

## HIPERCAPITALISMO, FLEXIBILIZAÇÃO E METAMORFOSES NO TRABALHO MÉDICO<sup>12</sup>

### Hypercapitalism, Flexibilization and Metamorphoses in Medical Work

**Mário César Ferreira<sup>3</sup>** 

Universidade de Brasília, UnB<sup>4</sup>  
Brasília, Distrito Federal, Brasil.

**Ana Lígia Bacca Fontana da Silveira<sup>5</sup>** 

Universidade de Brasília, UnB  
Brasília, Distrito Federal, Brasil.

**Bianca de Barros Bezerra<sup>6</sup>** 

Universidade de Brasília, UnB  
Brasília, Distrito Federal, Brasil.

**Carla Itzuri Guerrero Frausto<sup>7</sup>** 

Universidade de Brasília, UnB  
Brasília, Distrito Federal, Brasil.

**Gabriel Teles Pontes<sup>8</sup>** 

Universidade de Brasília, UnB  
Brasília, Distrito Federal, Brasil.

**Ricardo Saraiva Aguiar<sup>9</sup>** 

Universidade de Brasília, UnB  
Brasília, Distrito Federal, Brasil.

**Jordana Costa e Silva<sup>10</sup>** 

Universidade de Brasília, UnB  
Brasília, Distrito Federal, Brasil.

<sup>1</sup> Editora responsável pela avaliação: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Liliam Deisy Ghizoni.

<sup>2</sup> Copyright © 2023 Ferreira, Silveira, Bezerra, Frausto, Pontes, Aguiar & Costa e Silva. Este é um artigo em acesso aberto distribuído nos termos da Licença Creative Commons. Atribuição que permite o uso irrestrito, a distribuição e reprodução em qualquer meio desde que o artigo original seja devidamente citado.

<sup>3</sup> [ferreiramariocesar@gmail.com](mailto:ferreiramariocesar@gmail.com)

<sup>4</sup> Campus Universitário Darcy Ribeiro - Asa Norte. 70910-900. Brasília. Distrito Federal. Brasil.

<sup>5</sup> [analigiabacca@gmail.com](mailto:analigiabacca@gmail.com)

<sup>6</sup> [biancareprn@gmail.com](mailto:biancareprn@gmail.com)

<sup>7</sup> [ci.guerrerofrausto@ugto.mx](mailto:ci.guerrerofrausto@ugto.mx)

<sup>8</sup> [gabrielteles555@gmail.com](mailto:gabrielteles555@gmail.com)

<sup>9</sup> [saraivaaguiarricardo@gmail.com](mailto:saraivaaguiarricardo@gmail.com)

<sup>10</sup> [costajordanasilva@gmail.com](mailto:costajordanasilva@gmail.com)



## Resumo

As transformações aceleradas que se operam no mundo do trabalho no limiar do século XXI vem impactando significativamente as atividades profissionais nas organizações. Nesta entrevista, o Prof. Dr. Josep Blanch aborda o novo paradigma forjado pelo hipercapitalismo que vem reconfigurando o significado do trabalho e a prática da medicina. Ele argumenta que tais transformações são indissociáveis da vivência de conflitos e contradições entre os imperativos funcionais da nova ordem sanitária e os valores, normas, crenças, papéis e padrões morais de comportamento profissional. O Prof. Dr. Blanch, psicólogo, é altamente qualificado para tratar da temática em foco. Ele possui carreira acadêmica sólida, cuja referência central é o trabalho realizado na Universidade Autônoma de Barcelona (UAB/ES), vasta produção bibliográfica acadêmica, experiência internacional relevante com destaque em países da América Latina. Sua expertise profissional também se expressa pelos títulos de Professor Emérito na UAB e o obtido no Ministério da Ciências da Colômbia como Pesquisador Emérito. A entrevista nasceu da Roda de Conversa promovida na disciplina Trabalho e Cognição do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações (PPG-PSTO) da Universidade de Brasília (UnB). O coletivo de estudantes de pós-graduação (entrevistadores) elaborou questões prévias que foram respondidas durante uma *live* com quase duas horas de duração.

**Palavras-chave:** Flexibilização; Trabalho; Saúde; Mal-estar no trabalho; Licenciamento em Medicina.

---

## Abstract

The accelerated transformations that are operating in the world of work at the threshold of the 21st century have significantly impacted professional activities in organizations. In this interview, Professor Dr. Josep Blanch addresses the new paradigm forged by hyper-capitalism that has been reconfiguring the meaning of work and the practice of medicine. He argues that such transformations are inseparable from the experience of conflicts and contradictions between the functional imperatives of the new health order and the professional values, norms, beliefs, roles and moral standards of behavior. Professor Blanch, a psychologist, is highly qualified to deal with the subject in focus. He has a solid academic career, whose central reference is work carried out at the Autonomous University of Barcelona (UAB/ES), vast academic bibliographic production, relevant international experience with emphasis on Latin American countries. His professional expertise is also expressed by the titles of Professor Emeritus at UAB and that obtained from the Ministry of Sciences of Colombia as Emeritus Researcher. The interview was born from the Conversation Circle promoted in the Work and Cognition discipline of University of Brasilia's Postgraduate Program in Social, Work and Organizational Psychology. The collective of postgraduate students (interviewers) prepared previous questions that were answered during a live that lasted almost two hours.

**Keywords:** Flexibilization; Work; Health; Malaise at work; Licensure, Medical.

---

## *Entrevista com Josep Blanch*

**Em nosso contexto de capitalismo globalizado, cujo foco é maximizar os lucros e a produtividade, é notável que muitos profissionais sofrem quando se dão conta de que não**



podem entregar serviços ou produtos com a qualidade desejada, dado que se veem pressionados para servir a um maior número de pessoas, o mais rápido possível. Qual estratégia os profissionais poderiam utilizar para salvaguardar seus objetivos éticos e laborais frente à sobrecarga?

**Dr. Blanch** – É uma pergunta pertinente e central para a Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) e mesmo de saúde ocupacional. A minha recomendação é a de trabalhar bem, renunciando ao perfeccionismo de terminar tudo e somente aceitando o ótimo. As pessoas perfeccionistas são aquelas que todos querem em sua equipe porque são exigentes, possuem valores ético-laborais e são excelentes trabalhadores. Nesse contexto de capitalismo global, existe uma dualidade oposta: aumento da produtividade e da qualidade de produtos e de serviços, enquanto há um déficit de motivação e um excesso de exigência. É necessário encontrar um equilíbrio, que não se encontra no extremo do perfeccionismo exaustivo, mas no que é produtivo e saudável.

Nesse contexto, o perfeccionismo radical ou excessivo, na verdade, não remete a uma grande qualidade, mas a um fator de risco social e até mesmo de um trabalho de má qualidade, por ser realizado por uma pessoa disfuncional, moralmente predisposta a assumir, por exigência da gestão, forte sobrecarga de trabalho como condição para atingir altos níveis de perfeição laboral, e que põe em risco não só a própria saúde ocupacional, mas também a qualidade de sua contribuição como profissional. Renunciar ao perfeccionismo exagerado é salvaguardar a saúde ocupacional, que é um dos primeiros valores que devem ser cuidados no ambiente de trabalho. Pela perspectiva da Qualidade de Vida no Trabalho - QVT, é necessário escolher uma dose ótima e saudável de perfeccionismo profissional, renunciando ao “100% de qualidade” de produto ou serviço para ter uma qualidade sustentável, inclusive no aspecto psicológico.

**Dr. Blanch** – No contexto brasileiro, o setor público carece de profissionais médicos, dado que o mercado de trabalho, na iniciativa privada, possui amplas oportunidades, com mais recursos tecnológicos e insumos para o exercício da profissão, com a possibilidade de benefícios remuneratórios significativamente mais altos. A escassez de profissionais e os verdadeiros estados de calamidade no sistema de saúde pública certamente afetam, profundamente, o estado psicológico dos profissionais médicos. Nesse sentido, que medidas poderiam ser adotadas por esses profissionais para proteger sua saúde mental?

**Dr. Blanch** – A questão abrange um problema de alta complexidade. Na década de 1980, a profissão médica estava entre as profissões mais valorizadas pela sociedade e com maiores índices de autorrealização. Nos últimos anos, no entanto, tem se tornado um setor em

crise, no qual há um dos maiores períodos exigidos para qualificação profissional e posterior licença para exercício da profissão. Atualmente, ocorre grande abandono da profissão com o passar dos anos – por exemplo, um médico depois de dez anos de atuação, não estando contente com seu trabalho, pode pedir demissão e abrir uma empresa em um setor totalmente diferente. Com efeito, a sobrecarga e a exigência excessiva são um problema de saúde ocupacional que ocorre inclusive em países considerados desenvolvidos. Em nome do êxito do sistema de saúde, acontece uma exaustão progressiva no pessoal de saúde devido ao aumento da carga de trabalho mais rápido do que os recursos de pessoal disponíveis. Nas pesquisas realizadas com profissionais médicos e enfermeiros, os principais relatos são de excesso de trabalho e de falta de pessoal, que afetam diretamente a autorrealização com o exercício da profissão. Os trabalhadores são considerados, frequentemente, não como capital humano da instituição de saúde, mais como fator de custo a ponto de mesmo os profissionais médicos se encontrarem mal remunerados. Essa situação gera crescentes manifestações de descontentamento e demandas nos mais diversos ambientes (podemos destacar casos recentes na Inglaterra e na Espanha). São tendências do capitalismo global. Se o hospital é gerido como uma empresa qualquer visando meramente ao lucro, os resultados são déficit de pessoal de saúde e de qualidade do sistema de saúde de um país. É um problema que está acontecendo no mundo todo. O trabalho médico é naturalmente desgastante, pois trabalha com dor, doença, morte e emoções intensas. Se é adicionada uma sobrecarga irrefreável, a situação é insustentável, pois poucas pessoas serão capazes de estarem satisfeitas nesse contexto, diferentemente do que acontecia em gerações passadas destes profissionais.

**Considerando os exemplos contemporâneos em que a gestão da área médica se assemelha à gestão industrial e fabril, qual seria uma referência em gestão da área médica que prioriza o bem-estar dos profissionais da saúde?**

**Dr. Blanch** – O sistema de saúde tem aspectos em comum com empresas de produção, assim como tem características diferentes, principalmente na forma como os valores do sistema do mercado são aplicados, quais sejam: eficácia, eficiência e produtividade, análise de custo-benefício, avaliação por resultados etc. Na produção de automóveis, por exemplo, a eficiência pode ser infinita. Uma empresa que é capaz de produzir 1.000 carros em uma semana, na semana seguinte pode produzir 1.200 com a mesma qualidade. Cada gerente pode tentar melhorar a eficiência fabril, afinal esse é um valor importante para esse tipo de indústria. Quando um gerente de uma fábrica de automóveis, passa a fazer a gestão de um serviço de saúde e encarar as atividades de gestão de visitas médicas, cirurgias e consultas da mesma forma que se produz carros, ele encontrará o seguinte desafio a ser resolvido: Quantos minutos são

necessários para se fazer uma primeira consulta médica? No entanto, nos países que conheço, esses minutos podem variar de 20, 15, 12, 10 ou 8 minutos. Essa métrica não pode ser padronizada pois as culturas, os estilos de comunicação e as condições dos pacientes são diferentes uns dos outros. Por exemplo, as saudações e despedidas na Colômbia demoram em média 2 minutos para cada etapa (saudação e despedida) pois as pessoas complementam os comentários do tradicional “Oi, tudo bem?” com extensões do tipo: “Como vai a família?”, “Graças a Deus”, “e o que mais?...” etc. Imaginem se a métrica de tempo a ser cumprida em uma primeira consulta médica é de 10 minutos, na Colômbia sobram apenas 6 minutos para a consulta já que se gasta 4 minutos com as saudações e despedidas. E quando um médico brasileiro com pacientes que falam português é comparado com um médico espanhol em Barcelona ou um médico em *Manhatan* que irá se deparar com uma grande diversidade idiomática, étnica, religiosa etc. que muitas vezes requer dispositivos de tradução linguística e cultural para que profissional e paciente possam se comunicar de forma eficaz. Ou, ainda, quando uma sobrinha traz uma tia que mora em outro país para a primeira consulta médica na Espanha em que, diante de um caso que acumula diversos problemas graves de saúde, deve-se construir em poucos minutos uma história clínica do paciente. Ou quando um médico ginecologista de origem polonesa recém-contratado, que está fazendo cursos intensivos de espanhol, deve atender uma paciente muçulmana, quem só fala um dialeto subsaariano e cuja religião proíbe que nenhum homem possa tocá-la sem a presença de seu marido. Compreender e enfrentar todas estas questões complexas requer um tempo que não pode ser avaliado em termos de eficiência. O grande problema de se aplicar os valores do capitalismo mercantil em um serviço médico é que o tempo de qualidade não se pode fragmentar ou reduzir como se pode reduzir o tempo de fabricação de sapatos ou carros. Ao mesmo tempo, compreendo que não se pode imaginar que uma primeira consulta médica seja infinita. Eu tive a circunstância de vivenciar uma experiência em um hospital geral onde pude ver em um departamento de urgências médicas, a mudança comportamental após um ano tendo encontrado níveis aceitáveis de qualidade de vida no trabalho e no ano seguinte a equipe estava diferente, desmotivada, esgotada. Quando investiguei o que havia acontecido, descobri que haviam reduzido em 20% o efetivo de pessoal. Para equipes que trabalham de maneira tão intensa, quando se reduz a equipe, toda a cordialidade de atendimento e clima positivo de trabalho se transforma em hostilidade, mau humor, rotatividade e todos os outros sintomas que acompanham o *burnout*. Dei uma sugestão bem simples diante disso: “A redução de 20% impacta a qualidade do serviço de emergência. É preciso encontrar um equilíbrio entre a quantidade de demanda do serviço e o número de pessoal disponível”. O problema foi minimizado com o aumento imediato de 15%

do pessoal de saúde afastado do serviço. Por fim, o conceito de eficiência deve ser repensado quando se trabalha com serviço de pessoas para pessoas como são os serviços médicos. Determinar um tempo mínimo de consulta por paciente é uma medida necessária, mas não suficiente para se manter a qualidade do serviço. Deve ser aplicada de modo flexível, adequando o tempo às características e circunstâncias específicas de cada caso.

**Como a mercantilização da profissão médica é capaz de afetar a área da saúde?  
Quais repercussões podem ser ocasionadas com base nesta mercantilização?**

**Dr. Blanch** – Tanto a área da saúde quanto a educação e a assistência social sempre foram entendidas como áreas de acesso gratuito, mas também como um negócio. As primeiras universidades da era cristã (Bologna e Paris, por exemplo) tinham um componente de mercado. Foram pontos de encontro entre a oferta profissional e a demanda estudantil. Na Universidade de Bologna, os estudantes foram em busca de professores e os para que lhes ensinassem as coisas que sabiam. Já na Universidade de Paris, os professores buscaram estudantes oferecendo-lhes aulas atrativas, de boa qualidade e por um valor acessível. Na área da saúde, à medida que as áreas foram se profissionalizando e passando do âmbito doméstico e comunitário para um âmbito mais profissional, sempre existiu um componente salarial e econômico como contrapartida. O neocapitalismo global e o domínio ideológico do neoliberalismo geraram uma tensão a mais nesse sistema, de modo que não se tratava somente sobre o funcionamento do sistema, mas também como uma troca de dinheiro entre os que recebem pelo serviço e os que ofertam o serviço. Um sinal desse negócio diz respeito às mudanças de valores fundamentais quando o sistema de saúde deixa de ser exercido pelos valores gerais da saúde e não olha os compromissos hipocráticos que se haviam jurado pelos médicos como vida, saúde, paciente em primeiro lugar e qualidade da assistência e tempo que se dedica. Quando estes valores estão subordinados aos valores como negócio, rentabilidade, eficiência, análise de custo-benefício, avaliação por resultados, entre outros, estamos colocando em xeque o espírito hipocrático. Não que a eficiência seja algo negativo, mas quando colocada no topo da pirâmide dos valores aí nós temos um problema. O sistema tem que ser eficiente e isso exige certa sustentabilidade econômica, mas quando o negócio se coloca como superior à saúde aí, repito, teremos problemas. Um exemplo disso é que, em um país que conheço bem, no momento em que uma nova gestão pública do sistema de saúde impôs restrições econômicas, especialmente a partir da crise de 2008, alguns hospitais públicos, para sobreviverem, decidiram alugar durante algumas manhãs suas salas cirúrgicas a hospitais privados para obterem fontes de financiamento paralelas para poderem continuar pagando seus contratos, salários dos funcionários e o funcionamento do sistema. Um valor fixo foi cobrado para cada cirurgia realizada. Com esses

aluguéis, ocorreu uma competição entre os hospitais privados de qual operava mais e, conseqüentemente, oferecia maiores pagamentos, em troca de um tempo de aluguel mais longo. Mas algumas perguntas surgem: Quem paga pelos mortos e pelos erros como efeitos colaterais da negligência devido à pressa? Quem deixaria seu filho, mãe ou pai realizar uma operação em um lugar onde se coloca o valor da eficiência acima do valor da qualidade do serviço e da saúde? Contudo, é isso que vem ocorrendo em boa parte do mundo, e não por capricho da equipe médica. Outro exemplo, diz respeito a um médico de um determinado hospital que em toda sua vida havia trabalhado em serviço de emergência e que tinha a fama de ser o melhor médico daquela unidade por dedicar mais tempo a cada paciente. Fazia diagnósticos e não costumava errar, de maneira que até os outros profissionais do hospital levavam seus familiares a este médico. Contudo, houve uma redução da quantidade de médicos no hospital e numerosos colegas passaram a cometer assédio moral contra o referido médico, pois ele gastava “muito tempo” com o mesmo paciente nas suas visitas. Mas esse médico, que dedicava cerca de 30% a mais para as consultas; com seu excelente diagnóstico, evitou que 30% dos pacientes voltassem à consulta na semana seguinte ou tivessem que mudar o tratamento que não funcionou por erro de diagnóstico; fato que geralmente acontecia com pacientes dos médicos que não dedicavam tempo adequado ao diagnóstico de seus pacientes. Devido à pressão e cerco daqueles colegas, ele entrou em depressão e solicitou sua aposentadoria. Desse modo, o hospital e a cidade perderam seu melhor médico. A mercantilização da medicina é isso: introduzir valores de mercado acima dos valores de saúde e, dessa forma, acaba interferindo na qualidade do serviço. Assim, o sistema deixa de funcionar apropriadamente. Nos Estados Unidos, essa mercantilização da medicina chegou a casos extremos: A sagrada aliança entre as grandes seguradoras de saúde e as multinacionais de medicamentos (as "Big Pharma") acentua a mercantilização da saúde, impulsionando o hiperconsumo de "soluções bioquímicas" para todos os tipos de problemas de saúde física e mental, gerando significativos estouros de custos econômicos para indivíduos, famílias e sistema de saúde em geral. Este contexto mercantil transforma e ressignifica identidades, papéis e relações, tendendo a reduzir a interação médico-paciente a uma relação comercial entre um agente de vendas e um cliente e a converter o mesmo sistema de saúde em um hipermercado para o consumo de produtos e serviços de saúde, onde o interesse econômico prevalece sobre a prevenção e o tratamento de doenças e a promoção da saúde.

**Pelo trabalho se expressa a personalidade, a subjetividade, os valores, as crenças, a cultura etc. O trabalho é um forte mecanismo para se promover o bem-estar e a saúde, quando há congruência entre ele e o indivíduo. Apesar disso, as tensões e contradições**

**entre indivíduo-trabalho também estão presentes e às vezes podem ser adoecedoras. Quais são as consequências desse contraste entre expectativas do profissional e aspectos negativos da realidade prática e como impedir a perda da qualidade do trabalho como expressão subjetiva?**

**Dr. Blanch** – As novas condições de intensificação e aceleração do trabalho aumentam o risco de interações laborais despersonalizadas e reduzem as oportunidades de desenvolvimento profissional na prestação de serviços às pessoas, especialmente, no setor da saúde. Soma-se a isso a frequência crescente de pessoas com sintomas de esgotamento. Nos tempos atuais, no mundo em geral e na América Latina em particular, as taxas de prevalência da síndrome de *burnout* entre profissionais enfermeiros e médicos variam entre 25% a 40%. Infelizmente, esses índices têm se tornado estatisticamente “normais” e socialmente “normalizados”. Ocorre que uma pessoa esgotada acaba realizando um trabalho malfeito, porque já passou dos seus limites, inclusive na relação entre profissional e paciente, de modo que este não sente estar recebendo um bom atendimento, com empatia, visto que ocorreu de modo despersonalizado. É um problema de saúde ocupacional intrinsecamente vinculado às condições temporárias de trabalho. No sistema de saúde do continente latino-americano acontece habitualmente que o profissional médico não dispõe de tempo suficiente para oferecer um trabalho personalizado, o que não somente afeta negativamente o paciente, como o próprio trabalhador, que não consegue entregar o atendimento que deseja.

**Considerando o que foi mencionado em relação às mudanças no mercado de trabalho, qual você considera que seria o futuro do mundo do trabalho? Tem futuro o trabalho?**

**Dr. Blanch** – Quanto ao futuro do trabalho, é a grande pergunta que cada geração se faz, não só tem sido questionada hoje, já nos anos 1960, em pleno fordismo, existia este tipo de questão. Em relação aos grandes assuntos que preocupam a humanidade, sempre existiu um esquema bipolar no qual encontram-se dois extremos: um onde estão os otimistas e outro onde estão os pessimistas. Como é o caso da influência social como capacidade de manipular as mentes, onde havia “apocalípticos” que diziam que não teríamos mais a possibilidade de exercício da liberdade porque nossas consciências seriam manipuladas pelo rádio, pelo Hollywood, pela televisão, e atualmente pelas redes sociais e por inteligência artificial. Estou dirigindo uma tese que analisa como as redes sociais se constituem em agente privilegiado de socialização da geração “nativa digital” e que chegam a extremos de manipulação mental porque estão presentes 24 horas por dia na vida das pessoas. Neste caso, mais uma vez, vêm à tona os apocalípticos, que mencionam que este é o fim da liberdade, e os integrados, dizendo



que ao mesmo tempo que desenvolvem novos mecanismos de dominação, desenvolvem também capacidades de resistência e de crítica. Do mesmo modo, em relação ao “fim do trabalho”, houve também os calamitosos que pensavam que as máquinas iriam tirar os empregos e que haveria poucas pessoas trabalhando, e que outro pessoal estaria vivendo do trabalho dos outros ou passando fome por falta de trabalho. Por outro lado, havia quem falasse da civilização do lazer, com as máquinas fazendo o trabalho. Um exemplo deles é Paul Lafargue (o genro de Karl Marx). No século XIX, Paul disse que o desenvolvimento das forças produtivas permitiria aos adultos trabalharem algumas horas por dia e o resto do tempo dedicarem-se ao que viemos a esta vida: “desfrutar o dia e a noite”. Mais tarde, com novos desenvolvimentos da tecnologia, principalmente nas décadas de 1980 e 1990, houve um grande debate animado pelos pessimistas que defendiam que a revolução informática causaria a destruição de empregos que não poderiam ser recuperados e que assim viria o “fim do trabalho”. Naquela época havia muitos estudos exitosos em relação ao fim do trabalho e outros que contraditoriamente apontavam que também surgiam “novas fontes de emprego”, como serviços de atendimento às pessoas, já que a população ganhava mais expectativa de vida e, conseqüentemente, surgiram novas necessidades e nova demanda de trabalho. Desde então, o debate não cessou e embora pareça que somos originais quando nós fazemos estas perguntas sobre o que se passa hoje, são novas versões de questões crônicas. Já nos tempos do Império Romano ocorreu uma “rebelião das escravas”, quando alguém teve a ideia de substituir as mulheres escravas que giravam a roda d'água para tirar água dos poços por burros, acreditados como mais fortes, resistentes e baratos para alimentar. Os escravos rebeldes entenderam que não tinham futuro como trabalhadores nem comida garantida por seus senhores. Outro exemplo foram os “luditas” que, no início do século XIX, se dedicaram à destruição de máquinas têxteis por considerarem isso um fator do fim do trabalho. Afinal, bem no início da pré-modernidade, entre os séculos XV e XVII, houve tentativas de instalação de teares têxteis e esta ação foi condenada por alguns teólogos da época, apresentando-os como uma “invenção do diabo”, porque isso deixaria a maior parte da população sem trabalho. Mais uma vez se confirma que a visão apocalíptica de que estamos enfrentando o fim do trabalho é crônica. Isso não quer dizer que seja eterno, mas até agora existiu, e cada geração teve seu próprio “apocalipse”. Porém, a história deu razão aos otimistas. Cada vez mais a história é uma caixa de surpresas e quando desaparecem algumas fontes de emprego e parece que não há mais nada para explorar, surgem novas oportunidades e formas de trabalho. Pessoalmente, sinto-me a meio caminho: O futuro nos espera com oportunidades positivas, mas temos de procurá-las, proporcioná-las e estarmos atentos a elas. Hoje, os *millennials*, *centennials* e nativos digitais, que estão numa situação laboralmente complexa e

incerta, devem enfrentar as chances que a vida dá a cada geração. Em suma, o futuro é uma caixa de surpresas, também positivas. Portanto, o trabalho tem futuro, mas ele deve ser ressignificado e reinventado permanentemente.

## REFERÊNCIA

Blanch, J.M.; Ochoa, P.J. & Sahagún, M.A. (2012). Resignificación del trabajo y de la profesión médica bajo la nueva Gestión sanitaria. In Ansoleaga, E.; Artaza, O. & Suárez, J. (Eds.). *Personas que cuidan Personas: Dimensión Humana y Trabajo en Salud* (165-175). Santiago de Chile: OPS/OMS – Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. ISBN 978-92-75-31695-5.

<b>Contribuições dos Autores</b>	
Mario César Ferreira	Escrita: Resumos, revisão geral do texto.
Ana Lígia Bacca Fontana da Silveira	Escrita: Formulação de perguntas e transcrição de resposta.
Bianca de Barros Bezerra	Escrita: Formatação, revisão e edição.
Carla Itzuri Guerrero Frausto	Escrita: Formulação de perguntas e transcrição de resposta.
Gabriel Teles Pontes	Escrita: Formulação de perguntas e revisão de texto.
Ricardo Saraiva Aguiar	Escrita: Formulação de perguntas e transcrição da resposta.
Jordana Costa e Silva	Escrita: Formatação, revisão e edição.

