizações – prestar assistência – aos interesses lucrativos. Tanto nas plataformas assim quanto nas organizações, o médico perde o controle sobre a produção, a distribuição e o preço final do serviço, comprometendo a autonomia como princípio real da profissão.

É importante mencionar que, diante da forte institucionalização da profissão, com burocratização, rotinização do trabalho, existe um apelo à retomada para prática liberal que vem sendo utilizada pelas empresas de plataforma. No entanto, a análise nos permite dizer que não

estamos diante desse retorno, mas sim de continuidade de um controle a partir de técnicas mais refinadas com o uso das TIC.

Outro fato observado em nossas análises diz respeito ao enfraquecimento da autoridade médica, isto é, a diminuição do poder vinculado ao status social da profissão. Em qualquer relação de dominação, é necessário que exista legitimidade, estabelecida pela aceitação e reconhecimento de autoridade (WEBER, 1979).

No relacionamento entre médico e paciente, a construção social da medicina e o desigual domínio sobre conhecimento técnico-científico conferem ao médico confiança e credibilidade profissional, com poder de ação sobre o corpo do paciente, que se mantém passivo ante a conduta terapêutica (MACHADO, 1997).

No entanto, nos anos mais recentes, o uso das ferramentas de pesquisa na internet, conferindo maior acesso à informação em saúde, e a dinâmica de funcionamento dos aplicativos de consultas médicas, com avaliações públicas, têm implicações para a relação de dominação entre profissional e paciente, fragilizando a autoridade médica (NAGHIEH, 2020).

À medida que o paciente se sente provido de conhecimento suficiente para assumir postura menos passiva na relação, passa a questionar a conduta terapêutica. Além disso, no atual momento em que se fortalece uma cultura de tomada de decisões a partir das avaliações públicas de outros usuários/consumidores, o paciente, ao discordar da opinião profissional, torna pública sua avaliação nos espaços fornecidos pela plataforma e, assim, coloca em xeque a autoridade do médico, inclusive, disputando a orientação da prática quando a avaliação é legitimada e considerada pela empresa ao aplicar penalidades ao profissional ou estabelecer benefícios àqueles que não recebem avaliações negativas.

Dentro da discussão sobre a propriedade dos dados, devemos mencionar que, no momento atual do neoliberalismo, “os dados podem ser compreendidos como forma de capital porque se tornaram parte essencial do capitalismo contemporâneo” (SADOWSKI, 2022, p. 243).

Todos os setores da economia foram, em alguma medida, afetados pelo imperativo do uso dos dados, com mudanças organizacionais para criação de bancos de dados e uso deles para orientar a tomada de decisões estratégicas. A posse e o domínio técnico sobre as possibilidades do seu uso conferem poder de monitoramento e influência sobre indivíduos e grupos.

O direito de propriedade sobre os dados fornecido pelo paciente e pelo médico ao aceitar o termo de uso confere às plataformas enorme poder. Ao operacionalizar e manipular os dados de um conjunto de pacientes e trabalhadores, é possível monitorar, gerenciar e influenciar suas decisões. Isso exemplifica o fortalecimento da biopolítica na era digital mencionado por

Sadowski (2022) e reflete a ampliação e o aprofundamento daquilo que Foucault descreveu como biopoder, ou seja, é possível, por meio da manipulação algorítmica de dados, o exercício do controle coletivo a nível de nações.

O domínio sobre os dados pelas empresas de consulta médica expressa o exercício do biopoder sobre decisões diretamente ligadas à saúde dos indivíduos, tais como escolha de medicamentos, realização de exames ou procedimento, entre outros. O uso de dados pode ser compartilhado e guiar estratégias de marketing, dentro de uma lógica de big data, o que corrobora ainda mais uma vulnerabilidade social dentro do capital

Nesse sentido, ao considerarmos a existência de plataformas globais de saúde, podemos dizer que o conjunto de dados inseridos no sistema das empresas é ainda mais valioso do que as consultas realizadas, conferindo poder imensurável sobre a saúde individual e coletiva aos objetivos mercantis.

A respeito desse poder, é importante fazer referência à análise feita por Nick Couldry (2022) que assinala para o colonialismo de dados e como o controle deles afeta de maneira diferente os países do sul global, visto que, em geral, nesses países, a proteção sobre os dados das pessoas é menor. Isto é, em países de economia menos desenvolvida, há menor compreensão sobre os riscos do fornecimento de informações pessoais às empresas de tecnologia, dessa maneira, existem menos barreiras de acesso do que em países centrais.

Assim como em outros períodos da história, a transformação tecnológica atual implica diferentes âmbitos da sociedade, requerendo novos acordos sociais, com revisão dos pactos em torno do arcabouço jurídico, da ética individual e coletiva, da organização do processo produtivo, entre outros aspectos. Um momento que traz riscos e oportunidades.

Os riscos relacionam-se com o aprofundamento do trabalho como mercadoria (SUPIOT, 2019), com a mercantilização do tempo de trabalho reprodutivo e de setores da sociedade que ainda contam com alguma proteção das leis do mercado (HUWS, 2020a), tal como a saúde, e com a intensificação do controle biopolítico (SADOWSKI, 2022).

O que está colocado hoje são tecnologias com capacidade de agir sobre a vida humana – corpo, mente e vida em sociedade. Ademais, o abismo entre os que conhecem e sabem operar tais engenharias e aqueles que não sabem é enorme (HARARI, 2018, p. 278), em especial, quando consideramos as desigualdades de formação profissional em nível mundial.

De um ponto de vista bioético, o uso indevido de informações é quebra de princípios de confiança e transparência, que são pilares em relações de cuidado, especialmente dentro do contexto de saúde. Além disso, destacamos que essa assimetria entre quem tem controle de dados e do conhecimento de manipulação deles, gera uma nova dimensão de vulnerabilidade

aos indivíduos que não os têm. O momento em que se encontram, a doença ou condição de saúde fragilizada, informações sobre gênero, orientação sexual, raça/cor, podem expor a pessoa de formas distintas. Para além da força legal, debatemos a ideia de ética de relação e ética no uso de informações, especialmente sensíveis (dados pessoais).

As oportunidades relacionam-se com a possibilidade histórica de estabelecer, além do emprego assalariado, o que a constituição da OIT chama de “um regime de trabalho verdadeiramente humano” (SUPIOT, 2019); utilizando a tecnologia para diminuir o tempo de trabalho com tarefas operacionais e repetitivas para aumentar o tempo de trabalho inteligente e criativo, norteados pelos princípios de trabalho decente, considerando toda a variabilidade de modos de atividades laborais. Além disso, aproveitando a oportunidade para “substituir no estatuto laboral a concepção mercantil do trabalho pela concepção ergológica subjacente à Declaração de Filadelfia” (SUPIOT, 2019, p. 12).

As vantagens tecnológicas residem também na possibilidade de criar formas de trabalho e produção de riquezas que se adequem às condições de sustentabilidade ambiental, fazendo frente à crise ecológica pela qual passamos.

Uma das formas de enfrentamento da questão do monopólio dos dados é, ao invés de manter a posse dos dados como capital privado limitado a poucas grandes empresas que utilizam para obtenção de lucro, realizar a desmercantilização dos dados tornando-os um recurso público que possa ser coletivizado, permitindo que sejam utilizados por toda a sociedade, e não somente por um pequeno grupo de empresários (SADOWSKI, 2022).

No entanto, devemos lembrar que é necessário conhecer o funcionamento de tais tecnologias, para, assim, operacionalizá-las para fins sustentáveis, democráticos e humanísticos. Ou seja, há a necessidade de democratizar acesso às tecnologias e compartilhamento de saberes.

O conhecimento sobre como operacionalizar os dados, produzir informações e gerenciar coletividades pode instrumentalizar o conjunto da população, trabalhadores, minorias, academia, para fins alternativos à geração de lucro, disputando em condição menos desigual com as forças do mercado.

Isso possibilita, por exemplo, que os dados obtidos pelas plataformas digitais e por outras empresas privadas de saúde integrem um banco de dados público possível de ser acessado por instituições de pesquisas, gestores de saúde das diferentes esferas, conferindo maior domínio sobre o perfil da população e permitindo a construção de políticas de saúde mais efetivas.

No sentido de ressaltar as oportunidades favoráveis pelo avanço tecnológico, Ursula Huws assinala que:

[...] a história da divisão técnica do trabalho não é apenas uma história sobre novas tecnologias sendo desenvolvidas para baratear o valor do trabalho e gerenciá-lo de forma a pressionar os trabalhadores. É também uma história de trabalhadores que usam essas tecnologias para seus próprios fins (HUWS, 2020b, p. 336).

Nessa perspectiva, ressaltamos as iniciativas observadas no período da pandemia de COVID-19 voltadas para o fortalecimento de redes de apoio, para viabilizar assistência de saúde e monitoramento epidemiológico, para permitir a manutenção das atividades laborais sem expor os trabalhadores aos riscos, entre outros variados fins dados ao uso tecnológico.

A autora segue mencionando as iniciativas locais voltadas para o combate às mudanças climáticas, para organizar o uso de alimentos que seriam desperdiçados e fornecer refeições a populações vulneráveis ou para distribuir fontes de energia renováveis.

São iniciativas que podem ser utilizadas pelas instituições governamentais como piloto para engendrar a organização e a regulação da oferta pública de serviços à população, utilizando, por exemplo, plataformas digitais que permitam, a baixo custo, a oferta e a contratação de serviços que se apoiem nas atividades reprodutivas do trabalho, no transporte, nos cuidados em saúde, entre outros.

Dessa maneira, Huws (2020a) reforça a necessidade de construção de um novo pacto político de Estado de bem-estar social. Um pacto que tenha como pilares a desmercantilização de tecnologias digitais, sob controle local e democrático, a valorização de modelos pré-figurativos, tais como as iniciativas citadas acima, serviços públicos universais, redistribuição de renda e reforma no direito do trabalho.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Compreender o trabalho como mercadoria fictícia nos permite entender que a normatização criada para colocar valor financeiro sobre ele se trata de uma ficção construída dentro da sociedade capitalista. Nesse sentido, refletir sobre as transformações tecnológicas mais recentes e seu potencial disruptivo faz com que sejamos impelidos a rever o que temos hoje, provocando a revisão das estruturas legais e organizacional vigentes, na medida em que modificam as relações sociais e a organização produtiva no mundo, abrindo a possibilidade de construir mudanças estruturais na sociedade.

As inovações atuais têm o potencial de facilitar mudanças na organização da sociedade em seus diferentes âmbitos, para novas formas que, no Estado atual, pendem para características adequadas ao modelo socioeconômico e político majoritário, mas não se restringindo a apenas esse lado.

Com ênfase, destacamos que, do outro lado, existe o potencial de promover mudanças disruptivas voltadas para a construção de um modelo de sociedade alinhado com princípios de sustentabilidade, trabalho decente e equidade social, se utilizadas para esses fins, com forte controle social e construção coletiva.

À guisa de exemplo, citamos o desenvolvimento de aplicativos e a realização de videochamadas para acompanhamento de saúde da população na pandemia, para ofertar assistência a territórios de difícil acesso, para viabilizar o trabalho remoto e diminuir a exposição de pessoas de grupos de risco. Ressaltamos, ainda, o uso da internet para criação e fortalecimento de grandes redes de apoio que possibilitaram estratégias de proteção social entre comunidades de maior vulnerabilidade onde o Estado se mostrou ausente.

No entanto, ainda que existam experiências valiosas e grandiosas do uso tecnológico, no decorrer da pesquisa, foi possível perceber que as mudanças estruturais têm se dado com a balança pendendo mais para os interesses econômicos neoliberais.

Assim, observa-se a construção simbólica em torno de tudo aquilo que está relacionado com as inovações tecnológicas, assentado na ilusão de aspectos como o empreendedorismo, a autonomia laboral, o custo zero de produção e o retorno financeiro fácil; ao passo que são aperfeiçoados os mecanismos de controle do processo produtivo com estratégias que atuam nos elementos subjetivos dos indivíduos, provocando mudanças comportamentais e de projetos de vida.

No mesmo sentido, percebe-se uma linha de atuação no âmbito do direito na perspectiva de flexibilizar legislações locais e específicas permitindo o desenvolvimento das atividades produtivas de empresas de TIC com menor grau possível de regulamentação.

Agora, à semelhança do que ocorreu nos momentos anteriores de grandes transformações tecnológicas, nota-se impacto na organização do trabalho, no processo produtivo, no funcionamento do mercado, nas relações pessoais e coletivas, bem como na subjetividade.

De forma associada à ilusão do empreendedorismo e vinculada ao espírito neoliberal, localiza-se o ideal do trabalho liberal na categoria médica que encontra nas plataformas a expectativa de exercício do trabalho autônomo. Esse ideal é explorado pelo *marketing* das empresas como forma de atrair a mão de obra médica para cadastro na plataforma.

No entanto, a partir da análise do funcionamento do aplicativo e das disposições dos Termos de Uso, foi percebido um conjunto de formas de controle e indução do trabalho médico segundo os interesses da empresa, controle desenvolvido por meio de estratégias financeiras, monopólio de informações, controle do algoritmo, penalidades ou com estímulo positivo, tais como bonificações e prêmios.

Esses mecanismos comprometem a possibilidade de exercício da autonomia do trabalhador na definição da jornada de trabalho, do valor da consulta e, ainda, na conduta terapêutica.

De maneira contrária às aspirações do médico, levantamos a discussão da fragilização do status social da profissão, poder conferido, primordialmente, pela delimitação de atos restritos a essa categoria, pelo acesso limitado à formação médica e ainda por poucas fontes públicas de informação sobre saúde para a população geral.

Esses pontos centrais na manutenção do status médico são ameaçados à medida que as plataformas digitais oferecem a possibilidade de avaliação pública do atendimento médico recebido pelos usuários.

Dessa maneira, ainda que a regulação do trabalho, legalmente amparada, seja feita pelos órgãos competentes da categoria, a visualização pública das avaliações acaba influenciando na escolha por outros pacientes, sem esquecer de mencionar que são opiniões consideradas na análise da plataforma para aplicação de penalidades ou benefícios aos profissionais.

Nesse sentido, o poder do usuário, ao difundir avaliações na *web*, disputa com o poder de manutenção do status profissional, quando repercute entre outros pacientes, podendo alcançar e influenciar decisões de gestores e instituições regulamentadoras para a categoria

médica, estimulando, dessa maneira, aumento da fiscalização do trabalho e funcionando por si mesmas como mecanismos de monitoramento e controle difundidas amplamente na sociedade.

Outro elemento de fragilização da base do status médico consiste na intensificação e na democratização do uso das TIC, popularizando o acesso às informações e o consequente aumento da literacia em saúde⁹, o que provê maior segurança ao paciente para participar de maneira mais ativa na construção do seu projeto terapêutico, inclusive questionando diagnósticos e condutas propostas pelo médico. Além disso, mencionamos o uso das TIC na formação técnica-profissional por meio de Educação a Distância (EaD), abrindo frestas nas barreiras para a educação médica.

No âmbito dessa discussão, similar ao que levantamos a respeito das possibilidades e desafios do uso das TIC, o empoderamento social a partir do acesso facilitado à informação em saúde não é em si um problema, mas levanta questões que podem ser positivas e negativas e que modificam a estrutura social de hoje. Isto é, a internet, quando bem utilizada, permite ao paciente ter mais ciência de seus direitos e de exercer um papel participativo no seu processo terapêutico, de uma forma que faça sentido a ele. Dessa maneira, a assimetria de poder construída socialmente entre médico e paciente pode ser diminuída, refletindo-se como uma mudança positiva.

Identificamos uma mudança no nível assistencial de atuação das empresas no sistema de saúde. As primeiras empresas a iniciarem as atividades no Brasil ofertavam consultas estritamente delimitadas no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), principalmente voltados para clínica médica, geriatria e pediatria.

Com o avançar do tempo e, em especial, com a intensificação da telemedicina, combinados com o avanço das tecnologias e com o acesso da população à internet e a dispositivos móveis, percebemos uma ampliação para consultas com mais especialidades, acessando um outro nível de assistência no SUS que, atualmente, consiste em um grande desafio na organização da rede de saúde, a atenção ambulatorial especializada.

Hoje, a oferta de consultas por meio das plataformas é feita para um rol de especialistas expressivamente maior, tais como oncologistas, cardiologistas, endocrinologistas, psiquiatras, mastologistas, entre outros.

⁹ A OMS define literacia em saúde como o conjunto de “competências cognitivas e sociais e a capacidade dos indivíduos para ganharem acesso a compreenderem e a usarem informação de formas que promovam e mantenham boa saúde (WHO, 1998): é a capacidade para tomar decisões em saúde fundamentadas, no decurso da vida do dia a dia – em casa, na comunidade, no local de trabalho, no mercado, na utilização do sistema de saúde e no contexto político; possibilita o aumento do controle das pessoas sobre a sua saúde, a sua capacidade para procurar informação e para assumir responsabilidades”.

O número insuficiente de vagas ofertadas no âmbito público do SUS para pacientes que necessitam de consultas especializadas, os altos preços para acesso particular, além da redução da cobertura de serviços amparados pelos planos de saúde, criam uma demanda grande para esse nível de atenção. Assim, a oferta facilitada e com preço “acessível” de consultas por intermédio das plataformas digitais de saúde encontra adesão da população.

Nesse sentido, levantamos o debate a respeito do possível impacto desse serviço como mais uma porta de entrada no sistema de saúde sem que ainda seja possível afirmar se o fluxo vai migrar para a rede pública ou para rede suplementar de saúde. No entanto, podemos inferir que o atendimento realizado produzirá uma nova demanda para continuidade do cuidado, seja por meio da realização de exames/procedimentos ou novas consultas para acompanhamento.

Outra mudança relacionada com os serviços ofertados foi a inserção do atendimento de casos de urgência, ou seja, casos que demandam um atendimento urgente, mas que não configuram risco de morte. Além disso, vemos ampliação de benefícios, convênios, parcerias e aumento do rol de exames e procedimentos, mostrando que as empresas têm estendido sua rede de cobertura e sua carteira de serviços.

Nesta pesquisa, não foi possível analisar o processo de trabalho, na perspectiva da atividade, tampouco avaliar o impacto para a rede de saúde, duas vertentes que muito nos mobiliza e que, por isso, sinalizamos para próximos estudos.

Além disso, ficam inquietações a respeito do perfil profissional, em especial, sobre a distribuição de gênero, raça/cor e linhagem familiar médica.

Uma das coisas que vêm sendo observadas na categoria médica, desde a década de 1990, é a feminilização da profissão. Diante dessa tendência, a apresentação das plataformas, voltada, em especial para mulheres, como possibilidade de jornada de trabalho flexível, haja vista a necessidade de conciliar com as atividades domésticas e cuidado familiar, tem sido observada em outros setores econômicos. Assim, fica a indagação se há uma associação de gênero no perfil de médicos cadastrados nesses aplicativos.

A respeito da questão raça/cor, um dos aspectos que vêm sendo levantados entre outros ramos do mercado é a maior dificuldade de trabalhadores pretos e pardos conseguirem contratação de seus serviços. Por ser uma profissão elitizada, a medicina ainda conta com uma proporção menor de pessoas pretas e pardas. Assim, questionamos se a distribuição racial dentro das plataformas é a mesma que a observada fora e se esses profissionais também contam com dificuldade nos aplicativos para agendamento de consultas.

Além disso, é sabido que, no Brasil, existe uma associação entre pessoas pretas e pardas e uma condição socioeconômica mais baixa, participando de grupos sociais com menor condição de renda para consumo de serviços mais caros.

Isso nos leva a pensar que médicos pretos e pardos têm maior dificuldade no início da carreira para consolidação de clientela, visto que seu meio social prévio e sua composição familiar, em sua maioria, estão mais voltados para acessar assistência de saúde em unidades públicas e não contam com a facilidade da “linhagem médica familiar”, com transferência de clientes a partir de indicação. Nesse sentido, a investigação da composição familiar por outros médicos (avô, pai, primo) é importante para avaliar a busca na formação de clientela, bem como para cruzar com a questão racial.

Não ficou claro na pesquisa se os dados pessoais dos pacientes, como endereço, telefone, e-mail, estão disponíveis para o médico. Na condição de não ter acesso, impossibilita-se a criação de clientela por profissionais que buscam a plataforma com esse fim.

Entre as dificuldades enfrentadas na pesquisa, devemos mencionar as já esperadas barreiras de acesso a dados das empresas e, especialmente, dos usuários e trabalhadores cadastrados.

A ausência de regulação da ANS em virtude dessas empresas dispensa a inclusão de cadastro na base de dados da Agência. Como empresa de tecnologia e sem relações formais de trabalho com os profissionais de saúde, também não requer registro em outras esferas governamentais. Tais fatores resultam na inexistência de um banco público em que possa ser identificado o total de empresas nessa modalidade.

Dessa maneira, a fim de perceber e dimensionar a amplitude do problema de pesquisa, a técnica de amostragem não probabilística *Snowball Sampling* foi realizada. Entretanto, após o fechamento dos nossos resultados, o processo trabalhoso de busca fez com que pensássemos em outras estratégias, a fim de tornar viável a atualização com maior facilidade em futuras pesquisas.

Fizemos, assim, uma programação por meio da ferramenta da Google “Custom Search Engine” (CSE), para uma busca de palavras-chave nas duas principais lojas de aplicativos utilizadas por dispositivos móveis de sistema Android ou iOS, respectivamente, a Play Store ou a Apple Store.

Essa busca retornou um expressivo número de aplicativos semelhantes que precisam ser analisados quanto aos critérios de inclusão ou exclusão estabelecidos na pesquisa. Consiste em uma técnica infinitamente mais rápida para o levantamento inicial de plataformas.

Ressalta-se que pode ser adicionada a uma página pública da *web* como caixa de busca, permitindo a reprodução dessa etapa por outros pesquisadores que tenham interesse no tema. Enfatizamos, ainda, que foi uma técnica desenvolvida após a finalização da busca e que, portanto, não considerada para os resultados analisados na pesquisa.

Por fim, destacamos que é possível e necessário vislumbrar possibilidades na adoção de estratégias que permitam o uso da tecnologia para ampliação e facilitação do acesso à assistência em saúde, sem fragilização das relações laborais e proteção trabalhista.

Consideramos, como uma das coisas fundamentais na pesquisa, ressaltar a importância de os trabalhadores compreenderem o que está colocado, isto é, as regras do jogo, para, assim, diminuir a lacuna que existe de alienação do trabalhador a respeito daquilo que conforma o todo do processo produtivo no qual está inserido. Dessa maneira, fica mais claro para o médico identificar as pautas pelas quais precisa buscar regulamentação.

Algumas das pautas que podem ser buscadas são: clareza no funcionamento do algoritmo, comunicação fácil e oportuna com representantes da empresa, não obrigatoriedade do fornecimento permanente dos dados, com pactuação de destruição deles após cessamento de relação contratual, compartilhamento de riscos e prejuízos no desenvolvimento do trabalho.

Em nossa avaliação, existem duas frentes importantes na regulação da expansão de tais atividades na saúde: a primeira relaciona-se com a aplicação da legislação e regulamentos profissionais vigentes, reconhecendo a natureza das empresas como parte do setor no qual é desenvolvida sua atividade, nesse caso, setor saúde; e a segunda, com a proposta de novos códigos que regulem aquilo que não estava previsto em nossos regulamentos, por exemplo, a transparência no funcionamento do algoritmo e direitos sobre os dados.

REFERÊNCIAS

- ABÍLIO, Ludmilla Costhek. Uberização: do empreendedorismo para o autogerenciamento subordinado. **Psicoperspectivas**, [s. l.], v. 18, n. 3, p. 1-11, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5027/psicoperspectivas-vol18-issue3-fulltext-1674>. Acesso em: 06 jul. 2020.
- ABÍLIO, Ludmilla Costhek; AMORIN, Ricardo; GROHMANN, Rafael. Uberização e plataformação do trabalho no Brasil: conceitos, processos e formas. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 23, n. 57, p. 26-56, mai-ago 2021.
- ALVES, Giovanni. **Dimensões da Reestruturação Produtiva**: ensaios de sociologia do trabalho. 2. ed. Londrina: Praxis; Bauru: Canal 6, 2007. 288 p.
- ANTUNES, Ricardo. Anotações sobre o capitalismo recente e a reestruturação produtiva no Brasil. In: ANTUNES, Ricardo; SILVA, Maria A. Moraes. (org). **O avesso ao trabalho**. São Paulo: Expressão Popular, 2004. p. 13-28.
- ANTUNES, Ricardo. **O privilégio da servidão**: o novo proletariado de serviços na era digital. São Paulo: Boitempo, 2018.
- ANTUNES, Ricardo. **Riqueza e miséria do trabalho no Brasil IV**: Trabalho digital, autogestão e expropriação da vida. São Paulo: Boitempo, 2019.
- ANTUNES, Ricardo. **Uberização, trabalho digital e indústria 4.0**. 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2020.
- ANTUNES, Ricardo; DRUCK, Maria da Graça. A precarização do trabalho como regra. In: ANTUNES, Ricardo. **O privilégio da servidão**: o novo proletariado de serviços na era digital. São Paulo: Boitempo, 2018. p. 152-168.
- ANTUNES, Ricardo; FILGUEIRAS, Vitor. Plataformas digitais, Uberização do trabalho e regulação no Capitalismo contemporâneo. **Contracampo**, Niterói, v. 39, n. 1, p. 27-43, abr./jul. 2020.
- BRASIL. Lei nº 13.467, de 13 de julho de 2017. Altera a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, e as Leis nº 6.019, de 3 de janeiro de 1974, 8.036, de 11 de maio de 1990, e 8.212, de 24 de julho de 1991, a fim de adequar a legislação às novas relações de trabalho. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 154, n. 154, p. 1-7, 14 jul. 2017. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/113467.htm. Acesso em: 16 out. 2019.
- BRASIL. Lei nº 13.989, de 15 de abril de 2020. Dispõe sobre o uso da telemedicina durante a crise causada pelo coronavírus (SARS-CoV-2). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 158, n. 73, p. 1, 16 abr. 2020a.

BRASIL. Medida provisória nº 936, de 1º de abril de 2020. Institui o Programa Emergencial de Manutenção do Emprego e da Renda e dispõe sobre medidas trabalhistas complementares para enfrentamento do estado de calamidade pública reconhecido pelo Decreto Legislativo nº 6, de 20 de março de 2020, e da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (covid-19), de que trata a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 158, n. 63-D, p. 1-3, 1 abr. 2020b. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2020/Mpv/mpv936.htm. Acesso em: 18 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Coronavírus SUS** [Plataforma digital]. [S. l.: s. n.], 20 abr. 2021. Disponível em: https://play.google.com/store/apps/details?id=br.gov.datasus.guardioes&hl=pt_BR. Acesso em: 20 abr. 2020c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 467, de 20 de março de 2020. Dispõe, em caráter excepcional e temporário, sobre as ações de Telemedicina, com o objetivo de regulamentar e operacionalizar as medidas de enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional previstas no art. 3º da Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, decorrente da epidemia de COVID-19. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 158, n. 56-B, p. 1, 23 mar. 2020d.

BURAWOY, Michael. A Transformação dos Regimes Fabris no Capitalismo Avançado. **Rev. Brasileira de Ciências Sociais**, v. 13, Rio de Janeiro: Anpocs, jun. 1990.

CARELLI, Rodrigo de Lacerda. “**Uberização do trabalho**” (Palestra). [S. l.: s. n.], 2017. 1 vídeo (3 horas e 30 min). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=cAFEkEiFSls>. Acesso em: 7 abr. 2020.

CARELLI, Rodrigo de Lacerda; OLIVEIRA, Murilo Carvalho Sampaio. **As plataformas digitais e o direito do trabalho**: como entender a tecnologia e proteger as relações de trabalho no século XXI. 1. ed. Belo Horizonte: Editora Dialética, 2021.

CHOMSKY, Noam. Savage capitalism and The survival of humanity. *In*: TOSTES, Anjuli; FILHO, Hugo Melo (orgs). **Quarentena**: reflexões sobre a pandemia e depois. v. 1, Bauru: Ed. Canal 6, 2020, p. 161-170.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 2.178, de 14 de dezembro de 2017. Regulamenta o funcionamento de aplicativos que oferecem consulta médica em domicílio. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 155, n. 40, p. 138, 28 fev. 2018.

COSTA, Barbara Regina Lopes. Bola de Neve Virtual: O Uso das Redes Sociais Virtuais no Processo de Coleta de Dados de uma Pesquisa Científica. **RIGS revista interdisciplinar de gestão social**, [s. l.], v. 7 n. 1, p. 15-37, jan./ abr. 2018.

COSTA, José Augusto Fontoura; SOLA, Fernanda; GARCIA, Marco Aurélio Fernandes. Telemedicina e uberização da saúde: médicos operários ou consumidores? **Rev. Cad. Ibero-amer. Dir. Sanit**, Brasília, v. 9, n. 3, p. 72-88, jul/set 2020.

COULDRY, Nick. Os dados e a expropriação dos nossos recursos. In: GROHMAN, Rafael (org.). **Os laboratórios do trabalho digital: entrevistas**. 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2021. p. 247-252.

DARDOT, Pierre; LAVAL, Christian. **A nova razão do mundo**: ensaio sobre a sociedade neoliberal. Mariana Echalar (trad.). 1 ed. SP: Boitempo, 2016.

DEDECCA, Cláudio Salvadori. Flexibilidade e Regulação de um mercado de trabalho precário: a experiência brasileira. In: **Colóquio Internacional Novas Formas do Trabalho e do Desemprego**: Brasil, Japão e França, numa perspectiva comparada. São Paulo: USP; 2006.

DEDECCA, Cláudio Salvadori. Reestruturação produtiva e tendências de emprego. In: OLIVEIRA, Marco Antônio (Org.). **Economia & Trabalho**: textos básicos. Campinas: CESIT/IE; UNICAMP, 1998.

DEDECCA, Cláudio Salvadori; TROVÃO, Cassiano José Bezerra Marques. A força de trabalho no complexo da saúde: vantagens e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1555-1567, 2013.

DEJOURS, Christophe. Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações. In: CHALAT, Jean-François (Coord.). **O indivíduo na organização**: dimensões esquecidas. São Paulo: Atlas, 1993. p. 150-173.

DEJOURS, Christophe; DESSOUR, Dominique; DESRIAUX, François. Por um trabalho fator de equilíbrio. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 33, n. 3, p. 98-104, 1993.

DELEUZE, Gilles. Post-Scriptum sobre as Sociedades de Controle. In: DELEUZE, Gilles. **Conversações**: 1972-1990. Rio de Janeiro: Editora 34, 1992. p. 223-321.

DELGADO, Mauricio Godinho. **Curso de direito do trabalho**: obra revista e atualizada conforme a lei da reforma trabalhista e inovações normativas e jurisprudenciais posteriores. 18. ed. São Paulo: LTr, 2019.

DELGADO, Mauricio Godinho; DELGAGO, Gabriela Neves. O direito do trabalho na contemporaneidade: clássicas funções e novos desafios. In: LEME, Ana Carolina Reis Paes; RODRIGUES, Bruno Alves; CHAVES JÚNIOR, José Eduardo de Resende. **Tecnologias disruptivas e a exploração do trabalho humano**. São Paulo: LTr, 2017. p. 17-27.

DEWES, João Osvaldo. **Amostragem em Bola de Neve e Respondent-Driven Sampling**: uma descrição dos métodos. 2013. Monografia (Bacharelado em Estatística) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

DISTRITO. **Distrito healthtech report**. [S. l.: s. n.], 2020. Disponível em: <https://distrito.me/dataminer/reports/>. Acesso em: 22 fev. 2022.

DRUCK, Maria da Graça. A Terceirização na Saúde Pública: formas diversas de precarização do trabalho. **Rev. Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 15-43, 2016.

DRUCK, Maria da Graça. A tragédia neoliberal, a pandemia e o lugar do trabalho. **O social em questão** (online), v. 49, p. 11-34, 2021.

DRUCK, Maria da Graça. Entre os que permaneceram trabalhando em atividades consideradas essenciais na pandemia, uma grande parte é de terceirizados. [Entrevista concedida a] Viviane Tavares. **Revista Poli Saúde Educação e Trabalho**, v. XIII. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, p. 14-17, 2022.

DRUCK, Maria da Graça; FRANCO, Tânia. A precarização do trabalho no Brasil: um estudo da evolução da terceirização/subcontratação no Brasil e na indústria da Bahia na última década. **Rev. Latinoamericana de estudios del trabajo**, [s. l.], p. 1-23, 2008. Disponível em: <http://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/3154>. Acesso em: 15 set. 2018.

DRUCK, Maria da Graça; FRANCO, Tânia; SELIGMANN-SILVA, Edith. As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizado. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 35, n. 122, p. 229-248, dez. 2010.

ESPINO, Gilmar Pereira. **Economia compartilhada na saúde: atratividade do mercado para plataformas de agendamento de consultas médicas**. 2018. 76 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2018. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/handle/10438/24089>. Acesso em: 2 out. 2019.

FAIRWORK. **About**. [S. l.]: Oxford Internet Institute, 2022. Disponível em: <https://fair.work/about/>. Acesso em: 10 jul. 2022.

FERREIRA, António Casimiro. Para uma concepção decente e democrática do trabalho e dos seus direitos: (Re) pensar o direito das relações laborais. In: SANTOS, Boaventura de Souza. **A Globalização e as Ciências Sociais**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2005. p. 257-297.

FIORI, José Luís. Geopolítica internacional: a nova estratégia imperial dos Estados Unidos. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. esp. 3 p. 11-17, nov. 2018.

FIORI, José Luís. Prognóstico é ruim e vai piorar [Entrevista concedida a] Eleonora de Lucena e Rodolfo Lucena. **Tutameia** (homepage), [s. l.], 10 abr. 2020. Disponível em: <https://tutameia.jor.br/prognostico-e-ruim-e-vai-piorar-diz-fiori/>. Acesso em: 10 abr. 2020. Realizada em 10 de abril de 2020.

FONTES, Virgínia. Capitalismo em tempos de uberização: do emprego ao trabalho. **Rev. Marx e o Marxismo**, [s. l.], v. 5, n. 8, p. 45-67, jan/jun 2017.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. Ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GRAHAM, Mark; HJORTH, Isis; LEHDONVIRTA, Vili. **Digital Labor and Development: Impacts of Global Digital Labor Platforms and the Gig Economy on Worker Livelihoods**. Massachusetts Institute of Technology. London: Ed: Mark Graham, 2019.

GROHMANN, Rafael; GRAHAM, Mark. É possível trabalho decente em plataformas digitais? **Nexo Políticas Públicas**, [s. l.], 18 fev. 2021. Disponível em: <https://pp.nexojournal.com.br/ponto-de-vista/2021/%C3%89-poss%C3%ADvel-trabalho-decente-em-plataformas-digitais>. Acesso em: 15 abr. 2021.

HARARI, Yuval Noah. **Homo Deus: uma breve história do amanhã**. 1. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2016.

HARVEY, David. **Condição pós-moderna**. São Paulo: Loyola, 2011.

HUWS, Ursula. **Reinventing the Welfare State: Digital Platforms and Public Policies**. UK: Ed Pluto, 2020.

HUWS, Ursula. Desmercantilizar as plataformas digitais. *In*: GROHMAN, Rafael (org.). **Os laboratórios do trabalho digital: entrevistas**. 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2021, p. 330-340.

INSTITUTO BRASILEIRO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. **Aplicativos para consultas médicas e direitos dos consumidores: uma análise qualitativa**. São Paulo: IDEC, 2018.

Disponível em:

https://idec.org.br/sites/default/files/arquivos/idec._relatorio_final._aplicativos_de_consultas_medicas._2018.pdf. Acesso em: 5 nov. 2019.

KOBIE, Nicole. The gig economy can learn from the NHS, not the other way round. **Wired**, [s. l.], 09 nov. 2017. Disponível em: <https://www.wired.co.uk/article/nhs-gig-economy>.

LIMA, Leonardo Tibo Barbosa. A natureza da relação jurídica na prestação de serviços de saúde ofertada por plataforma eletrônica. *In*: LEME, Ana Carolina Reis Paes; RODRIGUES, Bruno Alves; CHAVES JÚNIOR, José Eduardo de Resende. **Tecnologias disruptivas e a exploração do trabalho humano**. São Paulo: LTr, 2017. p. 185-196.

MACHADO, Maria Helena. Artigo: Profissionais de saúde em tempos de Covid-19. **O Globo**, Rio de Janeiro, 23 mar. 2020.

MACHADO, Maria Helena. Características sociológicas da profissão médica. *In*: MACHADO, MH., coord. **Os médicos no Brasil: um retrato da realidade**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, p. 21-49, 1997.

MAEDA, Patrícia. Contrato zero-hora e seu potencial precarizante. *In*: ANTUNES, Ricardo. **Riqueza e Miséria do Trabalho no Brasil IV**. São Paulo: Boitempo, 2019. p. 121-142.

MALDONADO, José; CRUZ, Antonio. Impactos do Covid-19 na telemedicina no Brasil. **Cad. Desenv**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 28, p. 173-196, jan-jun 2021.

MARQUES, Ana Paula Pereira. Mercados de trabalho no sector da saúde: profissionalismo, paradoxos e dilemas de regulação. *In*: MARTINS, Maria Inês Carsalade *et al.* (org.). **Trabalho em Saúde, Desigualdades e Políticas Públicas (e-book)**. Rio de Janeiro: CICS-UM/ENSP/FIOCRUZ, 2014, p. 127-139. Disponível em: http://www.lasics.uminho.pt/ojs/index.php/cics_ebooks/issue/current. Acesso em: setembro de 2017.

MARQUES, Ana Paula Pereira. Reestruturação produtiva e recomposições do trabalho e emprego. Um périplo pelas “novas” formas de desigualdade social. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1545-1554, 2013.

MARTINS, Maria Inês Carsalade; MOLINARO, Alex. Reestruturação produtiva e seu impacto nas relações de trabalho nos serviços públicos de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1667-1676, jun. 2013.

MARZANO, Michela. Travail et compulsif apagamento de la subjectivité: L'hyperactivité comme fuite. **Travailler**, Paris, v 1, n. 11, p. 7-24, 2004.

MCGAUGHEY, Ewan. Uber, the Taylor Review, Mutuality and the Duty Not to Misrepresent Employment Status. **Industrial Law Journal**, [s. l.], v. 48, n. 2, jun. 2019, p. 180-198. Disponível em: <https://academic.oup.com/ilj/article/48/2/180/5050118#137382985>. Acesso em: 20 fev. 2020.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio da pesquisa social. *In*: DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu; MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 26. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007. p. 9-29.

NADERIFAR, Mahin; GOLI, Hamideh; GHALJAIE, Fereshteh. Snowball Sampling: A Purposeful Method of Sampling in Qualitative Research. **Strides in Development of Medical Education**, [s. l.], v. 14, n. 3, 30 set. 2017

NAGHIEH, Ali. Gig Economy and the Transformation of Professional Boundaries in Healthcare. *In*: PAGE-TICKELL, Rebeca; YERB, Elaine. **Conflict and Shifting Boundaries in the Gig Economy: An Interdisciplinary Analysis**. UK: Emerald Publishing Limited, 2020.

NAGHIEH, Ali; PARVIZI, Marzyeh. Exercising soft closure on lay health knowledge? Harnessing the declining power of the medical profession to improve online health information. **Social Theory & Health**, Londres, v. 14, n. 3, p. 332-350, 2016.

OLIVEIRA, Maria Marly. **Como fazer pesquisa qualitativa**. Petrópolis: Vozes, 2007.

PEREIRA, Samila Saibel. **Uberização do trabalho: desenvolvimento tecnológico e precarização das relações laborais**. 2019. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Direito) – Faculdade de Direito de Vitória, Vitória, 2019.

PIKETTY, Thomas. **O capital no século XXI**. Rio de Janeiro: Intrínseca, 2014.

RIFKIN, Jeremy. **Sociedade com Custo Marginal Zero**. São Paulo: M Books, 2015.

RISKA, Elliane. Health Professions and Occupations. **The Blackwell Encyclopedia of Sociology**, Nova Jersey, John Wiley & Sons, p. 1-4, 2017.

RODRIGUES, Carlos Alexandre. A uberização das relações de trabalho. **Revista dos Tribunais**, São Paulo, v. 996, n. 107, p. 311-341, out. 2018.

SADOWSKI, Jathan. Plataformas biopolíticas, dados como capital e virtudes perversas do trabalho digital. *In*: GROHMAN, Rafael (org.). **Os laboratórios do trabalho digital: entrevistas**. 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2021. p. 240-247.

SANTOS, Boaventura de Sousa. Vírus: tudo o que é sólido desmancha no ar. *In*: TOSTES, Anjuli; MELO FILHO, Hugo (orgs). **Quarentena: reflexões sobre a pandemia e depois**. v. 1. Bauru: Ed. Canal 6, 2020. p. 45-49.

SANTOS, Isabela Soares. Evidência sobre o mix público-privado em países com cobertura duplicada: agravamento das iniquidades e da segmentação em sistemas nacionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2743-2752, 2011.

SANTOS, Isabela Soares; VIEIRA, Fabiola Sulpino. Direito à saúde e austeridade fiscal: o caso brasileiro em perspectiva internacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 2303-2314, jul. 2018.

SÁ-SILVA, Jackson Ronie; ALMEIDA, Cristóvão Domingos; GUINDANI, Joel Felipe. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Rev. Brasileira de História & Ciências Sociais**, [s. l.], v. 1, n. 1, jul. 2009.

SCHEFFER, Mario *et al.* **Demografia Médica no Brasil 2020**. São Paulo: FMUSP, CFM, 2020.

SENNETT, Richard. **A corrosão do caráter: as consequências pessoais do trabalho no novo capitalismo**. Rio de Janeiro: Record, 2008. v. 13.

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

STIGLITZ, Joseph. **A austeridade estrangulou o Reino Unido**. Apenas o Partido Trabalhista poderá relegá-la à História. Rio de Janeiro: Cebes, 11 jun. 2017. Disponível em: <http://cebes.org.br/2017/06/a-austeridade-estrangulou-o-reino-unido-apenas-o-partido-trabalhista-podera-relega-la-a-historia/>. Acesso em: 14 out. 2018.

SUPIOT, Alain. **Le travail n'est pas une marchandise: contenu et sens du travail au xxie siècle**. Paris: Éditions du Collège de France, 2019.

SUPIOT, Alain. Um “regime de trabalho verdadeiramente humano”. *In*: SUPIOT, Alain. **La Gouvernance par les nombres: cours au Collège de France (2012-2014)**. Paris: Fayard, 2015.

APÊNDICE A – FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS DAS PLATAFORMAS DIGITAIS

Apps de consultas médicas

1. Nome da empresa

2. Plataformas

Site

App

Ambas

3. Endereço site

4. Ano de abertura

2015

2016

2017

2018

2019

2020

2021

2022

Outra

5. Última atualização do app

Insira a data (dd/MM/yyyy)



6. Número de downloads

Insira sua resposta

7. Login no app como:

- Usuário
- Profissional
- Sem acesso

8. Meios de consulta

- Consultório
- Telemedicina
- Visita domiciliar
- Chat
- Chamada
- Whatsapp
- Outra

9. Valor da consulta visível?

- Sim
- Não

10. Valor da consulta padronizado?

- Sim
- Não
- Não identificado

11. Especialidades ofertadas

- Alergologia

- Anatomia patológica
- Anestesiologia
- Angiologia
- Cardiologista
- Cirurgia geral
- Cirurgia pediátrica
- Cirurgia plástica
- Clínico Geral
- Clínica médica
- Coloproctologista
- Dermatologista
- Endocrinologista
- Gastroenterologista
- Geneticista
- Geriatria
- Ginecologista
- Hematologia
- Hepatologia
- Infectologia
- Mastologista
- Medicina da família
- Medicina do trabalho
- Metabologista
- Nefrologia
- Neurologia
- Nutrologista
- Obstetrícia
- Oftalmologista
- Oncologia clínica
- Ortopedista
- Otorrinolaringologista
- Pediatria
- Pneumo

- Psiquiatria
- Urologista
- Outra

12. Outros serviços ofertados

- Prótese Dentária
- Clareamento Dental
- Tricologia
- Teste Ergométrico
- Endoscopia digestiva
- RPG
- Peeling
- Bichectomia
- Cirurgia Bariátrica
- Documentação Ortodôntica
- Radiografia Panorâmica
- Enfermagem
- Fisioterapia
- Psicologia
- Fonoaudiologia
- Nutricionista
- Dentista
- Outra

13. Benefícios ofertados

- Desconto em farmácias
- Desconto em compras de artigos diversos
- Desconto em internações
- Programa de pontos
- Outra

14. Aceita planos de saúde de grandes seguradoras?

- Sim
- Não

15. Modelo de negócio

- B2C - oferta direta para o consumidor final (paciente)
- B2B - oferta somente para pessoas funcionários de outra empresa
- B2B2C - oferta dos dois modos
- Outra

16. Forma de pagamento

- por consulta/procedimento realizado
- plano mensal/semestral etc

17. Área de cobertura - UFs

- Nacional
- AC-Acre
- AL-Alagoas
- AP-Amapá
- AM-Amazonas
- BA-Bahia
- CE-Ceara
- DF-Distrito Federal
- ES-Espírito Santo
- GO-Goiás
- MA-Maranhão
- MT-Mato Grosso
- MS-Mato Grosso do Sul
- MG-Minas Gerais
- PA-Pará
- PB-Paraíba

- PR-Paraná
- PE-Pernambuco
- PI-Piauí
- RJ-Rio de Janeiro
- RN-Rio Grande do Norte
- RS-Rio Grande do Sul
- RO-Rondônia
- RR-Roraima
- SC-Santa Catarina
- SP-São Paulo
- SE-Sergipe
- TO-Tocantins

18. Área de cobertura - Município

Insira sua resposta

19. Área de cobertura - bairro de SP

Insira sua resposta

20. Possui responsável técnico?

- Sim
- Não
- Não identificado

21. Número de usuários

O valor deve ser um número

22. Número de profissionais

O valor deve ser um número

23. Avaliação do médico

- Campo específico para comentário em texto
- Avaliação do médico feita na avaliação do app
- Estrelas para o atendimento

24. Status

- Incluída
- Excluída

25. Outras observações

Insira sua resposta

Enviar

Nunca forneça sua senha. [Relatar abuso](#)

Este conteúdo foi criado pelo proprietário do formulário. Os dados que você enviar serão enviados ao proprietário do formulário. A Microsoft não é responsável pela privacidade ou práticas de segurança de seus clientes, incluindo aqueles do proprietário deste formulário. Nunca forneça sua senha.

Da plataforma Microsoft Forms | [Política de privacidade](#) | [Condições de uso](#)

APÊNDICE B – ARTIGO 1

Trabalho médico sob demanda por meio de plataformas digitais: mecanismos de controle por algoritmo e implicações para autonomia profissional

The medical work on demand by digital platforms: algorithmic control mechanisms and implications for professional autonomy

Ciane dos Santos Rodrigues

Márcia Teixeira

Maria Inês Carsalade Martins

RESUMO

Este artigo trata do trabalho médico sob demanda desenvolvido por meio de plataformas digitais no Brasil, na perspectiva de análise das implicações para a autonomia profissional. Realizamos uma pesquisa qualitativa com uso da pesquisa bibliográfica, documental e o método Snowball Sampling. Selecionamos 54 empresas, notando expansão mais evidente nos anos de 2019 e 2020, com ampliação da cobertura das empresas e serviços ofertados. Os Termos de Uso foram analisados por análise de conteúdo, com o uso do software Atlas TI. Percebemos formas de controle do trabalho médico segundo os interesses da empresa através de estratégias financeiras, monopólio de informações, controle do algoritmo, penalidades ou bonificações/prêmios. Esses mecanismos comprometem a possibilidade de exercício da autonomia do trabalhador na definição da jornada de trabalho, do valor da consulta e, ainda, na conduta terapêutica. Ressaltamos também a fragilização do status social da profissão.

Palavras-chave: Uberização; Relações de trabalho; Trabalho médico; Trabalho em saúde; Economia GIG.

ABSTRACT

This paper analyzes medical work on demand developed through digital platforms, in Brazil, from the perspective of analyzing the implications for professional autonomy. We conducted qualitative research, using the bibliographic, documentary research, snowball sampling method and content analysis. Fifty-four companies were selected, with more evident expansion in the years 2019 and 2020, with expansion of the coverage of companies and offered services. The Terms of Use were analysed by content analysis, with the use of Atlas TI software. We perceived forms of control of medical work according to the interests of the company, through financial strategies, monopoly of information, control of the algorithm, penalties or bonuses and awards. These mechanisms compromise the worker's autonomy in defining the working day, the value of the consultation, and even the therapeutic conduct. We also emphasize the weakening of the social status of the profession.

Key words: Uberification; Labor relations; Medical work; Health work; GIG economy.

INTRODUÇÃO

A forte relação das raízes da profissão médica com o modelo de trabalho autônomo tem grande apelo nas plataformas digitais, observado pelo discurso construído de aproximação do exercício profissional com os primórdios da medicina, no sentido de facilitar a relação médico-

paciente e zelar pela autonomia do profissional, na medida em que, supostamente, ele tem liberdade para definir sua jornada de trabalho e a conduta terapêutica escolhida.

Esse ideal de trabalhador autônomo está presente em toda a sociedade neoliberal, todavia, entre algumas profissões como a medicina, nota-se de forma mais evidente (MACHADO, 1997).

Contudo, é necessário fazer um exercício de análise em um contexto maior, no sentido de compreender o âmbito do qual essas empresas fazem parte e analisar, com maior acurácia, os detalhes de como se dá o exercício profissional mediado pelas plataformas.

As mudanças percebidas no mercado de trabalho em saúde relativas à introdução de empresas de tecnologia em saúde fazem parte do fenômeno da *Gig economy*, o qual vem se caracterizando por produzir modificações estruturais no trabalho e emprego, sobretudo no que diz respeito à compartimentação do trabalho em microtarefas sob demanda, distribuídas em escala global (NAGHIEH, 2020).

Esse modo de separação da atividade prejudica a apropriação do trabalhador sobre o processo de trabalho e resulta em limitações no produto do trabalho desenvolvido (NAGHIEH, 2020). No campo da saúde, isso se expressa na compartimentação da assistência, em itinerários terapêuticos¹ intermitentes/penosos, na dificuldade de acompanhamento longitudinal do cuidado, entre outros aspectos que têm implicações diretas na qualidade da saúde da população usuária desse tipo de serviço.

A *Gig economy* está, assim, moldando a forma como os cuidados de saúde são geridos e prestados. Além de facilitar uma alocação flexível e eficiente do trabalho contingente na área da saúde, proporciona uma transformação emergente do conteúdo do trabalho médico. Isso tem implicações para o status e o poder da profissão médica, a relação médico-paciente bem como para a autonomia profissional.

Por outro lado, devemos considerar que o uso das inovações tecnológicas também vem sendo apropriado para fins não mercadológicos. A partir do controle local e democrático do uso de algoritmos, Ursula Huws⁴, discute como as plataformas digitais podem servir como ferramenta que permitam a gerência de serviços voltados à construção de estratégias sustentáveis de alimentação, saúde, diminuição de resíduos, dentre outros.

A expansão da telemedicina ao longo da pandemia de COVID-19 é um excelente exemplo da complexidade no uso das TIC e não pode ser resumida a análises dicotômicas, com posições contrárias ou favoráveis. É necessário analisar o conjunto de implicações que o processo traz à sociedade atual e o contexto em que é utilizada.

Nesse sentido, temos visto a intensificação da telemedicina por instituições públicas vinculadas às esferas governamentais, tais como, o aplicativo "atendeemcasa"⁵, desenvolvido pela prefeitura de Recife para monitoramento de casos de COVID-19, e como ferramenta de apoio na

¹ Itinerários terapêuticos são constituídos pelos movimentos de indivíduos ou grupos na busca pela preservação ou recuperação da saúde. Diferentes recursos podem ser mobilizados na construção de uma trajetória, incluindo práticas biomédicas, crenças religiosas, cuidados caseiros, entre outros (CHERCHIGLIA, *et al.*, 2011).

imunização da COVID-19 em diversos municípios. Ressaltamos ainda as experiências de organizações não governamentais, tal como a SAS Brasil⁶, a partir de trabalho voluntário com oferta de assistência em saúde em várias regiões do país, priorizando as áreas de maior vulnerabilidade.

É necessário, no entanto, que o uso das TIC seja apropriado pelos sistemas de saúde com esta finalidade, subordinando ciência, tecnologia e inovação aos interesses sociais e coletivos, e no caso do Brasil, aos princípios norteadores do SUS⁷. Todavia, o que tem se observado é que o uso dessa modalidade vem acontecendo de forma mais intensa no mercado privado de saúde.

Nos últimos quatro anos, as chamadas healthtechs (startups de saúde cuja base está na inovação tecnológica) chamam a atenção de investidores e analistas do mercado. No ano de início da pandemia de COVID-19, houve um aumento de 118% em relação a 2018, conforme aponta o relatório do Distrito Healthtech Report 2020 (DISTRITO, 2020). Em 2018, havia 248 empresas com esse perfil, e em 2020, esse número subiu para 542. Em 2021, apontava-se para 747 empresas.

As atividades desenvolvidas variam entre: marketplace, e-commerce, gestão de consultórios e clínicas, prontuários eletrônicos, uso de inteligência artificial, informação em saúde, dentre outros. Entre as tecnologias utilizadas, estão a inteligência artificial, a computação na nuvem, a análise de dados e as soluções mobile.

Dentro do grupo classificado pelo DISTRITO (2020) como e-commerce, localizam-se as plataformas virtuais de consultas médicas, objeto deste estudo. Neste modelo, são estabelecidas relações comerciais entre médico e paciente, intermediada pela plataforma digital.

A esse formato de empresa, aplica-se o nome de Economia Compartilhada (RIFKIN, 2015), definindo-se como relações comerciais diretas entre vendedor/prestador de serviços e consumidor/cliente, ocorridas por meio de uma plataforma digital, na qual trabalhadores se cadastram como “prestadores” e ofertam seus serviços a um público usuário consumidor, por meio de um aplicativo ou página na web. Duas grandes facilidades de criação de uma empresa nesses moldes são o custo zero com infraestrutura física e a ausência de vínculos de trabalho formais para desenvolvimento das atividades pretendidas (SLEE, 2017).

Esse tipo de relação laboral tem suscitado estudos e conceitos, tais como plataformização do trabalho, trabalho por plataforma (GRAHAM; HJORTH; LEHDONVIRTA, 2019), economia de compartilhamento (RIFKIN, 2015) e Uberização da mão de obra (SLEE, 2017; FONTES, 2017; ABILIO, 2019; ANTUNES, 2020; CARELLI; OLIVEIRA, 2021).

Este estudo tem como objetivo analisar as implicações do trabalho médico desenvolvido por intermédio de plataformas digitais de consultas para a autonomia e status profissional.

MATERIAL E MÉTODOS

O artigo foi produzido a partir da Tese de Doutorado “TRABALHO MÉDICO SOB DEMANDA POR MEIO DE PLATAFORMAS DIGITAIS: controle por algoritmos e implicações para as relações de trabalho” (RODRIGUES, 2022), apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ.

Trata-se de pesquisa qualitativa, tendo como instrumentos revisão bibliográfica, método de amostragem não probabilística *Snowball Sampling* e análise documental.

A pesquisa bibliográfica (OLIVEIRA, 2007, p. 69) teve como fonte principal as bases de dados científicas Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), plataforma CAPES, PubMed e Google Scholar.

O método snowball sampling foi realizado na loja virtual de aplicativos da Apple – Apple Store – em função da existência de um algoritmo com maior acurácia no processo de busca e de verificação prévia. Foram realizadas três buscas: abril de 2020; julho de 2021; e março de 2022.

Os critérios de inclusão adotados foram: oferta de consulta com profissional médico; possibilidade de agendamento pelo usuário, viabilizado pela plataforma; possuir mais de 500 *downloads* do aplicativo realizados e oferta de serviços no Brasil.

Os critérios de exclusão foram: aplicativos desenvolvidos por grandes seguradoras de saúde, por ser o aplicativo a própria empresa; aplicativos utilizados somente para viabilizar uma consulta de telemedicina, sem permitir o agendamento.

Os documentos analisados na análise documental foram os Termos de Uso dos aplicativos. Como ferramenta de apoio na análise dos documentos, foi utilizado o *software* Atlas.ti versão 22 para Windows®.

Foi possível o *download* de 58 Termos de Uso, incluindo 9 para profissional de saúde e 49 para usuários. Algumas das plataformas (6) não disponibilizam o termo para *download*. No caso da não possibilidade de *download*, foi realizada cópia do texto apresentado no aplicativo ou *site* e transposta para o processador de texto Microsoft Word® para posterior análise. Ressalta-se que a cópia do texto estava bloqueada em 5 empresas.

Os Termos de Uso, analisados segundo o método proposto por Laurence Bardin de análise de conteúdo, deram origem a 44 grupos, compostos por 172 unidades de registro, divididos em 4 categorias: Autonomia, Relação de Trabalho, Monopólio dos Dados e Natureza dos Serviços. A categoria analisada neste artigo consiste na Autonomia.

No que se refere às considerações éticas, esta pesquisa foi desenvolvida respeitando os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução nº 466, de 2012, e pela Resolução nº 510, de 2016.

RESULTADOS

Identificamos, na busca, que a fundação da primeira empresa no Brasil se deu no ano de 2015. No conjunto de aplicativos sugeridos pelo algoritmo da Apple Store, 103 foram selecionados a partir da análise do nome da empresa e descrição na loja de app. Na figura 1, identificamos apenas

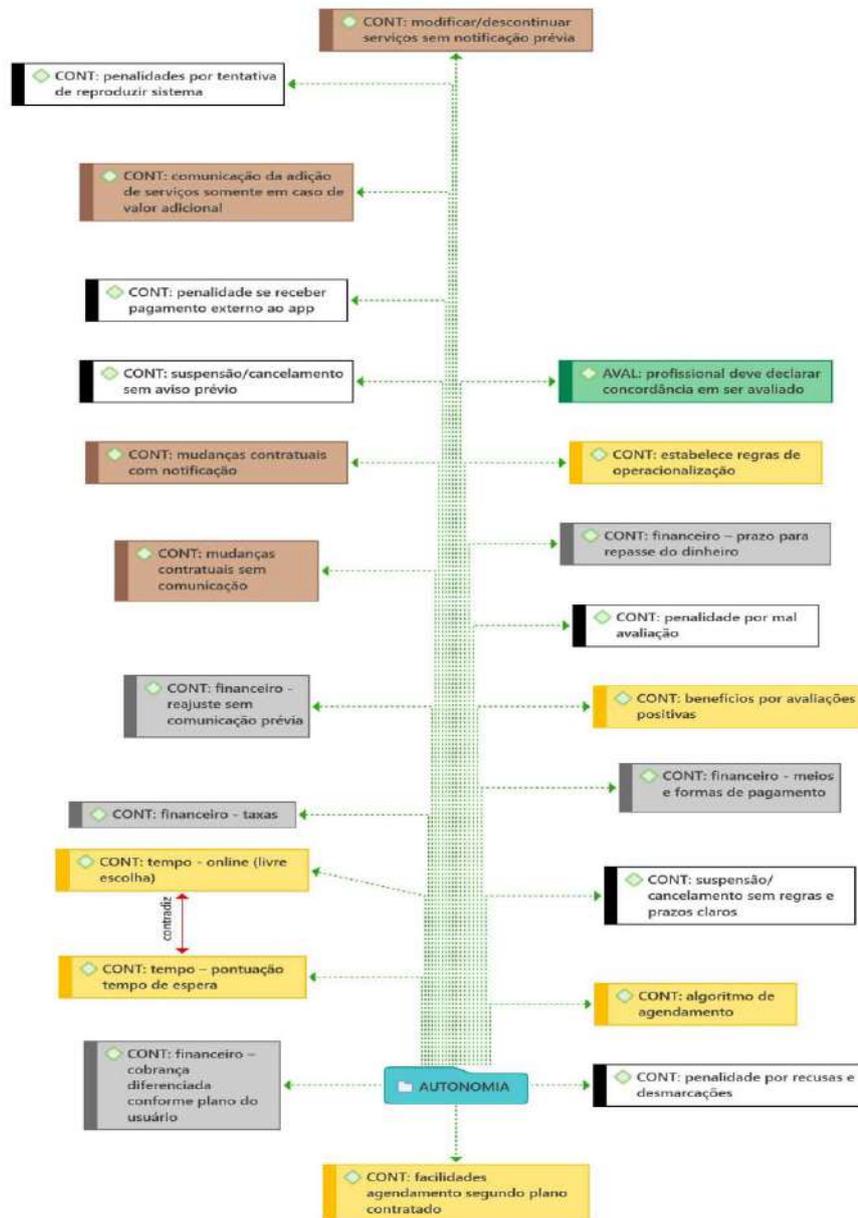
2022.

O crescimento anual mais expressivo se deu em 2019, com aumento de 150% em relação a 2018. Em 2020, a curva ainda permanece em subida, mas de forma não tão expressiva, em que se observa aumento de 20%. Em 2021 e 2022, há uma diminuição na abertura desse formato de empresa. Entre os fatores que podemos citar como possíveis causas que favoreceram tal crescimento estão a regulamentação do atendimento domiciliar com vigência iniciada em 2018 pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) e, sobretudo, o contexto de pandemia de COVID-19, com maior uso das tecnologias de informação e comunicação TIC, incluindo a liberação da telemedicina.

Quanto à relação de trabalho e às responsabilidades da empresa, a contratação ocorre por meio de 'termo de uso' disponibilizado no momento do cadastro no aplicativo.

Do total de unidades de registro e contexto destacadas na análise dos termos de uso, foram codificadas 47 relativas a categoria Autonomia; o que significa que mais de 30% dos trechos destacados expressaram regras e modos de funcionamento que condicionam e induzem o trabalho desenvolvido por meio da plataforma. A figura 2 exibe a rede formada entre os códigos classificados na Autonomia.

Figura 2 – Categoria de Análise dos Termos de Uso “Autonomia”



Fonte: elaboração própria, a partir dos Termos de Uso acessados até março de 2022.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os mecanismos de controle sobre o processo laboral médico foram os que tiveram maior expressão nos termos e permitiram perceber implicações para a autonomia do trabalhador. Destacamos o uso de aspectos financeiros e o poder de implementar modificações de funcionalidades do aplicativo e serviços ofertados, entretanto, também foi possível perceber que o tempo de trabalho, as regras contratuais, a aplicação de penalidades, bem como as avaliações, são formas de exercício de poder da plataforma sobre o modo de funcionamento laboral.

No que se refere aos aspectos financeiros (ver figura 2, caixas cinzas), há cobrança de taxas aplicadas sobre cada consulta ou procedimento realizado por meio do aplicativo ao trabalhador. Existem ainda planos de assinatura que podem ser mensais, trimestrais, semestrais e anuais, dependendo da empresa. Tais planos podem sofrer reajustes anuais, conforme a variação do IGP-M, sem a obrigatoriedade de comunicação prévia ao prestador.

Adicionalmente, destaca-se que a plataforma pode deter o controle total dos meios de pagamentos e o poder de definir parcelamento, descontos e afins, sem anuência do profissional de saúde, como pode ser visto na citação, a seguir:

4.3 É vedado ao Contratante cobrar do Usuário qualquer quantia diretamente, cabendo somente à Contratada, operacionalizar e processar a cobrança dos valores das consultas;

4.3.1 A cobrança pelo Contratante de quaisquer quantias ao Usuário, ainda que com a anuência deste, será interpretada como violação dos termos deste contrato.

4.3.2 A Contratada poderá oferecer ao Usuário – sem que seja necessária a anuência do Contratante – a opção de parcelamento da consulta, o qual se dará em até de 3 (três) parcelas mensais e sucessivas, hipótese na qual o pagamento ao Contratante será realizado de forma parcelada, conforme for o pagamento do usuário.

4.3.3 A Contratada poderá oferecer ao Usuário – sem que seja necessária a anuência do Contratante – Cupons de descontos a fim de facilitar o acesso de todas as classes sociais aos Profissionais de saúde. O % de desconto será aplicado sobre o valor definido pelo profissional e o Agendamento poderá ou não ser aceito pelo mesmo durante a confirmação da consulta. (T4, p. 3).

Em relação ao prazo para transferência do valor pago pelo paciente para a conta do prestador, é expresso por apenas uma empresa, estabelecendo o tempo máximo de quatro dias úteis para realização do repasse. Nas demais empresas, não foi identificado parágrafo com tal disposição.

Ainda sobre o âmbito financeiro, foi observada determinação da plataforma para que o prestador de serviço defina valores fixos e iguais para cobrança por consulta ou procedimento ao usuário que for assinante de planos regulares. Para os usuários que não forem assinantes, o valor cobrado deverá ser maior do que a consulta dos assinantes, não podendo ser inferior a 20% ao cobrado para estes.

5.4 – Pelos serviços prestados ao Usuário que possuir pacote de assinatura, o PRESTADOR compromete-se a cobrar valores fixos, ou seja, iguais para todos os Usuários do aplicativo que possuírem pacote de assinatura

5.5 – Para os Usuários que não possuem pacote de assinatura, o PRESTADOR compromete-se a cobrar valores superiores aos cobrados dos Usuários que possuem pacote de assinatura, sendo que o valor não poderá ser inferior a 20% (vinte por cento) ao cobrado para estes. (T6, p. 5).

A aplicação de penalidades sobre o trabalhador também é notada de forma frequente nos Termos de Uso (ver figura 2, caixas brancas). As punições podem ocorrer por meio de suspensão ou cancelamento da conta, bloqueio de acesso a determinadas funcionalidades, tais como o próprio calendário de consultas, perda de pontuação ou as denominadas “moedas” (moedas virtuais que podem ser trocadas por remuneração ou benefícios).

Entre os motivos que podem justificar a aplicação das penalidades, observam-se não seguimento às orientações dispostas nos Termos de Uso, desmarcação recorrente de consultas, recebimento de pagamento de pacientes por meio externo ao app, avaliações negativas de usuários, entre outras. O trecho abaixo exemplifica um dos termos observados:

10.4. A Contratada reserva-se o direito de suspender ou cancelar o acesso as suas funcionalidades, tais como ao Calendário de Consultas, revogando sua licença, nos casos de uso indevido ou em desconformidade com os Termos de Uso, tais como a:

- a. utilização do Calendário de Consultas de uma forma que seja prejudicial para outros usuários da Internet;
- b. disseminação de spam;
- c. manipulação de dados de outros Usuários e/ou Profissionais do Site ou da Contratada;
- d. adulteração do código fonte do Calendário de Consultas;
- e. tentativas não autorizadas de reproduzir o Calendário de Consultas;
- f. violação dos interesses pessoais da Contratada;
- g. prática de atos de concorrência desleal contra a Contratada;
- h. violação do Contrato;
- i. cancelamento persistente de consultas agendadas pelo Contratante ou recusa de aceitar pacientes. (T5, p. 8).

Nota-se que há preocupação em garantir que o agendamento da consulta seja feito somente por meio da plataforma. Dessa forma, há trechos específicos nos termos quanto à proibição de marcação de consultas fora da plataforma, esclarecendo que a empresa pode realizar pesquisas com os usuários para verificação se a política da empresa vem sendo seguida.

Vê-se ainda, na citação acima, preocupação quanto a cópia de informações, interferências no algoritmo, entre outras coisas que burlam o controle da empresa sobre os agendamentos.

Uma das características do trabalho autônomo levantada por Carelli e Sampaio (2021) é a faculdade de escolha, organização e gerência do próprio negócio, podendo o trabalhador decidir além da sua jornada de trabalho, escolher clientela, condições, preço, meios e formas de prestação de serviços. Além disso, é permitido ao trabalhador autônomo delegar tarefas suas para outras pessoas, fazendo-se substituir quando achar necessário para garantir o desenvolvimento das atividades de seu negócio.

Ambas as características levantadas pelos autores não podem ser atendidas pelo médico nas plataformas de saúde, visto que o agendamento é feito pelo algoritmo da empresa, segundo critérios imprecisos e conforme os filtros definidos pelo usuário.

Todos os outros elementos também são limitados, tais como o preço padronizado em algumas empresas, a carteira de serviços definida pela empresa segundo plano do usuário e a obrigatoriedade do uso da plataforma como meio para viabilização do agendamento, pagamento e, no caso de telemedicina, para a própria realização da consulta.

A respeito da substituição, é vetada pela plataforma que o médico permita o uso de seu cadastro por outro médico para realização de atendimento, não sendo possível que, em caso de necessidade, o médico possa se fazer substituir.

Entre as sanções em decorrência de má avaliação pelo usuário em relação ao serviço prestado pelo profissional de saúde, pode ocorrer retenção do pagamento pela plataforma. Chama atenção, quanto às avaliações negativas, que a empresa pode sugerir "reciclagem" (T1, p. 4) do prestador de serviço, sem estabelecer como se daria, mas permitindo inferir que há tentativa de indução da prática assistencial médica ao que a empresa compreende como adequado.

Essa indução sobre o trabalho é também vista em trechos que mencionam que o profissional de saúde deve seguir as instruções de um representante disponibilizado pela plataforma para que obtenha os melhores resultados.

Ressalta-se que, na maioria das empresas, não há menção do tempo de vigência da suspensão, de acordo com a infração relativa ao prestador; e, ainda, há trechos dispendo que as infrações passíveis de penalidades não se limitam às que estão previstas no termo de uso, permitindo, dessa forma, que a plataforma aplique sanções por outros motivos segundo o seu julgamento e sem a ciência do trabalhador.

Nos casos de suspensão ou cancelamento de conta, o trabalhador não tem direito de indenização ou compensação. Além disso, na maioria das empresas, isso ocorre sem aviso prévio, havendo possibilidade de suspensão, cancelamento e bloqueio de funcionalidades sem notificação.

Com efeito, a comunicação com o trabalhador também foi identificada como um ruído de poder desigual na relação entre empresa e profissional de saúde, evidenciando unilateralidade nas tomadas de decisão, sem notificação via plataforma ou outra forma de comunicação, relativas não somente à aplicação de penalidades, mas também às mudanças contratuais nos Termos de Uso, modificação de funcionalidades, serviços adicionados ou retirados.

A plataforma se desobriga quanto à comunicação e orienta que o profissional deve responsabilizar-se pela verificação periódica dos Termos de Uso a fim de identificar eventuais modificações. A continuidade do uso do aplicativo após as modificações é compreendida pela plataforma como consentimento com o Termo alterado.

1.4.1. A [plataforma] reserva o direito de realizar alterações e atualizações no Termo, a qualquer momento, sem a necessidade de aviso prévio. Em caso de alterações do Termo que restrinja direitos dos Profissionais, a [plataforma] poderá comunicar

tal alteração, a seu critério, através dos meios de comunicação e canais disponibilizados pela [plataforma] aos Profissionais. Os Profissionais se responsabilizam em verificar periodicamente o Termo para ciência de eventuais alterações. Caso os Profissionais não concordem, deverão cancelar a conta, cessar toda e qualquer utilização dos Serviços e desinstalar o Aplicativo dos seus respectivos aparelhos. O fato de os Profissionais continuarem a acessar ou usar os Serviços, após essa postagem, configura o consentimento inequívoco em vincular-se ao Termo alterado. (T7, p. 20).

Além de a plataforma determinar as regras de operacionalização do aplicativo, o exercício do controle é feito também por meio de reforço positivo como pontuação e facilidades, vinculadas a alguns requisitos para o alcance dos melhores resultados com as funcionalidades disponíveis. Entre os requisitos, citam-se o preenchimento completo de perfil, incluindo adição de foto; a concordância com a criação de perfil no Google My Business; a atualização dos horários de disponibilidade na agenda *on-line*; a concordância com adequações do perfil para fins de publicidade; a contratação de plano/pacote "Premium", "First Class ou Plus"; o número de avaliações positivas, entre outros.

Os pacotes de serviços disponibilizados pela plataforma podem ofertar serviços adicionais, tais como maior facilidade no agendamento de consulta por meio da adição de pontos ao algoritmo, prontuário clínico, serviço de mensagens, entre outros. Entretanto, é importante mencionar que a plataforma não garante número mínimo de agendamentos realizados por ela.

- a. Premium: serviço permite que o profissional ou estabelecimento possam oferecer sua Agenda Online para que Usuários possam marcar uma consulta através do site da [plataforma]. Configurando o perfil e utilizando as funcionalidades, há a possibilidade de melhorar sua posição no Marketplace, sem publicidade de terceiros.
- b. First Class ou "Plus": serviço que adiciona pontos ao algoritmo e pode vir a melhorar a visibilidade e o posicionamento do Contratante no Marketplace. (T5, p. 2).

O tempo de disponibilidade do trabalhador na plataforma, ainda que seja, supostamente, de livre escolha do profissional, também é monitorado e influenciado pela empresa. Cita-se, como exemplo, a adição de pontos de acordo com o tempo de espera para a realização da consulta – isto é, o intervalo entre o dia de agendamento feito pelo paciente e a data da consulta. Para o profissional que tiver intervalos mais curtos, é adicionada pontuação, conforme citação abaixo, de acordo com os dias entre agendamento e atendimento.

6 – DO PROGRAMA DE PONTUAÇÃO (MOEDAS) E DO REGULAMENTO

6.1 – O programa de pontuação, aqui denominado "MOEDAS", consiste na premiação dos Prestadores de Serviços da plataforma do aplicativo multilateral, que atenderem os seguintes requisitos:

- a) Atendimento prestado pelo PRESTADOR ao Usuário, em até 2 (dois) dias após o agendamento, receberá 15 (moedas);
- b) Atendimento prestado pelo PRESTADOR ao Usuário, entre 3 (três) e 5 (cinco) dias após o agendamento, receberá 10 (dez) moedas;
- c) Atendimento prestado pelo PRESTADOR ao Usuário, em 6 (seis) dias ou mais, receberá 5 (cinco) moedas.

6.2 – A pontuação é cumulativa e 300 (trezentas) moedas correspondem a uma (01) consulta cobrada do Usuário que possui plano de assinatura (desconsiderando

impostos e taxas). Entretanto, o PRESTADOR somente poderá trocar com o [plataforma], as moedas, quando acumular 1000 (mil) moedas. (T6, p. 5-6).

Nota-se que a troca dos pontos está condicionada ao alcance de mil "moedas". Dessa maneira, considerando a pontuação máxima por menor intervalo (15 moedas por até 2 dias após o agendamento), são necessárias cerca de 66 consultas para realizar a troca dos mil pontos, os quais equivalem à 3 consultas cobradas do usuário.

O número de avaliações positivas recebidas de usuários na plataforma também é considerado pela plataforma para adição de benefícios ou pontuação. Por exemplo, para a contratação do plano "First Class", o profissional de saúde deve ter recebido, pelo menos, três avaliações positivas. Para tanto, o trabalhador deve concordar em ser avaliado pelos usuários e pela própria plataforma, bem como em realizar a sua avaliação sobre o paciente atendido.

No ensejo, faz-se relação com o que está disposto na categoria "Natureza dos Serviços", no que diz respeito à responsabilização do trabalhador, especificamente, na observância dos marcos legais da profissão. Sobre avaliação, a Resolução nº 2.178/2017 do CFM, que regulamenta os aplicativos de consulta médica com atendimento domiciliar, proíbe a prática, a qual deve ser observada pelo Diretor-Técnico Médico indicado pela Plataforma:

Art. 2º - Ao Diretor-Técnico Médico compete:

[...]

g) Vedar a divulgação pelos serviços de aplicativo da avaliação ou ranqueamento dos médicos prestadores de serviço". (CFM, 2017, p. 138)

Outro fato observado em nossas análises diz respeito ao enfraquecimento da autoridade médica, isto é, a diminuição do poder vinculado ao status social da profissão. Em qualquer relação de dominação, é necessário que exista legitimidade, estabelecida pela aceitação e reconhecimento de autoridade (WEBER *apud* NAGHIEH, 2020).

No relacionamento entre médico e paciente, a construção social da medicina e o desigual domínio sobre conhecimento técnico-científico conferem ao médico confiança e credibilidade profissional, com poder de ação sobre o corpo do paciente, que se mantém passivo ante a conduta terapêutica (MACHADO, 1997).

No entanto, nos anos mais recentes, o uso das ferramentas de pesquisa na internet, conferindo maior acesso à informação em saúde, e a dinâmica de funcionamento dos aplicativos de consultas médicas, com avaliações públicas, têm implicações para a relação de dominação entre profissional e paciente, fragilizando a autoridade médica (NAGHIEH, 2020).

À medida que o paciente se sente provido de conhecimento suficiente para assumir postura menos passiva na relação, passa a questionar a conduta terapêutica. Além disso, no atual momento em que se fortalece uma cultura de tomada de decisões a partir das avaliações públicas de outros usuários/consumidores, o paciente, ao discordar da opinião profissional, torna pública sua avaliação nos espaços fornecidos pela plataforma e, assim, coloca em xeque a autoridade do médico,

inclusive, disputando a orientação da prática quando a avaliação é legitimada e considerada pela empresa ao aplicar penalidades ao profissional ou estabelecer benefícios àqueles que não recebem avaliações negativas.

A diminuição da autoridade médica pode ser afetada pela maior exposição do seu trabalho submetido à avaliação pública de usuários por meio das plataformas; e, ainda, diante de um contexto de *Gig economy* no qual a telemedicina possibilita um raio de atuação internacional, os médicos de países com salários mais altos terão uma diminuição do poder de barganha.

Na hierarquia social, a profissão médica conta com uma posição que dispõe de características como respeitabilidade, honorabilidade e alta estima social, decorrentes do status que ocupa.

O conceito de status social, segundo Weber (ano), reside na posição que cada grupo ocupa na dinâmica social. A posição ocupada decorre não somente de termos econômicos, mas também de educação, cultura e um estilo de vida específico de quem participa dessa comunidade por relações familiares, amizade, casamento ou atuação política. Dependendo da ordem que ocupa na hierarquia social, indivíduos pertencentes a um determinado grupo podem ter maior capacidade de impor sua vontade aos demais.

O sistema difundido pelas plataformas de classificação e cultura de vigilância afeta um dos aspectos fundamentais daquilo que Riska (2001) entende como base da profissão médica, o conhecimento especializado e a relação de confiança.

A tendência de mercantilização, classificação e transparência do trabalho, quando pensadas na profissão médica, induz à exigência de maior acurácia na avaliação, uma vez que se trata de um serviço que afeta de maneira direta a saúde do usuário que o contrata. Essa dinâmica tem consequências profundas no status da profissão médica, afetando também aspectos relativos à regulamentação, planejamento da força de trabalho e remuneração (NAGHIEH, 2020).

Assinala-se para diminuição do poder das autoridades profissionais médicas em influenciar as políticas de gestão da força de trabalho, regular o acesso à formação e até mesmo regular negociações contratuais do exercício profissional. Para essa discussão, resgatamos o conceito Weberiano de "fechamento social", compreendendo que as barreiras de acesso à educação médica, às fontes de informação e os dispositivos de exclusão credenciados têm sido, tradicionalmente, formas de monopolizar vantagens, promovendo, assim, o exercício de fechamento social (PARKIN, 1979 apud NAGHIEH, 2020).

O fechamento social pode se dar de duas maneiras: uma mediante um processo de subordinação de outros grupos assegurando privilégios para si, o fechamento de exclusão; e outra como uma reação de um grupo excluído em resposta à exclusão da condição privilegiada que o outro grupo ocupa, o fechamento usurpatório. Segundo Parkin (1979 apud NAGHIEH, 2020), este último será sempre uma reação coletiva à exclusão.

Essa teoria pode explicar, conforme Naghieh (2020), o papel das avaliações públicas de médicos e sua relação com o declínio da autonomia e inevitável aumento da regulação e vigilância

do exercício profissional, não mais exercidos pelos órgãos reguladores oficiais, mas amplamente difundidos na sociedade por intermédio dos ambientes virtuais, por meio dos quais, na perspectiva do fechamento usurpador, o público tem afetado o monopólio da profissão médica, com relação ao poder, autonomia e autorregulamentação.

No âmbito digital, a internet desafia o monopólio do profissional médico na medida em que facilita o acesso à informação de saúde, aprimorando o autodiagnóstico e permitindo que o paciente tenha maior autoconfiança para questionar o diagnóstico do médico (NAGHIEH; PARVIZI, 2016). As empresas de plataforma, nesse sentido, seguem esses passos, com potencial de colocar ainda mais em questionamento a autoridade da profissão médica.

Em primeiro momento, o dito trabalho autônomo resguarda a plataforma no sentido de que, por serem autônomos, os trabalhadores, dessa forma, possuem liberdade para gerir a própria jornada de trabalho. No entanto, os achados da pesquisa a respeito da autonomia *versus* controle por algoritmo mostram que, em verdade, não existe trabalho autônomo por meio das plataformas digitais analisadas.

Lembremos que o fundamento da prática liberal, no qual a medicina se enquadra, assenta-se na autonomia técnica e econômica. Além disso, seu exercício consiste na "liberdade de pensar, de agir e de estipular o valor monetário de seus serviços" (MACHADO, 1997, p. 2), caracterizando liberdade de gerir integralmente a relação produtor-consumidor.

Embora a profissão médica possua alto grau de autonomia técnica e econômica que lhe confere maior poder sobre seu processo de trabalho, notamos nos mecanismos de controle das plataformas a fragilização dessas características centrais.

No momento que é vedado ao médico o conhecimento sobre o funcionamento do algoritmo, diante da possibilidade de mudanças nas regras de operacionalização do aplicativo sem consulta prévia, da predileção das avaliações de usuários na definição de conduta no atendimento, exemplifica-se que o processo laboral médico vem sendo afetado e que há uma condição desfavorável para o médico na relação com a plataforma.

Não está somente sobre o poder do médico a definição do valor financeiro de seus serviços. O preço cobrado pela consulta é definido pela plataforma, em muitos dos casos, padronizado entre todos os médicos cadastrados.

Nota-se, dessa maneira, que o mesmo ruído observado por Machado (1997) quanto à implicação para a autonomia profissional, perante a forte institucionalização que passa a categoria médica, também é notado no trabalho por aplicativos de consultas.

Naquele momento, a autora aponta para a crescente institucionalização da profissão em organizações com rígidos sistemas burocráticos de controle sobre os trabalhadores que permitem o ajuste entre os objetivos finalísticos dessas organizações – prestar assistência – aos interesses lucrativos. Tanto nas plataformas assim quanto nas organizações, o médico perde o controle sobre a produção, a distribuição e o preço final do serviço, comprometendo a autonomia como princípio real da profissão.

O apelo à retomada para prática liberal que vem sendo utilizada pelas empresas de plataforma, não se sustenta quando analisamos as minúcias da relação contratual e esta análise nos permite dizer que não estamos diante desse retorno, mas sim de continuidade de um controle a partir de técnicas mais refinadas com o uso das TIC.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo do desenvolvimento da pesquisa, percebemos que existe uma construção simbólica em torno de tudo aquilo que está relacionado com as inovações tecnológicas, assentado na ilusão de aspectos como o empreendedorismo, a autonomia laboral, o custo zero de produção e o retorno financeiro fácil; ao passo que são aperfeiçoados os mecanismos de controle do processo produtivo com estratégias que atuam nos elementos subjetivos dos indivíduos, provocando mudanças comportamentais e de projetos de vida.

No mesmo sentido, percebe-se uma linha de atuação no âmbito do direito na perspectiva de flexibilizar legislações locais e específicas permitindo o desenvolvimento das atividades produtivas de empresas de TIC com menor grau possível de regulamentação.

Agora, à semelhança do que ocorreu nos momentos anteriores de grandes transformações tecnológicas, nota-se impacto na organização do trabalho, no processo produtivo, no funcionamento do mercado, nas relações pessoais e coletivas, bem como na subjetividade.

De forma associada à ilusão do empreendedorismo e vinculada ao espírito neoliberal, localiza-se o ideal do trabalho liberal na categoria médica que encontra nas plataformas a expectativa de exercício do trabalho autônomo. Esse ideal é explorado pelo *marketing* das empresas como forma de atrair a mão de obra médica para cadastro na plataforma.

No entanto, a partir da análise do funcionamento do aplicativo e das disposições dos Termos de Uso, foi percebido um conjunto de formas de controle e indução do trabalho médico segundo os interesses da empresa, controle desenvolvido por meio de estratégias financeiras, monopólio de informações, controle do algoritmo, penalidades ou com estímulo positivo, tais como bonificações e prêmios.

Esses mecanismos comprometem a possibilidade de exercício da autonomia do trabalhador na definição da jornada de trabalho, do valor da consulta e, ainda, na conduta terapêutica.

De maneira contrária às aspirações do médico, levantamos a discussão da fragilização do status social da profissão, poder conferido, primordialmente, pela delimitação de atos restritos a essa categoria, pelo acesso limitado à formação médica e ainda por poucas fontes públicas de informação sobre saúde para a população geral.

Esses pontos centrais na manutenção do status médico são ameaçados à medida que as plataformas digitais oferecem a possibilidade de avaliação pública do atendimento médico recebido pelos usuários.

Dessa maneira, ainda que a regulação do trabalho, legalmente amparada, seja feita pelos órgãos competentes da categoria, a visualização pública das avaliações acaba influenciando na escolha por outros pacientes, sem esquecer de mencionar que são opiniões consideradas na análise da plataforma para aplicação de penalidades ou benefícios aos profissionais.

Nesse sentido, o poder do usuário, ao difundir avaliações na *web*, disputa com o poder de manutenção do status profissional, quando repercute entre outros pacientes, podendo alcançar e influenciar decisões de gestores e instituições regulamentadoras para a categoria médica, estimulando, dessa maneira, aumento da fiscalização do trabalho e funcionando por si mesmas como mecanismos de monitoramento e controle difundidas amplamente na sociedade.

Outro elemento de fragilização da base do status médico consiste na intensificação e na democratização do uso das TIC, popularizando o acesso às informações e o consequente aumento da literacia em saúde o que provê maior segurança ao paciente para participar de maneira mais ativa na construção do seu projeto terapêutico, inclusive questionando diagnósticos e condutas propostas pelo médico. Além disso, mencionamos o uso das TIC na formação técnica-profissional por meio de Educação a Distância (EaD), abrindo frestas nas barreiras para a educação médica.

Consideramos, como uma das coisas fundamentais na pesquisa, ressaltar a importância de os trabalhadores compreenderem o que está colocado, isto é, as regras do jogo, para, assim, diminuir a lacuna que existe de alienação do trabalhador a respeito daquilo que conforma o todo do processo produtivo no qual está inserido. Dessa maneira, fica mais claro para o médico identificar as pautas pelas quais precisa buscar regulamentação.

Algumas das pautas que podem ser buscadas são: clareza no funcionamento do algoritmo, comunicação fácil e oportuna com representantes da empresa, não obrigatoriedade do fornecimento permanente dos dados, com pactuação de destruição deles após cessamento de relação contratual, compartilhamento de riscos e prejuízos no desenvolvimento do trabalho.

Em nossa avaliação, existem duas frentes importantes na regulação da expansão de tais atividades na saúde: a primeira relaciona-se com a aplicação da legislação e regulamentos profissionais vigentes, reconhecendo a natureza das empresas como parte do setor no qual é desenvolvida sua atividade, nesse caso, setor saúde; e a segunda, com a proposta de novos códigos que regulem aquilo que não estava previsto em nossos regulamentos, por exemplo, a transparência no funcionamento do algoritmo e direitos sobre os dados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABÍLIO, Ludmilla Costhek. **Uberização: do empreendedorismo para o autogerenciamento subordinado**. *Psicoperspectivas*, [s. l.], v. 18, n. 3, p. 1-11, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5027/psicoperspectivas-vol18-issue3-fulltext-1674>. Acesso em: dia jul. ano.
- ANTUNES, Ricardo. **Uberização, trabalho digital e indústria 4.0**. 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2020.

- CARELLI, Rodrigo de Lacerda; OLIVEIRA, Murilo Carvalho Sampaio. **As plataformas digitais e o direito do trabalho: como entender a tecnologia e proteger as relações de trabalho no século XXI**. 1. ed. Belo Horizonte: Editora Dialética, 2021.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 2.178, de 14 de dezembro de 2017. Regulamenta o funcionamento de aplicativos que oferecem consulta médica em domicílio. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 155, n. 40, p. 138, 28 fev. 2018.
- DISTRITO. **Distrito healthtech report**. 2020. Disponível em: <https://distrito.me/dataminer/reports/>. Acesso em: 22 fev. 2022.
- FONTES, Virginia. Capitalismo em tempos de uberização: do emprego ao trabalho. **Rev. Marx e o Marxismo**, [s. l.], v. 5, n. 8, p. 45-67, jan/jun 2017.
- GRAHAM, Mark; HJORTH, Isis; LEHDONVIRTA, Vili. **Digital Labor and Development: Impacts of Global Digital Labor Platforms and the Gig Economy on Worker Livelihoods**. Massachusetts Institute of Technology. London: Ed: Mark Graham, 2019.
- MACHADO, Maria Helena. Características sociológicas da profissão médica. In: MACHADO, MH., coord. **Os médicos no Brasil: um retrato da realidade**. [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, p. 21-49, 1997.
- MACHADO, Maria Helena. **Artigo: Profissionais de saúde em tempos de Covid-19**. O Globo, 23 mar. 2020
- NAGHIEH, Ali. Gig Economy and the Transformation of Professional Boundaries in Healthcare. In: PAGE-TICKELL, Rebeca; YERB, Elaine. **Conflict and Shifting Boundaries in the Gig Economy: An Interdisciplinary Analysis**. UK: Emerald Publishing Limited, 2020.
- NAGHIEH, Ali. PARVIZI, Marzyeh. Exercising soft closure on lay health knowledge? Harnessing the declining power of the medical profession to improve online health information. **Social Theory & Health**, Vol. 14, Ed. 3. Londres: Macmillan Publishers Ltd, 2016, p. 332–350.
- OLIVEIRA, Maria Marly. **Como fazer pesquisa qualitativa**. Petrópolis: Vozes, 2007.
- RIFKIN, Jeremy. **Sociedade com Custo Marginal Zero**. São Paulo: M Books, 2015.
- RISKA, Elliane. Health Professions and Occupations. **The Blackwell Encyclopedia of Sociology**. John Wiley & Sons, Nova Jersey-EUA, p.1-4, 2017.
- SLEE, Tom. **Uberização: a nova onda do trabalho precarizado**. São Paulo: Ed. Elefante, 2017.

APÊNDICE C – ARTIGO 2

O trabalho médico sob demanda por meio de plataformas digitais: a Uberização na saúde The medical work on demand by digital platforms: uberification of the labourforce

Ciane dos Santos Rodrigues
Márcia Teixeira
Maria Inês Carsalade Martins

RESUMO

Neste artigo analisamos a expansão do modelo de plataformas digitais na prestação de serviços de médicos no Brasil, intensificado no contexto da pandemia do COVID 19. O objetivo consistiu em mapear as plataformas digitais de consultas médicas que operam no Brasil, no período de 2015 a 2022, identificando suas principais características. Os métodos utilizados foram a revisão de literatura, a amostragem não probabilística *snowball sampling* e pesquisa documental. Identificamos o início de atividades da primeira empresa no no Brasil, em 2015, com maior peso na cidade de São Paulo, majoritariamente oferecendo consultas médicas. Foram selecionadas 54 empresas, permitindo identificar expansão mais evidente nos anos de 2019 e 2020, com ampliação da cobertura das empresas e de tipos de serviços ofertados, tais como descontos em farmácias, lojas, restaurantes, atendimento por *chat*, áudios do *whatsapp* e intensificação do uso da telemedicina. Observamos ainda, o crescimento para outras áreas da saúde, tais como, cuidador de idosos, enfermagem, odontologia, psicólogos, dentre outros.

Palavras-chave: Aplicativos móveis. Telemedicina. Acesso aos serviços de saúde. Médicos. Precarização do trabalho.

ABSTRACT

This paper analyzes the increasing use of the digital labour platforms in the supply of medical services in Brazil, intensified in the context of the COVID 19 pandemic. The objective was to map the digital platforms for medical consultations operating in Brazil, in the period from 2015 to 2022, identifying their main characteristics. The methods used were literature review and non-probabilistic sampling. We identified the beginning of activities of the first company in Brazil, in 2015, with greater weight in the city of São Paulo, mostly offering medical consultations. 54 companies were selected, allowing for the identification of a more evident expansion in the years 2019 and 2020, with the expansion of the coverage of the companies and of the types of services offered, such as discounts in pharmacies, shops, restaurants, chat services, whatsapp audios and intensification of the use of telemedicine. We also observe the growth in other areas of health, such as elderly caregivers, nursing, dentistry, psychologists, among others.

Key words: Mobile applications. Telemedicine. Health services accessibility. Physicians. Labour precarization.

1 INTRODUÇÃO

A evolução das tecnologias de comunicação e informação vem atravessando de forma disruptiva o mundo do trabalho, tanto no aspecto da organização do processo de trabalho quanto no O mundo do trabalho vem passando por transformações expressivas nas últimas décadas, sendo atravessado de maneira disruptiva pela evolução das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC), tanto no aspecto da organização do processo de trabalho quanto das relações e proteção trabalhista.

Como parte da dinâmica do processo da reestruturação produtiva, o trabalho por plataforma digitais é expressão desse fenômeno e se insere em um contexto de expansão da chamada *Gig economy*.

Definida como a economia construída por meio de TIC que permite uma atuação empresarial em escala global, a *Gig economy* resulta em modificações no modo como a sociedade se organiza, com impacto nas relações pessoais, comerciais, culturais e no trabalho (GRAHAM; HJORTH; LEHDONVIRTA, 2019).

Compartilhamos da compreensão de que as inovações tecnológicas surgem de necessidades próprias da sociedade. Isto é, são criadas e operacionalizadas segundo o padrão ético e político hegemônico na sociedade, tal como já apontava Gilles Deleuze (1992) ao discutir o uso das tecnologias na sociedade de controle.

Na perspectiva do neoliberalismo como racionalidade (DARDOT; LAVAL, 2016), é possível perceber que existe um conjunto de valores individuais e coletivos, que, além da esfera econômica, implica desejos e outros aspectos de uma subjetividade construída, em que as TIC ganham especial centralidade.

Contudo, é necessário destacar que, embora o uso das tecnologias digitais seja feito para extração de valor de uma vasta gama de atividades econômicas e sociais, também pode ser usado para fins não mercantis.

A partir do controle local e democrático do uso de algoritmos, Ursula Huws (2020) discute como as plataformas digitais podem servir como ferramentas que permitam a gerência de serviços voltados à construção de estratégias sustentáveis de alimentação, saúde, facilitação de jornada de trabalho ou à redistribuição de serviços ofertados pelo Estado.

Nesse sentido, a expansão da telemedicina ao longo da pandemia de covid-19 é um excelente exemplo das possibilidades do uso das TIC, deixando claro que não pode ser resumida a análises dicotômicas, com posições contrárias ou favoráveis. É necessário analisar o conjunto de implicações que o processo traz à sociedade atual e o contexto em que é utilizada.

Na área de saúde, o uso das TIC destaca-se não só como um recurso importante para o

acompanhamento das condições de saúde, orientações, apoio ao tratamento quando o contato presencial é dificultado – tal como temos visto ao longo da pandemia de SARS-CoV-2 – como também em situações específicas de pacientes com maior vulnerabilidade, a exemplo de idosos com debilidades na locomoção e pacientes imunossuprimidos. Além disso, permite o acompanhamento do percurso terapêutico seguido pelos pacientes nos diferentes dispositivos, com possibilidade de fortalecimento e corresponsabilização no cuidado, entre outros aspectos.

Assim, temos visto a intensificação da telemedicina por instituições públicas vinculadas às esferas governamentais, tal como o aplicativo “Atende em Casa”¹, desenvolvido pela prefeitura de Recife para monitoramento de casos de covid-19. Ressaltamos, ainda, as experiências de organizações não governamentais, como a SAS Brasil², a partir de trabalho voluntário com oferta de assistência em saúde em várias regiões do país, com priorização de áreas com maior vulnerabilidade.

Lembramos ainda que os dados procedentes de prontuários eletrônicos para análises e construção de diagnóstico situacional do território com maior precisão também são de grande importância, na medida em que facilitam a elaboração de estratégias de organização da rede e de ações mais efetivas no enfrentamento dos problemas de saúde.

É necessário, no entanto, que o uso das TIC seja apropriado pelos sistemas de saúde com essa finalidade, subordinando ciência, tecnologia e inovação aos interesses sociais e coletivos; e, no caso do Brasil, aos princípios norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS) (MALDONADO; CRUZ, 2021). Todavia, o que se tem observado é que o uso dessa modalidade vem acontecendo de forma mais intensa no mercado privado de saúde.

O setor empresarial na saúde, pautado por fins econômicos, encontrou na telemedicina melhores condições de crescimento, a partir do baixo investimento necessário ao fornecimento do serviço. No setor privado, esse processo ultrapassa a esfera dos tradicionais planos de saúde, regulados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), e vem se expandindo por empresas que existem, exclusivamente, como plataformas virtuais, fazendo a intermediação na oferta de assistência em saúde.

Esse tipo de relação laboral tem suscitado estudos e conceitos, tais como **plataformização do trabalho**, **trabalho por plataforma** (GRAHAM; HJORTH; LEHDONVIRTA, 2019), **economia de compartilhamento** (RIFKIN, 2015) e **Uberização da mão de obra** (SLEE, 2017; FONTES, 2017; ABILIO, 2019; ANTUNES; FILGUEIRAS, 2020; ANTUNES, 2020; CARELLI; OLIVEIRA, 2021).

Neste artigo analisamos como vem se expandindo este modelo de empresa na oferta de assistência médica no Brasil e quais as características principais dos aplicativos.

Dessa forma, temos como objetivo do estudo mapear as plataformas digitais de consultas médicas que operam no Brasil, no período de 2015 a 2022, identificando suas principais características.

¹ Pernambuco. Prefeitura Municipal de Recife. **Atende em casa**. Recife: PMR, 2020. Disponível em: https://play.google.com/store/apps/details?id=br.brainy.atende_em_casa&hl=pt_BR&gl=US. Acesso em: 29 jul. 2021.

² SAS Brasil. **Saúde, alegria e sustentabilidade Brasil**. São Paulo: Icarus, 2021. Disponível em: <https://sasbrasil.org.br/>. Acesso em: 29 jul. 2021.

2 MATERIAIS E MÉTODO

O artigo foi produzido a partir da Tese de Doutorado “TRABALHO MÉDICO SOB DEMANDA POR MEIO DE PLATAFORMAS DIGITAIS: controle por algoritmos e implicações para as relações de trabalho” (RODRIGUES, 2022), apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ.

Trata-se de pesquisa qualitativa, tendo como instrumentos revisão bibliográfica, método de amostragem não probabilística Snowball Sampling e análise documental.

A pesquisa bibliográfica (OLIVEIRA, 2007) teve como fonte principal as bases de dados científicas Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), plataforma CAPES, PubMed e Google Scholar.

O método snowball sampling foi realizado na loja virtual de aplicativos da Apple – Apple Store – em função da existência de um algoritmo com maior acurácia no processo de busca e de verificação prévia. Foram realizadas três buscas: abril de 2020; julho de 2021; e março de 2022.

Os critérios de inclusão adotados foram: oferta de consulta com profissional médico; possibilidade de agendamento pelo usuário, viabilizado pela plataforma; possuir mais de 500 downloads do aplicativo realizados e oferta de serviços no Brasil.

Os critérios de exclusão foram: aplicativos desenvolvidos por grandes seguradoras de saúde, por ser o aplicativo a própria empresa; aplicativos utilizados somente para viabilizar uma consulta de telemedicina, sem permitir o agendamento.

Fizemos a escolha do primeiro aplicativo, tendo como base os textos acadêmicos encontrados e os materiais divulgados pela imprensa. Optamos por iniciar nossa busca com a empresa *Docway*. Digitamos na caixa de busca da *Apple store*, a palavra ‘Docway’ e selecionamos o app encontrado. Em seguida, na opção “você também pode gostar”, são indicados outros aplicativos semelhantes, os quais foram analisados de acordo com os critérios estabelecidos de seleção e repetidos os passos anteriores.

A construção da cadeia de aplicativos foi realizada no *software* Simple Mind, sendo identificados com cores e símbolos para facilitar a visualização e inseridas observações para complementar a etapa de análise das empresas selecionadas.

A partir da análise do nome e descrição dos aplicativos sugeridos pelo algoritmo, foram selecionados 103 aplicativos.

Na figura 1, à direita, pode-se visualizar a legenda com todos os símbolos utilizados durante o processo de busca; e à esquerda, é possível visualizar parte da cadeia montada para a análise dos aplicativos. A cadeia não está apresentada de maneira completa, devido ao tamanho da imagem não ser viável para apresentação neste formato de arquivo; a partir de cada caixinha, sai uma nova cadeia. Entretanto, na figura 4, apresentada na seção de resultados, é possível ver todos os aplicativos selecionados.

A etapa seguinte da pesquisa foi a realização do *download* dos aplicativos selecionados para verificação com *login*, com dados da própria autora, como usuário ou profissional de saúde, além da pesquisa na *web*, a partir da ferramenta de busca da Google.

Optamos pela apresentação de todas as healthtechs na figura 1 e no gráfico 1, tendo como intuito apresentar que se trata de um mercado em grande expansão, mundialmente, e que vem, notavelmente, crescendo também no Brasil, com oferta de um rol de serviços no âmbito da saúde, desde a oferta de consultas, *softwares* para gestão até inteligência artificial para diagnóstico e outros fins.

Após essa etapa, foram descartados 49 aplicativos, restando 54 para análise e discussão de resultados.

A etapa seguinte consistiu no acesso e *download* dos Termos de Uso para a análise documental, juntamente com outros documentos relativos à legislação trabalhista e de regulação de exercício profissional da medicina no Brasil. Como ferramenta de apoio foi utilizado o software Atlas.ti versão 22 para Windows®.

Fizemos *download* de 58 Termos de Uso, incluindo 9 para profissional de saúde e 49 para usuários. Algumas das plataformas (6) não disponibilizam o termo para *download*. No caso da não possibilidade de *download*, foi realizada cópia do texto apresentado no aplicativo ou site e transposta para o processador de texto Microsoft Word® para posterior análise. Ressalta-se que a cópia do texto estava bloqueada em 5 empresas.

Os Termos de Uso, analisados segundo o método proposto por Laurence Bardin de análise de conteúdo, deram origem a 44 grupos, compostos por 172 unidades de registro, divididos em 4 categorias: Autonomia, Relação de Trabalho, Monopólio dos Dados e Natureza dos Serviços. A categoria apresentada e discutida neste artigo consiste no Monopólio dos Dados.

No que se refere às considerações éticas, esta pesquisa foi desenvolvida respeitando os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução nº 466, de 2012, e pela Resolução nº 510, de 2016.

O gráfico 1 apresenta o número de empresas segundo ano de início de atividades. São exibidos os dados tanto das empresas de consultas médicas quanto do total de *healthtechs* identificadas ao longo da busca. Nota-se que 2020 foi o ano com o maior número de plataformas virtuais de saúde fundadas, tanto entre aquelas específicas de consultas médicas quanto as demais empresas virtuais com atuação no âmbito da saúde.

O crescimento anual mais expressivo se deu em 2019, com aumento de 150% em relação a 2018. Em 2020, a curva ainda permanece em subida, mas de forma não tão expressiva, em que se observa aumento de 20%. Em 2021 e 2022, há uma diminuição na abertura desse formato de empresa. Entre os fatores que podemos citar como possíveis causas que favoreceram tal crescimento estão a regulamentação do atendimento domiciliar com vigência iniciada em 2018 pelo CFM e, sobretudo, o contexto de pandemia de COVID-19, com maior uso das TIC, incluindo a liberação da telemedicina. Ressaltamos que não foi possível identificar o ano de fundação de cinco *healthtechs*.

Gráfico 1 – Plataformas virtuais de saúde, segundo ano de fundação, Brasil, 2022



Fonte: elaboração própria, a partir de busca realizada na Apple Store, até março de 2022.

A figura 2 abaixo nos mostra a nuvem de palavras composta por todos os aplicativos de saúde levantados ao longo da busca, incluindo aqueles que foram descartados após análise de critérios estabelecidos. As palavras com maior tamanho expressam maior frequência entre as sugestões feitas pelo algoritmo da Apple.

A frequência de sugestões feitas pelo algoritmo pode ser influenciada por fatores como número de vezes que a plataforma é pesquisada por usuários, quantidade de *downloads* do aplicativo, engajamento de usuários por meio de comentários, popularidade da plataforma em outras mídias, entre outros fatores. No entanto, não é possível saber com precisão quais são os determinantes para que uma plataforma seja mais indicada pelo algoritmo do que outra, visto que essa não é uma informação de domínio público, pelo contrário, é bastante restrita.

De todo modo, foi possível perceber destaque para as empresas Doutor24h, Docway, Docpass, Telemedicina Brasil Solicitante, entre outras.

Desse conjunto de aplicativos sugeridos, 103 foram selecionados a partir da análise do nome da empresa e descrição na loja de apps. Na figura 3, identificamos apenas as empresas selecionadas segundo os critérios estabelecidos. Assim, 54 empresas foram consideradas para análise e discussão.

Entre os 49 que foram excluídos, 22 relacionam-se com o número de *downloads* insuficientes, 13 empresas identificadas nas buscas anteriores não foram localizadas na busca final, sugerindo fechamento da empresa, 2 das quais com informe oficial de encerramento das atividades, em virtude de dificuldades após o período inicial da pandemia de COVID-19. As demais relacionam-se com grandes seguradoras de saúde, não ofertam consulta com médico, entre outros.

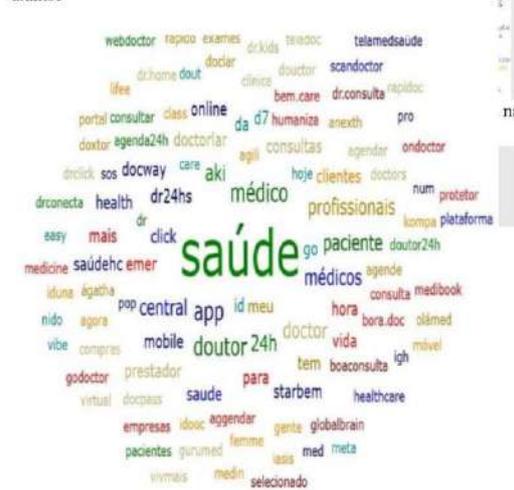
Entre os serviços ofertados, além da consulta médica, destacam-se: serviços de enfermagem; fisioterapia; fonoaudiologia; nutricionista; psicologia; dentista; terapia ocupacional; vacinação; RPG; exames de imagem; exames laboratoriais; *check-up* geral; orientação *on-line*; e compra de medicamento.

Damos ênfase, ainda, à oferta pela empresa OlaMed, de um totem para exames com capacidade de realização de mais de 20 exames e parâmetros biomédicos, que são enviados em tempo real para avaliação médica, além de uma clínica digital (móvel) possível de ser colocada em espaços públicos, como praças, *hall* de prédios, para realização dos exames e teleconsultas. Esses serviços foram

Figura 2: Nuvem de aplicativos de consultas médicas sugeridos pelo algoritmo de busca



Figura 3: Aplicativos de consultas médicas selecionados para análise



Fonte: Elaboração própria, a partir de busca realizada na Apple Store, de 2020 a 2022.

realizados em parceria com a Prefeitura Municipal de Gramado para uso durante a pandemia, no ano de 2021³.

Também são ofertados benefícios por meio de convênios e parcerias realizadas com outras empresas e instituições. Entre os benefícios identificados, destacamos: descontos em lojas de artigos diversos, em farmácias, internações, clínicas de imagem, laboratórios, assessoria contábil, curso de inglês; programa de pontos; e *cashback*.

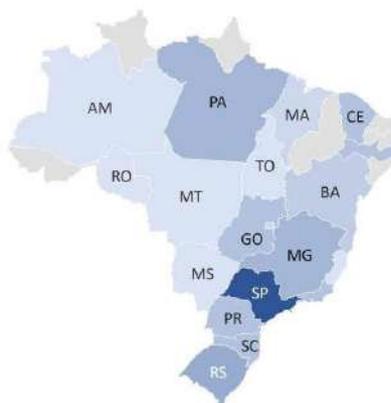
As consultas são realizadas principalmente por videochamadas (78% das empresas), via plataforma ou WhatsApp, mas também podem ocorrer de forma presencial no consultório médico (61% das empresas) ou por visita domiciliar (19% das empresas). É possível, ainda, o contato com o médico para orientação via chamada telefônica, chat do aplicativo ou ainda mensagens no WhatsApp (texto/áudio).

A respeito da visita domiciliar, nota-se diminuição na oferta desse tipo de atendimento. Nas buscas realizadas até julho de 2021, 26% das empresas contavam com atendimento médico na casa do cliente, enquanto, na busca atualizada em 2022, a proporção de empresas com esse tipo de consulta correspondeu a 19% do total. Essa mudança é acompanhada do aumento da proporção de empresas que passam a utilizar a telemedicina. Até 2021, 46% das empresas analisadas realizavam teleconsultas, em 2022, essa proporção passou para 78%. Com isso, o atendimento feito pelos médicos no próprio consultório, que correspondia ao modo principal de realização de consulta entre as empresas, passou para segundo lugar na frequência dos meios de consulta.

A cobertura de saúde por meio das plataformas virtuais de consultas médicas se expande para todo o país a partir do momento em que a telemedicina cresce. Todavia, a oferta presencial de consultas concentra-se, em sua maior parte, no estado de São Paulo, como pode ser observado no mapa abaixo (figura 4). Do total de 37 empresas que ofertam visita domiciliar e/ou atendimento no consultório, 14 (38%) cobrem regiões de São Paulo, os outros estados com maior número de empresas são Rio Grande do Sul, Minas Gerais e Pará, nessa ordem.

Entre as formas de propagandas das empresas para captação de mais usuários,

Figura 4: Distribuição da cobertura de consultas presenciais ofertadas pelas plataformas virtuais de saúde no Brasil, 2022



Fonte: elaboração própria, a partir de busca realizada na Apple Store, até março de 2022.

³ Ver reportagem em: <https://www.nataluzdegramado.com.br/durante-o-natal-luz-moradores-e-visitantes-ganham-o-reforco-de-servico-de-telemedicina-em-dois-locais-diariamente/>

destaca-se a apresentação como alternativa às barreiras para acesso ao atendimento público no SUS e para quem não tem recursos financeiros suficientes para pagar os planos de saúde regulados pela ANS.

Para os médicos, é muito mencionada a oportunidade de “alavancar” o movimento da clínica, diminuir o absenteísmo de pacientes e o resgate das origens de profissional liberal com autonomia na gestão da jornada e processo de trabalho.

As empresas que ofertam serviço de saúde corporativo destacam como benefícios da contratação da plataforma o incremento na produtividade decorrente da melhora das condições de saúde dos funcionários e a redução de custos da empresa com a oferta dos planos de saúde tradicionais.

Há diversas formas de aumentar o engajamento do usuário com o aplicativo, dentre elas, destacamos o uso de mensagens *push* no dispositivo móvel, tais como: “Estamos com saudades! Nossos médicos estão de plantão 24 horas todos os dias da semana ansiosos para lhe atender!” ou “Tem um paciente precisando de atendimento!”. Também são enviadas mensagens no WhatsApp incentivando o acesso à plataforma.

A referência das empresas como alternativas diante dos desafios existentes no sistema de saúde, tais como diminuição de sobrecarga de atendimentos do sistema público de saúde, diminuição de filas de espera e alternativa à subvalorização salarial de profissionais de saúde, além do resgate às origens do atendimento médico com o retorno às visitas domiciliares, também chama atenção.

Entretanto, é necessário mencionar o acúmulo de pesquisas no âmbito das relações entre público e privado nos sistemas universais de saúde, analisado por Santos (2011), apontando que, em sistemas de saúde duplicados, percebe-se maior adensamento de demanda na rede de saúde ambulatorial especializada e hospitalar públicas.

Em geral, o que acontece em países com sistemas públicos nacionais de saúde é o enfrentamento de maiores dificuldades para a regulação e gestão de vagas, visto que os atendimentos realizados em espaços fora do fluxo organizacional da rede pública de assistência acabam gerando novas demandas que migram para o sistema.

Dessa maneira, esses espaços são aqueles em que o setor privado encontra nicho e se estabelece, duplicando, dessa forma, o acesso que pode ser via serviço público ou não.

As alternativas de pagamento das consultas variam entre assinaturas mensais, trimestrais ou anuais e pagamento por consulta/procedimento realizado. Pode ser realizado via aplicativo, por cartão de crédito, pix, cartão pré-pago ofertado pela empresa ou pagamento direto ao profissional de saúde. As empresas cobram do profissional de saúde uma taxa de conveniência pelo uso do aplicativo em cima de cada consulta realizada. Também são cobradas as taxas do cartão de crédito, quando usados.

O valor das assinaturas pode variar de acordo com a carteira de serviços acessada, número de consultas incluídas, benefícios e descontos.

O valor da consulta nem sempre é exibido na lista de médicos disponíveis, junto ao nome do médico, mas sempre é possível identificar o preço pelo serviço antes de finalizar o agendamento. Alguns aplicativos oferecem um filtro em que o usuário pode condicionar a busca pelo valor máximo da consulta

que pretende pagar. Dessa forma, médicos que cobram um valor acima do limite estabelecido não são exibidos na lista para o paciente.

Algumas das plataformas padronizam o valor da consulta de acordo com a especialidade ofertada ou mesmo para todas as consultas disponibilizadas no app. A proporção de empresas que fazem essa padronização correspondeu a 37%.

Foi observada diferenciação quanto à unificação do preço por consulta entre médicos cadastrados. Para os médicos registrados, individualmente, no aplicativo, o valor da consulta pode ser único para clínica médica e geral; e para especialidades, também ocorre padronização, mas com um custo mais elevado. Quando se trata de médicos vinculados às instituições conveniadas, tais como Hospital Albert Einstein, o valor por consulta é variável, sendo ofertado pela plataforma um desconto no pagamento como benefício ao usuário.

A respeito dos convênios, observamos que tem crescido o número de parcerias entre essas empresas e os grandes seguros de saúde regulados pela ANS, tais como, Unimed, SulAmérica, Bradesco, entre outros, além de convênios com hospitais de grande porte e laboratórios renomados. Foi possível, ainda, identificar a parceria com instituições públicas de saúde, tais como Hospital Albert Einstein, Hospital Sírio Libanês, possibilitando agendamento de consulta com profissionais da rede pública do SUS e permitindo oferta de atendimento com base em inovação tecnológica à população, como o uso do totem para diagnóstico em parceria com a prefeitura municipal já citada.

No contexto da pandemia de COVID-19, o uso das TIC tem sido intenso; e a telemedicina, em especial, vem sendo bastante utilizada por diversas esferas e naturezas de serviços de saúde. Em consonância, as plataformas virtuais de consultas médicas expandiram em grande alcance a oferta de seus serviços.

Destacamos a incorporação de serviços prestados por tais empresas no sistema de saúde suplementar do SUS, como foi o caso da contratação da empresa Doeway pela Federação das Unimed do Estado de São Paulo (Unimed-FESP), para apoio na implantação do serviço de telemedicina aos usuários de planos de saúde dessa cooperativa.

No que se refere à rede assistencial, cabe destacar que essas empresas têm acessado, no mercado em saúde, um “grupo intermediário” de consumidores (ESPINO, 2019). Ao mesmo tempo que essa população não tem condições financeiras de pagar os planos de saúde, não vê o serviço público de saúde como uma alternativa.

Essa discussão se aproxima do que traz Costa (2020) ao identificar que as plataformas ocupam um lugar próximo e de competição com planos de saúde e hospitais na relação econômica. Uma competição que não se apresenta de forma evidente ainda, mas que, pelo rápido crescimento do número de empresas e expansão de cobertura das plataformas, mostra-se como uma possibilidade em futuro próximo.

Os atendimentos disponíveis não envolvem casos de emergência médica, somente consultas para situações eletivas ou para casos de urgências de risco moderado a leve. Algumas das empresas

oferecem atendimento imediato com o profissional disponível no momento, isto é, sem possibilidade de seleção do médico que irá fazer o atendimento, sendo este escolhido pelo algoritmo do aplicativo. Entretanto, na maioria das empresas, essa funcionalidade não está presente, sendo a seleção do médico realizada pelo próprio usuário, a partir da lista apresentada pelo aplicativo, de acordo com o raio de busca territorial, especialidade e outros filtros disponíveis.

A Docway oferece, atualmente, o serviço chamado de Fast Track, o qual consiste no atendimento virtual com articulação para encaminhamento e até mesmo remoção do paciente a um pronto-socorro, em caso de necessidade, condicionado à disponibilidade do plano/seguro do paciente. O médico que realiza a consulta por vídeo pode encaminhar o paciente para o pronto-socorro mais próximo, já com a triagem feita. Essa tecnologia depende da tecnologia do cliente, isto é, da seguradora/plano de saúde a que o cliente é vinculado. Para o Fast Track, os profissionais passam por validação, supervisão e treinamentos trimestrais para estarem aptos a atender nesse formato.

Entre os filtros, uma das empresas apresentou a possibilidade de escolha do gênero do profissional de saúde.

No conjunto de especialidades ofertadas, estão: alergologia, anatomia patológica, anestesiologia, angiologia, cardiologista, cirurgia geral, cirurgia pediátrica, cirurgia plástica, clínico geral, clínica médica, coloproctologista, dermatologista, endocrinologista, gastroenterologista, geneticista, geriatria, ginecologista, hematologia, hepatologia, infectologia, mastologista, medicina da família, medicina do trabalho, metabologista, nefrologia, neurologia, nutrologista, obstetria, oftalmologista, oncologia clínica, ortopedista, otorrinolaringologista, pediatria, pneumologista, psiquiatria, urologista.

A grande maioria das empresas (48 de 54) possuem, além do aplicativo, uma plataforma virtual na web, um site, por onde também podem ser acessadas informações da empresa, realizado cadastro, agendamento e atendimento.

Em relação ao modelo de negócio adotado pela empresa, percebe-se que a maioria está voltada para oferta de serviços diretamente ao consumidor final, chamada B2C – Business to Consumer, isto é, do médico para o paciente (89%), entretanto, o percentual de empresas que atuam a partir da oferta dos serviços para uma outra empresa, nomeadas como B2B – Business to Business (32%) – merece ser observado, visto que mostra o potencial de expansão para uma cobertura maior de pessoas atendidas por estas plataformas, na medida em que acessa os beneficiários ou funcionários desta outra empresa.

O cadastro como médico no app não é simples em todas as empresas, na maioria delas, há um contato posterior ao login do médico, também são exigidos o envio de diplomas, certificados, documentos de identificação pessoal e definição de valores para consultas, método de pagamento, conta para depósito, entre outras informações.

O número de profissionais cadastrados não foi um dado facilmente identificável. A maioria das empresas menciona informação vaga a respeito, sem repassar o número exato. Entre as empresas possíveis de identificar (11 empresas de um conjunto de 54), 3 empresas tinham menos do que 70

médicos cadastrados; 2 empresas, em torno de 200, 2 empresas com média de 1.700, 1 empresa com 25 mil e 1 empresa com 600 mil.

Em relação ao responsável técnico, exigência estabelecida na Resolução nº 2.178/2017 do CFM, só foi possível identificar menção em 6 plataformas.

Quanto à relação de trabalho e responsabilidades da empresa, a contratação ocorre por meio de 'termo de uso' disponibilizado no momento do cadastro no aplicativo.

3.2 MONOPÓLIO DA INFORMAÇÃO

A discussão sobre dados adicionados à plataforma, nota-se, nos Termos de Uso, frequente preocupação quanto à cópia de informações para uso próprio, de maneira não consensuada com a empresa ou tentativas de reprodução ou interferência no sistema do aplicativo.

9.1.1. Não é permitido reproduzir, duplicar, copiar, vender, revender, visitar, ou de qualquer outra forma explorar para fins comerciais o conteúdo da Plataforma sem o prévio consentimento escrito dos proprietários da [plataforma]. Particularmente, é expressamente proibida a utilização de mineração de dados, robôs, ou outras ferramentas de coleta e extração de dados para extrair, de forma isolada ou recorrente, qualquer parte substancial da Plataforma visando sua reutilização. (T3, p. 4).

No acesso ao banco de dados da empresa, o uso da imagem de partes do aplicativo sem o aviso de direito autoral também é vetado, bem como a exploração de quaisquer outras formas de uso do app, que não sejam as previstas.

O Prestador de Serviço não deve remover avisos de direito autoral, marca ou outro aviso de direito de propriedade de qualquer parte de serviços e não deve reproduzir, modificar, preparar obras derivadas, distribuir, licenciar, locar, vender ou, de qualquer outro modo, explorar os Serviços exceto da forma permitida pela Agenda 24h. O Prestador de Serviço também não deve realizar engenharia reversa ou desmontar os Serviços, conectar, espelhar ou recortar os serviços, fazer ou lançar quaisquer programas ou scripts com a finalidade de fazer scraping, indexação ou outros meios que possibilitem a coleta de dados. (T1, p. 1).

A política de verificação de dados cadastrais médicos não está prevista em todas as plataformas. Isto é, as informações inseridas pelo profissional de saúde não passam, obrigatoriamente, por análise e investigação feitas pela empresa, embora esteja previsto que a plataforma possa fazê-las, a qualquer momento, caso suspeite de algo.

A Contratada [a plataforma] não se responsabiliza, pela existência ou legitimidade dos dados cadastrados pelo Contratante [o profissional] no Site em suas diversas ferramentas, assim como pela sua capacidade para contratar ou pela veracidade dos dados pessoais em seu cadastro, sendo que estes dados são inseridos pelo Contratante por sua própria conta, risco e responsabilidade. (T5, p. 4).

Em empresas que realizam a verificação, as informações repassadas no cadastro, bem como determinados documentos submetidos, são analisadas, podendo ser realizada investigação em outras

instituições e instâncias governamentais. A análise leva, em média, 15 dias. Após análise, a prestação do serviço pode ser autorizada.

Em relação ao compartilhamento do perfil, os termos citam que a transferência ou o compartilhamento com outras pessoas implicam o imediato cancelamento da conta do prestador de serviço, além da possibilidade de encaminhamento do caso às autoridades públicas para eventual penalidade criminal e civil.

Na discussão sobre o monopólio de dados e o controle total sobre o sistema do aplicativo, faz-se necessário destacar a condição desfavorável ao médico nesse modelo pelo não compartilhamento do conhecimento do funcionamento econômico, administrativo e de sistemas de informação tecnológicos da empresa. Assim, o médico está na mesma condição que o próprio paciente no que se refere à assimetria de informações em relação ao aplicativo (COSTA; GARCIA, 2020).

Dentro da discussão sobre a propriedade dos dados, devemos mencionar que, no momento atual do neoliberalismo, “os dados podem ser compreendidos como forma de capital porque se tornaram parte essencial do capitalismo contemporâneo” (SADOWSKI, 2022, p. 243).

Todos os setores da economia foram, em alguma medida, afetados pelo imperativo do uso dos dados, com mudanças organizacionais para criação de bancos de dados e uso deles para orientar a tomada de decisões estratégicas. A posse e o domínio técnico sobre as possibilidades do seu uso conferem poder de monitoramento e influência sobre indivíduos e grupos.

O direito de propriedade sobre os dados fornecido pelo paciente e pelo médico ao aceitar o termo de uso confere às plataformas enorme poder. Ao operacionalizar e manipular os dados de um conjunto de pacientes e trabalhadores, é possível monitorar, gerenciar e influenciar suas decisões. Isso exemplifica o fortalecimento da biopolítica na era digital mencionado por Sadowski (2022) e reflete a ampliação e o aprofundamento daquilo que Foucault descreveu como biopoder, ou seja, é possível, por meio da manipulação algorítmica de dados, o exercício do controle coletivo a nível de nações.

O domínio sobre os dados pelas empresas de consulta médica expressa o exercício do biopoder sobre decisões diretamente ligadas à saúde dos indivíduos, tais como escolha de medicamentos, realização de exames ou procedimento, entre outros. O uso de dados pode ser compartilhado e guiar estratégias de marketing, dentro de uma lógica de big data, o que corrobora ainda mais uma vulnerabilidade social dentro do capital

Nesse sentido, ao considerarmos a existência de plataformas globais de saúde, podemos dizer que o conjunto de dados inseridos no sistema das empresas é ainda mais valioso do que as consultas realizadas, conferindo poder imensurável sobre a saúde individual e coletiva aos objetivos mercantis.

A respeito desse poder, é importante fazer referência à análise feita por Nick Couldry (2022) que assinala para o colonialismo de dados e como o controle deles afeta de maneira diferente os países do sul global, visto que, em geral, nesses países, a proteção sobre os dados das pessoas é menor. Isto é, em países de economia menos desenvolvida, há menor compreensão sobre os riscos do fornecimento de

informações pessoais às empresas de tecnologia, dessa maneira, existem menos barreiras de acesso do que em países centrais.

Assim como em outros períodos da história, a transformação tecnológica atual implica diferentes âmbitos da sociedade, requerendo novos acordos sociais, com revisão dos pactos em torno do arcabouço jurídico, da ética individual e coletiva, da organização do processo produtivo, entre outros aspectos. Um momento que traz riscos e oportunidades.

Os riscos relacionam-se com o aprofundamento do trabalho como mercadoria (SUPIOT, 2019), com a mercantilização do tempo de trabalho reprodutivo e de setores da sociedade que ainda contam com alguma proteção das leis do mercado (HUWS, 2020a), tal como a saúde, e com a intensificação do controle biopolítico (SADOWSKI, 2022).

Diferentemente das transformações tecnológicas anteriores que foram usadas para manipulação de materiais, o que está colocado hoje são tecnologias com capacidade de agir sobre a vida humana – corpo, mente e vida em sociedade. Ademais, o abismo entre os que conhecem e sabem operar tais engenharias e aqueles que não sabem é enorme (HARARI, 2018, p. 278), em especial, quando consideramos as desigualdades de formação profissional em nível mundial.

De um ponto de vista bioético, o uso indevido de informações é quebra de princípios de confiança e transparência, que são pilares em relações de cuidado, especialmente dentro do contexto de saúde. Além disso, destacamos que essa assimetria entre quem tem controle de dados e do conhecimento de manipulação deles, gera uma nova dimensão de vulnerabilidade aos indivíduos que não os têm. O momento em que se encontram, a doença ou condição de saúde fragilizada, informações sobre gênero, orientação sexual, raça/cor, podem expor a pessoa de formas distintas. Para além da força legal, debatemos a ideia de ética de relação e ética no uso de informações, especialmente sensíveis (dados pessoais).

As oportunidades relacionam-se com a possibilidade histórica de estabelecer, além do emprego assalariado, o que a constituição da OIT chama de “um regime de trabalho verdadeiramente humano” (SUPIOT, 2019); utilizando a tecnologia para diminuir o tempo de trabalho com tarefas operacionais e repetitivas para aumentar o tempo de trabalho inteligente e criativo, norteados pelos princípios de trabalho decente, considerando toda a variabilidade de modos de atividades laborais. Além disso, aproveitando a oportunidade para “substituir no estatuto laboral a concepção mercantil do trabalho pela concepção ergológica subjacente à Declaração de Filadélfia” (SUPIOT, 2019, p. 12).

As vantagens tecnológicas residem também na possibilidade de criar formas de trabalho e produção de riquezas que se adequem às condições de sustentabilidade ambiental, fazendo frente à crise ecológica pela qual passamos.

Uma das formas de enfrentamento da questão do monopólio dos dados é, ao invés de manter a posse dos dados como capital privado limitado a poucas grandes empresas que utilizam para obtenção de lucro, realizar a desmercantilização dos dados tornando-os um recurso público que possa ser

coletivizado, permitindo que sejam utilizados por toda a sociedade, e não somente por um pequeno grupo de empresários (SADOWSKI, 2022).

No entanto, devemos lembrar que é necessário conhecer o funcionamento de tais tecnologias, para, assim, operacionalizá-las para fins sustentáveis, democráticos e humanísticos. Ou seja, há a necessidade de democratizar acesso às tecnologias e compartilhamento de saberes.

O conhecimento sobre como operacionalizar os dados, produzir informações e gerenciar coletividades pode instrumentalizar o conjunto da população, trabalhadores, minorias, academia, para fins alternativos à geração de lucro, disputando em condição menos desigual com as forças do mercado.

Isso possibilita, por exemplo, que os dados obtidos pelas plataformas digitais e por outras empresas privadas de saúde integrem um banco de dados público possível de ser acessado por instituições de pesquisas, gestores de saúde das diferentes esferas, conferindo maior domínio sobre o perfil da população e permitindo a construção de políticas de saúde mais efetivas.

No sentido de ressaltar as oportunidades favoráveis pelo avanço tecnológico, Ursula Huws assinala que:

[...] a história da divisão técnica do trabalho não é apenas uma história sobre novas tecnologias sendo desenvolvidas para baratear o valor do trabalho e gerenciá-lo de forma a pressionar os trabalhadores. É também uma história de trabalhadores que usam essas tecnologias para seus próprios fins (HUWS, 2020b, p. 336).

Nessa perspectiva, ressaltamos as iniciativas observadas no período da pandemia de COVID-19 voltadas para o fortalecimento de redes de apoio, para viabilizar assistência de saúde e monitoramento epidemiológico, para permitir a manutenção das atividades laborais sem expor os trabalhadores aos riscos, entre outros variados fins dados ao uso tecnológico.

A autora segue mencionando as iniciativas locais voltadas para o combate às mudanças climáticas, para organizar o uso de alimentos que seriam desperdiçados e fornecer refeições a populações vulneráveis ou para distribuir fontes de energia renováveis.

São iniciativas que podem ser utilizadas pelas instituições governamentais como piloto para engendrar a organização e a regulação da oferta pública de serviços à população, utilizando, por exemplo, plataformas digitais que permitam, a baixo custo, a oferta e a contratação de serviços que se apoiem nas atividades reprodutivas do trabalho, no transporte, nos cuidados em saúde, entre outros.

Dessa maneira, Huws (2020a) reforça a necessidade de construção de um novo pacto político de Estado de bem-estar social. Um pacto que tenha como pilares a desmercantilização de tecnologias digitais, sob controle local e democrático, a valorização de modelos pré-figurativos, tais como as iniciativas citadas acima, serviços públicos universais, redistribuição de renda e reforma no direito do trabalho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O crescimento do mercado de plataformas digitais na saúde, evidenciado nesta pesquisa, relaciona-se com dois aspectos centrais: o primeiro são as possibilidades dadas pelas TIC e a facilidade de início de atividades sem um grande investimento inicial; e o segundo é a atratividade do setor saúde em um contexto global de enfraquecimento da oferta pública de assistência, com crescimento do setor privado, contrastando com a queda da renda média da população e, conseqüentemente, maior dificuldade de adesão aos planos tradicionais de saúde.

Esse contraste cria barreiras para o acesso ao atendimento médico, criando nicho para a expansão de planos de saúde populares e para as novas modalidades assistenciais ofertadas por meio das empresas aplicativos, as *health techs*.

A esse cenário, adiciona-se o contexto da pandemia de COVID-19, que intensificou as relações virtuais no âmbito da saúde, com a regulamentação e a ampliação das possibilidades de exercício da telemedicina no Brasil e o forte apelo da retórica de autonomia sobre a jornada de trabalho.

As inovações atuais têm o potencial de facilitar mudanças na organização da sociedade em seus diferentes âmbitos, para novas formas que, no Estado atual, pendem para características adequadas ao modelo socioeconômico e político majoritário, mas não se restringindo a esse lado.

Com ênfase, destacamos que, do outro lado, existe o potencial de promover mudanças disruptivas voltadas para a construção de um modelo de sociedade alinhado com princípios de sustentabilidade, trabalho decente e equidade social, se utilizadas para esses fins, com forte controle social e construção coletiva.

À guisa de exemplo, citamos o desenvolvimento de aplicativos e a realização de videochamadas para acompanhamento de saúde da população na pandemia, para ofertar assistência a territórios de difícil acesso, para viabilizar o trabalho remoto e diminuir a exposição de pessoas de grupos de risco. Ressaltamos, ainda, o uso da internet para criação e fortalecimento de grandes redes de apoio que possibilitaram estratégias de proteção social entre comunidades de maior vulnerabilidade onde o Estado se mostrou ausente.

No entanto, ainda que existam experiências valiosas e grandiosas do uso tecnológico, no decorrer da pesquisa, foi possível perceber que as mudanças estruturais têm se dado com a balança pendo mais para os interesses econômicos neoliberais.

Identificamos uma mudança no nível assistencial de atuação das empresas no sistema de saúde. As primeiras empresas a iniciarem as atividades no Brasil ofertavam consultas estritamente delimitadas no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), principalmente voltados para clínica médica, geriatria e pediatria.

Com o avançar do tempo e, em especial, com a intensificação da telemedicina, combinados com o avanço das tecnologias e com o acesso da população à internet e a dispositivos móveis, percebemos uma ampliação para consultas com mais especialidades, acessando um outro nível de assistência no SUS

que, atualmente, consiste em um grande desafio na organização da rede de saúde, a atenção ambulatorial especializada.

Hoje, a oferta de consultas por meio das plataformas é feita para um rol de especialistas expressivamente maior, tais como oncologistas, cardiologistas, endocrinologistas, psiquiatras, mastologistas, entre outros.

O número insuficiente de vagas ofertadas no âmbito público do SUS para pacientes que necessitam de consultas especializadas, os altos preços para acesso particular, além da redução da cobertura de serviços amparados pelos planos de saúde, criam uma demanda grande para esse nível de atenção. Assim, a oferta facilitada e com preço “acessível” de consultas por intermédio das plataformas digitais de saúde encontra adesão da população.

Outra mudança relacionada com os serviços ofertados foi a inserção do atendimento de casos de urgência, ou seja, casos que demandam um atendimento urgente, mas que não configuram risco de morte. Além disso, vemos ampliação de benefícios, convênios, parcerias e aumento do rol de exames e procedimentos, mostrando que as empresas têm estendido sua rede de cobertura e sua carteira de serviços.

Nesse sentido, levantamos o debate a respeito do possível impacto desse serviço como mais uma porta de entrada no sistema de saúde sem que ainda seja possível afirmar se o fluxo vai migrar para a rede pública ou para rede suplementar de saúde. No entanto, podemos inferir que o atendimento realizado produzirá uma nova demanda para continuidade do cuidado, seja por meio da realização de exames/procedimentos ou novas consultas para acompanhamento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABÍLIO, Ludmilla Costhek. *Uberização: do empreendedorismo para o autogerenciamento subordinado*. Psicoperspectivas, [s. l.], v. 18, n. 3, p. 1-11, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5027/psicoperspectivas-vol18-issue3-fulltext-1674>. Acesso em: 06 jul. 2020.
- ANTUNES, Ricardo. *Uberização, trabalho digital e indústria 4.0*. 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2020.
- ANTUNES, Ricardo; FILGUEIRAS, Vitor. *Plataformas digitais, Uberização do trabalho e regulação no Capitalismo contemporâneo*. *Contracampo*, Niterói, v. 39, n. 1, p. 27-43, abr./jul. 2020.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 2.178, de 14 de dezembro de 2017. Regulamenta o funcionamento de aplicativos que oferecem consulta médica em domicílio. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 155, n. 40, p. 138, 28 fev. 2018.
- CARELLI, Rodrigo de Lacerda; OLIVEIRA, Murilo Carvalho Sampaio. *As plataformas digitais e o direito do trabalho: como entender a tecnologia e proteger as relações de trabalho no século XXI*. 1. ed. Belo Horizonte: Editora Dialética, 2021.
- COSTA, Barbara Regina Lopes. Bola de Neve Virtual: O Uso das Redes Sociais Virtuais no Processo de Coleta de Dados de uma Pesquisa Científica. *RIGS revista interdisciplinar de gestão social*, [s. l.], v. 7 n. 1, p. 15-37, jan./abr. 2018.
- COSTA, José Augusto Fontoura; SOLA, Fernanda; GARCIA, Marco Aurélio Fernandes. Telemedicina e uberização da saúde: médicos operários ou consumidores? *Rev. Cad. Ibero-amer. Dir. Sanit*, Brasília, v. 9, n. 3, p. 72-88, jul/set 2020.

COULDRY, Nick. Os dados e a expropriação dos nossos recursos. In: GROHMAN, Rafael (org.). **OS LABORATÓRIOS DO TRABALHO DIGITAL: entrevistas**. 1 Ed. São Paulo: Boitempo, 2021, p. 247-252.

DARDOT, Pierre; LAVAL, Christian. **A nova razão do mundo: ensaio sobre a sociedade neoliberal**. Mariana Echalar (trad.). 1 ed. SP: Boitempo, 2016.

DISTRITO. **Distrito healthtech report**. 2020. Disponível em: <https://distrito.me/dataminer/reports/>. Acesso em: 22 fev. 2022.

ESPINO, Gilmar Pereira. **Economia compartilhada na saúde: atratividade do mercado para plataformas de agendamento de consultas médicas**. 2018. 76 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2018. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/handle/10438/24089>. Acesso em: 2 out. 2019.

FONTES, Virginia. Capitalismo em tempos de uberização: do emprego ao trabalho. *Rev. Marx e o Marxismo*, [s. l.], v. 5, n. 8, p. 45-67, jan/jun 2017.

GRAHAM, Mark; HJORTH, Isis; LEHDONVIRTA, Vili. **Digital Labor and Development: Impacts of Global Digital Labor Platforms and the Gig Economy on Worker Livelihoods**. Massachusetts Institute of Technology. London: Ed: Mark Graham, 2019.

HARARI, Yuval Noah. **HOMO DEUS: uma breve história do amanhã**. 1 Ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2016.

HUWS, Ursula. **Reinventing the Welfare State: Digital Platforms and Public Policies**. UK: Ed Pluto, 2020.

HUWS, Ursula. Desmercantilizar as plataformas digitais. In: GROHMAN, Rafael (org.). **OS LABORATÓRIOS DO TRABALHO DIGITAL: entrevistas**. 1 Ed. São Paulo: Boitempo, 2021, p. 330-340.

OLIVEIRA, Maria Marly. **Como fazer pesquisa qualitativa**. Petrópolis: Vozes, 2007.

RIFKIN, Jeremy. **Sociedade com Custo Marginal Zero**. São Paulo: MBooks, 2015.

RODRIGUES, Carlos Alexandre. A uberização das relações de trabalho. *Revista dos Tribunais*, São Paulo, v. 996, n. 107, p. 311-341, out. 2018.

SADOWSKI, Jathan. Plataformas biopolíticas, dados como capital e virtudes perversas do trabalho digital. In: GROHMAN, Rafael (org.). **OS LABORATÓRIOS DO TRABALHO DIGITAL: entrevistas**. 1 Ed. São Paulo: Boitempo, 2021, p. 240-247.

SANTOS, Isabela Soares. Evidência sobre o mix público-privado em países com cobertura duplicada: agravamento das iniquidades e da segmentação em sistemas nacionais de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2743-2752, 2011.

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

SUPIOT, Alain. **Le travail n'est pas une marchandise: contenu et sens du travail au xxie siècle**. Paris: Éditions du Collège de France, 2019.

SUPIOT, Alain. Um "regime de trabalho verdadeiramente humano". In: SUPIOT, Alain. **La Gouvernance par les nombres: cours au Collège de France (2012-2014)**. Paris: Fayard, 2015.

ANEXO A – RESOLUÇÃO CFM Nº 2.178, DE 14 DE DEZEMBRO DE 2017**RESOLUÇÃO CFM nº 2.178/2017**

(Publicada no DOU de 28 de Fevereiro de 2018, Seção I, p. 138)

Regulamenta o funcionamento de aplicativos que oferecem consulta médica em domicílio.

O **CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, alterada pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, alterado pelo Decreto nº 6.821, de 14 de abril de 2009, pelo Decreto-Lei nº 4.113, de 14 de fevereiro de 1942, em seu artigo 1º § 2º; e pela Lei nº 12.842, de 10 de julho de 2013;

CONSIDERANDO o artigo 28 do [Decreto nº 20.931/1932](#) que determina a exigência de um Diretor-Técnico habilitado para exercício de medicina para que qualquer estabelecimento de assistência médica funcione em território brasileiro;

CONSIDERANDO a função fiscalizadora dos Conselhos Regionais de Medicina, conferida pela [Lei Federal nº 3.268/1957](#) e pela [Resolução CFM nº 2.056](#), de 12 de novembro de 2013, que disciplina departamentos de fiscalização nos Conselhos Regionais de Medicina, que estabelecem critérios para a autorização de funcionamento dos serviços médicos de quaisquer naturezas, bem como critérios mínimos para seu funcionamento, vedando a atividade daqueles que não estejam de acordo com os mesmos;

CONSIDERANDO que o avanço tecnológico impõe contínua necessidade de ajustes nas regras para garantir o exercício seguro da medicina;

CONSIDERANDO que toda empresa médica, ou que utilize a medicina mesmo que indiretamente, obriga-se a se inscrever nos Conselhos de Medicina para poder funcionar;

CONSIDERANDO que os médicos cadastrados para prestar assistência domiciliar precisam manter os dados relativos à assistência disponíveis caso haja exigência legal ou ética;



CONSIDERANDO que esses dispositivos se submetem a regras de publicidade previstas no Código de Ética Médica e nas Resoluções nº 1.974/2011 e nº 2.126/2015;

CONSIDERANDO finalmente o decidido na sessão plenária de 14 de dezembro de 2017;

RESOLVE:

Art. 1º – Considerar éticas as plataformas de assistência médica domiciliar cuja prestação de serviços seja contratada através de aplicativos móveis ou similares.

§ 1º – Toda empresa que oferecer a regulação de atendimento médico em domicílio por qualquer meio utilizando a internet, aplicativos móveis ou similares deverá estar obrigatoriamente inscrita no Conselho Regional de Medicina (CRM) da jurisdição onde pretenda atuar, indicando o Diretor-Técnico Médico.

§ 2º – Fica vedado aos médicos firmar contrato com empresas que não estejam de acordo com essa resolução.

Art. 2º – Ao Diretor-Técnico Médico compete:

- a) Garantir que todo médico anunciado pela plataforma tenha registro no CRM na base territorial onde o serviço esteja sendo oferecido.
- b) Garantir do mesmo modo que, ao se anunciar especialista, tenha seu Registro de Qualificação de Especialidade (RQE) disponibilizado no material de divulgação.
- c) Zelar para que o material propagandístico esteja de acordo com as Resoluções CFM nº 1.974/2011 e nº 2.126/2015.
- d) Garantir a remuneração dos médicos cadastrados nos termos dos contratos firmados previamente entre médico(a) e empresa detentora dos direitos da plataforma do aplicativo.
- e) Garantir que os valores das consultas ou outras intervenções estejam dispostos apenas no perfil do(a) médico(a) para que o interessado na contratação, ao abrir sua ficha, veja e dê sua anuência antes do atendimento, em conformidade com o que prevê o Código de Ética Médica.
- f) Fimar, obrigatoriamente, contrato por escrito com os médicos que se habilitarem ao atendimento domiciliar, contendo termos para a prestação de serviço, inclusive deixando claro valores definidos, como dos serviços da empresa.



- g) Vedar a divulgação pelos serviços de aplicativo da avaliação ou ranqueamento dos médicos prestadores de serviço.
- h) Garantir que o serviço de aplicativos não seja utilizado para substituir serviços de *home care*, normatizados na Resolução CFM nº 1.668/2003.

Art. 3º – O médico cadastrado fica obrigado a:

- a) Ter registro no CRM onde pretende exercer atividade médica.
- b) Ter Registro de Qualificação de Especialista quando se anunciar especialista.
- c) Manter registro em ficha clínica de atendimento, evoluções, prescrições e alta, e conservá-lo em meio físico ou digital, de modo que seja recuperável em caso de requerimento de autoridades legais ou dos Conselhos Regionais de Medicina.
- d) Exigir que a definição dos valores dos serviços conste com clareza no contrato firmado entre médico(a) e empresa.

Art. 4º – Fica vedada à empresa a divulgação de valores de consultas ou procedimentos médicos em anúncios promocionais, por se caracterizar forma de angariar clientela ou concorrência desleal.

Art. 5º – Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, DF, 14 de dezembro de 2017.

MAURO LUIZ DE BRITTO RIBEIRO

Presidente em exercício

HENRIQUE BATISTA E SILVA

Secretário-geral



EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS DA RESOLUÇÃO CFM Nº 2.178/2017

A contemporaneidade exige permanentes ajustes nas regras das civilizações para que as conquistas decorrentes do desenvolvimento tecnológico ou de qualquer natureza sejam incorporadas pelas instituições, em uma busca constante por excelência para atingir os objetivos propostos.

A consulta domiciliar esteve sempre presente na prática médica ao longo da história, e o acesso do doente ao médico variou de acordo com a época, porém, uma característica constante foi o contato direto do paciente com o médico sem nunca haver regulador ou intermediário nessa relação.

Com o advento das tecnologias digitais, principalmente da internet, tal relação foi profundamente afetada. O surgimento de aplicativos que intermedeiam o acesso do paciente ao médico como regulador dessa relação, utilizando cadastros administráveis de profissionais é uma dessas mudanças.

Essa nova modalidade de consulta traz grandes desafios, pois possui diversas variáveis que fazem com que seja muito tênue a linha divisória entre o que é ético ou não no exercício profissional.

Pelo exposto, é de fundamental importância que o Conselho Federal de Medicina regulamente e normatize a referida modalidade de acesso do paciente ao médico, estabelecendo por resolução as condições éticas que obrigatoriamente devem ser obedecidas pelos responsáveis pelos aplicativos e médicos que prestam esse tipo de atendimento, no exercício da medicina.

EMMANUEL FORTES SILVEIRA CAVALCANTI

Conselheiro Relator

ANEXO B – RESOLUÇÃO CFM Nº 2.314 DE 20 DE ABRIL DE 2022**DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO**

Publicado em: 05/05/2022 | Edição: 84 | Seção: 1 | Página: 227

Órgão: Entidades de Fiscalização do Exercício das Profissões Liberais/Conselho Federal de Medicina

RESOLUÇÃO CFM Nº 2.314, DE 20 DE ABRIL DE 2022

Define e regulamenta a telemedicina, como forma de serviços médicos mediados por tecnologias de comunicação.

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM), no uso das atribuições que lhe confere a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, alterado pelo Decreto nº 10.911, de 22 de dezembro de 2021, Lei nº 12.842, de 10 de julho de 2013, e Decreto nº 8.516, de 10 de setembro de 2015, e

CONSIDERANDO que cabe ao Conselho Federal de Medicina (CFM) disciplinar o exercício profissional médico e zelar pela boa prática médica no país;

CONSIDERANDO a constante inovação e o desenvolvimento de novas tecnologias digitais de informação e comunicação que facilitam o intercâmbio de informação entre médicos e entre médicos e pacientes;

CONSIDERANDO que, a despeito das consequências positivas da telemedicina, existem muitos preceitos éticos e legais que precisam ser assegurados;

CONSIDERANDO o Código de Ética Médica vigente;

CONSIDERANDO que a telemedicina deve contribuir para favorecer a relação médico-paciente;

CONSIDERANDO que a medicina, ao ser exercida com a utilização dos meios tecnológicos e digitais seguros, deve visar o benefício e os melhores resultados ao paciente, o médico deve avaliar se a telemedicina é o método mais adequado às necessidades do paciente, naquela situação;

CONSIDERANDO que o termo telessaúde é amplo e abrange outros profissionais da saúde, enquanto telemedicina é específico para a medicina e se refere a atos e procedimentos realizados ou sob responsabilidade de médicos;

CONSIDERANDO que o termo telessaúde se aplica ao uso das tecnologias de informação e comunicação para transferir informações de dados e serviços clínicos, administrativos e educacionais em saúde, por profissionais de saúde, respeitadas suas competências legais;

CONSIDERANDO que o registro completo da consulta, com áudio, imagens e vídeo não é obrigatório nas consultas presenciais, o mesmo princípio deve ser adotado em telemedicina;

CONSIDERANDO que o médico que utilizar a telemedicina, ciente de sua responsabilidade legal, deve avaliar se as informações recebidas são qualificadas, dentro de protocolos rígidos de segurança digital e suficientes para a finalidade proposta;

CONSIDERANDO o teor da Declaração da WMA (World Medical Association), sobre princípios éticos da telemedicina, na 69ª Assembleia, em outubro de 2018;

CONSIDERANDO que a consulta médica presencial permanece como padrão ouro, ou seja, referência no atendimento ao paciente;

CONSIDERANDO que, para atuar por telemedicina, o médico deve possuir assinatura digital qualificada, padrão ICP-Brasil, nos termos das Leis vigentes no país;

CONSIDERANDO o que determina a Lei nº 12.842, de 10 de julho de 2013, que dispõe sobre o exercício da medicina;

CONSIDERANDO o que determina a Lei nº 12.965, de 23 de abril de 2014, que estabelece os princípios, garantias, direitos e deveres para o uso da internet no Brasil;

CONSIDERANDO o que determina a Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018, que dispõe sobre proteção de dados pessoais (LGPD);

CONSIDERANDO que o médico deve buscar capacitação no uso das Tecnologias Digitais, de Informação e de Comunicação (TDICs), teleproedêutica e bioética digital;

CONSIDERANDO a Lei nº 13.787, de 27 de dezembro de 2018, que dispõe sobre a digitalização e a utilização de sistemas informatizados para a guarda, o armazenamento e o manuseio de prontuário de paciente;

CONSIDERANDO o disposto na Lei nº 13.989, de 15 de abril de 2020, que dispõe sobre o uso da telemedicina durante a crise causada pelo coronavírus (SARS-CoV-2);

CONSIDERANDO o disposto na Resolução CFM nº 1.638/2002, que define prontuário médico;

CONSIDERANDO que as informações sobre o paciente identificado só podem ser transmitidas a outro profissional com prévia permissão do paciente, mediante seu consentimento livre e esclarecido e com protocolos de segurança capazes de garantir a confidencialidade e integridade das informações;

CONSIDERANDO a Resolução CFM nº 1.490/1998, que dispõe sobre a composição da equipe cirúrgica e da responsabilidade direta do cirurgião titular;

CONSIDERANDO o disposto na Resolução CFM nº 1.627/2001, que define e regulamenta o Ato Profissional de Médico;

CONSIDERANDO o disposto na Resolução CFM nº 1.958/2010, que define e regulamenta o ato da consulta médica;

CONSIDERANDO o disposto na Resolução CFM nº 1.821/2007, que aprova as normas técnicas concernentes à digitalização e uso dos sistemas informatizados para a guarda e manuseio dos documentos dos prontuários dos pacientes, autorizando a eliminação do papel e a troca de informação identificada em saúde;

CONSIDERANDO o disposto na Resolução CFM nº 2.299/2021, que regulamenta, disciplina e normatiza a emissão de documentos médicos eletrônicos;

CONSIDERANDO o disposto na Resolução CFM nº 2.311/2022, que regulamenta a cirurgia robótica no Brasil;

CONSIDERANDO que a telemedicina não substitui o atendimento presencial;

CONSIDERANDO o decidido na sessão plenária de 20 de abril de 2022, realizada em Brasília, resolve:

Art. 1º Definir a telemedicina como o exercício da medicina mediado por Tecnologias Digitais, de Informação e de Comunicação (TDICs), para fins de assistência, educação, pesquisa, prevenção de doenças e lesões, gestão e promoção de saúde.

Art. 2º A telemedicina, em tempo real on-line (síncrona) ou off-line (assíncrona), por multimeios em tecnologia, é permitida dentro do território nacional, nos termos desta resolução.

Art. 3º Nos serviços prestados por telemedicina os dados e imagens dos pacientes, constantes no registro do prontuário devem ser preservados, obedecendo as normas legais e do CFM pertinentes à guarda, ao manuseio, à integridade, à veracidade, à confidencialidade, à privacidade, à irrefutabilidade e à garantia do sigilo profissional das informações.

§ 1º O atendimento por telemedicina deve ser registrado em prontuário médico físico ou no uso de sistemas informacionais, em Sistema de Registro Eletrônico de Saúde (SRES) do paciente, atendendo aos padrões de representação, terminologia e interoperabilidade.

§ 2º O SRES utilizado deve possibilitar a captura, o armazenamento, a apresentação, a transmissão e a impressão da informação digital e identificada em saúde e atender integralmente aos requisitos do Nível de Garantia de Segurança 2 (NGS2), no padrão da infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira (ICP-Brasil) ou outro padrão legalmente aceito.

§ 3º Os dados de anamnese e proedêuticos, os resultados de exames complementares e a conduta médica adotada, relacionados ao atendimento realizado por telemedicina devem ser preservados, conforme legislação vigente, sob guarda do médico responsável pelo atendimento em consultório próprio ou do diretor/responsável técnico, no caso de intervenção de empresa e/ou instituição.

§ 4º Em caso de contratação de serviços terceirizados de arquivamento, a responsabilidade pela guarda de dados de pacientes e do atendimento deve ser contratualmente compartilhada entre o médico e a contratada.

§ 5º O SRES deve propiciar interoperabilidade/intercambialidade, com utilização de protocolos flexíveis, pelo qual dois ou mais sistemas possam se comunicar de forma eficaz e com garantia de confidencialidade, privacidade e integridade dos dados.

§ 6º É direito do paciente ou seu representante legal solicitar e receber cópia em mídia digital e/ou impressa dos dados de seu registro.

§ 7º Os dados pessoais e clínicos do teleatendimento médico devem seguir as definições da LGPD e outros dispositivos legais, quanto às finalidades primárias dos dados.

§ 8º Na utilização de plataformas institucionais, quando necessário, deve ser garantido ao médico assistente, o direito de acesso aos dados do paciente, durante todo o período de vigência legal da sua preservação.

Art. 4º Ao médico é assegurada a autonomia de decidir se utiliza ou recusa a telemedicina, indicando o atendimento presencial sempre que entender necessário.

§ 1º A autonomia médica está limitada à beneficência e à não maleficência do paciente, em consonância com os preceitos éticos e legais.

§ 2º A autonomia médica está diretamente relacionada à responsabilidade pelo ato médico.

§ 3º O médico, ao atender por telemedicina, deve proporcionar linha de cuidados ao paciente, visando a sua segurança e a qualidade da assistência, indicando o atendimento presencial na evidência de riscos.

Art. 5º A telemedicina pode ser exercida nas seguintes modalidades de teleatendimentos médicos:

- I) Teleconsulta;
- II) Teleinterconsulta;
- III) Telediagnóstico;
- IV) Telecirurgia;
- V) Telemonitoramento ou televigilância;
- VI) Teletriagem;
- VII) Teleconsultoria.

Art. 6º A teleconsulta é a consulta médica não presencial, mediada por TDICs, com médico e paciente localizados em diferentes espaços.

§ 1º A consulta presencial é o padrão ouro de referência para as consultas médicas, sendo a telemedicina ato complementar.

§ 2º Nos atendimentos de doenças crônicas ou doenças que requeiram acompanhamento por longo tempo deve ser realizada consulta presencial, com o médico assistente do paciente, em intervalos não superiores a 180 dias.

§ 3º O estabelecimento de relação médico-paciente pode ser realizado de modo virtual, em primeira consulta, desde que atenda às condições físicas e técnicas dispostas nesta resolução, obedecendo às boas práticas médicas, devendo dar seguimento ao acompanhamento com consulta médica presencial.

§ 4º O médico deverá informar ao paciente as limitações inerentes ao uso da teleconsulta, em razão da impossibilidade de realização de exame físico completo, podendo o médico solicitar a presença do paciente para finalizá-la.

§ 5º É direito, tanto do paciente quanto do médico, optar pela interrupção do atendimento a distância, assim como optar pela consulta presencial, com respeito ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pré-estabelecido entre o médico e o paciente.

Art. 7º A teleinterconsulta é a troca de informações e opiniões entre médicos, com auxílio de TDICs, com ou sem a presença do paciente, para auxílio diagnóstico ou terapêutico, clínico ou cirúrgico.

Parágrafo único. O médico assistente responsável pela teleinterconsulta deverá ser, obrigatoriamente, o médico responsável pelo acompanhamento presencial. Os demais médicos envolvidos só podem ser responsabilizados por seus atos.

Art. 8º O telediagnóstico é o ato médico a distância, geográfica e/ou temporal, com a transmissão de gráficos, imagens e dados para emissão de laudo ou parecer por médico com registro de qualificação de especialista (RQE) na área relacionada ao procedimento, em atenção à solicitação do médico assistente.

Parágrafo único. Os serviços onde os exames estão sendo realizados deverão contar com um responsável técnico médico.

Art. 9º A telecirurgia é a realização de procedimento cirúrgico a distância, com utilização de equipamento robótico e mediada por tecnologias interativas seguras.

Parágrafo único. A telecirurgia robótica está disciplinada em resolução específica do CFM.

Art. 10. O telemonitoramento ou televigilância médica é o ato realizado sob coordenação, indicação, orientação e supervisão por médico para monitoramento ou vigilância a distância de parâmetros de saúde e/ou doença, por meio de avaliação clínica e/ou aquisição direta de imagens, sinais e dados de equipamentos e/ou dispositivos agregados ou implantáveis nos pacientes em domicílio, em clínica médica especializada em dependência química, em instituição de longa permanência de idosos, em regime de internação clínica ou domiciliar ou no traslado de paciente até sua chegada ao estabelecimento de saúde.

§ 1º O telemonitoramento inclui a coleta de dados clínicos, sua transmissão, processamento e manejo, sem que o paciente precise se deslocar até uma unidade de saúde.

§ 2º Deve ser realizado por indicação e justificativa do médico assistente do paciente, com garantia de segurança e confidencialidade, tanto na transmissão quanto no recebimento de dados.

§ 3º A transmissão dos dados deve ser realizada sob a responsabilidade técnica da instituição de vinculação do paciente.

§ 4º A interpretação dos dados e emissão de laudos deve ser feita por médico regularmente inscrito no CRM de sua jurisdição e com registro de qualificação de especialista (RQE) na área relacionada a exames especializados.

§ 5º A coordenação do serviço médico deverá promover o devido treinamento de recursos humanos locais, inclusive os pacientes, que poderão intermediar o atendimento.

§ 6º Todos os dados resultados do telemonitoramento, incluindo resultados de exames, avaliação clínica e prescrição e profissionais envolvidos devem ser adequadamente registrados no prontuário do paciente.

Art. 11. A teletriagem médica é o ato realizado por um médico, com avaliação dos sintomas do paciente, a distância, para regulação ambulatorial ou hospitalar, com definição e direcionamento do paciente ao tipo adequado de assistência que necessita ou a um especialista.

§ 1º O médico deve destacar e registrar que se trata apenas de uma impressão diagnóstica e de gravidade, o médico tem autonomia da decisão de qual recurso será utilizado em benefício do paciente, não se confundindo com consulta médica.

§ 2º Na teletriagem médica o estabelecimento/sistema de saúde deve oferecer e garantir todo o sistema de regulação para encaminhamento dos pacientes sob sua responsabilidade.

Art. 12. A teleconsultoria médica é ato de consultoria mediado por TDICs entre médicos, gestores e outros profissionais, com a finalidade de prestar esclarecimentos sobre procedimentos administrativos e ações de saúde.

Art. 13. No caso de emissão à distância de relatório, atestado ou prescrição médica, deverá constar obrigatoriamente em prontuário:

- a) Identificação do médico, incluindo nome, CRM, endereço profissional;
- b) Identificação e dados do paciente (endereço e local informado do atendimento);

c) Registro de data e hora;

d) Assinatura com certificação digital do médico no padrão ICP-Brasil ou outro padrão legalmente aceito;

e) que foi emitido em modalidade de telemedicina.

Art. 14. A teleconferência médica por videotransmissão síncrona, de procedimento médico, pode ser feita para fins de assistência, educação, pesquisa e treinamento, com autorização do paciente ou seu responsável legal, desde que o grupo de recepção de imagens, dados e áudios seja composto exclusivamente por médicos e/ou acadêmicos de medicina, todos devidamente identificados e acompanhados de seus tutores.

§ 1º No caso de uso de tecnologias de telepresença, as mesmas premissas devem ser seguidas.

§ 2º Nos eventos multiprofissionais também deve ser atendida, em sua totalidade, a Resolução CFM nº 1.718/2004 ou posteriores.

§ 3º Na teleconferência, os objetivos do treinamento não devem comprometer a qualidade assistencial e nem gerar aumento desnecessário em tempo, que possa comprometer a recuperação do paciente, em obediência ao normatizado no Código de Ética Médica.

Art. 15. O paciente ou seu representante legal deverá autorizar o atendimento por telemedicina e a transmissão das suas imagens e dados por meio de (termo de concordância e autorização) consentimento, livre e esclarecido, enviado por meios eletrônicos ou de gravação de leitura do texto com a concordância, devendo fazer parte do SRES do paciente.

Parágrafo único. Em todo atendimento por telemedicina deve ser assegurado consentimento explícito, no qual o paciente ou seu representante legal deve estar consciente de que suas informações pessoais podem ser compartilhadas e sobre o seu direito de negar permissão para isso, salvo em situação de emergência médica.

Art. 16 A prestação de serviço de telemedicina, como um método assistencial médico, em qualquer modalidade, deverá seguir os padrões normativos e éticos usuais do atendimento presencial, inclusive em relação à contraprestação financeira pelo serviço prestado.

Parágrafo único. O médico deve ajustar previamente com o paciente e as prestadoras de saúde o valor do atendimento prestado, tal qual no atendimento presencial.

Art. 17. As pessoas jurídicas que prestarem serviços de telemedicina, plataformas de comunicação e arquivamento de dados deverão ter sede estabelecida em território brasileiro e estarem inscritas no Conselho Regional de Medicina do Estado onde estão sediadas, com a respectiva responsabilidade técnica de médico regularmente inscrito no mesmo Conselho.

§ 1º No caso de o prestador ser pessoa física, deverá ser médico devidamente inscrito no Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição e informar a entidade a sua opção de uso de telemedicina.

§ 2º A apuração de eventual infração ética a esta resolução será feita pelo CRM de jurisdição do paciente e julgada no CRM de jurisdição do médico responsável.

Art. 18. Os Conselhos Regionais de Medicina deverão estabelecer vigilância, fiscalização e avaliação das atividades de telemedicina em seus territórios, no que concerne à qualidade da atenção, relação médico-paciente e preservação do sigilo profissional.

Art. 19. Os serviços médicos a distância jamais poderão substituir o compromisso constitucional de garantir assistência presencial segundo os princípios do SUS de integralidade, equidade, universalidade a todos os pacientes.

Art. 20. O CFM poderá emitir normas específicas para telemedicina em determinadas situações, procedimentos e/ou práticas médicas que necessitem de regulamentação própria.

Art. 21. Fica revogada a Resolução CFM nº 1.643/2002, publicada no DOU de 26 de agosto de 2002, Seção I, pg. 205 e todas as disposições em contrário.

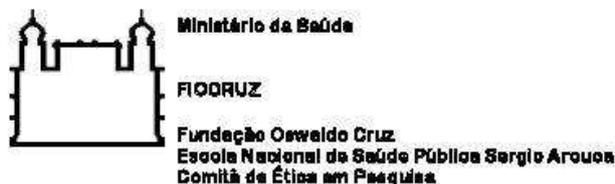
Art. 22. Esta resolução entra em vigor na data da sua publicação.

JOSÉ HIRAN DA SILVA GALLO
Presidente do Conselho

DILZA TERESINHA AMBRÓS RIBEIRO
Secretária-Geral

Este conteúdo não substitui o publicado na versão certificada.

ANEXO C – PARECER DE DISPENSA DE ANÁLISE ÉTICA Nº 18/2021



Rio de Janeiro, 20 de dezembro de 2021.

Parecer de Dispensa de Análise Ética Nº 18/2021

Título do Projeto: “Trabalho médico sob demanda por meio de plataformas digitais medical work on demand by digital platforms”

Pesquisadora Responsável: Ciane dos Santos Rodrigues

Orientadoras: Maria Inês Carsalade Martins e Márcia Teixeira

Instituição Proponente: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – ENSP/FIOCRUZ

Tipo do projeto: Projeto de Tese de Doutorado em Saúde Pública – ENSP

Data de qualificação: 03 / 06 / 2020

Data de recebimento no CEP-ENSP: 29 / 10 / 2021

Data de apreciação: 16 / 12 / 2021

De acordo com a documentação do projeto descrito acima, em versão encaminhada via e-mail ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, em 29/10/2021, o estudo será desenvolvido exclusivamente com dados/informações de bases secundárias de domínio público e revisão bibliográfica, e portanto, é dispensado de apreciação ética pelo Sistema CEP-CONEP (Resolução CNS/CONEP nº 510/2016, Art. 1º).

Importante ressaltar que, caso haja necessidade de acesso a indivíduos ou a base de dados ou documentos de acesso restrito no decorrer do desenvolvimento da pesquisa, será imprescindível a submissão do projeto ao CEP por meio da Plataforma Brasil, para apreciação ética, antes de efetuar as modificações.

Atenciosamente,

Carla Lourenço Tavares de Andrade
Coordenadora Adjunta do CEP/ENSP

Cassius Schnell Palhano Silva
Coordenador Adjunto do CEP/ENSP