

Heidy Johanna Garrido Pinzón

**Vivências de trabalhadores da saúde frente à lógica
capitalista: um estudo da Atenção Básica
na Colômbia e no Brasil**

PUC-Campinas

2016

Heidy Johanna Garrido Pinzón

**Vivências de trabalhadores da saúde frente à lógica
capitalista: um estudo da Atenção Básica
na Colômbia e no Brasil**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia do Centro de Ciências da Vida – PUC-Campinas, como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutora em Psicologia como Profissão e Ciência.

Orientadora: Profa. Dra. Márcia Hespanhol Bernardo

PUC-Campinas

2016

Ficha Catalográfica
Elaborada pelo Sistema de Bibliotecas e
Informação - SBI - PUC-Campinas

t302
P661v

Pinzón, Heidy Johanna Garrido.

Vivências de trabalhadores da saúde frente à lógica capitalista: um estudo da atenção básica na Colômbia e no Brasil / Heidy Johanna Garrido Pinzón. – Campinas: PUC-Campinas, 2016.
195p.

Orientadora: Márcia Hespanhol Bernardo.

Tese (doutorado) - Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Centro de Ciências da Vida, Pós-Graduação em Psicologia.
Inclui bibliografia.

1. Psicologia social. 2. Saúde pública - Colômbia. 3. Saúde pública - Brasil. 4. Privatização. 5. Valores sociais. I. Bernardo, Márcia Hespanhol. II. Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Centro de Ciências da Vida. Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

22. ed. CDD – t302

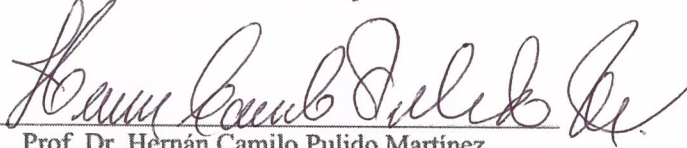
HEIDY JOHANNA GARRIDO PINZÓN

**VIVÊNCIAS DE TRABALHADORES DA SAÚDE FRENTE À
LÓGICA CAPITALISTA: UM ESTUDO DA ATENÇÃO
BÁSICA NA COLÔMBIA E NO BRASIL**

BANCA EXAMINADORA



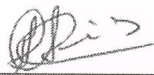
Presidente Profa. Dra. Márcia Hespanhol Bernardo



Prof. Dr. Hernán Camilo Pulido Martínez



Profa. Dra. Vera Lúcia Trevisan de Souza



Profa. Dra. Maria Dionísia Do Amaral Dias



Profa. Dra. Líliliana Aparecida de Lima

PUC-CAMPINAS

2016

*Ao JuanJo e a Javier,
com amor e admiração.*

Agradecimentos

-À Márcia Hespanhol Bernardo, minha querida amiga e orientadora, pela afetuosa acolhida, por sua ética diferenciada, por me incentivar diante da temática aqui apresentada, por ter me proporcionado realizar este trabalho de uma forma respeitosa e carinhosa, valorizando as diferenças culturais e o aprendizado mútuo; por tanto, sou muita grata;

-Ao Javier, meu eterno amor, orientador, interlocutor e leitor, por suas cuidadosas revisões, por cultivar em mim o fascínio pela pesquisa, por sua visão crítica – da qual espero ter aprendido algo –, pela paciência, compreensão e conforto nos momentos mais difíceis, por sua incomensurável ajuda dada nas mais variadas formas;

-Ao JuanJo e ao Javier, minha inspiração da vida toda, pela prática do amor e do afeto, por me tornarem a cada dia mais feliz;

-Aos meus pais, Piedad e Ivan, pelo amor e árduo trabalho que, sem medir esforços, dedicaram a minha formação, pela construção do meu olhar para o outro, pelo apoio nas minhas escolhas, por serem um exemplo de vida, de respeito, humildade e bondade;

-Aos meus irmãos, Mafe e Ivan, e à minha cunhada Kelly, pela ajuda, incentivo, grande torcida e amor incondicional;

-À Carol e à Helô, amigas queridas, por me impulsionarem, mediante suas práticas, ao compromisso a favor da solidariedade, à liberdade e à crítica, por suas valiosas leituras e, sobretudo, porque sempre me incentivaram e garantiram momentos de afeto, reflexão, descontração e troca de ideias;

-À minha apreciada ‘comunidade oculta’: Lia, Edward, LuzClemen, Angelita e Ricardo, amigos com quem iniciei o trajeto acadêmico, compartilhando alegrias, tristezas, sonhos e, até, a desafiante tarefa de ser pais;

-Ao meu Grupo de Pesquisa, lugar de trabalho, de inspiração e de apreço;

-À professora doutora Vera Lúcia Trevisan de Souza, por ter facilitado, a cada passo, meu especial percurso burocrático durante todos estes anos;

-Aos professores doutores Vera Lúcia Trevisan de Souza, Renata Paparelli, Hernán Camilo Pulido Martínez, Maria Dionísia do Amaral Dias e Liliana Aparecida de Lima, pelas valiosas e oportunas arguições no exame de qualificação e na banca de defesa;

-Às secretárias da PUCC, Amélia Domingues, Elaine Machado, Elaine Pereira e Caroline Maronesi, pessoas atenciosas e gentis que sempre se mostraram prestativas nos diferentes trâmites burocráticos;

-À Isabela Trazzi, grata amiga, pela excelente revisão do texto e pela simpatia, atenção e cuidado com que bancou esse trabalho;

-À Kika, à Renata, à Elaine, à ‘Garden Kids’ e à ‘Girasol’, que cuidaram com ternura, dedicação e responsabilidade do meu pequeno JuanJo, sobretudo, nos momentos em que mais precisei;

-À Dona Betty, à Cata e à MaJu, pela constante disposição e ajuda oportuna, manifestadas nos diversos momentos;

-A todos/as os/as trabalhadores/as participantes deste estudo, pela riqueza do que são e por me permitirem adentrar nas suas maravilhosas histórias;

-À Capes, pelo auxílio que possibilitou a realização do Doutorado;

-À Unicamp e à UFSCar, pelos espaços acadêmicos que facilitaram dia a dia meu processo de pesquisa;

-Por fim, a todas as pessoas que estiveram, de um modo ou outro, envolvidas na trajetória deste trabalho.

"Quisiera por un momento, y sería imposible no hacerlo, referirme a mi procedencia. Ella se une, irremediabilmente, a mi labor de escritor. Vengo de un país llamado Colombia, que es como decir vengo del fuego y el oprobio, del resentimiento y la rabia. Es verdad, por lo demás, que he tenido como uno de mis credos esenciales las palabras de Séneca cuando este le dice a su amigo Lucilio: "Hay que vivir con esta persuasión: no he nacido para un solo rincón, mi patria es todo el mundo visible". Y que la experiencia del exilio que me ha dejado el paso por otras latitudes me hace sentir un hombre de todas partes y de ninguna. Pero, ¿qué sucede cuando ese territorio visible, más o menos inmediato que llamamos patria, está degradado? ¿Podemos sentirnos acogidos por él? ¿Podemos sentirnos vivos y plenos en una patria enferma? En realidad, formo parte de una generación de colombianos que ha atravesado un campo minado en el que la vida no ha tenido valor. Y si ha tenido alguno, este ha sido rebajado a niveles vergonzosos. La violencia ha caído sobre nosotros como un animal hambriento. Nuestros padres fueron asesinados, nuestros abuelos despreciados y nuestros bisabuelos una vez más humillados y exterminados. Hemos sido una nación ejemplarmente agresiva y ajena a creer que solo en fundamentos cívicos y éticos es posible construir algo parecido a una sociedad justa. Desde que se logró eso que llamamos Independencia no hemos parado de hacernos la guerra. Y la de ahora, es una mentira amañada afirmar que lleva cincuenta años. Ella no es más que una continuación sórdida de las guerras del siglo XIX, surgidas siempre por leyes arbitrarias que han repartido la tierra en manos de unas pocas y devastadoras familias. Y como ocurre en todas las guerras, esta tiene un rostro deforme y sus pretensiones están enraizadas en el engaño. Demuestra, con amplitud, que en Colombia hemos sido gobernados por una clase política voraz y corrupta. A la cual ha respondido una subversión frenética y errática. Y entre ellas, o al lado de ellas, o producto de ellas, porque desde la Colonia hemos sido un territorio sometido por el contrabando y la rapiña, se ha instalado el narcotráfico. Y de esta confabulación han surgido las bestias del paramilitarismo y las bandas criminales. Nuestra geografía se ha llenado de muchedumbres que huyen porque implacablemente se les ha despojado no solo de sus seres queridos, sino de la tierra, el paisaje y hasta de la lengua misma. Esta última, la morada que amamos y que es la que nos convoca en este momento bajo la figura tutelar del escritor Rómulo Gallegos, también ha sido reducida a condiciones grotescas. A veces he pensado que a Borges, quien escribió una historia universal de la infamia, le faltó para que su compendio fuera más cabal referirse a las coordenadas colombianas. Con todo, la sociedad civil ha enfrentado esta coyuntura aniquiladora en medio de la impotencia, la indiferencia y la resistencia. Y es difícil entender cómo hemos tenido fuerzas para amar, para reír y asombrarnos ante la vida que surge desbordante e imparable. Porque es verdad que también vengo de un país en el que el abrazo y la fraternidad son una permanencia irrefragable. Y es que así ha sido siempre la criatura humana. Entre el vaho y los abismos que la cercan, sigue empecinada en aferrarse a la esperanza y el sueño."

**Pablo Montoya Campuzano, vencedor
do prêmio "Rómulo Gallegos", 2015**

Lista de siglas e abreviaturas

AB – Atenção Básica

ABS – Atenção Básica em Saúde

ACS – Agentes Comunitários de Saúde

APS – Atenção Primária em Saúde

APS-I – Atenção Primária em Saúde Integral

APS-S – Atenção Primária em Saúde Seletiva

ARP – Asseguradora de Riscos Profissionais

ARS – Asseguradora do Regime Subsidiado

BID – Banco Interamericano de Desenvolvimento

BM – Banco Mundial

CAB – Centro de Atenção Básica

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CLT – Consolidação das Leis do Trabalho

CST – Código Substantivo do Trabalho

CTA – Cooperativas de Trabalho Associado

EPL – Ejército Popular de Liberación

EPS – Empresa Promotora de Saúde

ESE – Empresa Social do Estado

ESF – Estratégia de Saúde da Família

FGTS – Fundo de Garantia por Tempo de Serviço

FMI – Fundo Monetário Internacional

FONASA – Fundo Nacional de Saúde

GOBI – Grow Monitoring (Crescimento e Desenvolvimento); Oral Rehydration (Hidratação Oral); Breast Feeding (Amamentação) e Immunization (Imunizações)

IMSS – Instituto Mexicano de Seguro Social

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

IPS – Instituição Prestadora de Saúde

ISAPRE – Instituto de Saúde Provisional

ISS – Instituto de Seguridade Social

LER – Lesões por Esforço Repetitivo

LER/DORT – Lesões por Esforço Repetitivo/Doenças Osteoarticulares Relacionadas ao Trabalho

OMC – Organização Mundial do Comércio

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPS – Ordem de Prestação de Serviços

OS – Organizações Sociais

PIB – Produto Interno Bruto

POS – Plano Obrigatório de Saúde

PRT – Partido Revolucionario de los Trabajadores

PSBC – Programas de Saúde Baseados na Comunidade

PUC – Pontifícia Universidade Católica de Campinas

RSS – Reforma de Seguridade Social

SGSSS – Sistema Geral de Seguridade Social em Saúde

SISBEN – Sistema de Identificação de Potenciais Beneficiários de Programas Sociais

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TEPT – Transtorno de Estresse Pós-traumático

UBS – Unidade Básica de Saúde

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

UPB – Universidad Pontificia Bolivariana

Resumo

GARRIDO PINZÓN, Heidy Johanna. 2016. Vivências de trabalhadores da saúde frente à lógica capitalista: um estudo da Atenção Básica na Colômbia e no Brasil. 195p. Tese (Doutorado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Centro de Ciências da Vida, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Campinas.

A presente pesquisa visa a analisar as vivências de trabalhadores dos Sistemas Públicos de Saúde da Colômbia e do Brasil, tendo-se em vista que esses dois casos ganham interesse de estudo por exemplificarem sistemas de saúde cujo surgimento se dá a partir de diretrizes opostas. Por um lado, tem-se a Colômbia que, dentre os países latino-americanos a sofrer a intensa crise econômica da década de 1980, foi aquele que incorporou de maneira mais rigorosa e sistemática os critérios centrais do modelo hegemônico das reformas sanitárias estabelecidos pelo Banco Mundial e pelo Fundo Monetário Internacional. Por outro, observa-se a situação do Brasil, que também experimentou a crise econômica, onde foi possível a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), produto das exigências dos movimentos populares os quais conseguiram estabelecer a saúde como um direito de todos os cidadãos, legitimando-se na Constituição Federal de 1988. Toma-se em consideração, então, como nasce o SUS, num cenário neoliberal em meio da crise econômica de 1980, em oposição a tendências imperialistas que se caracterizavam pela busca de novos mercados no setor saúde, enquanto a Colômbia se subjugou totalmente a elas. Levando em conta esse contexto, o estudo aqui apresentado teve como objetivo compreender as vivências de trabalhadores da Atenção Básica dos Sistemas Públicos de Saúde da Colômbia e do Brasil, frente à lógica capitalista. Baseada no enfoque da Psicologia Social do Trabalho, esta pesquisa é de natureza qualitativa e de tipo empírico. Desenvolveu-se mediante a realização de entrevistas reflexivas em profundidade, com dois grupos de trabalhadores da Atenção Básica de nível assistencial e administrativo: um em Bucaramanga, Colômbia e, outro, em Campinas, Brasil. Para o processo de análise, elegeu-se utilizar a Análise de Conteúdo, a qual é compreendida como um conjunto de técnicas de pesquisa cujo objetivo é a busca do sentido ou dos sentidos manifestos nas mais diversas formas de comunicação.

O percurso desta pesquisa revelou que, em ambos os países, as principais vivências dos profissionais da saúde, determinadas pela lógica neoliberal, estão relacionadas com as transformações introduzidas nas condições, relações e organização do trabalho. No contexto colombiano estudado, identificamos a origem das problemáticas centrais apresentadas pelos entrevistados no processo de transição induzido pela reforma que constituiu seu atual sistema de saúde. Essas problemáticas se traduzem, essencialmente, na deterioração das relações com os usuários, bem como na configuração das equipes de trabalho, marcadas pelo contraste entre pessoas com diferentes vínculos empregatícios. Esta última condição, empecilho para a coesão dos grupos de trabalho, também é observada no contexto brasileiro pesquisado, como produto da terceirização, que parece ter se tornado um efetivo mecanismo para enfraquecer o SUS, facilitar seu desmonte e colocá-lo no mesmo caminho atualmente percorrido pelo sistema de saúde colombiano. Por fim, expõe-se como, nos dois cenários estudados, tal panorama de precariedade do trabalho, permeado pela instabilidade, intensificação e sobrecarga laboral, pela redução de salários, dentre outros fatores, tem ocasionado graves consequências para a vida e a saúde dos trabalhadores, que se refletem na degradação de sua saúde física e mental, na falta de reconhecimento social, na deterioração da ética e da moral e nas restrições para a construção de um projeto de vida.

Palavras-chave: atenção básica em saúde; neoliberalismo; precarização no trabalho; privatização; reformas sanitárias; saúde mental relacionada ao trabalho; SGSSS; SUS.

Abstract

GARRIDO PINZÓN, Heidi Johanna. 2016. Experiences of workers in health in front of the capitalist logic: a study of the basic care in Colombia and Brazil. 195p. Thesis (Phd. in Psychology) – Pontifical Catholic University of Campinas, Center of Life Sciences, Graduate Program in Psychology, Campinas.

The purpose of this research was to analyze the experiences of workers enrolled in the health systems of Colombia and Brazil, taking into account the interesting fact that these two health systems emerged from opposing guidelines. On one hand, among the countries which suffered the intense economic crisis of the 1980's, Colombia was unified in the most rigorous and systematic model because of hegemonic sanitary controls required by the World Bank and the International Monetary Fund. On the other hand, in Brazil, which also experienced the economic crisis, it was possible the creation of the Unified Health System (SUS – Portuguese acronym), as a product of demands of popular movements, managing to establish health as a right of all citizens, which was written into the Federal Constitution of 1988. Thus, the SUS was born in the midst of the economic crisis of 1980, in a neoliberal scenario, in opposition to capitalist tendencies which were characterized by the search for new markets in the health sector, a tendency completely adopted by Colombia. Given this context, the present study aimed to understand the common experiences of basic care workers in Colombia and Brazil, against the capitalist logic. Based on the Social Psychology of Work's approach, this research is qualitative in nature and has empirical style. It was developed by analyzing reflexive interviews of two groups of workers belonging to healthcare and administrative sectors of the Basic Attention: one in Bucaramanga, Colombia and the other in Campinas, Brazil. Content Analysis was used for the analysis process, which is understood as a set of research techniques, which aims to find sense or senses manifested in more diverse forms of communication.

In the course of this investigation it was revealed that, in both countries, the main experiences of the health professionals, determined by neo-liberal logic, are related to the transformations introduced in the labor conditions and relations, and also in the organization of work. In the Colombian context, we find that the main problems presented by those interviewed have their origins in the transition process introduced by those reforms which gave rise to its current health care system. Such problems are reflected, mainly, in the deterioration of relations with patients, as well as, in the detriment of the configuration of the work teams, forced to live divided by the stark contrast between different contractual relations. This condition, which eventually causes an inherent difficulty to generate cohesion within the working groups, also appears in the Brazilian context, as a result of outsourcing, which has come to constitute an effective mechanism to weaken the SUS, to facilitate its waning and to place it on a path pointing in the direction of the current Colombian health system. Finally, in the two studied stages, this panorama of job insecurity, permeated by instability, intensification of responsibilities and overworked employees, reduction in wages, among others, has generated major consequences to the life and health of the workers, which are reflected in the deterioration of their mental and physical health, in the lack of social recognition, the deterioration of ethics and morality, also in some cases, even in constraints for the construction of a life project.

Key words: basic health care; neoliberalism; casualization of labor; privatization; health reform; work-related mental health; SGSSS; SUS.

Resumen

GARRIDO PINZÓN, Heidy Johanna. 2016. Vivencias de trabajadores de la salud frente a la lógica capitalista: un estudio de la Atención Básica en Colombia y en Brasil. 195p. Tesis (Doctorado en Psicología) – Pontificia Universidad Católica de Campinas, Centro de Ciencias de la Vida, Programa de Posgrado en Psicología, Campinas.

La presente investigación tuvo como propósito analizar las vivencias de los trabajadores de los Sistemas de Salud de Colombia y de Brasil, ya que resulta interesante estudiar dos casos cuyos respectivos sistemas de salud surgieron a partir de directrices opuestas. Por una parte, dentro de los países latinoamericanos que sufrieron la intensa crisis económica de la década de 1980, Colombia fue el que incorporó de manera más rigurosa y sistemática los criterios centrales del modelo hegemónico de las reformas sanitarias establecidas por el Banco Mundial y por el Fondo Monetario Internacional. Por otro lado, en Brasil, que también experimentó la crisis económica, fue posible la creación del Sistema Único de Salud (SUS), producto de las exigencias de los movimientos populares que consiguieron establecer la salud como un derecho de todos los ciudadanos, legitimándose en su Constitución Federal de 1988. Así, el SUS nació en un escenario neoliberal en medio de la crisis económica de 1980, en oposición a las tendencias imperialistas que se caracterizaban por la búsqueda de nuevos mercados en el sector salud, tendencia que fue completamente adoptada en Colombia. Considerando ese contexto, el presente estudio tuvo como objetivo comprender las vivencias de trabajadores de la Atención Básica de los Sistemas Públicos de Salud de Colombia y de Brasil, frente a la lógica capitalista. Basada en el enfoque de la Psicología Social del Trabajo, esta investigación es de naturaleza cualitativa y de tipo empírico. Se desarrolló mediante la realización de entrevistas reflexivas en profundidad, con dos grupos de trabajadores de la atención básica de nivel asistencial y administrativo: uno en Bucaramanga, Colombia y otro en Campinas, Brasil. Para el proceso de análisis, se utilizó el Análisis de Contenido, el cual es comprendido como un conjunto de técnicas de investigación, cuyo objetivo es la búsqueda de sentido o de sentidos manifiestos en sus más diversas formas de comunicación.

El curso de esta investigación reveló que, en ambos países, las principales vivencias de los profesionales de la salud, determinadas por la lógica neoliberal, están relacionadas con las transformaciones introducidas en las condiciones, relaciones y organización del trabajo. En el contexto colombiano estudiado encontramos que las principales problemáticas presentadas por los entrevistados tienen su origen en el proceso de transición inducido por la reforma que dio lugar a su actual sistema de salud. Dichas problemáticas se traducen, principalmente, en el deterioro de las relaciones con los usuarios, así como también, en el detrimento de la configuración de los equipos de trabajo, forzados a convivir divididos por el marcado contraste entre diferentes vínculos contractuales. Esta última condición, que finalmente causa una inherente dificultad para generar cohesión dentro de los grupos de trabajo, también aparece en el contexto brasileiro investigado, como producto de la tercerización, que ha llegado a constituirse en un efectivo mecanismo para debilitar el SUS, facilitar su desmonte y colocarlo en el mismo camino que actualmente recorre el sistema de salud colombiano. Finalmente, en los dos escenarios estudiados, este panorama de precariedad laboral, permeado por inestabilidad, intensificación y sobrecarga de trabajo, reducción de salarios, entre otros, ha generado graves consecuencias para la vida y salud de los trabajadores, que se reflejan en el quebranto de su salud física y mental, en la falta de reconocimiento social, en el deterioro de la ética y de la moral y en restricciones para la construcción de un proyecto de vida.

Palabras clave: atención básica en salud; neoliberalismo; precarización del trabajo; privatización; reformas sanitarias; salud mental relacionada al trabajo; SGSSS; SUS.

Sumário

	Pág.
Apresentação	13
1. Contexto internacional no âmbito da saúde	21
1.1 Atenção Primária em Saúde: a proposta da Declaração de Alma Ata	21
1.2 A hegemonia neoliberal nas reformas sanitárias da América Latina	31
2. História, atualidade e tendências dos Sistemas de Saúde Pública da Colômbia e do Brasil	42
2.1 O SGSSS: um compromisso internacional com o modelo da competição regulada	43
2.1.1 Trajetórias iniciais da reforma de saúde colombiana: adequando o modelo	43
2.1.2 A competição regulada na Lei 100 de 1993: um serviço público a partir do livre mercado?	47
2.1.3 As distintas reformas e suas implicações para os trabalhadores da saúde ..	52
2.2 O SUS: um caminho ainda em construção ou em desconstrução?	57
2.2.1 Lembrando a sua história	58
2.2.2 As contradições da convivência entre o público e o privado no SUS	63
2.2.3 Terceirização, organizações sociais e “ <i>new management</i> ” no SUS	67
3. Transformações no mundo do trabalho na contemporaneidade e seus impactos no setor da saúde	71
3.1 Características do trabalho no contexto neoliberal e suas consequências para os trabalhadores	74
3.2 Os trabalhadores públicos da saúde na atualidade	82
4. O Percurso Metodológico	87

4.1 Contextualizando o estudo a partir da abordagem qualitativa	87
4.2 Cenários da pesquisa: Atenção Básica na saúde pública em Bucaramanga-Colômbia e em Campinas-Brasil	90
4.2.1 Bucaramanga: características da região e da Atenção Básica	92
4.2.2 Campinas: características da região e da Atenção Básica	94
4.3 Processo de pesquisa: as aproximações com os participantes	97
4.4 Análise de Conteúdo	106
5. Colômbia & Brasil: implicações da lógica neoliberal na vivência de trabalhadores da saúde pública	108
5.1. Mudanças nas condições e na organização do trabalho	109
5.1.1 O antes e o depois na Atenção Básica	110
5.1.2 As novas relações com os usuários	125
5.1.3 Dificuldades de coesão dos grupos de trabalho com diferentes vínculos ...	132
5.2 Implicações para a vida e a saúde dos trabalhadores	140
5.2.1 Características e consequências das relações precárias de trabalho	141
5.2.2 Desgaste mental e sofrimento psíquico	154
5.2.3 Deterioração da ética e da moral e ausência de reconhecimento social	166
6. Considerações Finais	174
7. Referências Bibliográficas	179

Apresentação

Atravessamos o presente de olhos vendados, mal podemos pressentir ou adivinhar aquilo que estamos vivendo. Só mais tarde, quando a venda é retirada e examinamos o passado, percebemos o que foi vivido, compreendendo o sentido do que passou.

– Milan Kundera

Comecei a participar ativamente do âmbito acadêmico em 2008, quando tive a oportunidade de desenvolver meu primeiro projeto de pesquisa em Psicologia Social intitulado “El capitalismo organizacional como factor de riesgo psicosocial: Bucaramanga, Colômbia” (Garrido, Blanch, Uribe, Flórez, & Pedrozo, 2011; Garrido-Pinzón, Uribe-Rodríguez, & Blanch-Ribas, 2011; Uribe-Rodríguez, Garrido-Pinzón, & Rodríguez, 2011). Atuando como professora de Psicologia da Universidad Pontificia Bolivariana (UPB), na cidade de Bucaramanga, pude realizar esse estudo, o qual fazia parte de um macroprojeto internacional liderado pelo Professor Josep María Blanch Ribas, da Universidad Autónoma de Barcelona. Nesse macroprojeto, o principal objetivo era analisar a subjetivação laboral da lógica capitalista de acordo com as construções de significado dos trabalhadores em instituições acadêmicas e hospitalares do setor público. O tema atraiu minha atenção desde o começo, uma vez que abordava um fenômeno que ocorria de forma expressiva nas instituições em Santander

(Departamento¹ da Colômbia cuja capital é Bucaramanga): a mudança das condições laborais como consequência das novas características capitalistas no mundo do trabalho, especialmente, no setor público.

Durante décadas, os serviços públicos de saúde e de educação têm se distinguido por sua solidez e estabilidade e por oferecer aos seus trabalhadores independência e liberdade para exercerem suas funções. Porém, mais recentemente, a inserção dos preceitos do “new management” (Blanch-Ribas, 2007) nesse setor público tem propiciado a coexistência de tensões e contradições entre os valores, os discursos e as práticas sociais dos funcionários públicos e as novas formas de gerenciamento flexível. Esta nova lógica da organização do trabalho, denominada de “capitalismo organizacional” por Blanch-Ribas, impõe mudanças nos processos e nas relações de trabalho, levando à desregulamentação, à terceirização e à informalização (Bauman, 1999; Blanch-Ribas & Cantera, 2007, 2011; Blanch-Ribas & Stecher, 2009; Sennet, 2000, 2006), que resultam na precarização do trabalho.

O estudo permitiu mostrar que as principais consequências do capitalismo organizacional são: a sobrecarga laboral e multifuncionalidade exercida nos cargos; a tendência à instabilidade e insegurança laboral; a flexibilização e precarização no trabalho, a exemplo do desenvolvimento da terceirização; a constante mudança de políticas e a adaptação rápida a elas; a culpabilização dos trabalhadores por sua ‘incapacidade’, tanto para exercer suas tarefas nos ritmos estabelecidos, quanto para acatar as permanentes mudanças; o controle das funções em detrimento da remuneração salarial e a competitividade entre colegas. O resultado evidente desse conjunto de fatores negativos é o desgaste psicológico no trabalho: estresse, ansiedade, tensão,

¹ A denominação ‘Departamento’ na República da Colômbia alude analogamente ao conceito de ‘Estado’ na República Federativa do Brasil. Na atualidade, a organização política territorial da Colômbia se encontra constituída por 32 departamentos e um Distrito Capital, Bogotá. Cada um deles tem uma cidade capital. Santander é um de seus departamentos e Bucaramanga é sua capital.

preocupação, sensação de impotência, frustração, desamparo e mal-estar generalizado (Garrido, Blanch, Uribe, Flórez, & Pedrozo, 2011).

Como os trabalhadores reagem em meio a esse contexto de desgaste psicológico? Existem outros casos similares que permitam identificar algumas tendências nesse processo? Para começar a responder a esses questionamentos, ampliamos nosso escopo passando a observar a maioria dos países latino-americanos cujos sistemas públicos têm experimentado reformas neoliberais² no mesmo momento histórico, nos quais podemos esperar que o impacto do capitalismo organizacional tenha características similares às observadas na Colômbia. Com efeito, isto já se confirma em várias pesquisas conduzidas em diferentes países, as quais evidenciam determinadas consequências do capitalismo organizacional nos trabalhadores do setor da saúde pública, ainda que se resguardem as especificidades relativas aos diversos contornos sociais presentes em cada país (Abadia, Pinilla, Ariza, & Ruíz, 2012; Guevara & Mendias, 2002; Machado, Giacone, Álvarez, & Carri, 2007; Ugalde & Homedes, 2005).

Entretanto, devemos também considerar que existem referências na América Latina de sistemas de saúde erigidos sob interesses majoritariamente sociais, os quais podem fornecer cenários alternativos no contexto das relações de trabalho. Olhando nessa direção, encontramos os casos de Cuba e do Brasil, com histórias que se desenrolaram seguindo parâmetros diferentes aos da grande maioria dos países irmãos. Esse contraste de histórias identificado pode ser uma fonte importante de aprendizado no entendimento das experiências dos trabalhadores nos dois contextos diversos acima introduzidos, mostrando-se particularmente interessante no caso da análise dos sistemas

² De acordo com o Dicionario Enciclopédico de Economía Planeta (1980), ‘neoliberalismo’ é o nome que se dá à “corrente do pensamento econômico herdada do liberalismo tradicional e, conseqüentemente, partidária da mínima intervenção do Estado na economia e da máxima liberdade para os agentes econômicos” (p. 156), que reaparece com força nas últimas décadas do século XX.

de saúde da Colômbia e do Brasil, porque aparentemente constituem modelos antagônicos concebidos no meio da mesma crise capitalista.

De um lado, tem-se a Colômbia que, dentre os países latino-americanos que sofreram a intensa crise econômica da década de 1980, segundo Hernández (2001), foi aquele a incorporar de maneira mais rigorosa e sistemática o modelo das reformas sanitárias estabelecido pelo Banco Mundial (BM) e pelo Fundo Monetário Internacional (FMI). De outro, o caso do Brasil, onde nessa mesma época de crise econômica, é criado o Sistema Único de Saúde (SUS), como resultado das exigências dos movimentos populares que conseguiram estabelecer a saúde como um direito de todos os cidadãos (Constituição Federal de 1988). Observa-se, assim, que o SUS nasce num cenário neoliberal, em meio à crise econômica de 1980, justamente em oposição às tendências imperialistas, que se caracterizavam pela busca de novos mercados no setor saúde (Campos, 1997).

No entanto, embora o SUS apoie-se desde sua origem em políticas sociais, ao longo de sua história, tem permitido a incorporação de elementos neoliberais a sua estrutura (Campos, 2007). Tal constatação podem nos fazer indagar: Será que esses elementos inserem o presente e o futuro do sistema de saúde brasileiro no mesmo caminho que está percorrendo a saúde pública da maioria dos países da América Latina?

De fato, algumas das consequências negativas que o neoliberalismo tem trazido para a saúde dos trabalhadores desse setor já foram identificadas em várias partes do território brasileiro (Bernardo, Verde, & Garrido, 2013; Gonçalves, Souza, Pires, Dos Santos, D'Oliveira, & Ribeiro, 2014; Matias, Wolff, & Malinowski, 2010; Verde, Bernardo, & Büll, 2013): instabilidade do vínculo laboral e baixo salário, sensação de mal-estar com relação ao trabalho (Bernardo et al., 2013), dificuldade para realizar adequadamente as funções, terceirização e precariedade associada à iminência do

desemprego (Verde et al., 2013), aumento do ritmo de trabalho, esgotamento físico e mental, depressão, fadiga, irritabilidade, estresse (Gonçalves et al., 2014; Matias et al., 2010), entre outros aspectos que são observados tipicamente nas empresas capitalistas e que também estão presentes nas instituições públicas da maioria dos outros países irmãos.

Vale esclarecer que uma das ocupações que tem definido o trajeto principal da atual pesquisa está relacionada ao pressuposto de que o conhecimento das vivências dos servidores públicos da saúde, nos dois contextos, poderia ajudar cada uma das partes a melhorar a compreensão de sua própria realidade e, provavelmente, definir novas perspectivas para lidar com os efeitos negativos da precarização e flexibilização laboral.

No caso do sistema de saúde brasileiro, no qual começam a se evidenciar as marcas estabelecidas pela incursão do neoliberalismo, pode ser construtivo conhecer os detalhes das experiências de trabalhadores imersos em um sistema que tem percorrido um longo trecho nessa direção, a fim de visibilizar um panorama de possibilidades sobre o futuro das implicações produzidas por esse contexto em particular. Do mesmo modo, do ponto de vista da realidade colombiana, pode ser importante tomar em consideração as particularidades das vivências dos trabalhadores no Brasil, para conhecer suas práticas de enfrentamento e, assim, dispor de elementos adicionais que auxiliem na resistência contra a total privatização de seu sistema de saúde.

Outro aspecto a destacar quanto à formulação deste projeto é o fato de que, em meados de 2010, circunstâncias familiares me levaram a fixar residência no Brasil, onde vivo até a atualidade, inicialmente na cidade de Campinas. Configurou-se, portanto, uma profícua oportunidade para estender a pesquisa que havia iniciado na Colômbia e abordar noutra seara as questões levantadas anteriormente. Dessa forma, considerei valioso estudar esses contextos do trabalho nos dois países, focalizando o setor da saúde

pública, para ressaltar possíveis similaridades e/ou diferenças entre os dois cenários antagônicos mencionados anteriormente: o sistema colombiano, criado nas esferas governamentais com uma marcada influência privatista, e o sistema brasileiro, uma importante conquista dos movimentos sociais. Em contrapartida, revelou-se importante também pontuar como esse paralelo poderia evidenciar o fenômeno de duas realidades que, apesar de começar sua evolução em direções opostas, no decorrer da história, tendem a se aproximar num mesmo ponto dominado pelas leis do mercado.

Essa motivação acadêmica implicou a decisão de realizar estudos formais de pós-graduação em Psicologia no Brasil. Assim, sob a indicação do Professor Blanch, estabeleci contato com a pesquisadora principal do macroprojeto em Campinas, a Professora Márcia Hespanhol Bernardo. Esta aproximação se desdobrou em minha participação, informal no começo, de seu grupo de pesquisa em Psicologia Social do Trabalho, vinculado à Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas): “Trabalho no Contexto Atual: Estudos Críticos em Psicologia Social”. Nesse grupo de pesquisa, encontrei muitos elementos afins com meus métodos e interesses acadêmicos. Posteriormente, quando pude formalizar minha inserção no grupo, dei início a meus estudos de doutorado, sob a orientação da Professora Márcia.

Inicialmente, considerei importante desenvolver um estudo direcionado a compreender o processo de desgaste mental no trabalho de um conjunto de auxiliares de enfermagem da Atenção Básica (AB) dos sistemas públicos dos dois países, especificamente nas cidades de Bucaramanga (Colômbia) e Campinas (Brasil), por conveniência geográfica e por serem populações representativas em cada caso. O interesse pela AB se dá porque é ela a porta de entrada para os demais níveis nos dois sistemas, sendo, portanto, a instância que suporta a maior demanda de usuários, o que supera oitenta por cento do atendimento em ambos os países.

Não obstante, no desenvolvimento da pesquisa e mediante um contato mais próximo com o grupo de trabalhadores, encontramos alguns fatores que alteraram os objetivos iniciais. Foram emergindo questões adicionais que reorientaram o interesse na busca das diversas implicações que a instauração do espírito neoliberal traz nos trabalhadores do serviço público de saúde.

É importante mencionar que, nesse percurso, descobrimos que seria valiosa a participação de outras categorias de trabalhadores da Atenção Básica. Assim, tal como tem acontecido em inúmeros estudos qualitativos, o objetivo principal da pesquisa foi se transformando até adotar a forma atual: compreender as vivências de trabalhadores da AB dos sistemas públicos da Colômbia e do Brasil frente à inserção da lógica capitalista na organização do trabalho. Com esse intuito, buscamos dar resposta a duas indagações, principalmente: (a) Quais são as consequências desencadeadas pela ideologia neoliberal para os trabalhadores da Colômbia e do Brasil? (b) Quais são as similaridades e as diferenças na organização do trabalho entre os países? Desse modo toma corpo a pesquisa aqui apresentada, intitulada “Vivências de trabalhadores da saúde frente à lógica capitalista: um estudo da Atenção Básica na Colômbia e no Brasil”.

A organização da tese decorrente da pesquisa compreende uma Introdução composta pelos três primeiros capítulos. Começa-se descrevendo o contexto internacional no âmbito da saúde. Já no segundo capítulo, é apresentada uma discussão sobre história, atualidade e tendências dos Sistemas de Saúde Pública da Colômbia e do Brasil, para, depois, finalizar abordando algumas considerações mais relevantes em relação ao estudo, as transformações no mundo do trabalho na contemporaneidade.

Na sequência, o quarto capítulo é dedicado à apresentação do método utilizado neste estudo. Partindo da abordagem qualitativa, destaca-se também o processo de pesquisa, que, fundamentalmente, incluiu entrevistas abertas. Também são apresentadas

as principais considerações sobre a Análise do Conteúdo, a qual se configura como o referencial metodológico para a análise das informações obtidas.

Em seguida, no quinto capítulo, são elencados os resultados da pesquisa e da análise empreendida. As categorias mais destacadas no processo de análise são organizadas em dois eixos temáticos, os quais compreendem, especialmente, as vivências dos dois grupos entrevistados relacionadas com (a) as transformações que a ideologia neoliberal tem propiciado nas condições e na organização do trabalho da saúde pública; e (b) as implicações do contexto do trabalho público atual na vida e na saúde dos trabalhadores. Finaliza-se, no sexto capítulo, com algumas considerações gerais do estudo.

1

Contexto internacional no âmbito da saúde

*Existem duas maneiras de conquistar e
escravizar uma nação. Uma é pela espada, a
outra é pela dívida.*

– John Adams

Neste primeiro capítulo serão discutidos os reflexos da lógica neoliberal em um campo social específico: a saúde. Assim, inicia-se com uma perspectiva internacional da esfera da saúde pública, descrevendo-se as principais características da Atenção Primária em Saúde (APS) estipuladas na Declaração de Alma Ata, bem como a sua influência e a do modelo neoliberal nas reformas sanitárias, para, depois, passar por algumas experiências de privatização vividas na América Latina.

1.1 Atenção Primária em Saúde: a proposta da Declaração de Alma Ata

Durante décadas, o chamado Terceiro Mundo³ foi abrangido pelo modelo ocidental⁴ de atenção na saúde que é, basicamente, o modelo predominante nos Estados

³ Conforme defende Hobsbawm (1998), esse termo faz referência a uma divisão mundial política configurada durante a Guerra Fria no século XX que implicou a organização dos diferentes países do planeta em três mundos (ou regiões): o Primeiro Mundo, composto pelas potências capitalistas; o Segundo Mundo, pelas nações comunistas, e o Terceiro Mundo, por todos aqueles países que não se alinhavam diretamente nem com o primeiro, nem com o segundo. Todavia, na atualidade, é utilizado para se remeter aos países periféricos ‘não desenvolvidos’, ‘subdesenvolvidos’ ou em ‘via de

Unidos. Tal modelo caracteriza-se por ser fortemente medicalizante e por não contribuir na melhoria das condições de vida de suas distintas populações (Werner, Sanders, Weston, Babb, & Rodríguez, 1997).

Tendo em vista esse cenário, na década de 1970, a Organização Mundial da Saúde (OMS), preocupada em implementar o desenvolvimento no campo da saúde, centrou seu interesse na reformulação da estratégia ocidental de atenção na saúde. Segundo Werner et al. (1997), para tanto, tomou-se como ponto de partida experiências exitosas de países que adotavam modelos de organização do sistema de saúde que realmente contribuíam para modificar as condições de saúde de seus habitantes. Entre essas experiências, os autores destacam o notável progresso atingido pela China, bem como os ganhos de diversas iniciativas populares empreendidas, principalmente, por organizações não governamentais que surgiram em pequenas regiões de países como Nicarágua, Costa Rica, Guatemala, Honduras, México, África do Sul, Índia, Bangladesh e Filipinas. Tais experiências foram fundamentadas, com grande sucesso, nas necessidades básicas das comunidades.

É assim que, nas décadas de 1960 e 1970, muitos desses países desenvolveram diversas ações de promoção de saúde por meio da atividade de grupos denominados “promotores de saúde”, “trabalhadores da saúde comunitários” ou “organizadores da comunidade”⁵. Esses grupos de trabalhadores da saúde, inseridos em diferentes

desenvolvimento’, em contraste aos países ‘desenvolvidos’. Isto é, aos países que registram os índices mais baixos de desenvolvimento com relação a indicadores como analfabetismo, fome, moradia, saúde, dentre outros.

⁴ Werner et al. (1997) utilizam essa denominação para referir-se a um modelo de cunho curativo, constituído no reducionismo biológico e na atenção individual. Nesse modelo, basicamente, prima o hospital sobre o posto de saúde; a centralidade do médico sobre uma equipe interdisciplinar; as técnicas e medicamentos custosos sobre o uso moderado e responsável dos mesmos; e o tratamento da doença sobre a promoção da saúde, e assim por diante.

⁵ Grupos constituídos por pessoas escolhidas por suas próprias comunidades, as quais receberiam uma formação em saúde, mediante cursos que promoviam diferentes medidas preventivas, de educação sanitária e de liderança para serem fomentadas dentro da comunidade (Werner et al., 1997).

atividades de atenção, estabeleceram as bases dos chamados “Programas de Saúde Baseados na Comunidade” (PSBC) (Werner et al., 1997).

Conforme Werner et al., no começo, essas iniciativas populares comprometidas com o bem-estar de suas comunidades teriam sido criadas com objetivos mais humanitários que políticos. Mas, tendo em vista a inacessibilidade aos direitos básicos por essas populações, tais organizações contribuíram para formar alianças que se fortaleceram até se tornarem movimentos sociais em prol da saúde, da justiça social e dos direitos humanos básicos. Exemplos disso são encontrados em regiões da América Latina, das Filipinas e da África do Sul, como explicam Werner et al. (1997):

[...] as enormes desigualdades sociais e as violações sistemáticas dos direitos humanos contribuíram para o péssimo estado de saúde da maioria da população marginalizada. E em cada um desses países, o potente movimento comunitário pela saúde teve um papel chave na “conscientização” e no desenvolvimento da capacidade de resolução de problemas e da organização, que permitiu ao povo se levantar e derrotar esses regimes despóticos. Iniciativas de saúde baseadas na comunidade de diferentes partes do mundo desenvolveram distintos métodos para ajudar os promotores de saúde, grupos de mães, camponeses e outros a aprender a analisar suas necessidades de saúde e a elaborar ações organizadas. Na América Latina, os métodos de desenvolvimento da consciência crítica do famoso programa de alfabetização de Paulo Freire no Brasil [...] foram adaptados à educação para a saúde [...]. Um modelo de “Aprendizado Baseado na Descoberta” foi desenvolvido no México e em outros países de América Central [...]. (p. 38).

Após ter observado os importantes avanços no campo da saúde das regiões que desenvolveram com êxito os PSBC, em contraste com os preocupantes resultados da maioria dos programas nacionais de saúde de orientação ocidental, a OMS – em que pese às distintas críticas e tensões que suscitavam as questões sociais que afetavam a saúde – passou a preconizar que os países adaptassem os princípios dos Programas de Saúde Baseados na Comunidade aos seus serviços nacionais de saúde (Grodos & de Béthune, 1988; Werner et al., 1997).

Dessa forma, no ano de 1978, em Alma Ata, Cazaquistão (antiga União Soviética), a OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF)

promoveram um encontro, a chamada Conferência Internacional sobre Atenção Primária em Saúde, cujo propósito era a formulação de uma estratégia integral de atenção à saúde que fornecesse serviços básicos à população de modo a enfrentar os diferentes fatores – sociais, políticos e econômicos – responsáveis pelos problemas de saúde (Organización Mundial de la Salud, [OMS], 1978). Segundo informe da OMS, desse encontro, participaram Ministros da Saúde de 134 países (entre os maiores países, apenas a China não esteve presente), 67 organismos internacionais, agências financeiras e distintas organizações não governamentais que se comprometeram a trabalhar pelo objetivo de atingir o maior nível de saúde possível para a população mundial até o ano 2000. Essa política internacional ficou conhecida como “Saúde para Todos no ano 2000” (OMS, 1978). Para tal fim, no encontro, se estabeleceu que a “Atenção Primária em Saúde” (APS) seria a estratégia utilizada para conseguir a provisão das necessidades básicas da população. Desse modo, foram definidos os elementos essenciais que constituiriam a APS como um modelo norteador para a implementação da saúde nos diversos países que assumiram o compromisso de adotar os princípios formulados na denominada “Declaração de Alma Ata” (OMS, 1978).

A Declaração de Alma Ata, tal como é conhecido o pacto acordado entre os 134 países, defendia a seguinte definição de APS:

A atenção primária de saúde é a assistência sanitária essencial baseada em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. A atenção primária forma parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constitui a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representa o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual a atenção primária é levada o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde. (OMS, 1978, pp. 3-4).

Esse conceito de APS apresenta elementos em destaque, como o lugar de “função central” e “núcleo principal” dos sistemas nacionais de saúde, indicando, portanto, uma concepção estratégica. Ademais, também ressalta a importância de atender a critérios como: configurar-se como porta de entrada ao sistema de saúde e desempenhar uma função de integralidade com os outros níveis do sistema. Na opinião de Grodos e de Béthune (1988), a APS propôs uma mudança radical do enfoque anterior de prestação de serviços de saúde, baseado no modelo médico hospitalar. Dessa maneira, agregam os autores, buscou mudanças na abordagem de fatores de risco individual para determinantes sociais, políticos e econômicos; alterou o predomínio: de serviços curativos para a promoção da saúde e prevenção de doenças; de serviços hospitalares para serviços na comunidade; de serviços centralizados para serviços descentralizados; e, finalmente, da participação e controle exclusivo do governo nos programas de saúde, para a participação da comunidade na gestão e controle de suas atividades de saúde.

Além disso, com base nas principais causas dos problemas de saúde mais prevalentes no mundo – ainda vigentes, cabe dizer –, a Declaração de Alma-Ata descreve as seguintes ações mínimas para o desenvolvimento da APS nos diversos países participantes: educação em saúde voltada para a prevenção e proteção; distribuição de alimentos e nutrição apropriada; tratamento da água e saneamento; saúde materno-infantil; planejamento familiar; imunização; prevenção e controle de doenças endêmicas; tratamento de doenças e lesões comuns; e fornecimento de medicamentos essenciais.

Vale ressaltar, no que se refere à organização da APS, como acrescenta Vuori (1986), que os profissionais da saúde deveriam trabalhar em equipes as quais seriam constituídas por médicos generalistas e de família, enfermeiros, auxiliares, agentes

comunitários de saúde e outros profissionais da saúde com responsabilidade de colaboração intersetorial, de promover a participação da comunidade e a autorresponsabilidade das pessoas.

Como é possível observar, a Declaração de Alma Ata representa uma proposta em um contexto muito mais abrangente que o de oferecimento de um pacote seletivo de cuidados básicos em saúde (Grodos & de Béthune, 1988; Vuori, 1986; Werner et al., 1997; Wisner, 1988). Segundo Grodos e de Béthune (1988), a Declaração de Alma Ata parte da ideia de que a condição de saúde é o resultado de fatores econômicos e sociais e das desigualdades entre os diversos países. Nesse sentido, concebe a saúde como um direito humano e destaca a necessidade de sistemas de saúde universais públicos, mediante o aumento de investimento em políticas sociais para o desenvolvimento das populações excluídas (OMS, 1978).

Mas, o que aconteceu com a APS formulada em Alma Ata? São muitas as versões de críticos a afirmar que tal proposta foi um experimento que fracassou. Outros sustentam que, devido a sua perspectiva crítica, integradora e libertadora, a APS nunca conseguiu se realizar na maior parte dos países. Para eles, a Atenção Primária em Saúde ordenada na Declaração de Alma Ata foi considerada uma afronta ao *status quo*, gerando desconfiança nos recintos do poder econômico mundial (Grodos & de Béthune, 1988; Navarro & Berman, 1983; Vuori, 1986; Werner et al., 1997).

Na opinião de Navarro e Berman (1983), a linguagem revolucionária e libertadora utilizada em Alma Ata seria, provavelmente, o verdadeiro ‘calcanhar de Aquiles’ da Declaração, já que seu discurso libertário dava lugar a distintas interpretações para que os governos pudessem (re)adaptá-lo como almejassem; minando, portanto, a essência e as exigências proclamadas em Alma Ata.

Assim, a proposta da APS teve de enfrentar fortes obstáculos no âmbito internacional desde sua concepção. Werner et al. (1997) são claros ao afirmar que, pelo componente libertador da APS, era previsível que nos países ‘subdesenvolvidos’ que começaram a implantar os programas nacionais baseados na APS, onde o povo passava mesmo que timidamente a exercer algum tipo de liderança, rapidamente, aparecessem fortes resistências. Nas suas palavras:

[...] muitos dos Programas Comunitários de Saúde que foram a inspiração para a APS não eram só iniciativas sobre saúde. Faziam parte de uma luta mais ampla da população marginalizada que tentava melhorar seu bem-estar e seus direitos. No entanto, encontraram frequentemente uma série de oposições. Mesmo os programas que não se destinavam de forma explícita a mudanças sociais em seus objetivos, representavam uma ameaça para os interesses originados pela sua insistência em assinalar as causas originais da falta de saúde e por desejar “colocar em primeiro lugar os últimos”. Tanto a organização comunitária, como a forma de incitar consciência dirigida para esse fim, eram vistas com frequência pelas autoridades locais como uma fonte de problemas.

Os esforços dos alicerces para pôr a saúde nas mãos do povo se tornaram uma séria ameaça, não só para as elites e os governos, como também para a classe médica que durante longo tempo havia mantido um poderoso monopólio do saber e da capacidade de curar. Sua aversão a abandonar esse controle, juntamente com os procedimentos burocráticos dos governos, geraram grandes obstáculos para o desenvolvimento desses novos programas. (Werner et al., 1997, p. 42).

Em consequência, os pilares que constituíam a Declaração de Alma Ata – as “lutas populares pela saúde” dos “Programas de Saúde Baseados na Comunidade” (OMS, 1978) – foram quase instantaneamente atacados por diversas frentes. Werner et al. (1997) assinalam algumas das ações indicativas de que “o potencial transformador de Alma Ata ficou em grande parte na mesa de desenho” (p. 42). São as seguintes:

(a) Apesar de terem sido implantados diversos programas nacionais de APS, seus fins eram basicamente atrair fundos, já que, na prática, esses programas eram somente uma extensão do mesmo sistema de saúde tradicional. Além disso, esses programas foram desenvolvidos apenas em áreas marginalizadas, adquirindo simplesmente uma nova aparência através da incorporação da linguagem progressista de

Alma Ata, com a inclusão de expressões como *participação popular*, *libertação*, *decisões nas mãos do povo*, etc.

(b) Mesmo tendo formado Agentes Comunitários de Saúde (ACS)⁶, eles não se tornaram membros importantes das equipes de saúde. Pelo contrário, foram relegados às posições da hierarquia sanitária mais baixas, que lhes permitiam realizar apenas procedimentos limitados. Assim sendo, o objetivo de se tornarem agentes transformadores e promotores de saúde nunca foi atingido. Pelo contrário, em alguns países autoritários, os ACS foram assediados e até mesmo presos.

(c) As ações mais efetivas para restringir os projetos das APS consistiram no desenvolvimento de outros métodos mais sofisticados, visando a minimizar os programas comunitários de saúde. Com tais propósitos, foram introduzidos custosos programas governamentais nas mesmas comunidades onde já existiam os programas comunitários, em detrimento de zonas em que nenhuma classe de serviços de saúde era ofertada. Nesses sofisticados programas, trabalhavam prestigiados profissionais de saúde, uniformizados e muito bem remunerados, que dependiam diretamente do governo. Além disso, distribuía medicamentos não essenciais gratuitamente, em contraste direto com a filosofia da APS, que estimulava o uso responsável e limitado dos medicamentos.

(d) Ironicamente, a proposta de APS da Declaração de Alma Ata foi utilizada por alguns governos autoritários como justificativa para abolir os autênticos programas comunitários. Isto porque os governos promoviam uma unificação de todos os serviços de saúde para a comunidade alegando que estavam todos submetidos aos princípios da APS. Desse modo, se apropriaram ou fecharam os programas autônomos realizados pela comunidade.

⁶ No Brasil, esses trabalhadores são denominados de “Agentes Comunitários de Saúde”, enquanto, na Colômbia, são conhecidos como “Promotores de Saúde”.

No entanto, Werner et al. (1997) também destacam algumas experiências exitosas. Destas, são exemplos os casos de Moçambique e da Nicarágua, onde foram desempenhadas ótimas iniciativas da APS sob o protocolo estabelecido em Alma Ata. Esses países, inclusive, foram reconhecidos pela OMS pela melhoria de seus indicadores de saúde. No entanto, o efêmero êxito dessas iniciativas foi desmantelado pelos governos da África do Sul e dos Estados Unidos (em Moçambique e na Nicarágua, respectivamente). Preocupados que tais modelos alternativos pudessem influenciar países vizinhos, lançaram campanhas para deter seu progresso. De fato, os agentes de saúde daqueles países se tornaram alvos das forças paramilitares. Os subsequentes fracassos de tais experiências foram tomados, posteriormente, como argumento e exemplo de que o êxito desses tipos de programas comunitários era transitório e insustentável.

Todavia, além de considerar as intensas ações mencionadas anteriormente, é preciso pontuar o ataque devastador contra a APS que se engendra no próprio sistema internacional de saúde pública quando, no ano de 1982, a UNICEF, com o apoio de outras organizações internacionais, lança a APS-Seletiva (Grodos & de Béthune, 1988; Vuori, 1986; Werner et al., 1997; Wisner, 1988). Os autores acima citados sustentam que as influentes instituições internacionais de saúde e financeiras desenvolveram ações com o intuito de privar a APS de seus componentes mais abrangentes, caracterizados por suas ideias libertadoras e revolucionárias.

Conforme afirmam Werner et al. (1997), no ano de 1979, Julia A. Walsh e Kenneth S. Warren, da Fundação Rockefeller, já argumentavam que a versão integral da Atenção Primária em Saúde (APS-I), preconizada em Alma Ata, implicava grande custo, sendo sua implementação nada viável. Propunham, ao invés, o estabelecimento de critérios que permitissem o planejamento mais acurado de ações focais somente para

os grupos de alto risco; assim, davam corpo à proposta da Atenção Primária em Saúde Seletiva (APS-S).

Dessa maneira, as bases fundamentais que constituíam a APS foram suprimidas, e a proposta de Alma Ata foi reduzida à APS-Seletiva, que diminuiu o alcance de sua atuação, definindo recortes materializados em somente quatro intervenções centradas na população materno-infantil: crescimento e desenvolvimento, hidratação oral, amamentação e imunizações (GOBI, sigla em inglês) (Wisner, 1988).

É relevante sublinhar o enunciado da UNICEF (1987) quanto a: “uma força contrária que afeta a infância do mundo: a contínua recessão econômica” (p. 2). A análise de seu discurso indica que ela assumia a imposição das políticas sociais regressivas aos países mais vulneráveis como um acontecimento natural e inevitável (Werner et al., 1997) e aceitava a desigualdade e a pobreza como fatos inalteráveis da vida humana.

Tal escolha da UNICEF confirma mais uma vez que as ações no campo da saúde não são politicamente neutras, já que, tal como explicam Werner et al. (1997), “podem promover independência e autossuficiência ou podem fomentar dependência ou passividade. Podem apoiar qualquer forma, justa ou injusta, de governar. Podem preparar o caminho para um estado social equitativo ou podem manter um injusto e déspota” (p. 49).

Ainda considerando todo esse contexto que impossibilitou o cumprimento total das metas estabelecidas em Alma Ata, cabe mencionar que a APS se tornou uma importante referência para as reformas sanitárias realizadas em diversos países nas décadas de 1980 e 1990 (Grodos & de Béthune, 1988; Vuori, 1986; Werner et al., 1997; Wisner, 1988) entre os quais está o Brasil.

Não obstante, conforme argumentam Grodos e de Béthune (1988), muitos países da América Latina, tal qual o caso da Colômbia, foram influenciados pelos ditames dos organismos internacionais da área econômica, como o FMI e o Banco Mundial, a realizar reformas nos seus sistemas de saúde adotando a APS numa perspectiva focalizada, isto é, a APS-S: um conjunto de ações de saúde de limitada complexidade, voltado a populações de baixa renda, a fim de minimizar a exclusão social e econômica resultantes da expansão do capitalismo.

Tendo em vista esse histórico, no próximo tópico será abordada a discussão sobre a influência hegemônica das políticas neoliberais para o ‘eficaz’ desenvolvimento das reformas sanitárias em diversos países.

1.2 A hegemonia neoliberal nas reformas sanitárias da América Latina

Osorio (2008) assinala que, mesmo dentro do sistema capitalista, existem duas perspectivas diferentes para se refletir acerca da conformação do Estado. A primeira faz referência à crença de que o livre mercado pode regular, eficientemente, todas as esferas da vida cotidiana. Essa premissa corresponde à visão do Estado neoliberal, que privilegia o mérito, a competição, a eficiência e a capacidade dos grandes e pequenos empresários, predeterminando que o bem-estar provém do esforço individual. A segunda perspectiva, argumenta Osorio, prevê que para a existência de um mundo mais justo, é necessário criar um Estado que proteja os mais vulneráveis, concedendo certa assistência social para todos os cidadãos; tal ideia é compatível a visão do Estado Social ou ainda Estado de Bem-estar.

Na atualidade, o paradigma dominante sobre as configurações ou reconfigurações do Estado é norteado pela primeira premissa, o neoliberalismo, cujo ‘cenário de operações’ é o mercado. E, ao recuar na cronologia, encontramos a América Latina como o primeiro cenário onde foi implantado esse modelo.

Nesse sentido, segundo Klein (2008), o Chile, em 1973, teria sido um laboratório do neoliberalismo. A autora afirma que a ditadura militar do Chile foi a estratégia utilizada para conseguir a implantação das políticas neoliberais naquele país, por meio da “terapia de choque”⁷. Klein (2008) define a ‘terapia ou doutrina do choque’ como a tática do capitalismo contemporâneo empregada para a introdução de medidas econômicas de livre mercado em diferentes países. Prossegue a autora afirmando que essa fora a estratégia articulada pelo Prêmio Nobel de Economia (1976), Milton Friedman, durante sua assessoria ao ditador Augusto Pinochet. Segundo ele,

Só uma crise – real ou percebida – permite uma mudança verdadeira. Quando essa crise se dá, as ações realizadas dependem das ideias que flutuam no ambiente. Acredito que essa deve ser nossa função básica: desenvolver alternativas às políticas existentes para mantê-las vivas e ativas até que o politicamente impossível se torne politicamente inevitável. (Friedman & Friedman, 1984, p. 3).

Posteriormente, em 1976, essa proposta se estendeu para a Argentina, também durante sua ditadura militar e, depois, foi instaurada na Grã-Bretanha por Margaret Thatcher, em 1979, e nos Estados Unidos por Ronald Reagan, em 1980. Finalmente, se expandiu pelo resto da Europa e toda América Latina no final da década de 1980, desenvolvendo uma grande hegemonia internacional (Ezcurra, 1998).

⁷ Para uma discussão mais detalhada sobre este tema, ver o documentário “The Shock Doctrine”, realizado no ano 2009 sob a direção de Michael Winterbottom e Mat Whitecross, inspirado no livro da jornalista Naomi Klein. O documentário explica, basicamente, a ideologia econômica do Prêmio Nobel Milton Friedman e de sua escola de economia de Chicago (“The Chicago Boys”), cuja ideia central é aproveitar as crises, os desastres naturais e a guerra para ‘preparar terreno’ e ‘dobrar a vontade’ das sociedades que, por terem ficado em tal estado de choque, renunciam a valores que, de outro modo, defenderiam com coragem. Dessa forma, se abre espaço para a implantação de reformas em benefício das grandes corporações. Alguns exemplos dessa prática, destacados no documentário, são os de países como Chile, Rússia, Grã-Bretanha, Afeganistão e Iraque.

Basicamente, a implantação do modelo neoliberal nos países da América Latina foi propiciada principalmente pela crise da dívida externa, no início da década de 1980, que obrigou os países dessa região a solicitarem empréstimos aos organismos internacionais de crédito, tais como o FMI e o Banco Mundial, os quais exigiam, em troca, a realização de reformas estruturais de mercado: privatização dos serviços estatais, desregulamentação dos mercados, redução do gasto público, abertura comercial e financeira e flexibilização do mercado laboral (Ezcurra, 1998; Gomez, 2003; Harvey, 2007). A grande promessa que se promulgava pela realização dessas reformas neoliberais, segundo Ezcurra (1998), era a obtenção do crescimento econômico dos países em desenvolvimento, por meio da chegada massiva de investimentos externos por parte das entidades multilaterais e dos países centrais. Na realidade, sabemos que ocorreu o contrário.

Dessa forma, não é de se estranhar que foi a agenda neoliberal que orientou as reformas sanitárias na maioria dos países centrais (Almeida, 1996) e na América Latina. Ela contribuiu para a formulação de diagnósticos e determinações que se difundiram como opções, tanto para o controle de gasto em saúde como para a adequação do funcionamento dos sistemas de saúde, tomando como base a eficiência e a ideia da população usuária dos serviços como consumidora⁸.

Historicamente, as reformas neoliberais ganham força a partir de 1989, quando é realizado um encontro com o intento de avaliar as reformas econômicas em curso na América Latina. Promovido pelo economista inglês John Willianson, diretor do Institute for International Economics – organismo que convocou a reunião na cidade de

⁸ Esclarece-se que este termo tem uma conotação diferente de paciente ou de usuário. É um conceito utilizado a fim de ressaltar o caráter privatista dos serviços de saúde que se pretendia. Muda-se, assim, a concepção dos serviços de saúde, que não são mais tidos como um bem coletivo e um direito humano fundamental, mas como mercadorias a serem adquiridas exclusivamente por pessoas com capacidade de comprar para satisfazer suas próprias necessidades (Blanch-Ribas & Cantera, 2011).

Washington –, contou com a participação de representantes do FMI, do Banco Mundial, do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e do governo norte-americano.

Os resultados de tal evento ficaram conhecidos como “Consenso de Washington” e referem-se a uma série de políticas econômicas resumidas em dez regras universais – reformas estruturais de mercado – que integraram os programas das entidades mencionadas anteriormente.

Assim, no final dos anos de 1980 e começo de 1990, iniciou-se um movimento de reformas sanitárias atrelado à tendência internacional de reforma do Estado. Desse modo, e considerando-se os diversos aspectos históricos, políticos, socioeconômicos e culturais, muitos países começaram suas reformas nos serviços de saúde inspirados nos princípios neoliberais, que apontavam a necessidade das seguintes medidas (Guzmán, 2009):

(a) A racionalização dos recursos de saúde através do estabelecimento de prioridades, o incremento da coparticipação financeira dos usuários, a busca de maior eficiência dos serviços e a distribuição dos recursos de forma eficaz.

(b) A incorporação do conceito de “Competição Regulada” ou “Pluralismo Estruturado”⁹ como forma de constituir mercados “regulados” no âmbito da saúde e de gerar medidas de controle que operem sobre a oferta e a demanda dos serviços.

(c) A separação entre o financiamento e a prestação de serviços, com o objetivo de diminuir a produção direta dos serviços por parte do Estado, em favor do fortalecimento de suas funções de regulação.

⁹ O modelo de “competição regulada ou administrada” ou “pluralismo estruturado” expressa a busca de um ponto intermediário entre o setor público e o privado. A ideia de “Pluralismo” indica que se tentaria evitar os extremos do monopólio do setor público e a atomização do setor privado. Já a concepção de “Estruturado” evitaria os extremos dos procedimentos autoritários do governo e a ausência das regras transparentes para evitar ou compensar as falhas do mercado (Frenk & Londoño, 1997). Este é o modelo do sistema de saúde dos Estados Unidos, baseado em subsídios públicos à demanda de menor renda, financiamento privado e instituições executoras privadas.

(d) A descentralização das responsabilidades no financiamento e na prestação de serviços, tanto nos campos subnacionais de governo quanto no setor privado.

Esses delineamentos socioeconômicos de cunho neoliberal se tornaram um receituário imposto pelas agências internacionais (BM, FMI, dentre outras) para concessão de crédito aos diversos países que lhe demandavam. Isto significa que os países que pleiteavam empréstimos de tais entidades deveriam ajustar suas economias a essas novas regras, incluindo seus sistemas de saúde. De acordo com Borges, Moimaz, Siqueira e Garbin (2012), as estratégias econômicas firmadas pelo “Consenso de Washington” impulsionaram uma violenta ofensiva do monopólio financeiro mundial.

Esse contexto particular garantiu aos países desenvolvidos o domínio econômico sobre os países em desenvolvimento. Por meio da manutenção da chamada dependência externa, gerava-se um ambiente econômico desfavorável para a população dos países submetidos às políticas do BM e do FMI, especialmente, porque iam na direção oposta à da universalização dos serviços da saúde (Navarro, 2003).

Além disso, alinhando-se à ideia de saúde como um bem de consumo, que deve ser tratado sob os princípios do livre comércio (Waitzkin & Iriart, 2001), algumas ações promovidas por esses organismos internacionais visavam forçar a abertura de mercados para as seguradoras de saúde e para os setores farmacêutico e hospitalar privado. Segundo Borges et al. (2012), os acordos de livre comércio constituídos pela Organização Mundial do Comércio (OMC) agem na quebra de normas que protegem a indústria dos países em desenvolvimento em favor dos produtos e serviços das grandes corporações, tendo como propósito tanto o desmantelamento da indústria dos países em desenvolvimento como a ampliação de mercado para os países centrais. Tal cenário indica como essas reformas neoliberais foram direcionadas mais pela capacidade e pelo interesse dos prestadores de serviço do que pela demanda da população.

Foi assim que o “Consenso de Washington”, por meio de suas políticas neoliberais, influenciou os governos para que fizessem os chamados “ajustes estruturais”, de modo a restringir seus gastos sociais, dentre os quais, aqueles destinados à saúde. Em suma, pode-se dizer que o auxílio econômico outorgado pelas entidades financeiras internacionais veio acompanhado de exigências específicas, ou seja, da imposição de políticas recessivas que promoveram a “livre” concorrência na saúde, a redução de gastos sociais, privatizações, o aumento dos juros e mudanças das leis que protegem o mercado interno e a sociedade. Como afirmam Homedes e Ugalde (2005b):

Apoiado no poder de seus recursos, o Banco Mundial tem promovido uma reforma da saúde baseada nos princípios básicos de que o setor privado é mais eficaz que o setor público e de que a função do Governo é regular e não fornecer serviços. Seguindo sua ideologia neoliberal, o Banco Mundial propõe a privatização dos serviços, sua descentralização, a separação das funções de financiamento e fornecimento e a universalização do acesso a um pacote de serviços mínimos que cada país deve definir, de acordo com seus recursos e estudos de eficiência em função dos custos. (p. 210).

Desse modo, no fim da década de 1990, o Banco Mundial tinha se tornado a agência financeira que mais recursos emprestava para os países em desenvolvimento reformarem ou implantarem seus serviços em saúde. No entanto, de acordo com Waitzkin, Jasso-Aguilar e Iriart (2007), nas políticas formuladas com esse enfoque, nenhuma das intervenções propostas contribuiu para melhorar significativamente os níveis da saúde da sociedade. Esse é especialmente o caso de muitos países da América Latina onde foi aplicada rigorosamente a doutrina neoliberal e onde são identificados altos níveis de exclusão social, que acarretam a fragmentação da intervenção do Estado na saúde a grupos específicos da população, adotando-se uma perspectiva totalmente contrária àquela proposta em Alma Ata. Os efeitos desse contexto são o aprofundamento das inequidades de seus sistemas de saúde e a participação do setor privado no financiamento e no fornecimento dos serviços de saúde.

Assim, na maioria dos países da América Latina, as reformas de saúde respondem a reformas gerais do Estado – tal como ocorreu no Peru, na Argentina, na Colômbia e no Equador – ou estão pautadas na ideia de modernização do Estado – como no Chile, no México, no Uruguai, em El Salvador, na Nicarágua, entre outros (Infante, De la Mata, & López-Acuña, 2000). Apesar desse aspecto e da ênfase na afirmação de que essas reformas sanitárias se dedicariam a incrementar a eficiência, melhorar a qualidade da atenção em saúde, promover a equidade entre os diferentes grupos sociais, aumentar a abrangência e reorganizar a distribuição de recursos, o que se vislumbrou, de fato, foram reformas voltadas para processos de privatização dos sistemas de saúde.

Aqui, vale esclarecer, tomamos o termo privatização no seu amplo sentido, capaz de abarcar todas aquelas ações cujo propósito é reduzir a intervenção do Estado. Por esse viés, ela implica não só uma transferência de bens públicos para o setor privado, mas também a desregulação de determinadas atividades públicas ou privadas, assim como a concessão da prestação de serviços públicos para o âmbito privado (Navarro, 1985). No campo da saúde, de acordo com Navarro, entende-se por privatização de um sistema (de saúde), a mudança na compreensão da saúde como um bem coletivo e um direito humano fundamental para um produto de consumo e uma responsabilidade privada.

Os processos de privatização não só modificam os marcos de referência em que o setor privado realiza sua participação, aumentando suas funções e reforçando sua lógica (com a dinâmica do mercado como reguladora da oferta e da demanda), como também estabelecem uma nova relação público-privada, a qual é ainda mais questionável. Dessa forma, esses processos privatizantes na área social, especificamente, no setor da saúde,

alteram as funções estatais de provisão, atenção, financiamento, subsídio e regulação em relação a esse serviço social básico (Navarro, 1985).

A esse respeito, vale sublinhar a assertiva de Navarro (1985) de que o ponto básico de tensão se enraizaria nos diferentes enfoques existentes: sobre a privatização frente à responsabilidade pública da prestação dos serviços de saúde; sobre as diferentes formas de reorganizar a estrutura do setor da saúde – centralização versus descentralização –; sobre os distintos modos de entender a política de acesso aos serviços de atenção pública – universalismo versus seletividade –; sobre a concepção de saúde como um direito de todos, que tem o Estado como responsável por sua provisão.

Na mesma linha, Scarpaci (1989) acrescenta que os processos de privatização dos serviços de saúde, em particular, não podem ser tomados simplesmente como produtos ou respostas às crises fiscais do Estado, ao problema da dívida externa e do déficit orçamentário dos governos. Especificamente, sustenta o autor, mesmo que os aspectos econômicos da reestruturação dos programas sociais sejam importantes para compreender os processos de privatização, eles não dão conta de explicar como essa reestruturação se manifesta dentro dos diversos âmbitos, social, político e cultural.

Outro aspecto inscrito na privatização dos serviços públicos que merece destaque diz respeito a uma espécie de período gestacional, que precede o processo em si de privatização, no qual se perfazem uma supervalorização da eficiência privada na saúde e um dismantelamento dos serviços públicos de saúde existentes (Borges et al., 2012). É sob essas premissas que trabalham os defensores da privatização, propagando a incapacidade dos serviços públicos na oferta de saúde universal e gratuita, sustentando a promessa de eficiência, modernização e melhoria da qualidade dos serviços pela iniciativa privada (Waitzkin, Jasso-Aguilar, & Iriart, 2007).

Por conseguinte, os adeptos da ideologia neoliberal não encontram dificuldade para justificar a administração privada do financiamento público, uma vez que a suposta eficiência e agilidade, vinculadas discursivamente ao setor privado, aparentam garantir condições plenas para a promoção de serviços de qualidade significativamente superiores aos públicos. Nas palavras de Borges et al. (2012):

Trata-se, assim, da privatização dos sistemas públicos de saúde em que o Estado terceiriza seus serviços à iniciativa privada com o objetivo de dinamizar a gestão das unidades públicas, que para os neoliberais é burocrática, corrupta, ineficiente e mais cara. (p. 18).

Entretanto, seguem os autores,

Se os sistemas de saúde que se sedimentam na lógica do mercado privado fossem realmente mais eficientes, sua instituição na América Latina, influenciada pelo Banco Mundial e pelas políticas econômicas do FMI, teria garantido acesso universal, integral e igualitário. Na realidade, as evidências mostram o contrário: os países que seguiram reformas neoliberais não atingiram o objetivo de universalizar a saúde, trazendo inclusive grandes déficits orçamentários, como no caso da Colômbia. As evidências em nível internacional são claras: insolvente é o modelo de administração de seguros privados de saúde, quer seja quando se negocia diretamente com o consumidor ou via acordos patronais; ou mesmo quando conta com subsídios governamentais. (pp. 36-37).

A conclusão é “reveladora”: o interesse que se buscou atender nessas propostas foi o de privatizar, externalizar e terceirizar os serviços públicos da saúde na América Latina (Navarro & Berman, 1983). Todavia, é claro que esse processo apresenta distinções no Chile, no México, na Argentina e na Colômbia (para citar algumas experiências), já que a participação da população, as lutas, os confrontos, as alianças, os acordos, os êxitos e os desacertos dos diversos atores sociais foram diferentes nos cenários em que se estruturaram as políticas organizadoras dos serviços de saúde em cada um desses países.

Pode-se dizer que essa disparidade no desenvolvimento das reformas de saúde dos países latino-americanos se deve principalmente aos seguintes fatores: (a) os recursos econômicos disponíveis por parte do Estado; (b) o nível de

(sub)desenvolvimento do país; (c) o contexto sociopolítico delimitado pelas tradições do setor de saúde e a existência de democracias ou ditaduras; (d) as práticas e discursos de resistência utilizados e mobilizados por trabalhadores e usuários das instituições de saúde; entre muitos outros elementos também suscetíveis à análise (Ugalde & Homedes, 2005).

Na América Latina, o modelo neoliberal para a saúde foi adotado pela primeira vez no Chile, em 1981, no marco de uma reforma neoliberal já citada anteriormente, decorrendo a eliminação de seu Sistema Nacional de Saúde. Em uma organização público-privada, realizou-se a transferência da administração dos serviços primários para os municípios. Foram criados também os Institutos de Saúde Provisional (ISAPREs), administradoras privadas transnacionais que gerenciavam e captavam, obrigatoriamente, os recursos dos empregados. Em complementação, manteve-se um sistema público para aqueles que não seriam assistidos (cobertos) pelos ISAPREs. Mesmo após o fim da ditadura chilena, na década de 1990, os governos continuaram com uma política de saúde que segmentava a população, mantendo, de um lado, as pessoas de mais alta renda nos seguros de saúde e, de outro, a população menos abastada assistida no sistema público (Pushkar, 2006).

De forma semelhante, o governo mexicano, entre 1995 e 1997, iniciou uma série de reformas no antigo subsistema de saúde sustentado pela previdência social, o então chamado Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS). A privatização do sistema de saúde mexicano a partir desse período facilitou o enfraquecimento dos serviços públicos, obrigando a população a adquirir seguros de saúde no mercado privado. Devido à incapacidade das reformas neoliberais em ampliar e melhorar o acesso à saúde da população, em 2004, o governo do México incorporou um novo conjunto de reformas destinado à descentralização da gestão e do financiamento da saúde para

estados e municípios, o qual proporcionou um aumento nos subsídios para as administradoras de seguros privadas e públicas, mas não contemplou um investimento na infraestrutura e nos recursos humanos deste setor (Homedes & Ugalde, 2005b).

A Argentina foi outro país a colocar em prática o modelo privatizante proposto pelo Banco Mundial na década de 1990. As reformas neoliberais levaram o país à falência em 2001, com a decretação da moratória da dívida externa (Borges et al., 2012). Todavia, mesmo depois dessa crise, a Argentina instaurou políticas de fragmentação do sistema de saúde, com o ingresso de administradoras de saúde transnacionais, direcionando os recursos públicos para o setor privado. Borges et al. (2012) argumentam que essas transformações não foram eficientes, já que não houve redução de custos, nem aumento no acesso aos serviços, especialmente para a população menos privilegiada.

É possível depreender das experiências descritas de forma sucinta anteriormente que elementos como a ausência de universalidade na cobertura e no acesso, a não garantia da integralidade, a adoção da APS-S, a segmentação dos distintos grupos sociais, o incremento dos custos e, em geral, a falta de avanço na melhoria da saúde da população são alguns dos lamentáveis resultados da privatização dos sistemas de saúde nos países latino-americanos baseada no paradigma neoliberal.

Mas, o que aconteceu especificamente no caso dos sistemas de saúde da Colômbia e do Brasil, que são os países focalizados nesta pesquisa? Uma forma de abordar essa questão é indagando sobre as possíveis similaridades e/ou as diferenças marcantes das reformas de saúde destes países. Para tanto, vamos descrever suas histórias, destacando alguns fenômenos relevantes que permitem a compreensão de suas tradições.

2

História, atualidade e tendências dos Sistemas de Saúde Pública da Colômbia e do Brasil

A história humana caminha descontrolada, comprando, vendendo e inovando tudo, só para conseguir negociar, de algum modo, o que é inegociável.

– José Mujica

Para compreender a forma como os profissionais da saúde vivenciam seu trabalho é necessário conhecer o contexto nacional de cada um dos dois Sistemas Públicos de Saúde, responsável pelo estabelecimento das diferentes políticas que regulam o funcionamento deles, bem como a normatividade que legitima a proteção e os direitos dos trabalhadores. Por isso, na contextualização de cada país, começa-se abordando o percurso histórico do sistema, para, depois, passar à apresentação das principais características de sua estrutura atual. Em seguida, finaliza-se com uma breve análise sobre as propriedades mais relevantes do trabalho público contemporâneo no setor da saúde.

2.1 O SGSSS: um compromisso internacional com o modelo da competição regulada

Dentre os países latino-americanos, a Colômbia foi aquele que incorporou de maneira mais rigorosa e sistemática os critérios centrais do modelo hegemônico das reformas sanitárias estabelecidos pelo Banco Mundial e pelo FMI (Hernández, 2001; Homedes & Ugalde, 2005b).

Seguindo os princípios neoliberais, o país promoveu a separação entre o financiamento e a oferta dos serviços, através da contratação de empresas com e sem fins lucrativos para a administração de seus serviços de saúde. Como será apresentado adiante mais detalhadamente, o modelo se baseia em um sistema de competição interna entre prestadores públicos e privados, que supostamente passariam a oferecer melhores serviços por um menor custo à medida que o consumidor disporia do poder de escolha do serviço de saúde mais qualificado.

No entanto, antes de dar a conhecer os principais elementos que compõem o sistema de saúde colombiano e certas consequências acarretadas pela adoção do paradigma de competição regulada, faz-se necessário apresentar, ainda que brevemente, parte dos antecedentes históricos no campo da saúde da Colômbia.

2.1.1 Trajetórias iniciais da reforma de saúde colombiana: adequando o modelo

É na década de 1970 que é criado o primeiro Sistema Nacional de Saúde (SNS), cujo funcionamento se dava a partir de subsídios à oferta, isto é, por meio da transferência dos recursos de saúde do governo para uma rede de hospitais públicos, o

que propiciou o crescimento de hospitais, de centros de saúde e do número de trabalhadores do setor (Quevedo et al., 1990). Essa forma de operar que regeu o atendimento em saúde na Colômbia à época era estritamente assistencialista e incapaz de proporcionar atenção integral em saúde, sobretudo, no que concerne à população de baixa renda.

Coexistiam, então, distintas formas de atenção para os problemas de saúde, tais como: os serviços destinados às pessoas que podiam pagar, os quais eram oferecidos pelo setor privado em consultórios e clínicas e, geralmente, tinham vínculos com os seguros privados; os diferentes tipos de seguros obrigatórios, os quais atendiam aos trabalhadores formais, tanto do setor público como do privado; a atenção para a população de baixa renda mediante estratégias baseadas na caridade, seja com o nome de ‘assistência pública’ ou, privada, sob o nome de ‘beneficência’; as ações assistenciais de atenção e controle de epidemias e doenças de alto impacto coletivo, denominadas ações de ‘saúde pública’, as quais estavam a cargo do Estado e, por último, as distintas práticas médicas populares não científicas, subestimadas pelos serviços legalmente estabelecidos (Hernández, 2000). É por isso que, nas palavras do autor:

Os serviços de saúde constituíam uma organização social fragmentada com base na dinâmica do mercado ou na capacidade de pagamento das pessoas, com ingerência limitada do Estado. Quem tinha os meios, pagava. Quem não os tinha, pedia. Em todo caso, predominava o mercado apesar dos intentos de articulação do Estado desde a década de 1930. (p. 124).

Observa-se, assim, que, a saúde colombiana foi atendida por meio de ‘sistemas’ organizados e desenvolvidos de forma isolada, fragmentada, excludente e já com um viés liberal. Por conseguinte, grandes setores da população foram excluídos, legitimando-se, assim, a inequidade na atenção à saúde e definindo-se um aumento da desproteção sanitária.

Posteriormente, na década de 1990, com a promulgação da Lei 100, de 1993 (Colombia, 1993), determinou-se a criação do Sistema Geral de Seguridade Social em Saúde (SGSSS), o qual substituiu por completo o antigo Sistema Nacional de Saúde (Hernández, 2000; Quevedo et al., 1990; Restrepo, 1997).

Na época dessa mudança, dois determinantes importantes marcaram o desenvolvimento da Reforma da Seguridade Social¹⁰ na Colômbia (RSS). O primeiro foi a Constituição Política de 1991, na qual a Colômbia se declara um Estado Social de Direito, elevando a Seguridade Social a “um serviço público de caráter obrigatório” (Colombia, 1991, p. 8) e assumindo que “a atenção da saúde e o saneamento ambiental são serviços públicos a cargo do Estado” (Colombia, 1991, p. 8). Essa passagem, em geral, é interpretada pela jurisprudência colombiana como a manifestação do direito à atenção, à saúde para toda a população, muito embora a Constituição não anuncie isso de forma literal e explícita (Hernández, 2000). Autores como Arbeláez (2006); Gañan, (2011); Madies, Chiarvetti e Chorny (2000); Vargas, Vázquez e Jané (2002) afirmam que foi a Constituição de 1991 que consagrou o direito à saúde e à seguridade social.

Hernández (2000) argumenta que a Assembleia Nacional Constituinte de 1991, feita no auge de um processo de pacificação¹¹, tinha como propósito construir um novo pacto que permitisse abrir o sistema político e reorganizar o Estado colombiano. Porém, ao lidar com posições bastante divergentes, acabou resultando numa mistura forçada entre políticas social-democráticas e neoliberais. Provavelmente, continua o autor, isso

¹⁰ Além de tratar da saúde, a Reforma da Seguridade Social da Colômbia também é responsável pelas aposentadorias e pelo pagamento de pensões por doenças profissionais (ou laborais) dos trabalhadores.

¹¹ Na Colômbia, as negociações de pacificação entre o governo e os grupos do conflito armado têm sido constantes na busca de soluções há mais de cinco décadas. Esses processos de pacificação foram iniciados no governo do Presidente Belisario Betancur (1982-1986) e continuam até a atualidade. Foi no governo do Presidente Virgilio Barco (1986-1990) que se obtiveram os melhores resultados. Em sua administração, foram iniciados diálogos que alcançaram a desmobilização, dissolução e reincorporação à vida civil de algumas das organizações armadas: “Ejército Popular de Liberación (EPL)”, “Partido Revolucionario de los Trabajadores (PRT)” e “Alianza Democrática M-19”. Esta última se tornou um partido político ativamente participante na Assembleia Nacional Constituinte de 1991 (Hernández, 2001).

explica a ampla enunciação dos direitos, acompanhada da imposição de limites e contradições que, com efeito, colocam obstáculos para sua realização.

Desse modo, a formulação do conceito de saúde pública na Lei 100/93, também conhecida como a Reforma de Seguridade Social, se sedimentou sob uma base híbrida entre essas duas correntes políticas (Ahumada, 1998; Hernández, 2000; Restrepo, 1997). Nos artigos 48 e 49 dessa lei, a previdência social é apresentada como um direito inalienável, e a saúde como um serviço público para toda a população sob a responsabilidade do Estado (Colombia, 1991). Madies et al. (2000) consideram que essa lei estabeleceu os pilares para a criação de um sistema de seguridade social de cobertura universal, sob os princípios de equidade, solidariedade, eficiência, qualidade e participação social. Contudo, essa mesma lei permitiu que os serviços de saúde, disponibilizados por agentes públicos, também fossem fornecidos por entidades privadas, de forma descentralizada seguindo, por assim dizer, preceitos neoliberais (Ahumada, 1998).

Abre-se aqui um parêntese para lembrar (como veremos paulatinamente adiante) que esse cenário de embate político também se constituiu no caso do Brasil. No entanto, nesse país, o direito universal à saúde foi garantido em sua Constituição de 1988, com a criação de um sistema único de saúde em que prevalece o caráter público.

O segundo fator decisivo na RSS foi o conjunto de reformas estruturais, iniciado a partir de 1990, que seguiu as diretrizes promovidas pelo “Consenso de Washington” (Ezcurra, 1998). Essas reformas estruturais voltavam-se à privatização de algumas empresas do Estado, o que, junto com a criação de incentivos de mercado para a competição na prestação de serviços sociais como a saúde, inspirou a adequação do modelo de competição regulada estabelecido na Colômbia com a instauração da Lei 100/93 (Restrepo, 1997).

Conforme afirma Hernández (2000), os problemas do setor da saúde na Colômbia não resultam de uma aplicação inapropriada de modelos estrangeiros e, sim, de diferentes conflitos e negociações realizadas entre distintos atores sociais, que têm obtido, cada qual, somente ganhos parciais. Como mencionado anteriormente, essa dinâmica se reflete na forma de organização atual do sistema de saúde que, dentre outras ações, ainda fragmenta e exclui grandes classes de sua população. Seguindo essa lógica, é possível asseverar que, historicamente, a saúde é concebida na Colômbia cada vez mais como um serviço de atenção individual de doenças a ser contratado no mercado de serviços e cada vez menos como um bem público a ser cuidado, respeitado e garantido.

2.1.2 A competição regulada na Lei 100 de 1993: um serviço público a partir do livre mercado?

Segundo Ahumada (1998), a RSS na Colômbia se insere no contexto da chamada modernização do Estado, esta última, desenvolvida ao extremo como elemento essencial da prática do modelo neoliberal. A reforma, prossegue a autora, se baseia na aplicação de três estratégias fundamentais: descentralização, privatização e focalização, as quais, por sua vez, são recomendadas pelas agências financeiras internacionais para a implementação da denominada “nova” política social¹².

Entre as reformas decorrentes do “Consenso de Washington” que tiveram maior impacto social na Colômbia (e, em geral, na América Latina), está a redução da função

¹² Durante a década de 1990, instituições como o Banco Mundial, o Banco Interamericano para o Desenvolvimento e a Agência Internacional para o Desenvolvimento começaram a designar recursos para projetos específicos em diferentes países em prol da chamada “luta contra a pobreza”, imprimindo, em suas negociações, o “componente social”, solicitavam, não obstante, em troca, a aplicação de suas “recomendações” políticas e econômicas (Ahumada, 1998).

econômica e social do Estado, em benefício do setor privado, e a diminuição do gasto público (Ahumada, 1998). E é no interior desse quadro que, após a aprovação da já citada Lei 100, em 1993, o novo sistema de saúde colombiano incorpora os delineamentos básicos das políticas neoliberais, que levam ao enfraquecimento do papel do Estado como provedor de serviços sociais e à privatização das empresas públicas (Restrepo, 1997).

Assim, o engendramento de um sistema para a provisão de serviços de saúde por meio de uma rede privada de instituições (Berman & Bossert, 2000) tornou-se uma das características distintivas do sistema de saúde colombiano. Na verdade, de acordo com Madies et al. (2000), trata-se de um sistema misto, no qual o Estado avoca um papel diretor e modulador, mas libera-se das responsabilidades de cobertura securitária e prestação de serviços, que passam a ser assumidas, dentro de um esquema competitivo, por instituições públicas e privadas, com e sem objetivo de lucro.

Outra particularidade da RSS foi a criação de dois tipos de regimes dentro do SGSSS: (1) O regime *contributivo*, ao qual se vinculam os trabalhadores formais e autônomos, os aposentados e suas famílias. Esse grupo deve se afiliar obrigatoriamente ao sistema mediante o pagamento de cotas, autofinanciando-se, assim, com contribuições dos empregadores e dos empregados (mais exatamente, com 12,5% dos salários dos empregados, 8,5% a cargo do empregador e 4,0% a cargo do trabalhador); e (2) O regime *subsidiado*, ao qual se vincula a população pobre e vulnerável (identificada previamente pelo Estado por meio do SISBEN¹³). Este regime é financiando com o 1% dos aportes coletados no regime contributivo, a que se somam os

¹³ O Sistema de Identificação de Potenciais Beneficiários de Programas Sociais (SISBEN) é uma avaliação para classificar as pessoas de acordo com sua condição socioeconômica particular. O SISBEN permite estabelecer o grau de pobreza das famílias, a fim de destinar recursos para assistência social, dentre os quais está a afiliação em saúde ao regime subsidiado.

recursos fiscais transferidos aos municípios e os aportes feitos pelos municípios de seus próprios recursos (Madies et al., 2000).

No SGSSS, são divididas as funções de “administração da cobertura securitária”, a cargo das Empresas Promotoras de Saúde (EPS) e das Administradoras do Regime Subsidiado¹⁴ (ARS); e as de “prestação de serviços”, sob a responsabilidade das Instituições Prestadoras de Serviços (IPS) (Hernández, 2000). As EPS e as ARS exercem o papel de intermediárias dentro do sistema de saúde. Às EPS se afiliam as pessoas vinculadas ao regime contributivo e às ARS, aquelas vinculadas ao regime subsidiado. Para Ahumada (1998), a criação dessas empresas intermediárias, na prestação dos serviços de saúde, faz parte da tendência neoliberal de beneficiar os grandes donos do capital financeiro. De fato, na Colômbia, as principais EPS pertencem aos grandes grupos econômicos do país.

As principais atribuições das EPS/ARS são: cadastramento das pessoas ao sistema, a arrecadação do pagamento de cotas, a administração dos recursos financeiros, a prevenção e promoção da saúde e a organização da prestação dos serviços de saúde (Ahumada, 1998). Importante destacar que as EPS/ARS devem concorrer por seus filiados, aos quais é ofertado o Plano Obrigatório de Saúde (POS), um conjunto básico de serviços de atenção em saúde ao qual todos os colombianos têm direito, independentemente do regime a que estejam atrelados, contributivo ou subsidiado (Comisión de Regulación en Salud, 2011). Além disso, segundo Ahumada (1998), as EPS/ARS devem contratar os serviços de saúde das IPS constituídas, basicamente, por hospitais¹⁵, laboratórios, consultórios e outros centros de serviços de saúde. Dessa

¹⁴ Diferentemente das EPS, as ARS funcionam no âmbito local e não podem fazê-lo no nível nacional.

¹⁵ Nesse sistema, os hospitais passaram a ser denominados Empresas Sociais do Estado (ESE), sendo obrigados a competir por seus usuários, por meio do estabelecimento de contratos com as EPS/ARS. O pagamento das IPS por parte das EPS/ARS se dá pelo faturamento de serviços realizados e as tarifas são

forma, espera-se que as entidades se mantenham num regime de competição e que os usuários¹⁶ tenham a liberdade para escolher, tanto sua EPS/ARS quanto sua IPS.

Nota-se que o modelo estruturado no SGSSS colombiano é atraente para os defensores da doutrina neoliberal, pois incorpora todos os elementos centrais da lógica de mercado (tais como a livre concorrência e a livre escolha dos usuários) que, em sintonia com os mecanismos de regulação do Estado e de ‘solidariedade’ financeira entre ricos e pobres, dão vida ao modelo de competição regulada estabelecido pelos organismos financeiros internacionais (FMI e BM) para a elaboração das reformas sanitárias na América Latina.

Hernández (2002) acrescenta que o atual sistema de saúde colombiano parte da separação entre os serviços individuais e os serviços coletivos na saúde, deixando os primeiros a cargo do mercado (com competição regulada) e os segundos sob a responsabilidade do Estado. O autor menciona que o fundamento desta divisão se sustenta na teoria neoclássica dos bens. Assim,

A partir dessa perspectiva, os bens privados são aqueles que implicam um benefício individual diferenciado, pelo qual as pessoas estariam dispostas a pagar. Os bens públicos são só aqueles com altas externalidades positivas ou negativas, isto é, aqueles que afetam muitas pessoas em um sentido positivo ou negativo e que, pela mesma razão, deveriam ser custeados com recursos públicos porque ninguém estaria disposto a pagar por eles. (Banco Mundial, 1987, p. 996).

Como foi possível observar, o modelo da Lei 100/93 reuniu integralmente essas ideias. Não é forçoso dizer que talvez seja por essa razão que, em 2000, a OMS tenha avaliado o sistema de saúde colombiano como o de melhor desempenho da América Latina (OMS, 2000). Na opinião de Hernández (2001), são duas as motivações que sustentam esse indicador de avaliação da OMS. A primeira corresponde ao fato de que a

definidas livremente pelas EPS/ARS, com base no comportamento da oferta e da demanda (Hernández, 2000).

¹⁶ Na concepção neoliberal das questões sociais, as pessoas já não são tratadas como pacientes que esperam um serviço, senão como clientes/usuários que pagam por ele (Ahumada, 1998).

Colômbia foi o país latino-americano a seguir mais de perto os principais critérios do paradigma hegemônico das reformas sanitárias, no qual se baseia a avaliação realizada pela OMS; e a segunda, justifica-se porque parte dos técnicos que formularam tal modelo são os mesmos autores dessa avaliação, destacando-se a participação especial de Julio Frenk e Juan Luis Londoño, este, um ex-ministro de Saúde da Colômbia.

Não obstante, esse indicador de avaliação (com certeza) oculta os diversos problemas da RSS, que só começaram a se evidenciar depois de alguns anos de implantação do modelo, a saber: o aumento no gasto total em saúde; a falta de cobertura e acesso universal; a deterioração progressiva dos hospitais; a deficiência dos sistemas de controle; a baixa qualidade e eficiência na prestação dos serviços de saúde, entre outros (Agudelo, 1999; Céspedes-Londoño, Jaramillo-Pérez, & Castaño-Yepes, 2002; Eslava, 1999; Hernández, 2000, 2002; Homedes & Ugalde, 2005b; Málaga, Latorre, Cárdenas, Montiel, Sampson, de Taborda, Granados, & Pastor, 2000).

Vale ainda destacar que, em particular com relação ao incremento no gasto de saúde, esse modelo levou a Colômbia a um crescente déficit nas contas de seu SGSSS, já que os custos do sistema aumentaram significativamente após a reforma (Borges et al., 2012). No ano de 2007, por exemplo, o país destinou 7,7% de seu Produto Interno Bruto (PIB) para a área da saúde. Dessa porcentagem, 78,5% foram gastos públicos e grande parte desses recursos foi encaminhada ao financiamento de seguradoras e prestadoras privadas do país, sem, contudo, atingir progresso no acesso a serviços, melhoria no desempenho dessas empresas, nem diminuição das iniquidades em saúde (Alvarez, Salmon, & Swartzman, 2011; Calderón, Botero, Bolaños, & Martínez, 2011).

Essa constatação contribui para explicar porque o SGSSS, produto da reforma de 1993, que deveria, em tese, ser universal, equitativo, eficiente e de qualidade superior, apresenta vários problemas em torno a esses critérios, o que indica aliás que, até a

atualidade, não é possível falar em sucesso no cumprimento de qualquer um desses objetivos.

Com o predomínio da lógica de mercado no âmbito dos serviços de saúde, torna-se penoso sustentar que, na Colômbia, a saúde seja compreendida como um direito fundamental. Pelo contrário, o SGSSS tem perpetuado formas de proteção parciais e insuficientes que, por sua vez, tem dado origem a uma cultura individualista, uma vez que só são abarcados os interesses de alguns grupos primários, perdendo-se de vista a perspectiva solidária dos direitos e deveres de seus cidadãos (Hernández, 2000).

Portanto, nessas condições, o neoliberalismo tem avançado na Colômbia, desde o início, sem grandes obstáculos. Em comparação ao Brasil, pode-se dizer que não teve grandes tropeços em sua instauração e tampouco em seu posterior desenvolvimento. Sendo assim, é difícil alegar que a Colômbia tenha atuado na consolidação de um direito à saúde universal e inclusivo, já que seu atual modelo de competição regulada mantém elementos particulares que fazem conceber a saúde mais como um serviço de consumo individual, que se pode universalizar pela via do mercado, do que como um bem público a ser protegido pelo Estado.

2.1.3 As distintas reformas e suas implicações para os trabalhadores da saúde

Durante o início da década de 1990, foram realizadas grandes reformas políticas e sociais, mas, principalmente, econômicas, que ficaram consignadas na Constituição de 1991 (Colombia, 1991). De fato, na época, foram decretadas as “Reformas Estruturais da Economia”, nas quais se inserem a modernização do Estado (com a justificativa de torná-lo eficiente), a redução do gasto público, a reconfiguração dos organismos estatais

e a privatização das empresas públicas (Ahumada, 1998; Estrada, 2006). E, como se poderia prever, no campo do trabalho, seria imprescindível uma reforma laboral que acompanhasse esse modelo de abertura econômica, o que foi colocado em prática por meio da desregulação e da flexibilização das normas do trabalho, que promoviam uma adaptação às leis do mercado, à competição internacional e aos novos modelos tecnológicos (Estrada, 2006).

Desse modo, com a reforma laboral implantada pela Lei 50, de 1990 (Colômbia, 1990a), foi dado o primeiro passo para a flexibilização do mercado de trabalho colombiano. A Lei 50 dispunha sobre alterações do Código Substantivo do Trabalho¹⁷ (CST), tais como: possibilitar a fácil demissão coletiva, eliminar a obrigação da reintegração de trabalhadores demitidos após mais de dez anos de serviço, cessar a retroatividade do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS) para os trabalhadores admitidos depois de primeiro de janeiro de 1991, implantar o salário integral¹⁸, aprovar a jornada de seis horas para o trabalho em turnos, especificamente, para evitar o pagamento de adicional noturno, em fins de semana e feriados¹⁹, permitir os contratos por tempo determinado (inferior a um ano), criar os contratos civis de prestação de serviços (para o setor privado) ou a Ordem de Prestação de Serviços (OPS) (para o setor público) – esses contratos, no caso do Brasil, correspondem aos contratos dos trabalhadores autônomos – para suprimir o pagamento dos benefícios sociais

¹⁷ Documento legal que, na Colômbia, regula todas as relações de direito individual do trabalho de caráter particular e as relações de direito coletivo do trabalho, oficiais e particulares. Já as relações de trabalho dos servidores públicos são reguladas pela Lei 909, de 2004.

¹⁸ É o tipo de salário no qual se consideram já incluídos, no pagamento mensal, tanto o salário básico como o valor da previdência, os abonos e benefícios correspondentes ao trabalho noturno, dominical, em feriado, as bonificações legais e extralegis, o FGTS, subsídios e, em geral, todos os demais benefícios sociais que sejam estipulados nesta classe de contrato.

¹⁹ A partir da Lei 50, de 1990, o empregador e os trabalhadores podem acordar, temporária ou indeterminadamente, a organização de turnos de trabalho sucessivos durante todos os dias da semana (sem que sejam necessariamente de caráter contínuo) de forma que o turno não exceda seis horas e a carga semanal, trinta e seis horas. Nesses casos, o trabalhador receberá o salário correspondente à jornada ordinária de trabalho. Não se efetivando, portanto, o pagamento de horas extras, nem de abonos salariais adicionais para o trabalho nos domingos e feriados (Colômbia, 1990a).

(previdência social, férias, décimo terceiro salário, folga semanal remunerada, FGTS, etc.) e formalizar as agências de emprego temporário (Colombia, 1990a). Esses ajustes, evidentemente, trouxeram grandes e graves consequências para os trabalhadores colombianos, sobretudo, no que concerne à sua instabilidade. Eles perderam, assim, importantes benefícios conquistados em períodos anteriores pelos movimentos sindicais do país (Castaño, 2004).

Após a promulgação dessa lei, a reforma tem continuidade com a Lei 789, de 2002, a qual introduz novos elementos para flexibilizar, ainda mais, os contratos de trabalho: ampliação da jornada diurna de trabalho²⁰, diminuição do tempo da jornada noturna, redução de abonos salariais adicionais para o trabalho aos domingos e feriados e diminuição da indenização por demissão sem justa causa para os trabalhadores com dez ou mais anos de trabalho (Colombia, 2002).

É notório que a flexibilidade laboral tem se apresentado como estratégia perfeita pela qual o governo colombiano vem se desligando de suas responsabilidades no que se refere aos encargos laborais (Castaño, 2004). Assim sendo, no mundo do trabalho na Colômbia, a característica principal, desde a década de 1990, é a implantação de reformas laborais regressivas, cujo propósito é a eliminação progressiva das garantias conquistadas no passado pelos trabalhadores e a diminuição dos custos com a força de trabalho. Para tanto, agem na legitimação de práticas de desregulação, flexibilização e precariedade laboral.

Por sua vez, a Lei 100, de 1993 (Colombia, 1993), também teve desdobramentos na deterioração das relações de trabalho no campo da saúde. Ainda que a flexibilização do trabalho não tenha sido uma medida explicitamente consignada nessa lei, ela ocorre

²⁰ Antes da Lei 789, de 2002, a jornada diurna de trabalho era constituída desde as 6h00 até às 18h00. Após a reforma do Código Substantivo do Trabalho (Lei 789, de 2002), a jornada diurna foi ampliada, sendo configurada a partir das 6h00 até às 22h00, o que ocasionou prejuízos no pagamento dos abonos salariais adicionais, tanto das horas extras, como das horas noturnas.

devido ao corte dos recursos e à opção pela gestão privada no setor saúde, sob a justificativa de atingir maior eficiência (Jaramillo, 1997). Isso implica a promoção de diversos processos de reestruturação institucional voltados a favorecer mudanças nos tipos de contratos e, em decorrência, nas relações de trabalho. Dessa forma, foi-se priorizando a vinculação dos trabalhadores por meio de contratos instáveis e de curto prazo, assim como a diminuição (ou eliminação) da contratação dos trabalhadores por tempo indeterminado²¹ (ou, no caso do setor público, dos ‘concursados’) nos serviços de saúde, como estratégia para reduzir os custos fixos (Homedes & Ugalde, 2005a; Ugalde & Homedes, 2005).

Nessa corrida selvagem para baratear os custos laborais, as instituições de saúde – tanto do setor público como do privado – aumentam consideravelmente a contratação de seus trabalhadores por meio dos procedimentos de terceirização (Homedes & Ugalde, 2005a; Ugalde & Homedes, 2005). Isso acarreta também o congelamento das folhas de pagamento de trabalhadores concursados no setor público, bem como a diminuição de contratos de tipo indefinido no setor privado.

Pode-se dizer que, na Colômbia, os processos de flexibilização adotados, corporificados nas leis 50, de 1990 (reformas ao CST), 100, de 1993 (em que se cria o Sistema de Seguridade Social Integral) e 789, de 2002 (conhecida como a reforma laboral), junto com o modelo da competição regulada, característico de seu SGSSS, mudaram significativamente o contexto do trabalho no campo da saúde. Em decorrência, vão despontando novos protagonistas intermediários ligados à terceirização da força de trabalho, conformando distintas maneiras de contratação: cooperativas de

²¹ Na atualidade, na Colômbia, esse tipo de contrato alude à maior estabilidade laboral, que confere, portanto, melhores garantias para os trabalhadores do setor privado.

trabalho associado²² (CTA), agências de trabalho temporário e contratos de prestação de serviços; que perpetuam, por assim dizer, as práticas emergentes da doutrina neoliberal (Homedes & Ugalde, 2005a; Ugalde & Homedes, 2005).

Além das políticas de flexibilização, os trabalhadores da saúde têm vivenciado outras práticas que levam à deterioração de suas condições de trabalho, o que tem sido uma constante nesse campo, seja no setor público ou no setor privado. Como exemplo, podem ser citados o atraso, o corte e a retenção de seus salários; o não pagamento de seus abonos salariais previstos na legislação; as demissões em massa de trabalhadores justificadas pelo ‘alto custo’ de sua carga laboral; a limitação de recursos, equipamentos e instalações para trabalhar; a falta de autonomia dos profissionais na tomada de decisões pelo controle de custos; a falta de atualização e qualificação desses trabalhadores; a redução do tempo para a atenção aos pacientes (ou usuários); a restrição (e até proibição) de encaminhamentos a outros profissionais ou especialistas; a limitação do número de exames diagnósticos, medicamentos prescritos e número de dias de hospitalização; etc. (Homedes & Ugalde, 2005a, 2010; Ugalde & Homedes, 2005; Villar, 2004)

É assim que, sob o princípio da saúde como negócio, as instituições de saúde têm promovido práticas que comprometem seriamente as condições de vida de seus trabalhadores, repercutindo negativamente também na qualidade dos serviços prestados nesse campo. Critérios como produtividade, rentabilidade e eficiência, que regem a atividade do setor privado, dificilmente, vão resolver os conflitos que atravessam um

²² Este tipo de cooperativa representa para as instituições de saúde (e, em geral, para qualquer tipo de empresa) a melhor estratégia para a redução de custos com emprego. Intermediárias na relação empregador-empregado, essas entidades são criadas, exclusivamente, como mecanismo para a redução das garantias aos trabalhadores. Raramente regem-se pelos princípios cooperativos, não outorgam as vantagens que possuem a seus trabalhadores e só assumem sua natureza de economia solidária para evitar o pagamento de alguns impostos e, assim, concorrer mais facilmente com outras empresas de terceirização.

serviço social básico, como é o caso da saúde, já que, além de esses critérios responderem a um modelo ancorado em uma ideologia individualista, deterioraram as condições de vida e de trabalho de seus protagonistas.

Vale reiterar que a política neoliberal aplicada na Colômbia durante os últimos 24 anos tem trazido consequências nocivas para os trabalhadores da saúde e, em geral, para todos os cidadãos. Tanto a reforma da seguridade social quanto as reformas laborais têm significado uma transformação substancial nas relações de trabalho no campo da saúde, ‘flexibilizando’ ao máximo a força de trabalho e provocando a deterioração das condições laborais. Tal como assinala Ahumada (1998), fica evidente que, em vez de alcançar os objetivos de universalidade, solidariedade e eficiência, como se vislumbra no discurso de quem concebeu e implantou a RSS na Colômbia, o que se fez, na realidade, foi acentuar ainda mais as desigualdades no acesso a esse serviço social. Além disso, deve-se ressaltar que, como aconteceu com as outras reformas neoliberais, os grandes grupos econômicos e financeiros (nacionais e internacionais) foram os grandes beneficiados.

2.2 O SUS: um caminho ainda em construção ou em desconstrução?

A experiência da reforma da saúde brasileira tem peculiaridades que a diferenciam do contexto predominante na América Latina descrito até o momento. Assim como os outros países dessa região, o Brasil também viveu uma intensa crise econômica durante a década de 1980, agravada pela dependência externa que mantinha

com o FMI, que veio a impedir o investimento necessário para a consolidação de sua seguridade social.

Porém, apesar desse quadro socioeconômico particular, a saúde no Brasil figura como um direito de todos os cidadãos em sua Constituição Federal de 1988, graças à influência exercida pelo Movimento Sanitário e pelo Movimento Popular de Saúde, cujo objetivo principal era a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Esses movimentos que surgiram no final do período da ditadura militar, lutaram fortemente pela implantação de um Sistema Nacional totalmente público. No embate político da constituinte, no entanto, acabou sendo aprovado um sistema público que abria uma brecha para a ‘participação’ do privado. Apesar disso, o SUS, embora tenha, então, surgido em um cenário neoliberal e dentro de um contexto econômico crítico, consegue se instaurar em oposição ao imperialismo econômico que via no setor da saúde novos mercados potenciais, adotando uma perspectiva da saúde socializada (Campos, 1997). Esse fato está estreitamente relacionado ao espírito que imperava no período de abertura política do país, que culminou com a promulgação da Constituição Federal.

Entretanto, deve-se dizer que, no seu processo de consolidação, o SUS tem sofrido diversas modificações, sempre propensas à privatização, o que será discutido de forma mais detalhada no próximo item. A seguir, veremos também que se configura como um dos maiores Sistemas Públicos de Saúde da América, possuindo diferenças substanciais em relação a seus vizinhos latino-americanos.

2.2.1 Lembrando a sua história

Na década de 1980, a realidade social do Brasil era de exclusão da maior parte dos cidadãos do direito à saúde, o qual era constituído pela assistência oferecida pelo

Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Esse serviço era restrito aos trabalhadores que contribuía com a previdência social, ou seja, aos empregados com carteira assinada.

Segundo Campos (2007), até a configuração do SUS, a Previdência Social, sob a responsabilidade do Estado, funcionava como:

Um grande seguro estatal, que mais dinamizava o mercado da saúde do que o substituía. A lógica da compra de serviços de consultórios, hospitais privados e filantrópicos baseava-se na contabilidade de procedimentos realizados, funcionando o Estado como intermediário entre os prestadores privados e o consumidor. Observava-se a preservação da centralidade da remuneração por procedimento diagnóstico ou terapêutico presente na racionalidade do modelo liberal. (p.1868).

Na mesma perspectiva, Paim (2009) descreve o antigo sistema de saúde que funcionava no Brasil como: insuficiente, centralizado, autoritário, ineficiente, inadequado, corrupto e injusto; e destaca que foi contra essas características e, em geral, contra a crise da saúde, que movimentos sociais engajados politicamente se mobilizaram em prol, enfim, da superação do então sistema de saúde.

O SUS surge como um projeto político e democrático predominantemente público num cenário econômico neoliberal e numa conjuntura em que o setor público suscitava uma profunda desconfiança no estabelecimento de políticas sociais (Campos, 1997; Fleury, 2009). Caberia, assim, perguntar como foi possível a criação de um Sistema Único de Saúde num momento histórico tão desfavorável? Mais especificamente, indaga Campos (2007), como pode ser conquistada a implantação do SUS no mesmo período que o imperialismo estava em busca de novos mercados no setor da saúde?

Camargo (2009) e Paim (2009) coincidem em afirmar que fatores como a crise do setor da saúde, a vivência de uma ditadura militar por 21 anos e características singulares do 'sistema' anterior que regia a saúde fizeram com que segmentos sociais se

organizassem para a reivindicação de mudanças radicais. Desse modo, no período final da década de 1970, começou a configurar-se o Movimento Sanitário em defesa de uma ampla reforma na saúde (Camargo, 2009; Campos, 1997, 2007; Cordeiro, 2004; Fleury, 2009; Paim, 2009; Santos, 2006, 2008a; Scarcelli & Junqueira, 2011).

Grande parte dos ativistas desse movimento era composta por profissionais, pesquisadores e docentes de diversas organizações que prestavam serviços estatais de atenção à saúde no período anterior ao SUS (Campos, 2007). Esses trabalhadores participaram ativamente na construção da Reforma Sanitária Brasileira, projeto político que, como mencionam Waitzkin, Iriart, Estrada e Lamadrid (2001), fazia parte da agenda do “Movimento Latino-Americano de Medicina Social”. Conhecido no Brasil como “Saúde Coletiva”, esse movimento perseguia mudanças no sistema de saúde por meio do empoderamento de seus trabalhadores e usuários, partindo do pressuposto da determinação social no processo saúde-doença (Campos, 2007; Cordeiro, 2004; Fleury, 2009; Paim 2009).

É admirável observar que nas décadas de 1970 e 1980 – mesma época em que se introduz a proposta internacional sobre APS de Alma Ata – integrantes do Movimento Sanitário colocaram em prática significativas experiências que, apesar de pontuais, apresentavam-se como alternativas à lógica neoliberal; todas elas com o importante intuito de salvaguardar o bem público sobre o interesse privado. Importante assinalar que, se a proposta de Reforma Sanitária defendida pelo Movimento Sanitário abarcava um conjunto de mudanças sociais, políticas e econômicas traduzidas em um sistema de saúde, sua concepção e elaboração transcendiam as políticas estatais (Paim, 2009). Assim sendo, as diretrizes que orientaram esse processo, segundo Fleury (2009), foram:

- Um princípio ético normativo que insere a saúde como parte dos direitos humanos;
- Um princípio científico que compreende a determinação social do processo saúde-doença;

- Um princípio político que assume a saúde como direito universal inerente à cidadania em uma sociedade democrática;
- Um princípio sanitário que entende a proteção à saúde de forma integral, desde a promoção, passando pela ação curativa até a reabilitação. (pp. 71-72).

Dessa maneira, foram os integrantes do Movimento Sanitário, trabalhadores, ativistas e intelectuais, que formularam a política, as diretrizes e até o modelo operacional do SUS. Foi esse movimento que, na esteira da luta pela redemocratização do Brasil, colocou a reforma sob a égide da defesa do direito à saúde, assumindo um caráter anticapitalista e uma busca pela profunda transformação política e cultural, capaz de viabilizar a saúde como um bem público (Campos, 1997, 2007; Fleury, 2009).

Foi assim, no marco da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, que se começou a trilhar no Brasil o caminho que levaria à garantia do acesso à saúde como direito social universal. De acordo com Scarcelli e Junqueira (2011), esse evento representou um dos momentos históricos da luta pela universalização da saúde no país. As resoluções estabelecidas nessa conferência foram defendidas pelos militantes da reforma sanitária na Assembleia Nacional Constituinte (entre 1987 e 1988), conquistando vitórias parciais que, logo depois, passariam a ser consolidadas no capítulo “Saúde” da Constituição Federal do Brasil (Brasil, 1988).

Portanto, pode-se afirmar que a Reforma Sanitária Brasileira obteve sua maior legitimação com a promulgação da Constituição Federal de 1988, na qual se definiu a saúde como “direito de todos e dever do Estado” (Brasil, 1988, p. 116), dando lugar à construção e à operacionalização do SUS, mediante a Lei 8.080, de 1990 (Brasil, 1990), conhecida como Lei Orgânica da Saúde, que regulamentou as obrigações do Estado em relação à saúde da população (Paim, 2009; Scarcelli & Junqueira, 2011).

Sendo o SUS um sistema que organiza os serviços de saúde no âmbito público, é necessário compreendê-lo a partir dos princípios que o inspiraram. Seus princípios

doutrinários são a *universalidade*, a *igualdade* e a *integralidade*. Já entre os princípios organizativos fundamentais do SUS estão: a *descentralização* da gestão por meio da municipalização; a *regionalização* com hierarquização da atenção e a gestão participativa com *controle social* do governo pela sociedade civil, isto é, a participação popular dos usuários na gestão e no controle do sistema (Scarcelli & Junqueira, 2011). Na opinião de Campos (2007), esse último princípio, do *controle social*, foi uma das diretrizes mais originais e inovadoras do SUS, em comparação com outros sistemas nacionais de saúde, tendo sido conformada por meio da exploração de diferentes modelos de participação comunitária.

Não obstante, como já introduzido, a criação do SUS acontece num período histórico em que o debate ideológico beneficiava o projeto neoliberal. Ao analisar esse fato, Fleury (2009) afirma que:

A opção pelo fortalecimento do Estado e por sua democratização, neste contexto global, aparece hoje como uma falsa consciência que impediu os atores sociais e os constituintes de divisar o horizonte restritivo que já se apresentava, no qual se impunha como inevitável a saída via fortalecimento do mercado. (p. 50).

Todavia, a autora também ressalta que:

A seguridade social, como princípio reitor da proteção social, consagrado na Constituição Federal de 1988, não foi concluída organizacional, financeiramente ou em relação ao padrão de benefícios e à cobertura. No entanto, segue como norteador dos movimentos e lutas sociais atravessando a burocracia pública, na defesa dos direitos sociais universais, tendo demonstrado sua capacidade de resistência às conjunturas mais adversas. (p.71).

Pode-se dizer que é esse, paradoxalmente, o contexto que sustenta a aprovação do SUS (com suas disposições legais). Conforme já mencionado, o debate que envolveu a criação do SUS abriu a possibilidade de inclusão do setor privado no sistema (Campos, 1997, 2007; Cordeiro, 2004; Fleury, 2009; Paim, 2009), cujas características e consequências serão tratadas a seguir.

2.2.2 *As contradições da convivência entre o público e o privado no SUS*

Apesar de o SUS ser um sistema de saúde de caráter público e uma das maiores conquistas do Movimento Sanitário no Brasil, autores como Campos (2007), Cordeiro (2004), Fleury (2009) e Santos (2006, 2008b) concordam que, desde seu início, esse sistema se configurou como uma reforma incompleta, tanto por seus problemas de gestão e financiamento, quanto pela dificuldade de estabelecer todos os seus princípios doutrinários²³: universalidade, igualdade e integralidade.

O principal aspecto a ser destacado nesse sentido é o parágrafo 1º do artigo 199 da Constituição Federal de 1988, no qual se lê que “as instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos” (Brasil, 1988, p. 118). Essa contradição se explica justamente porque o SUS foi alvo de disputa entre os diferentes posicionamentos na Assembleia Constituinte. A respeito dos interesses privados e dos valores capitalistas de mercado que teriam sido parcialmente derrotados na criação do SUS, Campos (2007) lembra que:

A convivência na democracia é variada e múltipla: a derrota de atores sociais e de seus projetos é situacional e costuma não os eliminar do cenário político e institucional. Assim os interesses e valores derrotados sempre retornam, sempre, ainda que travestidos com a moda conveniente em cada conjuntura. (p. 1869).

Para o autor, o acordo constitucional que cria um sistema de saúde público com participação privada insere grandes desafios à viabilização do direito à saúde para toda a população. Desse modo, o projeto político da medicina socializada (contrário ao projeto

²³ A Reforma do Sistema de Saúde baseou-se no esquema da Atenção Básica em Saúde (ABS), que pode ser considerada a versão brasileira da proposta de Atenção Primária em Saúde (APS) da declaração de Alma Ata, na tentativa de adotar os princípios proclamados.

neoliberal) no setor da saúde transformou-se em um sistema de saúde que não impediu a permanência do subsistema privado, tampouco conseguiu instituir a progressiva estatização do setor no Brasil, idealizada pelo Movimento Sanitário (Campos, 1997, 2007). Segundo Campos, essa dicotomia do público-privado vem se tornando, ao longo da implantação do SUS, o maior desafio da reforma sanitária, evidenciado em uma herança da tradição liberal na produção de saúde, que se encontra ancorada na estrutura organizacional e no modelo assistencial do SUS.

O projeto neoliberal para a saúde sempre esteve em curso no Brasil. Além de terem sido mantidos serviços privados de saúde paralelamente ao sistema público – destacando-se as empresas seguradoras de saúde –, Campos (1997, 2007) menciona que a oposição liberal-privatista articulou diversos cenários de confrontos com a proposta do SUS, todos eles voltados para um mesmo fim: mercantilizar a saúde. Na década de 1990, o neoliberalismo, expresso no país pela dívida externa, impediu o governo de garantir políticas sociais, argumentando uma postura econômica de austeridade fiscal e redução de gastos sociais. Pode-se identificar esse momento como um dos mais críticos atravessados pelo SUS; em decorrência das pressões neoliberais, comprometeu-se a institucionalidade do sistema, que foi fragmentado, mercantilizado e subfinanciado (Borges et al., 2012).

Dessa forma, tal como ressalta Paim (2009), contraditoriamente, o mesmo Estado que constituiu o SUS como um projeto de medicina socializada mantém e fomenta a lógica neoliberal dentro do setor da saúde. Por conseguinte, algumas das implicações práticas são experimentadas no interior do SUS, tanto em sua estrutura administrativa, como em seu modelo assistencial. Exemplo particular desse panorama é o constante subfinanciamento do sistema, que limita sua capacidade de investimento na ampliação da cobertura assistencial, degradando as estruturas públicas e impedindo a

melhora da gestão dos serviços, para, assim, justificar sua privatização (Borges et al., 2012; Paim, 2009).

Avançando um pouco, é possível afirmar que, além de não se ter conseguido implantar o SUS como um sistema público em sua totalidade, diversos mecanismos têm sido introduzidos progressivamente, levando a uma desconstrução do sistema ainda hoje instituído. Noutras palavras, variadas ações vêm levando o SUS num movimento constante e linear em direção à sua privatização, ou seja, deslocando-o de seu projeto inicial socialista para um de corte neoliberal.

Nesse sentido, com o objetivo de melhor caracterizar o movimento em curso no Brasil, será empregado o termo “privatização do SUS” (Borges et al., 2012). Vale esclarecer que esse termo não define o SUS como um sistema de saúde privado, mas, ajuda a descrever o fenômeno neoliberal de deslocamento do sistema em direção ao modelo hegemônico proposto pelos organismos financeiros internacionais. Como exemplo desse cenário, Borges et al. (2012) explicam que,

Considerando que o fim de todo processo privatizante é tornar a saúde um bem de mercado, acredita-se que tal fim é um provável resultado do movimento de privatização do SUS. Todos os passos em direção a terceirizações, subfinanciamento, financiamento público do setor privado, deterioração das unidades públicas e geração de crises pela mídia parecem combinados num mesmo plano neoliberal, que seria de transformar o SUS num sistema residual anexo ao subsistema privado. (pp. 96-97).

É a partir desses pressupostos que vai tomando força a privatização do sistema de saúde brasileiro, pois elementos como o subfinanciamento, o desgaste da estrutura pública, a fragmentação da força de trabalho e a conseqüente desorganização da oferta de serviços passam a justificar, no âmbito político, um projeto mercantilista para a saúde (Paim, 2009), que vai na direção contrária ao projeto de medicina socializada defendido pelo Movimento Sanitário. Dessa forma, nota-se que a estratégia ideológica utilizada no Brasil, de empregar todos os dispositivos necessários para fazer a sociedade

acreditar que o papel desempenhado pelo Estado na provisão de serviços essenciais, como o da saúde, não é eficiente nem tem qualidade é a mesma que sustentou a reforma de cunho neoliberal no sistema de saúde colombiano.

Algumas experiências (que serão examinadas com maior detalhe no próximo item) relativas ao movimento que está encaminhando o SUS à sua privatização evidenciam uma tendência clara de redução e redefinição das funções realizadas pelo setor público, assim como, de ampliação e redefinição das funções assumidas pelo setor privado. Tal constatação pode confirmar o processo de transição que se vivencia na atualidade em direção à adoção de modelos de livre mercado baseados em enfoques individualistas na política social do Brasil.

Conforme explicam Borges et al. (2012), com a finalidade de promover a privatização do SUS, torna-se indispensável propiciar condições que viabilizem o desmonte das estruturas públicas de saúde, o que se faz com as desvinculações, tanto da gestão como da força de trabalho, do sistema de saúde. São exatamente esses os tipos de instrumentos da política privatizante que vêm sendo introduzidos, predominantemente, no sistema de saúde brasileiro durante seus mais de vinte anos de funcionamento: a desvinculação da força de trabalho da estrutura do sistema de saúde; a redução do papel de provedor do Estado, cuja responsabilidade é transferida para organizações da iniciativa privada, e a implantação de um novo modelo organizacional no gerenciamento público da saúde, com a inserção de princípios do “*new management*” (Blanch-Ribas, 2007), instrumentos estes discutidos, brevemente, a seguir.

2.2.3 *Terceirização, organizações sociais e “new management” no SUS*

Uma das questões neoliberais de maior importância para a gestão do trabalho na saúde reside, especialmente, na desvinculação dos trabalhadores de carreira²⁴ do sistema. Como resultado da agenda econômica do FMI com relação ao Brasil, foi estabelecida a Lei de Responsabilidade Fiscal (Brasil, 2000), a qual estipula que os gastos com folha de pagamento não podem exceder a 60% do orçamento governamental em todos os setores, incluindo o da saúde. Sob uma aparência moralizadora dos gastos públicos, essa lei desencadeou graves problemas (sobretudo para os municípios), já que, no setor da saúde, o maior custo diz respeito aos recursos humanos (Borges et al., 2012). Dessa maneira, mencionam estes autores, os gestores passaram a terceirizar a contratação de pessoal para que os valores respectivos começassem a figurar na contabilidade sob a rubrica ‘prestação de serviços’ ao invés de ser discriminado como ‘gasto com folha de pagamento’. Não se tratando de uma mera operação, no que concerne às relações de trabalho, essa lei e as práticas decorrentes trouxeram enormes prejuízos, tanto para os trabalhadores como para a integração do SUS.

Deve-se lembrar que, no Brasil, os servidores públicos são regidos por estatutos que lhes conferem estabilidade no emprego, enquanto aqueles que são contratados por serviços terceirizados têm seus contratos regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), tal qual os trabalhadores do setor privado, o que os torna mais vulneráveis. E, quanto mais instáveis as relações de trabalho dos servidores públicos,

²⁴ Trata-se de trabalhadores que fazem sua trajetória profissional como servidores públicos. Importante explicar que se denominam servidores públicos todos aqueles que oficialmente mantêm um vínculo empregatício com o Estado, exercendo cargos ou funções públicas nas entidades governamentais de âmbito estadual, distrital, federal ou municipal, cujo ingresso se dá por meio de aprovação em concurso público. Uma das principais características dos servidores públicos é sua estabilidade estatutária, que impossibilita, portanto, sua demissão sem justa causa.

mais fácil se torna a adoção de medidas de caráter privatizante. Desse modo, com a fragmentação e a instabilidade da força de trabalho, se constituem normas voltadas à descontinuidade de ações, à inserção de interesses privados e ao desenvolvimento da privatização de serviços públicos de saúde (Cordeiro, 2001; Pierantoni, 2001; Santos, 2006).

Segundo Pereira (2004) e Pierantoni (2001), a contratação de profissionais da saúde por meio de organizações sem fins lucrativos vem sendo uma das formas mais utilizadas para a fragmentação do SUS por meio da desvinculação de sua força de trabalho. Os salários, comumente, são inferiores; os contratos, na sua maioria, são precários e a mobilidade de trabalhadores é alta por causa da influência política que se exerce em relação à inserção dessas pessoas em empresas de prestação de serviços terceirizados.

Além disso, essas formas alternativas de administrar/contratar conformam grupos significativamente distintos no mesmo local de trabalho, isto é, a convivência entre trabalhadores concursados e trabalhadores contratados por instituições terceirizadas (estatutários em oposição a terceirizados) não só propicia uma competição interna dentro do sistema, senão, também, impede a união de trabalhadores que poderiam conseguir (ou exigir) melhorias em suas condições de trabalho (Bernardo et al., 2013).

Cabe ressaltar que este tipo de gestão de pessoal coloca em posição de desvantagem os funcionários terceirizados, que mantêm vínculos de trabalho precários (sem proteção social) e se subordinam a uma dupla administração (à empresa contratante e ao SUS). Essa situação, em geral, inviabiliza a participação deles em planos de carreiras e salários. Todos esses fatores levam à pouca identificação desses

trabalhadores com o SUS enquanto política pública (Cordeiro, 2001; Pereira, 2004; Pierantoni, 2001).

Ainda no campo da gestão, Borges et al. (2012) afirmam que é com base na premissa de que os servidores públicos têm sua atuação muito limitada pelas normas rígidas que devem seguir que a ideologia neoliberal defende a privatização do SUS; argumentando, nesse sentido, que só a agilidade própria ao regime privado seria capaz de atender aos diferentes desafios alocados no campo da saúde. Conforme explicam os autores:

De acordo com o Direito Administrativo, o agente público só pode atuar no estrito rigor da lei e das normas, agindo somente de acordo com a letra da lei. Não havendo precedente legal ou norma reguladora, o agente público não pode atuar. (p. 102).

Assim, esses argumentos têm justificado a desvinculação da gestão, pelo Estado, das unidades públicas para o chamado setor público não estatal, em especial, para as chamadas Organizações Sociais (OS), entidades privadas, supostamente, sem fins lucrativos, que possuem a finalidade de criar parcerias com os governos para assumir a gestão das unidades de saúde (Secretária de Saúde do Estado de São Paulo, 2011).

Desta forma, evidencia-se uma significativa inserção de processos de terceirização do gerenciamento do SUS com organizações sociais em distintos estados e municípios do Brasil, sendo uma das principais premissas a sustentar tais processos a crença, proclamada pelos neoliberais, na ‘eficiência’ administrativa, que atribuem às OSs porque atuam com instrumentos do direito privado (Pereira, 2004).

Essa realidade é muito similar àquela descrita por Blanch-Ribas (2007) quanto à progressiva implantação que vem ocorrendo no setor público de diversos países de um modelo organizacional, definido pelo autor como “capitalismo organizacional”, o qual seria:

[...] desenhado e gerenciado segundo a lógica da economia de mercado, no qual se destacam a retórica da produtividade, eficiência e competitividade; o axioma relativo ao lucro, o individualismo e livre concorrência; a estratégia *minimax* (maximização dos benefícios do capital e minimização dos custos com pessoal); a política da desregulação das relações de trabalho; a tática de avaliação por resultados em curto prazo. (p. 15).

Essa nova lógica da organização do trabalho, menciona Blanch-Ribas (2007), rege o mundo capitalista na atualidade e se apoia em princípios do “*new management*”, como se observa na inserção de palavras-chave como eficiência e eficácia, conceitos hipervalorizados no setor privado.

De fato, esse fenômeno parece predominante no gerenciamento público direto das unidades de saúde do SUS em diversas regiões do país. Daí Bernardo et al. (2013) assinalarem que esse tipo de gerenciamento público vem se configurando com “a substituição de uma lógica voltada para a finalidade social por um modelo organizacional capitalista, que prioriza a competição e a produtividade em detrimento da qualidade do serviço realizado, juntamente com a precarização dos vínculos empregatícios” (p.123).

Considerando esse cenário, é pertinente afirmar que a parceria com as OSs privatiza o SUS, uma vez que atua na desvinculação de sua força de trabalho da estrutura do sistema de saúde. Assim, aqueles que defendem o projeto da reforma sanitária brasileira parecem ter razão ao acreditarem que a entrada de entidades privadas na gestão de serviços de saúde, em especial, constitui o arcabouço institucional para a privatização do SUS, visto que atende aos diferentes interesses corporativos (Borges et al., 2012).

Dessa maneira, é plausível a indagação: continua sendo o SUS um ‘sistema em construção’, conforme afirma Paim (2009), ou seria ele um sistema em ‘desconstrução’?

3

Transformações no mundo do trabalho na contemporaneidade e seus impactos no setor da saúde

As crises financeiras servem para racionalizar as irracionalidades do capitalismo.

– David Harvey

Segundo Antunes (1998), apoiado na teoria marxista, o sistema capitalista possui como base a propriedade privada dos meios de produção e pauta-se em relações fundadas na exploração de uma classe sobre outra, mediadas por um regime de assalariamento. Assim sendo, não se tem dificuldade para considerar as contradições e injustiças em que este sistema se sustenta.

O capitalismo tem sua trajetória marcada por diversos períodos de expansão e retração, além de transformações na organização do trabalho e, conseqüentemente, dos trabalhadores. Portanto, é nesse cenário, balizado por avanços e retrocessos desse sistema, que desejamos abordar, brevemente, as transformações do mundo do trabalho no final do século XX, para, em seguida, apresentar suas repercussões sobre os trabalhadores do setor da saúde pública, que definem o escopo da presente pesquisa.

Uma das características mais significativas do capitalismo contemporâneo respeita à instauração de um novo modo de produção, conhecido como “regime de

acumulação flexível” (Harvey, 1992). O aumento da competição internacional, em um período de mudanças e incertezas, obrigou os Estados capitalistas a favorecerem um ambiente dos negócios, facilitando e motivando a introdução de novas alternativas de produção, caracterizadas por uma maior flexibilidade dos mercados, pela mobilidade geográfica e pelo estabelecimento de rápidas mudanças nas práticas de consumo (Antunes, 1998; Bauman, 1999; Pochmann, 2000). Ante essas imposições, o regime de acumulação flexível também introduz vultuosas alterações nos modelos da organização do trabalho, com a finalidade (e a necessidade) de conter a força dos trabalhadores. Isso configurou um novo contexto nas relações de trabalho, no qual prevaleceu uma característica em particular, que se pode denominar “flexibilidade laboral” (Antunes, 1999, 2005; Bernardo, 2009; Gounet, 2000; Harvey, 1992, 2011)²⁵.

Nas fábricas, essas transformações implicaram alterações dos modos de produção, seja no que diz respeito aos aspectos internos das empresas (organização da produção e do trabalho), que são de nosso especial interesse, seja no que diz respeito à relação entre empresas (as cadeias produtivas). Importa-nos, como introduzido, sobretudo as mudanças ocorridas nas relações trabalhistas e nas formas como o trabalho é organizado, que afetaram todos os setores da sociedade.

No que se refere às relações de trabalho nesse novo contexto, pode-se pontuar a expressiva redução do número de trabalhadores “centrais”²⁶ em paralelo à crescente contratação de uma força de trabalho de fácil remoção (Antunes, 2005; Harvey, 1992). Do mesmo modo, convém destacar que as transformações ocorridas incluíam a

²⁵ Esse processo de mudanças no mundo do trabalho é bastante complexo e envolve vários aspectos, que não serão abordados aqui, tendo em vista que não perfazem o tema desta tese. Para melhor compreensão das condições e características da implantação desse novo modelo, ver Antunes (1999, 2005); Bernardo (2009), Harvey (1992), entre outros.

²⁶ Faz-se referência a empregados em tempo integral, que gozam de maior segurança e bons benefícios trabalhistas. Esse grupo de trabalhadores deve passar a atender às expectativas de ser flexível e, facilmente, adaptável (Harvey, 1992).

informalização, a intensificação e o desemprego, gerando, igualmente, práticas de desregulamentação, terceirização e precarização do trabalho.

Tal contexto, juntamente com os novos modelos de organização do trabalho, impõe grandes e permanentes desafios aos trabalhadores, tais como: o cumprimento das diversas exigências cotidianas, o envolvimento com a concorrência do mercado, a aprendizagem constante das novas tecnologias, o saber agir diante de um contexto em frequente transformação, etc. (Bernardo, 2009). Porém, uma das exigências mais influentes e categóricas dessa mudança na vivência cotidiana dos trabalhadores, trata-se da “individualização” das relações de trabalho, tal como define Linhart (2000):

Trata-se de uma evolução central e determinante. A empresa moderna pretende ser uma empresa de indivíduos com os quais ela pode estabelecer relações de confiança. Ela reivindica a confiança dos assalariados e quer também poder confiar neles. Todas as políticas empresariais de modernização têm por objetivo uma empresa constituída, sobretudo por indivíduos cujas relações com a hierarquia e os colegas sejam claramente estabelecidas em função das necessidades da organização e da eficácia das atividades; que por sua natureza, escapam ao controle e não são passíveis de condução pela hierarquia. (p. 27).

Essas transformações introduzidas pelo regime de acumulação flexível no campo da organização e das relações do trabalho podem ser resumidas assim, nas palavras de Antunes (1999):

A desregulamentação enorme dos direitos do trabalho, que são eliminados cotidianamente em quase todas as partes do mundo onde há produção industrial e de serviços; o aumento da fragmentação no interior da classe trabalhadora; a precarização e terceirização da força humana que trabalha; a destruição do sindicalismo de classe e sua conversão num sindicalismo dócil, de parceria, ou mesmo em um ‘sindicalismo de empresa’. (p. 53).

É dessa forma que o novo regime da acumulação flexível, tendo na ‘flexibilidade laboral’ seu principal distintivo e potente mecanismo, é capaz de introduzir mudanças significativas, tanto no sistema de produção quanto na organização e nas relações de trabalho nos diversos setores, de modo a engendrar uma tessitura socioeconômica totalmente afinada com a doutrina neoliberal, sustentada pela desregulamentação,

fragmentação, estratificação, intensificação, terceirização e precarização do trabalho, inclusive no setor público, nosso o foco.

3.1 Características do trabalho no contexto neoliberal e suas consequências para os trabalhadores

O trabalho possui um significado maior do que o ato de trabalhar ou de vender sua força de trabalho por uma remuneração. Existe também uma representação social do trabalho, enquanto fator de integração, reconhecimento e cooperação. Segundo Antunes (1998), “O ato de produção e reprodução da vida humana realiza-se pelo trabalho. É a partir do trabalho em sua cotidianidade que o homem torna-se ser social, distinguindo-se de todas as formas não humanas” (p. 121). Do mesmo modo Lacaz (2007) faz referência ao “processo de trabalho”, no qual se inscrevem as relações sociais de produção estabelecidas entre capital e trabalho, a fim de ressaltar a determinação social e histórica na compreensão das relações trabalho e saúde-doença. Nesse sentido, o autor afirma:

Importa, então, desvendar a nocividade do processo de trabalho sob o capitalismo e suas implicações: alienação; sobrecarga e/ou subcarga; pela interação dinâmica de “cargas” sobre os corpos que trabalham, conformado um nexos biopsíquico que expressa o desgaste impeditivo da fluência das potencialidades e da criatividade. (pp. 759-760).

A busca inerente ao capitalismo pela maior acumulação do lucro leva à intensificação do trabalho e, conseqüentemente, à fragilização da saúde do trabalhador. Aspectos relativos à organização do trabalho, tais como: a carga e o ritmo do trabalho, o conteúdo das tarefas, a duração da jornada, a hierarquização estabelecida, o trabalho em

turnos e o controle na produção desencadeiam doenças físicas e psíquicas dos trabalhadores, o que favorece o sofrimento e os processos de adoecimento.

Sato e Bernardo (2005) se referem ao vínculo existente entre a organização do trabalho e a saúde mental, assinalando que aspectos como: a pressão pela produção, a falta de autonomia pelo controle excessivo no trabalho, o ritmo acelerado, a sobrecarga de responsabilidades, a ameaça do desemprego e o aumento da competitividade estão estreitamente relacionados com os sintomas de ordem psíquica. Igualmente, Franco, Druck e Seligmann-Silva (2010) mencionam a identificação de um conjunto de transtornos mentais associados a estudos de saúde mental relacionado ao trabalho, entre os quais se encontram: estresse, depressão, esgotamento profissional (Burnout), estresse pós-traumático (TEPT) e a dependência de bebidas alcoólicas e a outras substâncias psicoativas.

O psiquiatra francês Louis Le Guillant (1900-1968) foi um dos pioneiros nos estudos sobre a influência da organização do trabalho no adoecimento mental. Seu estudo sobre as telefonistas (Le Guillant, 1984), realizado na década de 1950, proporcionou evidências sobre os efeitos nocivos para a saúde que trazem a intensificação do trabalho e o controle exercido pelo poder hierárquico. O autor expõe que a organização do trabalho é a responsável pela constituição de constrangimentos, pelas pressões ou imposições que desorganizam o equilíbrio psicofisiológico e mental dos trabalhadores. A esse respeito, Sato e Bernardo (2005) acrescentam que os problemas reconhecidos por Le Guillant não só continuam se reproduzindo na atualidade, mas também se ampliam com a intensificação do trabalho e a sofisticação do controle possibilitada pelos avanços tecnológicos. Assim, as repercussões da organização do trabalho das telefonistas, analisadas por Le Guillant, copiam-se de

maneira ainda mais intensa com os operadores de teleatendimento da atualidade, por exemplo.

Sato e Bernardo (2005) ainda descrevem como recorrente o fato de os trabalhadores que procuram tratamento por Lesões de Esforço Repetitivo (LER) também relatarem sintomas psíquicos. Os trabalhadores costumam atribuir a aspectos da organização do trabalho a responsabilidade pelos dois tipos de problemas de saúde, sendo expressões como “ritmo alucinante”, “trabalho incessante”, “loucura” e “desespero” utilizadas com frequência nas declarações dos trabalhadores para ilustração da intensidade de seu sofrimento.

Aqui vale destacar outro aspecto de relevante interesse na relação entre a organização do trabalho e a saúde mental. De acordo com Sato e Bernardo (2005), ainda hoje o trabalhador não se sente ‘autorizado’ a manifestar os problemas de saúde mental vinculados ao trabalho e, por isso, geralmente, demandam assistência profissional com apenas queixas físicas – especialmente LER. Assim, somente quando indagados referem-se à presença de sintomas de ordem psíquica: depressão, insônia, ansiedade, desequilíbrio emocional, entre outros, os quais eram, de fato, vivenciados há mais tempo – e, muitas vezes, com maior intensidade – do que os sintomas físicos. Esses, por sua vez, são atribuídos à tensão constante das situações de pressão, ao controle excessivo do trabalho e à falta de autonomia; propriedades distintivas de sua organização de trabalho.

São diversos os aspectos de tipo econômico, político, social e institucional que configuram as atuais características do trabalho a influenciar diretamente a subjetividade do trabalhador, de que decorrem múltiplas repercussões de ordem física e psíquica. No entanto, pode-se destacar uma especial conexão entre as formas de organização do trabalho, ressaltando-se suas diretrizes gerenciais específicas, e o

desgaste da saúde mental dos trabalhadores (Franco et al., 2010; Sato & Bernardo, 2005; Seligmann-Silva, 2011).

Cabe esclarecer que a noção de desgaste foi apresentada primeiramente por Laurell e Noriega (1989) quando, com base em uma compreensão marxista do processo saúde-doença, fazem a defesa de que o par saúde-doença no trabalho deve ser compreendido a partir das relações de produção capitalistas.

Assim, conservando a lógica desses preceitos, Seligmann-Silva (2011) vai definir que o desgaste é “produto de uma correlação desigual de poderes impostos sobre o trabalho e sobre o trabalhador, acionando forças que incidem no processo biopsicossocial saúde-doença. Ou melhor, uma correlação de poderes e forças em que o executante do trabalho se torna perdedor” (p. 135). Ao focalizar especificamente o desgaste mental, a autora explica que ele pode ser causado, tanto pela exposição a substâncias químicas ou por acidentes de trabalho (desgaste orgânico do psiquismo), quanto pela falta de condições adequadas no ambiente para a execução do trabalho, todos esses fatores que podem levar ao sofrimento ou até a doenças mentais. Dessa forma, para compreender a relação saúde-trabalho, Seligmann-Silva (2011) parte de uma perspectiva de caráter integrador, de acordo com a qual é indispensável considerar o contexto sócio-histórico que determina tal relação.

Outros importantes autores de diferentes correntes teóricas também ressaltam a associação existente entre a organização do trabalho e o sofrimento e adoecimento dos trabalhadores. Jervis e Doray (citados por Seligmann-Silva, 2011) expõem o fenômeno da expropriação. Com ele, evidenciam como os trabalhadores e as relações interpessoais que se dão dentro do sistema de produção capitalista são coisificados, ou seja, são reduzidos a ‘objetos’, passando a integrar o processo de produção, visto que despojados de sua essência humana. Noutros termos, observam como as pessoas são “expropriadas”

dos componentes mais importantes de sua subjetividade, condição que permite associar este conceito de expropriação ao de desgaste a partir de uma compreensão da ideia de perda ou deformação da saúde dos trabalhadores.

Ainda nesse sentido, diversos autores, entre eles, muitos das Ciências Sociais, destacam fatores presentes nos modelos de organização do trabalho da atualidade que favorecem o adoecimento mental dos trabalhadores. Antunes (1999), Bernardo (2009), Cimbalista (2007), Pulido-Martínez e Carvajal-Marín (2013), por exemplo, aludem ao impacto da globalização financeira e produtiva, da precarização das relações de trabalho e da implementação de novos mecanismos de gestão que incentivam a individuação e a competitividade nas relações de trabalho e na subjetividade dos trabalhadores. Castel (2008) assinala que a precarização do trabalho ou sua ausência gera isolamento social, afeta a dignidade humana e conduz o indivíduo à desfiliação e à vulnerabilidade social.

A socióloga francesa Danièle Linhart (2009), do mesmo modo, defende que as condições precárias de emprego têm um impacto significativo na subjetividade dos trabalhadores. Para essa autora, o trabalho temporário, instável e com rotinas de exploração geram consequências negativas para os trabalhadores. Linhart identifica dois tipos de precariedade na forma como a organização do trabalho acontece na atualidade: a “precarização objetiva” e a “precarização subjetiva”. Assim, não são apenas os desempregados ou trabalhadores submetidos à precarização objetiva de trabalho que estão expostos aos riscos de adoecimento. A “precariedade subjetiva”, conforme afirma a autora, atinge aqueles que possuem vínculo formal e aparentemente estável de emprego, mas na realidade estão cercados por insegurança, isolamento, ansiedade e estresse. E, diferentemente da “precariedade objetiva”, geralmente, encontra-se disfarçada e é difícil de ser identificada e enfrentada. Esse tipo de precariedade faz com que o trabalho se apresente de forma frágil e instável aos trabalhadores, leva a

desarticulação coletiva, além de provocar angústias, tensão, preocupação, impotência, frustração e mal-estar nos trabalhadores.

Por sua vez, Gaulejac (2007) afirma que as novas formas ‘flexíveis’ de organização do trabalho disseminam a retórica da excelência, a qual se torna uma exigência no desempenho dos empregados, acarretando “a neurose da excelência” e outras distintas consequências psicopatológicas resultantes da intensificação do trabalho, como a depressão, o esgotamento profissional (Burnout), o estresse e a adição ao trabalho (*work addicts*).

Gaulejac (2007) é preciso ao considerar que os avanços tecnológicos em vez de libertar o homem do trabalho, colocaram-no sob pressão; aliviando, por vezes, sua fadiga física, em contrapartida, aumentaram-lhe a pressão psíquica. Sobre essa questão, o autor afirma:

O alívio do fardo físico é compensado por um investimento subjetivo aumentado [...]. Daí uma pressão, pelo tempo, pelos resultados, mas também pelo medo, que tem consequências terríveis. Ele gera comportamentos de adição, estresse cultural, sentimento de invasão, contra o qual é difícil de se defender, e sofrimentos que o indivíduo esconde; do contrário, se fossem expressos, ele ficaria visado. (p. 214).

E prossegue o autor também sublinhando que:

[...] o poder gerencialista tem como objetivo canalizar a energia psíquica a fim de transformá-la em força de trabalho. É responsabilidade da empresa “gerenciar” as consequências desse modo de funcionamento. Os processos de mobilização psíquica têm consequências sobre a saúde mental daqueles que a suportam. Pressão para aqueles que se deixam embalar pelas sirenas do sucesso, depressão para aqueles que não chegam a responder às exigências do alto desempenho, estresse para todos aqueles que devem suportar a cultura do assédio. Uns se dopam para permanecer na corrida, outros se medicam para cuidar de suas feridas, e todos vivem com ansiedade e medo. Tudo acontece como se as empresas que praticam esse tipo de gerenciamento usufríssem de uma impunidade total quanto a suas consequências humanas, sociais e financeiras. Cabe definitivamente à coletividade assumir seus custos [...]. (pp. 232-233).

Ao referir-se especificamente ao estresse e à adição ao trabalho, Gaulejac (2007) explica que são antes fenômenos sociais, do que “doenças” pessoais. “Suas fontes não

são psicológicas. Elas são inscritas em um modo de funcionamento da *organização* que ‘desorganiza’ os equilíbrios de base dos empregados e provoca mal-estares que desaparecem quando a pressão do trabalho é aliviada” (p. 231, grifo nosso). Portanto, a hiperatividade no trabalho (adição ao trabalho) e o estresse são vividos como respostas às exigências da organização do trabalho.

Valendo-se da perspectiva psicanalítica, Enriquez (1991) expõe que “o discurso da perfeição”, desenvolvido na gestão e na organização do trabalho das atuais empresas, provoca transformações perversas ou paranoicas na personalidade dos trabalhadores inseridos nesses contextos laborais. O autor assinala que quanto maior for a rigidez das estruturas institucionais, maior será a facilidade para a construção de personalidades paranoicas entre seus trabalhadores.

Por fim, Dejours (2009), a partir da Psicodinâmica do Trabalho, igualmente foca seus estudos sobre a compressão dos aspetos subjetivos do trabalho. O autor explica o quanto o trabalho pode ser estruturador na vida do indivíduo, proporcionando-lhe prazer ou, pelo contrário, pode ser desestruturador e causador de sofrimento. Assim, Dejours, Abdoucheli e Jayet (1994) defendem a relação existente entre a organização do trabalho, a identidade, a vida mental e as expectativas do sujeito, afirmando que, “a organização do trabalho, concebida por um serviço especializado da empresa, estranho aos trabalhadores, choca-se frontalmente com a vida mental e, mais precisamente, com as esferas das aspirações, das motivações e dos desejos” (p. 51). Dessa forma, segundo Dejours (2009), o sofrimento no trabalho também estaria relacionado à organização do trabalho. A possibilidade de desencadear sofrimento e doenças pelo não reconhecimento é, ainda, mencionada pelo autor, bem como a valorização também é condição imprescindível para que se vivencie o prazer no trabalho.

Em resumo, pode-se dizer, ao abordar as grandes transformações sofridas pelo trabalho em sua forma de gestão em decorrência das inovações tecnológicas e empresariais, que os modelos de organização do trabalho predominantes na atualidade, além de acentuarem ainda mais as desigualdades e a injustiça social presentes em nossa sociedade, trouxeram outras formas de sofrimento e adoecimento mais complexas e sutis, sobretudo, do ponto de vista da saúde mental relacionada ao trabalho. Vale dizer, ainda, que tal quadro não afeta apenas os trabalhadores formais do setor privado. Os efeitos abarcam toda a classe-que-vive-do-trabalho (Antunes, 1998), inclusive os trabalhadores do setor público de saúde, que são o foco da pesquisa aqui apresentada.

Diante dessas mudanças, na sociedade atual, as questões sociais também ganham novos contornos, tanto no que diz respeito a suas formas de expressão quanto a suas formas de enfrentamento. O modo como o Estado capitalista interage com o mercado e a sociedade é o que determina a existência, ou não, da “questão social”²⁷, a qual, por sua vez, também influencia as transformações daquele (Heidrich, 2006). Na esteira disso, com objetivo de suprir o capital com novos mercados e mercadorias, os serviços públicos indispensáveis, como a saúde, a educação, a assistência, etc., também se tornam alvo de interesse do capitalismo e, conseqüentemente, passam a ser englobados pela mesma lógica ‘flexível’ que domina o setor privado. Considerando o contexto descrito, no próximo item, serão discutidos os reflexos dessa lógica em um campo social específico: a saúde.

²⁷ O conceito de “questão social”, segundo Netto (2011), alude aos problemas sociais produzidos pelo processo de acumulação capitalista e sua manifestação (dos problemas) na vida social cotidiana, a partir de um olhar histórico.

3.2 Os trabalhadores públicos da saúde na atualidade

Tradicionalmente, os serviços de saúde pública se caracterizaram por reunir profissões e disciplinas fundamentadas em critérios éticos e de valor social. Além disso, fatores como a estabilidade e a solidez, conferidas nos estatutos de permanência dos funcionários e na tradição cultural, outorgavam aos trabalhadores desse setor certo nível de independência e liberdade no exercício de suas atividades, que contrasta significativamente com as diretrizes empresariais e as pressões do mercado (Blanch-Ribas, 2007). No entanto, como foi mencionado anteriormente, as mudanças do contexto capitalista atual têm repercutido significativamente no setor público, que, agora imerso no espírito ‘flexível’ do capitalismo, permite que as leis do mercado controlem e regulem seu funcionamento. As tendências à acumulação e à dominação global introduziram novas formas de relações de trabalho e promoveram a intensificação dos processos laborais, não só nas indústrias, mas em todos os setores da sociedade, inclusive nos serviços públicos de saúde (Blanch-Ribas & Cantera, 2011; Gaulejac, 2007; Linhart, 2009).

É possível afirmar que as características dos modelos de gerenciamento flexível têm sido introduzidas no setor público nas últimas décadas em diversos países, determinando os dispositivos de regulação social das relações de trabalho em função da lógica da economia de mercado, sem levar em consideração a qualidade dos serviços prestados e a saúde dos trabalhadores. Trata-se daquilo que Blanch-Ribas (2007) denomina “capitalismo organizacional”. Nesse contexto, os funcionários públicos passam a ser submetidos a uma nova forma de organização do trabalho muito similar à do setor privado, com aumento da carga e do ritmo de trabalho, o qual é medido pela quantidade de serviços prestados. Em meio a esse quadro de intensificação da produção

e redirecionamento do sentido do trabalho, aparecem tensões psicossociais em nível individual e institucional (Gaulejac, 2007). Particularmente no setor público da saúde, essas tensões psicossociais vêm sendo abordadas em diversas pesquisas qualitativas na América Latina (algumas delas apresentadas a seguir), que consideram especificamente as consequências da flexibilização laboral para as diferentes categorias de profissionais da saúde – médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem – estas últimas as mais destacadas.

Um estudo realizado por Guevara e Mendias (2002), focalizando a Argentina, a Colômbia, o México e o Brasil, com trabalhadores de enfermagem, mostrou, dentre outros aspectos e efeitos, o impacto negativo da flexibilização laboral na qualidade dos serviços prestados. Essa informação evidencia que as reformas realizadas no setor da saúde elevaram o estresse, a insatisfação e a insegurança dos trabalhadores e incutiram a preocupação com a alta rotatividade e com a incorporação de novas tarefas burocráticas.

Referindo-se a esse estudo, Malvárez e Agudelo (2005) ressaltam um fator de especial importância no caso dos enfermeiros. As rápidas mudanças nos modelos de atenção nos sistemas de saúde e a introdução de novas tecnologias para atender as demandas do mercado exigem que os profissionais desta área busquem permanentemente atualizações e capacitações. No entanto, as instituições empregadoras não promovem uma qualificação continuada, tampouco facilitam a formação dos profissionais por sua própria iniciativa. Ademais, é preciso pontuar que em sistemas de saúde embasados em diretrizes neoliberais, como o sistema da Colômbia, a ênfase na produtividade conduz necessariamente à diminuição da dedicação aos pacientes, resvalando-se no enfraquecimento do vínculo entre os profissionais da saúde e os usuários.

Ugalde e Homedes (2005), em uma discussão sobre as reformas neoliberais do setor da saúde e a alienação dos recursos humanos na América Latina, reiteraram que, no caso da Colômbia:

Especificamente, os enfermeiros e enfermeiras colombianos mencionaram que tinham que realizar mais atividades em um menor tempo e com menor pessoal de apoio, queixando-se por ter menos tempo para o atendimento dos pacientes, em relação ao período anterior à reforma. Uma enfermeira afirmou: “Os pacientes pensarão que importam muito pouco, pois realmente não temos tempo para cuidar deles e, na verdade, a gente não sabe o que está acontecendo”. (p. 205).

Além disso, Ugalde e Homedes (2005) ressaltam outras duas tendências observadas no pessoal de enfermagem na Colômbia e nos médicos no México. A primeira tendência é o temor a ser processado por negligência, dadas as exigências da administração, que muitas vezes atua em detrimento do serviço à comunidade. Os autores ainda mencionam que:

[...] quando o hospital compra equipamento de alta tecnologia são exercidas pressões sobre os médicos para que os utilizem, seja ou não necessário, especialmente quando uma empresa administradora de seguros de saúde paga os gastos. Essa demanda necessária influi negativamente na qualidade dos serviços de saúde [...] (p. 205).

Já Machado et al. (2007) desenvolveram uma pesquisa numa instituição pública de saúde da Argentina, cujo objetivo era estudar o impacto da reforma sanitária nos trabalhadores. Uma das principais conclusões a que se chegou foi a de que a nova organização do trabalho favoreceu a competição entre colegas e, portanto, aumentou a desconfiança e a tensão, assim como também promoveu a fragmentação nos espaços de trabalho e a intensificação na carga laboral. Disso decorria que uma porcentagem significativa dos trabalhadores da instituição optasse por tentar manipular influências nas esferas políticas da administração para melhorar suas condições de trabalho – salário e espaço físico. Dessa forma, os trabalhadores dessa instituição refletem mais uma vez que, em um contexto de flexibilização laboral, além das tensões promovidas

pelo ambiente de competição, aparecem, também, modificações concernentes à ética profissional e à subjetividade dos trabalhadores.

O caso dos médicos do sistema de saúde da Colômbia, por sua vez, foi abordado por Castaño-Yepes (1999) e De Santiago (1998), que destacaram, no contexto da reforma sanitária, o problema do conflito que surge pela lealdade que esses funcionários devem professar aos pacientes e, simultaneamente, às entidades seguradoras de saúde. Por um lado, o médico, regido pela ética hipocrática, deve procurar o benefício do paciente e, por outro, sendo ele um trabalhador assujeitado economicamente às instituições de saúde, está também obrigado a favorecer a racionalização dos recursos. Essa dicotomia que cotidianamente os médicos devem suportar, indiscutivelmente, introduz um fator adicional que favorece o surgimento de tensões psicossociais.

No Brasil, Bernardo et al. (2013) analisaram a vivência de profissionais com diferentes vínculos empregatícios em um laboratório público, discutindo, em paralelo, entrevistas com um funcionário público concursado de ampla experiência laboral e com uma trabalhadora com vínculo de trabalho terceirizado e com experiência somente no setor privado. Os autores debateram os efeitos nocivos das características típicas das empresas capitalistas, refletidas, no caso da funcionária terceirizada, em precariedade objetiva – instabilidade do vínculo laboral e baixo salário – e, no caso do empregado público, em precariedade subjetiva – sensação de mal-estar com relação ao trabalho. Em outro estudo, conduzido por Verde et al. (2013) em um grupo de trabalhadores terceirizados, constatou-se que os entrevistados haviam aceitado e naturalizado sua condição de instabilidade por ter sido esta a única forma possível de emprego que lhes foi oferecida na área da saúde pública. Além disso, observou-se que dois fatores que desencadeavam sofrimento, ambos igualmente importantes, eram a dificuldade para

realizar adequadamente a função de servidores públicos da saúde e a situação de precariedade associada à iminência do desemprego.

Recentemente, estudos com trabalhadores de enfermagem em uma instituição pública no Brasil, realizados por Gonçalves et al. (2014), revelam que a forte influência neoliberal na organização do trabalho aportou negativas repercussões para o processo de saúde-doença dos trabalhadores como estresse, taquicardia, hipertensão arterial sistêmica, sonolência, sudorese, esgotamento físico e mental, depressão, fadiga, cefaleia, dor epigástrica e irritabilidade, todas elas decorrentes da precarização das condições de trabalho, que, do mesmo modo, deu origem à contratação de trabalhadores terceirizados, ao aumento do ritmo de trabalho e à inadequação da planta física.

Dessa forma, é acertado afirmar que o atual contexto de trabalho dos profissionais da saúde é definido pela permanente conformação às características relacionadas à nova organização flexível do trabalho, as quais são pautadas no produtivismo, na competição, na polivalência, no individualismo e no controle da subjetividade (Blanch-Ribas & Cantera, 2011; Linhart, 2009), comprometem a qualidade dos serviços prestados e também provocam prejuízos na saúde dos trabalhadores. É, então, inegável que essas implicações guardam profundos vínculos com a precarização gestada sob a hegemonia do pensamento neoliberal.

4

O Percurso Metodológico

O homem acredita que desempenha seu papel em uma determinada obra e não sabe que, entretanto, mudou a decoração no cenário sem que ele o perceba e, de repente, encontra-se em meio de uma representação completamente distinta.

– Milan Kundera

Neste capítulo, será apresentado o método utilizado no desenvolvimento do estudo, de caráter qualitativo. Deste modo, são destacadas as principais características da técnica empregada – entrevistas reflexivas em profundidade –, assim como os detalhes mais relevantes do processo de pesquisa, dos cenários onde ela ocorreu e dos sujeitos participantes. Finaliza-se com considerações gerais sobre a Análise do Conteúdo, que se constituiu no referencial metodológico para a análise dos resultados.

4.1 Contextualizando o estudo a partir da abordagem qualitativa

Esta pesquisa está baseada no enfoque da Psicologia Social do Trabalho e é de natureza qualitativa e de tipo empírico (Godoy, 1995). Tendo em vista os objetivos da

pesquisa, a abordagem qualitativa se apresenta como uma opção apropriada, pois, como lembra Minayo (1994), responde a questões particulares, enfoca um nível de realidade que não pode ser quantificado e trabalha com um universo de múltiplos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes.

Assim sendo, a pesquisa qualitativa tem como alvo a compreensão das complexas interações que se dão na realidade, buscando descrever os significados das ações e relações, mas, do ponto de vista de seus participantes. É por isso que, neste tipo de pesquisa, tomam-se o contexto e as pessoas sob uma perspectiva holística: as pessoas, os grupos, os eventos e/ou contextos não são reduzidos a variáveis. Pelo contrário, são considerados como um todo, tentando-se compreender, assim, as pessoas dentro do marco de referência delas mesmas (Lincoln & Guba, 2000). Portanto, não se aceita a separação dos atores do contexto no qual desenvolvem suas vidas e, tampouco, ignora-se sua perspectiva e as interpretações que fazem das condições que norteiam seu agir.

Dentre as diversas possibilidades para se desenvolver uma pesquisa qualitativa, optou-se por utilizar a técnica de *entrevistas reflexivas em profundidade*. Hammersley e Atkinson (1994) afirmam que essa técnica permite a captura detalhada da informação, em busca de se compreender de forma mais aprofundada as dinâmicas das vivências dos participantes que interessam ao estudo.

Ressalte-se que a noção de entrevista em profundidade da qual nos valem possibilita um diálogo intenso entre pesquisador e participante. Por conseguinte, tal como aponta Minayo (1999), a entrevista “não significa uma conversa despreziosa e neutra, uma vez que se insere como meio de coleta dos fatos relatados pelos atores, enquanto sujeitos-objeto da pesquisa que vivenciam uma determinada realidade que está sendo focalizada” (p. 57). Assim sendo, continua a autora, a entrevista deve ser

compreendida como uma conversa a dois com propósitos bem definidos na qual é possível reforçar a importância da linguagem e do significado da fala dos atores sociais.

Por isso, pode-se dizer que a entrevista em profundidade apresenta potencialidades que fazem dela um recurso privilegiado nas pesquisas qualitativas, visto que, como afirma Minayo (1999):

Permite ao informante retomar sua vivência de forma retrospectiva, com uma exaustiva interpretação. Nela geralmente acontece a liberação de um pensamento crítico reprimido e que muitas vezes nos chega em tom de confiança. É um olhar cuidadoso sobre a própria vivência ou sobre determinado fato. Esse relato fornece um material extremamente rico para análises do vivido. Nele podemos encontrar o reflexo da dimensão coletiva a partir da visão individual. (p. 59).

A existência de um contexto de interação mais direto, personalizado, flexível e espontâneo dá ao pesquisador a possibilidade de esclarecimento e continuidade das perguntas e respostas, constituindo-se, assim, uma técnica flexível e diligente que permite indagar as diversas perspectivas e enfoques que podem complementar os mais variáveis interesses da pesquisa.

As entrevistas em profundidade são flexíveis e dinâmicas. Descrevem-se como não diretivas, não padronizadas e abertas. Hammersley e Atkinson (1994) afirmam que a diferença substancial entre a entrevista em profundidade e outro tipo de entrevista não radica na forma (estruturadas, semiestruturadas e não estruturadas). A distinção fundamental está no fato de que umas entrevistas são reflexivas e outras padronizadas. Conforme argumentam os autores, o texto produzido na entrevista representa o universo social de referência dos participantes e permite captar, mediante sucessivas leituras e releituras, os distintos elementos que constituem seu mundo significativo, o olhar de si mesmo e a emergência de discursos que relacionam os informantes com seus grupos de referência, dentre outros aspectos de grande relevância.

Dessa maneira, de acordo com Hammersley e Atkinson (1994), é razoável afirmar que a realização das entrevistas em profundidade torna-se uma solução metodológica que permite a captura e a compreensão das representações culturais compartilhadas em um mesmo mundo social.

4.2 Cenários da pesquisa: Atenção Básica na saúde pública em Bucaramanga-Colômbia e em Campinas-Brasil

A análise realizada nos dois países integrou, especificamente, os trabalhadores da saúde das cidades de Bucaramanga (Colômbia) e Campinas (Brasil). A escolha dessas populações, além da conveniência geográfica para a realização da pesquisa, foi motivada pelo fato de poderem ser consideradas casos representativos do sistema público de saúde de cada país participante; sendo essas cidades importantes nas esferas social, política e econômica, no interior dos respectivos países. Do mesmo modo, tal como já foi apresentado, é interessante destacar que a organização dos serviços de saúde, nos dois grupos, tem características similares; eles são constituídos de forma descentralizada, divididos por níveis de atenção (Brasil, 2008; Colombia, 1993) e acolhem as necessidades de aproximadamente um milhão de habitantes.

Os dois Sistemas Públicos de Saúde oferecem serviços de promoção, prevenção, reabilitação e tratamento de doenças, os quais se encontram organizados, igualmente, em três níveis de atenção à saúde: Básica, Média e Alta complexidade (Brasil, 1990; Colombia, 1993). Em ambos os casos, em torno do oitenta por cento da população faz uso do serviço, que está ainda muito aquém de cobrir e satisfazer totalmente as necessidades de saúde da população.

O nível de Atenção Básica – foco da presente pesquisa – é considerado a porta de entrada na prestação dos serviços de saúde, isto é, o primeiro contato da comunidade com os sistemas públicos de saúde; depois, se necessário, as pessoas são encaminhadas a níveis de atenção de maior complexidade (Brasil, 2008; Colombia, 1993). Por conseguinte, esse primeiro nível, por meio dos Centros de Atenção Básica²⁸ e das equipes de saúde, deve acolher aproximadamente 80% das necessidades e problemas de saúde. Nesses centros, são oferecidas diferentes ações que envolvem a promoção, prevenção, diagnóstico, reabilitação e tratamento das doenças e dos agravos mais frequentes e, geralmente, são disponibilizadas consultas com as especialidades básicas: clínica médica (clínica geral), pediatria, obstetrícia e ginecologia (Brasil, 2008; Colombia, 2011).

Comumente, as equipes de saúde da Atenção Básica são conformadas pelos seguintes profissionais²⁹: médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários, dentistas, entre outros. No entanto, além das diretrizes governamentais, variáveis como o tamanho do espaço e os recursos disponíveis definem para cada centro, em ambos os casos, a inclusão, ou não, de determinados trabalhadores. Isso,

²⁸ Também são denominados, em ambos os países, como Postos de Saúde, Centros de Saúde, Unidades Básicas de Saúde e Centros de Atenção Básica. Na realização da presente pesquisa, utilizou-se a categoria geral de Atenção Básica. No entanto, para diferenciar os centros dos dois países foram dadas as seguintes designações: no Brasil, Unidades Básicas de Saúde (UBS) e na Colômbia, Centros de Atenção Básica (CAB).

²⁹ Segundo a OMS (2006) são considerados “trabalhadores sanitários” ou “trabalhadores da saúde”, os profissionais que têm como propósito proteger e melhorar a saúde em suas respectivas comunidades, referindo-se, especificamente, a quem trabalha no setor de saúde, isto é, aos trabalhadores de programas ou instituições de saúde, governamentais ou não. Nessa mesma definição, a OMS faz uma distinção de duas classes de trabalhadores da saúde: a) os profissionais que oferecem o serviço à população de forma direta, denominados “dispensadores de serviços de saúde”, e b) aqueles que não estão diretamente implicados na prestação de serviços de saúde, sendo chamados de “trabalhadores de saúde com funções administrativas”. No caso particular de Bucaramanga-Colômbia, essas duas classes de trabalhadores da saúde participaram na presente pesquisa. Isso se deu devido ao fato de que, nesse país, os profissionais com funções administrativas também são considerados como trabalhadores da saúde, em consonância com o que é preconizado pela OMS. Já, no Brasil, essa caracterização é diferente, pois somente os trabalhadores que prestam o serviço direto à população são denominados como trabalhadores de saúde. Razão que determinou, neste estudo, a participação exclusiva dos profissionais assistenciais no contexto brasileiro.

evidentemente, é também uma consequência do contexto socioeconômico de ambas as cidades e do correspondente histórico da AB, desde as suas origens até a atualidade. Vejamos, a seguir, algumas dessas características relevantes em Bucaramanga e Campinas, particularmente.

4.2.1 Bucaramanga: características da região e da Atenção Básica

A região metropolitana de Bucaramanga, constituída politicamente desde 1981, é formada por quatro municípios do departamento de Santander e, segundo o Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), estima-se, para o ano de 2015, uma população de 1.122.961 habitantes. A economia se fundamenta no comércio agropecuário, na prestação de diversos serviços e na indústria (destacando-se o setor do calçado) e é favorecida pela situação geográfica estratégica, que torna fácil a comunicação entre o interior do país, a região do Caribe e a Venezuela. Esses fatores, entre outros, consolidam o crescimento industrial e comercial de Bucaramanga que a coloca entre as cidades do país com maior desenvolvimento. Durante a primeira década do século XXI, o crescimento econômico da cidade superou o das cinco maiores economias urbanas da Colômbia (Galvis, 2014). Os indicadores sociais de Bucaramanga, segundo Galvis (2014), situam-se entre os melhores do país, apresentando a menor taxa de incidência de pobreza e a distribuição mais equitativa de renda – deve-se, todavia, mencionar que apesar desse quadro positivo a região continua expressando índices de desigualdade socioeconômica. Pode-se acrescentar, ainda, conforme registros do Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE, 2015), que nas últimas décadas, Bucaramanga tem sido uma das cidades colombianas com menor índice de desemprego.

Com relação às características do sistema de saúde, Bucaramanga foi uma das cidades pioneiras na aplicação de uma estratégia de atenção à saúde orientada pelos princípios promulgados na Declaração de Alma Ata para a APS. Essa proposta começou a ser implementada em 1981. Nesse período, segundo Apráez (2010), foi criada a “Red Nacional de Atención Primaria en Salud”, por meio da “Declaración de Bogotá de 1990”, assinada pelos prefeitos das cidades de Bogotá, Cali, Bucaramanga e Medellín. No entanto, com a constituição do atual sistema de saúde colombiano, a APS desapareceu do cenário nacional, tendo, assim, seus princípios substituídos pelas normas do sistema de saúde público (Ruiz-Rodríguez, Acosta-Ramírez, Rodríguez-Villamizar, Uribe, & León-Franco, 2011) anteriormente descritas.

Mesmo assim, após a criação do SGSSS, no caso de alguns governos departamentais, essa estratégia foi utilizada novamente no setor público a partir de 2004, conforme afirmam León, Ramírez e Uribe (2007), devido às desigualdades socioeconômicas nas populações. Particularmente, em Bucaramanga e em todo o departamento de Santander, de acordo com Ruiz-Rodríguez et al. (2011), iniciou-se, nesse período, a implementação do “Modelo de Atención Integral Basado en Atención Primaria de Salud (MAPIS)” na tentativa de obedecer aos princípios definidos em Alma Ata. Não obstante, nessa época, a implementação dos princípios da APS não estava garantida por políticas constituídas formalmente. Dentre outros fatores, portanto, sua aplicação e total operacionalização eram limitadas dentro do sistema de saúde colombiano. Aqui, vale esclarecer que Bucaramanga tem se caracterizado por ser uma cidade altamente representativa do atual sistema de saúde colombiano, na fiel adoção e execução de sua normatividade.

Na atualidade, de acordo com a formulação da Lei 1438, de 2011 (Colombia, 2011), a APS deve ser incluída como uma estratégia para o aprimoramento do sistema

de saúde colombiano. Porém, conforme defendem Rodríguez-Villamizar, Acosta-Ramírez e Ruiz-Rodríguez (2013), mesmo em vigor essa nova legislação que retoma, mediante uma política nacional a ‘formalidade’ da APS como estratégia de atenção do sistema, até a presente data, ela não foi considerada integralmente na região, o que impede sua operacionalização e consolidação.

Por fim, outra das características relevantes desse cenário de pesquisa, diz respeito aos poucos estudos existentes na Colômbia, dirigidos à problematização do processo de trabalho contemporâneo no setor saúde, em especial, no nível da Atenção Básica. Isso revela como esse processo de trabalho tem sido negligenciado neste contexto pesquisado, em particular, no que tange à realização de estudos que partem de uma perspectiva integradora de aspectos macro e micro sociais – viés da presente pesquisa –, que podem representar importantes contribuições para a vida e a saúde dos trabalhadores.

4.2.2 Campinas: características da região e da Atenção Básica

De acordo com dados disponibilizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para o ano 2015, o município de Campinas possui uma população estimada em 1.164.098 habitantes. Campinas se caracteriza como um centro de desenvolvimento tecnológico e industrial e foi classificada, segundo o Plano Municipal de Assistência Social (PMAS) para os anos 2014/2017 da Prefeitura de Campinas (2014), como um dos municípios com nível elevado de riqueza e bons níveis nos indicadores sociais. A proximidade em relação à cidade de São Paulo faz com que Campinas ocupe uma posição geográfica estratégica, que tem facilitado, ao longo das últimas décadas, o estabelecimento de uma relação política e econômica importante e de

impacto significativo para o Estado de São Paulo. De acordo com os dados do Núcleo de Estudos de População (NEPO³⁰, 2009), é considerada um dos polos industriais de grande crescimento no país que impulsionam o desenvolvimento econômico e industrial. No entanto, embora esse município tenha tido nas últimas décadas um crescimento econômico expressivo, que fez com que ele fosse considerado, junto com outros municípios da área metropolitana, a segunda região mais rica do estado, essa cidade também apresenta índices de desigualdade social e econômica crescentes (NEPO, 2009).

Campinas também é um dos municípios pioneiros na aplicação dos princípios da APS no Brasil. As primeiras experiências de medicina comunitária se constituíram na década de 1970 (Conill, 2008; Fausto & Matta, 2007; Lavras, 2011; Nascimento, Correa, & Nozawa, 2007; Queiroz, 1994), época de grande influência dos movimentos populares, que, no caso dessa cidade, conquistaram mudanças na estruturação da assistência à saúde da população e a ampliação da rede de postos de saúde (Nascimento et al., 2007). Historicamente, sempre houve uma participação popular intensa na sua gestão por meio do Conselho Municipal de Saúde e dos Conselhos Locais de Saúde, espaços previstos para participação da população na gestão do SUS.

Tornou-se, assim, um município com uma das redes de saúde mais bem estruturadas do país, sendo pioneiro em diferentes áreas, como, por exemplo, na atenção à saúde do trabalhador – embora não tenha sido o primeiro, o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de Campinas é o mais antigo em funcionamento do país – e na reforma psiquiátrica.

³⁰ O Núcleo de Estudos de População (NEPO) é uma unidade de pesquisa da UNICAMP que desenvolve pesquisas na área de demografia e estudos de população e tem como missão desenvolver conhecimento, produção e divulgação na área de estudos da população. As informações citadas aqui encontram-se disponíveis em <http://www.nepo.unicamp.br/simesp/Site/Estudos/RMC.pdf>.

No início deste século, a Secretaria Municipal de Saúde reorganizou sua rede de serviços, buscando adequar-se à Estratégia de Saúde da Família (ESF) (Ministério da Saúde, 2012), proposta pelo governo federal, sem perder suas características, no entanto. Alguns autores, como Brigagão e Oliveira (2005) e Nascimento et al. (2007), afirmam que essa época foi uma das mais representativas no desenvolvimento da reestruturação dos serviços de saúde do município, pois houve um grande investimento de esforços na reorganização do processo de trabalho, na capacitação dos profissionais e na incorporação dos agentes comunitários de saúde. Vale ressaltar que, tal como assertam Brigagão e Oliveira (2005), Campinas tem tido um significativo destaque em relação à maioria dos municípios brasileiros, dada a sua trajetória no processo de descentralização da atenção à saúde, caracterizando-se, dentre outros, por assumir um protagonismo na implementação de programas criativos e inovadores.

Nessa mesma época, Campinas passou a contratar funcionários por intermédio de um hospital comunitário gerido pela Secretaria Municipal de Saúde. Essa foi uma tática para contratar trabalhadores da saúde sem ultrapassar o limite orçamentário previsto na Lei de Responsabilidade Fiscal. Todavia, o dispositivo empregado desencadeou muitos problemas, já que, uma década mais tarde, foi considerado ilegal, sendo o município obrigado a demitir todos os contratados e realizar concurso público para contratação de novos. Tratou-se de um processo bastante desgastante para os trabalhadores e para os serviços, conforme descrevem Verde et al. (2013), pois muitos trabalhadores que tinham construído uma larga experiência não foram aprovados no concurso (que não considerou a experiência em sua pontuação) e foram substituídos. Durante esse mesmo período, a cidade passava por uma fase política conturbada, com várias denúncias de corrupção e a cassação do mandato de seu prefeito. Nesse contexto, a reposição dos trabalhadores demitidos foi apenas parcial.

Atualmente, sob forte oposição, a administração municipal conseguiu que o legislativo aprovasse uma lei que a autoriza a contratar Organizações Sociais (OSs) para serviços em diversas áreas, incluindo a educação e a saúde (Brasil, 2015). Na prática, essa lei possibilita a gestão terceirizada dos serviços públicos, o que pode afetar diretamente a vivência dos trabalhadores e os serviços prestados, conforme veremos, mais adiante, na apresentação dos resultados da pesquisa.

4.3 Processo de pesquisa: as aproximações com os participantes

O interesse inicial deste estudo voltava-se à procura de uma compreensão mais aprofundada sobre o processo de desgaste mental e/ou processo de adoecimento no trabalho de um conjunto de auxiliares de enfermagem da Atenção Básica dos Sistemas Públicos de Saúde da Colômbia e do Brasil. Ao abordar essa questão, pretendíamos analisar seus determinantes, avaliando, em especial, em que medida a história laboral contribuiu no seu processo de constituição.

No entanto, durante o desenvolvimento da pesquisa e a partir de um contato mais próximo com esses trabalhadores, descobrimos que seria valiosa a participação de outras categorias de trabalhadores da Atenção Básica. Sendo assim, essa reconfiguração na pesquisa implicou a inserção de outros profissionais da saúde. Além disso, outras questões foram emergindo de forma natural no decorrer do estudo, levando ao interesse por focalizar os diversos efeitos que a inclusão da lógica capitalista acarreta aos trabalhadores do serviço público de saúde.

Desse modo, tal como acontece frequentemente em estudos de abordagem qualitativa, o objeto da pesquisa foi sendo reformulado (Godoy, 1995; Minayo, 1999), bem como o objetivo principal. Conforme já apresentado, o objetivo central do estudo tornou-se, então, o de analisar as vivências de trabalhadores da Atenção Básica dos sistemas públicos da Colômbia e do Brasil frente à inserção da lógica capitalista na organização do trabalho.

Assim, para a finalidade do estudo, foram realizadas entrevistas reflexivas em profundidade com distintos trabalhadores da Atenção Básica³¹, de nível assistencial e administrativo, sendo onze de Bucaramanga, Colômbia, e seis de Campinas, Brasil. Na Colômbia, as entrevistas dos primeiros cinco participantes ocorreram no começo de 2014 e as dos outros seis foram feitas no início de 2015. Já no Brasil, os primeiros quatro participantes foram entrevistados no segundo semestre de 2014 e, outros dois, no começo de 2015. Essas entrevistas foram realizadas com trabalhadores de diferentes Centros de Atenção Básica, tanto em Bucaramanga como em Campinas. Isso se deu devido à conveniência relativa à proximidade da pesquisadora com alguns trabalhadores desses centros e, mais importante, porque foram encontradas nesse grupo de participantes histórias passíveis de análise neste estudo. Especificamente no caso da Colômbia, decidimos restringir o perfil do grupo de entrevistados de modo a incluir apenas trabalhadores da AB pertencentes ao regime subsidiado, uma vez que este é o regime responsável por atender a população em condições de vulnerabilidade e pobreza, com e sem assistência social do SGSSS, apresentando, portanto, características similares às da maior parte da população que busca o sistema de saúde brasileiro.

³¹ Existe um participante que, até o fim do desenvolvimento da pesquisa, não teve uma experiência laboral direta como trabalhador da Atenção Básica. Na atualidade, ele é Presidente da “Liga de Usuários do SGSSS em Santander”. No entanto, por seu amplo conhecimento no campo da saúde, decidimos que deveria fazer parte ativa da pesquisa, trazendo contribuições importantes em direção aos objetivos do estudo.

Como mencionado no começo deste item, os objetivos da pesquisa foram redefinidos durante sua realização. Deste modo, em uma primeira fase, em 2014, as entrevistas se centraram nos trabalhadores que tinham adoecido no trabalho. Posteriormente, com a ampliação do foco da pesquisa, em 2015, as entrevistas se estenderam para outros trabalhadores que não necessariamente apresentavam problemas de saúde, pois consideramos importante, tanto expandir o grupo de participantes a outras categorias de trabalhadores, quanto nos aproximar, também, de visões e perspectivas diversas sobre a atual organização do trabalho na Atenção Básica, suas mudanças mais representativas nos últimos anos e, em geral, sobre outras possíveis vivências que representassem a dinâmica do contexto de trabalho público atual nesse nível em particular. Com isso passamos a não nos limitar exclusivamente àquelas experiências que focalizavam processos de desgaste mental e/ou de adoecimento no trabalho.

Dessa forma, na busca de opções efetivas para o acesso a trabalhadores (e mesmo ex-trabalhadores) que pudessem oferecer informações valiosas nessa direção, procuramos alguns mediadores ou “padrinhos”, conforme se referem Hammersley e Atkinson (1994), que, indicassem trabalhadores com experiências e conhecimentos condizentes aos novos objetivos do estudo. Assim, através de diversos contatos, procuramos familiares e pessoas conhecidas que possuíam distintos vínculos com trabalhadores e ex-trabalhadores, recorreremos também, inclusive, aos entrevistados do primeiro grupo que, igualmente, indicaram outros colegas que aceitaram prontamente participar do estudo.

Nessa empreita, nos deparamos com participantes cujas vivências eram diversificadas e significativas, que aportaram informações relevantes aos interesses da pesquisa. Por exemplo, o fato de que, na Colômbia, existem trabalhadores

administrativos com papel decisivo na forma como o atendimento é oferecido à população – auditores com poder de veto a exames solicitados por médicos, por exemplo –, fez com que fosse importante a participação deles no estudo. Contamos também com a participação de trabalhadores e ex-trabalhadores da Atenção Básica que vivenciaram experiências significativas relacionadas a momentos históricos decisivos do setor da saúde, que refletem as diversas mudanças ocasionadas na organização do trabalho de ambos os países. Do mesmo modo, em Campinas, por tratar-se de um contexto mais diversificado, em termos das particularidades de suas diferentes Unidades Básicas de Atenção – diferente do caso de Bucaramanga, onde existe maior homogeneidade entre seus Centros de Saúde –, buscamos abranger entrevistados que pudessem compartilhar experiências singulares, que representassem os diferentes matizes presentes atualmente nesse contexto de trabalho, tais como trabalhadores experientes na AB e na gestão de suas unidades e outros novatos, bem como trabalhadores concursados, terceirizados e militantes.

Cabe destacar que ao conduzir essas entrevistas buscamos a maior naturalidade e informalidade possível. Assim, como foi mencionado, a forma adotada para o contato inicial com os entrevistados se deu por intermédio de pessoas conhecidas e de indicações de outros participantes, constituindo-se, portanto, uma *rede de relações* que atuou como mediadora entre a pesquisadora e os participantes (Hammersley & Atkinson, 1994). Desse encadeamento de referências, construído com certa espontaneidade, resultou um número maior de entrevistados colombianos, devido à proximidade cultural da pesquisadora.

Importante assinalar, também, que os sujeitos da pesquisa se incluem nas seguintes categorias profissionais: auxiliares de enfermagem, médicos, enfermeiros e psicóloga, além de trabalhadores da área administrativa que, devido a sua trajetória

laboral, conhecimento e experiência vinculada à Atenção Básica, forneciam informações interessantes para o estudo. Igualmente, vale esclarecer que as entrevistas, realizadas individualmente, ocorreram após agendamento em lugares estabelecidos em comum acordo pelos entrevistados e a pesquisadora.

Durante o curso das entrevistas, os participantes falaram, abertamente, a respeito de seu trabalho. Nas ocasiões em que os temas principais do estudo não foram tratados espontaneamente por eles, eram abordados de modo mais direto em algum momento apropriado da entrevista. Assim, foram debatidas e aprofundadas as diferentes questões mobilizadoras da pesquisa. Cabe anotar que todas as entrevistas foram gravadas com prévia autorização dos participantes e, logo depois, transcritas e analisadas.

Considerando a diversidade dos dois grupos de participantes e os objetivos definidos no estudo, as entrevistas focaram-se nas indagações referentes às *condições e a organização do trabalho* vivenciadas pelos entrevistados. Nos casos em que foram referidos alguns problemas de saúde, as indagações se centraram no processo de *desgaste mental e/ou processo de adoecimento no trabalho*, com isso se buscou identificar as apreciações dos entrevistados com relação a suas causas, analisando-se, particularmente, de que forma sua trajetória laboral contribuiu no seu processo de constituição. Além disso, procurou-se entender as distintas *práticas de resistência e defesa* empregadas pelos trabalhadores no seu cotidiano.

A fim de compreender o contexto da pesquisa e facilitar a discussão das entrevistas, optou-se por caracterizar, brevemente, cada um dos sujeitos participantes do estudo. Deve-se esclarecer que todos os nomes dos entrevistados são fictícios, para que se cumpra o propósito de proteger suas identidades.

Em **Bucaramanga-Colômbia**: trabalhadores dos Centros de Atenção Básica do
SGSSS:

Marcela, 41 anos, solteira, engenheira química, especialista em sistemas integrados. Trabalha há 14 anos na área da saúde no campo administrativo. Embora não seja concursada, se identifica como servidora pública. Durante seus primeiros anos, desempenhou a função de assessora e chefe de controle interno. Na atualidade, é chefe de qualidade e planejamento em uma instituição hospitalar que atende pacientes do primeiro nível de atenção (Atenção Básica) para a população do SISBEN, figura que antecede a vinculação formal do regime subsidiado.

Manuela, 59 anos, casada, mãe, técnica em enfermagem. Aposentada há nove anos. Trabalhou durante 22 anos no campo da saúde, sempre como auxiliar de enfermagem. Nos primeiros dez anos, trabalhou no campo assistencial fazendo diferentes substituições de cargos em distintas áreas da rede de saúde (hospitais, Centros de Atenção Básica, urgências, etc.), atividade que exercia sob contratos temporários. Nos 12 anos seguintes, trabalhou na área administrativa em um Centro de Atenção Básica (CAB) no sul da cidade como trabalhadora efetiva, após de ter sido aprovada no concurso público correspondente. Depois de ter sido diagnosticada com tendinite no braço, precisou ser realocada em outras funções. No entanto, seu diagnóstico nunca foi associado ao trabalho, sendo reconhecido oficialmente como uma doença comum. Apesar disso e devido a seu diagnóstico, foi transferida para uma seção administrativa, trabalhando ali, durante os quatro anos anteriores à aposentadoria.

Guillermo, 63 anos, casado, engenheiro industrial, especialista em saúde ocupacional. Foi trabalhador efetivo durante 33 anos no nível administrativo da área de seguridade industrial do Instituto Colombiano de Seguridade Social (ISS), entidade pública que era responsável pela assistência aos trabalhadores de carteira assinada. Devido a seu trabalho administrativo, manteve permanente contato com todos os trabalhadores, em especial, com os pertencentes aos Centros de Atenção Básica. Após o fechamento do ISS, foi demitido porque não cumpria o requisito da idade para sua aposentadoria, passando, assim, a atuar como trabalhador autônomo no campo da saúde ocupacional. Desde o ano de 2008, atua na direção de sua própria empresa.

Raquel, 51 anos, solteira, mãe, técnica em enfermagem. No ano de 1988, começou sua trajetória laboral como funcionária pública. Durante toda sua vida laboral, tem trabalhado na área assistencial como auxiliar de enfermagem. Em seus primeiros 23 anos, trabalhou em diferentes hospitais da região, sempre nas áreas de urgência e maternidade (partos). Há três anos trabalha em um CAB no norte da cidade, na seção de consulta externa, realizando, especificamente, o exame de Papanicolau. No ano de 1995, num acidente de trabalho, sofreu um deslocamento muscular nas costas. Em 2009, foi diagnosticada com uma hérnia discal e osteoartrose. Por essa razão, foi reposicionada em suas funções laborais várias vezes. Desde o acidente de trabalho faz

diferentes tratamentos médicos devido às complicações sofridas pela intensa dor, quase todos por atenção particular (fora do SGSSS). Mesmo que em decorrência de um acidente de trabalho, tem vivenciado diversas dificuldades para realização de seu tratamento médico.

Pablo, 52 anos, casado, médico. Possui 25 anos de experiência no setor da saúde. Nos primeiros sete anos de sua trajetória laboral, trabalhou na área assistencial. Posteriormente, tornou-se diretor de uma reconhecida instituição de saúde da região, realizando importantes contribuições administrativas para seu desenvolvimento. Devido a essa experiência, aproximou-se da Atenção Básica, participando ativamente da criação do primeiro Centro de Saúde da Colômbia (em Bucaramanga) com o Comitê de Participação Comunitária (antes da Lei 100, de 1993), o qual chegou a contar com financiamento próprio. Atualmente, é trabalhador efetivo e exerce o cargo de auditor médico de qualidade de um hospital que presta serviços de AB para uma população que possui SISBEN.

Pilar, 28 anos, casada, técnica em enfermagem. Começou a trabalhar como auxiliar de enfermagem no ano de 2007. Toda sua trajetória laboral se deu no campo assistencial, principalmente, em hospitais. Desde 2011, trabalha em um CAB no norte da cidade, na seção de consulta prioritária. Nunca foi trabalhadora efetiva, sendo que todos seus contratos nessas instituições foram temporários. Em 2009, sofreu um deslocamento na coluna, como consequência de um acidente de trabalho. Em 2011, teve outro acidente de trabalho, no qual sofreu queimaduras no rosto e braços, sem consequências graves, contudo. No período da entrevista, estava afastada do trabalho e recebia tratamento médico.

Jaime, 54 anos, casado, médico. Há 27 anos trabalha em distintos Centros de Atenção Básica do regime subsidiado da região. Em toda sua trajetória laboral, esteve na condição de servidor público, tanto antes de entrar em vigor a Lei 100, como depois. Há quatro anos trabalha em um CAB no norte da cidade na seção de consulta externa.

Yolanda, 53 anos, casada, mãe, técnica em enfermagem. Durante os últimos 33 anos, tem trabalhado como servidora pública na área da saúde no cargo de auxiliar de enfermagem. Por 23 anos, esteve vinculada ao campo assistencial em instituições da região (dois hospitais e uma clínica). Há 14 anos, ingressou em um CAB no norte da cidade. Durante os primeiros 11 anos, trabalhou na seção de consulta prioritária. Posteriormente, há três anos, trabalha na área administrativa em consulta externa, realizando o acompanhamento de históricos clínicos. A partir do ano de 2010, começou a sofrer taquicardias e episódios de depressão. Tem dores frequentes nos braços, pernas e região lombar. Apesar de ter manifestado em diversas ocasiões crises de estresse, nenhum de seus sintomas foi atrelado ao trabalho. Recentemente, tem recebido tratamento médico pelas doenças mencionadas.

Mario, 32 anos, solteiro, médico. Após ter se formado, sua primeira experiência laboral foi em um Centro de Atenção Básica na região oeste da cidade na seção de consulta externa. Ali trabalhou durante três anos sob contratos temporários. Devido a sua instabilidade laboral na rede pública, decidiu se demitir, migrando do campo assistencial para o administrativo. Há quatro anos, é diretor administrativo de uma instituição privada de saúde especializada em fisioterapia infantil.

Sara, 31 anos, solteira, técnica em enfermagem. Trabalha há 12 anos na área da saúde via contratos temporários. Durante seus primeiros 11 anos, trabalhou no campo assistencial em diferentes instituições de saúde, sempre em hospitais de várias cidades do país. Há poucos meses, começou a trabalhar na seção de consulta externa de um CAB ao norte da cidade, no qual realiza, principalmente, trabalho de escritório (administrativo).

Eduardo, 63 anos, casado. Há 27 anos mantém fortes vínculos com diferentes grêmios relacionados ao campo da saúde, o que tem lhe proporcionado uma significativa aproximação, participação e conhecimento desse campo. Apesar de trabalhar em uma empresa metalúrgica, suas condições objetivas de trabalho lhe permitem manter uma dedicação de tempo (quase) integral para desempenhar a Presidência da “Liga de Usuários do SGSSS em Santander”.

Em Campinas-Brasil: trabalhadores das Unidades Básicas de Saúde do SUS:

Taís, 32 anos, solteira, psicóloga, especialista em saúde mental. Logo após o término de sua graduação, fez um aprimoramento em saúde mental, que já a colocou em contato com a Atenção Básica. Durante três anos e meio atuou como psicóloga, simultaneamente, em duas Unidades Básicas de Saúde localizadas na periferia da cidade. Nessas duas experiências, trabalhou sempre sob contratos terceirizados, sendo, depois, demitida em um processo desgastante de negociação que durou quase dois anos. Apesar de não ter sido concursada, sempre se identificou como servidora pública. Há um ano, aproximadamente, voltou a ser contratada (ainda de forma precária) e trabalha num Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em uma região mais central da cidade.

Tomás, 37 anos, solteiro, técnico em enfermagem e estudante de enfermagem. Começou a trabalhar como auxiliar de enfermagem no ano de 1999. Toda sua trajetória laboral se deu no campo assistencial e seu vínculo de trabalho é efetivo, depois de ter sido aprovado em concurso público. No ano de 2004, fez uma tentativa de suicídio e teve depressão, razão pela qual foi afastado do trabalho por quatro anos. No ano de 2008, se reintegrou às suas atividades em outra Unidade Básica de Saúde, pois teve que ser realocado. A partir de então, trabalha nessa Unidade Básica de Saúde, sempre na sala de vacina. Desde seu afastamento até a presente data, recebe tratamento médico especializado.

Fabiano, 32 anos, solteiro, médico, especialista em medicina de família e comunidade, possui formação em saúde coletiva e saúde do trabalhador. Desde o ano de 2008, trabalha como médico de família em uma Unidade Básica de Saúde na periferia da cidade, após ser aprovado em um concurso público. Desde cedo, começou a participar em diferentes movimentos sociais. Identifica-se como militante ativo na área da saúde e defensor do SUS.

Mara, 54 anos, casada, mãe, técnica em enfermagem. Há 30 anos, trabalha como auxiliar de enfermagem. No primeiro ano, realizou diferentes substituições na área assistencial da rede de saúde. Posteriormente, durante os 12 anos seguintes, trabalhou na seção de pediatria de um hospital privado da região. Há 17 anos, depois de prestar o respectivo concurso público, ingressou em uma Unidade Básica de Saúde de Campinas, na qual se encontrava trabalhando até a data da entrevista. No ano de 2004, foi afastada por dois anos por incapacidade na realização de suas funções laborais por causa de uma artrite reumatoide deformante. Essa incapacidade propiciou, na época, sua aposentadoria por invalidez. No entanto, ela quis reverter o processo, retomando suas atividades. Após retornar ao trabalho, começou a apresentar dores no braço e no ombro, desenvolvendo tendinite, doença que foi relacionada ao trabalho (LER/DORT). Atualmente, realiza funções administrativas, principalmente, na organização dos consultórios devido às restrições médicas.

Rafael, 28 anos, solteiro, enfermeiro. Há cinco anos, trabalha em uma Unidade Básica de Saúde em uma região mais central. Seu vínculo de trabalho é efetivo, depois de ter sido aprovado em concurso público. Quando necessário, é responsável por substituir a coordenação da unidade e, normalmente, participa ativamente da cogestão da UBS.

Ema, 51 anos, divorciada, mãe, técnica em enfermagem. Começou sua vida laboral aos 11 anos de idade realizando diferentes ofícios. Na área da saúde, trabalha há 28 anos. Trabalhou num hospital nos primeiros 11 anos, dos quais cinco como atendente de enfermagem e os últimos seis como auxiliar de enfermagem. Posteriormente, após aprovação em concurso público, ingressou como auxiliar de enfermagem em uma Unidade Básica de Saúde, em que trabalha há 17 anos. Depois de dois anos de trabalho nessa UBS, começou a apresentar dores no braço, mas somente em 2002 foi diagnosticada com tendinite, doença que foi relacionada ao trabalho (LER/DORT). Devido a suas restrições médicas, na atualidade, trabalha prioritariamente na seção de acolhimento da UBS.

4.4 *Análise de Conteúdo*

Uma das características particulares da pesquisa qualitativa é que a análise pode ser realizada ao longo do estudo. O processo de coleta de informação e sua análise encontram-se resistentemente unidos. Trata-se de aspectos interativos e interdependentes, já que se pode observar (escutar, dialogar, revisar) e interpretar paralelamente (Minayo, 1999).

Para a realização do processo de análise do presente estudo, elegemos utilizar a *Análise de Conteúdo*, a qual é compreendida por Minayo (1999) como um conjunto de técnicas de pesquisa cujo objetivo é a busca do sentido ou dos sentidos manifestos nas mais diversas formas de comunicação.

Conforme Minayo (1999) argumenta, a análise de conteúdo é aplicada especialmente aos dados que se apresentam como discurso, o qual abrange tanto textos de diversos tipos de documentos, quanto respostas obtidas por meio de perguntas abertas. O princípio da análise de conteúdo, continua a autora, é definido na demonstração da estrutura e dos elementos desse conteúdo para que se esclareçam suas diferentes características e, assim, se desvende seu significado.

Ainda que a análise do conteúdo não obedeça a uma sequência rígida de etapas, é possível identificar fases fundamentais que, segundo Minayo (1999), auxiliam a propor e justificar interpretações relacionadas à compreensão da construção de significado que os sujeitos manifestam nos – e para além de – seus discursos, a saber, por meio do empreendimento de uma leitura interpretativa.

Dessa forma, pela especificidade do estudo, procurou-se compreender os significados explícitos ou implícitos, as opções e a intencionalidade existentes nas falas

dos entrevistados em relação a suas vivências frente à inserção da lógica capitalista na organização do trabalho dos serviços públicos de saúde em Bucaramanga e Campinas.

Assim, as entrevistas realizadas foram gravadas com prévia autorização dos participantes, para, depois, serem transcritas. O material obtido foi devidamente organizado e submetido à análise de conteúdo, na qual se buscou identificar as categorias que aludissem aos objetivos da pesquisa. Especificamente, nessa síntese interpretativa fizemos uma articulação entre os objetivos do estudo, as bases teóricas adotadas e a informação empírica obtida, da qual surgiram dois eixos temáticos que nortearam a análise das categorias, apresentadas no próximo capítulo.

5

Colômbia & Brasil: implicações da lógica neoliberal na vivência de trabalhadores da saúde pública

Como seria maravilhoso este mundo se o mesmo esforço, ou apenas metade dele, fosse dedicado a tornar o trabalho uma atividade alegre e criativa como pode ser.

– Harry Braverman

A seguir, serão apresentadas as reflexões e discussões realizadas no interior da análise desta pesquisa. A partir do estudo do conteúdo do material obtido com base nos objetivos da pesquisa, decidimos organizar a informação em dois eixos temáticos. O primeiro deles visa a apresentar as vivências dos dois grupos participantes sobre as mudanças que a lógica neoliberal tem propiciado nas condições e na organização do trabalho da saúde pública. Já, no segundo, são discutidas as implicações desse contexto na vida e na saúde dos trabalhadores, que se refletem, principalmente, na sua saúde física e mental, na relação ética e moral com o trabalho, na ausência de reconhecimento social e até mesmo, em alguns casos, em restrições para a construção de um projeto de vida ou ainda na adoção forçada do trabalho autônomo, devido à falta de alternativas.

Vale esclarecer que as categorias discutidas dentro desses eixos temáticos se encontram intrinsecamente relacionadas umas com as outras, pois fazem parte do

mesmo contexto de trabalho. No entanto, nesta análise, optou-se por tal classificação para ressaltar questões particulares produzidas nos relatos dos distintos participantes. Da mesma forma, por termos abordado a análise de duas realidades diversas, escolhemos iniciar cada categoria discutindo os relatos dos trabalhadores da saúde de Bucaramanga-Colômbia – onde já existe um projeto neoliberal para a saúde consolidado –, de modo que esta realidade possa ser utilizada como referência para se estabelecer uma discussão comparativa com a situação de Campinas-Brasil, no sentido de identificar similaridades e diferenças entre os dois contextos.

5.1 Mudanças nas condições e na organização do trabalho

*“En la Ley 100 del 93 existe una atención hacia
el ‘cliente’ como ‘cliente’ y no como paciente,
pues se debe garantizar la rentabilidad,
sobre la enfermedad de una persona”*

(Eduardo, Presidente da Liga de Usuários do SGSSS)

Entre os desdobramentos dos princípios neoliberais na saúde pública apresentados na introdução desta tese, encontramos diferentes decorrências nos dois contextos pesquisados. Tratando primeiramente do caso da Colômbia, pode-se dizer que o sistema de saúde atual, desde sua implantação, sempre mostrou clara tendência a favorecer o setor privado. Assim, as repercussões para os trabalhadores parecem ter se manifestado de forma rápida e direta. No caso brasileiro, em contraposição, as diretrizes do SUS possuem um caráter majoritariamente público, o qual tem dificultado (mas não impedido) a adoção de políticas neoliberais. Por conseguinte, os trabalhadores entrevistados indicam que essa mudança tem ocorrido de um modo mais lento e progressivo, assim como suas consequências para a vivência dos trabalhadores.

No desenvolvimento deste primeiro eixo temático serão ressaltadas três categorias em relação às vivências dos trabalhadores no processo de reforma de seus correspondentes sistemas de saúde. Na primeira delas, focalizaremos a transição entre o modelo da Atenção Básica anterior à reforma do atual sistema de saúde na Colômbia e o modelo posterior a ela, tendo em vista o contraste entre esses dois períodos que aparece de forma marcante na fala dos entrevistados que vivenciaram os dois momentos. Na segunda categoria, serão tratadas as relações dos trabalhadores com os usuários no modelo atual. Nessas duas primeiras categorias, terão maior relevância as vivências dos médicos, que, entre todos os participantes da pesquisa, foram aqueles que manifestaram mais veementemente suas angústias cotidianas por não exercerem sua profissão de forma íntegra, como prevê a ética profissional. Já na terceira e última categoria, serão debatidas as principais dificuldades relacionadas à falta de coesão entre os profissionais cujos vínculos empregatícios são distintos em uma mesma equipe de trabalho.

5.1.1 O antes e o depois da Atenção Básica

Tal como foi apresentado na introdução, no atual momento histórico, é notória a forte influência da ideologia neoliberal no contexto do trabalho público (Blanch-Ribas & Cantera, 2011). Dentre as mudanças geradas pelo predomínio dos valores de mercado no sistema de saúde colombiano, encontram-se a prevalência do fenômeno da terceirização, que tem afetado diretamente as relações e condições de trabalho, e a limitação da autonomia dos profissionais da saúde. Além disso, são observadas intensas alterações na relação entre trabalhadores e pacientes e entre os próprios colegas, o que, por sua vez, lesa sua organização coletiva.

Segundo os entrevistados, o sistema de saúde colombiano é marcado pela perda de valores e se distancia de seus princípios de caráter legal, estipulados nas normas humanistas do Estado Social de Direito. E os mais antigos lembram que nem sempre foi assim. Na década de 1980 – portanto, antes da implantação do atual sistema de saúde –, os princípios da APS de Alma Ata chegaram a ser aplicados na Colômbia. A organização do trabalho da Atenção Básica possibilitava que os médicos desenvolvessem suas atividades sob uma lógica diferente da atual, com autonomia profissional e maior aproximação de seus pacientes.

A esse respeito, Pablo, que trabalhava como médico da Atenção Básica naquela época – atualmente atua na área administrativa desse nível –, lembra que, antes da Lei 100, Bucaramanga havia tido excelentes experiências no primeiro nível de atenção. Essa cidade, junto de outras duas, tinham sido pioneiras e líderes no desenvolvimento de programas de AB na Colômbia. Em sua fala, ele ressalta com nostalgia como as relações com a comunidade, com os colegas e com o trabalho tinham outros sentidos para os trabalhadores. As práticas baseadas nos princípios da APS ficam evidentes no seguinte relato de Pablo:

*Nosotros fuimos pioneros, Bucaramanga junto con Cali, éramos referencia en el modelo de atención primaria. Antes de la Ley 100, teníamos un modelo para la atención primaria y contábamos con unos programas... Sabíamos que era más importante el cólera que la vesícula, que era más importante el dengue que la vesícula, que era más importante la neumonía infantil que la vesícula, que era más importante la enfermedad diarreica aguda que otras cosas de segundo nivel. Obvio, también existía el segundo y tercer nivel, pero lo que predominaba en Colombia era el primer nivel, eran los centros y puestos de salud [...] Realizábamos un gran trabajo extra mural, entonces hacíamos las brigadas, salíamos, participábamos, en fin... Lo cierto es que sí había una gran relación con la comunidad y un trabajo como Dios manda, coherente con lo que decía en ese momento la constitución colombiana y la normatividad que predominaba en ese momento.*³²

³² Nesta pesquisa, decidimos manter no idioma original, o espanhol, os trechos das falas dos entrevistados colombianos, a fim de não alterar o significado de seu discurso, conservando, assim, o sentido de suas vivências.

Posteriormente, com o surgimento do SGSSS, a Colômbia migrou de um modelo baseado no conceito de serviços sociais básicos, para outro centrado no cliente e em sua capacidade de pagamento (Ahumada, 1998; Hernández, 2001). Pablo, que experienciou a transição entre os modelos, sublinha que, no atual sistema de saúde, o serviço é pautado somente por critérios financeiros e não pelo direito e pelas necessidades dos usuários e da comunidade – nesse aspecto converge a maioria dos entrevistados. Ele, que na atualidade ocupa o cargo de auditor médico, mostra sua preocupação com a ausência de bons indicadores de saúde, atribuída ao funcionamento atual deficiente da Atenção Básica:

Esa realidad [bajos indicadores de salud] es en toda Bucaramanga y gran parte de la nación, porque antes el situado fiscal me permitía realizar todos los programas encaminados a la atención básica, a la atención primaria. Hasta los políticos sabían muy bien de eso, pues era parte del contenido programático de sus campañas, hablar de atención primaria, hablar de puestos de salud... Hoy en día no hablan de eso, son otros discursos [...] Y aquí, seguimos con indicadores de salud miserables...

Prossegue ele expondo ainda a alarmante dimensão que podem atingir as consequências dessa transição:

No es lógico que en Colombia el indicador de mortalidad materna, o mortalidad infantil o de desnutrición en la Guajira y Chocó sean tan elevados... Que, Colombia, que ocupa el lugar 30 o 32 en PIB en el mundo, los niños mueran por hambre, en la Guajira, ¡ni porque fueran millones de Guajiros!... son poblaciones pequeñas que fácilmente podrían ser intervenidas con los recursos que se giran en atención primaria a las diferentes EPS de la Guajira. Esos recursos son suficientes para sacar adelante a esa población... ¡Este es un Estado incoherente, indolente!... No es justo ver en mi hospital, enfermedades emergentes, ver criaturas de 16 años con tuberculosis y de la misma clase social nuestra... ¡Eso no lo puedo yo aceptar! Eso era ya algo medianamente superado...

Os problemas mencionados por Pablo, além de comprometer significativamente o bem-estar da população, como visto, afetam de forma direta a organização do trabalho, agora pautada pelo espírito empresarial. Nesse sentido, um dos maiores

aspectos destacados pelos entrevistados, resultante desse processo de transformação, diz respeito às distintas restrições à autonomia profissional, em especial no que tange à atividade médica, impostas pela atual lógica economicista. Isso representa uma das consequências da axiologia empresarial, que se impõe e condiciona administrativamente quase todas as atuações profissionais, e, na prática, se concretiza por meio de auditorias financeiras que avaliam o trabalho do médico em termos de produtividade e custos.

Praticamente todos os participantes – mesmo aqueles cujas falas não apresentam conotação politizada – destacam que as equipes de profissionais de saúde são avaliadas segundo esse parâmetro empresarial. Assim, predominam os critérios administrativos, como o pagamento pela realização de procedimentos para o cuidado, e não pela atenção em saúde. O médico é tomado por um organizador do gasto econômico e, como tal, deve empreender ações para poupar recursos. Conformem expressam os médicos Mario e Jaime, são excessivos os trâmites burocráticos e o controle econômico nos procedimentos de saúde que limitam o trabalho dos profissionais, impedindo sua autonomia, uma vez que sentem a necessidade de se ajustar à normatividade do sistema, em nome de sua sobrevivência no trabalho. Mario, que foi trabalhador terceirizado no atual modelo, diz o seguinte a respeito das restrições impostas à sua atuação profissional:

Yo debía recetar estrictamente lo que está recomendado en la resolución 412, de ahí no nos podíamos salir, pues si nos salimos, no se lo iban a autorizar al paciente. Eso estaba claro: si usted formula lo que dice la 412, la EPS debe entregarlo, pero si usted solicita algo que está por fuera, no lo van a autorizar.

Por sua vez, Jaime, reafirma esse aspecto:

El médico se siente muy limitado, en cuantas formulas da, en cuantos exámenes da, porque cambió la toma decisiones. Ya no es el medico como tal, ahora son las EPS o ARS, que son dirigidas por un gerente, y generalmente, el gerente cambió el concepto de bienestar social por el de empresa. Entonces, al cambiar las prioridades para favorecer los intereses de las

empresas, su principal objetivo, siempre será el factor económico. Antes de la ley 100, la prioridad era generar salud.

Em relação à burocracia que permeia o sistema e atrapalha o fazer do médico generalista na Atenção Básica, Jaime, ainda acrescenta:

Yo me siento muy limitado en muchas cosas. Las ARS impiden que uno tenga cierta capacidad. Por ejemplo, yo voy a remitir a un paciente a un ortopedista de mano, no puedo hacerlo, tengo que mandárselo a un médico de medicina interna, para que medicina interna lo valore, lo mande al ortopedista y el ortopedista es el que considera... Exámenes de laboratorio, yo puedo evaluar, según su sintomatología, que el paciente los puede necesitar y hasta anticipo un diagnóstico, según cierto cuadro clínico. Ahí, quisiera comprobar ese diagnóstico, para lo cual me gustaría solicitar ciertos exámenes, pero ¡no se puede! Entonces lo que debo hacer es remitirlo a un médico internista para ver si él considera, o no, enviarlo al neurólogo, o no, para ver si el neurólogo, finalmente, sí le pide algún examen...

Observa-se, nesses enunciados, o quanto as decisões clínicas passaram a se basear na ‘racionalidade administrativa’ e na lógica dos ‘especialistas’, e não em princípios éticos, nem mesmo, clínicos. Essas pressões resultantes da ingerência do mercado são dadas pelas diretrizes do *new management*, conforme explica Blanch-Ribas (2007).

Nesse sentido, existem diferentes mecanismos que favorecem o controle desmedido das funções do médico. Por exemplo, à força de listas das prescrições médicas, de glosas³³, de guias de atenção, de protocolos de procedimentos e até da instabilidade laboral e da ameaça da demissão, os trabalhadores são impelidos a se submeter a essas normas que condicionam, impedem e reduzem sua atuação

³³ As ‘glosas’ são objeções às contas de cobrança apresentadas pelas Instituições Prestadoras de Serviços de Saúde (IPS) pelos serviços prestados. Essas objeções são dadas pelas inconsistências identificadas na revisão das faturas e seus respectivos suportes. Dessa forma, quando são identificadas essas inconsistências, seja por sua forma de apresentação, aplicação de tarifas, cobertura de serviços ou outras motivações, a instituição contratante devolve essa(s) conta(s) de cobrança à IPS para que sejam corrigidas as observações indicadas dentro de um prazo estabelecido e, assim, posteriormente, tenha prosseguimento a solicitação de pagamento. Essa é uma das modalidades mais utilizadas pelas EPSs para reter os pagamentos às IPS.

profissional, tal como descreve Jaime, médico com experiência de 27 anos na Atenção Básica:

[...] ***El médico*** [en el actual sistema de saúde] *para decidir sobre su actuación profesional, está condicionado por el personal administrativo y debe someterse a las normas establecidas, si es que aún desea permanecer en su trabajo...*

Já Mario não critica as normas em si como restritivas da autonomia médica, e, sim, a gestão financeira do sistema. Segundo ele:

Cuando uno conoce la normatividad, uno dice, pues el servicio en el papel es bueno, lo malo es la operatividad, que no cumple con lo que está escrito [...] Por lo menos, tú ves el POS [Plano Obligatório de Saúde] y es un POS que tiene lo básico para poder brindar una atención de calidad, ¿pero qué pasa? Cuando tú aplicas el POS en el centro de salud, el problema es de recursos, de plata, y no, porque no este contemplado dentro del programa. Entonces, no se hace es porque no hay plata para comprar el laboratorio, no hay plata para dar el medicamento. Ese proceso, de donde viene el recurso, mientras llega a donde debe llegar, a la IPS, pues ahí pasan muchas cosas y, por eso, a la IPS siempre llega es como la última parte, por eso no alcanza. Pero, si tú miras el POS, por lo menos en este momento que uno no sale de la ampicilina, la amoxicilina, uno dice: ¿por qué no lo hay? ¿por qué yo no tengo una ampolla de ampicilina? ¿por qué no tengo un avance de solución salina? ¿cuánto cuesta? 200 pesos, está dentro del POS [...] ¡ah! porque no había plata. Entonces, yo siempre he pensado que el POS no es descabellado, lo descabellado es la administración del dinero, porque de hecho es un plan obligatorio de salud grande que, ‘supuestamente’, cobija a mucha población.

Como visto, as numerosas medidas de regulamentação e normatividade do sistema de saúde colombiano, isto é, a introdução de múltiplos decretos e resoluções, das diversas instâncias administrativas tem reduzido a autonomia do médico – e, em geral, também dos outros profissionais – que, gradativamente, se dilui na organização e normatização de todos os processos presentes no Sistema. É por isso que, entre todas as categorias de trabalhadores da Atenção Básica na Colômbia, podemos considerar os médicos aqueles que sofrem maiores pressões no cotidiano, visto que não gozam de plena liberdade para o exercício de sua profissão com condições para cumprir fielmente os parâmetros da ética médica tradicional. Importante esclarecer aqui que o modelo

atual do sistema outorga ao médico um maior protagonismo em relação aos outros profissionais, colocando-o no centro da tomada de decisões sobre a saúde dos usuários e limitando sua participação a auxiliá-lo em algumas atividades pontuais, próprias de cada cargo. Em vista disso, pode-se afirmar que a organização do trabalho na AB estimula o trabalho individualizado, restringe a autonomia dos outros profissionais e, portanto, não facilita a conformação de equipes multiprofissionais ou, muito menos, interdisciplinares.

Ao sistema anterior, somam-se as diferentes reformas que, aparentemente, procuravam melhorar as condições dos usuários, mas que, com certeza, têm produzido efeitos colaterais importantes no cotidiano dos médicos, acentuando, ainda mais, o sofrimento deles. Por exemplo, a Lei 1438, de 2011 (Colombia, 2011), decreta a implementação da APS, definindo exigências de maior produtividade e qualidade no serviço, sem, no entanto, apresentar a estrutura necessária para sua adequada operacionalização. Jaime, médico concursado, mostra na sua fala o quanto essa situação torna seu cotidiano de trabalho angustiante. Diz ele:

Nosotros tenemos metas que cumplir. Por ejemplo, debemos seguir la normatividad del P&P, tener tantas atenciones en niños menores de 5 años, o tantos en adulto mayor, o tantos en agudeza visual... Pero vuelvo y te digo, eso no está en mis manos, porque no depende de mí. Si a mí me dijeran: usted tiene que atender 500 niños al mes y me permiten ir a las escuelas, a las guarderías, eso estaría en mis manos, yo podría hacerlo. Pero, a mí lo que me dicen es: esos 500 niños, todos tienen que ir a consulta y ¿quién escoge la consulta? es en el orden en que llegan ellos, es la población la que va al puesto de salud. Son muchos los factores que interfieren... La persona de archivo que le puede mandar a un médico o a otro médico, la persona de factura que le puede facturar a un médico o, a otro médico, las ARS que le dicen: a este usuario no lo atienda tantas veces. Entonces son muchas cosas que lo detienen a uno, que le quitan la autoridad... ¿Y si yo no tengo autoridad en algo? ¿cómo hago para ser responsable de lo que sucede?'

Desse modo, se, como vimos, a lei indica um suposto interesse em desenvolver na Atenção Básica os distintos programas e estratégias, a fim de melhorar os

indicadores de saúde pública, na realidade, não é possível realizá-los, pois são adotados sem estrutura, recursos e condições necessárias para seu correspondente desenvolvimento. A esse respeito, Pablo, que atuou como médico da AB antes da Lei 100 (Colômbia, 1993), conhecedor, portanto, do modelo da APS, explica sua inaplicabilidade no sistema colombiano e manifesta, a partir de sua atual condição de trabalhador administrativo, que são mais numerosos os problemas gerados pela norma do que as soluções fornecidas:

Si usted ve en la nueva reforma a la salud “vuelve a la atención primaria”... Una cosa es el papel y otra cosa es lo que vamos hacer. No hay plata. Si usted ve en los centros de salud ¿qué atención primaria se hace? ¡Ninguna!, porque los centros de salud los estamos cerrando... No existe el voluntariado, el promotor de salud, no encuentro las estadísticas necesarias, no encuentro programas específicos, de carácter epidemiológico, para controlar un simple dengue, por ejemplo... Y ¿por qué desaparece? Porque el recurso económico no llega a tiempo, sin dinero, en instituciones donde se maneja el primer y segundo nivel, lo poco que hay lo tienen que destinar a apalancar el segundo nivel, porque la gente se está enfermando más. Esta es una institución que maneja el primer nivel ¿Qué hacemos de atención primaria en primer nivel pobre? ¡Nada, no tenemos plata! Lo poco que hay lo hacemos intramural (adentro, dentro de la entidad, dentro de los muros de la institución), porque todo lo debemos destinar al segundo nivel.

Outro aspecto importante destacado por Pablo em sua fala respeita à tendência do sistema a priorizar o segundo nível de atenção – a atenção especializada – em detrimento do nível da atenção primária. Sendo assim, a falta de uma execução apropriada dos programas de promoção e prevenção, originários da Atenção Básica, conduz à intensificação das problemáticas de saúde da população, obrigando-a a recorrer ao segundo nível – o que favorece ainda mais os interesses do setor privado. Dessa forma, o sistema tira o foco da atenção do médico generalista, centrando-se na atuação dos especialistas. Isso, segundo os defensores da APS, representa mais custo e muito menos efetividade para os objetivos principais de um Sistema Público de Saúde.

Em relação a esse aspecto, Marcela, que ocupa um cargo cujo dever é avaliar os serviços de saúde do ponto de vista econômico, explica que:

Si los primeros niveles ejecutaran su atención básica adecuadamente y ejecutaran los programas de promoción y prevención adecuadamente, nosotros no tendríamos pacientes enfermos, y bueno, si los habría, sería por la naturaleza y porque es el desenlace, pero por lo menos habría mayor control. Eso está totalmente desbordado, porque no está funcionando el primer nivel de atención básica y mientras eso no se ataque, no se aborde, a nosotros se nos va a seguir desbordando el sistema y ninguna plata va a ser suficiente, ninguna plata va a alcanzar para garantizar una atención adecuada.

É interessante observar que, apesar de o sistema colombiano de cunho privatista já estar consolidado há muito tempo, alguns participantes da pesquisa originários deste país demonstram uma reflexão bastante crítica sobre as consequências desse contexto. Ainda que alguns deles não tenham vivenciado o trabalho na saúde antes da implantação do SGSSS, os dados históricos e o contexto macrossocial em que a transição se deu são lembrados por quase todos para destacar que a mudança trouxe prejuízos para a população e para os trabalhadores. Nesse sentido, consideram que a sociedade e o Estado colombiano aderem muito facilmente a essa situação e até mesmo a estimulam. Pablo, atualmente auditor médico de qualidade, é um dos entrevistados que apresenta o discurso mais crítico ao sistema, respaldado por sua trajetória, conhecimento, experiência e inserção política na história da Atenção Básica de Bucaramanga. Ao ser indagado sobre as fortes mudanças que sofreu o setor da saúde e, em especial, o nível da AB, ele responde:

Hubo un cambio de relaciones laborales. A parte de sacrificar la atención primaria, sacrificaron otra cosa que es más fácil para el Estado ¿cuál es? ¡Las relaciones laborales! Y aquí están las consecuencias, instituciones con 38 empleados [concurados], con 200 contratistas, esa es la nación. ¿Y los contratistas están bajo qué condiciones?.

E continua:

El Estado sacrificó 60 mil personas en Colombia por un préstamo al Banco Interamericano de Desarrollo. Se inventó un cuento de liquidación, de reorganización, de restructuración, ¡pura paja! porque ahí no se reorganizó nada, porque todo quedó igual, con la diferencia que lo que hicimos fue no formalizar los trabajos, una vez despedidos, una vez indemnizados... Eso era innecesario, era innecesario reducir el Estado colombiano a expensas de la salud. Yo a veces creo que eso era algo así como un rito medio satánico, de unos señores llamados Neoliberales, que dijeron que teníamos que sacrificarnos, porque parece que tenían un dios que había que ofrecerle sacrificios.

Pode-se dizer, então, que as mudanças determinantes sofridas pelos serviços de ABS na Colômbia propiciaram vivências significativas, em especial, para aqueles trabalhadores que acompanharam esse percurso histórico, desde antes da reforma de saúde, quando seus interesses de caráter social se aproximavam aos postulados de Alma Ata, até o período posterior à reforma, de consolidação do modelo atual.

O quadro descrito contrasta com o processo que vem experimentando o campo da saúde pública no Brasil, especificamente com seu modelo de APS, o qual, até o momento, mantém seu *status* de estratégia principal do primeiro nível de atenção. Não obstante, de acordo com o que sabemos sobre a trajetória do SUS até o presente – sobre sua tendência ao desmonte (Campos, 2007) –, é possível que, em um futuro próximo, os trabalhadores tomem conhecimento de vários elementos que permeiam o cenário colombiano, como os apresentados anteriormente.

Apesar de Campinas possuir certa tradição no campo da saúde, que faz dela referência no Brasil, seu SUS aos poucos está experimentando uma série de ações que concorrem para seu desmonte, como a Lei Complementar 101/2015, recentemente aprovada pela Câmara Municipal, que permite a gestão dos serviços públicos por Organizações Sociais (OS), conforme já citamos anteriormente. Nesse sentido, Fabiano, médico da Atenção Básica, que tem um histórico de militância no SUS, assinala criticamente algumas dessas ações, como a sobrecarga atual de população por equipe de

trabalho e a carência de um direcionamento sistemático dos programas, que faz com que eles dependam totalmente da gestão política do momento.

*Campinas tem uma sobrecarga muito grande no sentido do tamanho da população que cada equipe é responsável. Isso tem a ver com a questão de como é o SUS hoje em dia. É humanamente impossível dar conta daquilo que é o seu trabalho [...] Mas, eu estou lá, sou militante mesmo, defensor do SUS, estou na saúde da família, na Atenção Básica porque acredito nisso, porque acredito que as pessoas devem ter direito a saúde. **Mas, eu sei que a gente não tem condições objetivas de garantir o direito da saúde, pois a gente tem uma quantidade, um tamanho da população para dar conta, que é muito além do que é razoável.** Isso é dado oficial de Campinas, não estou falando de minha experiência particular, estou falando de que Campinas tem em média oito mil pessoas por equipe de saúde da família e a portaria do Ministério da Saúde, que aliás, não é nenhuma maravilha, fala de duas a quatro mil pessoas... A gente já está duplicando o limite máximo, viu?*

Fabiano, ainda, continua:

*Campinas ainda é vista por muita gente como referência, só que nos dez anos que eu trabalho aqui, só piorou. Então, assim, para mim é muito claro que tem um processo de desmonte mesmo, de não se saber para onde vai e o que se quer. É difícil falar do SUS de Campinas como um todo, porque é muito, já que é grande, tem sessenta e duas unidades básicas, tem muita gente, uma rede grande, é uma cidade de um milhão e tanto de pessoas, é grande mesmo, é heterogêneo e não tem um projeto muito claro, uma diretriz clara. Então, cada um faz de um jeito... Tem hora que eu ouço as pessoas falando: “nossa, eu fui tão bem atendida lá, no posto de saúde” e, outras dizendo: “não sei, eu mudei para cá e espero que seja legal, também.”... Você ouve coisas muito boas, relatos legais que as pessoas falam, mas, isso depende daquela unidade, daquele trabalhador, daquela equipe, como um todo... **Ninguém sabe para onde vai o SUS de Campinas...** Faz tempo já, há dez anos que eu estou aqui e não tem uma coisa assim de projeto mesmo...*

Assim, parece que a carência de recursos para a realização de uma atenção adequada à saúde pública tem levado Campinas a percorrer um caminho que, aos poucos, pode aproximá-la da realidade de Bucaramanga. Várias consequências que aparecem ao se transitar uma trajetória desse tipo podem ser observadas nas vivências dos trabalhadores colombianos. No entanto, por se tratar de duas experiências que têm

trilhado histórias distintas, as formas como se produzem essas consequências mantêm características singulares. Uma delas tem a ver com o fato de que, embora a demanda da população em Campinas ultrapasse o limite de atendimento de usuários por equipe de trabalho na AB, os profissionais da saúde ainda parecem gozar de autonomia e alguma liberdade para definir suas prioridades. Por exemplo, em algumas Unidades Básicas de Saúde ainda podem priorizar os programas de promoção de saúde e prevenção, mediante um trabalho organizado, coordenado e participativo dos integrantes da equipe. Rafael, enfermeiro efetivo que exerce o cargo de cogestor de sua unidade básica, explicita como é realizada a organização da agenda de trabalho, considerando a alta demanda de população que possuem:

A gente tem que se adequar à realidade. Não adianta eu causar um sofrimento para minha equipe, porque assim, eu não tenho uma quantidade de profissionais para atender a minha densidade demográfica da população local, né? Eu não tenho! Então, o que a gente tem que fazer, a gente tem que organizar nossa agenda de forma que priorize as pessoas que são mais vulneráveis, entendeu? Eu tenho que garantir a agenda para criança de até dois anos, eu tenho que garantir agenda para gestante, para o paciente com diabetes e hipertensão, entendeu? E, assim, a gente faz.

Ele, todavia, acrescenta que a autonomia e a ação de coordenar a equipe, na sua organização do trabalho, outorgam-lhe um alto grau de reconhecimento, atrelado à valorização de seu saber, o que, por sua vez, promove um maior comprometimento e concede outro sentido a seu trabalho:

Eu acho que a nossa unidade hoje é uma unidade que é diferenciada, porque a gente faz mais construção coletiva. Por exemplo, a gente tem muitas reuniões onde as pessoas podem ser protagonistas de seu próprio processo de trabalho. Elas podem participar das decisões do processo de trabalho. Elas têm autonomia na organização, eu posso ser protagonista da minha organização, do meu processo de trabalho. Lógico tem que ter propriedade para discutir nas reuniões... Por exemplo, para o atendimento da dengue, a gente fez uma reunião com os médicos, com os enfermeiros, com os técnicos de enfermagem: “Ai, gente, como é que nós vamos fazer?...” Quando você torna as pessoas corresponsáveis pelo seu processo de trabalho, isso legítima, né? As pessoas ficam mais apropriadas e responsáveis pelo próprio processo do

trabalho. Então, elas cuidam mais de fazer aquilo dar certo, entende?... O que a gente faz, nosso papel de gestão, é assim, fortalecer esses espaços. Ter reunião, garantir que tenha reunião do Conselho Local de Saúde, ter reunião de Conselho Colegiado Gestor. Por exemplo, agora na quinta-feira, a gente vai fazer uma reunião de enfermagem para dar uma devolutiva para eles, porque não adianta não contar com eles... Se eu organizar sem passar por esse processo, não fica legítimo o processo de trabalho deles, entendeu?

Outra expressão dessa liberdade no desempenho das atividades é apresentada por Fabiano, médico de família. Diante da habitual sobrecarga de população, sua equipe teve a iniciativa de se organizar em um local de trabalho alternativo que conseguisse acolher uma porcentagem maior de sua comunidade, a fim de atender e responder oportunamente com seus programas de saúde.

*A gente faz uma atividade que não é consulta no posto, mas que é um grupo que a gente organiza de agendamento de consulta... Toda quarta-feira, faz quase quatro anos, a gente faz um grupo no salão da igreja ao lado do posto, que é o espaço da comunidade aberto para as pessoas chegarem até nós, os da equipe, e agendarem consulta. Nesse espaço, também, já conseguimos resolver coisas que já dá para solucionar nessa consulta... **Isso é uma iniciativa da minha equipe...***

Devido à forma como está configurado o sistema colombiano – caracterizado pelas fortes restrições que fazem parte de sua normatividade –, torna-se complexo empreender modos alternativos de atenção à população, como aqueles referidos nos relatos de participantes de Campinas-Brasil. O controle excessivo sobre o trabalhador que se dá na Colômbia parece ainda não ter chegado aos profissionais da AB de Campinas. A seguinte fala do médico Fabiano mostra como ele ainda consegue ser fiel aos critérios éticos e clínicos no desempenho das suas atividades de trabalho:

***Eu, felizmente, tenho a senha, tenho o meu computador na sala, controlo a agenda do meu jeito.** Marco a dona Maria separada do marido dela, porque eu sei que não dá para ver os dois juntos. Então, assim, **tem um controle ali que é muito saudável**, que a gente tenha, né? Tem um controle da agenda que, em geral, outros postos de Campinas não têm...*

Ainda que ressalte que essa é uma característica do seu local de trabalho, Fabiano esclarece que ela é possível devido a suas condições objetivas de trabalho, muito diferentes daquelas dos outros profissionais, terceirizados:

Então, a questão de eu ser concursado, de eu ter estabilidade, de eu poder questionar, poder propor organização das coisas do jeito que eu acredito e, tal! Com certeza, eu não estaria lá, no mesmo lugar até hoje, se eu não tivesse essa chance que eu tenho por ser concursado. Então, quem sabe uma das questões da terceirização do trabalho, é você não poder questionar, né? Não só você ter uma meta enorme quantitativa para cumprir, tem que fazer e tal!... É, também, você não poder questionar, não poder falar: “não, devia ser assim, assado”...

Outro aspecto a ser destacado por contrapor-se ao caso de Bucaramanga-Colômbia, refere-se ao fato de que, em Campinas, ainda exista a ideia de equipe de trabalho interdisciplinar, o que pode aliviar a pressão associada ao protagonismo do médico, mesmo que a ESF o coloque no centro, onde conflui a maioria das responsabilidades a serem assumidas. A constituição desse ambiente multiprofissional, por sua vez, favorece o atendimento integral à comunidade, tal como é observado na fala de Fabiano, quando da apresentação dos objetivos da conformação dos grupos alternativos de atendimento, isto é, o acolhimento de mais pessoas, o fornecimento de uma atenção integral:

Esse grupo das quartas-feiras é uma estratégia para falar, inclusive: “olha, qualquer problema de saúde de vocês, a gente está aqui para ajudar, seja na hora da urgência, ter o pronto socorro, a queixa aguda, vai direto lá, no posto”. Ou: “passou no ortopedista do convênio, traz aqui que eu quero ver o exame, também, ah! mas esse exame é do ortopedista, não importa é teu, é sua perna, olha, vem aqui e, tal!” É tentar fazer uma abordagem integral e tentar com que as pessoas reconheçam e entendam que a gente está ali para ajudar elas com a saúde, como um todo [...] Acredito que o jeito dos grupos das quartas-feiras é uma forma para conseguir não só atender mais pessoas, senão, também, atendê-las de forma integral!

Por fim, vale ressaltar que outra diferença determinante entre os dois contextos estudados é a natureza dos objetivos que cada sistema define em relação ao atendimento

dos usuários na Atenção Básica. Conforme descrito pelos entrevistados do sistema brasileiro, em Campinas, ainda é possível privilegiar a qualidade no atendimento; atribuindo-se maior peso e significado às condições de saúde da população do que ao número de usuários atendidos – uma das principais metas do sistema colombiano. Rafael, ao ser indagado sobre as metas relacionadas ao atendimento de pacientes, explica como, graças à autonomia na organização do trabalho, os profissionais têm a liberdade de priorizar a qualidade sobre a quantidade:

*[...] Não, metas não, a gente tem [participação na] organização de trabalho, por exemplo, a agenda é três por hora. Agora o que vai dentro desses três por hora, é a gente que decide, entendeu? Ô! Vamos deixar uma vaga, por exemplo, uma vaga para atendimento de dia, de urgência, para alguém chegar passando mal. Vamos deixar uma vaga para diabético e hipertenso. Isso para o médico clínico geral, por exemplo. Uma vaga para o clínico e uma vaga para qualquer pessoa que chegue e queira marcar, entendeu? A gente organiza isso. **Mas, a gente não tem metas, assim, que alguém venha ver se eu estou atendendo tantos e tal! Não. Isso dá uma autonomia de organização que enriquece nosso trabalho.***

Conceber um antes e um depois nas histórias da Atenção Básica dos dois sistemas de saúde resulta muito mais visível na Colômbia do que no Brasil, apesar de este último estar no meio de um processo de fragmentação. Ainda que o contexto brasileiro pesquisado tenha suas problemáticas peculiares, relacionadas, principalmente, ao número excessivo de população sob responsabilidade de cada Unidade Básica de Saúde, ele ainda conserva características que permitem certo alívio do sofrimento envolvido nas diversas formas de precariedade e cujo efeito se desdobra, por conseguinte, no funcionamento e na qualidade dos serviços oferecidos a seus usuários.

5.1.2 As novas relações com os usuários

Um dos elementos destacados pelos entrevistados colombianos como resultado da lógica privatista na Atenção Básica é a configuração de novas formas de relação entre os profissionais da saúde e os usuários. Alguns entrevistados atrelam a transformação dessas relações com as mudanças provocadas pela Lei 100 (Colombia, 1993), como é o caso de Jaime e Pablo, médicos que vivenciaram essa transição. Eles afirmam que, antes dessa Lei, existia um vínculo entre profissionais da saúde e usuários, o qual era mediado, principalmente, pelo interesse no cuidado da saúde da população com base nas propostas originais da APS, apresentadas na introdução desta tese. Quanto a isso, esses trabalhadores diferenciam claramente o contexto anterior e posterior à atual legislação. Nesse sentido, Jaime, médico da AB, ao lembrar suas vivências no anterior modelo da APS, destaca:

*[...] Eran otros tiempos, estamos hablando de hace 20 y pico de años [...] Antes de la Ley 100, yo hacía consulta en un centro de salud similar a éste y después de la consulta nos íbamos, el odontólogo, la especialista, la jefe, dos promotoras, porque habían promotoras de salud en esa época... Y nos íbamos a las comunidades a hacer consulta allá. Obviamente, **¡eso sí era una buena consulta! Teníamos recursos para desplazarnos y la comunidad, naturalmente, entraba en empatía con el personal de salud... Almorzábamos y compartíamos con ellos, mejor dicho, entrábamos a la comunidad...***

Pablo, por sua vez, também recorda a lógica anterior que prevalecia na relação profissional-usuário, ressaltando a ativa participação dos profissionais na comunidade, o forte vínculo estabelecido, bem como o amplo conhecimento que a equipe tinha da população. Diz ele:

*Antes, sí era un buen momento, pues era posible realizar atención primaria, al punto que **podíamos participar con las comunidades de todos los programas de atención básica. Teníamos promotores de salud, voluntariado de salud, promotores pagados por el Estado y voluntarios. Había una atención primaria con programas reales, con un voluntariado, o sea, con un vínculo real con la comunidad. Podíamos hacer visitas domiciliarias y sabíamos quien estaba***

embarazada, quien tuvo un ACV, quien se enfermó durante la noche [...] Mis voluntarios, nuestro equipo sabía todo lo que sucedía en la comuna y no era una comuna pequeña, era una comuna significativa respecto a población.

Assim, as falas de muitos dos entrevistados que já integravam o sistema de saúde antes da atual reforma demonstram uma identificação com a forma de organização anterior e uma clara frustração provocada pelas limitações que o presente contexto impõe a sua prática. A diminuição da autonomia profissional dos trabalhadores, abordada anteriormente, acaba por atingir também a relação entre o profissional da saúde e o usuário do serviço. Conforme apresentado no item anterior, os profissionais devem restringir sua análise clínica; são inibidos de aplicar seus conhecimentos; são impelidos a negar suas convicções, bem como a ser infiéis à milenária tradição médica, sustentada no princípio de beneficência – fazer o bem – (De Santiago, 1998), princípio este consagrado claramente nas leis colombianas relativas às práticas profissionais da medicina e da enfermagem.

Um dos efeitos mais importantes dessa dinâmica é o fato de que os usuários, concebendo os profissionais da saúde como os principais representantes do SGSSS, costumam culpá-los pela totalidade das deficiências do sistema. Alguns dos entrevistados manifestaram que, no atual sistema, o ‘lado humano’ da atenção tem sido relegado para um segundo plano. Nesse sentido, os médicos Jaime e Mario aludiram às pressões que recebem dos próprios pacientes, usualmente, na hora de prescrever medicamentos e exames. Essas pressões são evidenciadas, por exemplo, em uma prática bastante comum entre a população de usuários, que consiste na exigência de determinados produtos farmacêuticos e/ou procedimentos que o paciente se autoprescreve previamente à consulta médica. Jaime explica como essa lógica leva à deterioração da relação médico-paciente, a ponto de se tornarem ‘rivais’:

Hoy en día, el mismo paciente se ve muy restringido por la normatividad, por la limitación de los servicios, por la 'tramitología', ¡porque hay mucha tramitología! Entonces el paciente se siente frustrado y ya la relación médico-paciente se ha acabado. Esa relación, en lugar de tomar ese carácter que tomaba antes, de ayuda, de apoyo, de beneficio, lo que se ve ahora, es una relación de paciente-médico como rivales, donde 'vamos a ver si me dan o no me dan lo que necesito' [...]. Los pacientes llegan queriendo que se les realicen muchas cosas, de hecho, a pesar de que muchos presentan varias problemáticas, en muchas ocasiones no se les pueden realizar todos los procedimientos que ellos exigen. Entonces se crea una rivalidad. El paciente, por su parte a ver que logra del médico y el médico, a su vez, piensa cómo no caerse ante la Ley 100 y ante toda la demanda exigida por el paciente.

Concorrem para esse distanciamento entre médico e paciente, imposto pelo modelo atual, diversas situações de violência presentes no contexto estudado, as quais também são experienciadas pelos profissionais de saúde. Dado que esses profissionais constituem a linha de frente, sendo o primeiro filtro no acesso ao sistema, é comum que eles vivenciem distintos episódios de violência protagonizados por alguns usuários, vítimas da burocracia que os impede de ter acesso a determinados procedimentos. Frente a isso, Jaime afirma:

En una comunidad tan violenta y agresiva, el medico ya está expuesto a muchos problemas. El solo concepto del médico ya puede acarrear serios problemas, que no involucran solo al paciente, sino que también relacionan a la familia, por ejemplo, en las relaciones de pareja [...] Entonces, el médico está expuesto a esas cosas, de hecho, las amenazas en un centro de salud son constantes, ya sea, porque uno no los atiende, porque se acabaron las citas, o por el diagnóstico, o porque alguien quiere que uno le de tantos medicamentos o exámenes, sin una justificativa médica para eso.

Mario, por sua vez, lembra:

En una ocasión nos tocó llamar a la policía, porque había un paciente que llegó herido por arma blanca, pero el señor iba muy mal, y a pesar de que el centro de salud tenía ambulancia, no la había en ese momento. Mientras llegó la ambulancia, para remitirlo al hospital, nos violentó, porque no llegaba la ambulancia [...] Todos fuimos amenazados, nos iban a matar si se moría el paciente.

Além disso, outros fatores ligados às condições precárias de trabalho comprometem o vínculo profissional-paciente tais como: o intenso ritmo de trabalho e, com isso, a rápida sequência de consultas que diminui o tempo dedicado à atenção de cada paciente; a alta rotatividade dos profissionais, decorrente dos baixos salários e da instabilidade; a execução das variadas atividades administrativas que, por sua vez, minimizam o objetivo clínico. Essas situações, dentre outras tantas que se delineiam, ocasionam, igualmente, uma deficiência na atenção aos usuários, responsável por degenerar progressivamente a relação entre eles e os profissionais de saúde. Marcela, que atua na avaliação de serviços de saúde do ponto de vista financeiro, apesar do caráter fiscalizador de seu cargo, mostra-se ciente da importância dessa relação profissional-paciente e destaca com veemência sua preocupação diante de sua deterioração:

Es un sistema [de salud] que deshumaniza porque se ha perdido de vista la esencia, y la esencia nuestra, como institución prestadora del servicio de salud, siempre es el ser humano, el paciente, su salud [...] Ese contrato verbal que hay entre paciente y médico se perdió, esa relación interpersonal que se da cuando usted se sienta en el consultorio y yo empiezo a atenderlo, ahí, hay implícito un contrato, entre usted y yo, usted como paciente y yo como profesional de la salud, eso se perdió...

Dessa forma, na Colômbia, o ingresso da lógica de mercado na prática da atenção à saúde parece colaborar fortemente para o enfraquecimento do vínculo profissional-usuário, pois essa maior influência do administrativo sobre o assistencial, além de minar a qualidade na atenção e dessa relação, modifica o “ethos da prática clínica” (De Santiago, 1998), isto é, emerge uma interação baseada mais nos valores de tipo contratual do que no princípio da ética profissional. Por conseguinte, essas condições em particular produzem deturpações na concepção dos papéis, alterando o paciente/usuário para “consumidor” ou “cliente” e o serviço público, representado no

profissional da saúde, para “mercadoria” e/ou “vendedor”, conforme destacam Blanch-Ribas e Cantera (2011) e De Santiago (1998). Esse panorama, que reproduz no serviço público de saúde uma relação cliente-fornecedor típica das empresas privadas, transforma, indiscutivelmente, a relação profissional-usuário, constituindo uma interação efêmera, superficial e mecânica entre eles.

Já no caso de Campinas, apesar de não existir uma transição de um modelo de Atenção Básica anterior para outro posterior, são observadas algumas dificuldades na relação profissional-usuário, que podem ser interpretadas como sequelas de uma falta de investimento no setor público de saúde decorrente de sua atual tendência privatista. O fato de a quantidade de pessoas sob responsabilidade de uma equipe ser muito acima daquela preconizada pelo Ministério de Saúde parece constituir um dos piores agravantes para o estabelecimento de uma boa relação entre os profissionais de saúde e a população atendida, provocando, muitas vezes, a demissão voluntária de alguns, em especial, médicos, como explica Fabiano. Nesse sentido, embora se configure aqui um modelo de saúde diferente daquele de Bucaramanga, que engloba a possibilidade de realização de ações que busquem uma aproximação com a população, também se encontra nessa realidade uma frustração por parte dos profissionais porque nem sempre conseguem estabelecer tais vínculos e desenvolver adequadamente suas funções, o que acaba dificultando uma boa relação entre equipes e comunidades. Essa sobrecarga de população foi mencionada por todos os entrevistados brasileiros, sendo, sobre isso, o relato do médico Fabiano exemplo esclarecedor do que procede:

Muitas vezes, a prefeitura fala: “Ah, os médicos não querem trabalhar no SUS... nós fazemos concursos e não se preenchem as vagas, ou, o médico fica uns meses e vai embora...” Então, muitas vezes é por insatisfação... Você trabalha, você gostaria de fazer um trabalho bem feito e estou falando do médico bem intencionado [...] Não estou nem falando do militante, eu estou falando do bem intencionado, da pessoa que quer trabalhar no posto e fazer um trabalho legal, de querer ficar satisfeito com o meu trabalho, de saber que estou fazendo um acompanhamento

legal das pessoas, que estou prevenindo doenças, estou cuidando direitinho e tal. Pois, ao chegar lá, descobre que ele tem oito mil pessoas para dar conta, que tem uma loucura de agenda e que ele vai ver o paciente uma vez a cada dois anos...

Outro aspecto destacado, que também se aproxima do que dizem os médicos colombianos, é a impotência do profissional da saúde, experimentada por não se conseguir acompanhar e resolver o processo de cada paciente, como deveria ser. Afinal, cabe lembrar que, muito embora caracterize-se como um sistema universal, na atualidade, o SUS acolhe, majoritariamente, a população pouco abastada, cuja condição se vê profundamente afetada por problemáticas sociais que se afastam do campo de ação do trabalhador da saúde. Nas palavras de Fabiano, pode-se observar a particularidade do tipo de vínculo presente na Atenção Básica que faz com que alguns profissionais se sintam frustrados pela incapacidade de solucionar integralmente os problemas de saúde de seus pacientes, devido à forte influência de fatores externos condicionados pelo contexto socioeconômico da maioria da população que frequenta o Sistema de Saúde Público. Diz ele:

Um dos problemas da Atenção Básica é que o vínculo nem sempre é legal. Se eu tenho um vínculo com a dona Maria, eu a vejo todo mês aqui [no posto de saúde] e eu não resolvo o problema dela, eu sofro junto! Então, assim, se eu sei que a pessoa precisava ser bem cuidada e eu não consigo... No pronto socorro, você faz lá o máximo e pronto! Você não sabe o que aconteceu depois. Você, em geral, não vê de novo o paciente. Às vezes sim, mas em geral não. Na AB, não acontece isso. Eu vejo a toda hora alguns pacientes. Por exemplo, eu atendi hoje uma paciente que eu vejo há muito tempo e que não sai da 'estaca zero', fica com o mesmo problema o tempo todo, sofrendo do mesmo jeito. Então, assim, é sofrido nesse sentido e muita gente opta por sair da cidade, da unidade, muitas vezes, até sair da AB. Isso acontece bastante...

Tal aflição dos profissionais, que não dispõem de meios para resolver os problemas sociais dos usuários do serviço, é ampliada pela numerosa população sob sua responsabilidade, ainda maior nas unidades de saúde dos territórios da periferia de

Campinas. Esse excesso pode ocasionar, igualmente, outro problema ressaltado por quase todos os entrevistados brasileiros, que também se avizinha da vivência dos profissionais colombianos: a violência desse contexto. A esse respeito, Tomás, auxiliar de enfermagem, relata ter visto: *“colegas sendo agredidos física e verbalmente. Todos os dias, tínhamos isso. Eram médicos ameaçados com armas, enfermeiros que, aliás, eram poucos na época, que sofriam constantes agressões...”*.

Portanto, em certas ocasiões, problemas como a falta de atendimento ocasionada pela alta demanda da população, bem como as diversas problemáticas socioeconômicas que afligem o território atentam contra a segurança dos profissionais e os indispõem com a comunidade. Nesse ponto, as realidades desenhadas nas duas cidades focalizadas na pesquisa se aproximam. Os relatos dos entrevistados indicam que, se por um lado o modelo de Atenção Básica no Brasil contribui para uma interação mais próxima entre os profissionais de saúde e a população em comparação ao modelo colombiano, o excesso de demanda, ocasionalmente, faz com que essa relação não se estabeleça de forma adequada.

Tal contexto é agravado pela situação social precária dos bairros das periferias, tanto de Bucaramanga como de Campinas, e pela violência presente em muitos deles. Se os profissionais de saúde não conseguem construir um vínculo com a comunidade, podem terminar vítimas da mesma violência vivenciada pelos usuários.

Ainda outra relação atingida pelas atuais condições de trabalho em ambos os contextos está ligada à falta de identificação coletiva entre os integrantes das equipes que conformam a Atenção Básica, propiciada pela diversidade de vínculos empregatícios, tema que será tratado no item seguinte.

5.1.3 Dificuldades de coesão dos grupos de trabalhadores com diferentes vínculos

O modelo atual de Atenção Básica da Colômbia tem dificultado a consolidação da coletividade em meio às equipes de trabalho. No passado, na década de 1980, quando havia uma estratégia de APS em Bucaramanga, as equipes conseguiam focalizar uma região determinada e, portanto, desenvolver familiaridade com os usuários do serviço, criando vínculos próximos com sua comunidade. Isso possibilitava e ao mesmo tempo exigia um alto nível de cooperação e de coordenação entre os profissionais, por meio do trabalho em equipe. Após a reforma de saúde, a organização do trabalho na AB pouco estimula a coletividade da equipe, tampouco propicia o trabalho coordenado em função da comunidade. Assim, ao ser indagado sobre as atuais relações cotidianas entre os colegas de trabalho, Jaime destaca seu caráter individualizante:

*[...] Ahora, a veces nos reunimos con otro médico para intercambiar conceptos, pero eso ya es iniciativa de nosotros, porque, generalmente, en la parte médica cada uno maneja lo suyo... Una vez al mes, hacemos ciertos comités que nos permiten evaluar los trabajos, los sistemas, las guías, los protocolos, para revisarlos, pero de lo contrario, **el trabajo es más de carácter individual, cada quien maneja lo suyo.***

Mario também assinala a ausência de trabalho em equipe:

*En la consulta yo trabajaba todo. Si yo necesitaba, no sé, averiguar algo, mirar si había un antiparasitario en la farmacia, debía hacerlo yo mismo, porque los compañeros estaban ocupados, cada uno en lo suyo, pasando carpetas, archivando, todo eso... Entonces, cada uno trabajaba en lo suyo... Hubo algunos casos, que tuve que comentar con otro colega o al director del centro de salud... Al final, dábamos alguna solución, **pero nunca era un abordaje integral en el que participaran otros compañeros.***

Esses relatos ilustram como a organização atual do trabalho na Atenção Básica também concorre para o isolamento profissional dos membros da equipe. Nesta lógica

privatista, em que a eficiência é aferida pela quantidade de usuários atendidos e não pela maximização do bem-estar, os trabalhadores são induzidos a desconsiderar o olhar integral sobre o paciente, centrando-se em um atendimento rotineiro e simplificado. O afastamento da perspectiva de atenção integral à saúde incita a falta de comunicação entre profissionais de uma mesma equipe, promovendo a automatização de suas atividades e o isolamento entre eles.

Tal experiência dos trabalhadores da saúde de Bucaramanga contrasta com o cenário de Campinas, pois, apesar da sobrecarga relativa ao número de usuários, na maioria das vezes, os profissionais conseguem desempenhar o trabalho em equipe, como indicado pela estratégia da APS. Nota-se como Fabiano, assim que começa a falar sobre sua dinâmica atual de trabalho, já aponta a constante coordenação dos integrantes da equipe em seu cotidiano de trabalho:

[...] Em geral, meu trabalho, o tempo inteiro, é com a enfermeira da equipe. A gente discute muito os casos e tal! Nós, também, temos todas as semanas um espaço de reunião de equipe, que junta, eu, o médico, a enfermeira e, em situações normais, a gente tem um pediatra, uma ginecologista e, também, estão o agente de saúde e os auxiliares de enfermagem, todos nós nos juntamos para fazer a reunião de equipe...

Pode-se depreender dessas observações, então, quão determinante é a existência de uma estratégia clara de atendimento e funcionamento em um sistema de saúde no que diz respeito à configuração de vínculos com os usuários, bem como entre colegas de uma mesma equipe. É por isso que, nesse aspecto, o contexto brasileiro pesquisado ainda mantém algumas diferenças com o da Colômbia. No entanto, na atualidade, estão em curso variados mecanismos que indicam o andamento do projeto de desmonte do SUS, colocando em risco o futuro do modelo da Atenção Básica de Campinas. Dentre esses mecanismos, localiza-se o fenômeno da terceirização no sistema público, que, de maneiras peculiares, está presente em ambos os contextos.

Conforme defendem Antunes e Druck (2014), um dos objetivos centrais da terceirização reside no “aumento da fragmentação, procurando desorganizar ainda mais a classe trabalhadora tanto na esfera sindical como nas diversas formas de solidariedade coletiva que florescem no espaço produtivo” (p. 24). Dessa maneira, além da precarização do trabalho associada à terceirização (Franco et al., 2010), a convivência de funcionários com distintos contratos de trabalho reforça o individualismo, pois, ao se dividir a equipe em diferentes categorias de trabalhadores – no caso da saúde, concursados e terceirizados –, tende a haver a busca da proteção dos interesses próprios a cada grupo, o que desencoraja a identificação de uns com os outros. Isso, evidentemente, leva à fratura da coletividade da equipe que, sem a possibilidade de construir diálogos e compartilhamentos, tem minada qualquer tentativa de solidariedade e união política entre si.

Primeiramente, no caso da Colômbia, cabe lembrar que esse fenômeno da terceirização está radicalmente consolidado no setor da saúde pública, desde a implantação das reformas laborais do país. No campo da organização do trabalho, distinguem-se as condições objetivas de trabalho, visivelmente marcadas, entre trabalhadores ‘concursados’ e ‘terceirizados’. A esse respeito, no relato de Pilar, auxiliar de enfermagem terceirizada, observam-se algumas dessas diferenças que perpassam o tipo de contrato laboral, prejudicando em especial os trabalhadores terceirizados:

*Nosotras las temporales trabajamos 48 horas semanales, las de planta trabajan 40 horas. Nosotras tenemos cuatro turnos por semana de doce horas diarias, de lunes a domingo, descansando sólo un día a la semana. Trabajamos un sábado o domingo, igual como si fuera un día de la semana cualquiera. No nos pagan horas extras, ni dominicales, ni festivos. En cambio las de planta si tienen descanso los sábados y los domingos. Ellas trabajan de lunes a viernes, desde las 7:00 a.m. hasta las 3:00 p.m.... Nosotras solo ganamos un salario mínimo, ellas nos triplican el salario, ¿si ve? **Y hacemos exactamente lo mismo, inclusive más, porque nosotras trabajamos todos los días de 7:00 a.m. a 7:00 p.m....***

Como visto, as diferenciações abrangem salários, benefícios trabalhistas (ou sua perda, no caso dos temporários), cargas horárias e escala (maior carga horária e escala de trabalho aos finais de semana e feriados para os terceirizados), assim como as relações com a equipe de trabalho e o conteúdo de trabalho a desempenhar dentro das mesmas funções.

Além disso, conforme destacam Antunes e Druck (2014), a discriminação entre trabalhadores de “primeira” e “segunda” categorias se dá não apenas por parte da instituição contratante, mas também por parte dos próprios “trabalhadores contratados diretamente e os ‘terceiros’, cuja denominação já manifesta a distinção ou a condição à parte, de fora, externa” (p. 17). A diferenciação entre uns e outros, continuam Antunes e Druck (2014), se evidenciam nas mais variadas formas: no tipo de treinamento/formação, nas jornadas mais extensas, na intensificação do trabalho, na maior rotatividade (de instituições, bem como de funções), nos salários menores, nas desvantagens para as condições de (in)segurança, dentre outras.

Nesse sentido, Jaime, um dos trabalhadores concursados ainda presentes no sistema de saúde colombiano, exemplifica as distinções entre as duas categorias, ressaltando, inclusive, que elas provocam rivalidade dentro da equipe:

Aquí se habla, él es 'médico negro' y él es 'médico blanco', es decir, él es de planta y él es de cooperativa. Eso ha creado rivalidad. Ahora, obviamente, los salarios son distintos, porque no es lo mismo la persona que está contratada por concurso, a otra que tiene que sacar de su salario para su seguro, que tiene que pagar su ARP, su salario disminuye completamente... Qué bueno sería, llegar a la igualdad...

Já Pilar, auxiliar de enfermagem terceirizada, descreve a discriminação que vivencia no cotidiano de trabalho e, até, a segregação de certos espaços e eventos determinantes na dinâmica de trabalho:

*Claro que existen muchas diferencias entre las de planta y nosotras. Por ejemplo, la consulta externa solo es realizada por una trabajadora de planta, por el horario de ellas. Por eso, a nosotras siempre nos dejan en la atención prioritaria, en urgencias, etc... Cuando realizan una reunión, solo convocan a las de planta, aun sabiendo que estamos en la misma sección. **Esas reuniones solo son hechas para las de planta. Entonces, eso no es solo el salario. También está en las relaciones, en el trato...** Por ejemplo, cuando hay un problema, no me preguntan a mí, solo hablan con la compañera de planta que haya en ese momento... **¡Existe discriminación!***

No mesmo sentido, Sara, também auxiliar de enfermagem terceirizada, é direta ao assinalar a existência de uma diferença hierárquica ‘encoberta’ entre trabalhadoras que exercem os mesmos cargos, porém com tipos de contrato diversos. Em sua fala, ela expressa como essa circunstância provoca – tanto nela como em outros colegas sob a mesma condição – uma exposição a uma série de situações constrangedoras no local de trabalho, bem como tece uma relação de ‘subordinação’ intrínseca entre colegas que exercem as mesmas funções.

*[...] Yo soy de contrato y **veo que dentro de un mismo cargo se tiene una jerarquía que no está escrita.** Por ejemplo, la jefe lo piensa dos veces antes de mandar a alguna auxiliar de planta. Inclusive, la jefe también es de contrato, por cooperativa [...] A veces, las de planta hacen lo mínimo en el trabajo, porque saben que nadie les va a decir nada.*

Já em Campinas-Brasil, embora a maioria dos entrevistados seja composta por concursados, é possível afirmar que o fenômeno da terceirização no setor da saúde pública não se encontra tão distante do cenário colombiano. Os profissionais da saúde pública do contexto brasileiro, do mesmo modo, têm enfrentado uma série de mudanças nas condições laborais atreladas à incursão da terceirização. É notório, por exemplo, que por 15 anos, Campinas só tenha realizado concursos públicos para as categorias de médicos e enfermeiros, contratando o restante de profissionais de forma terceirizada. Na história da gestão da saúde, encontra-se um vínculo mantido pela cidade com um prestador de serviços, que, durante anos, viabilizou a contratação terceirizada de grande

parte dos trabalhadores da saúde, conforme mencionam Verde et al. (2013). Apesar dessa forma de contratação, o processo de trabalho desses profissionais era gerenciado pela administração pública direta. Assim, eles vivenciavam uma dupla vinculação: a gestão de aspectos trabalhistas (como pagamento de salário, férias, etc.) era realizada pelo prestador de serviços e a gestão de suas atividades ficava a cargo dos gestores das unidades de saúde.

Em 2013, no entanto, essa forma de contratação foi considerada ilegal, e a prefeitura foi obrigada a substituir esses trabalhadores por outros admitidos por concursos públicos. Só assim que, depois de anos, houve a realização de concursos para muitas categorias profissionais da saúde. Todavia, nesses processos, não se definiu como critério a considerar o tempo de experiência anterior, mas apenas a aprovação em uma prova de conhecimentos da área específica de cada profissão. O resultado foi que muitos dos trabalhadores terceirizados que estavam há anos nos serviços de saúde perderam seus lugares para recém-egressos das universidades. Houve, assim, uma demissão em massa dos terceirizados.

Tal fato, segundo Verde et al. (2013), conturbou bastante a organização dos serviços de saúde naquele período, pois, além da ruptura dos vínculos já estabelecidos entre as equipes e a população, muitos profissionais experientes, com profunda intimidade com os princípios do SUS, foram substituídos por outros inexperitos, com pouco conhecimento sobre as características do trabalho na saúde pública. Além disso, deve-se ressaltar que, segundo alguns entrevistados, a reposição dos trabalhadores não contemplou o mesmo número de pessoas terceirizadas que havia antes.

Convém, todavia, pontuar, sobre os vínculos dos trabalhadores da saúde em Campinas, que a contratação feita integralmente por meio de concurso público provavelmente não permanecerá por muito tempo. Configurando um retrocesso,

recentemente, a Câmara Municipal aprovou a Lei Complementar n. 101, de 19 de março de 2015 (Brasil, 2015), que vem sendo denominada de Lei das Organizações Sociais (OS), a fim de fornecer uma base legal para a retomada da contratação terceirizada no setor público. Vale ressaltar ainda que, com essa lei, não apenas as contratações de trabalhadores ficariam a cargo de terceiros como também a própria administração dos serviços de saúde, que, até agora, estava restrita a alguns serviços específicos de saúde mental e a um hospital.

Mas, em uma situação ou em outra (daquelas anteriormente descritas), a existência de dois tipos de vínculos empregatícios no mesmo sistema de saúde, isto é, terceirizados e concursados, faz com que comecem a surgir diversas vivências como as já experimentadas, com maior intensidade e profusão, na Colômbia. Um dos casos a se destacar dentre os entrevistados brasileiros é o de Taís, pois, ao ser indagada quanto às diferenças existentes entre colegas com diferentes vínculos contratuais, sublinha que, apesar de sua condição de terceirizada, mantém forte identificação como servidora pública. Sobre sua vivência, ela diz:

*Não tinha muita diferença assim. Eu não me sentia discriminada perante meus colegas, por eu ter outro tipo de contrato, até porque se tinha esse sentimento do trabalhador 'X' [do Prestador de Serviços], né? **Esse sentimento sempre foi cultivado: ser um trabalhador do serviço público.***

No entanto, em seu relato, pode-se apreciar como ela também está ciente de que essa sensação, condição, não é generalizada em meio aos trabalhadores terceirizados do setor público, especialmente, entre aqueles sob gestão terceirizada:

É diferente, por exemplo, do trabalhador de 'Y', que é uma organização social [que administra algumas unidades de saúde]. Esses trabalhadores 'batem no peito', eles se são diferentes da Atenção Básica, são diferentes de outros lugares. A gente não era diferente, a gente só tinha um contrato diferente, porque a prefeitura não fazia concurso há anos, né? Então, na verdade, eu não sentia tanto a coisa da relação do trabalho mesmo.

No caso de Taís, é interessante observar como, apesar de sua condição de terceirizada, o cotidiano de trabalho a leva naturalmente a assumir uma total identificação como servidora pública, quase esquecendo as desigualdades objetivas de trabalho que existem em comparação a seus colegas concursados. Não obstante, nota-se, no mesmo relato, que há um número significativo de colegas terceirizados que vivencia profundas diferenças com relação aos outros trabalhadores concursados, embora todos sejam designados a desempenhar as mesmas funções. Especificamente sobre o relacionamento entre os profissionais de uma mesma equipe, o estudo de Verde et al. (2013) mostra que o surgimento de distinções hierárquicas pode desencadear “*assédio moral*” e “*muitas fofocas*”, tal como assinalam seus entrevistados, o que se considera “*um dos piores problemas no ambiente de trabalho*” (p. 127). Lembre-se que aspectos como esses são também apontados recorrentemente por muitos entrevistados colombianos desta pesquisa, junto com a intensificação do trabalho.

Antes de finalizar, é importante destacar que, no Brasil, nas últimas duas décadas, a terceirização alastrou-se de forma generalizada em todos os setores, especialmente no público e nas empresas estatais, sob a modalidade de cooperativas – sobretudo na área da saúde – e com a externalização de serviços públicos – da administração direta – para empresas privadas, conforme apontam Antunes e Druck (2014) e Franco et al. (2010). Particularmente com relação aos serviços de saúde, é possível testemunhar a presença bastante intensa desse fenômeno em diversos municípios brasileiros, nos quais se configura uma realidade muito mais próxima da Colômbia. Nesse sentido, é bastante razoável o prospecto de que a lei aprovada em Campinas abre caminho para que ocorra o mesmo nesse município.

Tal fato, como demonstram os entrevistados colombianos, introduz tensões que podem enfraquecer a coesão das equipes de trabalho e, provavelmente, de forma gradual, também modificar as características do próprio SUS.

5.2 Implicações para a vida e a saúde dos trabalhadores

[...] *“E, aí, Taís, quando você sai?” Eu não tinha a menor ideia, eu perguntava pra minha gestora: “E, aí, quando a gente sai?” Ela respondia: “Não sei, Taís, eu sei que vocês saem, mas eu não sei quando. É, tipo, você vai morrer, mas não se sabe quando, né?”*
(Taís, trabalhadora terceirizada do SUS)

Tendo considerado anteriormente as vivências dos trabalhadores no processo de reforma de seus sistemas de saúde, agora serão discutidos os efeitos dessas transformações na vida e na saúde dos trabalhadores a partir da análise de três categorias. A primeira abordará as vivências experimentadas por eles no processo de mudança de suas condições e vínculos de trabalho, tratando, especificamente, das características e consequências atreladas às relações precárias no trabalho. Posteriormente, a segunda categoria compreenderá os processos de desgaste mental, de adoecimento e/ou de sofrimento psíquico ligados ao trabalho. Por fim, será debatida a deterioração das relações sociais, especialmente no que tange a aspectos éticos e morais, juntamente com o sofrimento causado pela ausência de reconhecimento social.

5.2.1 Características e consequências das relações precárias de trabalho

Conforme apresentado na introdução desta tese, um dos elementos centrais dentre aqueles incutidos pela reestruturação produtiva e pelas políticas neoliberais foi a flexibilização laboral (Antunes, 1999; Bernardo, 2009; Franco et al., 2010; Harvey, 1992), fortemente legitimada e valorizada pela ideologia da gestão empresarial. Vive-se, ainda, conforme descreve Castel (2008), há algumas décadas, certa reconfiguração para uma nova ordem social do trabalho, cuja característica principal é uma precarização, marcada, dentre outros aspectos, pela crescente terceirização do trabalho. Nos dois contextos pesquisados, o colombiano e o brasileiro, essa realidade nada dista, pelo contrário, estreita-se ao que afirmam Franco et al. (2010):

Num campo de forças sociais desfavorável ao trabalho pela hegemonia neoliberal, a globalização consolidou o binômio flexibilização/precarização e a perda da razão social do trabalho, com a reafirmação do lucro e da competitividade como estruturadores do mundo do trabalho a despeito do discurso e de programas de responsabilidade social. (p. 233).

Constata-se, portanto, uma intensa incursão do fenômeno da terceirização como uma das principais vertentes da flexibilização laboral que vem invadindo os diferentes territórios de trabalho, dentre os quais, o setor público. Confirmam esse quadro as informações trazidas pelos entrevistados, uma vez que indicam a vivência, por parte desses trabalhadores, de diversas e complexas dificuldades relacionadas com a organização, condições e relações de trabalho.

No entanto, conforme explica Krein (2007), para que os processos de flexibilização e precarização atingissem seus objetivos, coube ao Estado cumprir um papel fundamental tocante a modificações da legislação e dos direitos trabalhistas, as quais têm acarretado mudanças permissivas no terreno trabalhista, bem como a

liberação dos encargos sociais, tal como aconteceu precisamente na Colômbia. As falas dos participantes colombianos desta pesquisa corroboram o que se apresentou no segundo capítulo em referência às distintas reformas laborais efetivadas nesse país. Assim, conclui-se que o desenvolvimento do SGSSS se dá em paralelo às reformas trabalhistas, que originam as condições necessárias para um processo direto de deterioração das relações e condições dos trabalhadores.

Inicialmente, deve-se ressaltar que todos os entrevistados colombianos relataram de maneira reiterada a utilização, por parte do poder público, da contratação por via de intermediários. E, mesmo existindo diferentes modalidades de contratação através de terceiros, o modelo mais empregado no setor da saúde de um modo geral e, portanto, também na Atenção Básica, foi a OPS – utilizada no setor público na Colômbia –, tipo de contratação análogo ao dos trabalhadores autônomos no Brasil. Dadas as suas características, essa vertente oferece pouca (ou nenhuma) estabilidade no trabalho; ela não inclui todos os benefícios trabalhistas, e, além disso, é destinada parte do salário dos trabalhadores para os encargos sociais. Diante dessa situação, usualmente, os trabalhadores assumem com resignação essas imposições indignas, interpretando-as, finalmente, como parte de um processo natural, tal como se pode notar na fala de Pilar, auxiliar de enfermagem terceirizada:

Mi contrato es por medio de una OPS. Existe una Ley que dice que nosotros, los de la nómina provisional, debemos estar por contrato directo con la empresa. Sin embargo, la empresa se salta esa norma y mi contrato es tercerizado... Pero, así es en todas partes...

Já, Eduardo, Presidente da “Liga de Usuários do SGSSS”, apresenta uma crítica enfática, fazendo uma análise geral muito próxima àquela dos sociólogos do trabalho (Antunes, 2005; Gaulejac, 2007), discutida anteriormente nesta tese:

*Los concursos públicos, desaparecieron. Hay unas estadísticas claras, quien más tiene trabajadores vinculados a través de terceros, es el sistema de salud y es un porcentaje alto, aproximadamente la mitad del sistema. Los trabajadores están vinculados, a través de tercerización, outsourcing, cooperativas de trabajo asociado, empresas temporales, OPS, [orden de prestación y servicios]... **Todo eso tiene un único objetivo: disminuir costos de la entidad y descargárselos al trabajador, trabajar más y ganar menos.***

Mas, Guillermo, que foi trabalhador efetivo durante quase 30 anos, também se mostra alerta e bastante crítico ao falar sobre o sistema:

*El modelo [del SGSSS] es un modelo hecho para el negocio, pero debe analizarse teniendo en cuenta otro elemento: el poder de la flexibilización laboral. **El modelo del sistema no está suelto, viene junto con esa flexibilización laboral.** Por eso, al trabajador del sector salud le bajaron sus ingresos, le aumentaron los horarios, se perdieron sus garantías [...] **El trabajador de salud fue convertido en un apéndice del negocio, en el que tuvo más carga de trabajo, menos salario, menores prestaciones, su calidad de vida se fue al carajo [...]** Usted lo puede comprobar fácilmente, compare cual era el ingreso de un médico rural antes y después de la ley 100, ahí tiene la respuesta.*

Nesta fala de Guillermo, nota-se que, além da redução dos encargos sociais e da instabilidade provocadas pelos contratos ‘flexibilizados’, é destacado por ele outro aspecto: a redução salarial, que vem se intensificando nas diversas profissões e aumentando a distância entre os trabalhadores concursados e terceirizados. Como visto no caso específico do cargo de auxiliar de enfermagem, por exemplo, o salário das trabalhadoras concursadas é três vezes superior ao das terceirizadas, cuja remuneração é de apenas um salário mínimo requisitado por Lei.

Porém, a vinculação através das OPSs não foi a única forma de contratação experimentada por esses trabalhadores. A política de flexibilização laboral, impulsionada pela Lei 50 (Colombia, 1990a) e, em especial, pela 789 (Colombia, 2002) – esta última responsável, dentre outros aspectos, pelo aumento da jornada diurna de trabalho e diminuição do tempo da jornada noturna e pela redução de abonos salariais

adicionais para o trabalho nos domingos e feriados –, tem legitimado a contratação de qualquer trabalhador mediante a vinculação com terceiros, seja com cooperativas de trabalho, com agências de trabalho temporário ou por meio de contratos de prestação de serviços. Esses tipos de vínculos forçam o trabalhador a renunciar a muitos de seus direitos trabalhistas, bem como a assumir a totalidade de outras obrigações de saúde e de assistência social (entre outras) à espera de manter seu trabalho.

Nesse sentido, todos os entrevistados colombianos lembram a demissão massiva de empregados concursados, realizada entre os anos de 2003 e 2005, no marco da privatização do hospital público da região e da liquidação do ISS, que obrigou a maioria dos trabalhadores do setor a buscar outros tipos de vínculos empregatícios temporários, assim como outras alternativas disponíveis no mercado de trabalho. Marcela, atual trabalhadora terceirizada, que viveu essa experiência, descreve brevemente o processo:

[...] *Mira lo que es el Estado. Yo estuve en esa época, cuando yo era de planta, esta institución fue reestructurada, tenía 175 trabajadores y **llegó el 'boom' de las reestructuraciones para las instituciones de salud.** Me imagino que tú recuerdas eso, ¿cierto? Hubo hospitales liquidados y hubo hospitales reestructurados. Este hospital fue reestructurado y **dejaron aproximadamente 70 personas de las 175 de planta.** Sacaron un montón de gente. Eso fue aproximadamente hace unos 10 años...*

Essas abruptas mudanças ocasionaram sofrimento psíquico pelo medo, por um lado, de ter que enfrentar um futuro laboral incerto e, por outro, de assumir uma reconfiguração do seu projeto com relação a todos os âmbitos da vida. A esse respeito, Manuela, que trabalhava como auxiliar de enfermagem concursada, lembra:

*Cuando comenzó la crisis del seguro social las cosas empezaron a cambiar. **Habían muchas más presiones, trabajamos más presionados y muy desmotivados...** Después de haber fabricado durante muchos años un sentido de pertenencia por esa institución, de un momento a otro se iba acabar. **Hubo compañeras mías que se afectaron psicológicamente mucho. Por muchas razones, porque tenían sueños, porque tenían expectativas, porque después de muchos años de trabajo no iban a tener nada, una pensión, por ejemplo...** Mucha gente se vio*

afectada económicamente [...] En el 2005 fue que terminó completamente el seguro social... Pero, fue en el 2003 que salió la Ley que cambiaba todas las condiciones laborales. Esa Ley violó todas las prebendas y todos los beneficios que los empleados del seguro social teníamos. Y, entonces, comenzó la incertidumbre de lo que iba pasar con el seguro social... Y en el 2005 se confirmaron los rumores y las sospechas. En ese año nos informaron sobre la liquidación del seguro social. Fue entonces que se empezaron a crear las ESES [Empresas Sociales del Estado]... Ya no era el instituto de seguro social, sino una ESE.

A busca de opções no mercado de trabalho ilustra o que Sisto (2012) denomina de “empreendedorismo”, cuja veiculação se faz, em geral, a partir de um discurso de liberdade, mas que se refere, na verdade, à adoção compulsória do trabalho autônomo, não como uma opção ‘voluntária’ à procura de independência, e sim como única alternativa, dada a precariedade do contexto. Guillermo foi um dos trabalhadores que, após a liquidação da instituição de saúde onde trabalhava, teve de assumir forçadamente um ‘empreendimento profissional individual’ para garantir seu sustento. Além de compartilhar sua própria vivência, ele manifesta veementemente seu inconformismo diante das relações de trabalho atuais no setor da saúde:

¡Es prohibido ser trabajador! Hoy en día las empresas botan y escupen trabajadores, reciclan trabajadores y los convierten en contratistas de prestación de servicios. [...] Aquí en el sector salud molieron a mucha gente a través de las cooperativas. Un ejemplo de eso fue lo que paso en el 2004... Yo no tuve tanta suerte como otros compañeros, porque no cumplía con el requisito de la edad para jubilarme, entonces, a pesar de estar trabajando en el ISS durante casi 30 años, me liquidaron ... Y, aquí estoy, trabajando como independiente...

Essa configuração de relações frágeis de trabalho ganha conotação particular e perversa, já que muitos dos trabalhadores efetivos do setor público, antes possuidores de condições estáveis, foram exonerados e reintegrados sob variadas formas de terceirização. Essas demissões massivas e a escassez de alternativas disponíveis no mercado de trabalho impelem, necessariamente, alguns profissionais a continuar aceitando indefinidamente condições precárias; tal como aconteceu com Marcela, que,

após ter trabalhado como concursada por três anos, há 11, mantém contratos temporários no mesmo local de trabalho, sempre com a esperança de obter, no futuro, uma maior estabilidade que lhe permita permanecer no exercício de seu ofício e vislumbrar a realização de outros projetos de caráter pessoal. Na seguinte fala, ela relata suas restrições na construção de um projeto de vida, laboral e econômico, a longo prazo, em razão de sua atual instabilidade:

*A pesar de que me considero una servidora pública, independientemente del tipo de vinculación que tengo actualmente – pues un tipo de contrato no me da a mí esa identidad, esa identidad, la tengo yo como persona – no todas las personas que están en mi misma situación piensan así, ya que al no tener garantías laborales, difícilmente pueden pensar en inversiones... Las personas no pueden pensar en un proyecto de vida, entonces, por ejemplo yo, y te voy a hablar ya como trabajadora: yo tengo un contrato por ‘x’ tiempo, que ni siquiera es a un año. Yo quisiera comprarme un apartamento, **quisiera un proyecto de vida, algo que me permita extrapolarme, soñar y crecer... Algo que me dé el entusiasmo de todos los días para levantarme y trabajar con mucho ahínco y con mucho tesón, pero mira que no lo puedo hacer, porque yo no tengo ni siquiera un contrato de un año...** En un banco no me van a prestar plata, porque no tengo los suficientes recursos y no tengo la estabilidad necesaria para poder involucrarme en un proyecto de esa magnitud... Pero es un sueño que yo tengo y quisiera poderlo cumplir... Pero sé que en la actualidad no lo puedo hacer... Esa es otra connotación! Entonces, este tipo de vinculación no genera pertenencia...*

A esse respeito, Franco et al. (2010) explicam que a precarização, na verdade, “é um processo multidimensional que altera a vida dentro e fora do trabalho” (p. 231). As autoras acrescentam: “no âmbito de uma sociedade salarial – a despeito da destruição do emprego – o trabalho ainda se mantém como referência para a construção das identidades sociais e passaporte para educação, cultura, lazer, saúde etc.” (p. 234). Desse modo, com relação às condições de trabalho experienciadas por alguns entrevistados, pode-se observar como afetam as demais dimensões da vida social, âmbito pessoal, familiar, e não apenas laboral; solapando, portanto, os níveis de dentro e fora do trabalho.

O atraso no pagamento dos salários se soma aos aspectos mencionados pelos entrevistados terceirizados, chegando a se estender por períodos consideráveis de vários meses. Marcela, com sua perspectiva administrativa, ilustra as inconsistências do sistema que levam à incapacidade econômica das instituições de saúde para cumprir adequadamente com as obrigações salariais, intensificando o sofrimento cotidiano dos trabalhadores:

Las EPS son las que autorizan el giro directo, pero ni siquiera cumplen con el pago de ese 50%. Entonces, por ejemplo, a una institución como ésta, que le vende al régimen subsidiado mensualmente, aproximadamente 700 millones de pesos, que le lleguen 350 millones de giro directo, es decir solo el primer 50%, dígame usted ¿cómo opera? Cuando sus gastos de operación solamente en personal, llegan a 700 millones de pesos... ¡La institución se desborda! Entonces, el trabajador siente que está trabajando ‘al fiado’. Si pasaras por aquí a principio de mes, escucharías: ¡hoy estamos al fiado! Y efectivamente tienen toda la razón, es la mejor denominación para ese tipo de situación.

Todavía, continua ela:

El 50% de las EPSs es el que no llega acá por ‘n’ meses. ¡Ese es el sistema acá! y así funcionamos. Entonces cuando tu vayas a mirar y vayas a analizar ¿cuál es el estado social de los trabajadores?, pues tú vas a encontrar situaciones difíciles. Acá hay gente que llora, porque hay gente que venían con ya 4 meses de atraso y vienen las matriculas de sus hijos y los libros y los uniformes y demás... Es una situación difícil y, aun así, la gente continua trabajando...

A precariedade nas condições salariais induz os profissionais à procura de alternativas para obtenção de uma remuneração digna. Dessa forma, muitos são compelidos a assumir vínculos laborais com várias instituições simultaneamente. Essas ações, indiscutivelmente, conduzem a jornadas de trabalho prolongadas que incluem horários extremos, produzindo, entre outras negativas consequências, uma sobrecarga. Marcela é, novamente, quem traz uma descrição bastante clara dessa situação:

El salario se ha deteriorado. Entonces mira todo eso en lo que repercute: un profesional, como le pagan tan poquito en algunos sitios, tiene que ir a otras instituciones a trabajar para poder devengar adecuadamente y, por supuesto, su intensidad horaria se eleva. Entonces, tú te vas a

encontrar con uno que otro médico que tiene encima, no sé ¿cuántas horas de trabajo?, ¿14?... Si yo tengo mal remunerados a mis profesionales, eso obliga a que ellos se extralimiten en su jornada laboral... Puede ser que aquí yo no lo ponga a trabajar más de ocho horas diarias, pero no puedo garantizar que él en otra institución no trabaje otras ocho horas y, finalmente, resulte trabajando dieciséis horas... Con seguridad, tú vas a encontrar muchos profesionales que están trabajando en esas condiciones.

Esse contexto de baixos salários, justaposto ao medo de demissão, desencadeia a busca de duplas jornadas, que devem suportar alguns profissionais terceirizados. Essas deficientes relações e condições de trabalho vividas constituem um desencadeante do desgaste mental (Seligmann-Silva, 2011), conforme bem expõe Eduardo: *“La intensidad horaria es muy compleja. No hay formalidad de trabajo, lo someten a una jornada laboral intensa y desgastante. Eso trae como consecuencia el desgaste del profesional y, a su vez, la mala atención al paciente”*.

Essa conjuntura, que inclui múltiplas formas de precarização dos trabalhadores terceirizados, corrobora, conforme explica Seligmann-Silva (2011), a tese de que a ação coesa da flexibilização e da desregulamentação dos contratos de trabalho também pode levar à perda da identidade. Sobre esse aspecto, o caso de Marcela ganha relevo. Mesmo mantendo na atualidade um vínculo contratual instável, ela manifesta uma relação repleta de sentido com seu trabalho e revela um forte compromisso social com sua atividade, bem como uma total identificação como servidora pública. Não obstante, isso não significa que essa identidade não esteja em risco, conforme se pode observar em sua seguinte fala:

*Para mí, el objetivo final se olvidó. Nosotros somos servidores públicos y nosotros estamos prestando un servicio fundamental... Pero creo que se perdió esa perspectiva, se **perdió nuestro objetivo que es el de cuidar un derecho esencial**... En estos momentos el sistema deshumanizó completamente la atención, el servicio...*

Conforme Bauman (1999) e Sennett (2006) afirmam, o trabalho tem sido considerado o principal mecanismo de integração social, pelo qual o sujeito consegue uma condição estável na sociedade, construindo uma identidade social. Ao se transformar o modo como o sujeito se vincula ao trabalho, segundo os autores, alteram-se, igualmente, as formas com que, através do trabalho, ele se constitui como sujeito social. Como visto nos relatos acima, as mudanças experimentadas pelos entrevistados em suas condições de trabalho levaram-nos a vivenciar distintas consequências, que vão desde a ‘afetação’ de sua identidade enquanto servidor público e o empreendedorismo forçado, até as dificuldades para realizar um projeto de vida e o sofrimento psíquico causado pelo medo de ter que enfrentar um futuro incerto.

É também preciso pontuar que as transformações ocorridas no setor da saúde na Colômbia não envolveram exclusivamente aos profissionais terceirizados. Franco et al. (2010) nos lembram que as decorrências ocasionadas pelas mudanças no mundo do trabalho também abarcam a desestabilização dos ‘estáveis’, operada pela perda de seus variados direitos trabalhistas. Assim, a redução de salários, a incoerência na correspondência entre salário e responsabilidade desempenhada pelo profissional, a eliminação do pagamento de horas extras, noturnas, de domingos e feriados são alguns entre os prejuízos vivenciados pelos trabalhadores concursados da Colômbia. Sobre isso, Guillermo, ex-trabalhador efetivo, apresenta uma ótima descrição:

Y mire usted, ¿en manos de quiénes están las clínicas el seguro social ahora? ¿Qué significó para los trabajadores del seguro social? [...] Ahora, ya ni siquiera al pobre trabajador le pagan la tercera parte de lo que ganaba antes. Por ejemplo, a los trabajadores sociales, que les toca tan duro, les están pagando la tercera parte de lo que antes ellos ganaban y, ni siquiera, los uniformes se los dan, porque el decreto 723 establece que el contratista deberá llevar sus elementos de protección y su dotación...

Já, Raquel, auxiliar de enfermagem concursada há quase 30 anos, narra sua vivência em relação às modificações de suas condições de trabalho, após a reforma laboral de 2002:

*[...] Yo trabajé durante once años, desde 1992 hasta el 2003, haciendo turnos de 12 horas. Pero, en el 2003 la Ley cambió y las horas extras, nocturnas y los festivos y dominicales, se acabaron. Entonces, **nosotras las de planta pasamos a trabajar solo de día... Eso lo hicieron para poder vincular a los trabajadores temporales...***

Por outro lado, a falta de correspondência entre o salário e o nível de formação e as implicações éticas e legais, que devem assumir os trabalhadores nas suas atividades profissionais, foi apresentada na vivência de Jaime, médico e trabalhador efetivo:

*Cuando me hablan del salario, yo digo: pues gracias a Dios ese es el salario con el que mantengo a mi familia, pero si a mí me ponen a comparar, por ejemplo, con personas que trabajan en otros oficios, que no posee tantas responsabilidades y ganan mucho más que uno, queda complicado. A veces un mensajero de una notaría gana casi lo que gana uno, entonces, ya es complicado ¿me entiendes? [...] **Mira, es tan sencillo como esto, un estilista gana más por un corte de cabello que lo que uno gana aquí por consulta ... !No tiene razón de ser! Ahora, ¿cuáles son las responsabilidades de esa persona? y ¿cuál es mi responsabilidad? ¿cuáles son los riesgos de esa persona asume? y ¿cuáles son los míos?...***

As condições de precarização do trabalho, abordadas anteriormente, que, em Bucaramanga-Colômbia, se definiram de forma incisiva e direta a partir da publicação de uma lei nacional parecem ocorrer de maneira mais insidiosa em Campinas-Brasil. Taís, psicóloga que trabalhou na Atenção Básica e vivenciou o processo massivo de demissão do prestador de serviços, como mencionado anteriormente, possui, até hoje, vínculos precários no setor, mesmo depois de ter sido contratada novamente para trabalhar em um serviço de saúde mental administrado por uma entidade terceirizada. É interessante lembrar que, assim como Marcela e apesar de manter contratos terceirizados, Taís destaca sua identificação como servidora pública:

Então, até hoje eu ainda não fui concursada, mas, eu me identifico como servidora pública [...] Meu primeiro ano na Atenção Básica, na verdade, foi pelo aprimoramento que eu fiz e, aí, depois, continuei já trabalhando, mas, com contrato terceirizado durante uns dois anos e meio a mais... Já faz uns oito meses que fui demitida... Agora, estou em outro lugar...

Além de identificar-se como servidora pública, em contrapartida, Taís, em sua fala, também explicita como vivencia uma situação de instabilidade que, de certa forma, se aproxima daquela descrita pelos trabalhadores colombianos. Em alguns anos de trabalho, ela passou por três serviços diferentes e, atualmente, apesar de seu contrato ser por tempo indefinido, ele não oferece nenhuma estabilidade. Desse modo, Taís convive com o fantasma de outra demissão conforme os caminhos adotados pela gestão municipal de saúde. Vale ainda sublinhar que o processo de demissão massiva vivido anteriormente desencadeou fortes sentimentos de angústia, insegurança e incerteza, que provocaram situações de sofrimento/adoecimento mental, como assinalado na seguinte fala:

*Começou a ter muito desgaste quando a gente começou a ser ameaçado de ser mandado embora. Aí, rolou muito desgaste, **rolou que as pessoas adoecerem ainda mais, né?** Como tinha muita gente faltando, então tinha essa questão da pessoa sair e, ainda, não ter concursado para entrar e ficava sem; então, as outras pessoas se sobrecarregavam... **Aí, eu vivi quase dois anos disso. De ficar nessa angústia de vai ser mandado embora, ou não, nesse processo de vai ser demitido, ou não, o que que vai fazer...***

Outro aspecto apontado por Taís diz respeito a uma importante consequência do processo de demissão massiva, a diminuição do número de trabalhadores concursados, que ocasiona um sofrimento adicional pela incapacidade de se manter o compromisso social com os usuários. Sobre isso, ela menciona:

*[...] No fim as pessoas foram mandadas embora e só eu fiquei no 'X' [Prestador de Serviços], porque eu era de saúde mental. Aí, eu passei para o convênio da saúde mental e continuei; mas, com uma ameaça, né? Então, assim, o jeito que eles fizeram foi que **a gente ia ser substituída por concursado, só que o nosso medo era nós sairmos e eles não substituírem, e de fato não***

substituíram todas as vagas... Então, o trabalho em algumas unidades foi perdido, pois já não se faz mais...

Taís continua aventando outras implicações desse processo de demissão como a “precariedade subjetiva” (Linhart, 2009) dos novos trabalhadores concursados, diante de um cenário de sobrecarga, avivado pela falta de capacitação e treinamento para enfrentar as vicissitudes do trabalho. Em relação a isso, ela diz:

Eu acredito que para a política pública é importante ter concursado. É óbvio que é. Mas, ao mesmo tempo, esses concursados não tiveram capacitação, não sabem o que fazer lá. Eles chegaram lá com uma demanda horrenda de pessoas, botando pasta em cima de pasta para ele atender, né? Não adiantou nada! Então, assim, se deve ter um cuidado com a política pública, não se faz simplesmente assim, né?... Tem essa coisa também, de você ser um número e você vai para cá, depois você vai para lá. Isso acaba com o trabalhador, porque você não escolhe o lugar aonde você quer ir ou, você não escolhe com que você quer trabalhar, porque a gente sabe que tem perfil para certas coisas, né? Nem todo mundo topa fazer o que eu fiz...

Tal como se fez referência na introdução, muito embora a criação do SUS tenha ocorrido na contramão do momento histórico, com pressupostos mais democráticos, ele sempre sofreu influência da ideologia neoliberal, como se percebe pela abertura dada à possibilidade da inclusão do setor privado no sistema (Campos, 2007). Assim como na Colômbia, para tanto, uma das formas atuais mais eficazes e frequentemente adotadas são os processos de terceirização, conforme assinala criticamente Rafael, enfermeiro concursado que tem participação ativa na cogestão de sua unidade básica. Nesse sentido, ele atenta também para os perigos do momento atual da gestão municipal, que pode trazer novos impactos para a vida dos trabalhadores: “*Campinas, atualmente, vive um momento bem particular, né?, pois, agora, recentemente, foi aprovada a Lei das OS [Organizações Sociais] entendeu?, que é a pura inserção do capitalismo dentro do sistema público de saúde*”. Rafael ainda acrescenta como a incursão desse fenômeno de

terceirização no setor público prejudica notavelmente o exercício da autonomia na execução do trabalho:

A gente tem mais margem de negociação, por exemplo, eu posso negociar com a minha gestora local hoje, porque a gente é servidor público [...] Consigo aqui, porque a gente tem um vínculo que é público. Se eu trabalhasse em uma unidade que é terceirizada, nem poderia. Minha gestoraalaria: “Rafael, eu concordo com você, mas não pode, porque seu contrato é esse e tal...”.

De acordo com as experiências relatadas pelos trabalhadores da Colômbia, essa perda da autonomia pode conduzir a vivências marcadas por um maior controle do trabalhador e por uma conseqüente intensificação laboral que ocasionam diversos processos de sofrimento e adoecimento. A instabilidade desse tipo de contexto também causa danos ao estabelecimento de projetos de vida de longo prazo pelos trabalhadores.

Segundo a experiência da Colômbia, o percurso desse caminho de terceirização, provavelmente, também conduzirá à “desestabilização dos ‘estáveis’” (Franco et al., 2010). Assim, apesar de os trabalhadores concursados de Campinas não terem sofrido as mesmas perdas objetivas relativas ao trabalho que os da Colômbia, a vivência dos brasileiros no tocante às transformações do mundo laboral pode afetar o sentido do trabalho em suas vidas. Tomás descreve como essas mudanças diminuem a importância de ser um servidor público:

Meu, sonho, o sonho de todo mundo que faz enfermagem, técnico, auxiliar, etc., é entrar em um concurso público, né? Porque ganha estabilidade, recebe mais... E tinha um status social importante. Mas, isso era antes, um bom tempo atrás, já hoje não é tão bem assim, não...

Do mesmo modo, a atual sobrecarga de população a ser atendida, que enfrentam os trabalhadores brasileiros, tem provocado um número expressivo de doenças relacionadas ao trabalho, ocasionando diversos processos de sofrimento e afastamento – que serão abordados com maior detalhe no seguinte item. Mas, em complementação, é

preciso dizer que, nos dois contextos pesquisados, uma forte precarização do trabalho tem sido intensificada pela terceirização. Conforme explicam Thébaud-Mony & Druck (2007), a flexibilização e a precarização são consideradas elementos centrais das políticas neoliberais de dominação social, por meio delas, gera-se a vivência de sentimentos e atitudes de insegurança, incerteza, sujeição, fragilidade, instabilidade e até competição. Tais sensações parecem ser experimentadas pelos participantes deste estudo de ambos os países, em cada uma de suas formas: ‘precariedade objetiva’ e ‘precariedade subjetiva’. Esta última, afirma Linhart (2009), é um “sentimento de precariedade que podem ter assalariados estáveis confrontados com exigências cada vez maiores em seu trabalho e que estão permanentemente preocupados com a ideia de nem sempre estarem em condições de responder a elas” (p. 1). Esse tipo de precariedade se caracteriza principalmente pela existência de sensações de isolamento e abandono entre os trabalhadores ‘estáveis’. Essa perspectiva de análise faculta fundamentos importantes para a compreensão do impacto desses fenômenos na saúde e na vida dos trabalhadores, o que será discutido a seguir.

5.2.2 Desgaste mental e sofrimento psíquico

As problemáticas expostas anteriormente, indiscutivelmente, atingem a subjetividade desses trabalhadores. Assim, seus efeitos negativos incidem na sua identidade como trabalhador público, na relação com seu trabalho, nos espaços fora do trabalho, nos âmbitos pessoal e familiar, bem como na sua saúde física e mental.

Como visto, comumente, a desregulamentação e flexibilização laboral estão intimamente atreladas à precarização do trabalho, estando todas longe de envolver simplesmente o chamado nível objetivo. A insegurança, incerteza, instabilidade e

fragilidade, que vivencia grande parte dos trabalhadores, por causa de suas relações e condições objetivamente precárias (contratação laboral, valor salarial, estabilidade no trabalho, dentre outras), ao mesmo tempo, geram um sentimento de desrespeito a sua dignidade, em detrimento de sua própria identidade. No entanto, essa vivência não se restringe aos trabalhadores que possuem condições objetivas precárias, pois a lógica da ideologia empresarial, instaurada nos dois sistemas de saúde – o colombiano e o brasileiro –, tem atingido todos os trabalhadores, ainda que de formas diferentes. Nesse sentido, dificilmente, a saúde dos trabalhadores deixa de padecer dos impactos resultantes dessa desregulamentação e flexibilização laboral. Aspectos relacionados à saúde física e mental ganharam relevo nas falas da maioria dos participantes de ambos os países.

Por um lado, no contexto colombiano, os relatos dos entrevistados com contratos temporários evidenciaram em maior medida as formas como a ‘precariedade objetiva’ afeta sua saúde em geral; já os participantes que possuíam/possuem vínculos formais de trabalho manifestaram, principalmente, as repercussões da ‘precariedade subjetiva’ para sua saúde.

Por outro, os entrevistados brasileiros expressaram um marcado sofrimento psíquico pela sobrecarga de trabalho implícita na tendência ao desmonte do SUS. Além disso, nos dois contextos, foram revelados processos de desgaste mental relacionados ao trabalho. Assim, foi possível identificar o impacto na subjetividade dos trabalhadores das complexas características das formas de organização do trabalho que integram o setor da saúde nos contextos pesquisados; impacto este que pode deflagrar processos de sofrimento e adoecimento mental.

Deste modo, considera-se necessária a reflexão sobre os conceitos de “desgaste mental” (Seligmann-Silva, 2011) e de “precariedade objetiva e subjetiva” (Linhart,

2009) para o presente estudo, já que eles colaboram para a compreensão da complexidade e da possível sutileza das situações penosas encontradas no ambiente do trabalho, que, com frequência, levam ao consumo gradual do vigor físico e da vitalidade psíquica do indivíduo, à degradação dos valores morais e até mesmo do “caráter”, conforme assevera Sennett (2000). Esses fatores conduzem os trabalhadores gradativa e silenciosamente ao sofrimento e/ou adoecimento mental.

De acordo com Seligmann-Silva (2011), os contextos de trabalho podem atuar como fonte de saúde ou adoecimento, no tocante à saúde/doença física, bem como à saúde/doença mental. A autora explica que os processos no trabalho podem gerar um “desgaste mental”, cuja constituição se dá no curso de “experiências que se constroem, diacronicamente, ao longo das experiências de vida laboral e extralaboral dos indivíduos” (p. 142). Segundo Seligmann-Silva (2011), esse desgaste no trabalho tende a se intensificar, tornando-se ainda mais prejudicial, em situações de maior vulnerabilidade humana, isto é, quando maior é a precariedade das condições de vida e/ou quando maior é o desrespeito aos direitos humanos fundamentais; pois, ao se tratar de desgaste mental, tais condições ocasionam sujeição e desamparo nas pessoas envolvidas.

No relato de Pilar, trabalhadora terceirizada, depreendem-se algumas incertezas causadas por sua condição de trabalhadora temporária, mais especificamente, pelas desigualdades presentes no relacionamento entre as duas categorias de trabalhadoras:

Para nosotras [tercerizadas] es una tortura cuando hay comité de calidad... En esos comités se ventila todo, en especial los desaciertos de los empleados. Se genera un ambiente de malestar y se le quitan a uno las ganas de seguir trabajando... Finalmente, los problemas terminan llegando a oídos de la jefe de zona y lo que es peor, ella tampoco le dice a uno [tercerizadas] nada, sino decide coordinar con las otras [concuradas] como concertar los errores...

São diversas as consequências do desgaste mental, tais como: a deterioração da satisfação profissional e da motivação para o trabalho e a ruptura do ideal do que fazer no campo da saúde. Por sua vez, esses efeitos definem um trabalho centrado no temor e na proteção dos próprios interesses, que podem com facilidade resvalar em processos de quebra da responsabilidade social; perda do interesse pela atividade clínica, pelo bem-estar dos pacientes e pelo aprimoramento das condições de saúde da comunidade. Note-se como Mario, médico e ex-trabalhador terceirizado, descreve seu inconformismo e seu nível de frustração quanto a sua última experiência de trabalho na Atenção Básica. Na sua fala, ressalta-se sua decepção com o sistema, que lhe provocou confrontações com sua prática profissional:

Yo salí frustrado, queriendo no volver a trabajar con el régimen subsidiado, porque el sistema tiene muchas carencias y limitaciones. La burocracia es demasiada y obstaculiza completamente tu trabajo... Tuve pacientes que debido a la tramitología se complicaron, al punto de ya presentar estados avanzados, pudiéndose haber prevenido y solucionado con tiempo... ¡Imagínate! La frustración es muy grande...

Deve-se lembrar que o conceito de desgaste mental é considerado por Seligmann-Silva (2011) como uma visão integradora dos elementos ambientais, psicossociais e intrapsíquicos envolvidos nos contextos de trabalho, nas relações de poder e nos impactos mentais, que chegam a atingir dinamicamente as dimensões cognitivas e afetivas (sentimentos e emoções). A autora afirma que, além do corpo, os “potenciais psíquicos” do trabalhador também podem ser consumidos pelo processo de trabalho e pelas restrições vinculadas a ele, configurando o desgaste. E esclarece ainda: “sobre a noção de potenciais psíquicos podemos considerar todos os potenciais que dizem respeito à inteligência e aos sentimentos – que costumam se efetivar interativamente” (p. 136).

Com efeito, nas seguintes falas busca-se exemplificar algumas experiências relatadas por entrevistadas colombianas que apresentaram doenças relacionadas ao trabalho por desgaste. Manuela, ex-trabalhadora efetiva, ressalta como sua doença – LER/DORT – fez com que vivenciasse sentimentos de rejeição a seu trabalho.

Yo sentía un rechazo hacia el trabajo... No quería trabajar más, sentía que hacia las cosas obligadas. Sabía que lo que iba a ser atentaba contra mi salud... Vivía momentos de mucha tensión, de mucha presión... Tenía sobrecarga de trabajo... Me sentía cansada...

Igualmente, Raquel, auxiliar de enfermagem concursada que sofreu um acidente de trabalho, ilustra, com sua experiência, como a saúde física e mental tornam-se elementos indissociáveis.

[...] había perdido mi calidad de vida, no podía ni dormir. Llegaba cansada todos los días a la casa, con dolor, eso fue terrible! Me sentía muy mal, porque a pesar de que era muy joven, sufría de dolores de una persona vieja. Y eso me dejaba mal psicológicamente... Permanecía todo el tiempo cansada, irritada y triste...

É possível afirmar que o domínio do fator econômico no sistema de saúde colombiano tem promovido, sob formas diversas, o desrespeito à dignidade, identidade e subjetividade de seus profissionais, indiferentemente de sua vinculação contratual. Uma das características mais determinantes da organização flexível do trabalho que permeia o SGSSS é a manutenção do controle subjetivo do trabalhador, em que se apoia o desenvolvimento da “precariedade subjetiva” (Linhart, 2000). Esse controle da subjetividade, que se adere à (desgastante) gestão empresarial, vem sendo acionado de diversas formas, tendo sido especialmente destacado nas falas dos entrevistados colombianos. O imperativo de provar o tempo todo possuir as capacidades necessárias ao trabalho e a exposição constante a formas de validação do funcionário, próprios à gestão empresarial, afetam, inclusive, os trabalhadores concursados, como revela Jaime:

Yo llevo veintisiete años trabajando acá... Estoy antes de la Ley 100 y soy de planta, pero cada año tengo que presentar evaluaciones, cada año tengo que demostrar que soy competente en lo que hago, de lo contrario no conseguiría mantener mi empleo...

Do mesmo modo, Yolanda, auxiliar de enfermagem efetiva por mais de 30 anos, que tem vivenciado episódios marcantes de estresse, também expressa sua necessidade de continuar no emprego, muito embora as pressões cotidianas façam-lhe desejar irrevogavelmente desistir: “*A veces es tanto el cansancio que siento ganas de renunciar a todo y salir corriendo... Pero, no puedo, son muchos años de trabajo...*”.

Pode-se dizer que aspectos como a avaliação sistemática, a intensificação do trabalho, o isolamento, a angústia e a tensão constante gerada pelos objetivos difíceis de atingir são, para os trabalhadores colombianos, fatores de vulnerabilidade e fragilização, constituindo, portanto, fontes diretas de sofrimento e/ou adoecimento.

Gaulejac (2007) considera a ideologia empresarial que integra as formas de gestão na atualidade uma doença social, porque se baseia numa lógica utilitarista e instrumental, cuja finalidade é aderir os trabalhadores à instituição, garantindo, com isso, o máximo desempenho, qualidade e eficácia nas funções por eles realizadas. O autor mostra como a obsessão gerencialista reforça o individualismo e promove o aumento do cansaço nos trabalhadores. Assim, segundo ele, esse modo de gestão, que fomenta o crescimento da incerteza e do medo quanto ao futuro, constitui-se como o principal determinante de danos à saúde mental dos trabalhadores. Contudo, são múltiplos os aspectos envolvidos na gestão desgastante. Essas propriedades da ideologia empresarial – a intensificação do trabalho, o produtivismo, o individualismo, a pressão pelo tempo e pelos resultados – criam instabilidade no psiquismo.

As vivências de outros entrevistados, colombianos e brasileiros, mostram como, independentemente da vinculação contratual (há representantes concursados e

terceirizados), eles têm tido sua saúde física e mental afetada. Muitos são os efeitos produzidos, incluindo, LER/DORT, estresse, depressão, automedicação, dependência de fármacos e, até, tentativa de suicidar-se e de forjar acidentes de trabalho. Realidade que confirma, ainda, o vínculo existente entre a organização do trabalho e a saúde mental (Franco et al., 2010; Sato & Bernardo, 2005; Seligmann-Silva, 2011) visível também no setor público de saúde (Bernardo et al., 2013; Verde et al., 2013). Deve-se ainda lembrar que o nexos entre o trabalho e uma situação de adoecimento pode se dar em diferentes níveis. Conforme explicam Bernardo, Capoulade e Büll (2011), o trabalho pode ser a causa direta do adoecimento, mas também pode ser “um fator contributivo ou, até mesmo, um fator desencadeante de problema pré-existente” (p. 2), como no caso da dependência química, por exemplo.

Pode-se afirmar que os processos de desgaste mental relacionados ao trabalho, no contexto colombiano, encontram-se associados principalmente à dominância da ideologia empresarial estabelecida em seu sistema de saúde. Já no cenário brasileiro que integrou a pesquisa, esses processos parecem estar mais relacionados ao sofrimento que se tem porque não se pode responder adequadamente às demandas da população, numa conjuntura intensamente marcada pela sobrecarga de trabalho.

Quanto à tendência ao desmonte do sistema de saúde brasileiro, Taís, referindo-se à vivência desgastante do processo de demissão que vivenciou, relata:

*Eu não podia mais ficar na Atenção Básica... **Eu já não tinha força e era isso do desgaste mesmo...** Inclusive as pessoas olhavam pra mim e falavam: “E, aí, Taís, quando você sai?” Eu não tinha a menor ideia, eu perguntava pra minha gestora: “E, aí, quando a gente sai?” Ela respondia: “Não sei, Taís, eu sei que vocês saem, mas eu não sei quando”... É, tipo, você vai morrer, mas não sei sabe quando, né? [...] Então, eu tive que começar a prestar inúmeros processos seletivos em outros lugares... Isso era uma coisa muito louca, era muito desgastante, porque, assim, eu estava fazendo o meu trabalho na AB e, ao mesmo tempo, tinha que participar nos processos... Aí, às vezes, eu não queria ir, porque não era o meu perfil, né? ou, porque já estava cansada mesmo, enfim...*

Continua, ainda, manifestando com consternação o desrespeito pela vulnerabilidade de sua condição;

[...] a gente nesse processo [de demissão] sofreu muito... De fato, quando eu fui prestar pra onde eu trabalho hoje, eu saí de lá chorando... Eu pensei: é o último processo que eu presto nessa instituição, porque eu acho uma humilhação o que estão fazendo com a gente... No fim, eu passei nesse processo, mas foi muito sofrimento e indignação...

Outra vertente de fragmentação e/ou desmonte do SUS, que se justapõe à terceirização, é o não preenchimento das vagas (longas vacâncias) de funcionários que deixam cargos e funções, seja de forma temporária – por férias, afastamentos –, seja de forma definitiva – por aposentadorias, demissões, mortes ou outras diversas causas. O número crescente de usuários do Sistema Público de Saúde também é um fator de alteração da proporção entre o número de profissionais de saúde e população assistida. Naturalmente, resultam dessa situação em particular a sobrecarga de trabalho para os demais trabalhadores e, portanto, prejuízos para a saúde desses profissionais e, também, para a qualidade dos serviços oferecidos. Nesse sentido, todos os entrevistados brasileiros concordaram com a afirmação de que, hoje, em Campinas, vive-se uma política orientada nessa direção. Fabiano, médico concursado, por exemplo, explica: “Acredito que, na atualidade, Campinas tem uma política de desmonte, pois sai gente, se aposenta gente que nunca é repostada... Então, tem uma sobrecarga de desmonte mesmo!”.

A expressão “sobrecarga de desmonte” reflete uma realidade que se intensificou ainda mais na vivência de Ema, que, na atualidade, sofre de LER/DORT e conta, em sua unidade básica, com condições favoráveis à proteção de sua saúde, mas avalia que, num futuro próximo, será mais difícil fugir das armadilhas do sistema. Assim, ela explica:

*Quando alguém tá de licença, não vem outro pra cá. Quando alguém se aposenta, também não vem outro para cá... Não tem pessoal para substituir, viu? Agora mesmo, **daqui a pouco vai se***

aposentar uma auxiliar e então vamos ficar só dois na minha sala. E, assim, quando essa pessoa sair de férias, eu vou ter que dobrar, porque ninguém vai vir me ajudar, né?

A dificuldade de realizar adequadamente o trabalho e de fornecer, portanto, um serviço de qualidade para a comunidade representa uma das maiores causas de sofrimento psíquico entre os trabalhadores brasileiros. A fala de Rafael, enfermeiro efetivo, expõe como essa dimensão da sobrecarga está diretamente relacionada com as formas que assume a “precariedade subjetiva” (Linhart, 2000) dos profissionais ‘estáveis’.

Quando a gente não consegue fazer nada a respeito da situação, acaba adoecendo o funcionário. Essa é a principal causa que a gente tem aqui, que faz as pessoas ficarem estressadas. É isso, a sobrecarga! A gente tem sobrecarga. Às vezes, não é nem necessariamente sobrecarga o tanto que ele atende, mas, assim, ele sofre por não conseguir fazer o que ele deveria fazer, entende? Porque, assim, tudo bem, a gente fala: olha você pode atender três por hora, viu? Você consegue fazer isso e as pessoas entendem assim. Mas, você está atendendo três por hora, só que você sabe que você precisava ter mais gente atendendo três por hora. Isso, nossa! Dá uma insatisfação, dá uma tristeza, dá uma sensação de dever não cumprido... Apesar de que você está ali, atendendo, tem um monte de gente que está com a saúde ruim, que precisaria de atendimento também e isso gera bastante insatisfação, bastante insatisfação mesmo!

Do mesmo modo, Mara, auxiliar de enfermagem concursada que possui LER/DORT, tão logo que começa a elencar as condições que agravam sua doença, já destaca o sofrimento vivido por não conseguir atender apropriadamente as diferentes demandas dos usuários:

Nossa, é muito estresse mesmo! A gente convive com muitas pessoas e é muito difícil. Principalmente, onde eu estava que é no acolhimento, que é a porta aberta, onde você tem que acolher ao mundo todo. Então, eu tinha um sofrimento muito grande, por querer ajudar, querer fazer as coisas e não conseguir [...] Você o tempo todo fica com as pessoas, as pessoas brigando, pedindo e você, às vezes, não consegue resolver o problema do paciente e isso é muito frustrante mesmo para mim, sabe? Então, isso desencadeava a dor, ficava muito irritada e piorava a minha doença.

A instabilidade psíquica dos trabalhadores nesse contexto de sobrecarga, permeado por sentimentos de frustração causados pela impotência para a realizar bem o trabalho, pode estar relacionada, também, com o que Linhart (2014) define como política sistemática de mudança. Essa política, segundo a autora, faz com que os trabalhadores jamais se habituem às funções, de modo a não se apoiarem em rotinas, pois essas rotinas constituem meios de segurança, funcionando como recursos para os trabalhadores no enfrentamento dos incidentes cotidianos. Taís descreve essa situação presente no dia a dia de seus colegas, mostrando, igualmente, a relação direta que se estabelece com os processos de sofrimento/adoecimento mental:

Outra coisa que eu acho que é um fator de adoecimento assim, é a mudança de política o tempo todo. Então, por exemplo, chega o procedimento “x”, esse procedimento “x” agora é. Aí, faz capacitação para saber como realizá-lo e tudo... Chega um ano depois e o procedimento “x” se perdeu, ninguém mais fala sobre isso, né? Aí, a coisa não vira, porque todo aquele trabalho daquela enfermeira nova, por exemplo, que queria fazer direitinho o procedimento “x” vai pro lixo e ela fica completamente desanimada, né? Então, assim, tem uma parte do processo de trabalho não contínuo, né? Desse negócio de ficar mudando muito as coisas que você não consegue dar conta, viu? Então, muda o formulário, muda não sei o que e, assim, e tal... Não quer dizer que a gente não tenha que avançar, mas eu acho que as propostas tinham que ser um pouco mais consistentes, ou seja, diretrizes claras, duradouras, que você consiga conhecer, se familiarizar para ter continuidade...

Tal conjuntura prepara o terreno para que sejam edificadas e consolidadas as propriedades empresariais, as quais, por sua vez, definem o “capitalismo organizacional” (Blanch-Ribas, 2007), já vastamente instaurado no contexto colombiano. Nas falas de Ema e Tomás, auxiliares de enfermagem efetivos que desenvolveram doenças relacionadas ao trabalho, pode-se observar como a intensificação do trabalho está presente, mesmo não havendo um controle específico sobre a produtividade. Por um lado, Ema, formula uma crítica na qual iguala, a partir de sua experiência, o setor público e o privado: “Apesar de eu estar trabalhando no setor

público, agora mesmo, não está muito diferente da empresa privada, né?, porque, eu estou passando pelas mesmas situações... Só de ter que produzir e produzir...”

Já Tomás manifesta como o sistema, mediante incentivos econômicos, incorpora mecanismos para garantir a produtividade dos trabalhadores:

O serviço público, em geral, te paga bem, todos os benefícios. [Mas,] Eles sempre acham o jeito de pagar ao funcionário por produtividade. Nos nossos salários, sempre vem certo benefício por produtividade, mas se eu faltar por mais de 15 dias no meu serviço, essa produtividade não vem, pelo contrário cai do meu salário. Então, claro, são incentivos que eles dão para não faltar e não ficar doente. Às vezes, 300 ou 400 reais fazem com que um funcionário trabalhe, mesmo sem poder.

Mesmo que a maioria dos entrevistados brasileiros ainda tenha os benefícios e a segurança pertencentes à condição deles de servidores públicos, a precariedade experienciada por esses profissionais, além de se intensificar por causa dos elementos mencionados anteriormente, se vê fortemente influenciada pela vivência de uma progressiva transformação de valores, que transitam do social ao econômico. É possível afirmar que, por enquanto, no caso deles, essa precariedade se dá menos no plano objetivo (em comparação com a situação dos trabalhadores da Colômbia) e mais no subjetivo devido à sobrecarga de trabalho expressa, sobretudo, pela quantidade de pessoas sob responsabilidade das equipes e pela dificuldade em se manter a qualidade do trabalho realizado. Taís, no seu relato, mostra a maneira como esse tipo de precariedade se imbrica no cotidiano do trabalho:

Eu acho que tinha adoecimento disso, assim, de cansaço, de desânimo... Da vida, também! Sabe? Assim, de você perceber que a pessoa sempre está triste mesmo, né?, De ver a pessoa super estressada pelo trabalho... Então, assim, por exemplo, eu conversei várias vezes com uma enfermeira que gostava muito de saúde mental e ela falava assim: “Taís, eu não tenho tempo para conversar com as pessoas... Eu, nem tenho trinta minutos para conversar e tirar a história de vida... Eu gostaria, mas eu não tenho esse tempo...” Entendeu? E, ela ainda continuava dizendo assim: “E depois do décimo quinto paciente, eu não consigo mais escutar”... É esse o tipo de sensação, de vivência, né? – E tem razão!

Do mesmo modo, Tomás, baseado em sua própria vivência, mostra a profunda defasagem existente entre o que os trabalhadores ‘humanamente’ podem fazer e o que o sistema lhes impõe. Na sua anterior unidade básica de trabalho, segundo ele, 33 profissionais da saúde tinham de assistir 30.000 pessoas, aproximadamente, o que contrastava absurdamente com a previsão das 800 famílias (cerca de 3000 pessoas) que o sistema apregoava cobrir. Esse quadro, sem dúvida, põe uma alta sobrecarga nos trabalhadores, o que, às vezes, traz consequências bastante negativas sobre sua saúde mental, como ocorreu com Tomás, que relaciona o contexto de trabalho à tentativa de suicídio que cometeu:

*Foram quatro anos, muito marcantes mesmo... **Aí, eu desenvolvi um estresse forte baseado nisso, junto com outras coisas da minha vida... E dentro do local do trabalho tentei suicídio...** Chegou a um nível de estresse assim, porque era muita gente para atender, muita gente brigava, xingava, reclamava... E o auxiliar tinha que fazer o trabalho de recepcionista, de farmácia, de enfermeiro e, às vezes, até de médico mesmo!*

Referindo-se à precariedade subjetiva que era vivenciada por seus colegas e que tinha como característica o desgaste mental, Taís agrega:

*Por exemplo, as pessoas que você conheceu que adoeceram muito, que sofreram muito, que você lembra que foram bem desgastantes, geralmente, são os trabalhadores de perfis bem certinhos, direitinhos, que fazem tudo... Então, assim, **os trabalhadores que eu vi adoecer, foram pessoas que lutavam pelo trabalho...** E eu vi que essas pessoas já desanimaram, lutaram tanto pelo trabalho e já pararam, porque adoeceram e falaram: **“Se eu continuar com isso, eu vou morrer... Ou, eu vou ficar muito mal ou, eu vou ter que ser demitida e tal... E eu preciso viver, porque preciso trabalhar!”***

Dessa forma, conforme argumenta Seligmann-Silva (2011), os processos de desgaste mental manifestam-se com especial intensidade naqueles trabalhadores que apresentam um profundo nível de comprometimento com seu trabalho. Nos casos em que a precariedade subjetiva atinge dimensões significativas, como se relatou acima, pode ocasionar emoções tão contraditórias a ponto de levar o trabalhador a vivenciar

sérios dilemas sobre o papel que desempenha no processo de trabalho, bem como atentar contra sua própria vida.

Nota-se como, nos dois cenários pesquisados, as diferentes mutações nos respectivos sistemas são responsáveis por provocar processos de desgaste mental em seus trabalhadores, os quais, mesmo que manifestados em distintas dimensões (objetiva e subjetiva), fazem parte do mesmo fenômeno de precariedade social, conforme explicam Franco et al. (2010). Daí a importância de dar visibilidade a essas formas que, ao mesmo tempo, instabilizam o contexto do trabalho e causam o desgaste mental e da saúde compreendida como um todo, tal como explica Seligmann-Silva (2011).

5.2.3 Deterioração da ética e da moral e ausência de reconhecimento social

De acordo com Franco et al. (2010), a precarização do trabalho não se reduz simplesmente à dimensão econômica; de forma multidimensional, ela também torna vulneráveis as relações sociais de trabalho. Essa vulnerabilidade, conforme Seligmann-Silva (2011) elucida, encontra-se ancorada na ação conjunta da flexibilização e desregulamentação dos contratos de trabalho, que conduzem a uma degradação de ordem ética e moral nos trabalhadores, provocando o seguinte efeito: uma “mudança de valores e imposição de desvalores. Na medida em que flexibilizar como regra imperativa levou a *flexibilizar* valores e até invertê-los – acompanhando o economicismo que antepõe o lucro à justiça e ao bem comum” (p. 477).

Em termos de relações de trabalho, a precariedade do contexto colombiano pesquisado é tamanha que, além de formalizar diversos contratos de curto prazo, com alta instabilidade e com débeis condições de trabalho, a política nacional de

flexibilização laboral tem permitido ainda que os profissionais, frente a essas circunstâncias e ante altas taxas de desemprego que experimenta o país, se submetam às exigências dos líderes dos partidos e grupos políticos da região, a fim de obter emprego. Na fala de Pilar, auxiliar de enfermagem terceirizada, são reveladas certas formas de expressão do clientelismo no contexto de trabalho colombiano. No caso dela, que teve de participar ativamente de uma campanha política para conseguir seu atual emprego, pode-se observar como a aceitação e a incorporação das práticas clientelistas são ‘naturalizadas’ nesse processo.

Yo ingresé aquí, por medio de un político. Tuve que trabajarle a un político en la campaña y, después, él me dio el trabajo. Yo tenía que hacer campaña, conseguirle gente, ir a las reuniones, promocionarle su campaña [...] Todos estos puestos que usted ve aquí, son políticos. Si usted no tiene un político a quien trabajarle, entonces, no entra, no puede obtener un contrato, es decir, si usted no está afiliada a un político, no puede acceder a ningún trabajo del gobierno.

A aceitação e a naturalização desses eventos operadas por Pilar podem ser consideradas manifestações do que Richard Sennett (2000) analisou em sua obra *A corrosão do caráter: as consequências pessoais do trabalho no novo capitalismo*. O autor explica como as atuais condições de trabalho, imersas na flexibilidade, estão afetando as relações sociais e o próprio trabalho, degradando a confiança, a lealdade e o compromisso, bem como produzindo profissionais cada vez mais estagnados na instabilidade. Esse contexto, que alimenta nos trabalhadores a vulnerabilidade e a incerteza, obriga-os a adotar uma posição de “vale tudo”, que se reflete na corrosão do caráter.

Como afirma Elias (1993), os valores impostos às subjetividades pela cultura dominante, ao longo da história política e social de qualquer sociedade, podem transformar os valores originários, tal qual acontece na atualidade, em que se percebe um grave apagamento ético. A esse respeito, Guillermo, ex-servidor público, e Eduardo,

Presidente da “Liga de Usuários do SGSSS”, ilustram de que maneira, no contexto do trabalho público colombiano, esses novos valores imperam na mediação das atuais relações de trabalho. Guillermo diz:

En el sector salud no se puede vincular gente por concurso, no hay concursos, los únicos concursos son de los ‘amañados’ para los gerentes/administrativos, pero para un médico o enfermero, ya no hay concurso... Para ellos habrán contratos, malos contratos, siempre y cuando estén con un político. Aquí en Colombia, lo que funciona es el clientelismo!

Já Eduardo denuncia, inclusive, a existência de fraude nos concursos públicos. A omissão dos requisitos exigidos para os perfis dos cargos consiste, segundo Eduardo, numa prática comum que se dá, principalmente, nos concursos para a contratação do pessoal da diretoria, dos cargos administrativos, e é pautada arbitrariamente pelos interesses políticos do momento:

Si existen [concursos públicos], pero es letra muerta; es que inclusive en algunas partes, donde todavía hay comisión colectiva de trabajo, a través de los trabajadores organizados sindicalmente, hay normas convencionales que dicen que los trabajadores participen en concursos. Pero ¡no se aplican! Por la forma como están vinculados los trabajadores en el sistema, totalmente tercerizados, entonces les desguinzan el derecho y nombran al compadre político.

As consequências produzidas pelas transformações na organização do trabalho relativas à corrosão do caráter do ser humano (Sennett, 2000) estão ligadas à falta de estabilidade e confiança no trabalho, aos permanentes imperativos de flexibilidade e competitividade, à incisiva cobrança de resultados a curto prazo, que desencadeiam sentimentos de isolamento, cansaço, individualismo, fraqueza no relacionamento social, ansiedade e desilusão com a atividade profissional. Do mesmo modo, é possível associar a essa imbricada rede de efeitos um outro sofrimento, aquele provocado pela angústia de não conseguir acompanhar essas diversas mudanças. O sentimento de incompetência profissional se traduz em um sofrimento ético-político (Sawaia, 1999),

cuja gênese está nas variadas pressões de um trabalho mais dinâmico, cambiante e produtivo. Em relação a esse aspecto, Manuela, trabalhadora efetiva já aposentada, que viveu o fechamento de uma importante instituição de saúde de Bucaramanga, se posiciona, expressando sua discordância, angústia e tristeza, assim como sua frustração pelo comprometimento de sua ética, por causa das intensas mudanças do setor público:

*Cuando empezó la crisis del seguro social las cosas empezaron a cambiar, el ambiente de trabajo cambió completamente. Habían muchas más presiones, trabajamos más tensionados, muy desmotivados... Después de haber fabricado durante muchos años un sentido de pertenencia por la institución, de un momento a otro se iba acabar. Cuando escuchábamos a los mismos pacientes hablar sobre la caída del seguro social, nos sentíamos muy mal, había mucha tristeza... Otro problema es que los elementos de trabajo empezaron a escasear. Entonces, comenzamos a trabajar con las uñas... Nos daba mucha tristeza con los mismos pacientes. Los trabajadores empezamos a sentirnos deshonestos con los pacientes... **Yo me sentía deshonesto, porque el sistema nos obligaba hacer cosas que no se debían hacer...***

Isso pode ser concebido como uma expressão do que Seligmann-Silva (2011) qualifica como *desgaste da subjetividade*. Nesse processo, a identidade é afetada, à medida que o trabalho, ao atingir valores e crenças, pode até mesmo ferir a dignidade, o caráter e a esperança das pessoas, promovendo sofrimento e sensação de despertencimento social. Esse tipo de consternação, que nasce das injustiças sociais, é vivenciada com especial intensidade em condições de maior vulnerabilidade, onde se multiplicam situações de desvalorização, cujas marcas ficam arraigadas nas instâncias mais profundas da subjetividade, provocando nos sujeitos a sensação de inadequação, tal como manifestado por Manuela.

O apagamento ético e a degradação dos valores relacionados à precarização do trabalho podem consumir gradativamente o potencial psíquico dos trabalhadores (Seligmann-Silva, 2011). Nesse sentido, Pablo, ao falar das transformações vivenciadas no setor público, expressa com aflição seu sofrimento, equiparando as sequelas dessas

mudanças a um estado psicótico: *“Lo que sucedió en Colombia es único. No es exageración. Es único. Es tan contradictorio todo... Todo lo que usted sepa [del sistema de salud] en este país es psicotizante... Pocas personas nos sentamos a hablar así y sufrimos por eso!”*.

Pode-se dizer, então, na companhia de Gaulejac (2007), que os efeitos das mutações nas relações sociais encontram-se intensamente atrelados à degradação da ética e à transformação do sentido nas relações de trabalho, provocadoras da instabilidade do psiquismo.

É interessante destacar que, enquanto esse aspecto teve destaque nas falas dos entrevistados colombianos, ele não apareceu em nenhuma fala entre os brasileiros. Mesmo quando criticam o sistema e todo o processo de *“desmonte”* que têm vivenciado em Campinas e destacam as dificuldades enfrentadas para atender bem a população, parecem ter ainda a possibilidade de preservar uma relação ética com seu trabalho, com seus colegas e os usuários dos serviços.

Entretanto, se os aspectos éticos aparecem nas falas de alguns entrevistados colombianos, outros profissionais, dos dois contextos pesquisados, que ainda demonstram forte compromisso com os preceitos da atenção à saúde no setor público – alheios, portanto, à corrosão do caráter (Sennett, 2000) – destacam a falta de reconhecimento social como uma fonte de sofrimento. O reconhecimento pelo trabalho realizado, de acordo com Dejours (2009), faz parte relevante da configuração da identidade. Nessa medida, explica o autor, numa dinâmica em que o trabalho carece de reconhecimento, o homem configura sua relação com o trabalho a partir do sofrimento, com possibilidade de isso repercutir negativamente sobre a sua saúde mental. Portanto, a ausência de reconhecimento estreita-se com o equilíbrio psíquico. Autores como Dejours (2009), Franco et al. (2010), Nardi (2006) e Seligmann-Silva (2011), que

estudam a relação entre trabalho e saúde, assinalam a possibilidade de surgir sofrimento e doenças quando da inexistência do reconhecimento social. Dentre os vários participantes colombianos que se referiram às cobranças desgastantes próprias do trabalho e a seus efeitos, encontra-se Jaime, médico concursado, que destaca como as transformações originadas pelo atual sistema têm repercutido negativamente, sublinhando, em especial, sua vivência quanto à falta de reconhecimento:

[...] *mi motivación ha cambiado mucho, es decir, cuando a ti te ponen tantos reglamentos, tantas normas, tantos procedimientos, todo eso significa presión y más presión... Entonces tú terminas agotado y cansado... Antes había mucha más libertad y te reconocían tu trabajo, la comunidad valoraba tu trabajo, ahora eso no se ve...*

Jaime, ao ser indagado sobre as vivências cotidianas que podem deflagrar algum sofrimento, destaca o reconhecimento do trabalho realizado, ou mais precisamente, sua ausência, em sobreposição às angústias originadas pela dinâmica do trabalho:

[...] *De las responsabilidades, del mismo estrés que genera aquí cuando los pacientes son agresivos, o cuando uno tiene que tomar un paciente que tiene tantas cosas que uno no sabe qué hacer con ese paciente, que uno quiere hacer más por su salud, pero que sabe que tiene que mandarlo a fotocopiar, a ir a remitir, para que le tomen del pelo tres o cuatro meses. Y, entonces, se acaba el año y tiene que volver a hacerle después otra remisión. Entonces, esas son las cosas que lo cargan a uno... Independiente del salario. A mí me podrían pagar la mitad, pero si a mí me saluda el portero bien y mis compañeros me dicen: “doctor, ¡ánimo, qué bueno!”, y si uno ve que al paciente lo atienden bien en todo el proceso, uno quedaría contento, porque el problema en la vida no es salario. El problema en la vida es la motivación. El salario es parte de la motivación, ¿verdad?.*

Como se poderia prever, essas vivências não foram exclusivas aos trabalhadores colombianos. Do mesmo modo, no contexto brasileiro pesquisado, esse aspecto foi destacado por Taís, trabalhadora terceirizada, ao relatar a forma como se deu sua demissão. Ela também pontua o contraste entre a falta de reconhecimento institucional e seu forte compromisso ético. Diz ela:

O dois de julho foi o dia que todos saímos de lá e os concursados entraram. Então, foi meio perverso, porque nós [os terceirizados] passamos as coisas dos pacientes para os trabalhadores [concursados] que entram, foi super responsável da nossa parte. Mas, isso não foi valorizado, né? Isso nunca é valorizado. Acho que essa falta do reconhecimento por parte do gestor, acho que adocece as pessoas, né? Porque você não sabe se você está indo no caminho certo, né? Você tem que ter uma questão interna que diz: “olha eu estou indo no caminho certo, viu? Eu sou uma boa enfermeira, por mais que todo mundo diga que eu sou chata, né?” ou, assim, “Eu sou uma boa psicóloga, apesar de todo mundo ficar dizendo que eu tenho que atender mais pessoas, né?”.

Interessante observar como Taís, na seguinte fala, faz uma clara associação entre o sofrimento/adoecimento mental e a ausência de reconhecimento do trabalho realizado e de valorização pelos resultados sociais, próprios da categoria dos trabalhadores da saúde.

*[...] Então, eu acho que tem uma coisa desse adoecimento, disso de não conseguir trabalhar bem, né? de você não ver resultado no seu trabalho pela sobrecarga... Assim, de não ser valorizado, né?... Isso, de você não sentir que você dá conta, que você sempre faz, mas, não consegue [...] **Eu sentia, muitas vezes, por exemplo, que eu tinha que ter uma determinação interna muito grande sobre o que eu estava fazendo pra trabalhar, porque era muito fácil virar ambulatório, porque mesmo querendo e tentando atender todas as pessoas, a gestão, também não reconhecia o meu trabalho, né?***

Sendo o reconhecimento essencial para a consolidação da identidade, conforme explicita Seligmann-Silva (2011), pode-se dizer que sua fragilização e desvalorização, tal como Franco et al. (2010) afirmam, destrói a autoestima, sendo atingidas as identidades individual e coletiva, bem como a dignidade – “o cerne do ser humano” (p. 232).

Para finalizar, pode-se arriscar a dizer que a ausência de reconhecimento social e a corrosão do caráter podem estar intrinsecamente relacionados. O não reconhecimento social do forte compromisso desses profissionais com os princípios da saúde pública e com a população atendida, juntamente com a supervalorização de aspectos econômicos,

pode, ao longo do tempo, levar à degradação dos valores éticos, com a consequente “corrosão do caráter”, analisada por Sennett (2000).

Considerações Finais

São coisas pequenas. Não acabam com a pobreza, não nos tiram do subdesenvolvimento, não socializam os meios de produção e de câmbio, não expropriam as cavernas de Ali Babá. Mas, talvez, desencadeiem a alegria de fazer e a traduzam em atos. E, por fim, atuar sobre a realidade e mudá-la, ainda que seja um pouquinho, é a única maneira de provar que a realidade é transformável.

– Eduardo Galeano

Uma das principais motivações da atual investigação surgiu a partir dos resultados obtidos do meu primeiro projeto de pesquisa intitulado “El capitalismo organizacional como factor de riesgo psicosocial: Bucaramanga, Colombia”. Nele foi analisada a subjetivação laboral em dois importantes serviços sociais públicos, a educação e a saúde, sendo os trabalhadores deste último setor os mais afetados pela incursão da ideologia empresarial na Colômbia – uma das marcas distintivas do neoliberalismo. Agora, ao se apresentar a oportunidade de empreender estudos formais no território brasileiro, cujo sistema de saúde está erigido sob interesses majoritariamente sociais, instigou-me a pergunta: estaria a lógica capitalista também presente neste país? Desse modo nasceu o presente estudo, cujo intuito foi o de compreender as vivências de trabalhadores dos sistemas públicos da Colômbia e do Brasil, diante da inserção da lógica capitalista, integrando, especificamente, os

trabalhadores da Atenção Básica das cidades de Bucaramanga, na Colômbia, e Campinas, no Brasil.

O contraste entre os dois sistemas de saúde, colombiano e brasileiro, remonta às suas origens: no primeiro caso, encontramos um projeto neoliberal fortemente consolidado que tem demarcado claramente uma trajetória orientada a favorecer o setor privado; enquanto no segundo caso, observamos um projeto de caráter predominantemente social, muito embora admita a participação do setor privado. Paulatinamente e com mais força nos últimos anos, essa intervenção privada no sistema de saúde brasileiro tem se tornado mais ativa e visível, adquirindo e revelando, dessa forma, algumas características que fundamentaram a criação do sistema colombiano. É por isso que, neste estudo, a experiência do SGSSS da Colômbia foi considerada uma referência para a análise das repercussões da ideologia neoliberal nos trabalhadores do SUS.

As principais consequências que a lógica capitalista tem acarretado para as vivências dos trabalhadores da saúde pública em ambos os países estão relacionadas às mudanças introduzidas nas condições, relações e organização do trabalho, cujo impacto se sente nas duas dimensões envolvidas no processo de trabalho: os trabalhadores e o serviço prestado aos usuários.

No cenário de Bucaramanga-Colômbia, que apresenta uma marcada transição no modelo da Atenção Básica, resultante da reforma introduzida em 1993, as decorrências nos trabalhadores se traduzem na perda de autonomia profissional, na instauração da terceirização, que leva a uma intensa precarização do trabalho no setor e, conseqüentemente, à falta de união no interior das equipes de trabalho, bem como à reconfiguração nas relações com os usuários. Estas duas últimas características surgem do distanciamento do modelo da APS, que tem minado a antiga coordenação e

cooperação entre os diversos profissionais da equipe, perdendo, simultaneamente, a proximidade com a comunidade.

Por outro lado, no contexto de Campinas-Brasil, apesar de se ter conservado, desde o começo, uma estratégia de Atenção Básica próxima aos preceitos da APS, pode-se identificar na atualidade um conjunto de ações e fatores que concorrem para um processo de desmonte do seu Sistema Público de Saúde, como o excesso de demanda para as equipes de trabalho, a falta de um direcionamento sistemático dos programas – o que faz com que o sistema dependa, de certa maneira, da gestão política do momento – e a incursão da terceirização, que sugere uma transição similar à observada na Colômbia, mesmo que mais lenta. No caso brasileiro, com a legitimação da terceirização, também começamos a observar algumas das problemáticas comuns à falta de coesão entre os profissionais com diferentes vínculos empregatícios pertencentes a uma mesma equipe de trabalho. Não obstante, o fato de se ter mantido o modelo inicial de AB tem viabilizado a conservação da autonomia, cooperação e coordenação dos profissionais em algumas equipes de trabalho, mesmo no caso dos médicos que, como na Colômbia, realizam atividades centrais no primeiro nível de atenção. Esse ambiente de trabalho multiprofissional e cooperativo, por sua vez, favorece o atendimento integral à comunidade, permitindo que seja atribuída maior relevância à qualidade no serviço, bem como que seja estabelecido um relacionamento mais próximo com os usuários.

Contudo, as vivências dos trabalhadores no processo de reforma de seus correspondentes sistemas de saúde revelam certa precariedade nas duas realidades estudadas, permeada pela instabilidade, intensificação e sobrecarga laboral, redução de salários, dentre outros fatores, que, por sua vez, ocasionam importantes consequências para a vida e a saúde desses trabalhadores. As problemáticas expostas anteriormente

atingem sua subjetividade e, desse modo, impactam sua identidade como servidor público e sua relação com o trabalho, inclusive nos espaços fora do trabalho e nos âmbitos pessoal e familiar, causando prejuízos para sua saúde física e mental. A vivência de sentimentos de insegurança, instabilidade, fragilidade, isolamento e abandono é manifestada, em ambos os países, tanto por trabalhadores concursados quanto por terceirizados, ainda que de formas diferentes.

De um lado, quanto ao contexto colombiano, nos relatos dos entrevistados com contratos temporários, foi revelado que a saúde deles, em geral, encontra-se afetada, principalmente, pela ‘precariedade objetiva’, enquanto no discurso dos trabalhadores com vínculos formais, ficaram mais evidentes as repercussões da chamada ‘precariedade subjetiva’ (Linhart, 2009).

Noutra conjuntura, os entrevistados brasileiros revelaram um mercado sofrimento psíquico atribuído à sobrecarga de trabalho implicada à sutil, mas, todavia, notória tendência ao processo de desmonte do SUS.

Além disso, nos dois contextos, foram evidenciados processos de desgaste mental relacionados ao trabalho. E ainda outras decorrências vivenciadas pelos trabalhadores foram verificadas no estudo: a deterioração da ética e da moral, a falta de reconhecimento social, o empreendimento forçado de adoção de um trabalho autônomo e, até, em alguns casos, as restrições para a construção de um projeto de vida.

Diante desse panorama de precariedade social (Franco et al., 2010), um questionamento que sempre esteve presente e que esperávamos abordar no decorrer desta pesquisa referia-se às formas de resistência adotadas pelos profissionais, em seu cotidiano de trabalho. Elas, para Certeau (1998), constituiriam alternativas para a superação de situações extremas subjacentes à condição humana e atuariam como uma força a desafiar a ordem dominante.

Porém, a partir das entrevistas dos trabalhadores que participaram deste estudo, não foi possível identificar elementos demarcados nessa descrição com suficiente contundência para conformar uma autêntica prática de resistência, com meios de provocar transformações visíveis na rotina do processo de trabalho. Por enquanto, só podemos inferir algumas generalidades que caracterizam cada um dos cenários pesquisados. A respeito do contexto colombiano, pode-se afirmar que a intensa precarização do trabalho parece ter prejudicado as resistências coletivas, o que, por sua vez, tem reforçado a propagação do individualismo nos ambientes do trabalho. Já, no contexto brasileiro, embora a organização coletiva dos trabalhadores, ao que parece, também esteja sendo minada, é possível vislumbrar mais alternativas de enfrentamento, num cenário que ainda conserva parte do sentido social do trabalho e que tem resistido, até hoje, à completa privatização.

Essa é uma limitação importante desta pesquisa, merecendo esse aspecto, sem dúvida, ser tratado com profundidade em futuros estudos de modo a descortinar meios de superação das características privatizantes dos serviços públicos, as quais, com diferentes intensidades, se faz presente em ambos os contextos pesquisados e, infelizmente, em outros países.

Referências Bibliográficas

- Abadía, C., Pinilla, M., Ariza, K., & Ruíz, H. (2012). Neoliberalismo en salud: La tortura de trabajadoras y trabajadores del Instituto Materno Infantil de Bogotá. *Revista de Salud Pública, 14(1)*, 18-31.
- Agudelo, C. (1999). Sistema de salud y plan de desarrollo: Cobertura y equidad. *Revista de Salud Pública, 1*, 117-127.
- Ahumada, C. (1998). Política social y reforma de salud en Colombia. *Revista Papel Político, 7*, 9-35.
- Almeida, C. (1996). Os modelos de reforma sanitária dos anos 80: Uma análise crítica. *Saúde e Sociedade, 5(1)*, 3-53.
- Alvarez, L. S., Salmon, J. W., & Swartzman, D. (2011). The colombian health insurance system and its effect on access to health care. *Journal of Health Services, 41(2)*, 355-370.
- Antunes, R. (1998). *Adeus ao trabalho?: Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade no mundo do trabalho*. 5a. ed. São Paulo: Cortez.
- Antunes, R. (1999). *Os sentidos do trabalho: Ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho*. São Paulo: Boitempo.
- Antunes, R. (2005). *O caracol e sua concha. Ensaio sobre a nova morfologia do trabalho*. São Paulo: Boitempo.
- Antunes, R., & Druck, G. (2014). A epidemia da terceirização. Em R., Antunes. (Org.), *Riqueza e miséria do trabalho no Brasil III* (pp. 13-24). São Paulo: Boitempo.
- Apráez, G. (2010). En busca de la atención primaria en salud y la salud para todos: reflexiones de una búsqueda. *Universitas Odontológica, 29(63)*, 29-36.

- Bauman, Z. (1999). *La globalización. Consecuencias humanas*. México D.F: Fondo de Cultura Económica.
- Berman, P., & Bossert, T. (2000). A decade of health sector reform in developing countries: What have we learned? Ponencia presentada en el simposio “Appraising a Decade of Health Sector Reform in Developing Countries”. pp. 4-5. Washington DC.
- Bernardo, M. H. (2009). *Trabalho duro, discurso flexível: Uma análise das contradições do toyotismo a partir da vivência de trabalhadores*. São Paulo: Editora Expressão Popular.
- Bernardo, M. H., Capoulade, F., & Büll, S. (2011). Trabalho e saúde mental: repercussões das formas de precariedade objetiva e subjetiva. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 68, 83-93.
- Bernardo, M. H., Verde, F. F., & Garrido, J. (2013). Vivências de trabalhadores com diferentes vínculos empregatícios em um laboratório público. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, 16(1), 119-133.
- Blanch-Ribas, J. M. (2007). *El capitalismo organizacional como factor de riesgo psicosocial: Efectos psicológicos colaterales de las nuevas condiciones de trabajo dictadas por el capitalismo académico y sanitario implantado en universidades y hospitales no lucrativos de la red pública*. Proyecto de investigación multicéntrico presentado y aprobado por el Ministerio Educación y Ciencia de España.
- Blanch-Ribas, J. M., & Cantera, L. (2007). El capitalismo sanitario como factor de riesgo psicosocial. En C., Guillén & R., Guil. (Eds.), *Psicología Social: Un encuentro de perspectivas* (pp.1075-1080). Cádiz: APPS.

- Blanch-Ribas, J. M., & Cantera, L. (2011). La nueva gestión pública de universidades y hospitales: Aplicaciones e implicaciones. En E. T., Agulló, J. L., Álvaro, A. L., Garrido, R., Medina & I. G., Schweiger. (Eds.), *Nuevas formas de organización del trabajo y la empleabilidad* (pp. 515-534). Oviedo: Universidad de Oviedo.
- Blanch-Ribas, J. M., & Stecher, A. (2009). La empresarización de servicios públicos y sus efectos colaterales. Implicaciones psicosociales de la colonización de universidades y hospitales por la cultura del nuevo capitalismo. En T. Wittke & P. Melogno. (Comps.), *Psicología y organización del Trabajo. Producción de subjetividad en la organización del trabajo* (pp.191-209). Montevideo: Psicolibros.
- Borges, F., Moimaz, S., Siqueira, C., & Garbin, C. (2012). *Anatomia da privatização neoliberal do Sistema Único de Saúde: O papel das organizações sociais de saúde*. São Paulo: Cultura Acadêmica.
- Brasil (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Publicada no Diário Oficial da União em 5 de outubro de 1988.
- Brasil (1990). *Lei n° 8080 (Lei Orgânica da Saúde)*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Brasil (2000). *Lei Complementar n° 101, de 4 de maio de 2000*: Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. Brasília, DF.
- Brasil (2006). *Portaria GM n. 648, de 28 de Março de 2006*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF: Ministério da Saúde.

- Brasil (2008). *Acolhimento nas práticas de produção da saúde*. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo da Política Nacional de Humanização. 2ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Brasil (2015). *Lei Complementar nº 101, de 19 de março de 2015*. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais e dá outras providências. Câmara Municipal de Campinas. Recuperado de <http://www.jusbrasil.com.br/diarios/89507033/dom-camp-20-03-2015-pg-1>.
- Brigagão, J. I. M. & Oliveira, F. M. (2005). O Programa Paidéia de Saúde da Família uma nova perspectiva no campo da produção da saúde. *Cadernos Gestão Pública e Cidadania*, 10(47), 49-59.
- Calderón, C. A. A., Botero, J. C., Bolaños, J. O., & Martínez, R. R. (2011). Sistema de Salud en Colombia: 20 años de logros y problemas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(6), 2817-2828.
- Camargo, K. R. (2009). Celebrating the 20th anniversary of Ulisses Guimarães' rebirth of brazilian democracy and creation of Brazil's National Health Care System. *American Journal of Public Health*, 99(1), 30-31.
- Campos, G. W. S. (1997). *Reforma da reforma: Repensando a saúde*. São Paulo: Hucitec.
- Campos, G. W. S. (2007). O SUS entre a tradição dos sistemas nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12,1865-1874.
- Castaño, R. (2004). *Colombia y el Modelo Neoliberal. Publicación digital*. Recuperado de http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/17535/2/ricardo_castano.pdf.
- Castaño-Yepes, R. A. (1999). *Medicina, Ética y Reformas a la Salud: hacia un nuevo contrato social con la profesión médica*. Colombia: Fundación Creer.

- Castel, R. (2008). *As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário*. 7ª ed. Petrópolis: Vozes.
- Certeau, M. (1998). *A invenção do cotidiano. Artes do fazer*. 3a ed. Petrópolis: Vozes.
- Céspedes-Londoño, J. E., Jaramillo-Pérez, I., & Castaño-Yepes, R. A. (2002). Impacto de la reforma del sistema de seguridad social sobre la equidad en los servicios de salud en Colombia. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(4), 1003-1024.
- Cimbalista, S. (2007). Sufrimiento: Los significados adversos de las condiciones de trabajo en el sistema de producción flexible. *Revista Universitas Psychologica*, 6(1), 69-78.
- Colombia (1990a). *Ley 50 de 1990, de 28 de diciembre de 1990. Se introducen reformas al Código Sustantivo del Trabajo*. Recuperado de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=281#>.
- Colombia (1991). *Constitución Política de Colombia. Promulgada en Bogotá el 4 de julio de 1991*. Recuperado de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=4125>.
- Colombia (1993). *Ley 100 de 1993, de 23 de diciembre de 1993. Se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones*. Recuperado de <http://www.caprecom.gov.co/sitio/filesnormatividad/Ley-100-de-1993.pdf>.
- Colombia (2002). *Ley 789 de 2002, de 27 de diciembre de 2002. Se dictan normas para apoyar el empleo y ampliar la protección social y se modifican algunos artículos del Código Sustantivo de Trabajo*. Recuperado de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=6778>.
- Colombia (2011). *Ley 1438 de 2011, de 19 enero de 2011. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras*

disposiciones.

Recuperado

de

<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=41355>.

Comisión de Regulación en Salud (2011). *Acuerdo No. 029, de 28 de Diciembre de 2011. Por medio de la cual se sustituye el Acuerdo 028 de 2011 que define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud.* Recuperado de <http://www.acin.org/acin/new/Portals/0/acuerdo29de2011.pdf>.

Conill, E. M. (2008). Ensaio histórico-conceitual sobre a atenção primária à saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da estratégia saúde da família em centros urbanos no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(1), 7-16.

Cordeiro, H. (2001). Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(2), 319-328.

Cordeiro, H. (2004). O instituto de medicina social e a luta pela reforma sanitária: Contribuição à história do SUS. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 14(2), 343-362.

Dejours, C. (2009). *A banalização da injustiça social*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas.

Dejours, C., Abdoucheli, E., & J, C. (1994). *Psicodinâmica do trabalho: Contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho*. São Paulo: Atlas.

Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2015). DANE: Proyecciones de Población departamentales y municipales por área 2005–2020. Recuperado de <http://www.dane.gov.co/index.php/poblacion-y-demografia/proyecciones-de-poblacion>.

De Santiago, M. (1998). La crisis de la conciencia médica en nuestro tiempo. *Cuadernos de Bioética*, 4, 665-678.

- Diccionario Enciclopédico de Economía Planeta. (1980). Barcelona: Planeta.
- Elias, N. (1993). A sociedade dos indivíduos. Lisboa: Publicações Dom Quixote.
- Enriquez, E. (1991). *Da horda ao Estado*. 2ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Eslava, J. C. (1999). Seguridad social en salud: Reforma a la reforma. *Revista de Salud Pública, 1*, 105-116.
- Estrada, A. J. (2006). Las reformas estructurales y la construcción del orden neoliberal en Colombia. En A. E., Ceceña. (Ed.), *Los desafíos de las emancipaciones en un contexto militarizado* (pp. 247-284). Buenos Aires: CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales.
- Ezcurra, A. M. (1998). *¿Qué es el neoliberalismo? Evolución y límites de un modelo excluyente*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Fausto, M. C. R. & Matta, G. C. (2007). Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. Em M. V. G. C., Morosini & A. D., Corbo. (Org.), *Modelos de Atenção e a Saúde da Família* (pp. 43-67). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Fleury, S. (2009). Reforma do Estado, seguridade social e saúde no Brasil. Em G. C., Mata & J. C. F., Lima. (Org.), *Estado, sociedade e formação profissional em saúde: Contradições e desafios em 20 anos de SUS* (pp. 49-87). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Franco, T., Druck, G., & Seligmann-Silva, E. (2010). As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizado. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, 35(122)*, 229-248.
- Frenk, J., & Londoño, J. L. (1997). Pluralismo estructurado: Hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina. *Salud y Gerencia, 15(1)*, 6-28.

- Friedman, M., & Friedman, R. (1984). *Tyranny of the Status Quo*. San Diego: Harcourt Brace Jovanovich.
- Galvis, L. A. (2014). *Economía de las grandes ciudades en Colombia: seis estudios de caso*. Colección de Economía Regional. Bogotá: Banco de la República de Colombia.
- Gañan, J. L. R. (2011). De la naturaleza jurídica del derecho a la salud en Colombia. *Revista Estudios de Derecho*, 68, 187-212.
- Garrido, J., Blanch, J. M., Uribe, A., Flórez, J., & Pedrozo, M. (2011). El capitalismo organizacional como factor de riesgo psicosocial: Efectos psicológicos colaterales de las nuevas condiciones de trabajo en hospitales y universidades de naturaleza pública. Resultados Santander, Colombia. *Revista Psicología desde el Caribe*, 28, 166-196.
- Garrido-Pinzón, J., Uribe-Rodríguez, A. F., & Blanch-Ribas, J. M. (2011). Riesgos psicosociales desde la perspectiva de la calidad de vida laboral. *Acta Colombiana de Psicología*, 14(2), 27-34.
- Gaulejac, V. (2007). *Gestão como doença social*. Aparecida, São Paulo: Ideias e Letras.
- Godoy, A. S. (1995). Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. *Revista de Administração de Empresas*, 35(3), 20-29.
- Gonçalves, F. G. A., Souza, N. V. D. O., Pires, A. S., Dos Santos, D. M., D'Oliveira, C. A. F. B., & Ribeiro, L. V. (2014). Modelo neoliberal e suas implicações para a saúde do trabalhador de enfermagem. *Revista Enfermagem UERJ*, 22(4), 519-525.
- Gómez, R. (2003). *Neoliberalismo globalizado. Refutación y debacle*. Buenos Aires: Macchi Grupo Editor.

- Gounet, T. (2000). Fim do trabalho, fim do emprego. Em P. F., Vizontini & R., Carrion. (Orgs.), *A crise do capitalismo globalizado na virada do milênio* (pp.). Porto Alegre: Editora Universidade/UFRGS.
- Grodos, D., & de Béthune, X. (1988). Las intervenciones sanitarias selectivas: Una trampa para la política de salud del Tercer Mundo. *Cuadernos Médico Sociales*, 46, 71-85.
- Guevara, E. B., & Mendias, E. P. (2002). A comparative analysis of the changes in nursing practice related to health sector reform in five countries of the Americas. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 12(5), 347-353.
- Guzmán, M. D. P. (2009). Deficiencias en los diagnósticos de las reformas sanitarias de los años noventa en América Latina. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 25(1), 84-92.
- Hammersley, M., & Atkinson, P. (1994). *Etnografía: Métodos de Investigación*. Barcelona: Paidós.
- Harvey, D. (1992). *Condição pós-moderna. Uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural*. São Paulo: Edições Loyola.
- Harvey, D. (2007). *Breve historia del neoliberalismo*. Madrid: Akal.
- Harvey, D. (2011). *O enigma do capital: E as crises do capitalismo*. São Paulo: Boitempo.
- Heidrich, A. V. (2006). Transformações no estado capitalista: refletindo e refratando transformações na questão social. *Revista Virtual Textos & Contextos*, (5)1, 1-9.
- Hernández, M. (2000). El Derecho a la Salud en Colombia: Obstáculos Estructurales para su Realización. *Revista de Salud Pública*, 2(2), 121-144.
- Hernández, M. (2001). El enfoque sociopolítico para el análisis de las reformas sanitarias en América Latina. *Revista de Salud Pública*, 19(1), 57-70.

- Hernández, M. (2002). Reforma sanitaria, equidad y derecho a la salud en Colombia. *Cadernos de Saúde Pública, 18(4)*, 991-1001.
- Hobsbawm, E. (1998). *Historia del siglo XX*. Buenos Aires: Crítica.
- Homedes, N., & Ugalde, A. (2005a). Human resources: The Cinderella of health sector reform in Latin America. *Human Resources for Health, 3(1)*, 1-13. Doi:10.1186/1478-4491-3-1.
- Homedes, N., & Ugalde, A. (2005b). Las reformas de salud neoliberales en América Latina: Una visión crítica a través de dos estudios de caso. *Revista Panamericana de Salud Pública, 17(3)*, 210-220.
- Homedes, N., & Ugalde, A. (2010). Neoliberalismo y salud. El engaño del Banco Mundial y el FMI. *Revista Viento Sur, 109*, 83-88.
- Infante, A., De la Mata, I., & López-Acuña, D. (2000). Reforma de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe: Situación y tendencias. *Revista Panamericana de Salud Pública, 8(1/2)*, 13-20.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2015). Estimativas populacionais para os municípios e para as Unidades da Federação brasileiros em 01.07.2015. Recuperado de http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2015/estimativa_tcu.shtm.
- Jaramillo, I. (1997). *El futuro de la salud en Colombia. La puesta en marcha de la Ley 100*. Bogotá: FESCOL, FRB, Fundación Corona.
- Klein, N. (2008). *La doctrina del shock. El auge del capitalismo del desastre*. Argentina: Paidós.

- Krein, J. D. (2007). As tendências recentes nas relações de emprego no Brasil: 1990-2005. 329 f. Tese (Doutorado em Economia Social e do Trabalho). Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP.
- Lacaz, F. A. C. (2007). O campo saúde do trabalhador: Resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. *Cadernos Saúde Pública*, 23(4), 757-766.
- Laurell, A. C., & Noriega, M. (1989). *Processo de produção e saúde*. São Paulo: Hucitec.
- Le Guillant, L. (1984). A neurose das telefonistas. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional* 47(12), 7-11. Tradução de *La névro se des téléphonistes*, La Presse médicale, 19.
- León, M. H., Ramírez, A. N., & Uribe, L. M. (2007). Modelo de Atención Basado en Atención Primaria de Salud. Experiencia en Santander. *Revista del Observatorio de Salud Pública de Santander*, 3(1), 32-38.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (2000). Paradigmatic controversies, contradictions, and emerging confluences. In N. K., Denzin & Y. S. Lincoln. (Ed.), *The handbook of qualitative research* (pp. 163-187). 2nd ed. Thousand. Oaks: Sage Publications.
- Linhart, D. (2000). O indivíduo no centro da modernização das empresas: Um reconhecimento esperado, mas perigoso. *Trabalho & Educação*, 7, 24-36.
- Linhart, D. (2009). Modernisation et précarisation de la vie au travail. *Papeles del CEIC (Centro de Estudios sobre la Identidad Colectiva)*, 43(1), 1-19.
- Linhart, D. (2014). Modernização e precarização da vida no trabalho. Em R., Antunes. (Org.), *Riqueza e miséria do trabalho no Brasil III* (pp. 13-24). São Paulo: Boitempo.

- Lavras, C. (2011). Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. *Revista Saúde e Sociedade*, 20(4), 867-874.
- Machado, A. L., Giacone, M., Álvarez, C., & Carri, P. (2007). La reforma de la salud y su impacto en los trabajadores del sector: el caso Hospital Nacional de Clínicas de Córdoba, Argentina. *Medicina Social*, 2(4), 17-26.
- Madies, C. V., Chiarvetti, S., & Chorny, M. (2000). Aseguramiento y cobertura: Dos temas críticos en las reformas del sector de la salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 8(1/2), 33-42.
- Málaga, H., Latorre, M. C., Cárdenas, J., Montiel, H., Sampson, C., de Taborda, M. C., Granados, R., & Pastor, D. (2000). Equidad en la reforma en salud en Colombia. *Revista de Salud Pública*, 2(3), 193-219.
- Malvárez, S. M., & Castrillón, A. M. C. (2005). *Panorama de la fuerza de trabajo en enfermería en América Latina*. Serie Desarrollo de Recursos Humanos, No. 39. Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud.
- Matias, M. C. M., Wolff, S., & Malinowski, M. L. (2010). A saúde do trabalhador da saúde: impactos da reestruturação produtiva no campo da Atenção Básica. Em VII Seminário de Saúde do Trabalhador e V Seminário O Trabalho em Debate: Saúde Mental Relacionada ao Trabalho.
- Minayo, M. C. S. (1994). *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec-Abrasco.
- Minayo, M. C. S. (Org) (1999). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. 14a. ed. Petrópolis: Vozes.
- Ministério da Saúde (2012). *Política Nacional de Atenção Básica*. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, DF. Recuperado de <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/pnab>.

- Nardi, H. C. (2006). *Ética, trabalho e subjetividade: trajetórias de vida no contexto das transformações do capitalismo contemporâneo*. Porto Alegre: UFRGS.
- Nascimento, E. P. L., Correa, C. R. S., & Nozawa, M. R. (2007). O município de Campinas e a organização da secretaria municipal de saúde. *Revista de Ciências Médicas, 16(3)*, 161-173.
- Navarro, V. (1985). The public/private mix in the funding and delivery of health services: An international survey. *American Journal of Public Health, 75(11)*, 1318-1320.
- Navarro, V. (2003). The inhuman State of US Health Care. *Monthly Review, 55(4)*, 1-7.
Recuperado de <http://www.monthlyreview.org/0903navarro.htm>.
- Netto, J. P. (2011). *Capitalismo monopolista e serviço social*. São Paulo: Cortez.
- Organización Mundial de la Salud. (1978). *Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Declaración de Alma Ata*. Ginebra: Oficina de Publicaciones, OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2000). *Informe sobre la salud en el mundo. 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*. Ginebra: Oficina de Publicaciones, OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2006). *Informe sobre la salud en el mundo. Colaboremos por la salud*. Ginebra: Oficina de Publicaciones, OMS.
- Osorio, J. (2008). La salud ¿un bien social o un buen negocio? *Revista Tareas, 130*, 59-73.
- Paim, J. S. (2009). Reforma sanitária brasileira: Avanços, limites e perspectivas. Em G. C., Mata & J. C. F., Lima. (Org.), *Estado, sociedade e formação profissional em saúde: Contradições e desafios em 20 anos de SUS* (pp. 91-122). Rio de Janeiro: Fiocruz.

- Paparelli, R., Sato, L., & Oliveira, F. (2011). A Saúde Mental relacionada ao trabalho e os desafios aos profissionais da saúde. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 36(123), 118-127.
- Pereira, L. D. (2004). A gestão da força de trabalho em saúde na década de 90. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 14(2), 363-382.
- Pierantoni, C. R. (2001). As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: Limites e possibilidades. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(2), 341-360.
- Pochmann, M. (2000). As trajetórias do trabalho no final do século XX. Em P. F., Vizontini & R., Carrion. (Orgs.), *A crise do capitalismo globalizado na virada do milênio* (pp.). Porto Alegre: Editora Universidade/UFRGS.
- Prefeitura Municipal de Campinas (2014). Plano Municipal de Assistência Social (PMAS - 2014/2017). Mapa de inclusão/exclusão social da cidade de Campinas: Secretária de Assistência Social. Recuperado de <http://campinas.sp.gov.br/arquivos/cidadania/pmas-2014-2017.pdf>.
- Pulido-Martínez, H. C., & Carvajal-Marín, L. M. (2013). Riesgos psico-laborales y subjetividad: Tensiones contemporáneas entre patologización y despatologización en los discursos psicológicos. *Revista Quaderns de Psicologia*, 15(1), 69-80.
- Pushkar, P. (2006). Explaining paralysis in Chile's health Sector, 1990-2000. *International Journal of Health Services*, 36(3), 605-622.
- Queiroz, M. S. (1994). O desenvolvimento da municipalização dos serviços de saúde em Campinas. *Revista de Administração Pública*, 28(4), 27-37.
- Quevedo, E., Hernández, M., Miranda, N., Mariño, C., Cárdenas, H., & Wiesner, C. (1990). *La salud en Colombia: Análisis sociohistórico*. Estudio Sectorial de Salud. Bogotá: Ministerio de Salud, Departamento Nacional de Planeación.

- Restrepo, M. (1997). *La reforma a la seguridad social en salud de Colombia y la teoría de la competencia regulada*. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Naciones Unidas.
- Rodríguez-Villamizar, L., Acosta-Ramírez, N., & Ruiz-Rodríguez, M. (2013). Evaluación del desempeño de servicios de Atención Primaria en Salud: experiencia en municipios rurales en Santander, Colombia. *Revista de Salud Pública, 15*(2), 183-195.
- Ruiz-Rodríguez, M., Acosta-Ramírez, N., Rodríguez-Villamizar, L., Uribe, L. M., & León-Franco, M. (2011). Experiencia de implementación de un modelo de Atención Primaria. *Revista de Salud Pública, 13*(6), 885-896.
- Santos, N. R. (2006). A reforma do Estado 'SUS' e a proposta das fundações públicas ou estatais. *Saúde em Debate, 30*(72), 120-128.
- Santos, N. R. (2008a). A reforma sanitária e o sistema único de saúde: Tendências e desafios após 20 anos. *Saúde em Debate, 33*(81), 13-26.
- Santos, N. R. (2008b). Política pública de saúde no Brasil: Encruzilhada, buscas e escolhas de rumos. *Ciência & Saúde Coletiva, 13*(2), 2009-2018.
- Sato, L., & Bernardo, M. H. (2005). Saúde mental e trabalho: Os problemas que persistem. *Ciência & Saúde Coletiva, 10*(4), 869-878.
- Sawaia, B. (Org.). (1999). *As artimanhas da exclusão: uma análise ético-psicossocial da desigualdade*. Petrópolis: Vozes.
- Scarcelli, I. R., & Junqueira, V. (2011). O SUS como Desafio para a Formação em Psicologia. *Revista Psicologia: Ciência e Profissão, 31*(2), 340-357.
- Scarpaci, J. (1989). *Health Services Privatization in Industrial Societies*. New Brunswick: Rutgers University Press.

- Secretária de Saúde do Estado de São Paulo (2011). *Secretaria da Saúde*. Recuperado de http://www.saude.sp.gov.br/content/geral_acoes_oss.mmp.
- Seligmann-Silva, E. (2011). *Trabalho e desgaste mental: O direito de ser dono de se mesmo*. São Paulo: Editora UFRJ/Cortez.
- Sennett, R. (2000). *La corrosión del carácter. Las consecuencias personales del trabajo en el nuevo capitalismo*. Barcelona: Anagrama.
- Sennett, R. (2006). *La cultura del nuevo capitalismo*. Barcelona: Anagrama.
- Sisto, V. (2012). Identidades Desafiadas: Individualización, Managerialismo y Trabajo Docente en el Chile Actual. *Revista de la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile, Psykhe*, 21(2), 35-46.
- Thébaud-Mony, A., & Druck, G. (2007). Terceirização: a erosão dos direitos dos trabalhadores na França e no Brasil. Em G., Druck & T., Franco. (Orgs.), *A perda da razão social do trabalho: terceirização e precarização* (pp. 23-58). São Paulo: Boitempo.
- Ugalde, N., & Homedes, A. (2005). Las reformas neoliberales del sector de la salud: Déficit gerencial y alienación del recurso humano en América Latina. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 17(3), 202-209.
- Uribe-Rodríguez, A. F., Garrido-Pinzón, J., & Rodríguez, A. M. (2011). Influencia del tipo de contratación en la calidad de vida laboral: Manifestaciones del capitalismo organizacional. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 33, 1-16.
- Vargas, Vázquez, & Jané (2002). Equidad y reformas de los sistemas de salud en Latinoamérica. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(4), 927-937.

- Verde, F., Bernardo, M. H., & Büll, S. (2013). Trabalho e precarização na saúde pública. *Revista ECOS – Estudos Contemporâneos da Subjetividade*, 3(1), 18-31.
- Villar, L. A. C. (2004). La Ley 100: El fracaso estatal en la salud pública. *Revista Deslinde*, 19, 1-10.
- Vuori, H. (1986). Health for all, primary health care and general practitioners. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 36, 398-402.
- Waitzkin, H., & Iriart, C. (2001). How the United States exports managed care to developing countries. *Journal of Health Services*, 31(3), 495-505.
- Waitzkin, H., Iriart, C., Estrada, A., & Lamadrid, S. (2001). Social medicine then and now: Lessons from Latin America. *American Journal of Public Health*, 91(10), 1592-1601.
- Waitzkin, H., Jasso-Aguilar, R., & Iriart, C. (2007). Privatization of health services in less developed countries: An empirical response to the proposals of the World Bank and Wharton School. *Journal of Health Services*, 37(2), 205-227.
- Werner, D., Sanders, D., Weston, J., Babb, S., & Rodríguez, B. (1997). *Cuestionando la solución: Las políticas de atención primaria de salud y supervivencia infantil. Con una crítica detallada de la terapia de rehidratación oral*. Health Wrights. Recuperado de www.healthwrights.org.
- Wisner, B. (1988). GOBI versus PHC? Some dangers of selective primary health care. *Social Science and Medicine*, 26(9), 963-699.