

Desde o início do século XXI vem se fortalecendo uma possível superação das soluções neoliberais na área social na agenda da União Europeia, porém a predominância ideológica dessa visão de mundo continua a influenciar as políticas de resposta à recessão decorrente da crise financeira de 2008-9 na Europa e a condução das políticas sociais em países que adotaram o regime socialdemocrata de caráter público e universal, como o Brasil. As famílias monoparentais chefiadas por mulheres constituem o núcleo das famílias pobres do mundo e vêm exigindo políticas sociais que estejam na criação de condições para que os pais possam cuidar de seus filhos possam superar sua situação econômica. É um fenômeno complexo que exige soluções articuladas capazes de contemplar desde soluções para o acesso de creches públicas, universais e gratuitas que promovam o desenvolvimento da capacidade cognitiva das crianças, de forma a permitir sua aprendizagem em fase posterior da vida.

A necessidade de mudança das políticas sociais brasileiras não se fundamenta na opção por políticas universais, baseadas nos direitos sociais e contidas na Constituição de 1988, bem como de seu desenvolvimento para enfrentar os novos riscos sociais, também presentes nessa realidade. Essa perspectiva se coloca em oposição frontalmente contrária aos rumos da política social praticada pelo atual governo brasileiro, que se caracteriza por uma opção ultraliberal, antissocial e

Tais programas tinham caráter liberal, cujo sentido era limitado a programas sociais por não estarem articulados a outras políticas sociais universais capazes de revelar as condicionantes da pobreza, como pretendido pelas políticas sociais contidas na Agenda de Lisboa que rejeita explicitamente o modelo liberal de políticas sociais e optaram por um conjunto de medidas que articulavam a garantia da sobrevivência, primeira infância e velhice, visando à eliminação da pobreza absoluta, visando

A necessidade de políticas sociais para aperfeiçoar as políticas universais de 1988 e superar limitações das políticas sociais universais desenvolvidas nas últimas décadas. A necessidade de políticas sociais não há contradição entre o aumento dos gastos sociais e a capacidade fiscal do Estado de sustentá-los, desde que tais gastos sejam feitos para fortalecer a capacidade da sociedade de gerar recursos fiscais que deem sustentabilidade àqueles gastos, reduzindo não apenas a miséria como também a pobreza.

Desde 2014, e principalmente a partir de agosto de 2016, vem sendo intensificadas pressões de caráter neoliberal

POLÍTICAS E RISCOS SOCIAIS NO BRASIL E NA EUROPA: convergências e divergências

Este livro resulta da parceria do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) com a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) na realização do Seminário Internacional Tendências Recentes de *Welfare State*, em 2015, e, agora, na publicação deste livro, com o objetivo de discutir a estratégia europeia de políticas sociais universalistas e a estratégia brasileira de políticas sociais. Pretendemos interferir no debate que se trava atualmente no Brasil sobre as políticas sociais, sua natureza e modelos, procurando trazer à tona os novos riscos sociais – como o envelhecimento crescente das populações, pobreza e a necessidade de apoio para famílias pobres chefiadas por mulheres – e discutir os desafios em termos da sustentabilidade das políticas sociais e tendências atuais do *welfare state* no mundo e no Brasil. Como o debate acadêmico tem grande influência sobre a formulação das políticas públicas, é nosso objetivo contribuir para o aprofundamento e a qualificação da produção no tema. Desde a Constituição Federal de 1988, o Brasil vem implantando políticas de bem-estar social de caráter universal, que empregam milhões de profissionais cuja formação carece de literatura especializada. Entretanto, há uma enorme carência de literatura no Brasil sobre o tema do estado do bem-estar social.

O *mainstream* da literatura sobre o tema vem sendo cada vez mais difundido no meio acadêmico que forma os milhões de trabalhadores e milhares de militantes das políticas sociais brasileiras, embora não haja traduções. Há milhares de professores nas instituições de ensino e pesquisa tratando do tema, que constituem importante público dessa literatura. Por este motivo, este livro estará disponível em versão impressa e em *e-book*, sendo a modalidade digital em português e em inglês. O livro conta com os autores internacionais Anton Hemerijck, professor da Vrije Universiteit Amsterdam e da London School of Economics and Political Science, com o tema sobre investimento social, e Pedro Hespanha, da Universidade de Coimbra, sobre a situação da seguridade social na Europa do norte e do sul diante do contexto da crise econômica de 2008. E com os autores brasileiros sobre a seguridade brasileira, a europeia e a da América Latina: Lena Lavinás (UFRJ), Marcio Pochmann (Unicamp), Lenaura Lobato (UFF); Carlos Octávio Ocké-Reis (Ipea); Mario Theodoro (UnB e Senado Federal); além do capítulo dos organizadores Paulo Henrique Rodrigues (Uerj) e Isabela Santos (Fiocruz).

Boa leitura!
Os organizadores

POLÍTICAS
E RISCOS
SOCIAIS
NO
BRASIL
E NA
EUROPA :
convergências e divergências

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES)

DIREÇÃO NACIONAL (GESTÃO 2015 – 2017)

Presidente: Cornelis Johannes van Stralen
Vice-Presidente: Carmen Fontes de Souza Teixeira
Diretora Administrativa: Ana Tereza da Silva Pereira Camargo
Diretora de Política Editorial: Maria Lucia Frizon Rizzotto
Diretores Executivos:
Ana Maria Costa
Isabela Soares Santos
Liz Duque Magno
Lucia Regina Fiorentino Souto
Thiago Henrique dos Santos Silva
Diretores Ad-hoc:
Ary Carvalho de Miranda
José Carvalho de Noronha

CONSELHO FISCAL

Carlos Leonardo Figueiredo Cunha
Claudimar Amaro de Andrade Rodrigues
David Soeiro Barbosa
Luisa Regina Pessôa
Maria Gabriela Monteiro
Nilton Pereira Júnior

CONSELHO CONSULTIVO

Cristiane Lopes Simão Lemos
Grazielle Custódio David
Helena Rodrigues Corrêa Filho
Jairnilson Silva Paim
José Carvalho de Noronha
José Ruben de Alcântara Bonfim
Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato
Lígia Giovanella
Nelson Rodrigues dos Santos
Paulo Duarte de Carvalho Amarante
Paulo Henrique de Almeida Rodrigues
Roberto Passos Nogueira
Sarah Maria Escorel de Moraes
Sonia Maria Fleury Teixeira

SECRETARIA EXECUTIVA

Cristina Santos

EDITORA EXECUTIVA

Mariana Chastinet

SECRETARIA EDITORIAL

Luiza Nunes
Mariana Arcose

CONSELHO EDITORIAL

Alicia Stolkner – Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina
Angel Martinez Hernaez – Universidad Rovira i Virgili, Tarragona, Espanha
Breno Augusto Souto Maior Fonte – Universidade Federal de Pernambuco, Recife (PE), Brasil
Carlos Botazzo – Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil
Catalina Eibenschutz – Universidad Autónoma Metropolitana, Xochimilco, México
Cornelis Johannes van Stralen – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte (MG), Brasil
Diana Mauri – Università degli Studi di Milano, Milão, Itália

Eduardo Luis Menéndez Spina – Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Mexico (DF), México
Elias Kondilis – Queen Mary University of London, Londres, Inglaterra
Eduardo Maia Freese de Carvalho – Fundação Oswaldo Cruz, Recife (PE), Brasil
Hugo Spinelli – Universidad Nacional de Lanús, Lanús, Argentina
Jean Pierre Unger – Institut de Médecine Tropicale, Antuérpia, Bélgica
José Carlos Braga – Universidade Estadual de Campinas, Campinas (SP), Brasil
José da Rocha Carvalheiro – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Luiz Augusto Facchini – Universidade Federal de Pelotas, Pelotas (RS), Brasil
Luiz Odorico Monteiro de Andrade – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza (CE), Brasil
Maria Salete Bessa Jorge – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza (CE), Brasil
Paulo Marchiori Buss – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, (RJ), Brasil
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira – Universidade Federal do Pará, Belém (PA), Brasil
Rubens de Camargo Ferreira Adorno – Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil
Sonia Maria Fleury Teixeira – Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Sulamis Dain – Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Walter Ferreira de Oliveira – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis (SC), Brasil

EDITORA HUCITEC

Saúde em Debate 271

Direção:

Gastão Wagner de Sousa Campos
José Ruben de Alcântara Bonfim
Maria Cecília de Souza Minayo
Marco Akerman
Yara Maria de Carvalho

Ex-diretores:

Davis Capistrano Filho
Emerson Elias Merhy
Marcos Drummond Júnior

Os títulos publicados da coleção Saúde em Debate acham-se no fim do livro.

Organizadores
Paulo Henrique de Almeida Rodrigues
Isabela Soares Santos

**POLÍTICAS
E RISCOS
SOCIAIS
NO
BRASIL
E NA
EUROPA :
convergências e divergências**

cebes
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

 **HUCITEC
EDITORA**

Rio de Janeiro
2017

© Direitos autorais, 2016, da organização, de Paulo Henrique de Almeida Rodrigues & Isabela Soares Santos

Proibida a reprodução total ou parcial sem autorização, por escrito, das editoras. Depósito legal efetuado.

Direitos de publicação reservados por

© 2017 Cebes

Avenida Brasil, 4036 – sala 802 – Manguinhos
21040-361 – Rio de Janeiro – RJ – Brasil. Tel.: (21)
3882 9140 | 3882 9141 Fax: (21) 2260 3782

<http://cebes.org.br/>

cebes@cebes.org.br

© 2017 Hucitec Editora

Rua Águas Virtuosas, 323

02532-000 – São Paulo, SP – Brasil

Tel./Fax: (11) 3892 7772/7776

www.huciteceditora.com.br

comercial@huciteceditora.com.br

On-line

<http://cebes.org.br/biblioteca/>

Concepção

Isabela Soares Santos

Paulo Henrique de Almeida Rodrigues

Coordenação editorial

Mariana Chastinet

Mariana Nada

Normalização

Lucas Rocha

Luiza Pereira Nunes

Tradução e revisão de idiomas

Lenise Saraiva de Vasconcelos Costa

Revisão final

Cebes

Mariana Chastinet

Luiza Pereira Nunes

Mariana Arcose

Grupo de pesquisa Saúde, Sociedade, Estado e Mercado (SEM)

Isabela Soares Santos

Rachel Guimarães Vieira Pitthan

Thais de Andrade Vidaurre Franco

Michele Souza e Souza

Diagramação

Rita Loureiro

ALM Apoio à Cultura – www.apoioacultura.com.br

Capa

dudesign artes g@áficas

Impressão

Grafitto Gráfica e Editora LTDA.

R685

Rodrigues, Paulo Henrique de Almeida

Políticas e riscos sociais no Brasil e na Europa: convergências e divergências. / Paulo Henrique de Almeida Rodrigues, Isabela Soares Santos (Organizadores). – Rio de Janeiro: Cebes; São Paulo: Hucitec Editora, 2017.

224 p.: il.

(Saúde em Debate; 271)

ISBN: 978-85-88422-28-5 (Cebes)

978-85-84041-06-0 (Hucitec)

1. Políticas sociais. 2. Estado de bem-estar social. 3. Gasto social. 4. Desigualdade. 5. Direito universal. I. Santos, Isabela Soares. II. Título.

CDD 363

Sumário

PREFÁCIO	7
<i>Jairnilson Paim</i>	
Introdução	
O WELFARE STATE ONTEM, HOJE E AMANHÃ	9
<i>Cornelis Johannes van Stralen</i>	
Capítulo 1	
A REVOLUÇÃO SILENCIOSA DO PARADIGMA DE INVESTIMENTO SOCIAL NA UNIÃO EUROPEIA	25
<i>Anton Hemerijck</i>	
Capítulo 2	
NAVEGANDO NA ANÁLISE DA POLÍTICA DE INVESTIMENTO SOCIAL	61
<i>Anton Hemerijck</i>	
<i>Simon Vydra</i>	
Capítulo 3	
AS REFORMAS DOS SISTEMAS DE SAÚDE NA EUROPA DO SUL: CRISES E ALTERNATIVAS	81
<i>Pedro Hespanha</i>	
Capítulo 4	
OS NOVOS RISCOS SOCIAIS NÃO SÃO SÓ EUROPEUS, TAMBÉM CHEGARAM AO BRASIL E EXIGEM RESPOSTAS DAS NOSSAS POLÍTICAS SOCIAIS	111
<i>Paulo Henrique de Almeida Rodrigues</i>	
<i>Isabela Soares Santos</i>	
Capítulo 5	
SEGURIDADE SOCIAL E WELFARE STATE NO BRASIL	143
<i>Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato</i>	

Capítulo 6		
A SEGUNDA GLOBALIZAÇÃO CAPITALISTA E O IMPASSE NAS POLÍTICAS DE BEM-ESTAR SOCIAL		163
<i>Marcio Pochmann</i>		
Capítulo 7		
OS DESAFIOS DA FINANCEIRIZAÇÃO PARA OS SISTEMAS DE PROTEÇÃO SOCIAL		179
<i>Lena Lavinas</i>		
Capítulo 8		
POLÍTICA SOCIAL, DESENVOLVIMENTO E CIDADANIA: A HISTÓRIA TAMBÉM ANDA PARA TRÁS		205
<i>Carlos Octávio Ocké-Reis</i>		
Capítulo 9		
AS POLÍTICAS PÚBLICAS EM UM AMBIENTE SOCIAL DE EXTREMA DESIGUALDADE		209
<i>Mário Theodoro</i>		
SOBRE OS AUTORES		221

As reformas dos sistemas de saúde na Europa do Sul: crises e alternativas*

Pedro Hespanha

ESTADO SOCIAL, CRISE E REFORMAS NA EUROPA DO SUL

Nos últimos quinze anos, os vários sistemas de proteção social têm sido minados em muitos países pela convergência entre as ideias neoliberais e as crescentes restrições financeiras e políticas decorrentes da crise financeira do Estado que teve suas origens na segunda metade dos anos 1970, se aprofundou ao longo dos anos 1990 e se agudizou mais recentemente, a partir de 2008 – de início, apenas financeira e, logo depois, económica, social e política. Essa neoliberalização, implicando a remercadorização da provisão pública, reversão do universalismo das políticas e governação partilhada da proteção social, está colocando em risco os fundamentos tanto do Estado de bem-estar como da sociedade de bem-estar.

É certo que as reformas de orientação neoliberal não prosseguiram da mesma forma em todo o mundo (JESSOP, 2013). A maioria dos países europeus não experimentou mudanças de regime, mas apenas ajustamentos das suas políticas para salvaguardar as conquistas centrais do Estado social. No entanto, há o risco de que esses ajustamentos se acumulem até criar um quadro institucional definitivamente neoliberal do bem-estar social.

A hipótese que emerge relativamente à natureza da neoliberalização dos processos de ajustamento estrutural mais radicais, como os que estão a ser suportados pelos países do Sul da Europa, como Portugal, Espanha e Grécia, é a de podermos estar a presenciar não um mero ajustamento neoliberal, mas, antes, uma mudança de regime no sistema de proteção social, como já aconteceu em outras partes do mundo sujeitas a programas de ajustamento estrutural impostos pelo Fundo Monetário Internacional (FMI) e pelo Banco Mundial.

A aliança histórica entre ‘economia de mercado’, ‘Estado de bem-estar’ e ‘democracia’, que fundou o projeto moderno de Estado-nação, parece estar a quebrar-se

* Os organizadores optaram por manter o capítulo com o português de Portugal.

nesta era do capitalismo global. No entanto, o Estado social ainda mantém forte apoio do público e não se pode afirmar que uma ideologia totalmente ‘privatista’ e ‘individualista’ tenha penetrado os valores e as expectativas dos europeus. Em verdade, o próprio Estado continua a ser um local de tensão entre as ideias de privatização dos serviços sociais e as ideias defensoras da provisão pública de bem-estar para todos (BOURDIEU, 1998, 2014; WACQUANT, 2009).

Se essas características são verificáveis em todos os Estados sociais desenvolvidos, ainda mais o são em Estados sociais como os do Sul da Europa, que emergiram no contexto da crise internacional da segunda metade dos anos 1970 e onde os pactos sociais permitiram realizar reformas nas políticas de proteção social, de emprego e de rendimento até praticamente ao aparecimento da crise económica e financeira de 2008. Essa crise foi reduzindo cada vez mais a margem de manobra dos governos, que, fortemente sujeitos à supervisão das instituições internacionais, viram-se forçados a limitar o diálogo social naquilo que este tinha de mais próprio: a autonomia de decisão das partes e a valorização dos contributos de cada uma delas para a negociação (GONZÁLEZ BEGEGA; LUQUE BALBONA, 2015) e, posteriormente, as imposições dos programas de ajustamento que acompanharam o resgate da dívida soberana.

Apesar das diferenças óbvias entre os contextos Sul-europeu e Brasileiro, acredita-se que dar a conhecer ao Brasil os efeitos das políticas de austeridade no setor de saúde ocorridos naqueles países se pode revestir de alguma utilidade.

OS PROGRAMAS DE AJUSTAMENTO ECONÓMICO PARA O SETOR DE SAÚDE NA GRÉCIA, PORTUGAL E ESPANHA

A crise da dívida soberana e suas origens

Desencadeada em 2008 nos EUA pela falência do Lehman Brothers, a crise do sistema financeiro transformou-se em crise da dívida pública para muitos países que tiveram de recorrer ao endividamento para salvar da bancarrota as instituições financeiras privadas mais atingidas pela derrocada do sistema financeiro nesses países. Desde logo, grandes países, como os Estados Unidos (com um terço do total mundial) e o Japão, mas também muitos Estados-membros da União Europeia (UE) e, em particular, os Estados-membros da periferia europeia.

Mas existiram outras causas para a crise da dívida pública. Em alguns países, como a Irlanda e a Espanha, foi a especulação imobiliária a desencadeadora de uma onda de

falências no setor privado que obrigou à intervenção do Estado. Os governos assumiram inteiramente o princípio de que a falência de empresas ou de setores económicos decisivos para a saúde da economia e que se beneficiam da confiança dos cidadãos teria de ser evitada a todo o custo. Assim, como resultado de resgates do sistema bancário ou como medidas públicas de desaceleração das economias em consequência do reventamento das bolhas imobiliárias, foram transferidos para a dívida pública montantes elevados de dívida privada. Mas existem também situações em que o Estado e os privados (incluindo empresas e famílias) tinham acumulado níveis elevados e crescentes de endividamento, mas continuavam a se beneficiar de taxas de juro relativamente baixas. É o caso de Portugal e da Grécia, em que os investimentos público e privado, tal como o consumo das famílias, tinham sido estimulados a crescer por via das baixas taxas de juro. À medida que as instituições credoras foram perdendo a confiança na capacidade de solvência das dívidas por esses países e privados, as dívidas soberanas foram sendo desvalorizadas nos rankings das agências financeiras internacionais, ao mesmo tempo em que aumentavam as preocupações relativamente à solvência daqueles sistemas bancários europeus que possuísem quantidades significativas da dívida soberana pública. Os mercados financeiros entraram em turbulência e os juros da dívida soberana subiram desmedidamente para os Estados mais endividados.

Hoje, parece cada vez mais claro que a origem da crise está no sistema da moeda única e no compromisso assumido pelo Tratado de Maastricht em 1993 de os Estados da Zona Euro¹ limitarem seus níveis de déficit com a despesa e a dívida.

Já era sabido que o modelo europeu de integração monetária comportava riscos, dos quais os principais se manifestam por meio da tendência à redução dos direitos sociais, da dificuldade em lidar com choques que afetem desigualmente os Estados-membros e da ocorrência de crises financeiras (MAMEDE, 2015).

A ‘redução dos direitos sociais’ resulta do facto que a harmonização das normas laborais, fiscais, ambientais tender a fazer-se por baixo, como resultado das pressões concorrenciais (MAMEDE, 2015) e, ao mesmo tempo, do facto que a liberalização das transações comerciais e financeiras implica uma quebra no volume de impostos coletados e, portanto, maior dificuldade em financiar as funções sociais do Estado (MAMEDE, 2015).

Dada a desigualdade entre as economias da Zona Euro, as crises podem atingir apenas algumas delas e poupar as restantes, sem que a União Económica e Monetária (UEM) possa valer. Pelo contrário, a UEM contribui, em parte, para o reforço das desigualdades

¹ A Zona Euro integra atualmente 19 Estados-membros da UE: Bélgica, Alemanha, Estónia, Irlanda, Grécia, Espanha, França, Itália, Chipre, Letónia, Lituânia, Luxemburgo, Malta, Holanda, Áustria, Portugal, Eslovênia, Eslováquia e Finlândia.

ao promover a especialização das economias em produções onde a sua eficiência relativa seja mais elevada e, em parte, para retirar dos Estados-membros a possibilidade de usarem instrumentos de política económica e monetária importantes, como a redução das taxas de juro, a desvalorização da moeda, ou aumento da despesa pública².

A própria ‘ocorrência de crises financeiras’ torna muito vulneráveis as economias periféricas da Zona Euro, pois estas deixam de poder usar a arma tradicional da desvalorização cambial e não têm como controlar o aumento do endividamento externo.

Quando em 2010 os investidores internacionais começaram a suspeitar que países como Portugal e a Grécia poderiam deixar de conseguir pagar as dívidas contraídas no passado, deixaram de financiar as respectivas economias, procurando libertar-se rapidamente dos ativos que aí detinham. [...] Sem acesso a liquidez, enfrentando custos de financiamento muito elevados e a braços com dívidas avultadas, os Estados e os bancos começaram a ter dificuldades em pagar o que deviam. [...] As dificuldades crescentes traduziram-se em menos investimento e consumo (por parte das empresas e das famílias) e menos concessão de crédito (por parte dos bancos), criando uma verdadeira espiral recessiva na periferia da Zona Euro. (MAMEDE, 2015, p. 198).

Os riscos assinalados foram amplamente confirmados a partir do momento em que os países da Zona Euro com economias mais débeis se revelaram incapazes de seguir a disciplina orçamental necessária para conter o défice e começaram a sentir os efeitos das reações punitivas dos mercados financeiros. Obrigados a sujeitar-se a programas de ajustamento estrutural impostos pelas instituições da Troika – consórcio de credores constituído pela Comissão Europeia, FMI e Banco Central Europeu (BCE) –, os governos da Grécia, Irlanda, Portugal e Espanha comprometeram-se a aplicar a receita preferida pelos credores – a regra da austeridade – como contrapartida dos financiamentos concedidos.

Essa regra de austeridade tem contornos pouco definidos e está sujeita a interpretações bastante díspares. Simplificando muito, diria que ela incide sobre um conjunto de opções de política económica e social, por meio das quais os governos visam a conter ou a reduzir a despesa pública, e sublinharia o facto de que essas opções permitem “alterar a política redistributiva do Estado e os gastos associados ao funcionamento da economia e à reprodução social” (FERREIRA, 2014, p. 117).

²A disciplina imposta aos Estados-membros pelo Tratado sobre a Estabilidade, Coordenação e Governação na União Económica e Monetária (TECG), em vigor desde 2013, inclui o limite máximo de 3% do Produto Interno Bruto (PIB) para o défice orçamental de cada Estado e a redução dos níveis de dívida até ao limite de 60% do PIB.

À noção de austeridade está ligada uma forte componente ideológica que, sob a capa de austeridade constituir uma resposta inevitável à crise, feita de contenção das despesas, redução do déficit ou de ajustamento entre o que se produz e o que se gasta (NÓVOA, 2014), esconde

um projeto de reforma política do Estado de cariz neoliberal, visando promover instituições políticas débeis, inefcazes e desqualificadas, cidadãos dependentes, pobres e destituídos de cidadania, e direitos de exceção que não respeitam os mais elementares princípios do Estado de direito e da democracia. (FERREIRA, 2014, p. 438).

Os danos causados pela austeridade à economia e à sociedade dos países que foram obrigados a pedir auxílio financeiro e a reestruturar a dívida manifestaram-se de muitas formas e, desde logo, no desencadeamento de uma recessão profunda (*tabela 1*), com implicações graves para o futuro, não só, devidas à quebra do investimento e ao aumento da dívida soberana (*tabela 2*), mas, sobretudo, por meio das consequências sociais que produzem: destruição de emprego e aumento do desemprego (*tabela 3*); precarização, sobretudo, dos segmentos mais jovens da população ativa; emigração volumosa de trabalhadores qualificados; e agravamento da pobreza, da exclusão social (*tabela 4*) e das desigualdades de renda (*tabela 5*) (REIS, 2014, p. 119). Um relatório da Caritas sobre o impacto da crise e da austeridade nas pessoas demonstra que as políticas anticrise baseadas prioritariamente na austeridade vulnerabiliza os membros mais fracos da sociedade e, por isso, não pode ter êxito (CARITAS EUROPA, 2013, p. 51).

Tabela 1. Taxa de crescimento do PIB (em %): Grécia, Portugal, Espanha, Irlanda e Zona Euro (2008-2014)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Grécia	-0,4	-4,4	-5,4	-8,9	-6,6	-3,9	0,8
Portugal	0,2	-3,0	1,9	-1,8	-4,0	-1,6	0,9
Espanha	1,1	-3,6	0,0	-0,6	-2,1	-1,2	1,4
Irlanda	-2,6	-6,4	-0,3	2,8	-0,3	0,2	4,8
Zona Euro	0,5	-4,5	2,0	1,6	-0,9	-0,4	0,8

Fonte: Eurostat (2015).

Tabela 2. Dívida soberana (em % do PIB): Grécia, Portugal, Espanha, Irlanda e Zona Euro (2008-2013)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Grécia	106,3	122,0	137,9	159,9	139,3	156,0
Portugal	64,8	76,9	86,1	93,8	103,7	108,2
Espanha	25,2	36,5	46,4	56,6	71,0	79,9
Irlanda	22,9	37,2	67,5	80,8	88,0	92,2
Zona Euro	58,7	67,5	71,7	74,1	75,7	77,9

Fonte: Eurostat (2015).

Tabela 3. Taxa de desemprego (em %): Grécia, Portugal, Espanha, Irlanda e Zona Euro (2008-2014)

		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Grécia	Total	7,7	9,5	12,6	17,7	24,5	27,5	26,5
	Duração ≥ 1 ano	3,6	3,9	5,7	8,8	14,4	18,5	19,5
Portugal	Total	7,6	9,5	10,8	12,9	15,7	16,4	14,1
	Duração ≥ 1 ano	3,8	4,4	5,9	6,8	8,5	9,3	8,4
Espanha	Total	11,3	18,0	20,1	21,7	25,0	26,1	24,5
	Duração ≥ 1 ano	2,0	4,3	7,3	9,0	11,1	13,0	12,9
Irlanda	Total	6,4	12,0	13,9	14,7	14,7	13,1	11,3
	Duração ≥ 1 ano	1,7	3,5	6,8	8,7	9,1	7,9	6,7
Zona Euro	Total	7,6	9,6	10,2	10,2	11,4	12,0	11,6
	Duração ≥ 1 ano	3,0	3,4	4,3	4,6	5,3	6,0	6,1

Fonte: Eurostat (2014).

Tabela 4. Taxa de risco de pobreza e exclusão social* (em %): Grécia, Portugal, Espanha, Irlanda e Zona Euro (2008-2013)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Grécia	28,1	27,6	27,7	31,0	34,6	35,7
Portugal	26,0	24,9	25,3	24,4	25,3	27,4
Espanha	24,5	24,5	26,7	27,7	28,2	27,3
Irlanda	23,7	25,7	27,3	29,4	30,0	N.d.**
Zona Euro	21,7	21,5	21,8	22,9	32,2	23,1

Fonte: Eurostat (2014).

* Indivíduos em risco de pobreza ou vivendo em agregados com intensidade laboral per capita muito reduzida ou em situação de privação material severa.

**N.d. Não disponível.

Tabela 5. Rácio de desigualdades (S80/S20*): Grécia, Portugal, Espanha, Irlanda e Zona Euro (2008-2013)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Grécia	5,9	5,8	5,6	6,0	6,6	6,6
Portugal	6,1	6,0	5,6	5,7	5,8	6,0
Espanha	5,7	5,9	6,2	6,3	6,5	6,3
Irlanda	4,4	4,2	4,7	4,6	4,7	4,5
Zona Euro	4,9	4,8	4,8	5,0	4,9	5,0

Fonte: Eurostat (2014).

* S80/S20 – rácio entre a proporção do rendimento total auferido pelos 20% da população com maior renda e a proporção do rendimento total auferido pelos 20% com menor renda.

O impacto social da austeridade recai sobre as famílias e os indivíduos de forma desigual. De acordo com estudo recente publicado pela Comissão Europeia (AVRAM *et al.*, 2013), dentre os nove países da UE que tiveram grandes déficits orçamentais após a crise financeira do final da primeira década dos anos 2000 e da recessão económica subsequente (Estônia, Grécia, Espanha, Itália, Letônia, Lituânia, Portugal, Romênia e Reino Unido), Portugal, Lituânia e Estônia são os únicos países onde as medidas de austeridade impuseram uma carga financeira maior sobre os pobres do que sobre os ricos. No período entre 2009 e junho de 2012, Portugal experimentou uma distribuição regressiva, resultante, sobretudo, do congelamento de benefícios assistenciais (*means-tested benefits*)³, em um país que já era um dos mais desiguais da UE.

A análise comparativa dos efeitos das políticas de austeridade em quatro países severamente afetados pela crise (Irlanda, Grécia, Portugal e Espanha) mostra que, embora a gama de instrumentos políticos disponíveis para os governos seja limitada e não varie muito, o modo por meio do qual eles são combinados e implementados é crucial para explicar os diferentes efeitos que têm em cada país.

O *quadro 1* resume as medidas adotadas por esses quatro países. Sem entrar em maiores detalhes, as diferenças no modo como a regra de austeridade foi aplicada são evidentes, bem como as semelhanças entre os instrumentos políticos utilizados.

³ As estimativas sobre o modo de distribuição do peso da austeridade depende muito das escolhas analíticas e dos pressupostos considerados: por exemplo, sobre se incluir ou não cortes na ajuda em espécie – tal como em cadeiras de rodas, camas articuladas, alimentação –; ou os efeitos dos aumentos do Imposto sobre o Valor Acrescentado (IVA) sobre famílias. Isso explica os resultados algo discrepantes dessas estimativas (NAVARRO; ERANSUS, 2012). A Espanha é considerada o mais regressivo dos cinco países considerados – Alemanha, Dinamarca, Espanha, França e Reino Unido.

Quadro 1. 2008-2010: A tendência à austeridade: as principais reformas nas políticas em Irlanda, Grécia, Portugal e Espanha

Irlanda	Grécia	Portugal	Espanha
<p>Redução dos escalões do imposto sobre os rendimentos e redução dos benefícios fiscais;</p> <p>Introdução de uma taxa adicional sobre o rendimento;</p> <p>Cortes em todos os benefícios assistenciais (<i>means tested benefits</i>) e das prestações universais;</p> <p>Congelamento dos benefícios contributivos.</p>	<p>Aumento das taxas do imposto sobre os rendimentos individuais, parcialmente compensado pela descida das taxas para rendimentos mais baixos;</p> <p>Alteração dos benefícios fiscais e dos abonos;</p> <p>Alargamento da base contributiva.</p>	<p>Aumento das taxas do imposto sobre os rendimentos individuais;</p> <p>Introdução de um imposto adicional sobre os rendimentos de trabalho mais elevados;</p> <p>Redução dos benefícios fiscais.</p>	<p>Introdução de um imposto adicional sobre os rendimentos de trabalho mais elevados.</p>
<p>Aumento nas prestações contributivas de empregados e independentes.</p>	<p>Cortes nas pensões públicas;</p> <p>Introdução de um imposto excepcional sobre os rendimentos e de um imposto especial sobre pensões.</p>	<p>Congelamento de quase todas as prestações contributivas e pensões.</p>	<p>Congelamento das pensões públicas.</p>
	<p>Aumento nas taxas do IVA.</p>	<p>Aumento nas taxas do IVA.</p>	<p>Aumento nas taxas do IVA.</p>
<p>Cortes nas remunerações do setor público.</p>	<p>Cortes nas remunerações do setor público.</p>	<p>Cortes nas remunerações do setor público.</p>	<p>Cortes nas remunerações do setor público.</p>

Fonte: Adaptado de Callan *et al.* (2011).

OS PROGRAMAS DE AJUSTAMENTO ECONÓMICO PARA O SETOR DE SAÚDE

Importa agora analisar com mais detalhe os impactos das políticas de reajustamento estrutural acordadas com as instituições credoras da Troika sobre o setor da saúde.

Começarei por enunciar os fatores desencadeantes da crise financeira e os problemas que levaram à submissão a um regime de reajustamento por parte de três países do Sul da Europa (Grécia, Portugal e Espanha⁴).

No caso da Grécia, a expansão da procura interna entre 2000 e 2009, quando o crescimento do Produto Interno Bruto (PIB) foi superior ao da Zona Euro, determinou um crescimento rápido da procura por crédito bancário (sobretudo para despesas de bens de consumo duradouro, incluindo o alojamento), favorecida por taxas de juro baixas. Em consequência, o comércio externo registra saldo negativo crescente e os níveis de competitividade deterioraram-se, ao mesmo tempo em que se expandem os encargos da administração pública, resultando no agravamento do déficit anual das contas públicas, que atingem o pico de 14% do PIB em 2008, e num montante de dívida soberana da ordem dos 115% do PIB em 2009 (EUROPEAN COMMISSION, 2010).

Trata-se do caso em que a intervenção externa se verificou mais cedo, em maio de 2010, e tem se prolongado por mais tempo, via um segundo programa de resgate de junho de 2012, com perdão parcial da dívida, e de um terceiro programa, muito recente, de agosto de 2015 (EUROPEAN COMMISSION, 2012b, 2015).

Em Portugal, as causas foram semelhantes: acumulação, ao longo dos últimos anos, de dívida externa elevada, quer do Estado quer das famílias ou das empresas. A procura crescente por financiamento externo para a dívida pública e para o investimento bancário desencadeou uma subida acentuada das taxas de juro nos mercados financeiros a par de uma degradação do *rating* da dívida soberana portuguesa e da solvabilidade bancária.

O programa de ajustamento data de maio de 2011 e durou até meados de 2015 (EUROPEAN COMMISSION, 2014). Importa sublinhar dois aspetos importantes, no caso português, para a avaliação dos resultados das reformas: primeiro, mesmo antes de o programa ter sido subscrito, já desde 2009, o governo à época tinha iniciado um conjunto de medidas de combate à crise – Programas de Estabilidade e Crescimento I, II e III –, que

⁴ O caso da Irlanda deixa de ser objeto de análise neste ponto em virtude de o programa de ajustamento negociado com a Troika não incluir medidas no campo da saúde. Os problemas principais centraram-se no sistema bancário, que viu acumuladas as perdas resultantes de uma política de expansão descontrolada do crédito, problemas esses que a crise financeira global e a recessão generalizada em nível mundial exacerbaram.

consistia basicamente em redução da despesa pública; segundo, o governo de coligação de direita, que teve a seu cargo a execução do programa de ajustamento acordado com Troika, usou a oportunidade para impor a sua própria agenda, claramente de cariz neo-liberal, indo mais longe do que as metas acordadas por meio de medidas reforçadas de austeridade (*quadro 2*).

Quadro 2. A intervenção de ajustamento na Grécia, Portugal e Espanha

Grécia	Portugal	Espanha
<p>2010 (02 de maio): Primeiro programa de ajustamento económico, no montante de 80 mil milhões de euros, a serem desembolsados ao longo do período de maio de 2010 a junho de 2013.</p> <p>2012: Segundo programa de ajustamento económico, no montante adicional de 130 mil milhões de euros para os anos 2012-2014; posteriormente prorrogado até final de Junho de 2015.</p> <p>2015 (19 de agosto): Terceiro programa de ajustamento económico, no montante de 86 mil milhões de euros em ajuda financeira ao longo dos anos 2015-2018.</p>	<p>2011 (17 maio): o programa de ajustamento económico, no montante de 78 mil milhões de euros, ao longo do período de 2011 a meados de 2014, destinado a restabelecer acesso aos mercados financeiros, possibilitando o regresso da economia a um crescimento sustentável e a salvaguardar a estabilidade financeira em Portugal, na Zona Euro e na UE.</p>	<p>2012 (23 de julho): O programa de ajuste do setor financeiro, no montante de 100 mil milhões de euros para a recapitalização e a reestruturação do sector financeiro espanhol.</p>

No caso da Espanha, a intervenção não se fez sob a forma de resgate da dívida soberana, mas por meio de programa de assistência financeira para a recapitalização e reestruturação do setor bancário. A descapitalização dos bancos deu-se na sequência do rebentamento de uma bolha no setor da construção em 2008, que arrastou para a crise o setor bancário, fortemente envolvido no financiamento daquele setor. As reformas empreendidas pelo governo espanhol foram insuficientes para reduzir a pressão dos mercados financeiros e o nível de stress dos bancos, tendo o governo sido obrigado a pedir ajuda financeira em 2012 (EUROPEAN COMMISSION, 2012a).

Os Memorandos de Entendimento (doravante MdE) subscritos pelos governos dos países de resgate contemplam um conjunto de medidas orientadas especificamente para o setor de saúde, a par de outras medidas transversais destinadas a reduzir a despesa pública e que vieram afetar igualmente o mesmo setor. É sobre essas medidas que irei concentrar minha análise.

A principal constatação que se pode tirar a partir da comparação dos objetivos gerais dos MdE é a de que as receitas da Troika não variaram muito e concentraram-se em um número limitado de objetivos, dificultando, de certo modo, a adaptação às especificidades de cada país em termos económicos, sociais e políticos e obrigando a permanente negociação entre os governos e a Troika.

Sobre esse ponto, acrescentarei duas ideias: a) a postura da Troika foi ou tem sido bastante rígida no sentido em que não aceita facilmente as alternativas oferecidas pelos governos para se atingirem os mesmos objetivos; b) os três países foram tratados diferentemente quanto à margem de manobra que lhes foi atribuída. Por exemplo, à Espanha não foi imposto um programa tão detalhado quanto às medidas a implementar para alcançar os objetivos. Tal como a Irlanda, no seu programa de 2010 (EUROPEAN COMMISSION, 2011).

Assim, os principais eixos de reforma do setor de saúde comuns aos três países são o controlo da despesa pública e a melhoria da eficiência e da eficácia dos serviços, incluindo, aqui, a promoção de uso mais racional dos recursos e dos serviços, como, por exemplo, a redução da fragmentação dos serviços ou da dispersão das tutelas (*quadro 3*).

Quadro 3. Objetivos gerais das políticas de ajustamento na saúde na Grécia, Portugal e Espanha

Grécia	Portugal	Espanha
Objetivos gerais:	Objetivos gerais:	Objetivos gerais:
Controlar a despesa pública e aumentar a eficiência, a relação custo-eficiência e a equidade do sistema;	Melhorar a eficiência e a relação custo-eficiência;	Executar reformas no setor público para melhorar a eficiência e a qualidade da despesa pública em todos os níveis de governo;
Induzir poupanças por meio de uma utilização mais racional dos recursos;	Induzir à utilização mais racional dos serviços de saúde;	Integrar os fundos para simplificar um sistema demasiado segmentado;
Colocar todas as instituições e as políticas relacionadas com a saúde sob a responsabilidade do Ministro da Saúde.	Controlar a despesa pública na saúde.	Colocar as medidas relacionadas com a saúde sob uma única tutela ministerial.

Associados à implementação desses eixos, destacam-se objetivos mais específicos em áreas privilegiadas de reforma: serviços hospitalares, políticas de medicamentos, modernização dos sistemas tecnológicos de informação com controlo eletrónico da despesa e redução dos benefícios fiscais, como *tax credits*, isenção de taxas moderadoras etc. (*quadro 4*).

Quadro 4. Objetivos específicos das políticas de ajustamento na saúde na Grécia e em Portugal

Grécia	Portugal
<p>Reforma dos serviços hospitalares:</p> <p>Melhorar a gestão hospitalar, aumentando a aquisição centralizada de materiais hospitalares;</p> <p>Intensificar a racionalização da rede hospitalar e reduzir os custos operacionais;</p> <p>Adoptar uma metodologia internacional de estimação dos custos hospitalares.</p>	<p>Reforma dos serviços hospitalares:</p> <p>Implementar o aprovisionamento centralizado de produtos médicos;</p> <p>Reduzir os custos operacionais, incluindo a redução de cargos dirigentes, pela concentração e racionalização nos hospitais públicos e nos centros de saúde;</p> <p>Implementar um sistema de <i>benchmarking</i> do desempenho hospitalar;</p> <p>Melhorar a interoperabilidade dos sistemas de tecnologias de informação nos hospitais;</p> <p>Reorganizar a rede hospitalar por meio da especialização e da concentração de serviços hospitalares e de urgência e da gestão conjunta dos hospitais;</p> <p>Transferir alguns serviços hospitalares em ambulatório para Unidades de Saúde Familiares;</p> <p>Reduzir as despesas com horas extraordinárias;</p> <p>Reduzir os custos com o transporte de doentes;</p> <p>Reforçar os cuidados de saúde primários para reduzir o recurso desnecessário a consultas de especialidade e às urgências.</p>
<p>Reforma da política de medicamentos:</p> <p>Regular mais fortemente os preços dos produtos farmacêuticos;</p> <p>Obrigar as farmácias a substituir medicamentos de marca por genéricos;</p>	<p>Reforma da política de medicamentos:</p> <p>Reduzir a despesa pública com medicamentos;</p> <p>Rever o sistema actual de preços de referência baseado em preços internacionais;</p>

Quadro 4. (cont.)

Grécia	Portugal
Introduzir o mecanismo automático de restituições nos contratos com empresas da indústria farmacêutica (<i>claw-back mechanism</i>).	Reduzir as margens de lucro das farmácias; Estabelecer o preço máximo do primeiro genérico introduzido no mercado em 60% do preço do medicamento de marca similar.
Modernização dos sistemas tecnológicos de informação e controlo eletrónico da despesa:	Modernização dos sistemas tecnológicos de informação e controlo eletrónico da despesa:
Desenvolver um sistema de referência eletrónico para os cuidados de saúde destinados a controlar os resultados;	Tornar obrigatória a prescrição electrónica de medicamentos e meios de diagnóstico;
Introduzir a prescrição electrónica obrigatória e por princípio ativo;	Pôr em prática avaliação sistemática da prescrição de cada médico;
Reduzir o preço dos medicamentos não patenteados em 50% e dos genéricos em 32,5%.	Concluir um sistema de registos médicos electrónicos dos doentes.
Outros objetivos específicos:	Outros objetivos específicos:
Estabelecer acordos com prestadores de saúde do setor privado com base em critérios de eficiência.	Rever e aumentar as taxas moderadoras do SNS e indexar automaticamente as taxas à inflação;
	Reduzir em 2/3 as deduções fiscais relativas a encargos com a saúde;
	Reduzir progressivamente a despesa com os subsistemas ADSE (funcionários públicos), ADM (forças armadas) e SAD (forças policiais), com vistas a que esses subsistemas se financiem por si próprios;
	Aumentar a concorrência entre prestadores privados e reduzir em pelo menos 10% a despesa global.

A nota mais patente é a elevada homologia das medidas incluídas nos programas para reajustar a economia pública com saúde. Mais do que identificar as medidas, torna-se importante analisar seus resultados e o impacto que produziram sobre os diversos atores – cidadãos, doentes, profissionais, serviços e organizações privadas etc.

Vejamos agora os principais impactos dessas medidas. Vou usar como exemplo apenas o caso de Portugal e centrar-me em alguns domínios específicos do sistema de saúde português.

OS IMPACTOS DOS PROGRAMAS SOBRE DOMÍNIOS ESPECÍFICOS DO SISTEMA DE SAÚDE

Os impactos da crise na área de saúde e, designadamente, o impacto dos programas e medidas anticrise, não têm sido objeto de análise rigorosa por parte dos governos, apesar da importância de que isso reveste quando se procura avaliar os resultados e reformular as respostas de modo a torná-las eficazes ou a reduzir seus efeitos negativos, muitas das vezes inesperados.

Importa advertir que, nesse contexto de crise, a disponibilização da informação necessária para avaliar os resultados das políticas tem sido dificultada por dispositivos que reforçam o sigilo e reduzem a transparência das instituições de saúde (OPSS, 2014).

A hipótese mais forte que surge da análise das medidas anticrise adoptadas é a de que, apesar de boa parte dessas medidas poder ser 'útil e necessária', sua implementação em prazo curto e a partir de modelos pretensamente universais pode resultar em consequências negativas e, de certo modo, imprevisíveis (OPSS, 2013, p. 26).

A partir do caso português, vou levantar algumas questões que me parecem pertinentes num debate em torno do futuro e das reformas dos sistemas de saúde, como é o caso deste livro:

— Tratou-se de uma verdadeira reforma do sistema de saúde ou apenas de medidas avulsas para reduzir os gastos de saúde?

— Quais foram os efeitos da implementação dessas medidas avulsas na economia da saúde?

— Qual a margem de manobra dos governos perante os programas de reajuste negociados com a Troika?

— Podem ser feitas reformas da saúde consistentes em contexto de governação centralizada?

— O que podem fazer os cidadãos e as organizações da sociedade civil para reduzir o impacto negativo das políticas de austeridade?

OS CORTES CEGOS DA DESPESA E O RISCO DE DESQUALIFICAÇÃO DOS SERVIÇOS

A primeira questão remete ao imediatismo e à urgência da intervenção imposta pelos programas de resgate, muito centrada no controlo da despesa pública e no aumento da eficiência do sistema público de saúde (UNIÃO EUROPEIA, 2011).

O modo como se controla a despesa pública num contexto de urgência é decisivo. Num curto período de tempo, tem de ser implementado um número elevado de medidas, as quais ficam sujeitas à monitoração da Troika de três em três meses, o que exige um dispositivo forte, competente e centralizado do governo (SAKELLARIDES *et al.*, 2014).

No caso português, o controle da despesa pública passou basicamente por cortes. O objetivo formulado pelo governo numa linguagem acessível, que todos pudessem aceitar, foi ‘cortar nas gorduras do Estado’. Porém, distinguir entre ‘gorduras’ e ‘carne limpa’ revelou-se uma tarefa difícil e pouco prática quando se quer resultados imediatos. Ilustração dessa dificuldade foi a identificação de gorduras com despesa corrente.

Ora, a despesa corrente inclui atividades que são instrumentais da missão dos serviços e, portanto, necessárias para que se concretize – tais como despesas de deslocação e ‘outros trabalhos especializados’ (cortes de 25%), aquisição de serviços (cortes de 40%), ‘pagamento de horas extraordinárias, subsídios para trabalho noturno, comunicações, serviços de advocacia e assistência técnica’ (cortes de 20%) e, muito significativas em função da sua elevada expressão, as despesas com pessoal em regime de prestação de serviço (*outsourcing*), ou seja, sem vínculo empregatício com o Estado e, que do ponto de vista da contabilidade pública, era financiado pelas mesmas verbas do papel utilizado para fazer cópias. A redução drástica do pessoal sem vínculo levou a um ‘despedimento massivo’ de trabalhadores ou, em alguns serviços, à paralização do trabalho (HESPAÑA; FERREIRA; PACHECO, 2014).

Na ausência de um programa de reforma estruturado sobre uma hierarquização das necessidades, prevaleceu a aplicação cega dos cortes na despesa, sem atenção ao impacto que esses cortes iriam gerar em áreas muito sensíveis de intervenção⁵. Também, as medidas

⁵ Os impactos sobre a saúde dos cidadãos em si também não foram tidos em conta nos vários programas que implicavam redução da renda, do emprego, dos direitos dos cidadãos e, tal como vários estudos têm confirmado, evidenciam uma gravidade exemplar (GOULÃO, 2012; CAMPOS, 2013; CARVALHO, 2013; JORNAL PÚBLICO, 2013). É bom frisar que, desde o Tratado de Maastricht (1992, art. 129) até o de Lisboa (2007, art. 168), a UE vem consagrando o princípio de que todas as políticas públicas devem ser analisadas quanto a seus efeitos na saúde antes de serem executadas. ‘Saúde em todas as políticas’ é também uma abordagem definida pela Organização Mundial da Saúde para as políticas públicas em todos os setores, visando a “ter sistematicamente em conta as implicações para a saúde de decisões, buscar sinergias e evitar impactos nocivos para a saúde, a fim de melhorar a saúde da população e a equidade na saúde” (WHO, 2013, n.p.).

para aumentar a eficiência foram executadas sem ter em conta as capacidades da administração dos serviços de saúde para executá-las, resultando, daí, que muitas delas não atingiram os objetivos esperados (SAKELLARIDES *et al.*, 2014).

A grande crítica que se pode fazer à execução do MdE é que não levou a cabo nenhuma das grandes reformas que eram necessárias e esperadas. Ao longo dos quatro anos que durou a intervenção, o governo apenas apresentou um guião com orientações gerais para a reforma do Estado, embora esse documento nunca tenha sido debatido (PORTUGAL, 2013b). Compreende-se que o desenho e o objeto das reformas não coubessem à Troika, mas sim ao Estado português.

As anunciadas reformas dos cuidados hospitalares e dos cuidados de saúde primários podem servir de exemplo do que devia ter sido e não foi feito. Representando 60% da despesa do Serviço Nacional de Saúde (SNS), os hospitais públicos foram considerados o alvo prioritário das reformas. Teria de se reorganizar a rede hospitalar, acusada de padecer de importantes ineficiências, e de se beneficiar de um plano de poupanças para reduzir as duplicações escusadas da oferta ou concentrar a oferta em certas áreas, como urgências, maternidades, serviços oncológicos e de transplante.

O relatório da Troika reconhece que, apesar de muito ter sido feito, a reforma da rede hospitalar esteve longe de ter sido realizada, e identifica algumas causas para isso: resistências na reclassificação dos hospitais e na realocação ou partilha de equipamento, baixa mobilidade do pessoal e centralização das decisões que deviam ser tomadas em nível regional. Fixando-me nesta última, é óbvio que a forte resistência dos serviços e a impopularidade da reforma é, antes de tudo, um efeito da ausência de participação das instituições e dos seus dirigentes e profissionais no processo de implementação da reforma.

Também não contribui para um clima favorável o facto de os profissionais terem visto suas funções sobrecarregadas pela saída de pessoal que não é substituído ou então cuja substituição é feita por um número insuficiente de médicos jovens e pouco experientes que, independentemente da sua especialidade, têm de cumprir 18 horas de urgências, em vez das doze anteriores, como denunciou o Bastonário da Ordem dos Médicos (SILVA, 2015).

Ainda, o reforço de cuidados de saúde primários previsto no MdE não foi implementado, apesar de haver reconhecimento de seu potencial na eficiência de custos e na redução dos cuidados hospitalares e de emergência. Uma componente impor-

tante desse tipo de cuidados é constituída pela medicina geral e familiar, que está em risco de perder impacto se não forem recrutados novos profissionais para substituir os que se aposentaram, ainda mais porque 14% de cidadãos não têm médico de família.

Apesar de algumas mudanças positivas – como

a aprovação do perfil profissional do enfermeiro de família, a abertura de vagas para o internato de medicina geral e familiar e a abertura de algumas Unidades de Saúde Familiar (USF) –, prevalecem dificuldades no dia-a-dia dos profissionais de Cuidados de Saúde Primários que dificultam muito o seu trabalho – desde um sistema de informação deficiente até a falta de recursos humanos ou a fragilidade de algumas unidades funcionais. (OPSS, 2014, p. 109).

A Ordem dos Médicos reporta ainda algumas dificuldades no recrutamento de pessoal. Primeiro, o congelamento dos concursos para médicos de família levou à emigração de muitos médicos desempregados e à contratação de médicos em situação de reforma como recurso alternativo e mais barato. Segundo, os incentivos para fixar médicos no interior do país revelaram-se inaceitáveis devido ao reduzido montante do incentivo (remuneração adicional de 125€ por mês) e às restrições de mobilidade impostas (período obrigatório de cinco anos). Conjuntamente a outras causas, isso explica a manutenção de mais de um milhão de portugueses (um e meio em cada dez) sem médico de família, apesar de haver recursos no mercado e do aumento do número de doentes por médico de família, o que torna ingerenciáveis suas listas de doentes (SILVA, 2015).

A PRIORIDADE DA REDUÇÃO DE PESSOAL EM SERVIÇOS DE SAÚDE

A redução de pessoal nos serviços públicos tornou-se a obsessão do governo, apesar de se saber que “a redução cega do número de funcionários pode ter graves consequências sociais no atual contexto de crise” (MARTINS, 2010, p. 22).

A *tabela 6* ilustra o modo como a despesa com pessoal foi reduzida na Administração Central do Ministério da Saúde, sobretudo entre 2010 e 2012 (cerca de 27%). Essa redução foi conseguida, em boa medida, à custa do agravamento das condições de trabalho.

Tabela 6. Ministério da Saúde 2010-2014: despesas executadas e orçamentadas por rubricas (em milhões de euros)

	CGE*	CGE	CGE	Var CGE	OGE**	OGE
	2010	2011	2012	2010/12 (%)	2013	2014
Despesa corrente	9.389,1	8.731,1	9.740,6	3,7	8.275,0	8.142,7
Despesas com pessoal	1.253,7	1.121,1	913,6	-27,1	1.032,9	964,1
Despesa pessoal/ Despesa total (%)	13,2	12,7	9,3		12,4	11,8
Aquisição de bens e serviços	8.036,6	7.533,1	8.767,0	9,1	7.177,5	7.126,6
Transferências correntes	81,5	70,9	45,7	-43,9	51,6	42,4
Outras despesas correntes	15,2	6,0	14,4	-5,3	11,9	9,3
Despesas de capital	134,2	125,7	97,5	-27,3	69,3	61,2
Aquisição de bens de capital	94,0	99,9	78,3	-16,7	57,0	52,5
Transferências de capital	40,2	25,8	19,3	-52,0	12,3	8,7
Despesa total	9.523,3	8.856,8	9.838,1	3,3	8.344,3	8.203,9

*Conta Geral do Estado, 2010, 2011 e 2012.

**Orçamento Geral do Estado, 2013 e 2014.

A redução das remunerações salariais dos profissionais de saúde, a perda dos subsídios de férias e do Natal (dois meses de bónus) em 2012, o não pagamento de horas extraordinárias, o congelamento das promoções na carreira e a não abertura de concursos para recrutamento de médicos e enfermeiros levaram à emigração de muitos profissionais desempregados⁶, à reforma antecipada de profissionais com carreiras mais longas e à saída de um bom número para o setor privado. No caso dos médicos, foram feitas fortes críticas à decisão de não contratar jovens profissionais, cuja longa

⁶“Estima-se que, desde 2009, 14.780 enfermeiros tenham pedido a documentação para emigrar” (RITA; SARAMAGO, 2016, n.p.). Segundo o Bastionário da Ordem dos Médicos, “os médicos estão a emigrar às centenas por ano e se não fizermos o que for necessário para os fixar, é uma grande perda, tanto em termos de investimento como de conhecimento científico. Estamos a exportar cérebros” (OBSERVATÓRIO DA EMIGRAÇÃO, 2015, n.p.).

formação escolar foi, em grande parte, patrocinada por recursos públicos, representando, portanto, grave desperdício de recursos.

Tal situação levou a uma greve dos médicos em julho de 2012, quando o Ministério da Saúde e os sindicatos negociaram acordo que incluiu revisão salarial, horários de trabalho, novas contratações, oportunidades de progressão na carreira, alargamento das listas de utentes dos médicos de família (de 1500 para 1900) e mobilidade acrescida dos médicos dentro do SNS (SAKELLARIDES *et al.*, 2014).

Apesar disso, os efeitos da política de redução de pessoal sobre a qualidade dos serviços, conjugados com outras políticas de austeridade, são preocupantes.

São inúmeros os exemplos e os processos por que passa a degradação dos serviços em consequência dos cortes e da disciplina de austeridade (PAOLETTI; CARVALHO, 2012; EUROFOUND, 2012; OXFAM, 2013; HAUBAN *et al.*, 2013). Em alguns casos, o objetivo da redução dos custos é encoberto pelo argumento de maior racionalização dos serviços ou de maior adequação a padrões internacionais, como nos casos do encerramento das urgências e das maternidades, da prescrição de medicamentos em hospitais públicos, do ‘racionalismo implícito’ nos serviços públicos de saúde⁷.

A degradação da qualidade dos serviços pela redução ou congelamento dos recursos, em pessoal ou outros, é uma das grandes ameaças ao sistema público de saúde. Ela vai minando a confiança dos cidadãos e aumentando o seu descontentamento. Relatório recente da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), revela aspetos críticos no funcionamento dos serviços hospitalares: “as taxas de mortalidade dentro de 30 dias após a admissão, para os casos de AVC, são de 10,5 por 100 internamentos contra os 8,5 por 100 de média dos países da OCDE” (OECD, 2015, p. 29). Portugal também apresenta pior desempenho no que diz respeito a tempo de espera pelas cirurgias e à taxa de infeções associadas aos cuidados de saúde em internamento hospitalar (cerca de 11% dos pacientes internados, em 2012), bem acima da média de 6% da UE.

No mesmo sentido, outro relatório sobre Portugal conclui que “o sistema universal de cuidados de saúde produz, em termos comparados, bons resultados, embora os cortes na despesa tenham minado sua inclusividade e qualidade” (SGI, 2015, n.p.). Ainda, estudo de organização sueca independente coloca o Sistema Nacional de Saúde português quatro posições abaixo do lugar ocupado em 2009, devido, sobretudo, às esperas demasiado longas, à redução da comparticipação de medicamentos, à dificuldade no acesso a fármacos inovadores e a uma enorme ‘estagnação’ do sistema (BJÖRNBERG, 2016).

⁷ Uma descrição alargada dos sinais de desqualificação dos serviços de saúde e da progressiva inacessibilidade aos doentes consta do ‘Relatório da primavera’ de 2012 (OPSS, 2012).

Vale a pena lembrar aqui a observação, feita há muito tempo atrás por Ramesh Mishra, a propósito do processo de contenção dos custos em alguns serviços públicos no governo de M. Thatcher em Inglaterra: uma estratégia de atrito que leve à perda de qualidade dos serviços pode ser mais eficaz do que o ataque direto ao *welfare state* por meio de campanha para a sua privatização (MISHRA, 1995). Ou, como Santos afirmava em 2002,

muitos desses serviços que são hoje ‘serviços públicos’ têm potencialidades mercantis quase infinitas. Para que tal aconteça sem grande perturbação social, é necessário que a ideia de serviço público vá sendo desmoralizada. A estratégia mais eficaz consiste em partir de generalizações falsas, tomar medidas cegas e justificá-las com argumentos populistas (contra o ‘esbanjamento do dinheiro dos contri-buintes’). (SANTOS, 2002).

A MARGEM DE MANOBRA LIMITADA DOS GOVERNOS

Um dos efeitos da governação anticrise em Portugal foi o retrocesso no processo de descentralização do sistema público de saúde instituído. Esse retorno centralista, não sendo uma opção expressa, manifestou-se por meio de um conjunto de dispositivos que passaram a limitar a participação das organizações e dos serviços públicos de saúde nas decisões políticas e a concentrá-las nos órgãos de topo do Ministério da Saúde e do Ministério das Finanças (OPSS, 2014, p. 23).

Um desses dispositivos é a legislação designada por “lei de compromissos”, aprovada no início de 2012 para “reduzir o déficit das Administrações Públicas” e conter “o crescimento da despesa”. Ela prevê que

os dirigentes, gestores e responsáveis pela contabilidade não podem assumir compromissos que excedam os fundos disponíveis a curto prazo [...] A assunção de compromissos plurianuais, incluindo novos projetos de investimento ou a sua reprogramação, contratos de locação, entre outros, ficou sujeita a autorização prévia da tutela. (PORTUGAL, 2012, n.p.).

Para o Observatório dos Sistemas de Saúde, essa lei teve efeitos muito negativos, em particular, sobre a motivação e a responsabilização dos dirigentes das organizações de saúde, já abaladas pela burocratização excessiva e desnecessária do processo de contratação de pessoal e de aquisição de bens e serviços.

O curto prazo, as barreiras burocráticas e o ambiente de incerteza quanto à disponibilidade de recursos impedem o planejamento estratégico, a contratualização plurianual e, no limite, a sustentabilidade das organizações [...]. Transformar as estruturas regionais e locais e as suas organizações em simples correias de transmissão de decisões centralmente tomadas retira eficácia, massa crítica, experiência e capacidade de inovação para encontrar soluções, que só a proximidade e o conhecimento dos problemas permitem resolver. (OPSS, 2014, p. 32).

Outros dispositivos igualmente eficientes em termos de retrocesso na descentralização foram as limitações à celebração ou renovação de contratos de trabalho ou de prestação de serviços de profissionais de saúde pelo setor empresarial do Estado; a criação da Cresap (Comissão de Recrutamento e Seleção para a Administração Pública) para decidir sobre o processo de seleção e nomeação dos cargos dirigentes; o processo de fusão dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS); a centralização da divulgação de informação na Direção Geral de Saúde (DGS); e todo o conjunto de limitações e constrangimentos à tomada de decisão no seio das organizações, quer no universo do setor público administrativo quer no universo das entidades públicas empresariais (OPSS, 2014).

Em movimento inverso ao da centralização da decisão, o governo confia cada vez mais ao setor privado, lucrativo ou não lucrativo, a responsabilidade pela gestão de unidades de saúde com o argumento de redução da despesa pública, sem haver evidência clara de que o argumento é verdadeiro. Para o Bastonário da Ordem dos Médicos, aumentou muito a contratualização da prestação de serviços com o setor privado e com o setor não lucrativo. Ao mesmo tempo, o Ministério da Saúde foi promovendo a saída de médicos e outros profissionais de saúde para o setor privado. Segundo ele, o governo tem feito tudo para destruir a pequena medicina privada de proximidade com vistas a favorecer os grandes oligopólios da saúde, impondo-lhe regras que nem o próprio Estado cumpre (SILVA, 2015).

Situação particularmente gravosa decorre do facto que medidas aparentemente positivas para a contenção das despesas e para a melhoria do bem-estar dos cidadãos utentes do serviço nacional de saúde estão a desencadear efeitos não antecipados que vieram agudizar a situação de partida. É o caso da política de redução dos preços dos medicamentos recomendada pela Troika e seguida à risca pelo governo português.

Essa política teve vários destinatários: começando pela indústria farmacêutica e o setor das farmácias.

Com a indústria farmacêutica, o governo estabeleceu vários acordos para baixar os preços dos medicamentos e, por esta via, reduzir a despesa pública além de negociar

um novo imposto sobre as vendas de produtos farmacêuticos na modalidade de retenção fiscal. A redução dos preços foi bem sucedida, mas fomentou um fenómeno inesperado: o aumento da exportação de medicamentos pelos grossistas, porque esses medicamentos se tornaram competitivos em termos internacionais. Segundo o diretor-executivo da Health Cluster Portugal “estes resultados são fruto do engenho das empresas que, com os preços esmagados internamente, tiveram que procurar novos mercados” (ALVES, 2012, n.p.).

Relativamente às farmácias, verificou-se que a redução das margens de comercialização dos medicamentos reduziu também sua capacidade de manter os estoques de medicamentos usuais, resultando em falhas no abastecimento e, portanto, diminuição do acesso aos medicamentos pelos doentes (OPSS, 2015; VOGLER *et al.*, 2011). Segundo o OPSS,

1756 farmácias tinham fornecimentos suspensos em junho de 2014, em pelo menos um dos armazenistas (ou seja, mais de 60% da totalidade das farmácias em Portugal e com tendência crescente). No mesmo período, o montante global da dívida litigiosa das farmácias aos grossistas atingia os 303 milhões de euros, à qual acresce um valor de 27 milhões de euros de pagamentos em atraso, em fase pré-litigiosa. (OPSS, 2015, p. 74).

Estudo realizado em 2012 concluiu que

cerca de 88% das farmácias reduziram o stock mínimo da maioria dos medicamentos, 86,5% reduziram o número médio de embalagens adquiridas e 92% reportaram dificuldades na obtenção de medicamentos junto dos grossistas ‘quase todos os dias’. (OPSS, 2013, p. 63).

Ao efeito direto da redução das margens⁸ juntou-se o efeito indireto das reduções sucessivas de preços dos medicamentos⁹, principal fonte de remuneração das farmácias (MARTINS; QUEIRÓS, 2015), o que resultou em impacto negativo, sobretudo para as farmácias e grossistas particularmente afetados pela dupla redução na sua remuneração. Entre 2011 e 2014, a margem de comercialização dos medicamentos foi reduzida em cerca de 322,8 milhões de euros, muito acima dos 50 milhões de euros estabelecidos no Mde da Troika. Nesse período, muitas farmácias foram fechadas (PORTUGAL, 2015) e o sector registou aumento de 177% no número de farmácias com processos de insolvência e de 79,4% no número de farmácias com penhoras.

⁸ Decreto-Lei nº 112/2011, de 29/11, alterado pelo Decreto-Lei nº 19/2014, de 5/02.

⁹ A redução da despesa per capita com medicamentos foi de 5.9% em 2010 e em 2011 (OECD, 2015).

ESTRATÉGIAS CIDADÃS DE RESISTÊNCIA À CRISE E À AUSTERIDADE

O modo como a insuficiência, a desqualificação ou a residualização dos serviços afeta os cidadãos é muito diverso, assim como é diverso o modo como lidam com a situação. Falta uma pesquisa sistemática e completa sobre os comportamentos dos cidadãos, aliás, muito dificultada pela política de opacidade dos serviços públicos, por um lado, e pela qualidade muito desigual e irregularidade da colheita dos dados, por outro lado.

Importa referir que os efeitos das reformas introduzidas em vários domínios do sistema de saúde deveriam ter sido objeto de avaliação prévia, não só quanto às suas vantagens para a gestão pública como também quanto às desvantagens que elas podiam trazer para os cidadãos usuários, como já foi referido anteriormente.

Para aqueles cidadãos que viram reduzidos seus rendimentos e apoios sociais a que tinham acesso, bem como agravado seu custo de vida, uma atitude comum é a redução da procura por cuidados de saúde tais como consultas, exames, medicamentos etc. Os dados oficiais confirmam a redução no número de consultas desde 2011 e, em particular, a elevada falta às consultas de saúde mental devido ao facto de os doentes não poderem suportar os custos de transporte, até então pagos pelo SNS (PORTUGAL, 2013a). Quanto à aquisição de medicamentos prescritos, existe evidência de que muitos doentes não compram regularmente os medicamentos associados a certas doenças: doenças crônicas, hipertensão e hipercolesterolemia, depressões etc. (SAKELLARIDES, 2014).

A redução das isenções das taxas moderadoras, a duplicação do montante dessas taxas¹⁰ e a extensão das taxas moderadoras a outros serviços¹¹, a par do aumento da demora no acesso aos cuidados por falta de profissionais, vieram agravar ainda mais a situação, precisamente, para aqueles que não têm rendimentos que lhes permitam recorrer ao setor privado. No entanto, existe evidência de que aqueles que podem deslocar sua procura para o setor privado, subscrevem seguros privados de saúde (cobrindo já 20% da população em 2011) ou pressionam o sistema público para dar as respostas que dele se espera. Alguns

¹⁰ Essa revisão do regime de taxas moderadoras veio levantar várias questões: a) a da inequidade da duplicação do montante das taxas quando se instalava uma grave crise econômica e social; b) a da lógica assistencialista e do risco de estigmatização que estão por trás da limitação do acesso a isenções da taxa moderadora apenas a quem comprovadamente não tem recursos; c) a dos custos muito elevados de instituição de um sistema de controle dos pedidos de isenção de taxas; d) a do impacto reduzido no orçamento da saúde exercido pelo aumento das taxas moderadoras; e e) a do facto de as taxas moderadoras incidirem sobre a prestação de serviços de saúde não escolhidos pelos usuários, mas, sim, prescritos pelos médicos (SAKELLARIDES, 2014).

¹¹ Serviços de enfermagem, vacinação não incluída no plano nacional de vacinação, exames radiológicos e terapêutica no âmbito dos serviços de urgência.

casos dessa pressão foram muito mediatizados, como o da reação contra o ‘acionamento’ dos medicamentos caros. Ainda recentemente (fevereiro de 2015), um doente com Hepatite C protestou no Parlamento, frente a frente com o Ministro da Saúde, pela decisão de vedar o acesso a um tratamento inovador de elevada taxa de cura com fundamento no custo elevado do tratamento. Em resultado disso, o governo foi forçado a liberar o acesso ao medicamento e, com isso, permitiu salvar a vida de muitos doentes.

Mas existem outras alternativas. Nem sempre os cidadãos estão isolados na resolução dos seus problemas agravados pelas políticas de austeridade. Essa crise também suscita a emergência de respostas na própria sociedade civil, como, por exemplo, a entreadjudada nos cuidados a dependentes, a guarda informal de crianças, a partilha de meios de transporte particulares ou de habitação, bancos de medicamentos etc. A origem de tais respostas é muito diversa: surgimento espontâneo em contextos de proximidade, enquadramento numa lógica de economia social e solidária, inspiração filantrópica ou de voluntariado social (LAVILLE, 2005, 2011; LAVILLE; JANÉ, 2009; HESPANHA; SANTOS, 2012).

Importa, por isso, identificar de onde partem e conhecer os diferentes aspectos que permitem avaliar a sua eficácia: o modo como as respostas surgem, sua condição mais ou menos formal e organizada, a filosofia individualista, particularista ou solidária que as inspira, o tipo de solidariedade de que se alimentam – para simplificar: paternalista ou democrática, vertical ou horizontal –, seu âmbito de ação mais ou menos alargado e integrado, a consistência e durabilidade dessas respostas, o caráter inovador e transformador, o reconhecimento institucional das respostas.

EM DEFESA DOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE

A prioridade concedida à redução do déficit tem de ser equilibrada com a necessidade de preservar os padrões mínimos de bem-estar e coesão social. Os serviços sociais ocupam posição muito especial, dado que são, simultaneamente, fonte de gastos e instrumento de pre-venção e combate à pobreza. Tanto quanto se sabe, não há planos claros para os serviços sociais no futuro. Ideias neoliberais são avançadas para justificar a redução das políticas sociais, simultaneamente à defesa, pelos partidos de direita, de reforma profunda do Estado social e, até, de revisão da Constituição Política Portuguesa para incorporar tais ideias.

Uma política rigorosa de contenção da despesa pública pode exercer forte impacto sobre os serviços sociais sempre que as pessoas afetadas por cortes (por exemplo, na área da saúde ou da educação) fiquem em situação de pobreza. Novas e mais severas regras de contenção para reduzir

o déficit da despesa pública continuam a ser anunciadas. A incerteza torna difícil visualizar o futuro das políticas sociais e dos serviços sociais.

A análise combinada da evolução e impacto da austeridade sobre as políticas sociais com o modo como a sociedade portuguesa está sofrendo o impacto da crise revela que existe uma enorme falta de legitimidade nas medidas que estão sendo levadas a cabo, no que diz respeito a valores e expectativas legítimas de bem-estar social numa sociedade europeia moderna, pautada pelos princípios da cidadania política e social. Ao mesmo tempo, essas medidas estão contribuindo para a perda de capital social, gerando o risco de destruir as próprias bases da sociedade.

Quaisquer que sejam as circunstâncias, importa sustentar que a reforma dos serviços sociais públicos não pode abandonar os objetivos fundamentais de minimizar as desigualdades, proteger os mais fracos e melhorar o bem-estar social para todos. Existem ainda muitos entraves – porventura mais ainda do que no passado – à melhoria dos serviços públicos, e um deles, muito importante, é a própria natureza burocrática, autoritária e clientelar da administração pública, que o sistema político democrático pretendeu transformar, mas não foi capaz ou não quis. Ultimamente assiste-se ao reforço dessas tendências e à crescente opacidade dos critérios de gestão da administração pública, tornando difícil o acesso à informação sobre os impactos da austeridade.

Os serviços sociais públicos são essenciais em contexto de crise e as consequências da sua degradação ou supressão serão dramáticas para a grande maioria dos portugueses. Por isso, a defesa do Estado social e do papel do Estado na proteção social faz-se, em boa medida, pela exigência que colocamos nos serviços públicos e pela capacidade de se ajustarem às novas realidades, por meio de melhorias que os tornem úteis aos cidadãos, do seu alargamento a domínios não cobertos, fazendo bom uso das respostas que a sociedade foi inventando – como serviços de proximidade, a saúde na comunidade – e da vinculação mais estreita dos serviços aos territórios, prestando mais atenção às necessidades sentidas em cada momento pela comunidade.

REFERÊNCIAS

- ALVES, V. As exportações do sector da saúde cresceram 8% em 2012. *Dinheiro Vivo*, Lisboa, 2 jun. 2012. Disponível em: <<https://www.dinheirovivo.pt/economia/as-exportacoes-do-sector-da-saude-cresceram-8-em-2012/>>. Acesso em: 30 maio 2016.
- AVRAM, S. *et al.* *The distributional effects of fiscal consolidation in nine EU countries*. Colchester: EUROMOD, 2013. (Working paper, EM 2/13).
- BJÖRNBERG, A. *Euro health consumer index 2015*: report. Health Consumer Powerhouse, 2016. Disponível em: <http://www.healthpowerhouse.com/files/EHCI_2015/EHCI_2015_report.pdf>. Acesso em: 30 maio 2016.
- BOURDIEU, P. *The abdication of the state in the weight of the world*: social suffering in contemporary society. Cambridge: Polity Press, 1998. p. 181-188.
- _____. *Sobre o Estado*. São Paulo: Companhia das Letras, 2014.
- CALLAN, T. *et al.* *The distributional effects of austerity measures: a comparison of six EU countries*. Colchester: EUROMOD, 2011. (Working paper, EM6/11).
- CAMPOS, A. Receitas de ansiolíticos para idosos duplicaram. *Jornal Público*, Lisboa, 22 fev. 2013. Disponível em: <<http://www.publico.pt/portugal/jornal/receitas-de-ansioliticos-para-idosos-duplicaram-26105732>>. Acesso em: 30 maio 2016.
- CARITAS EUROPA. *The impact of european crisis: a study of the impact of the crisis and austerity on people, with a special focus on Greece, Ireland, Italy, Portugal and Spain*. Brussels: Caritas Europa, 2013.
- CARVALHO, A. C. Doentes mentais estão a abandonar tratamento por falta de dinheiro. *Jornal Público*, Lisboa, 10 mar. 2013. Disponível em: <<http://www.publico.pt/portugal/jornal/doentes-mentais-estao-a-abandonar-tratamento-por-falta-de-dinheiro-26191140>>. Acesso em: 30 maio 2016.
- EUROFOUND. *Third european quality of life survey*: quality of life in Europe, impacts of the crisis. Luxemburgo: Publications office of the European Union, 2012.
- EUROPEAN COMMISSION. Directorate-General for Economic and Financial Affairs. *The economic adjustment programme for Greece*. European Commission: Bruxelas, 2010. (Occasional papers, 61).
- _____. Directorate-General for Economic and Financial Affairs. *The economic adjustment programme for Ireland*. European Commission: Bruxelas, 2011. (Occasional papers, 76).
- _____. Directorate-General for Economic and Financial Affairs. *The economic adjustment programme for Portugal, 2011-2014*. European Commission: Bruxelas, 2014. (Occasional papers, 202).

_____. Directorate-General for Economic and Financial Affairs. *The financial sector adjustment programme for Spain*. European Commission: Bruxelas, 2012a. (Occasional papers, 118).

_____. Directorate-General for Economic and Financial Affairs. *The second economic adjustment programme for Greece*. European Commission: Bruxelas, 2012b. (Occasional papers, 94).

_____. European Central Bank. *Memorandum of understanding between the European Commission acting on behalf of the European stability mechanism and the Hellenic Republic and the bank of Greece*. Bruxelas: Directorate-General for Economic and Financial Affairs, 2015. Disponível em: <http://ec.europa.eu/economy_finance/assistance_eu_ms/greek_loan_facility/pdf/01_mou_20150811_en.pdf>. Acesso em: 23 set. 2015.

EUROSTAT. *Income and living conditions database*, 2014. Disponível em: <http://ec.europa.eu/eurostat/web/income-and-living-conditions/data/database?p_p_id=NavTreeportletprod_WAR_NavTreeportletprod_INSTANCE_CEM7npyJJgVL&p_p_lifecycle=0&p_p_state=normal&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-2&p_p_col_count=1>. Acesso em: 23 fev. 2015.

_____. *Key figures in Europe*. Luxemburgo: Publications office of the European Union, 2015.

FERREIRA, A. C. *Política e sociedade: teoria social em tempo de austeridade*. Porto: Vida Económica, 2014.

GONZÁLEZ BEGEGA, S.; LUQUE BALBONA, D. Crisis económica y deterioro de los pactos sociales en el sur de Europa: Los casos de España y Portugal. *Revista Internacional de Sociología*, Madrid, v. 73, n. 2, maio/ago. 2015.

GOULÃO, J. Crise está a provocar ‘fenómeno’ de ‘consumos de desespero’ de drogas. *Jornal SOL*, 12 abr. 2012. Disponível em: <<http://www.sol.pt/noticia/46596>>. Acesso em: 12 out. 2015.

HAUBAN, H. *et al. Assessing the impact of European governments' austerity plans on the rights of people with disabilities*. European report. European Foundation Centre, 2012. Disponível em: <http://www.enil.eu/wp-content/uploads/2012/12/Austerity-European-Report_FINAL.pdf>. Acesso em: 30 maio 2016.

HESPANHA, P.; FERREIRA, S.; PACHECO, V. O Estado Social, crise e reformas. In: REIS, J. (Org.). *A economia política do retrocesso: crise, causas e objetivos*. Coimbra: Almedina, 2014. p. 189-281.

HESPANHA, P.; SANTOS, L. L. Economia Solidária, os investigadores sociais e a crise. *Rua Larga*, n. 34, Coimbra: Universidade de Coimbra, 2012.

JESSOP, B. Putting neoliberalism in its time and place: a response to the debate. *Social Anthropology*, Londres, v. 21, n. 1, p. 65-74, fev. 2013.

JORNAL PÚBLICO. Tentativas de suicídio aumentam com a crise. *Jornal Público*, 7 jan. 2013.

Disponível em: <<https://www.publico.pt/sociedade/noticia/tentativas-de-suicidio-aumentam-com-a-crise-1579762>>. Acesso em: 30 maio 2016.

LAVILLE, J. L. *Sociologie des services: entre marché et solidarité*. Ramonville: Érès, 2005.

_____. *Agir à gauche: L'économie sociale et solidaire*. Paris: Desclée de Brouwer, 2011.

LAVILLE, J. L.; JANÉ, J. G. *Crisis capitalista y economía solidaria: una economía que emerge como alternativa real*. Barcelona: Icaria, 2009.

MAMEDE, R. *O que fazer com este país: do pessimismo da razão ao optimismo da vontade*. Queluz de Baixo: Editorial Presença, 2015.

MARTINS, L.; QUEIRÓS, S. Competition among pharmacies and the typology of services delivered: the portuguese case. *Health Policy*, Amsterdã, v. 119, n. 5, p. 640-647, maio 2015.

MARTINS, R. Fazer cortes cegos na estrutura do Estado terá impactos sociais. *Jornal Público*, 7 jul. 2010. Disponível em: <<http://www.pressreader.com/portugal/edi%C3%A7%C3%A3o-p%C3%BAblico-porto/20100707/281938834182236>>. Acesso em: 30 maio 2016.

MISHRA, R. *O Estado-Providência na sociedade capitalista*. Oeiras: Celta, 1995.

NAVARRO, M.; ERANSUS, B. (Org.). *Crisis y fractura social em Europa: causas y efectos en España*. Barcelona: Obra Social 'La Caixa', 2012.

NÓVOA, A. S. Nota de Apresentação. In: FERREIRA, A. C. *Política e sociedade: teoria social em tempo de austeridade*. Porto: Vida Económica, 2014.

OBSERVATÓRIO DA EMIGRAÇÃO. *Médicos estão a emigrar às centenas*, 2015. Disponível em: <<http://observatorioemigracao.pt/np4/4623.html>>. Acesso em: 6 jun. 2016.

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE (OPSS). *Acesso aos cuidados de saúde. Um direito em risco?: relatório de primavera 2015*. Coimbra: OPSS, 2015. Disponível em: <http://www.apdh.pt/sites/apdh.pt/files/Relatorio_Primavera_2015_VF.pdf>. Acesso em: 6 jun. 2016.

_____. *Crise & saúde, um país em sofrimento: relatório de primavera 2012*. Coimbra: OPSS, 2012. Disponível em: <www.esesjd.uevora.pt/content/download/194/.../RelatorioPrimavera2012_OPSS_3.pdf>. Acesso em: 6 jun. 2016.

_____. *Dois faces da saúde: relatório de primavera 2013*. Coimbra: Mar da Palavra, 2013.

(Observatório da Saúde, 10). Disponível em: <http://www.uc.pt/org/ceisuc/Documentos/rp/rp_2013.pdf>. Acesso em: 6 jun. 2016.

_____. *Saúde síndrome de negação*: relatório de primavera 2014. Coimbra: OPSS, 2014. Disponível em: <<http://www.opss.pt/sites/opss.pt/files/RelatorioPrimavera2014.pdf>>. Acesso em: 6 jun. 2016.

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT (OECD). *Reviews of health care quality*: Portugal. Paris: OECD, 2015.

OXFORD COMMITTEE FOR FAMINE RELIEF (OXFAM). A cautionary tale: the true cost of austerity and inequality in Europe. *OXFAM briefing paper*, v. 174, set. 2013. Disponível em: <http://www.oxfam.org/sites/www.oxfam.org/files/bp174-cautionary-tale-austerity-inequality-europe-120913-en_1.pdf>. Acesso em: 6 jun. 2016.

PAOLETTI, I.; CARVALHO, M. I. Ageing, poverty and social services in Portugal: the importance of quality services. *Indian Journal of Gerontology*, Jaipur, v. 26, n. 3, p. 396-413, 2012.

PORTUGAL. Assembleia da República. Lei nº 8/2012, de 21 de fevereiro. Aprova as regras aplicáveis à assunção de compromissos e aos pagamentos em atraso das entidades públicas, *Diário [da] República*: Assembleia da República, 2012. Disponível em: <http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=2273&tabela=leis>. Acesso em: 26 ago. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Serviço Nacional de Saúde. *Estatística do Medicamento 2013*. Infarmed, 2015. Disponível em: <http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MONITORIZACAO_DO_MERCADO/OBSERVATORIO/ESTATISTICA_DO_MEDICAMENTO/ESTATISTICA_DO_MEDICAMENTO_ANTERIORES/Estat_Medic_2013_0.pdf>. Acesso em: 30 maio 2016.

_____. Ministério da Saúde. *Utentes faltam a um milhão de consultas por ano*. Lisboa: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: <<http://sol.sapo.pt/noticia/69330/sns-utentes-faltam-a-um-milh%C3%A3o-de-consultas-por-ano>>. Acesso em: 30 maio 2016.

_____. *Um Estado melhor*: proposta do Governo, aprovada no CM de 30 de outubro de 2013. Lisboa: Presidência do Conselho de Ministros, 2013b. Disponível em: <<http://www.portugal.gov.pt/media/1228115/20131030%20guiao%20reforma%20estado.pdf>>. Acesso em: 30 set. 2015.

REIS, J. (Org.). *A economia política do retrocesso*: crise, causas e objetivos. Coimbra: Almedina, 2014.

RITA, C.; SARAMAGO, J. 14 mil enfermeiros saíram em 7 anos. *Correio da Manhã*, 31 jan. 2016. Disponível em: <http://www.cmjornal.xl.pt/nacional/sociedade/detalhe/14_mil_enfermeiros_sairam_em_7_anos.html>. Acesso em: 6 jun. 2016.

SAKELLARIDES, C. *et al.* *The impact of the financial crisis on the health system and health in Portugal*. Copenhagen: WHO Europe, 2014.

SANTOS, B. S. A idéia do serviço público, *Visão*, 29 mai. 2002. Disponível em: <<https://www.ces.uc.pt/opiniaio/bss/051.php>>. Acesso em: 6 jun. 2016.

SILVA, J. M. O necessário e resumido balanço de quatro anos de Ministério da Saúde: olhar o passado a pensar no futuro. *Revista da Ordem dos Médicos*, Lisboa, n. 162, p. 5-11, 2015.

SUSTAINABLE GOVERNANCE INDICATORS (SGI). *Portugal: social policies*, 2015. [Internet]. Disponível em: <http://www.sgi-network.org/2015/Portugal/Social_Policies>. Acesso em: 4 nov. 2015.

UNIÃO EUROPEIA. Banco Central Europeu. *Memorando de entendimento sobre as condicionalidades de política econômica*. Lisboa: Ministério das Finanças, 2011.

VOGLER, S. *et al.* Pharmaceutical policies in European countries in response to the global financial crisis. *South Med Rev.*, Auckland, v. 4, n. 2, p. 69-79, dez. 2011.

WACQUANT, L. *Punishing the poor: the neoliberal government of social insecurity*. Durham: Duke University Press, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Definition of 'health in all policies'*. Global Conference on Health Promotion, 8. Helsinki: WHO, 2013. Disponível em: <<http://www.health-promotion2013.org/health-promotion/health-in-all-policies>>. Acesso em: 12 out. 2015.