

As reformas dos sistemas de saúde europeus frente às crises capitalistas: o caso do Reino Unido

Mariana Ribeiro Jansen Ferreira¹

Áquilas Mendes²

Resumo: O artigo trata inicialmente de explicitar uma base teórica acerca da compreensão do capitalismo e sua fase predominante após a década de 1970, sob o comando do capital financeiro, à luz de *O Capital* de Marx. A partir daí, desenvolve-se uma análise do que foi a constituição do Estado de Bem Estar Social e seus questionamentos, com base nos estudos de Robert Castel. Por ultimo, completa-se o objetivo deste artigo que se refere à compreensão de como a “crise” do Estado de Bem-Estar Social impacta sobre uma das facetas dos sistemas de proteção social, particularmente, os sistemas de saúde, com especial atenção ao Reino Unido.

Palavras-chave: Capital em Marx; Crise Capitalista; Estado de Bem-Estar Social, Reformas nos sistemas de saúde europeus; Sistema de Saúde do Reino Unido.

Abstract: The article analyzes at first a theoretical basis above the nature of the capitalism and its predominant phase after the 1970's, under the control of the financial capital, from The Capital, Marx. After that, it is developed an analysis about what was the arrangement behind the Welfare State and its questioning, using the studies of Robert Castel. As last, the goal of this article is full field with the comprehension of how the “crisis” of the Welfare State impacts on one of the most important aspects of the social protection system, the health system, particularly in the United Kingdom.

¹ Economista, mestre em Economia Política na PUC-SP, doutoranda na Faculdade de Saúde Pública na Universidade de São Paulo (USP) e professora de economia na PUC-SP.

² Professor.Doutor-Livre-Docente de Economia da Saúde da FSP/USP e do Departamento de Economia da PUC-SP.

Introdução

A crise do Estado de Bem Estar Social pode ser caracterizada como um processo de múltiplas dimensões: uma crise de esgotamento do modo de produção fordista; uma crise da forma de intervenção do Estado; uma crise da articulação capital-trabalho; uma crise do próprio capitalismo, de esgotamento de uma forma de acumulação de capital predominante no período entre o pós 2ª Guerra Mundial e a década de 1970. Trata-se de diferentes formas de ver o processo, que auxiliam a traçar um panorama do que representou este período histórico. Mais importante ainda, que contribuem para o entendimento que tal “crise” não representou, a nosso ver, o fim do Estado de Bem Estar Social, mas a necessidade de compreensão sobre qual sua inserção após a década de 1970, em um cenário muito mais adverso.

A compreensão de tal crise é fundamental para abordar uma questão crucial, qual seja, a análise de como este processo impacta os sistemas de proteção social desenvolvidos na Europa ao longo desse período. Ocorre, a partir dos anos 1970, com a queda da produtividade, do crescimento econômico, da geração de emprego, uma pressão crescente para a redução do gasto público, especialmente sobre grande parte da estrutura institucionalizada do Estado de Bem Estar Social. Tal pressão gerará uma série de impactos sobre a proteção social, dentro dela incluindo-se o sistema de saúde desenvolvido em grande parte dos países europeus com características de acesso universal e como sistemas públicos.

Em nosso trabalho, buscaremos inicialmente conformar uma base teórica de compreensão do capitalismo e do que está por detrás de sua fase predominante após década de 1970, qual seja, sua face de capital financeiro. Para isso, iremos nos utilizar da maior compreensão já realizada a respeito do capitalismo, O Capital, de Marx, análise desenvolvida no tópico 1. Depois disso, iremos nos aproximar da análise do que foi a constituição do Estado de Bem Estar Social e seus questionamentos a partir da análise de Castel, no tópico 2. Por ultimo, o objetivo é compreender como a “crise” do Welfare State impacta sobre uma das facetas dos sistemas de proteção social, qual seja, os sistemas de saúde. O foco será a análise no Reino Unido, o que abordaremos no último tópico do artigo.

1. O capital financeiro em Marx: a luz para o entendimento da fase contemporânea do capitalismo

Marx define o capital como sendo uma relação social de produção. Logo no primeiro capítulo de sua obra “O Capital”, Marx afirma que *“a riqueza das sociedades onde rege a produção capitalista configura-se em ‘imensa acumulação de mercadorias’, e a mercadoria, isoladamente considerada, é a forma elementar dessa riqueza”* (MARX, 1982, p.41). A existência de mercadorias e da própria troca mercantil precede a formação do capitalismo; porém, é na sua proliferação, isto é, quando a troca deixa de ser fortuita, que se inicia uma nova forma de socialização entre os homens, dando surgimento ao capitalismo. Este irá se pautar pelo uso da força de trabalho assalariado como meio para a produção de mercadorias e, simultaneamente, para a produção e a apropriação do excedente gerado no processo produtivo. Nessa relação social a grande maioria não será detentora de meios de produção e será impelida, para sobreviver, a vender sua força de trabalho, a partir da qual o capitalista irá obter mais valia. Isto porque, conforme Marx define no livro I, o valor da força de trabalho é dado pelo valor dos bens e serviços que compõem o custo de sua manutenção e reprodução (MARX, 1982, p. 191). Os trabalhadores ganham o necessário para sobrevivência; no entanto, dedicam sua força de trabalho para além do valor equivalente a reprodução de sua força de trabalho – trabalho excedente, mais valia.

A partir do Livro III, a análise de Marx aproxima-se da realidade concreta, isto é, deixa de focar o capital em geral, como abstração, e passa a analisar suas diferentes formas concretas, quais sejam, o capital industrial, o capital comercial e o capital financeiro:

O que nos cabe neste livro terceiro não é o desenvolver considerações gerais sobre essa unidade (unidade constituída por processo de produção e processo de circulação – observação nossa), mas descobrir e descrever as formas concretas oriundas do processo de movimento do capital, considerando-se esse processo como um todo (MARX, 1981, p.31).

Ao analisar o capital comercial, na função restrita de compra e venda, Marx enfatiza que, como nesse ato a mercadoria somente troca de mãos, de proprietários, o trabalho nela envolvido não é produtivo, isto é, não é fonte de novo valor. No entanto, o capital comercial, ao abreviar, do ponto de vista do capital industrial, a sua reprodução – pois a mercadoria ao ser vendida volta a sua forma dinheiro e pode ser reaplicada na produção de novas mercadorias – exerce função fundamental no processo de reprodução capitalista. É por isso que, embora os trabalhadores empregados pelo capital comercial não produzam mais-valia, seu trabalho constitui veículo para que esse capital participe da distribuição da massa de mais

valia gerada no processo produtivo. Como os produtores de mercadorias (capital industrial) dependem do comerciante para que a mercadoria chegue ao consumidor final, ou seja, para realizar o que Marx chamou de salto mortal da mercadoria³, partilham a mais-valia com o capital comercial, de forma que cabe a esse último taxa de lucro médio igual a do capital industrial.

O capital comercial é, então, parte integrante da divisão social de trabalho na esfera capitalista, mostrando-se como uma das faces do capital na esfera de circulação, assumindo a tarefa antes acessória do produtor – de transformar o capital–mercadoria em dinheiro no mercado. Essa função torna-se uma “*operação exclusiva de variedade especial de capitalistas, os comerciantes, e adquire autonomia como negócio correspondente a um investimento específico*” (MARX, 1982, p. 313), intermediando a forma de circulação do capital D-M-D’, permitindo o salto mortal e a realização da mais-valia.

Mas,

O dinheiro efetua movimentos puramente técnicos no processo de circulação do capital industrial e, [...], do capital comercial (pois este se incumbe de parte da circulação do capital industrial, parte que se torna operação própria e peculiar do capital comercial). Esses movimentos – ao se tornarem função autônoma de um capital particular que os executa como operações peculiares, e nada mais faz, além disso – transformam esse capital em capital financeiro (MARX, 1982, p. 363).

Esta forma de capital apresenta-se, então, sob a forma dinheiro e passa a realizar, para o capital industrial e o comercial, as funções técnicas da esfera da circulação. No capítulo V do Livro I, volume I de O Capital, Marx mostra como o dinheiro, enquanto expressão autônoma de certa soma de valor, pode se transformar em capital: quando ao contratar trabalhadores no processo produtivo utiliza o valor de uso da força de trabalho, fazendo-os produzir além de seu custo de reprodução e apropriando-se desse excedente. É por isso que no capítulo XXI, do Livro III, afirma que o dinheiro tem dois valores de uso: aquele que possui como dinheiro, e aquele decorrente de sua capacidade de funcionar como capital. “*Nessa qualidade de capital potencial, de meio de produzir lucro, torna-se mercadoria, mas mercadoria de Gênero peculiar. Vale dizer – o capital como capital se torna mercadoria*” (MARX, 1982, p.392).

A capacidade do dinheiro de funcionar como capital industrial ou comercial depende de o mesmo ser despendido na compra de meios de produção, matérias primas e contratação de

3 O salto mortal da mercadoria é mencionado por Marx na Contribuição para a Crítica da Economia Política e é retomado no capítulo III do Livro I, volume I, de O Capital: “*transformação que se reduz a compras e vendas, ou seja, conversão de capital-mercadoria em capital-dinheiro e vice-versa*” (MARX, 1982, p. 310).

trabalhadores ou de mercadorias, isto é, de ser aplicado no processo produtivo ou na atividade mercantil. Contudo, para o capital portador de juros (capital-dinheiro), o dinheiro “funciona” de forma diferente:

O dono do dinheiro, para valorizar seu dinheiro como capital, cede-o a terceiro, lança-o na circulação, faz dele a mercadoria capital; capital não só para si, mas também para os outros; é capital para quem o cede e a priori para o cessionário, é valor que possui o valor de uso de obter mais valia, lucro (MARX, 1982, p.397).

Assim o capitalista que emprega o capital de terceiro na produção ou na atividade mercantil, deve pagar a seu proprietário uma comissão por tal uso, além de devolver o principal do capital inicialmente emprestado. Uma importante peculiaridade do capital portador de juros é que ele não se desgasta ao ser utilizado, não perde seu valor. Ao contrário, diferente das demais mercadorias, que com o uso tem seu valor de uso e, finalmente, seu valor consumido, *“a mercadoria capital, ao contrário, tem a peculiaridade de, pelo consumo do valor de uso, não só conservar o valor e o valor de uso, mas também acrescê-lo”* (MARX, 1982, p.406).

O capital portador de juros é, para seu proprietário jurídico, um capital que se multiplica por si mesmo; ele não vê o uso de tal capital por seu prestador. Aliás, ao proprietário, pouco importa o uso feito por aquele a quem empresta, só lhe importando o retorno de tal capital, acrescido de juro. *“Cessão, empréstimo de dinheiro por determinado prazo, e devolução do dinheiro com juros (mais-valia) é a forma toda do movimento próprio do capital a juros como tal”* (MARX, 1982, p.403). É por isso que *“no capital produtor de juros a relação capitalista atinge a forma mais reificada, mais fetichista do capital”* (MARX, 1982, p.450). A própria relação que se estabelece entre o trabalho assalariado e os detentores dos meios de produção, geradora de excedente, desaparece aos olhos de seu proprietário; se ela já não era tão clara no capital comercial, aqui ela se torna invisível; aos olhos do proprietário do capital ela inexistente. Não há mais um processo que intermedeie a valorização do capital; há, para ele, apenas a reprodução “natural” de seu capital. Como se ele possuísse, por si próprio, a capacidade de se auto multiplicar, de se expandir.

O capital produtor de juros é o fetiche autômato perfeito – valor que se valoriza a si mesmo, dinheiro que gera dinheiro, e nessa forma desaparecem todas as marcas da origem. A relação social reduz-se à relação de uma coisa, o dinheiro, consigo mesma [...] o capital que efetivamente funciona apresenta-se rendendo juros não como capital operante, mas como capital em si, capital-dinheiro (MARX, 1982, p. 452).

Quando se analisa a formação da mais-valia, advinda da utilização de tal capital, tem-se que o juro é apenas parte da mais-valia produzida na esfera produtiva. No entanto, a percepção do proprietário do capital chega a tal ponto que, para ele, o juro aparece como fruto próprio de

seu capital e o restante da mais-valia, representado pelo lucro empresarial, apenas como acessório do processo de reprodução capitalista.

Em D-D' temos a forma vazia do capital, a perversão, no mais alto grau, das relações de produção, reduzida à coisa; a figura que rende juros, a figura simples do capital, [...] capacidade do dinheiro, ou da mercadoria, de aumentar o próprio valor, sem depender da produção – a mistificação do capital na forma mais contundente (MARX, 1982, p. 452).

Concebe-se a noção do capital que reproduz e multiplica a si mesmo, o se possuísse a capacidade inata de se valorizar infinitamente. Essa forma do capital, do capital portador de juros, é vista por Marx como a forma mais acabada da lógica de reprodução capitalista. E é esta forma, mais fetichizada, que irá marcar, de forma predominante, a economia capitalista a partir dos anos 1970.

2. Análise do sistema de proteção social no capitalismo contemporâneo: interpretação a partir de Castel

As sociedades capitalistas, até o início do século XX, são caracterizadas não só pelo advento do capitalismo enquanto modo de produção e de organização social, como discutido a partir de O Capital, de Marx, mas por uma profunda insegurança nas relações constituídas. É deste “pano de fundo” que compreendemos, a partir da leitura de Castel (2005 e 2009), o advento das transformações que afetaram principalmente a Europa, ao longo do século passado. De acordo com Castel (2005),

[...] a insegurança social é uma experiência que atravessou a história, discreta em suas expressões porque aqueles que passaram por ela quase nunca tinham a palavra – salvo quando ela explodia em motins, revoltas e outras ‘emoções populares’ –, mas carregada de todas as penas e de todas as angústias cotidianas que constituíram uma boa parte da miséria do mundo (p. 28).

Essa insegurança se manteve, mesmo com a constituição do Estado moderno, no qual a preocupação com a propriedade e sua preservação esteve no centro da atuação estatal – estando as questões relacionadas com os “não proprietários” sem prioridade⁴. Isso marca que, na perspectiva do autor, “*a insegurança social faz desta vida um combate pela sobrevivência dia após dia, cuja saída é cada vez mais incerta*” (p. 31).

A transformação disso se inicia, na perspectiva do autor, conforme dois processos ocorrem: a difusão de direitos e proteção ao trabalhador; e a conformação da “propriedade social”, enquanto mecanismo de inclusão do não proprietário privado. No caso do trabalho, isso

⁴ De acordo com o autor, isso pode ser compreendido como a “face sombria do Estado de direito”: “*Ele deixa ‘ao Deus dará’ a condição daqueles que não têm os meios de assegurar sua existência pela propriedade*” (p. 31).

ocorre quando “o trabalho tornou-se emprego, isto é, um Estado dotado de um estatuto que inclui garantias não comerciais, como o direito a um salário mínimo, as proteções do direito do trabalho, a cobertura dos acidentes, da doença, o direito à aposentadoria, etc.” (p. 32, grifo próprio para destacar itálico do autor). Isso significa que a construção dos direitos sociais esteve, primeiramente, atrelada ao próprio desenvolvimento econômico e a inserção do indivíduo enquanto trabalhador, caracterizando o que Castel e os economistas de escola da regulação⁵ denominam de “sociedade salarial” – difundida na Europa pós 2ª Guerra Mundial⁶. De acordo com o autor, “uma sociedade salarial não é apenas uma sociedade na qual a maioria da população ativa é assalariada. É sobretudo uma sociedade na qual a imensa maioria da população tem acesso à cidadania social, primordialmente, a partir da consolidação do estatuto do trabalho” (p. 33).

A segunda característica apresentada pelo autor é a ideia de que o acesso a “propriedade social” – ou seja, o acesso a mecanismos de proteção que não vinculados à propriedade – teve uma difusão em massa nesse mesmo período. Tal difusão – de acesso à previdência, à saúde, etc. – não se deu de forma assistencial, mas como parte dos direitos vinculados ao universo do trabalho.

Ao longo do século XX, conforme o salariado foi se difundido como forma de remuneração para a maior parte dos trabalhadores, houve maior pressão desses para que fossem implantados mecanismos de proteção social. Tais mecanismos foram difundidos tendo na figura do Estado o papel central para estabelecimento desses mecanismos: “O desenvolvimento do Estado social é estritamente coextensivo à expansão das proteções” (p. 34). Dentro dessa concepção, “... a função essencial do Estado na sociedade salarial, e seu maior êxito, foi sem dúvida chegar a estrangular a insegurança social, isto é, a agir eficazmente como redutor de riscos sociais” (p. 37).

⁵ O regulacionismo parte do institucionalismo, concepção que “[...] distingue-se de outros paradigmas intelectuais, especialmente as ortodoxias do individualismo metodológico, ao apontar para a necessidade de se levar em conta, a fim de se compreender a ação dos indivíduos e suas manifestações coletivas, as mediações entre as estruturas sociais e os comportamentos individuais. Essas mediações são precisamente as instituições” (THÉRET, 2003, p.225). O institucionalismo desenvolveu-se em três correntes: a teoria da regulação; a nova economia institucional e a economia das convenções. Particularmente, a escola francesa da regulação, de forma geral entre suas distintas correntes, concentra sua análise no papel das instituições na coordenação dos indivíduos e o reconhecimento da variedade de lógicas institucionais que se desenvolveram ao longo do tempo e espaço (SAILLARD, 2001).

⁶ De acordo com Castel (2009), a sociedade salarial é composta por categorias socioprofissionais homogêneas, dentro de uma lógica não tão pautada na luta entre classes, mas na concorrência entre grupos profissionais. Constrói-se um “*principe de satisfaction différée*”, a partir do qual sempre há uma expectativa de melhoria na vida, com a sensação presente de que “*amanhã será melhor do que hoje*” (p. 18, tradução própria). Para um maior conhecimento sobre o conceito de “sociedade salarial” para os regulacionistas, ver Boyer (1986), Boyer (2009) e Boyer; Saillard (2002).

A partir das características apresentadas e pelo papel do Estado nessa dinâmica, Castel explicita que a sociedade salarial não é marcada pela supressão da desigualdade – seja de propriedade, seja diretamente de salário – mas, sim, pela forte disseminação de mecanismos de proteção, com relação aos quais “... *as diferentes categorias sociais se beneficiam dos mesmos direitos protetores, direito do trabalho e proteção social*”⁷ (p. 35).

No entanto, é importante explicitar que, para que fosse possível a difusão da proteção social, por meio do Estado, foram necessárias algumas características específicas nessa sociedade salarial. Dentre elas, Castel (2005) destaca o crescimento, não só do PIB dos países, mas da produtividade, da renda salarial e do consumo – o que é destacado por Boyer (2009) quando coloca que não somente o crescimento da economia, mas a repartição da renda gerada entre capital/trabalho foram essenciais para esse período no pós 2ª Guerra Mundial. Tal crescimento permite uma negociação da relação capital/trabalho muito mais fácil, não só porque existe excedente a ser dividido, mas porque também há possibilidade de reduzir a insegurança social e planejar um futuro, característica essencial do processo na perspectiva de Castel (ob. cit., p. 38).

Além do crescimento econômico, fator conjuntural, existe outro que é fundamental para compreender esse momento – e é estrutural: o fato de que as relações e negociações não ocorrem mais em âmbito individual, como, por exemplo, a determinação de um contrato de empregador e empregado. Existe, por detrás dessa relação, uma “convenção coletiva”, que vai pautar como se dará tal dinâmica: “... *não é mais o indivíduo isolado que contrata. Ele se apoia num conjunto de regras que foram anteriormente e coletivamente negociadas, e que são a expressão de um compromisso entre parceiros sociais coletivamente constituídos*” (ob. cit., p. 39). Tal “convenção coletiva”, evidentemente, não se deu simplesmente por meio de acordos entre as partes, mas como fruto “... *de lutas e de conflitos que opuseram grupos de interesses divergentes*” (p. 40). Nessa luta de interesses, de acordo com Castel (2005), “*os trabalhadores agrupados em grandes associações e defendidos por elas se dobram às exigências do desenvolvimento do capitalismo industrial, e em compensação se beneficiam das amplas proteções baseadas em condições de emprego estáveis*” (p. 42).

Essa luta de classes tem por detrás o fortalecimento dos trabalhadores na forma de associações de diversas formas, como os sindicatos, e possuem aparato legal de atuação, sendo parte fundamental da **institucionalização** dos mecanismos de proteção social. Assim

⁷ De acordo com Castel (2005), isso caracterizaria uma “sociedade de semelhantes”, sociedade na qual não existe uma plena igualdade, “*uma sociedade diferenciada, portanto hierarquizada, mas na qual todos os membros podem manter relações de interdependência porque eles dispõem de um fundo de recursos comuns e de direitos comuns*” (p. 36).

como os regulacionistas, Castel chama a atenção para a importância da regulação coletiva nesse processo, destacando o peso da grande empresa, da organização padronizada do trabalho e dos sindicatos fortes. Nessas relações existiria, então, “... *como que um círculo virtuoso entre as relações de trabalho estruturadas num modo coletivo, a força de sindicatos de massa, a homogeneidade das regulações do direito do trabalho e a forma generalista das intervenções do Estado que permite uma gestão coletiva da conflitualidade social*” (p. 44), permitindo um processo de coesão social⁸.

Tem-se, assim, o estabelecimento de um “compromisso social”, entre capital e trabalho, dentro do qual o mundo do trabalho se subordina ao capital, porém se consolida enquanto mecanismo de remuneração do trabalhador e, ainda, proporciona, nesse momento, um retorno que vai além, na perspectiva marxista, do pagamento do trabalho socialmente necessário. Isso porque “*poderíamos mesmo dizer que o salário não opera somente para seu empregador uma vez que uma parte do fruto de sua atividade (o salário indireto) retorna a ele para financiar sua seguridade*”⁹ (CASTEL, 2009, p. 19, tradução nossa). A análise realizada por Castel (2005) explicitaria, assim, três questões fundamentais para compreender este momento histórico, entre o pós 2ª Guerra Mundial e os anos 1970: a importância das concessões que se formaram entre capital/trabalho; a constituição de mecanismos que permitiram a institucionalização dessas concessões; e a relevância, por parte do trabalho, deste não ser representado individualmente, mas constituir-se enquanto parte de um coletivo: coletivo frente à indústria; coletivo organizado na forma sindical; coletivo que conforma os contratos de trabalho; coletivo que regula os direitos trabalhistas, etc. (CASTEL, 2009). Sendo assim, “*é o coletivo que protege*” (p. 23). Por detrás de todo esse arranjo, tem-se o Estado de Bem Estar, que é “*a instância do coletivo por excelência*” (p. 22).

Ao se referir ao Estado, no livro *La montée des incertitudes* (2009), Castel explicita que não podemos pensar no Estado enquanto um ator neutro nas relações sociais; no entanto, este não poderia mais ser visto – talvez se referindo aos autores com base marxista – como um instrumento exclusivo de dominação do capital: “É ele [o Estado] que mais segue dispendo do compromisso entre seus parceiros em nome da manutenção da coesão social, e em todo caso os endossar e lhes dá força de lei”¹⁰ (p. 22, tradução nossa).

⁸ Tal processo é explicitado pela constituição do que o autor caracteriza como sendo uma “*modernidade organizada*” (CASTEL, 2005; CASTEL, 2009).

⁹ “*On pourrait même dire que le salarié ne travaille plus seulement pour son employeur puisqu’une partie du fruit de son activité (le ‘salaire indirect’) lui revient pour financer sa sécurité*”.

¹⁰ “*C’est lui [o Estado] qui le plus souvent pousse aux compromis entre ces partenaires au nom du maintien de la cohésion sociale, et en tous le cas les entérine et leur donne force de loi*”,

Dentro dessa ótica de Estado de Bem Estar Social, enquanto intermediador e viabilizador da relação capital/trabalho, e do desenvolvimento dos mecanismos de proteção social que se difundiram nesse período histórico, Castel (2005) analisa a crise do Estado de Bem Estar Social enquanto uma “crise da modernidade organizada”, ou seja, da modernidade construída por meio de regulações coletivas. Para ele, o que entra em crise é:

A inscrição ou a reinscrição dos indivíduos no seio de sistemas de organização coletiva é a resposta aos riscos da dissociação social trazida pela modernidade, e a resposta à questão das proteções tal como ela se impõe a partir de uma tomada de consciência da impotência dos princípios do liberalismo para fundar uma sociedade estável e integrada. Ela passa pela constituição de direitos sociais e pela implicação crescente do Estado numa função social, na qual o direito e o Estado representariam a instância do povo por excelência (p. 42).

Os dois pilares desse processo – o Estado e a organização dos trabalhadores em organizações coletivas – é que teriam entrado em crise após 1970. A rigor, como mencionado no tópico 1 deste artigo, reconhecemos que essa crise deve ser percebida como resultante da dominância do capital portador de juros, enquanto forma mais fetichizada da própria lógica de reprodução do movimento do capital.

Com a crise, o Estado passa a ser visto enquanto um mecanismo que gera custos excessivos à empresa e limita a sua competitividade internacional – tendo em vista a legislação existente e os encargos trabalhistas. Assim, “... o objetivo se torna aumentar a rentabilidade do capital baixando o peso exercido pelos salários e pelos encargos sociais e reduzir o impacto das regulamentações gerais garantidas pela lei sobre a estruturação do trabalho” (p. 44). Isso levará a um questionamento da inserção do Estado, apontado enquanto responsável por dificultar a competição empresarial, assim como abalará as organizações coletivas que viabilizaram grande parte da estrutura social após a Segunda Guerra. Em um período de elevação do desemprego, tais organizações, assim como todo o aparato de regulação da esfera de relação capital/trabalho, passam a ser vistos enquanto entraves na “flexibilização” – ou precarização mesmo, como explicita Castel (2005) – dos contratos que permeiam as relações de trabalho.

As próprias relações de trabalho passaram por uma série de transformações nesse período; com a crise do fordismo, demanda-se crescentemente uma maior flexibilidade do profissional, com transformação na própria trajetória profissional, que perde muito de sua homogeneidade. Castel (ob. cit.) busca explicitar a “*ambiguidade profunda deste processo de individualização-descoletivização que atravessa as configurações mais diferentes da organização do trabalho e afeta, ainda que sob formas e graus diversos, praticamente todas as categorias*” (p. 47).

Assim, a conjunção do desemprego com as mudanças contratuais acabam por gerar uma desagregação entre os próprios trabalhadores, que são levados a competir entre eles – a fim de manter suas condições de trabalho e salário – ao invés da reivindicação pelos objetivos comuns que antes eram preponderantes. Gera-se uma pressão crescente para ampliação da “... mobilidade generalizada das relações de trabalho, das carreiras profissionais e das proteções ligadas ao estatuto do emprego” (p. 45), marcando um aumento da busca individual, uma ampliação da insegurança e a descoletivização da mobilização social: cada vez mais, “*cabe a cada um enfrentar as situações, assumir a mudança, e encarregar-se de si mesmo*” (p. 47).

De acordo com o autor, embora alguns possam se beneficiar dessa nova conjuntura e da ampliação da mobilidade, com progressos na carreira, isso “*depende fundamentalmente dos recursos objetivos que esses indivíduos podem mobilizar e dos suportes sobre os quais eles podem apoiar-se para assumir as novas situações*”. Ou seja, depende da existência previa de outros recursos, além de sua própria força de trabalho – recursos econômicos e socioculturais¹¹. Isso faz com que, na perspectiva de Castel, grande parte dos trabalhadores, principalmente aqueles nos mais baixos “escalões” das empresas, sejam os mais prejudicados; para estes, “as proteções são coletivas ou não existem” (p. 48). Assim, de forma geral, o impacto é que “... *esta mobilidade generalizada introduz de novo desníveis no mundo do trabalho e no mundo social*” (p. 48) e gera uma *dessocialização dos indivíduos* – não porque os grupos sociais deixam de existir, mas porque ganham um grau muito maior de heterogeneidade dentro deles e entre eles.

Assim, a conjunção da transformação no modo de produção, no mercado de trabalho e no suporte à atuação do Estado, desemboca no fato de que “... *indivíduos e grupos que sofrem as mudanças socioeconômicas que intervieram desde meados dos anos 1970, sem ter a capacidade de controlá-las, encontram-se em situação de vulnerabilidade*”¹² (p. 59).

¹¹ O próprio Castel (2009) explicita o quão importante é compreender o indivíduo como uma construção social: “a capacidade [de adaptar-se às transformações] depende de condições que foram estruturadas ao longo da história da constituição da modernidade” (p. 26).

¹² À ampliação da vulnerabilidade, decorrente da erosão dos mecanismos de proteção social anteriormente mais fortes, soma-se, na análise de Castel (2005), a crescente percepção de risco, não só na redução do amparo social, mas riscos como a poluição, o efeito estufa, a comida etc. Quando tudo passa a ser visto enquanto potencial fonte de risco, não há cobertura social organizada pelo Estado capaz de dar conta da pressão existente. Este fator também ajudaria a justificar como se prolifera “uma relação estreita entre a explosão dos riscos, a hiperindividualização das práticas e a privatização dos seguros. Se os riscos se multiplicam ao infinito e se o indivíduo está só para enfrentá-los, cabe ao indivíduo privado, privatizado, fazer seu seguro próprio, se ele pode. Por conseguinte, o controle dos riscos não é mais um empreendimento coletivo, mas uma estratégia individual...” (p. 65) – “alegria” das seguradoras privadas, que tem agora riscos infinitos para cobrir e recursos aparentemente infinitos para ganhar com isso. Além disso, o autor destaca o fato de que o próprio sucesso do modelo teria permitido uma maior individualização, ao permitir que se reduzisse, de forma significativa, a

O financiamento do sistema de proteção social torna-se mais difícil conforme se verifica um agravamento da crise do modelo fordista¹³ e, com isso, uma redução do crescimento econômico e da geração de emprego. Isto faz com que haja uma redução tanto da arrecadação direta por parte do Estado quanto das contribuições sociais de empresas e trabalhadores. Somado às transformações demográficas e de expectativa de vida – com envelhecimento populacional –, tem-se um quadro totalmente diferente para o financiamento das políticas sociais.

Outra questão grave, de acordo com Castel (2005), é que a concepção (neo) liberal de proteção individual, via seguro privado:

[...] omite que se leve em consideração o fato essencial de que o indivíduo contemporâneo foi profundamente **moldado pelas regulações estatais**. Ele [...] está como que infuso e atravessado pelos **sistemas coletivos de seguridade montados pelo Estado social**. Salvo a apregoar o retorno ao estado de natureza, isto é, a um estado de insegurança total, o questionamento das proteções não pode levar à sua supressão, mas antes a seu novo desdobramento na nova conjuntura (p. 68, grifos próprios).

Castel (2005) argumenta que, em decorrência das transformações que vem afetando o Estado de Bem Estar Social desde 1970, estaríamos inseridos em um processo de surgimento de um “*novo regime de proteção social*” (p. 71). Este seria caracterizado pela: “*multiplicação de minima sociais liberados sob condições de recursos, desenvolvimento de políticas locais de inserção e de políticas da cidade, de dispositivos de ajuda ao emprego, de assistência aos mais desprovidos e de ‘luta contra a exclusão’*” (p. 71). Neste regime, com uma lógica “focalizada” em grupos “deslocados” do regime até então vigente, pode ser estigmatizante, pouco capaz de gerar uma reinclusão social. Tais políticas, na verdade, teriam várias características problemáticas: tem alcance de proteção menor do que as políticas associadas à proteção dos trabalhadores – menor valor, por exemplo; são condicionais, ou seja, demanda-se a comprovação de uma situação específica, como a pobreza, e não a inserção geral enquanto cidadão; e reivindicam contrapartidas do recebedor – “*a mobilização do beneficiário*” (CASTEL, 2009, p. 29).

Tem-se, então, um crescimento da lógica econômica (neo) liberal sob o campo social; assim como na esfera empresarial o indivíduo passa cada vez mais a ser o responsável por sua

dependência com relação aos suportes tradicionais, tais como a família. Quando os mecanismos vinculados à proteção por meio do Estado sofrem abalos, “*este indivíduo se torna ao mesmo tempo frágil e exigente, porque está habituado à segurança e atormentado pelo medo de perdê-la*” (p. 67).

¹³ Compreende-se por modelo fordista, além das transformações no processo de trabalho decorrentes da produção em série, principalmente a partir do pós-1945, todos os mecanismos que asseguraram o consumo de massa, com destaque à universalização dos direitos sociais, e o específico “acordo” entre o capital e o trabalho, promovendo o crescimento de salários reais por meio de aumentos crescentes da produtividade.

trajetória na carreira, também na esfera social ele se (co)responsabiliza por sua inserção social – e pelo acesso à rede de proteção social:

[...] Marque assim o triunfo do princípio da individualização que deve doravante se aplicar igualmente aos indivíduos que estão em situações bem diferentes incluídos entre as mais difíceis entre eles : por exemplo construir um projeto profissional, reestruturar sua trajetória de vida, agora que estão sem emprego depois de meses, talvez de anos, e presos nas dificuldades de sobreviver o dia a dia¹⁴ (p. 29, tradução nossa).,

No entanto, esse processo não ocorre com a cisão dos mecanismos de proteção social previamente existentes; o que se gera, na verdade, é uma lógica dual, na qual parte permanece protegido por meio dos mecanismos “tradicionais” ligados ao trabalho e os excluídos recebem proteções mínimas por parte do Estado. Existe, de acordo com Castel (2005), um grave risco nisso, qual seja, de “*uma degradação da concepção de solidariedade*” (p. 75), o que poderia ruir a coesão social. Em nossa concepção, isso teria o forte risco de distorcer a própria ideia de proteção social enquanto um **direito** da sociedade.

3. As reformas dos sistemas de saúde europeus: o caso do Reino Unido.

A partir do entendimento a respeito da dinâmica atual do capital sob a dominância financeira, apoiado em Marx, e do contexto apresentado por Castel (2005; 2009) que se pode compreender a realidade da proteção social e, mais especificamente, dos sistemas de saúde público e universais a partir dos anos 1970.

De acordo com relatório realizado pelo Observatório Europeu de Políticas e Sistemas de Saúde, denominado *Financing health care in the European Union challenges and policy responses*, elaborado por Thomson et al (2009), o grande desafio dos países europeus, desde a década de 1970, tem sido assegurar a sustentabilidade financeira dos sistemas de saúde sem prejudicar os valores acordados entre os países, quais sejam: cobertura universal; solidariedade no financiamento; equidade no acesso; e provisão de cuidado para a saúde de alta qualidade.

Thomson et al (2009) relatam que a política de financiamento do sistema de saúde envolve uma série de questões, tais como o recolhimento de recursos para o cuidado com a saúde; a forma como os recursos são distribuídos – e dos riscos – ao longo do tempo e da população; o pagamento dos serviços de saúde prestados; e, ainda, envolve políticas relacionadas à cobertura, benefícios e mecanismos de compartilhamento de custos (co-pagamento). Uma

¹⁴ “Marque ainsi le triomphe du principe d’individualisation qui doit désormais s’appliquer également aux individus qui sont dans les situations les plus différents, y compris les plus difficiles d’entre elles: par exemple construire un projet professionnel, rectifier sa trajectoire de vie, alors que l’on est sans emploi depuis des mois, voire des années, et en proie aux difficultés de survivre au jour le jour”.

questão crucial no financiamento dos sistemas de saúde é a origem dos recursos. Na Europa, existe uma clara predominância de recursos públicos¹⁵. Estes são, usualmente, de duas naturezas: impostos e contribuições sociais¹⁶ – que aumentaram desde o início dos anos 1990, com a troca do financiamento via impostos para contribuições sociais nos países do leste europeu. Além disso, os recursos podem ser de origem privada: seguros privados, *medical savings accounts* (contas-poupança saúde¹⁷) e pagamentos diretos do bolso das famílias – *out-of-pocket*.

Apesar da clara predominância dos recursos público no financiamento dos sistemas de saúde na Europa, houve, nas últimas décadas, crescente pressão para redução dos gastos públicos com políticas sociais, incluindo a saúde, resultando em uma modesta redução do gasto total em saúde realizado pelo setor público. O aumento do gasto privado em saúde foi, predominantemente por meio do aumento de pagamentos “*out-of-pocket*”, por ex. desembolsos com medicamentos e diversas modalidades de co-pagamentos. Houve um aumento muito pequeno de seguros privados de saúde – na maior parte dos países, representa menos de 5%.

De acordo com Almeida (1999), as reformas nos sistemas de saúde, realizadas a partir da década de 1980, teriam se concentrado em duas vertentes: a necessidade de conter custos, mediante metas de eficiência, e alterações no “mix público/privado”, com mudanças de responsabilidade e maior participação do usuário como pagador direto pelos serviços utilizados.

No entanto, as reformas realizadas a partir dos anos 1980 afetaram os sistemas de saúde dos países europeus de formas e em ritmos diferentes:

[...] fatores estruturais – instituições e processos componentes de um sistema – e conjunturais conformaram as matrizes e/ou modelos das reformas nacionais, o que justifica as variações quanto ao ritmo e intensidade da sua implantação entre diferentes países, a despeito da convergência na agenda de reformas dos anos 80 e 90 (VIANA, 2011, p. 5).

¹⁵ Com exceção do Cipre.

¹⁷ Segundo Dias Filho (2012), as *Medical Savings Accounts* (MSA), ou *Health Savings Accounts* (HSA), são originárias dos Estados Unidos (EUA) e têm sido objeto de estudo do economista conservador John C. Goodman. Segundo esse autor, em conferência em 1996, esse produto deve ser caracterizado como: *Medical Savings Accounts oferecem às pessoas a oportunidade de migrarem de um seguro-saúde convencional, com baixas franquias, para um plano que cobre gastos catastróficos, mas com elevadas franquias, que permite depositar parcela dos prêmios em contas-poupança pessoais. Essas contas-poupança são utilizadas para cobrir gastos rotineiros em saúde, assim como as despesas com prevenção, enquanto a apólice de elevada franquia cobre as despesas de maior monta* (GOODMAN, 1996 *apud* DIAS FILHO, 2012, p.666)..

O que merece destaque é que as reformas realizadas nos países europeus tenderam a se concentrar na oferta dos serviços¹⁸, porém sem mudanças importantes quanto aos mecanismos de financiamento. De acordo com Almeida (1999), “[...] nos países europeus, até o momento, preservaram-se os princípios de universalização e os mecanismos originais de financiamento dos sistemas de serviços de saúde” (p. 269).

No entanto, há uma mudança importante, na separação explícita do papel do Estado enquanto financiador do sistema de saúde – o que se mantém – e a função de provisão do serviço, que foi, em certa medida, compartilhada com o setor privado (ALMEIDA, 1999). No Reino Unido, isto ocorreu na separação entre a compra – pelo Estado – e a prestação dos serviços na saúde (THOMSON et al, 2009).

3.1 O Sistema de Saúde do Reino Unido

Ao longo dos anos 1980, enquanto o partido conservador esteve no poder no Reino Unido, capitaneado pela primeira ministra Margaret Thatcher¹⁹, realizou-se uma série de reformas econômicas, políticas e sociais que respondiam às pressões existentes para reduzir o gasto público, aumentar a “eficiência” do Estado, reduzir sua participação nos mercados, etc. No tocante ao sistema de proteção social, apesar de forte controvérsia, iniciou-se um processo de mudanças que viriam a introduzir mecanismos privados dentro da rede de proteção fortemente estatal existente – como no caso da educação, da habitação e da previdência social.

Quanto à saúde, foi realizada, a partir de 1987, uma revisão do National Health Service (NHS)²⁰, liderado pela própria primeira ministra (EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH CARE SYSTEMS, 1999). Embora os recursos destinados ao NHS estivessem sob investigação, e houvesse pressão para que se reformassem os mecanismos de financiamento do sistema de saúde, baseado em tributos, conforme a proposta foi avaliada, optou-se por manter o financiamento por meio de impostos, ao invés de implementar um sistema de contribuição social. Almeida (1999) observa que *“a explicação para essa mudança reside tanto no valor político e cultural que o NHS materializa, quanto na constatação da*

¹⁸ A oferta de serviços de saúde englobaria: a natureza e abrangência dos benefícios cobertos pelo financiamento público; a divisão de trabalho entre trabalhadores da área de saúde (médicos, enfermeiras, especialistas etc.); as regras para acessar as instituições de saúde (GERLINGER, T; URBAN, H, 2007, p. 134-135).

¹⁹ Thatcher ficou famosa nos anos 1980, junto com o então presidente norte-americano Ronald Reagan, por terem “liderado” um processo de adoção de princípios “neoliberais” no período em que estiveram nos governos de seus respectivos países.

²⁰ De acordo com Bywaters (2011), o *National Health Service* (NHS) foi fundado, em 1948, sob dois pilares: acesso gratuito aos cuidados completos com saúde, no local em que tais cuidados são prestados e para toda população residente no Reino Unido; e com o financiamento do sistema de saúde por meio de impostos. O NHS surge como sistema de saúde de todo o Reino Unido, o que abrange a Inglaterra, a Escócia, a Irlanda do Norte e o País de Gales.

importância da centralização financeira e alocativa para a manutenção da histórica contenção de custos do sistema” (p. 273). Assim, manteve-se o mecanismo de financiamento, considerado essencial para garantir a integralidade, equidade e universalidade do acesso.

Isto não significa, no entanto, que a realização de reformas no sistema foi totalmente bloqueada; elas foram, na verdade, direcionadas não para o financiamento, mas para a prestação dos serviços, a partir da publicação do *White Paper: Working for Patients*, em 1989²¹, que previa a criação de um mercado interno ao NHS, com a criação de mecanismos que impulsionassem a concorrência e, com isso, teoricamente gerando uma maior eficiência do sistema. De acordo com Tanaka e Oliveira (2007), o governo apresentou as reformas enquanto uma reforma de diminuir as filas para cirurgias eletivas, melhorar a qualidade dos serviços e evitar o desperdício dos recursos canalizados para o sistema.

As proposições feitas no *Working for Patients* foram implementadas a partir do ato *NHS and Community Care Act 1990* (EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH CARE SYSTEMS, 1999), que previa a criação de metas e medidas para mensurar o desempenho dos profissionais da saúde, a partir das metas estabelecidas. Como parte desse processo, iniciou-se a difusão dos *GP Fundholding*. A reforma propunha uma mudança com relação à organização da prestação do serviço e teoricamente colocava o paciente como centro do que seria o novo sistema.

A mudança na organização foi, na verdade, uma separação entre os “compradores” e “provedores” dos serviços de saúde. A lógica era que, com essa separação, iria-se fomentar uma concorrência entre os provedores, que teriam que ampliar sua qualidade na prestação de serviço, uma vez que os compradores – os *GP Fundholders*²² e as DHA – teriam liberdade para obter os serviços sem uma predefinição, tendo a liberdade de obtê-lo fora de sua região geográfica. Ou seja, criava-se um “quase-mercado”, tendo em vista que, embora os agentes envolvidos fossem da esfera pública, estava-se fomentando uma disputa com a lógica de mercado, com concorrência via qualidade e preço, porém dentro dos parâmetros técnicos estabelecidos pelo próprio NHS (TANAKA; OLIVEIRA, 2007). Para Thomson et al (2009), a criação dos *GP FundHolders* acabou, na verdade, gerando uma fragmentação do sistema e contratos mais focados em questões financeiras do que na qualidade dos serviços.

²¹ Disponível em: < <http://www.official-documents.gov.uk/document/hc9596/hc00/0027/0027.pdf>>. Acessado em 15/01/2013.

²² Na verdade, no caso dos GP, os recursos que eles recebiam vinham dos escritórios regionais do NHS e eles – os grupos dos quais faziam parte, os Grupos de Atenção Primária, *Fundholders* – decidiam como utilizar o dinheiro, podendo adquirir serviços de todo nível de complexidade ou podendo alocar para melhorar a infraestrutura dos serviços (TANAKA; OLIVEIRA, 2007).

Inicialmente, em 1991, apenas 303 médicos foram inseridos no esquema de GP *Fundholding*, enquanto parte de um processo experimental. No entanto, em apenas sete anos, já existiam mais de 3.500 *Fundholding*, envolvendo 15.000 médicos generalistas (GPs), processo impulsionado por uma pequena percepção de maior eficiência por parte dos médicos e pelo medo de ficarem fora do que aparecia como tendência e poderia, caso se difundisse, fazer com que perdessem pacientes (EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH CARE SYSTEMS, 1999). No entanto, para além da questão da organização do sistema de saúde, alguns serviços, tais como cuidados dentários, exames oftalmológicos, internações por longos períodos deixaram de ser garantidos de forma gratuita pelo NHS, com a inclusão de mecanismos de co-pagamento no acesso a tais serviços (POLLOCK, 2005; BYWATERS, 2011).

Durante as reformas dos anos 1980 e 1990, criaram-se dois tipos de prestadores de serviço (GPS e NHS *trusts*) e dois compradores – as District Health Authorities-DHAs e os General Practitioners-GPs. De acordo com Almeida (1999), a criação desses mecanismos não aumentou a eficiência do sistema e nem proporcionou maior direcionamento dos recursos às reais necessidades dos pacientes, como era proposto. Além disso, ao invés de reduzir os custos do sistema, tais mecanismos acabaram por elevá-lo, o que trouxe novos problemas. Almeida ressalta que:

Esse aumento de custos levou à adoção pelo governo de políticas mais restritivas – redução do número de funcionários públicos; redução do número de DHAs e controles mais rígidos (custos e gastos), assim como ao aumento das regras definidas centralizadamente, como forma de enfrentar os perigos da competição desregulada (HAM, 1996 apud ALMEIDA, 1999, p. 274).

A autora destaca, ainda, o fato de que se buscou cultivar, entre os médicos dos NHS *trusts*, uma conduta baseada em “critérios de custo-efetividade” e pressionar os prestadores de serviços a terem metas de maior custo-benefício considerando os recursos que possuem. Na opinião de Almeida (1999), apesar da criação de todos esses mecanismos ao longo dos anos 1990, estes tiveram baixo impacto sobre o sistema de saúde e estaria se proliferando, no final da mesma década, a percepção de que os benefícios advindos da introdução de lógicas de mercado no sistema não teriam proporcionado ganhos significativos. Com isso, haveria a tendência de “uma nova ‘acomodação consensual’” (p. 275), que marcou o retorno ao poder do Partido Trabalhista em 1997.

Apesar das reformas realizadas nos anos 1980 e 1990 ficarem circunscritas à oferta do serviço, houve mudanças importantes quanto ao financiamento; não foi sua lógica de arrecadação que foi modificada, mas sim a parcela da receita pública direcionada à saúde. De acordo com Bywaters (2011), ao final do período “conservador” que durou de 1979 até 1997, “[...] os gastos com saúde no Reino Unido calculados como percentual do PIB figuravam

entre os mais baixos entre os países da OCDE, 6,9% contra uma média de 8,2%” (p. 5), o que prejudicou bastante a capacidade do sistema fazer frente à demanda existente. Isso se modifica a partir de 1997, mas principalmente nos anos 2000, quando há um aumento significativo dos investimentos no NHS; em 2008, a relação gasto com saúde como proporção do PIB atinge 8,7% (BYWATERS, 2011).

No entanto, com o retorno dos conservadores ao poder, em 2007, e com os impactos da crise econômica a partir de 2008, o discurso de impossibilidade de manutenção de gastos sociais elevados, com a existência de déficit fiscal, voltou a ganhar força²³. Diversas mudanças já foram implementadas, como a maior restrição ao acesso aos pagamentos de seguridade social; maior restrição de acesso ao auxílio-doença; retirada de subsídios para o ensino superior. No caso da saúde, há, atualmente (2012), um processo de construção de uma ampla reforma que ampliaria a participação privada no NHS, tanto com relação à oferta de serviços, quando aos recursos alocados dentro do sistema, que, de acordo com Bywaters (2011), tenderia a torna-lo mais privado e mais fragmentado (p. 12).

Evidencia-se, assim, a tendência capitalista de responsabilizar a proteção social por parte de seus problemas – como no caso europeu atual – assim como sua busca por novas oportunidades de reprodução, como se verifica com a pressão por parte das empresas privadas em ampliarem sua participação no sistema de saúde inglês. A contra tendência verifica-se pela pressão social, pela força institucional que o NHS representa no Reino Unido, pela busca de formas de preservar o que foi construído ao longo de décadas.

Considerações finais

Para Castel (2005), assim como para a escola da regulação, o fundamental é compreender como as transformações atuam sobre a sociedade – no caso da escola de regulação, como transforma o regime de acumulação e o modo de regulação. O Estado de Bem Estar Social construído na Europa é fruto de um momento histórico e de um conjunto de fatores – conjunturais e estruturais – a partir dos quais se estabeleceu um “*compromisso entre o mercado e o trabalho, sob a égide do Estado*” (ob. cit. p. 94). No entanto, nas últimas décadas, a partir dos anos 1970, o mercado e o universo do trabalho passaram por transformações importantes que demandariam também uma mudança na esfera do Estado, a fim de preservar a lógica da proteção social enquanto fator importante na articulação entre os

²³ Não se deve perder de vista que, na prática, tais reformas liberalizantes, tiveram continuidade nos anos de gestão do Partido Trabalhista (Labour Party) – 1997 a 2006 – no Reino Unido, principalmente aprofundando os mecanismos de intensificação de um “quase-mercado” na saúde. Para essa discussão, ver Pollock (2005).

atores sociais em questão. Afinal, como reforçado por Castel, trata-se de um “*mundo marcado pelo duplo selo da individualização e da obrigação de mobilidade*” (p. 95).

Com a crise do capitalismo – no seu período de dominância do capital portador de juros –, gerou-se uma crise no Estado de Bem Estar Social, questionando suas diretrizes e a lógica que o consubstancia. Isso afetou o financiamento, a abrangência, a regulação e os próprios objetivos das políticas de proteção social desenvolvidas desde o pós 2ª Guerra Mundial. Tal fenômeno pode ser percebido no caso dos sistemas de saúde, conformados, ao menos em grande parte da Europa, enquanto públicos e universais, mas cujas características são “ameaçadas” com o aprofundamento da crise capitalista e da responsabilização colocado ao Estado pelos problemas enfrentados.

No entanto, tendo em vista a forte institucionalização das políticas de saúde, como no caso do Reino Unido, no qual o *National Health Service* é visto enquanto muito mais do que um direito social, mas um patrimônio público, apesar das pressões, tem-se mantido grande parte da estrutura de saúde montada em tais países. Embora diversas reformas venham sendo implementadas desde a década de 1980, pode-se perceber também não só fortes resistências frente a elas, mas também “contrarreformas”, que buscam imbuir, novamente, o Estado da capacidade de direcionar e garantir o acesso e universalidade à saúde.

De acordo com o relatório realizado por Thomson et al. (2009), isso se observa nas tendências verificadas, ao longo dos anos 2000²⁴, de tentativas significativas de promover equidade de acesso ao sistema de saúde, mediante aumentando da cobertura, ampliação na regulação sobre o sistema de seguros privados, melhora nos mecanismos de co-pagamento e ampliação da preocupação em tornar a alocação de recursos mais estratégica. Para os autores, embora a redução de custos continue sendo uma forte pressão, em muitos países da União Europeia não existiria mais a disposição em sacrificar equidade, qualidade ou eficiência em prol de reduzir os gastos. Sendo assim, várias das reformas introduzidas ao longo dos anos 2000 foram, em parte, uma tentativa de desfazer os efeitos negativos sobre as metas da política de financiamento da saúde da introdução de mecanismos de contenção de custos.

Apesar disso, como se evidencia no recente trabalho de Bywaters (2011), as pressões para espaços de reprodução do capital – como colocado por Marx, sempre buscando novos espaços de multiplicação –, somados com os impactos da crise europeia, tem tornado o embate para preservação do NHS – e dos sistemas de saúde públicos e universais por toda a Europa – um processo árduo e complexo, que demanda uma compreensão ampla de como se inserem em

²⁴ Ao menos até a crise econômica de 2008, que tem gerado pressão significativa sobre todas as políticas de proteção social, com resultados ainda difíceis de serem avaliados.

um contexto mais amplo do que é o capitalismo (como posto por Marx) e que momento do capitalismo é este em que vivemos.

Referências Bibliográficas

ALMEIDA, C. M. de. **Reforma do Estado e reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendências de mudança.** Ciência & Saúde Coletiva, 4 (2):263-286, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v4n2/7112.pdf> Acessado em: 04/04/2011.

BOSCHETTI, Ivanete et al. (org). **Política Social no Capitalismo: Tendências Contemporâneas.** 2ª edição. São Paulo: Cortez, 2009.

BOYER, Robert. **A teoria da regulação: uma análise crítica.** São Paulo: Nobel, 1990.

BOYER, Robert. **Teoria da Regulação: os fundamentos.** Tradução Paulo Cohen – São Paulo: Estação Liberdade, 2009.

BOYER, Robert; SAILLARD, Yves. *Théorie de la régulation : l'état des savoirs.* Nouvelle édition complétée, Paris: La Decouverte, 2002.

BYWATERS, Paul. **A política social britânica: o caso da política de saúde.** Argumentum, Vitória (ES), v. 3, n.2, p. 211-230, jul./dez. 2011

CASTEL, Robert. **A insegurança social.** Tradução de Lúcia M. Endlich Orth. Petrópolis: Editora Vozes, 2005.

CASTEL, Robert. **La montée des incertitudes: travail, protection, statut de l'individu.** Éditions du Seuil, 2009.

DIAS FILHO, Pedro Paulo de Salles. **Medical Savings Accounts: experiências internacionais no contexto adverso da individualização do risco.** Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 665-677, out./dez. 2012. Disponível em: < <http://cebes.org.br/media/File/RSDv36n95.pdf> >. Acessado em 15/01/2013.

ESPING-ANDERSEN, Gorah. **As três economias políticas do welfare state.** Lua Nova, nº 24, set. 1991.

EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH CARE SYSTEMS. **Health Care Systems in Transition: United Kingdom – 1999.** Disponível em: <http://www.euro.who.int/en/who-we-are/partners/observatory/health-systems-in-transition-hit-series> Acessado em: 02/02/2011.

GERLINGER, T; URBAN, H. **From heterogeneity to harmonization? Recent trends in European health policy.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23 Sup. 2: S133-S142, 2007.

MARX, Karl. **O Capital.** Livro I, volume 1, 8ª edição. São Paulo, Difel, 1982.

_____. **O Capital**. Livro III, volume 5, 3ª edição. Rio de Janeiro, Editora Civilização Brasileira, 1981.

OLIVEIRA, Francisco. **O Surgimento do Antivalor**: capital, força de trabalho e fundo público. In: OLIVEIRA, Francisco. Os direitos do antivalor: a economia política da hegemonia imperfeita. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998.

POLLOCK, Allyson M. **NHS pic: the privatization of our health care**. United Kingdom: Verso, 2005.

SAILLARD, Yves. **Politique économique en matière de santé**: une approche par la théorie de la régulation. Séminaire: Politiques de régulation des dépenses de santé. Ateliers thématiques en Economie de la Santé, 2001.

TANAKA, Oswaldo Y.; OLIVEIRA, Vanessa Elias de. **Reforma(s) e Estruturação do Sistema de Saúde Britânico**: lições para o SUS. Saúde e Sociedade v.16, n.1, p.7-17, jan-abr, 2007.

THÉRET, Bruno. **As instituições entre as estruturas e as ações**. Lua Nova, nº 58, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ln/n58/a11n58.pdf> Acessado em: 30/08/2011

THOMSON, S.; FOUBISTER, T.; MOSSIALOS, E. **Financing health care in the European Union**: challenges and policy responses. European Observatory on Health Systems and Policies: Observatory Studies Series nº 17, 2009.

VIANA, A. L. d'A. **Modelos de proteção social e a regulação dos mercados de saúde**. Disponível em: http://www.ans.gov.br/portal/upload/forum_saude/forum_bibliografias/modeloinstitucional/B3.pdf Acessado em: 05/07/2011.

VIANNA, Maria Lucia Teixeira Werneck. **A americanização (perversa) da seguridade social no Brasil**: estratégias de bem-estar e políticas públicas. Rio de Janeiro: Editora Revan: UCAM, IUPERJ, 2ª edição, 2000.