POLÍTICAS SOCIAIS

O NASCIMENTO DO ESTADO DE BEM-ESTAR SOCIAL (PROVIDÊNCIA)

INFLUENCIA DO REINO UNIDO

O **Estado de Bem-Estar Social** é um fenómeno das *sociedades industriais modernas* e teve a sua génese no Reino Unido, este que foi a nação berço das duas **revoluções industriais.**

O pioneirismo do Reino Unido no desenvolvimento industrial deveu-se à **elevada concentração** da população nos meios urbanos, em virtude do êxodo rural, originalizado pelo desenvolvimento dos **transportes e comunicações**, necessidade de mão de obra qualificada, à nacionalização do seu sistema político e administrativo e ao enfraquecimento dos sistemas familiares e comunitários de controlo social tradicionais, o que levou a um não planeado processo de urbanização, que contribuiu para a existência de condições de ***habitabilidade*** degradantes, ***desemprego***, ***baixos salários***, a ***propagação de doenças*** e a ***pobreza*** extrema.

Ainda antes do desenvolvimento industrial iniciado pelo Reino Unido, este dera um pequeno passo em direção ao desenvolvimento de um **Estado de Bem-Estar Social**, através da legislação da designada **"Lei dos Pobres",** em 1601, em virtude dos problemas *sociais* evidenciados pela industrialização, não como uma necessidade altruísta e generosa de os solucionar, mas como uma solução para os obstáculos ao progresso económico e à estabilidade da ordem social vigente.

INFLUENCIA DAS 2 GUERRAS MUNDIAIS

* Surgiram desafios económicos e o desemprego
* Limitação de recursos financeiros
* Destruição das habitações

O período da **industrialização** trouxe uma mudança significativa nas *condições de trabalho*, resultando numa *maior produtividade* e em diversos impactos **positivos** na economia. No entanto, a **Segunda Guerra Mundial** gerando destruição e *escassez de emprego* devido à priorização da indústria de Guerra. Era necessário então um investimento maciço e para isso introduziu-se em Inglaterra, **o Welfare State**. Para financiar tudo isto o **plano Marshall** foi essencial, pois teve como objetivo a *reconstrução dos países europeus*, que estavam completamente destruídos após a segunda guerra mundial. Após deste acontecimento surgiu a necessidade de implementar reformas

**“BEVERIDGE REPORT” (SEGURIDADE SOCIAL) E QUAL SUA IMPORTÂNCIA PARA O NASCIMENTO DO ESTADO DE BEM-ESTAR SOCIAL?**

O **Beveridge Report** tinha como objetivo responder às necessidades sociais e económicas que o Reino Unido atravessava. **William Beveridge**, o autor do relatório, teve um papel fundamental para criar as soluções necessárias para os problemas que decorriam na época, propôs então a criação de um **sistema** que alcançasse a **segurança social** para garantir melhores condições de vida. Isto incluía a introdução de um sistema **nacional de saúde**, **pensões**, **subsídios** e outras medidas destinadas a proteger os cidadãos. Criador dos **três pilares** que compõe a reforma do sistema social, três atos legislativos: *sistema de saúde universal*, *sistema de nacional de segurança* aos trabalhadores e *sistema de assistência nacional* que por sua vez dá origem aos subsídios de desemprego e de apoio aos não trabalhadores.

* **Educational Act (1944)**

Criação de uma estrutura educacional mais equitativa, reduzindo as disparidades socioeconómicas no acesso à educação e promovendo a igualdade de oportunidades para todos os jovens britânicos, tendo sindo financiado pelo Estado.

De entre as várias reformas, destacamos a elevação da idade mínima para a educação obrigatória para os 15 anos e a promoção de uma educação tripartida.

* National Health Service Act (1946)

O NHS foi criado em 1946 sob influências do Beveridge Report de 1942. O NHS tem como função principal o **acesso universal à saúde** por parte de toda a população.

Os *princípios bases são*: colmatar as necessidades de todos; tem de ser “grátis” em todas as suas fases; baseia-se nas necessidades clínicas da população e não na sua capacidade de pagar o serviço.

* National Insurance Act (1946)

Foi resultado dos princípios do **Relatório Beveridge**, e veio dar solução às **desigualdades sociais** (*velhice, doença e desemprego*). As *contribuições* de cada família serviam de **proteção** para **possíveis riscos** de doença, desemprego e velhice, de forma a diminuir a pobreza, proporcionando apoio às famílias.

* National Assistance Act (1948)

Surgiu no seguimento de melhorar o anterior. Este ato preocupou-se em garantir o bem-estar não *apenas dos pobres*, mas também de pessoas com **deficiências**, **doentes** e **idosos** e alterou a lei relativa às pensões. Este modelo foi fundado com o objetivo de instituir uma rede de segurança preparada para cidadãos que não usufruíam do sistema de **benefícios contributivos**. Para além disso, este sistema garantiu que estes não ficassem *desprotegidos* pela Assistência Social.

**COMO ESSAS MUDANÇAS SE ORGANIZAM DENTRO DE UM SISTEMA SOCIAL?**

1. **Contexto Político:**

Surgimento de sindicatos, partidos políticos e outras organizações que buscavam representar os interesses desta classe social.

Com o aumento da mão de obra neste setor, começaram a surgir sindicatos e outras organizações que defendiam uma melhoria nas condições de trabalho desses indivíduos. Por exemplo, no Reino Unido, o Partido Trabalhista começou a desempenhar um papel proeminente durante este período, promovendo o desenvolvimento do Estado-Providência.

Além disso, a Segunda Guerra Mundial permitiu que os Estados se conhecessem, o que impulsionou o desenvolvimento de organizações políticas e sindicais. Estas organizações políticas e sindicais condicionaram a acção política ao desenvolvimento do Estado-Providência, evitando que as questões sociais ficassem de fora da agenda política.

Ainda no contexto da Guerra Fria, o Plano Marshall contribuiu para o desenvolvimento do Estado-Providência, pois os seus recursos permitiram o desenvolvimento de infra-estruturas, empregos e serviços no Reino Unido, um país extremamente afectado pela destruição da Segunda Guerra Mundial. .

OS MODELOS BEVERIDGE AND BISMARCK

São modelos de **segurança social** com fins de fornecer *proteção social* e *condições mínimas*

* **Modelo Bismarck** – grande referência na Alemanha;
* **Modelo Beveridge** – grande referência no Reino Unido;

Uma imagem com texto, captura de ecrã, Tipo de letra, número

Descrição gerada automaticamente

Ambos os modelos surgiram por demandas contextuais vividas em uma determinada época!! **Contexto: revolução industrial + combater baixa produtividade e absenteísmo baseados em doenças + condições de vida precárias + movimentos socialistas surgindo…**

ALEMANHA

* **CONTEXTO DO WELFARE**

Surgiu das iniciativas pontuais das associações de trabalhadores (futuros sindicatos) para protegê-los em caso de acidentes.

* + **Séc XIX para XX**: novas teorias sobre o papel do Estado na sociedade
  + **Otto Von Bismarck** (chanceler alemão): primeira grande teoria sobre um possível Estado de Bem-Estar Social
* **WELFARE STATE PARA BISMARCK**

Modelo de Bismarck é baseado em *seguros obrigatórios* (contra doença, acidentes de trabalho, invalidez e velhice) com participação do empregado, empregador e Estado.

**Instauração de impostos** (em menor quantia que os demais modelos) para desenvolvimento da economia e suporte parcial das políticas sociais. Era um modelo restrito (trabalhadores) mas que foi se ampliando com o passar dos anos e continua a ser o modelo utilizado pelo Estado alemão.

WELFARE STATE NOS DIVERSOS PAÍSES:

* EUA

Iniciativas até o século XIX eram voltadas para a “caridade” e tinham caráter pontual (Ex: British poor laws – assistência dos incapacitados)- grande participação da igreja neste processo.

* + **Séc. XIX para XX**: forte industrialização e liberalização do mercado.Gera problemas sociais
  + **I e II guerras mundiais**: impulsionadoras da economia, e também das condições de trabalho
  + **1929 – 1935**: Quebra da Bolsa de Nova York e a Grande Depressão.

Aqui o Estado começa a agir, mas por meio de entes privados.

* **1933 – 1937** (New Deal - Roosevelt): tentativa da criação de um *sistema de segurança social* para desempregados e famílias
* Iniciativas isoladas e descontínuas: **Fair Deal (Truman**) – Proposta para **sistema de saúde**, educação e habitação;
* War on Poverty (Johnson) – focado na educação qualificada para crianças desfavorecidas;
* Supplemental Security Income (Nixon) – apoios financeiros para desfavorecidos; entre outras.
* Iniciativas que ficaram e se fortaleceram: Medicaid e Medicare (impulsionados na gestão Obama).

O Welfare State nos EUA foi extremamente **FRAGMENTADO**. Não teve um estilo predominantemente bismarckiano ou beveridgiano (era um misto, mais para o Bismarkiano). Além disso, nunca foi uma “**política de Estado**” e sim uma “**política de governo**” (grandes variações com as *trocas presidenciais*). Forte participação do **MERCADO** como o agente promotor das políticas nos EUA.

* LESTE EUROPEU

Foi inspiração para os modelos de “**Welfare State” ocidentais**.

**União Soviética** – Estado *interventor*, executor e *controlador* das políticas aplicadas em todo o território. Pregava a **união comum** dos serviços utilizados pela população (igualdade e possível equidade). Sistemas universais de **saúde**, **educação** e **assistência social**, muito voltada para os combatentes de guerra.

Entrou em crise após as grandes guerras mundiais e colapsou na segunda metade do Séc XX.

Pós URSS

“Mix” entre o modelo beveridgiano e bismarckiano.

maior participação do “mercado” agora nas políticas sociais

* FRANÇA

O modelo criado posteriormente é mais voltado para o **Bismarckiano** (apesar de ter forte intervenção estatal). É um modelo voltado para **proteção social**, e não *promoção social*. Inicia-se com a cobertura da **saúde** e **acidentes** de trabalho, com posterior seguro para **velhice** e riscos/**proteção à saúde**, com unificação em um sistema **de segurança social**. Diferentes regimes de segurança social (geral, especial, etc.), com abertura para o complementar (aqui está a entrada do setor privado nas políticas sociais). A educação não entra aqui

Assim como no *modelo alemão*, os **sindicatos** possuem grande influência na formação do Estado de Bem-Estar Social. O Estado, antes super interventor, passa por grandes crises (perdendo sua força).

FRANÇA – WELFARE STATE FRANCO

Modelo mais **Bismarckiano**, mas que com a forte **intervenção do Estado** adquire componentes de *Beveridgiano* em alguns momentos (principalmente de **crise**).Os **sindicatos** são **stakeholders** fortíssimos na França, mas com um papel mais de *cobrança* do Estado do que de *prestação de serviços* (modelo alemão).

**Os regimes atuais** são quase que um mix, e com abertura para a complementação do privado (gera a desigualdade nos serviços).

* ITÁLIA

Possuía grande **fragmentação cultural e territorial**, o que dificultava a ascensão de movimentos mais organizados e *sindicalizados*. As grandes **guerras** e o **fascismo** acabaram por “minar” a criação de modelos beveridgianos ou bismarckianos até a metade do Séc XX.

As **ações sociais** (ainda vistas como caridade), eram realizadas em grande parte pela igreja católica. Pouco se fala em um **sistema de seguridade social** até a *queda do regime fascista* e a *instauração da república.*

A reconstrução da Itália, a entrada na CEE e a ascensão de partidos mais ligados à esquerda, fazem com que a ideia de Bem-Estar Social ganhe força. O modelo italiano tem como base o **modelo beveridge**, com a criação de sistemas nacionais de *seguridade social*, *saúde*, *assistência social* e *educação*.

Assim como **Espanha e Portugal**, apesar de ser um modelo **beveridgiano**, ele aceita regimes especiais de *seguridade social e complementares* (privados).

* ESPANHA

As características históricas possuem grandes similares com **Portugal** e **Itália**.

Grande participação da **igreja católica** nas ações sociais de “caridade”. *Ditadura franquista* que perdurou por muito tempo e criou problemas para instauração de **sistemas sociais**.

**Entrada na CEE** e constante pressão para resolver os *problemas sociais* deixados pela ditadura franquista levaram a adoção de um **modelo beveredgiano**, mas com pequeno toque de **Bismarckiano**.

Garantia dos direitos sociais por meio de **sistemas de educação**, **saúde** e *pensões* universais e gratuitos. Apesar disso, há grande espaço para os segures especiais e complementares (setor privado).

O envelhecimento da população tem criado problemas para sua sustentabilidade, Assim como em todos os outros países europeus (principalmente como modelos beveridgianos).

Uma imagem com texto, captura de ecrã, número, Tipo de letra

Descrição gerada automaticamenteUma imagem com texto, captura de ecrã, software, número

Descrição gerada automaticamenteCONSOLIDAÇÃO E CRISE DO WELFARE STATE (INGLATERRA)

Pergunta central 1: Quais seriam os possíveis fatores para o enfraquecimento do Estado de Bem-Estar Social no início da década de 1970 no Reino Unido?

Pergunta central 2: E como o Estado de Bem-Estar Social ainda sobreviveu?

ESTADO DE BEM-ESTAR SOCIAL (PROVIDÊNCIA) EM PORTUGAL

O Welfare State em Portugal inicia após a queda do Estado Novo (1974) e instituição da constituição portuguesa (1976). Contexto onde Portugal estava próximo de países que já o tinham instituído, época de estagnação do crescimento do PIB, inflação crescente, ¼ da população era analfabeta, taxa de mortalidade muito elevada. Existência de um regime geral de reformas para servidores públicos e seguros sociais obrigatórios para o sistema privado.

Com a constituição portuguesa de 1976:

* A proteção social passa a abranger os **desempregados**, as situações de **doença**, a **velhice**, a **invalidez**, a **maternidade** etc, deixando assim de abranger apenas alguns segmentos populacionais mais relacionados com o trabalho;
* Instituições Particulares de **Solidariedade**, passam a ser *reconhecidas oficialmente* e sujeitas a *regulamentação*
* Criação do **Sistema Nacional de Saúde**

***(discussão da equidade?! – em vez de igualdade deveria ser equidade?).***

**MODELO ADOTADO EM PORTUGAL**

Adotamos o modelo **BEVERIDGIANO** (similar aos países vizinhos do sudoeste europeu e a Inglaterra). Modelo de proteção social universal, pretendendo uma cobertura de todos os cidadãos, seja pela via do regime contributivo, do regime não contributivo ou da ação social.

***3 DIMENSÕES BÁSICAS PARA ENTENDER O ESTADO DE PROVIDÊNCIA EM PORTUGAL***

**1.** Políticas sociais gerais e políticas *compensatórias* de determinados **segmentos** da população;

**2.** Políticas **macroeconômicas** e de regulação da esfera **econômica privada**;

**3.** Conciliação entre **atores privados** e **públicos** para atingir grandes objetivos – crescimento econômico e redução das *desigualdades*.

Apesar do modelo adotado ser universalista, as medidas em implementação eram instrumentais e seletivas (visam de curto prazo para problemas de curto prazo), de forma a se tornar um modelo **descontínuo e fragmentado**. A dimensão política e institucional do Estado ganha força, porque nesse momento é um ator fundamental no processo contínuo de **negociação com os atores sociais**.

As **condições de vida melhoram**, sustentadas pelo maior **dispêndio** do Estado com gastos públicos e elevação dos *impostos*. Por outro lado, esse processo ocorre em um **momento de crise** econômica mundial (crise do **Petróleo**), dificultando assim a melhora no poder real de **compra** da população e na **taxa de desemprego**.

***Nota: analisar os quadros que o professor tem no Power Point com estatísticas***

***SNS PORTUGUÊS ANTES 25 ABRIL:*** Sistema de saúde **fragmentado** e **corporativista**, onde havia uma *fraca participação do Estado*. *Hospitais* e *misericórdias* tinham um papel muito importante*.* Indicadores **socioeconómicos** e de saúde maus

**25 DE ABRIL DE 1974:**

**Constituição portuguesa de 1976** - intervenção clara do Estado na saúde, no planeamento e na execução.

**Lei do Serviço Nacional de Saúde (1979**)- acesso ao SNS deve ser garantido a todos os cidadãos independentemente da sua condição social ou económica – SNS gratuito. Uma década de implementação dos centros de saúde

***PÓS 25 DE ABRIL:***

Com a entrada na **CEE**, tivemos acesso ao **financiamento europeu** para desenvolvimento de infraestruturas, incluindo na área da saúde.

***Lei de Bases da Saúde (1990) e Estatuto do SNS (1993):*** O Estado passa a atuar através de *serviços próprios*, celebrando acordos com **entidades privadas** e apoia e **fiscaliza** a restante atividade *privada* na área da saúde.

**NECESSIDADE DE MAIOR EFETIVIDADE E EFICIÊNCIA NO SISTEMA:**

* estímulo ao setor privado (incluindo gestão);
* regionalização e integração do
* inclusão de taxas moderadoras para determinados serviços

O Pós 25 de Abril favorece a criação de um **sistema nacional**, e a seguinte adesão a **União Europeia** favorece a capitalização e *participação do Estado* nos cuidados em saúde. Ao entrar nos **anos 2000**, há uma tentativa de melhorar a **gestão e organização** do sistema, porém, passavam por um período de *instabilidade política* e sem *maioria parlamentar*.

**SÃO APLICADOS PRINCÍPIOS DA “NOVA GESTÃO PÚBLICA - NEW PUBLIC MANAGEMENT” AO SNS:**

Empresarialização pública no desenvolvimento dos hospitais e centros de saúde:

* Experiências de novas formas de gestão
* Reorganização dos cuidados de saúde primários - adoção de sistemas de remuneração associada ao desempenho, novas práticas de contratualização, critérios de qualidade e infraestruturas de informação

Atualmente, o grande foco é dar maior sustentabilidade e resiliência ao sistema. Apesar disso, há grande dificuldade pela fuga de profissionais de saúde para outros países europeus e pelo envelhecimento da população.

DESCENTRALIZAÇÃO DA SAÚDE?

O Programa do XXIII Governo Constitucional prevê a conclusão do processo de descentralização de competências na área da saúde, em especial através da participação dos órgãos municipais na gestão de unidades de prestação de cuidados de saúde primários e no investimento de construção e equipamento.

**INSTRUMENTOS DE GESTÃO:**

**Estratégia Municipal de Saúde (EMS):** instrumento de planeamento estratégico que contempla, a nível municipal, as linhas gerais de ação e as respetivas metas, indicadores, atividades, recursos e calendário. Compete à **câmara municipal**, ouvido o *Conselho da Comunidade do ACES* e o *Conselho Municipal de Saúde*, elaborar e rever a **EMS**, enquadrada com o Plano Nacional de Saúde e os Planos Regionais e Locais de Saúde, submetendo-a a aprovação da assembleia municipal.