

A crise financeira de 2007-2008 e as relações laborais na saúde: caso português e britânico¹

Renato Penha de Oliveira Santos²
Denise dos Anjos Mascarenha³

Resumo: O presente ensaio tem como objetivo discutir empiricamente a reconfiguração das relações laborais nos serviços públicos de saúde, a partir dos casos do Serviço Nacional de Saúde Português e o Serviço Nacional de Saúde Britânico através da perspectiva de análise comparativa de vulnerabilidade fiscal e da Sociologia do Trabalho, no contexto de adoção de políticas de austeridade adotadas pelos seus respectivos governos pós-crise financeira (2007 – 2008) e com a nova pactuação fiscal da União Européia (2011-2012). A análise indicou que as alterações ocorridas no aparelho do Estado no contexto neoliberal, sob a égide da Nova Gestão Pública, contribuíram para uma novo quadro de mudanças nas relações laborais nos serviços públicos em geral com as medidas de austeridade, tanto no caso português e britânico, e, assim, também afetando os serviços de saúde como a aproximação da lógica privada de gestão e precarização das relações laborais (perdas salariais e de benefícios), denotando a necessidade de estudos que aproximem o campo da Saúde com o campo da Sociologia do Trabalho para melhor compreensão das transformações presentes nas relações laborais nos sistemas universais de saúde frente ao cenário de financeirização da economia e às mudanças do papel do Estado nas sociedades contemporâneas.

1. Introdução

Recentemente, artigos publicados no jornal Público (CARMO, 2019) e na BBC News (PYM, 2019) demonstravam preocupações em relação aos Sistemas de Saúde desses países

¹ Ensaio adaptado ao apresentado à disciplina Trabalho, Sindicalismo e Globalização do Programa de Doutoramento em Sociologia: Relações de Trabalho, Desigualdades Sociais e Sindicalismo da FEUC – Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra. Esta adaptação contou com colaboração de Denise dos Anjos Mascarenhas.

² Professor de medicina na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia e atuou como supervisor do Programa Mais Médicos para o Brasil no RJ (2014-2018). Doutorando em sociologia das relações de trabalho, desigualdades sociais e sindicalismo no Centro de Estudos Sociais (CES) na Universidade de Coimbra. E-mail: renatosantos@ces.uc.pt, renatopenha.s.med@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5206-6392>. Citação: Santos, RPO. Contribuição no artigo: concepção, planejamento, análise e interpretação dos dados; elaboração do rascunho e revisão crítica do conteúdo; aprovação da versão final do manuscrito.

³ Doutora em Sociologia e Pós doutoranda no Centro de Estudos Sociais (CES) na Universidade de Coimbra. Desenvolve pesquisa sobre cooperativismo, novas formas de produzir, literatura e políticas públicas. E-mail: denisemascarenha@gmail.com. ORCID: 0000-0002-0831-4798. Citação: Mascarenha, DA. Contribuição no artigo: elaboração de gráfico; análise e interpretação dos dados; aprovação da versão final do manuscrito.

ênfatizando os gastos pÙblicos e a relaçaõ entre o setor pÙblico e o setor privado na organizaçaõ e funcionamento dos serviçõs prestados. Longe de esgotar a discussãõ sobre os aspectos financeiros e o regime fiscal que influenciam essas questões, algumas reflexões sobre os impactos nas relaçaões laborais dos serviçõs pÙblicos de saÙde apÙs as reformas que esses paÙses realizaram frente à repercussãõ da crise financeira de 2007-2008 sãõ necessÁrias, a saber: É possÙvel identificar distinções das relaçaões laborais entre o setor pÙblico e o privado nos serviçõs pÙblicos? A eventual apropriaçaõ da lÙgica privada na gestãõ dos serviçõs pÙblicos resultaria na reestruturaçaõ das relaçaões laborais dos serviçõs pÙblicos de saÙde? Quais possÙveis impactos dessas reformas para a precarizaçaõ dos serviçõs pÙblicos de saÙde?

Alguns autores, como Bach e Bordgona (2013) afirmam que o impacto da crise financeira e as polÙticas de austeridade implementadas na Uniãõ Européia (UE) resultaram em novas configurações das relaçaões laborais e em novas condições de trabalho nos serviçõs pÙblicos, denotando que o setor pÙblico nãõ É totalmente protegido de pressões externas exercidas pelo mercado financeiro e atores supranacionais, como tradicionalmente É considerado, por ser o Estado o empregador, diferentemente da dinÂmica do setor privado.

Destarte, ao longo do texto serÁ discutido alguns aspectos dessas transformações, especificamente nos serviçõs pÙblicos de saÙde, partindo do princÙpio que as dinÂmicas destes possuem certas especificidades, que também apresentam similaridades com o conjunto dos serviçõs pÙblicos prestados em geral como, o modelo de empregador, e os valores morais e éticos historicamente construÙdos no setor pÙblico, alÉm da relaçaõ deste setor com os sindicatos.

2. As relaçaões laborais e os serviçõs pÙblicos: Uma aproximaçaõ sociolÙgica para a anÁlise dos serviçõs de saÙde.

Os serviçõs pÙblicos acompanham o desenvolvimento da estruturaçaõ e organizaçaõ do Estado Moderno nas sociedades ocidentais iniciando na concepçaõ de “Estado minimalista” do final do sÉculo XIX, no qual a intervençaõ do Estado deveria ser a mÙnima na sociedade com muitos serviçõs sendo disponibilizados pelos setores de caridade e/ou privados, perpassando pela “parceria desigual” na qual o Estado deveria fornecer alguns serviçõs mÙnimos sem estabelecer relaçaõ com esses setores; atÉ chegarmos a concepçaõ de “Estado ProvidênciA ou Estado do Bem-estar social” no qual o Estado deveria responder a todas necessidades dos cidadÃõs fornecendo e administrando diversos serviçõs, e, atualmente, o “Estado Plural” na

qual os serviços podem ser executados por entes não estatais contratadas e o Estado assume o papel de regular esses serviços pautados na lógica de resultados (CARVALHO, 2006; SANO & ABRUCIO, 2008).

Com o intuito de aprofundar a análise sobre as mudanças atuais nas relações laborais nos serviços públicos de saúde com enfoque no SNS e o NHS, a abordagem será enfatizada a partir da transição das duas últimas concepções de estruturação dos serviços públicos e do Estado nas sociedades europeias contemporâneas.

Dessa forma, sobre a dinâmica dos serviços, Offe (1989) e Pires (2008), destacam que desde os anos 1940 percebe-se a expansão do setor terciário mais acelerada que o setor industrial. Empiricamente, esse fenômeno estaria relacionado aos componentes de satisfazer socialmente às condições físicas de sobrevivência mediante atividades econômicas e produtivas, além de também serem atividades de manutenção destas também.

Esses autores apontam alguns fatores que podem ter influenciado na expansão desse setor, como: a resposta às tendências de estagnação econômica do setor industrial e da super-industrialização com a absorção da força de trabalho desempregada do setor industrial; a estratégia de absorver e manejar a competitividade entre diferentes empresas com a maior diversificação de ramos de produção e serviços; a reação à socialização dos crescentes custos da reprodução dos trabalhadores e das lutas de classes com a diminuição de salários e a flexibilização da legislação trabalhista; além, da externalização de atividades como pesquisa, desenvolvimento, design, etc. para empresas de serviços, entre outros (OFFE, 1989; PIRES, 2008; OFFE, 2011).

Amin (2012) também corrobora com esses autores ao apontar que o setor de serviços era responsável por 50% do Produto Interno Bruto (PIB) dos países centrais do capitalismo (países desenvolvidos ocidentais, em sua maioria) na primeira década do século XXI. Esse crescimento, em sua análise, deve-se à constante diminuição da gestão e do gasto público com serviços típicos do Estado do Bem-estar Social (como transporte público, educação, saúde e seguridade social) transitando para uma lógica de gestão privada e de bens de consumo, num movimento de socialização de mercado, partindo do princípio de que direitos individuais podem ser livremente negociados.

Offe (2011) e Pires (2008) destacam distinções dos serviços públicos e estatais dentro do setor terciário, pois esses serviços distanciam-se da racionalidade de mercado, já que os resultados destes se baseiam na lógica do valor de uso e não pelo critério de rentabilidade

mediado por preços, sendo em muitos casos baseados em indicadores sociais e por não se limitar aos serviços mais rentáveis. Outro aspecto, está na perspectiva de não se colocar um valor-limite para a organização e realização desses serviços, porque os métodos decisórios para alocação de recursos são mediados por processos políticos.

Sobre as relações laborais, Costa (2013) aponta que há na literatura uma pluralidade de expressões utilizadas com o mesmo sentido como “relações industriais”, “relações de trabalho” ou “relações profissionais”, demonstrando uma complexidade epistemológica em virtude de serem termos que envolvem aspectos relacionados às diversas percepções para estudar o mundo do trabalho: transformações do mercado de trabalho, sindicalismo, desigualdades sociais, entre outras situações; além do próprio desenvolvimento histórico, econômico e social das sociedades industriais dos países ocidentais após o século XVIII.

Dessa forma, esse mesmo autor afirma que o entendimento de relações laborais pode ser definido como:

relações de produção contratualmente estabelecidas entre trabalho e capital e que constituem a relação salarial; por outro lado, estamos diante de relações *na* produção, que regulam o trabalho concreto efetuado pelos trabalhadores durante o dia de trabalho e que incluem as relações entre trabalhadores, bem como as relações destes com supervisores ou gestores segundo normas ou regulamentos da empresa. Além disso, convirá reforçar que subjaz às relações laborais uma dimensão relacional que envolve atores individuais e coletivos numa atividade de trabalho com ele relacionada, segundo diferentes níveis de análise: local, sectorial, regional, nacional, transnacional ou global. Por outro lado ainda, se é verdade que as relações laborais têm na criação consensos (acordos) entre as partes (sindicatos e patronato) um importante “valor de uso”, também não se pode deixar de referenciar a ênfase no conflito, nas suas fontes ou nas formas de poder que lhe estão associadas (COSTA, 2013:128).

Logo o termo a ser utilizado ao longo desse texto será “relações laborais”, já que muitos desses pontos serão abordados ao refletir sobre a dinâmica dos serviços públicos e, também, nos que se referirem aos de saúde.

De acordo com Bordogna e Moral (2008), as relações laborais nos serviços públicos nos vários países europeus que compõem a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) apresentavam algumas características similares como: segurança no emprego, garantias de mobilidade interna e de recrutamento, plano de cargos e salários como referência de padrões nacionais de comparabilidade e atenção às questões de equidade salarial e de direitos trabalhistas, além do respeito pelas competências tradicionais e profissionais correspondentes com a ética pública.

No entanto, esse autor aponta que além das diferenças das realidades nacionais, haviam duas formas tradicionais de conformação de relações laborais nos serviços públicos, na qual a primeira apresentaria os seguintes aspectos: o governo define unilateralmente os termos do contrato de emprego e as condições de trabalho por meio de leis e emendas com pouco espaço de barganha por direitos trabalhistas, além da restrição ou impossibilidade de greves e sindicalização, porém com garantias e benefícios melhores que o setor privado somando-se às outras prerrogativas de status de servidor público. E a segunda estaria relacionado às formas mais democráticas de organização de trabalho, podendo também organizar greves e atuação nos sindicatos, além de negociar os direitos trabalhistas com o Estado.

Esses modelos foram se configurando e misturando suas características ao longo do pós-segunda guerra mundial, mas com a regulação do trabalho no setor público apresentando distinções claras em relação ao setor privado já que o Estado é o empregador e o financiamento é público, assim, mais susceptível ao julgamento e avaliação da sociedade bem como aos conflitos de interesses e consensos políticos (BORDOGNA & MORAL, 2008).

Desde a década de 1970, reformas vêm sendo realizadas nas formas de fazer gestão pública nos países desenvolvidos, incluindo os países europeus, implicando em mudanças nas relações laborais descritas nos parágrafos anteriores.

Segundo Hood (1995) e Carvalho (2006), essas reestruturações no setor público estão no contexto de discussão sobre o peso do Estado nas sociedades contemporâneas, bem como adoção de práticas de mercado e de gestão privada no setor público, sendo denominadas na literatura acadêmica de Nova Gestão Pública (NGP) ou *managerialismo* ou *gerencialismo*.

A NGP tem sido tema de intensos debates de várias ordens desde políticas até ideológicas, demonstrando aspectos multidimensionais em torno desse assunto, logo apresentando dificuldades em torno de construir consensos, devido aos contextos sócio-econômicos-sociais e culturais de cada país onde essas reformas foram implementadas. De tal forma, que diversos estudos empíricos apresentam que a convergência sobre a NGP se dá em torno, muitas vezes, apenas sobre a crítica dos arranjos institucionais tradicionais do Estado moderno, visando da execução e gestão das políticas públicas e, também, da natureza das relações laborais presentes nos serviços públicos (CARVALHO, 2006; HOOD, 1995; WILLIAMS et al, 2013).

Carvalho (2006) afirma que a emergência da NGP ocorre num contexto histórico que se inicia em 1970 e intensifica-se a partir dos anos 1980 e 1990 questionando várias características que constituíam a base de sustentação do Estado Providência ou Bem-Estar-

Social como os elementos keynesianos de organização da economia presentes pela maior intervenção ativa do Estado na economia, através do investimento financeiro estatal direto, incentivo ao crescimento dos mercados de consumo, e o caráter distributivo da riqueza gerada, por intermédio das políticas sociais; a forma de produção taylorista/fordista, com a fragmentação das tarefas, especialização desqualificante, o controle do tempo, dentre outras; e os regimentos burocráticos assentados na capacidade dos profissionais públicos de regularem os serviços e se autorregularem, a partir da concepção baseada na autonomia e independência para a realização de diversas ações pautadas pelo estabelecimento da confiança instituída entre esses profissionais e o Estado (CARVALHO, 2006; SANTANA & RAMALHO, 2010).

Nesse contexto, evidenciou-se a recessão econômica da década de 1970 nos países desenvolvidos, proveniente da crise do petróleo com o aumento da despesa pública em detrimento do crescimento econômico, cenário este, acompanhado pelo déficit na evolução demográfica (envelhecimento populacional associado à diminuição da população jovem), do aumento da procura pelos serviços públicos e aumento da taxa de desemprego (CARVALHO, 2006; ARROWSMITH & SISSON, 2002; FERREIRA 2016).

Outro ponto que também merece destaque nesse momento histórico é a presença da ideologia de que a burocracia estatal era rígida, muito centralizada nos servidores públicos e com ausência de prestação de contas com sociedade, dessa forma muito passíveis de corrupção ou de manutenção de privilégios (CARVALHO, 2006; HOOD, 1995).

E por fim, segundo Carvalho (2006), esse período é marcado por novas abordagens econômicas e políticas de teor neoliberal, as quais apontam que o intervencionismo do Estado na sociedade impede o crescimento econômico e ação do livre mercado, dificultando a liberalização econômica.

Logo, a NGP apresenta diversas discussões não consensuais sobre o impacto na organização e estruturação burocrática do Estado nos países que a implementaram desde os anos 1970, porém pode-se afirmar que a NGP é um conjunto de mudanças que vem ocorrendo no setor público influenciando na administração pública e na gestão de diversos serviços públicos, conseqüentemente.

A respeito das relações laborais nos serviços públicos, nota-se a potencialidade da desestabilização dessas relações em virtude dessas reformas, haja vista os diversos aspectos que caracterizam a NGP, como a transferência da execução dos serviços públicos através da

privatização ou terceirização destes; o uso de incentivos financeiros e técnicas de gestão e gerenciamento do trabalho típicas do setor privados para a organização e regulação dos serviços públicos (CARVALHO, 2006; WILLIAMS et al, 2013; BORDOGNA & MORAL, 2008).

Nesse sentido, Bordogna e Moral (2008) aponta que a NGP desafia as formas tradicionais que foram estabelecidas as relações laborais no setor público já que assume também a característica de reduzir a dimensão política dos arranjos institucionais elaborados no aparelho do Estado e que poderiam influenciar na lógica de ação do funcionário público, além de trazer valores da gestão privada que confrontam em muitos pontos os aspectos éticos e morais que foram constituídos na conformação das abordagens tradicionais das relações laborais entre o Estado e os seus trabalhadores, como, por exemplo, uma maior liberdade para atuação sindical dos servidores públicos.

No caso dos serviços públicos de saúde, muitas dessas transformações também são perceptíveis, sendo um fenômeno que vem sendo estudado, em virtude do aumento do gasto público e das problemáticas da gestão dos recursos humanos principalmente, por entender que as organizações de saúde estruturadas em forma de sistema, são estruturas sociais complexas e com a necessidade de enfoque multidisciplinares e envolvimento de diversos campos do conhecimento (ARROWSMITH & SISSON, 2002; CARAPINHEIRO & CÔRTEZ, 2000; CORREIA, 2012; CARVALHO, 2006; PIRES, 2008; SANTOS, 2017).

Mesmo com as especificidades do trabalho em saúde, bem como a organização do processo de trabalho e gestão deste, diversas características são comuns às dinâmicas dos serviços no geral, logo, também pode-se afirmar que existe uma reconfiguração das relações laborais bem como de precarização destas nos serviços públicos de saúde, conforme Souza descreve:

A condição de precarização do trabalho em saúde está determinada, por um lado, pelas características próprias do trabalho em saúde - que envolve a fragmentação, heterogeneidade e a rotinização ao lidar com a dor, o sofrimento e a morte -, e, por outro, pelas novas formas de gestão do trabalho no setor - que envolvem a flexibilização e a desregulamentação dos processos, das relações e da organização do trabalho, comprometendo diretamente a prestação dos serviços de saúde (SOUZA, 2016:119)

O entendimento de precarização está em conformidade com Alves (2007), para o qual é uma condição ontológica da definição da força de trabalho como mercadoria, que apresenta dimensões objetivas e subjetivas, as quais estão relacionadas com os novos modelos de alienação/estranhamento e fetichismo em torno da mercadoria no mundo social do capital.

Carvalho (2006), Pires (2008) e Correia (2012) apontam outras características que estão sendo analisadas nesse contexto de precarização das relações laborais nos serviços públicos de saúde, como a perda de autonomia das profissões da saúde nas tomadas de decisão e organização dos processos de trabalho, haja vista que são profissões majoritariamente liberais (como a medicina e a enfermagem) assentadas sobre conhecimentos técnico-científicos específicos. Outra dimensão, não menos importante, é a imprescindibilidade do componente humano nas ações e realizações do trabalho em saúde, mesmo com o intenso desenvolvimento de novas tecnologias e técnicas desde o início do século XX (AMORETTI, 2005; CECÍLIO & LACAZ, 2012; SOUZA, 2016; SANTOS, 2017).

Dessa forma, o contexto de mudanças que vem ocorrendo nos serviços públicos à medida que reformas são implementadas no aparelho do Estado, também reverberam nos serviços de saúde, mesmo com as características próprias descritas anteriormente, impactando na organização e prestação destes serviços como nas relações laborais constituídas no setor público de saúde.

Logo, retorna-se para uma das questões iniciais deste texto, que seria em qual grau as políticas de austeridade podem ter afetado as relações laborais nos serviços públicos de saúde?

3. A austeridade e as relações laborais nos serviços públicos de saúde nos sistemas de saúde britânico e português: Quais perspectivas?

A crise financeira de 2007-2008 forçou os governos a realizarem reformas que podem ter aprofundado desequilíbrios políticos, sociais e culturais que não haviam sido resolvidos perante as respostas da crise econômica dos anos 1970 e 1980, que propiciaram a implementação de reformas neoliberais (FERREIRA, 2016).

No contexto atual, as medidas que foram adotadas apontaram para uma nova reconfiguração do Estado, de implantação de políticas sociais e prestação de serviços, baseada numa lógica de transferência dos custos de recuperação do sistema financeiro para os cidadãos, sendo então denominadas como políticas de austeridade. Muitos dos efeitos dessas políticas ainda serão repercutidos por bastante tempo, mesmo com o fim de algumas medidas, pois há uma evidente similaridade de agenda de reformas neoliberais implementadas na crise da década de 1970 e 1980, porém neste momento, maximizando a perda de direitos sociais e laborais (FERREIRA, 2016).

Dessa forma, o impacto das políticas de austeridade pode ser percebido em várias dimensões da sociedade e na constituição do aparelho do Estado, sendo um desses o reordenamento dos serviços públicos de saúde, com um duplo movimento de precarização que atinge a prestação de serviço com a demanda social sobre um contexto de corte de gastos públicos; e o outro sobre os trabalhadores com a precarização das relações laborais, considerando os aspectos das condições do local de trabalho como manutenção e investimento, flexibilização de vínculos trabalhistas, novos formatos de gestão que visem o aumento do tempo de trabalho com os mesmos recursos humanos.

Bach e Bordgona (2013) apontam para uma reestruturação das relações laborais nos serviços públicos, em virtude da crise financeira e medidas de austeridade que efetivou um novo modelo de governança na União Europeia, impactando de forma diferente nos 11 países estudados, Alemanha, Áustria, Dinamarca, Espanha, Grã-Bretanha/Reino Unido, França, Grécia, Itália, Irlanda, Portugal, Suécia, no período de 2007 – 2012, dependendo do grau de vulnerabilidade financeira que estes apresentavam antes da crise econômica e durante os primeiros anos após o auge desta e dos primeiros indícios dos efeitos das políticas de austeridade que foram adotados por esses governos.

Com os dados da Eurostat, autoridade estatística da União Europeia, Bach e Bordgona (2013) utilizaram critérios para medir a vulnerabilidade financeira de acordo com o crescimento real do Produto Interno Bruto (PIB) de cada país, a relação do crescimento do déficit público em proporção ao crescimento do PIB, da relação gasto público com o funcionalismo em proporção ao crescimento do PIB. Sendo assim, eles classificaram em cinco categorias de acordo com a pontuação de cada país em níveis: baixo 3/4, médio-baixo 5, médio 6, médio-alto 7, alto 8/9.

Essa pontuação foi definida da seguinte forma: crescimento real do PIB acima de 2,5 % = 1, de 0.1 a 2,5 % = 2, de 0 ou negativo = 3; crescimento do déficit público abaixo de 3 % do PIB = 1, entre 3 a 6% = 2, acima de 6% = 3, gasto público com o funcionalismo abaixo de 60% em relação ao crescimento do PIB = 1, entre 60 a 90 % = 2, acima de 90% = 3. A soma desses critérios foi organizada e adaptada ao português, na tabela abaixo.

Tabela 1: Vulnerabilidade financeira e a nova governança econômica em 11 países da União Europeia.

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Alto (8/9)		GR	GR, FR, IE, IT, PT , GB/UK , AT, DE, ES	GR, ES, IE, PT	GR, IE, PT	GR, ES, FR, IE, IT, PT
Médio/Alto (7)	GR	FR, IE, IT, PT		FR, IT, GB/UK	ES, IT	GB/UK
Médio (6)	IT, PT	GB/UK		AT	FR, GB/UK	DK
Médio/Baixo (5)	FR	AT, DE, DK, ES, SE	DK, SE	DE		AT, DE
Baixo (3/4)	AT, DK, ES, IE, SE, GB/UK			DK, SE	AT, DE, DK, SE	SE

Fonte: Adaptado de Bach e Bordgona (2013).

Síglas: DE (Alemanha), AT (Austria), DK (Dinamarca), ES (Espanha), FR (França), GB (Grã-Bretanha/Reino Unido, UK), GR (Grécia), IT (Itália), IE (Irlanda), PT (Portugal), SE (Suécia).

O gráfico a seguir, produzido a partir dos dados de Bach e Bordgona (2013) apresenta a variação da vulnerabilidade financeira dos dois países entre 2007-2012.

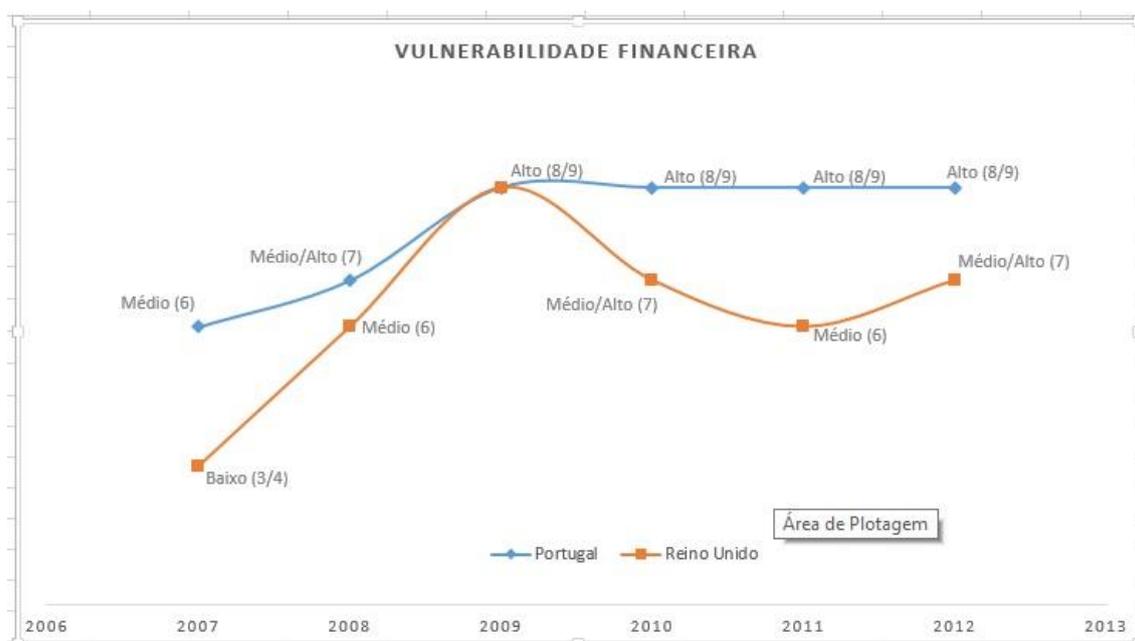


Figura 1: Gráfico de Vulnerabilidade Financeira Portugal e Reino Unido produzido a partir dos dados de Bach e Bordgona (2013).

De acordo com a análise, Portugal passou de risco médio para alto e o Reino Unido de baixo para médio/alto, mesmo com essas diferenças, de modo geral, nas duas realidades, foram realizados congelamentos salariais e cortes de benefícios em algumas categorias de funcionários públicos, também não foram renovados os contratos temporários com não recrutamento de novos funcionários. Outro aspecto relevante é que nos dois países a adoção dessas medidas foi de forma unilateral, ou seja, sem negociação com os sindicatos que representassem esses trabalhadores. E por último, no caso português houve implementação de horários flexíveis de trabalho e de formas de trabalho voluntários, enquanto no Reino Unido, ficaram mais explícitas as práticas de progressão de carreira no serviço em critérios de performance/desempenho.

Tabela 2: Medidas de austeridade no setor público em Portugal (PT) e no Reino Unido (GR/UK)

	Congelamentos e cortes de pagamentos	Congelamentos e cortes nos empregos	Outras mudanças nas relações de trabalho	Imposição Unilateral
Portugal (PT)	Congelamento de salários de dois anos 2011–2013; Corte de pagamento real de 2,5% na administração pública em 2010, adicionados aos 3,5--10% de corte em 2011; Remoção dos 13º e 14º meses de pagamento em 2012 (exceto salários baixos), apesar da contestação no Tribunal Constitucional; Houve cessação de bônus salariais.	5,1% de corte na administração pública 2011–2012; 50% de corte contratos fixos, além de cortes adicionais em 2013; Não renovação de contratos temporários; Contratação congelada além de congelamento de promoções; Para cada 2 funcionários que necessitavam substituições, apenas 1 era repostos.	Horários flexíveis de trabalho; Trabalho voluntário; Não compensação em caso de aumento da distância geográfica para mobilidade e transferências em serviço	Sim

Reino Unido (GR/UK)	Congelament o salarial de 2010–2012, com algumas exceções para os salários mais baixos; Posteriormente, aumento salarial de 1% por três anos; Cortes nos pagamentos de prêmios e licenças.	Cortes em mais do que 10% dos funcionários (2010 a 2015); sendo que em 2010-2011 aumentou em (6,1%); Além disso o recrutamento de novos funcionários foi congelado.	Progressão no serviço baseado de forma mais explícita em critérios de desempenho s.	Sim
---------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------	-----

Fonte: Adaptado de Bach e Bordgona (2013).

Apesar das diferenças sócio-histórico-econômicas entre Portugal e o Reino Unido e das tipologias da conformação do Estado Providência ou de Bem-estar Social que viabilizou a construção dos seus respectivos sistemas de saúde (SNS e o NHS), conforme ressaltam Wolf e Oliveira (2017), ambas realidades constituíram os seus serviços públicos de saúde com a lógica de direito à saúde a todos os cidadãos, com organização regionalizadas e com princípios de proporcionar à população a facilidade de acesso à serviços de saúde, vide a rede cuidados primários em Portugal e dos consultórios/clínicas de medicina de família no Reino Unido. Essa construção social e política proporcionou o reconhecimento por ambas as sociedades da importância desses sistemas de saúde.

Também, cabe ressaltar que esses países vêm fazendo reformas na perspectiva da NGP, desde os anos 1970, com destaque para o pioneirismo do Reino Unido, enquanto no caso de Portugal, evidencia-se a partir da década de 1990 e nos dois casos, foram adotadas políticas de austeridade, conforme descrito anteriormente (RODRIGUES & ARAÚJO, 2005).

Dessa forma, é possível fazer algumas aproximações no que tange às relações laborais nos serviços públicos, mesmo que ambos os sistemas de saúde tenham diferenças organizativas e normativas sobre o funcionamento e financiamento, atualmente o gasto em saúde de acordo com o PIB, no caso português é de 9,0% (65% financiando pelo governo) e no Reino Unido de 9,7% (80% financiado pelo governo), segundo dados da OECD (2017).

Arrowsmith e Sisson (2002) descrevem que após 30 anos das reformas no contexto da NGP na organização e descentralização do sistema de saúde britânico houve um reforço de constrangimentos no tempo de trabalho em virtude do pagamento por performance. E frente à crise financeira associada a tomada de medidas de austeridade, Bach e Bordgona (2013) apontam que a autonomia de gestão e a lógica *gerencialista* apresentaram pouca possibilidade de lidar com a redução de financiamento e assim poder negociar salários e condições de trabalho no NHS.

No caso do sistema de saúde português, a adesão à Troika, nome designado para o acordo de medidas de austeridade entre o governo de Portugal, a comissão da União Europeia, Fundo Monetário Internacional e o Banco Central Europeu, acentuou alguns problemas que existiam desde a década de 1990 em relação à precarização laboral (situações de duplo e triplo emprego, sistema de progressão de carreira no serviço público), prestação de contas dos modelos de contratualização dos serviços prestados pelos hospitais e pelos cuidados primários à saúde (CORREIA et al, 2015).

Dessa forma, de acordo com Bach e Bordgona (2013) as relações laborais nos serviços públicos não estão totalmente protegidas de pressões externas do mercado financeiro ou de agentes externos aos governos nacionais, principalmente, no contexto de novas pactuações de regime fiscal e reformas implementadas. Esses autores relatam que apesar da distinção entre as relações laborais presentes no setor público e privado, nos países europeus analisados, houve uma aproximação entre a realidade laboral entre esses setores, de tal forma que parâmetros como estabilidade laboral, valores salariais e possibilidade de negociação de condições de trabalho já estão assentados muitos mais na lógica de mercado do que no modelo tradicional do funcionalismo público.

Logo, as preocupações presentes nos artigos publicados por Carmo (2019) e Pym (2019) que destacam o crescimento dos gastos públicos na saúde e a dificuldade de planejar o orçamento público com os interesses do setor privado na saúde são importantes. No entanto, é preciso olhar de forma atenciosa para as relações laborais constituídas nos serviços públicos de saúde português e britânico no que tange às duas dimensões apresentadas por Costa (2013) que se refere à relações contratualmente estabelecidas, no caso entre o Estado e os profissionais de saúde, e nas relações que regulam o trabalho concreto desses profissionais, ou seja, o cotidiano do trabalho nos serviços de saúde no aspecto relacional entre estes e/ou com os gestores, bem como, com as demandas crescentes sobre esses serviços.

Empiricamente, a partir da avaliação da vulnerabilidade fiscal e o impacto das novas pactuações de regime fiscal em Portugal e Reino Unido, percebe-se que apesar das diferenças econômicas, políticas e sociais desses países, percebeu-se que as políticas de austeridade agudizaram a contradição trabalho e capital precarizando as relações laborais do funcionalismo público desses países, com medidas de cortes ou congelamentos salariais e diminuição dos empregos públicos, no qual em ambos os casos a imposição foi unilateral dos governos sobre os trabalhadores com pouca ou nenhuma negociação coletiva, nesses sentido trazendo uma nova reconfiguração das relações laborais no serviços públicos desses países.²⁹

Segundo o documento produzido pelo “Intercambio III.2.-1-2007 Fortalecimiento de la Integración de la Atención Primaria con otros Niveles de Atención del Proyecto Eurosocial Salud” entre instituições européias e a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), os sistemas de saúde da Europa Ocidental vem sofrendo reformas desde a década de 1980, sem retrocesos importantes nos princípios da proteção social, como a responsabilidade pública sobre a gestão e execução dos serviços de saúde e a base solidária do financiamento desses serviços, porém cada vez mais esses sistemas estão sendo pressionados por interesses sociais e econômicos, além das mudanças demográficas e epidemiológicas que os países europeus sofreram ao longo das últimas três décadas. Cabe ressaltar, mesmo que cada sistema de saúde tenha sua realidade própria, há fatores de convergência quando ao se tratar da influência de organismos internacionais e as tendências de novas estruturas de governança na gestão desses serviços (CONILL, 2007).

Logo, ao aproximarmos da análise proposta por Bach e Bordgona (2013), pode se apontar para as possibilidades de estabelecimento de novas mudanças nas relações laborais presentes nos serviços públicos de saúde português e britânico, reestruturando ou reorganizando a dinâmica destes, o que pode denotar uma nova perspectiva de retrocessos que impactam sobre os profissionais de saúde do SNS e do NHS, conseqüentemente, na qualidade e execução desses serviços, dialogando com o documento citado acima, que foi realizado previamente às medidas de austeridade adotadas frente à crise financeira de 2007- 2008.

Outra possibilidade de mudanças nesse cenário, foram apontadas por Offe (2011) em três abordagens que, comumente, são utilizadas para enfrentar a questão da elevação dos custos dos serviços públicos e/ou estatais: 1) mecanização, que seria a introdução de máquinas ou transformações técnicas que visem diminuir o uso da força de trabalho e que possam até transformar o serviço em auto-serviço; 2) racionalização organizacional, que seria o uso de

estratégias econômicas visando a maximização da capacidade de trabalho dos serviços prevendo a demanda conforme os moldes da produção industrial; 3) externalização, que seria a transferência da execução dos serviços para outros agentes não-estatais com o objetivo da redução de custos.

Assim, diante do exposto, a análise dos dados levantados indicam que há perspectivas reais de aumento da precarização das relações laborais nos serviços públicos de saúde com as medidas de austeridade, o que também pode prejudicar a qualidade desses serviços, sem necessariamente aumentar a efetividade e eficiência dos gastos públicos, apontando para um cenário de novas e profundas transformações no cotidiano do trabalho na saúde nos sistemas universais, como o caso português e britânico, necessitando de mais abordagens que possam envolver diferentes campos do saber e a Sociologia do Trabalho.

4. Considerações finais

Ao longo deste ensaio, apresentou-se a discussão em torno das relações laborais nos serviços públicos nos países europeus no contexto atual de pós-crise financeira de 2007-2008, com o recorte dos serviços de saúde dos sistemas português e britânico, com o intuito de analisar como as reformas do Estado presentes no paradigma da NGP e, posteriormente, as medidas de austeridade podem ter impactado nessas relações.

Empiricamente, nota-se que as mudanças proporcionadas nesses diferentes contextos históricos-econômicos ocorreram de formas díspares nos países europeus, no entanto, há algumas convergências como a aproximação com o setor privado, a partir de uso de técnicas de gestão e de parâmetros desse setor que foram adotadas no setor público, precarizando as relações laborais nos serviços públicos, como os da saúde tanto no caso português, como no britânico, como demonstra a curva de vulnerabilidade financeira entre 2009-2012 (BACH & BORDOGNA, 2013).

Atenta-se, também, para o fato de que as políticas de austeridade agudizaram alguns desses aspectos citados acima, necessitando de estudos mais aprofundados sobre a magnitude desses impactos nas relações laborais nos serviços públicos, bem como os da saúde, haja vista que, nesses contextos de reformas de estado e de austeridade, é perceptível que as relações laborais nos serviços públicos não estão totalmente protegidas de pressões externas do mercado financeiro e de agentes supra-nacionais.

5. BIBLIOGRAFIA

- AMIN S. (2012). *El Capitalismo Contemporáneo*. Barcelona: El Viejo Topo.
- AMORETTI, R. (2005). A Educação Médica diante das Necessidades Sociais em Saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*; 29 (2), 136-146. Consultado a 04.01.19, em https://www2.ghc.com.br/ghc/Noticias/Not071105_01.pdf.
- ALVES G. (2007) *Dimensões da reestruturação produtiva: Ensaio de sociologia do Trabalho*. 2. ed. Londrina: Praxis.
- ARROWSMITH J, SISSON K. (2002). Decentralization in the Public Sector: The Case of the U.K. National Health Service. *Relations Industrielles*; 57, (2); 354-280. Consultado a 04.01.19, em <http://id.erudit.org/iderudit/006784ar>.
- BACH S, BORDOGNA L. (2013). Reframing Public Service Employment Relations: The Impact of Economic Crisis and the New EU Economic Governance. *European Journal of Industrial Relations*,19; (4), 279–294; Consultado 04.01.19, em <https://doi.org/10.1177/0959680113505031>.
- BORDOGNA L, MORAL H. (2008). Transaction Costs and the Reform of Public Service Employment Relations. *European Journal of Industrial Relations*; 14, (4), 381-400. Consultado a 04.01.19, em <https://doi.org/10.1177/0959680108097492>.
- CARAPINHEIRO G; CÔRTEZ S. (2000). Conflitualidade e mudança face a novos cenários globais: o caso dos sistemas de saúde português e brasileiro. *Revista Crítica de Ciências Sociais*; 57/58, 259-290. Consultado a 05.12.18, em <https://www.ces.uc.pt/publicacoes/rccs/artigos/57%20-%2058/Graca%20Carapinho,%20Soraya%20Cortes%20-%20Conflitualidade%20e%20mudanca%20nos%20sistemas%20de%20saude.pdf>.
- CARMO I. (2019). Em defesa da Lei de Bases da Saúde. *Jornal Público* de 03 de janeiro de 2019. Opinião; Disponível em <https://www.publico.pt/2019/01/03/politica/opiniao/defesa-lei-bases-saude-1856458>.
- CARVALHO MT. (2006). *A Nova Gestão Pública, as reformas no sector da saúde e os profissionais de enfermagem com funções de gestão em Portugal*. Tese de doutoramento, Universidade de Aveiro. Consultado a 05.12.18, em <https://ria.ua.pt/bitstream/10773/4621/1/206895.pdf>.
- CECÍLIO LC, LACAZ FA. (2012). *O trabalho em saúde*. Rio de Janeiro: Cebes.
- CONILL ME. (2007). *Análisis de la problemática de la integración de la APS en el contexto actual: causas que inciden en la fragmentación de servicios y sus efectos en la cohesión social*. Intercambio III 2-1-2007. Fortalecimiento de la Integración de la Atención Primaria con otros Niveles de Atención. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.
- CORREIA, T. (2012). *Medicina. O agir numa saúde em mudança*. Lisboa: Mundos Sociais.
- CORREIA T, CARAPINHEIRO G, SILVA J, VIEIRA J. (2015). *O sistema de saúde português no tempo da Troika: a experiência dos médicos*. Lisboa: ISCTE-IUL/ Ordem dos Médicos. Consultado a 02.11.18, em <https://ciencia.iscte-iul.pt/publications/o-sistema-de-saude-portugues-no-tempo-da-troika-a-experiencia-dos-medicos/23942>.

- COSTA HA. (2013). Que agenda de investigação para as relações laborais no século XXI?. *Revista Online do Museu de Lanifícios da Universidade da Beira Interior (UbiMuseum)*; 2, 133-145. Consultado a 03.01.18, em: <http://www.ubimuseum.ubi.pt/n02/docs/ubimuseum02/ubimuseum02.hermes-augusto-costa.pdf>.
- FERREIRA A. (2016). *Política e sociedade: teoria social em tempo de austeridade*. 2.ed. Porto: Vida Económica.
- HOOD C. (1995). "The "new public management" in the 1980s: Variations on a theme". *Accounting, Organizations and Society*; 20, (2–3), 93-109. Consultado a 04.01.19, em [https://doi.org/10.1016/0361-3682\(93\)E0001-W](https://doi.org/10.1016/0361-3682(93)E0001-W).
- OFFE C. (1989). *Trabalho e Sociedade: Problemas estruturais e perspectivas para o futuro da "Sociedade do Trabalho", Volume I – A Crise*. Rio de Janeiro: Tempo Universitário.
- _____. (2011). *Trabalho e Sociedade: Problemas estruturais e perspectivas para o futuro da "Sociedade do Trabalho", Volume II – Perspectivas*. Rio de Janeiro: Tempo Universitário.
- ORGANISATION EUROPÉENNE DE COOPÉRATION ÉCONOMIQUE (Org.) (2017). *Health at a glance 2017: OECD indicators*. Paris: OECD.
- PIRES D. (2008). *Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil*. São Paulo: Annablume.
- PYM H. (2019). The questions facing the NHS in 2019. *Jornal BBC* de 02 de janeiro. Health; Disponível em 04.01.19, em <https://www.bbc.com/news/health-46524257>.
- RODRIGUES, MAV, ARAÚJO JF. (2005). A nova gestão pública na governação local. *Comunicação apresentada no 3.º Congresso Nacional de Administração Pública*, Oeiras, Portugal. Consultado a 09.01.19, em <http://hdl.handle.net/1822/4545>.
- SANO H; ABRUCIO F. (2008). The promises and results of new public management in Brazil: the case of social health organizations in São Paulo. *Revista de Administração de Empresas*, São Paulo; 48; (3), 64-80. Consultado a 13.12.18, em <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-75902008000300007>.
- SANTANA MA, RAMALHO JR. (2010). *Sociologia do trabalho no mundo contemporâneo*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- SANTOS RPO. (2017). *Metas, pra quê te quero? Algumas reflexões sobre os novos modelos de gestão e gerenciamento do trabalho e seus efeitos nos trabalhadores de uma equipe da Estratégia Saúde da Família no município do Rio de Janeiro*. Dissertação de mestrado, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. Consultado a 31.10.18, em <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/22904>.
- SOUZA, MASL. (2016). Trabalho em Saúde: como a lógica mercantil determina seu processo de precarização in Braga, Ialê Falleiros et al. (org.) *O Trabalho no Mundo Contemporâneo: fundamentos e desafios para a saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/EPSJV, cap.4, 109-128.
- WILLIAMS S, BRADLEY H, DEVADASON R, ERICKSON M. (2013). *Globalization and work*. Cambridge: Polity.
- WOLF PJW, OLIVEIRA GC. (2017). Os Estados de Bem-Estar Social da Europa Ocidental: tipologias, evidências e vulnerabilidades. *Economia e Sociedade*; 25, (3); 661-694. Consultado a 08.01.19, em <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/ecos/article/view/8648335/15120>.