

***Welfare State* e emprego em saúde nos países avançados desde o Pós-Segunda Guerra Mundial**

LUIZ MARCOS DE OLIVEIRA SILVA
FERNANDO AUGUSTO MANSOR DE MATTOS*

Welfare State and employment in health activities in developed countries since the Post-Second World War. The article analyzes the economic importance of the health activities in the developed countries in the last decades of the twentieth century. It takes into consideration the evolution of the weight of the employment in the health activities in European countries' and also in the United States' labour markets, which will be compared in an historical perspective. The evolution and the weight of the public expenditure in the health activities will also be taken into account so as to analyze the economic importance of the sector in the last decades of twentieth century. The role played by the political, economic and social context of the Post-Second World War in the construction of the system of social protection (Welfare State) and its effects over the health activities will be also considered.

Keywords: Post-Second World War; Welfare State; developed countries; health services; state regulation.

JEL Classification: N34; I18; J40; J44.

INTRODUÇÃO

As transformações pelas quais passou o capitalismo a partir da segunda metade dos anos 1970, quando estava clara a ruptura do sistema financeiro internacional que havia sido erigido em Bretton Woods, desdobraram-se em uma nova pos-

* Economista pela Universidade Federal de Sergipe. Mestre em Desenvolvimento Econômico pela Unicamp. Atualmente responde pela Coordenação de Controle de Custos da UFS. E-mail: lmarcosoliveira@gmail.com. Mestre e Doutor em Economia pelo Instituto de Economia da Unicamp. Professor e pesquisador da PUC de Campinas, no programa de pós-graduação em Ciência da Informação e no Centro de Economia e Administração (CEA). E-mail: fermatt@uol.com.br. Submetido: Abril 2007; Aprovado: Março 2008.

tura das autoridades econômicas dos países desenvolvidos em relação ao padrão de intervenção estatal que caracterizou o período logo após a segunda Guerra Mundial, que se convencionou chamar de Estado de Bem-Estar Social (*Welfare State*). Durante os chamados Anos Dourados (1945-1973), a ação estatal nesses países permitiu a expansão e consolidação dos sistemas de proteção social denominados de *Welfare State*, através dos quais o Estado passava a redefinir um padrão de regulação das relações sociais e de trabalho, deixando de lado a ideia antecessora de que o Estado deveria preocupar-se apenas com o amparo dos mais pobres, sem interferir na “vida normal da comunidade” (Marshall, 1967). Com a constituição dos mecanismos de *Welfare State*, a proteção social deixa de ter um caráter emergencial e focalizado e passa a constituir uma forma de regulação das relações sociais que, se por um lado introduz elementos de intervenção estatal no “livre” funcionamento dos mercados (inclusive de trabalho), permitindo aos excluídos (temporária ou estruturalmente) manterem-se como consumidores, por outro lado passa a contar com elementos que dinamizam a própria acumulação capitalista, tornando-se um fator funcional para incentivar o investimento privado: o cálculo capitalista estabiliza suas expectativas ao saber que os mecanismos do *Welfare State*, até certo ponto, atenuavam as oscilações – próprias do capitalismo enquanto regime baseado na economia monetária da produção – da demanda efetiva.

Sem embargo, as novas condições de concorrência intercapitalista pós-ruptura do sistema de Bretton Woods, a crise política do Estado e as necessidades de ajuste fiscal modificaram de forma sensível o processo produtivo e o posicionamento dos Estados Nacionais no tocante às políticas de caráter social. Aliado a isso se altera significativamente o padrão de regulação do trabalho, com a flexibilização das relações de trabalho no que se refere às formas de contratação, determinação da remuneração, jornada de trabalho, solução dos conflitos e a descentralização das negociações. Para compreender esses fenômenos, serão analisados, neste artigo, os fatores que permitiram a expansão e a crise dos Estados de Bem-Estar Social. Na parte central do artigo, será avaliado como as atividades de serviços de saúde foram afetadas pelas novas condições de funcionamento da concorrência capitalista, vigentes a partir dos anos 1970. Ao final, tecemos alguns comentários a título de conclusão, destacando como os sistemas de saúde passaram a sofrer uma maior “exposição” às forças do mercado.

DOS “ANOS DE OURO” AO NOVO PADRÃO DE REGULAÇÃO ESTATAL

As políticas sociais e a repercussão dos gastos governamentais na dinâmica econômica ganharam destaque com o surgimento das teorias propostas por Keynes, em um contexto de crise de insuficiência da demanda efetiva. A conjuntura econômica desfavorável a partir de 1929, a segunda Guerra Mundial, e a divisão

do mundo em dois blocos – um capitalista e outro “comunista¹” – desencadearam a convicção de que os destinos dos cidadãos não deveriam estar totalmente sujeitos à instabilidade inerente às forças de mercado. Dessa maneira, a sociedade passou a demandar políticas que promovessem o crescimento econômico, visassem à diminuição do desemprego e à elevação do nível de proteção social. O Estado passou então a ter uma maior participação na economia, a partir da provisão de serviços sociais e através da elaboração de políticas monetárias e fiscais voltadas ao pleno emprego. Com isso, entre as décadas de 1930 e 1970, surge, nos países centrais, um Estado de Bem Estar Social (*Welfare State*), com despesas públicas em políticas sociais, notadamente saúde, que representavam parcelas cada vez mais representativas do gasto público (Médici, 2002).

O avanço do gasto público e da regulação estatal só foi possível a partir da elevação da carga tributária e a formação de fundos públicos que financiaram tais políticas de caráter social. Para tanto, era absolutamente necessário que não houvesse o comprometimento da lucratividade das empresas, o que poderia provocar, pelo lado do setor privado, o rompimento do “pacto sociopolítico” (Hobsbawm, 1995) do pós-guerra. Nesse sentido, teve papel essencial a conjuntura de baixos custos financeiros das empresas, de baixo preço do barril de petróleo, além das altas taxas de crescimento dos respectivos produtos nacionais brutos e da produtividade apresentadas no período pós-guerra.

O peso do gasto público

A instalação e ampliação do sistema de *Welfare State*, durante o pós-guerra, foi um dos principais fatores explicativos da ampliação histórica do peso do gasto público nos respectivos PIB's desses países, conforme mostra a Tabela 1.

Tabela 1: Evolução do peso do gasto público em países selecionados em porcentagem do PIB (1870-1994)

Países	1870*	1913*	1920*	1937*	1960*	1980	1994	1992**	1996**
França	12,6	17	27,6	29	34,6	46,1	54,9	51	54,7
Alemanha	10	14,8	25	42,4	32,4	47,9	49	46,1	49,7
Itália	11,9	11,1	22,5	24,5	30,1	41,9	53,9	n.d.	n.d.
R. Unido	9,4	12,7	26,2	30	32,2	43	42,9	51,2	42,3
EUA	3,9	1,8	7	8,6	27	31,8	33,5	38,5	36,7

Fonte: Adaptado de Tanzi e Schuknecht (1995), apud Rodrik (1997). Dados selecionados.

* Aproximadamente.

**Dados de IMF International Financial Statistics, apud Baker, Epstein e Pollin (1998). Os dados de 1992 e 1996 não são totalmente comparáveis com os das colunas anteriores.

¹ Nesta perspectiva mais política, a Guerra Fria representou uma ameaça de avanço do comunismo sobre os domínios do capitalismo, que teria se visto obrigado a fazer algumas concessões à sociedade como forma de “evitar que trabalhadores e outros setores desfavorecidos pudessem ‘passar’ para o comunismo” (Uriarte, 2002, p. 22).

A abrangência do sistema de *Welfare State* e o conteúdo do contrato social construído nos Anos Dourados podem ser resumidos em: (a) direito ao trabalho; (b) políticas de ataque à pobreza; (c) proteção contra riscos individuais e sociais e (d) mecanismos e políticas de promoção de oportunidades equânimes. O direito ao trabalho, na verdade, foi reforçado pela melhoria das condições concretas que caracterizaram o funcionamento dos mercados de trabalho nacionais, dadas as condições de crescimento das economias nacionais. Para a geração de emprego foi fundamental, conforme mostrou Mattos (2001, 2005), a ampliação do emprego público (ocorrida especialmente nas próprias atividades do Estado de Bem-Estar Social) e a redução da jornada de trabalho. Esses dois fatores, conjugados – e favorecidos pela conjuntura de crescimento econômico acelerado –, permitiram que os mercados de trabalho nacionais operassem em pleno emprego durante cerca de 20 anos. O baixo desemprego existente nos países desenvolvidos tinha seus efeitos sociais facilmente contornáveis pela formulação e implementação de políticas de transferência de renda às famílias em dificuldades econômicas e/ou aos trabalhadores desempregados. Os fatos negativos imprevistos da vida econômica e social também podiam ser atenuados com a ampliação dos bens e serviços públicos, como, por exemplo, os serviços regulares de saúde e as transferências de renda aos infelizes esporádicos ou perenes.

A ampliação dos serviços de saúde fazia parte de uma construção política e social que se baseava na ampliação dos Direitos Sociais e na consolidação de mecanismos de promoção de oportunidades equânimes que davam lastro ao fortalecimento da democracia e de seus valores, que contrastavam com os valores dos regimes autoritários que a antecederam no período entreguerras.

O papel do emprego público no pós-guerra

O financiamento das atividades do *Welfare State* foi possível graças à expansão da arrecadação de tributos no contexto do crescimento econômico do pós-Guerra e também como decorrência da nova forma de atuação política dos Estados Nacionais, em tempos de hegemonia do keynesianismo e dos seus ideais de planejamento e coordenação das diversas esferas da política econômica. Nesse contexto, teve papel decisivo a formulação de políticas fiscal e monetária expansionistas. O Estado também teve papel decisivo na consolidação dos acordos coletivos de trabalho e, em última instância, na melhoria das condições de trabalho. Dessa forma, foi possível a conformação do Estado de Bem-Estar Social, criando uma significativa quantidade de bens e serviços públicos.

O contexto propício ao investimento privado promoveu o aumento do emprego nas economias avançadas. É importante destacar que a nova forma de organização social (baseada na construção do *Welfare State*), a ampliação dos gastos militares na área da OTAN, a nacionalização de empresas tidas como primordiais para a reconstrução das economias nacionais e a retomada de suas atividades econômicas e, finalmente, o próprio processo de expansão dos serviços típicos de Estado foram decisivos para que houvesse uma ampliação significativa do peso do

emprego público no conjunto da ocupação dos países avançados a partir do pós-guerra.

Rose (1985) apresenta uma importante contribuição para o estudo da evolução do emprego público nos Anos Dourados. Partindo de uma classificação de emprego público que inclui desde o pessoal empregado na administração pública até os ocupados nas atividades de fornecimento de bens/serviços públicos (incluindo as atividades contidas no âmbito do *Welfare State*) e agregando ainda os empregados de empresas estatais, o autor mostra que o setor público foi o principal gerador de emprego nas economias capitalistas avançadas entre 1950 e 1980 (Tabela 2). Em alguns países (como Grã-Bretanha, França e Itália), o emprego público foi, na verdade, o único responsável (em termos líquidos) pela expansão do conjunto do emprego no período 1950-1980; ou seja, nesses países houve queda (em números absolutos) do emprego do setor privado.

Tabela 2: Evolução do conjunto do emprego público e do emprego privado – 1950–1980
(em milhares de empregos) – Países selecionados

PAÍSES	Total de ocupados (*)		Emprego público**		Emprego privado**		TMAC (em %) (***)		
	1950	1980	1950	1980	1950	1980	Público	Privado	Total
Grã-Bretanha	23602	24323	6284	7632	17318	16691	0,65	-0,12	0,1
Alemanha	19975	25741	2885	6634	17090	19107	2,81	0,37	0,85
França	20520	21432	3545	6237	16975	15195	1,9	-0,37	0,15
Itália	19958	20919	2271	5101	17687	15818	2,73	-0,37	0,16
EUA	63890	101194	10881	18538	53009	82656	1,79	1,49	1,54

Fonte: Rose (1985); elaboração própria.

(*) Total de ocupados é dado pela soma entre emprego público e emprego privado.

(**) Reino Unido e Itália: dados de 1951 e 1981; EUA, dados de 1952 e 1982.

(***) Taxa média anual de crescimento no período 1950-1980 (em %).

No pós-guerra, o Estado passou a assumir novas funções ou a ampliar as suas funções já mais tradicionais, com reflexos sobre a geração de empregos públicos. Dessa forma, às tradicionais atividades militares e às ligadas aos transportes e comunicações, agregaram-se muitas outras, entre as quais se incluem as atividades diretamente produtivas, reunidas nas empresas nacionalizadas no pós-guerra (houve um número não desprezível de nacionalização de empresas na maioria dos países avançados no pós-guerra). Além dessas, destacam-se as atividades ligadas à gestão e ampliação das atividades sociais contidas no *Welfare State*. A ampliação do emprego público resultou das transformações sociais pelas quais passavam as sociedades da Europa Ocidental e mesmo os Estados Unidos durante os Anos Dourados, sendo a construção do *Welfare State* o fator determinante do desenvolvimento de uma nova forma de organização social, em que a generalização dos bens e serviços públicos e a ampliação dos direitos de cidadania e de igualdade

ocupavam lugar de destaque. Nesse contexto, as atividades do setor de saúde também tiveram papel decisivo.

Expansão e crise do *Welfare State*

As condições sociais e políticas peculiares do pós-guerra foram determinantes para que a ideia de Estado de Bem-Estar Social se consolidasse nas sociedades ocidentais de economia capitalista avançada. Essa forma de organização da atuação dos Estados Nacionais representou um dos fatores mais importantes para a dinamização da atividade econômica, permitindo que se instalasse um ciclo virtuoso entre o investimento público e o investimento privado, ampliando, de forma acelerada, os ganhos de produtividade e abrindo espaço, dessa forma, para que se pudessem conjugar elevações expressivas dos salários reais com aumento da lucratividade das empresas, estimulando novos surtos de investimentos produtivos, em contexto de ampliação do consumo das famílias e aumento da massa salarial.

Esse dinamismo do capitalismo regulado apresenta seus primeiros sinais de desgaste ainda na década de 1960, quando é sentido certo abalo nas estruturas de poder e nas políticas sociais. A socialdemocracia perde força, em função, entre outros motivos, da dificuldade das políticas sociais em atender aos novos valores da sociedade, que, ao contrário da geração anterior, aceita correr mais riscos e demanda políticas que levem em consideração os interesses individuais, propondo um modelo de proteção social mais “flexível”. Na verdade, as contradições do sistema financeiro internacional, cujas bases de sustentação haviam sido erigidas por ocasião das conferências de Bretton Woods (em 1944), acabaram tendo efeitos na desaceleração do crescimento dos PIB's dos países desenvolvidos a partir dos anos 1970, tornando cada vez mais difícil o financiamento da expansão dos sistemas nacionais de proteção social (*Welfare State*). Nesse contexto, o revigoramento do discurso neoliberal e a progressiva generalização de governos e/ou políticas macroeconômicas de cunho ortodoxo/conservador acabaram deixando os sistemas de *Welfare State* sob xeque.

A crise do Estado de Bem-Estar pode, então, ser entendida como a conjugação de vários fatores que se desdobraram tanto no nível macroeconômico quanto no microeconômico, tornando cada vez mais difícil a conjugação virtuosa entre a política econômica e a social. Em termos macroeconômicos, eleva-se vertiginosamente o déficit público, são recorrentemente verificados problemas na balança comercial, a inflação se acelera e a ameaça do desemprego é crescente. No plano microeconômico, cai a produtividade e os custos se elevam em função dos preços da força de trabalho, dos insumos e da obsolescência tecnológica.

Neste contexto, a crise fiscal do Estado foi também inflada, de modo mais geral, pelas condições adversas em termos de crescimento econômico, colocando dificuldades adicionais para a recuperação da arrecadação de tributos e, de forma mais específica, pelo fato de que a crescente mobilidade do capital permitiu às em-

presas transnacionais burlarem os controles legais de arrecadação e praticarem a evasão fiscal. Já a partir da década de 1970 ocorreu um processo de deterioração do perfil do gasto público, com a ampliação do peso dos gastos com juros da dívida pública no total dos gastos realizados pelo Estado.

A deterioração dos gastos públicos

As alterações ocorridas na ordem financeira internacional ampliaram a financeirização da riqueza (Chesnais, 1996, 1997), o que contribuiu para deteriorar a “qualidade” do gasto público. Ademais, a crescente informalização dos diferentes mercados de trabalho nacionais colocou entraves para a contínua expansão da arrecadação pública, o que afetou sobremaneira o financiamento do *Welfare State*, que se baseia fundamentalmente na ampliação do volume dos contratos formais estabelecidos entre capital e trabalho. A pressão política² pela redução das despesas vinculadas ao Estado Social (os “ajustes” fiscais tornam-se cada vez mais recorrentes) vai continuamente deteriorando a “construção sociopolítica” (Hobsbawm, 1995) que havia se estabelecido durante o pós-guerra.

O discurso liberal/conservador, que se torna hegemônico, interpreta o *Welfare State* como um entrave à retomada do crescimento econômico. A retórica anti-*welfare State* ganhou impulso decisivo a partir dos anos 1980, quando o discurso hegemônico passou também a receitar a diminuição dos custos associados ao trabalho como condição para que seja retomada a trajetória de crescimento econômico (e, por conseguinte, para que as taxas de desemprego declinassem). É também a partir dos anos 1980 que se consolidou mais nitidamente uma tendência, que já se evidenciava desde a década anterior, de deterioração do perfil do gasto público³.

A partir de então, a perda de dinamismo econômico e a alta das taxas reais de juros se conjugaram para impulsionar a deterioração progressiva do gasto público e promoveram aumento das Dívidas Públicas em relação aos respectivos PIB's de diversos países. Nesse contexto desfavorável para a atuação anticíclica e social do Estado, reforçava-se o discurso liberal em favor do controle dos gastos públicos, especialmente os relacionados ao *Welfare State*. Na verdade, na maioria dos países da OCDE o peso do gasto público não se alterou significativamente nas últimas décadas do século XX, mas a sua composição sim, ampliando-se os gastos com pagamentos de juros das respectivas Dívidas Internas e os gastos com seguro-desemprego; por outro lado, alguns dos gastos típicos dos sistemas de *Welfare State* tiveram trajetória declinante (Boltho, 1994; OECD, 1999).

² Exercida pelo setor privado.

³ Dados do OECD *Economic Outlook* (1985) revelam que, no curto espaço de tempo entre 1979 e 1984, o gasto com pagamentos de juros da Dívida Interna dos países desenvolvidos (G7) saltou de 2,2% do PIB para 3,7%.

SAÚDE E REGULAÇÃO ESTATAL

Os sistemas nacionais de saúde estão inseridos em contextos políticos e socioeconômicos particulares, que dão sustentação e limitam as tentativas de reforma do Estado. Nesse sentido, a interação das três dimensões da saúde é fundamental para entender os diversos sistemas de saúde: a saúde como proteção social, a saúde entendida como política e a sua dimensão econômica. A dimensão de proteção social que a saúde assume decorre do entendimento desta como direito do cidadão e dever do Estado, previsto na lei. A dimensão política da saúde está posta na integração de diversos atores nos processos decisórios. Já a dimensão econômica da saúde expressa os conflitos e as pressões dos diversos grupos internos e externos, principalmente as indústrias globalizadas – como as indústrias farmacêuticas e de equipamentos médico-hospitalares. Ademais, esse aspecto econômico da saúde se torna complexo em função da gama de empresas ofertantes de planos e seguros privados e da maciça participação do setor privado com fins lucrativos na oferta de leitos e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (Viana, 2003). Ainda de acordo com a autora, sobre a influência do setor privado na saúde, nas três últimas décadas:

Os sistemas de saúde foram expostos às forças de mercado, mantendo-se, no entanto, cada vez mais fortalecida a regulação estatal, apesar do enfraquecimento da influência das organizações sindicais, fatores importantes para explicar o universalismo no pós-guerra (Viana, 2003, p. 6).

Entretanto, é preciso fazer uma pequena diferenciação entre a natureza das reformas do setor de saúde das décadas de 1970 e 1980 com a verificada nos anos 1990. Na primeira “onda” de reformas, as modificações no modelo organizacional da atenção à saúde foram compelidas por constrangimentos de ordem macroeconômica, enquanto as reformas levadas a cabo ao longo da década de 1990 visavam, basicamente, a flexibilização da administração pública e a instituição da contratualização. Com esse intuito, foram promovidos incentivos para montar um ambiente institucional que fosse favorável ao aumento da eficiência dos provedores de atenção à saúde, sejam eles privados ou públicos (Costa et al., 2001, p. 291).

As reformas europeias consideram que não há um conceito de mercado que possa ser útil para o sistema de saúde ainda que alguns mecanismos da gestão privada venham sendo introduzidos na gerência financeira, na decisão alocativa ou no estímulo à produtividade do sistema, como a livre escolha do usuário/consumidor, a contratualização negociada (contrato de gestão) e a concorrência pública. Estas iniciativas refizeram as relações entre Estado e mercado para um modelo híbrido denominado como mercado interno (*internal market*), competição pública ou *quasi-mercado* (Costa et al., 2001., p. 304).

A forma como o Estado está organizado para produzir os serviços de saúde, conforme Farias e Melamed (2002, p. 7), é que daria os contornos e a profundida-

de da atuação do setor privado. Em outras palavras, o desenho institucional das políticas de saúde de cada país depende fundamentalmente do grau de mercantilização da saúde, que, por sua vez, varia em função do caráter **público** ou **meritório** que a saúde assume e do entendimento da coletividade acerca do papel do Estado na provisão desses serviços. A partir dessa constatação, os autores identificam três papéis que os seguros privados podem assumir: a) Cobertura de indivíduos que são inelegíveis ao seguro público (Ex.: EUA, em que, nos sistemas Medicare e Medicaid, apenas uma parte da população é elegível – nesse caso, os idosos e os pobres); b) Cobertura de indivíduos que optam por se retirar do programa de seguro público universal (Ex.: Alemanha); c) Cobertura suplementar de serviços coexistindo com um sistema público universal (Ex.: Reino Unido e Brasil). Existiriam, então, várias possibilidades de combinação entre formas de financiamento dos sistemas de saúde e tipos de prestadores desse serviço. O Quadro 1 é uma tentativa de sistematização dos arranjos institucionais existentes nos países desenvolvidos e em outros países selecionados. No entanto, de acordo com Viana (2002, p. 381), pode-se dizer que se desenvolvem dois modelos básicos:

(...) um americano, de caráter privado, e outro estatal. No primeiro, o Estado tem baixa participação e o mercado é que vai intermediar o processo de compra e venda da mercadoria saúde. No segundo, o Estado procura manter sua capacidade de regulação, estabelecendo regras de incorporação de tecnologia e de formas de prestação de serviços médicos.

Atualmente, como se pode observar no Quadro 1, existe um alto grau de articulação entre os sistemas público e privado de saúde e, no interior deste último, uma grande influência das empresas de intermediação, com seus “braços” financeiros, constituindo, dessa forma, para além do complexo médico-industrial, um complexo médico-financeiro. Só para citar alguns exemplos dessa diversidade de soluções encontradas pelos países no provimento dos serviços de saúde são apresentados, a seguir, os principais traços dos sistemas de saúde em alguns países selecionados.

Na Dinamarca, o setor público de saúde é altamente desenvolvido, e as diversas regiões possuem seus próprios hospitais, clínicos gerais, especialistas e profissionais de enfermagem. Apesar dos médicos terem a opção de exercer integralmente a profissão no setor privado (recebendo honorários), comumente os clínicos gerais pertencem ao sistema de saúde nacional, sendo remunerados de acordo com o número de clientes atendidos. O setor de seguros privados de saúde ainda é proporcionalmente pequeno – dadas as características derivadas do *Welfare State* desenvolvido nos países nórdicos –, mas é funcional de tal modo que atua principalmente nas “brechas” que o setor de saúde público deixa, financiando despesas que não são totalmente cobertas pelo serviço nacional (Berésniak e Duru, 1999, p. 28).

Em Portugal, as despesas do sistema nacional de saúde são socializadas. O sistema tem um caráter universal, e é complementado por um sistema privado

cujos preços são controlados pelo Estado. Existe, de acordo com Berésniak e Duru (1999), uma clara focalização da ação pública, enquanto o sistema nacional de saúde garante fundamentalmente os cuidados primários e hospitalares, a medicina especializada fica nas mãos do setor privado. Os profissionais da área médica atuam tanto no setor público quanto no setor privado, sendo remunerados por este a partir dos honorários pagos diretamente pelo paciente (*out of pocket*) ou ainda intermediados por companhias privadas de seguro-saúde.

Na Espanha é ainda mais claro o avanço da lógica capitalista no setor de saúde. O sistema de saúde privado também é financiado pelo órgão de segurança social (INSALUD). Cerca de 70% da população dispõe de seguros complementares de saúde, tanto seguros privados como aqueles de natureza mutualista, e todas as clínicas, farmacêuticos e dentistas pertencem ao setor privado.

Nos Estados Unidos, por sua vez, coexistem os sistemas de Medicaid e Medicare, complementados por uma rede de provedores de serviços privados de saúde. Talvez esse seja o país em que se pode ver com maior facilidade o alto grau de penetração do capital no setor, com a proliferação de empresas de intermediação e de financiamento de serviços de saúde (Berésniak e Duru, 1999, pp. 29-31).

O que se pôde perceber, de forma geral, é que, ao contrário da tendência de coletivização observada desde o século XIX, a influência do modelo americano na Europa introduz, a partir da década de 1970, a individualização dos interesses. O Estado de Bem-Estar Social (*Welfare State*), entendido como um amplo sistema de proteção universal em que os riscos são considerados coletivos, cede espaço para a ideia de *Workfare*⁴, em que o risco passa a ser visto como um problema individual. O *Workfare*, nesse sentido, coloca em xeque a questão distributiva e a proteção universal sem alterar, no entanto, a dimensão institucional do sistema (Grover e Stewart, 1999).

Quadro 1: Formas de financiamento e tipos de prestadores dos sistemas de saúde – Países selecionados – 1998

País	Financiamento	Prestador
Bélgica, França, Alemanha, Áustria, Japão, Luxemburgo	Seguro Social	Mix público /privado
Holanda	Mix seguro social / privado	Privado
Irlanda, Espanha, Reino Unido, Dinamarca, Finlândia, Grécia, Islândia, Portugal, Noruega, Suécia	Recursos Fiscais	Público

Continua na pg. 145

⁴ Pelo modelo baseado no *Workfare*, “the unemployed would otherwise be lazy, idle scroungers and need the benefit regime to remind them sharply of the discipline of the market” (Grover e Stewart, 1999, p. 76). Deveria-se, então, coagir os desempregados a procurar um novo emprego, utilizando, para isso, a possibilidade de corte do benefício. O sistema “forces peoples to take jobs or forms of training on the job which pay less than the current market rate for the same kind of work” (Costello’s apud Grover e Stewart, 1999, p. 76).

Canadá	Recursos Fiscais	Privado
EUA, Suíça	Seguro Voluntário	Privado
Itália	Seguro Social Recursos Fiscais	Público
Austrália, Nova Zelândia	Recursos Fiscais	Mix público privado
Turquia	Não há fonte predominante	Mix público privado

Fonte: OCDE (1998), adaptado de Farias e Melamed (2002, p. 8). Disponível em: www.oecd.org.

A explicação para esse movimento novamente está na conjugação de fatores de ordem social, política e econômica. Toda a rede de proteção social representada pelo *Welfare State* passou, a partir do último quarto do século XX, a ser alvo de contestações sobre sua pertinência e, em maior ênfase, sua sustentabilidade financeira. A crise fiscal, e também política, instaurada nos países avançados, deu espaço às correntes do pensamento (neo) liberal conservador, que passaram a privilegiar políticas que restringiam os gastos do governo e promoviam grandes mudanças em relação à natureza e as fontes de financiamento desses gastos.

No caso específico da saúde, os gastos como porcentagem do PIB, nos países desenvolvidos, cresceram expressivamente desde o pós-guerra. De acordo com Médici (2002, pp. 54-57), dentre os fatores de elevação dos custos do setor de saúde ao longo do *Welfare State* estão: a) Extensão horizontal e vertical da cobertura; b) Envelhecimento da estrutura etária da população; c) Transformações nas estruturas de morbi-mortalidade; d) Mudanças no campo da tecnologia médica, nas funções de produção em saúde e seus impactos na produtividade; e) Fatores socioeconômicos e culturais; f) Estruturas securitárias.

Levando-se em conta os fatores acima mencionados, estamos de acordo com Viana (2004), que pondera que a questão tecnológica foi a que mais onerou os gastos com sistemas de saúde na Europa entre o pós-guerra e o final do século XX. Tal fato se deveu não apenas à crescente pressão da sociedade pela incorporação, pelo sistema público de saúde, das melhores técnicas disponíveis no combate e no tratamento de doenças, mas também derivou do acirramento da concorrência entre as empresas do setor farmacêutico e também entre as empresas produtoras de equipamentos médicos.

A evolução dos gastos públicos com saúde

No que diz respeito especificamente à evolução dos gastos com saúde, devemos ressaltar que houve diversas forças contraditórias que conduziram à sua evolução. Por um lado, a desaceleração econômica dos anos 1990 promoveu diversas tentativas e medidas efetivas de racionalização de custos, especialmente no setor público. Por outro lado, a pressão política e demográfica, assim como as necessidades de crescentes despesas decorrentes dos avanços tecnológicos do setor de

saúde, promoveram uma tendência de crescimento dos gastos no setor. No balanço geral dessas forças, os anos 1990 mostraram aumento dos gastos públicos no setor de saúde, mesmo que esse aumento tenha sofrido, em alguns casos, alguma desaceleração em relação a anos anteriores. Os Estados Nacionais, portanto, viram-se enredados em fatores não meramente econômicos que fogem ao seu controle e que exigiram crescentes despesas, o que muitas vezes entrou em choque com os orçamentos públicos apertados pela crise fiscal promovida pela retração ou relativa estagnação das atividades econômicas em geral.

Entre 1980 e o final dos anos 1990, verificou-se um crescimento do percentual dos gastos públicos com saúde nos respectivos PIB's nacionais na maioria dos principais países europeus, especialmente nos países de maior população, como Espanha (E), França (F), Alemanha (D) e Reino Unido (UK) (Tabela 3)⁵.

Tabela 3: Gastos públicos com saúde como proporção do PIB (1980-2000)

Anos	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO
1980	nd	nd	8.0	6.9	3.7	4.3	nd	6.8	nd	5.5	5.2	3.6	5.0	8.4	5.0	5.4	5.9	
1985	nd	nd	7.4	7.2	nd	4.4	nd	5.8	nd	5.3	5.2	5.0	3.3	5.6	7.9	5.0	6.2	5.7
1990	nd	nd	7.0	6.7	4.7	5.2	6.6	4.8	6.4	5.7	5.4	5.2	4.1	6.4	7.6	5.0	6.8	6.4
1995	6.6	6,0	6.8	8.0	4.8	5.5	7.3	5.3	5.3	5.9	6,0	6.1	5.1	5.7	6.9	5.8	6.9	6.7
1996	6.7	6.4	6.8	8.3	4.9	5.5	7.3	5.1	5.4	5.9	5.5	6.1	5.5	5.8	7.1	5.8	6.8	6.6
1997	6.5	6,0	6.8	8.1	4.8	5.4	7.2	5.3	5.6	5.4	5.5	5.6	5.5	5.6	6.8	5.4	6.7	6.7
1998	6.4	6,0	6.9	7.8	4.7	5.4	7.1	5.2	5.6	5.4	5.5	5.7	5.6	5.3	6.6	5.5	7,0	7.1
1999	nd	6.2	7.0	nd	4.7	5.4	7.1	5.2	5.7	5.6	5.4	5.6	5.9	5.2	nd	5.7	7.4	7,0
2000	nd	6.2	6.8	nd	4.6	5.4	7.2	5.1	5.9	nd	5.5	5.6	5.8	5,0	nd	5.9	nd	nd

Fonte: OECD, Health Data 2002.

Destaca-se também que houve uma forte ampliação dos gastos públicos *per capita* em saúde entre 1970 e 1980, mantendo-se em ascensão ao longo dos 20 anos seguintes também na maior parte dos países. Percebe-se, portanto, que, apesar da consolidação da hegemonia do pensamento liberal e do rompimento do “consenso” (Pierson, 1991) que se estabelecera no pós-guerra até os anos 1970, não houve redução do peso dos gastos públicos em saúde nesses países. Pelo contrário, foi possível constatar, em alguns deles, até mesmo uma forte expansão, no-

⁵ Doravante, quando nos referirmos à “Europa dos 15”, consideraremos o conjunto dos seguintes países europeus: Alemanha, Bélgica, Espanha, França, Irlanda, Itália, Luxemburgo, Holanda, Áustria, Portugal, Finlândia, Grécia, Reino Unido, Dinamarca e Suécia. Esses 15 países faziam parte da União Europeia quando da adoção do euro, em 1º de janeiro de 2002. Os 12 primeiros países mencionados aderiram à moeda única europeia (euro). Grã-Bretanha, Dinamarca e Suécia, apesar de também fazerem parte da União Europeia, preferiram manter suas moedas próprias originais (respectivamente, libra esterlina, coroa dinamarquesa e coroa sueca).

tadamente quando medida em termos *per capita*, embora, a partir de meados dos anos 1990 (ou 1980, conforme o país), a expansão dos gastos segundo este indicador tenha se desacelerado em alguns países.

O EMPREGO EM SAÚDE NOS PAÍSES AVANÇADOS

Esta seção tem o objetivo de apresentar, de forma sumária, a importância do emprego no setor de saúde em relação ao total de empregos gerados em alguns países da Europa e nos Estados Unidos.

Na Europa dos 15, verifica-se uma ampliação do peso das atividades de saúde e serviços sociais no conjunto do emprego entre 1995 (primeiro ano em que há dados disponíveis na pesquisa da Eurostat) e 2000: crescimento de 9% para 9,5%. Nos países mais importantes da Europa, nota-se que, entre 1993 e 2000, houve ampliação do peso dessas ocupações no conjunto do emprego dos respectivos mercados de trabalho nacionais. Em países como França, Alemanha e Reino Unido, constata-se que, entre 1993 e 2000, houve um expressivo aumento em termos absolutos do conjunto de ocupados nas atividades de saúde: respectivamente, 343 mil, 1.382 mil e 382 mil (Tabela 4). Nesse mesmo conjunto de países, merece destaque a importância relativa que assume o setor de saúde nos países nórdicos, países que apresentam um aparato institucional estruturado e um sistema de proteção social maduro. No ano 2000, o trabalho em saúde na Suécia representava 18,5% do total, na Noruega, 17,7%, e na Dinamarca, 17,4% (Tabela 4).

Tabela 4: Total de pessoas empregadas no setor de saúde e serviços sociais – Países europeus (1993 a 2000)

Anos	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK	NO
Números absolutos (em milhares)																	
1993	nd	377	427	2224	155	570	2071	88	1115	10	884	nd	198	nd	nd	2607	nd
1994	nd	389	396	2284	161	582	2156	99	1140	10	906	nd	199	nd	nd	2662	nd
1995	13338	381	433	3070	163	607	2237	101	1122	11	916	270	196	291	813	2729	356
1996	13785	400	440	3277	171	669	2279	109	1122	12	917	277	201	287	802	2842	376
1997	14063	416	446	3280	170	708	2324	117	1153	12	968	282	207	308	768	2904	381
1998	14411	417	456	3389	185	716	2355	114	1291	12	987	291	198	305	756	2938	383
1999	14842	451	473	3543	186	731	2392	120	1299	14	1009	293	225	327	786	2989	396
2000	15089	490	472	3606	184	815	2414	132	1277	15	1064	293	248	327	763	2989	402
Percentual do emprego em saúde e em serviços sociais em relação ao conjunto do emprego																	
1993	nd	10,1	16,6	6,2	4,2	4,8	9,5	7,6	5,5	6	13,3	nd	4,4	nd	nd	10,2	nd
1994	nd	10,4	15,6	6,4	4,3	5	9,9	8,2	5,7	6,1	13,5	nd	4,5	nd	nd	10,4	nd
1995	9,0	10,0	16,6	8,6	4,3	5	10,1	8	5,6	6,6	13,5	7,3	4,4	14,4	20,1	10,5	17,4
1996	9,2	10,5	16,8	9,2	4,4	5,4	10,3	8,3	5,6	7,2	13,2	7,7	4,5	13,9	20,1	10,8	17,8
1997	9,4	10,8	16,7	9,3	4,4	5,6	10,5	8,6	5,8	7,3	13,5	7,8	4,6	14,5	19,6	10,9	17,5
1998	9,5	10,8	17,0	9,5	4,7	5,4	10,5	7,6	6,3	7,2	13,3	8	4,2	14	19,2	10,9	17,1
1999	9,5	11,3	17,5	9,8	4,7	5,3	10,5	7,5	6,3	8,1	13,3	8	4,7	14	19,4	10,9	17,6
2000	9,5	11,9	17,4	9,9	4,7	5,3	10,4	8	6,1	8,1	14,4	8	5,1	13,9	18,5	10,8	17,7

Fonte: Eurostat – NewCronos database (Labour Force Survey).

O mesmo estudo que gerou a tabela acima revela que houve um expressivo crescimento do número de médicos desde a década de 1970 em todos os países pesquisados. Ao longo dos anos 1990, ainda segundo Eurostat (2002), o número de médicos continuou a crescer, embora de forma menos acelerada. Na França, Alemanha e Reino Unido, os países mais importantes, o número de médicos saltou, entre 1970 e 2000, de cerca de 62 mil para 177 mil, de cerca de 127 mil para 295 mil e de cerca de 51 mil para cerca de 107 mil, respectivamente. O mesmo se deu, de modo geral, nos demais países europeus, fazendo subir expressivamente o número de médicos por 100 mil habitantes, que passou, naquele período, de 123 para 300 na França, de 162 para 359 na Alemanha e de 92 para 179 no Reino Unido.

Nos Estados Unidos também foi significativa (e crescente, nas últimas décadas do século XX) a participação das pessoas empregadas em serviços de saúde em relação ao conjunto dos ocupados do mercado de trabalho daquele país. Em 1970, 5,5% do total de empregos civis era no setor de saúde. No ano de 2002, esse número passa a ser de 9,3% do total de empregados, o que significava algo em torno de 12,653 milhões de pessoas trabalhando no setor (Tabela 5).

Tabela 5: Pessoas empregadas em estabelecimentos de saúde nos Estados Unidos – Anos Seleccionados (1970 – 2002)

OCUPAÇÃO	1970	1980	1990	1995	2000	2002
Número de pessoas em milhares						
Total de empregados civis*	76.805	99.303	117.914	124.900	136.891	136.485
Total de empregados em ativ. de saúde	4.246	7.339	9.447	10.928	11.742	12.653
Consultórios e clínicas de médicos	477	777	1098	1512	1697	1907
Consultórios e clínicas de dentistas	222	415	580	644	676	740
Consultórios e clínicas de quiropráticos	19	40	90	99	124	138
Hospitais	2690	4036	4690	4961	5092	5340
Enfermagem e pessoal de atenção à saúde	509	1199	1543	1718	1737	1942
Outras ocupações de serviços de saúde	330	872	1446	1995	2414	2585
Percentual em relação ao total de ocupados civis						
Total de empregados em ativ. de saúde	5,5	7,4	8	8,7	8,6	9,3
Distribuição percentual do setor de saúde						
Total de empregados em ativ. de saúde	100	100	100	100	100	100
Consultórios e clínicas de médicos	11,2	10,6	11,6	13,8	14,5	15,1
Consultórios e clínicas de dentistas	5,2	5,7	6,1	5,9	5,8	5,8
Consultórios e clínicas de quiropráticos	0,4	0,5	1	0,9	1,1	1,1
Hospitais	63,4	55	49,6	45,4	43,4	42,2
Enfermagem e pessoal de atenção à saúde	12	16,3	16,3	15,7	14,8	15,3
Outras ocupações de serviços de saúde	7,8	11,9	15,3	18,3	20,6	20,4

Fonte: National Center for Health Statistics (NCHS), 2003.

Notas: Dados anteriores a 1995 não são estritamente comparáveis aos dados posteriores a 1995, em virtude de alterações feitas nos censos populacionais.

Empregos são de tempo integral ou de tempo parcial.

(*) Os dados são obtidos em pesquisas domiciliares, considerando o conjunto das pessoas ocupadas da população civil economicamente ativa.

Em síntese, há um processo de reestruturação do setor de saúde estadunidense, que promoveu uma realocação dos trabalhadores através dos diversos tipos de estabelecimento em saúde. O destaque, nos Estados Unidos, fica por conta do crescimento do número de escritórios e clínicas de médicos que trabalham “por conta própria”, que passam de 11,2% dos empregados no setor de saúde em 1970 para 15,1% em 2002. Na via contrária estão os empregados nos hospitais, que decrescem de 63,4% dos empregados do setor para 42,2% no mesmo período. Adicionalmente, percebe-se o crescimento de atividades afins ao setor de saúde estadunidense, somando 20,4% em 2002 (Health – U.S., 2003).

Infelizmente, a agregação desse segmento residual da estrutura de ocupações não nos permite tirar conclusões mais detalhadas a respeito de seu crescimento, mas pode-se supor que não se trate de ocupações formais, na forma de empregos estáveis e de remuneração regularmente distribuída no tempo, situação que parece ser mais comum nos hospitais, que são a forma mais tipicamente capitalista (e, portanto, baseada no trabalho assalariado) de organização da “produção em saúde”. O que se pode concluir desta tabela é que as alterações ocorridas na estrutura ocupacional do setor de saúde dos EUA refletem o mesmo padrão de comportamento do mercado de trabalho estadunidense nas últimas décadas (Mattos, 2001), ou seja: queda do peso dos empregos assalariados, precarização geral do trabalho, perda de dinamismo do mercado de trabalho.

Por fim, apresentamos, para efeito comparativo e ilustrativo – apesar de a análise do caso brasileiro não fazer parte dos objetivos deste artigo –, dados sobre o emprego no setor de saúde do Brasil, coletados nos mais recentes Censos Demográficos brasileiros (Tabela 6). Entre 1991 e 2000, o mercado de trabalho em geral do Brasil sofreu um profundo processo de deterioração, marcado pela ampliação da informalidade, aumento do desemprego, queda dos rendimentos reais e flexibilização dos mecanismos de regulação das relações de trabalho (Dedecca, 2005; Baltar, 2003). Nesse período, a economia brasileira teve crescimento pífio e o Estado brasileiro foi acometido de intensa crise fiscal, deteriorando os gastos das áreas sociais. Os ocupados no setor saúde, porém, mantiveram um percentual relativamente estável quando comparado com o conjunto dos ocupados do mercado de trabalho brasileiro e um pouco declinante quando comparado com a PEA (População Economicamente Ativa). Sem perder de vista que não foi possível, no Brasil, fundar um verdadeiro Estado de Bem-Estar Social, deve-se destacar, de qualquer forma, que o avanço da democracia e a consequente pressão da sociedade sobre os poderes públicos serviram como força que se opôs à tendência de redução de gastos nos setores sociais decorrentes da crise fiscal do Estado.

Também no Brasil, a crescente demanda por serviços públicos e privados de saúde – por causa, entre outros motivos, da democratização de acesso obtida via SUS, do envelhecimento da população e também por causa da expansão de planos privados de seguro-saúde, de todos os tipos, níveis de cobertura e custos –, bem como a necessidade de melhorar a qualidade e a magnitude de gastos com a oferta desses mesmos serviços, inclusive como decorrência dos avanços tecnológicos do

setor, impediram que houvesse uma queda pronunciada nos gastos públicos e no nível de emprego no setor de saúde nos últimos anos do século XX.

É curioso notar – apesar disso ter de ser feito com certo cuidado, dadas as dificuldades de comparabilidade entre dados de diferentes fontes – que o peso relativo do emprego do setor saúde no Brasil ostenta um patamar somente um pouco abaixo aos vigentes nos países da Europa Mediterrânea (Portugal, Espanha e Itália – ver Tabela 4). Dedecca et al. (2005) destacam, ainda, que, analisando-se a evolução do emprego na saúde segundo a posição na ocupação, pode-se comprovar que, no Brasil, assim como nos países mencionados neste artigo (notadamente no caso dos EUA), houve uma crescente informalização e precarização do trabalho em saúde, o que pode ser constatado pelo aumento das ocupações sem carteira assinada no setor privado e pela queda dos rendimentos reais em diversas atividades, especialmente as de menor grau de escolaridade.

A crescente mercantilização das atividades de saúde, assim como a própria crise econômica e queda do poder aquisitivo da população tiveram efeitos sobre a qualidade do emprego no setor de saúde, deixando, também para o caso brasileiro, um enorme desafio para os poderes públicos e para a sociedade em geral, com reflexos para o futuro do setor e para o próprio desenvolvimento socioeconômico do país. No caso brasileiro, conforme já salientaram diversos trabalhos⁶, o setor de saúde também apresenta um destacado potencial em termos de geração de emprego e renda, tanto por suas atividades centrais, quanto também por conta do complexo industrial e de serviços que movimenta em sua extensa cadeia produtiva.

Tabela 6: Brasil – População economicamente ativa, população ocupada e ocupados no setor saúde

Anos	Ocupados no Setor Saúde (A)	População Ocupada Total (B)	PEA (C)	Participação Relativa (%)	
				(A)/(B)	(A)/(C)
Censo 1991	2.287.645	55.293.313	58.296.626	4,14	3,92
Censo 2000	2.735.889	65.629.892	77.328.502	4,17	3,54

Fonte: IBGE; Censos Demográficos. Adaptado de Dedecca et al. (2005).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a Segunda Guerra Mundial, estabeleceu-se – principalmente nos países europeus – um período de grande prosperidade econômica que possibilitou uma repartição mais equitativa dos ganhos na sociedade. O *Welfare State* representou um modelo de proteção social em que o risco era entendido como um problema da

⁶ Cf. especialmente, Dedecca et al. (2005).

coletividade, e a segurança (nos seus vários aspectos: garantia de emprego, de renda crescente e proteção social) era um direito de cidadania. Vários foram os fatores que contribuíram para a estruturação de um Estado de Bem-Estar Social: alguns políticos, como a aversão ao risco e o “consenso” keynesiano, outros econômicos, como o alto crescimento do PIB e da produtividade. Os principais desdobramentos sentidos durante o período em que vigorou o *Welfare State* foram, sem dúvida, a elevação da participação do Estado na economia, com um aumento significativo do gasto público e um acréscimo mais do que proporcional do emprego público. Entretanto, um conjunto de fatores econômicos e políticos acarretou a crise desse sistema no início da década de 1970, introduzindo a necessidade de reorganização produtiva das empresas e o reposicionamento dos Estados no tocante ao padrão de regulação do trabalho e ao modelo de proteção social vigente.

A partir dos anos 1980, o receituário neoliberal passou a ser implementado com mais vigor na maioria dos países europeus, consolidando-se nos anos 1990, período marcado, de forma ainda mais definida, por grandes transformações econômicas e pelo acirramento da concorrência intercapitalista, que trouxe consigo o reposicionamento do Estado em questões cruciais na economia, notadamente no que se refere à estrutura de bem-estar social e ao padrão de regulação do trabalho, o que veio acompanhado de um amplo processo de desregulamentação de direitos e de flexibilização das relações de trabalho. Nesse contexto, a saúde passa a sofrer uma maior exposição ao mercado – com a mercantilização dos serviços de cuidado médico e a retração do setor público no financiamento do setor de saúde –, o que contribuiu sobremaneira para elevar as falhas nesse mercado que, por suas especificidades, deveria ter sua provisão limitada às instituições não-mercantis, sob pena de aumentar as dificuldades e a iniquidade envolvida no acesso a tais serviços. Por seu turno, o trabalho no setor de saúde apresenta características próprias que o diferencia das demais ocupações – principalmente por envolver um risco no atendimento ao paciente –, e o torna também menos adequado à introdução de medidas racionalizadoras, com claros prejuízos à qualidade dos serviços prestados. Por outro lado, apesar da crise do *Welfare State* e da hegemonia do pensamento neoliberal, o peso das ocupações de saúde cresceu na maior parte dos países desenvolvidos até o final do século passado, período de tempo já suficiente para se avaliar os efeitos do consenso neoliberal sobre as atividades de saúde. Há que se frisar que, por certo, haverá uma tensão contínua entre a tendência crescente de gastos com saúde (devido às novas tecnologias da saúde e às novas alternativas de tratamento de doenças) e a crise fiscal dos Estados Nacionais, notadamente se os formuladores de política econômica dos países desenvolvidos não encontrarem alternativas para recuperar a trajetória de crescimento econômico desses países.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BALTAR, P.E.A. (2003). “Estrutura econômica e emprego urbano na década de 1990”. In Proni, M.W. e Henrique, W. (org.). *Trabalho, mercado e sociedade: o Brasil nos anos 90*. São Paulo: Ed. UNESP; Campinas, SP: Instituto de Economia da Unicamp.
- BÉRESNIAK, A. e DURU, G. (1999). *Economia da Saúde*. Lisboa: Climepsi.
- BOLTHO, A. (1994). “Growth, public expenditure and household welfare in the industrialized countries”. In G. Cornea (ed.). *Child Poverty in Industrialized Countries*.
- CHESNAIS, F. (1996). *A Mundialização do Capital*. São Paulo: Ed. Xamã.
- COSTA, N. R.; BARROS SILVA, P. L.; RIBEIRO, J. M. (2001) “Inovações organizacionais e de financiamento: experiências a partir do cenário institucional”. In Negri, B., Di Giovanni, G. (Orgs.). *Brasil: radiografia da saúde*. IE/Unicamp: Campinas.
- DEDECCA, C.S. (2005) “Notas sobre a evolução do mercado de trabalho no Brasil”. *Revista de Economia Política*, 25 (1): 94-111.
- DEDECCA, C. S. (Coord.); ROSANDISKI, E.N.; GARCIA, C. H.M. (2005). *O Setor Saúde e a Geração de Emprego (5º Relatório de Atividade)*. Campinas.
- EUROSTAT (2002). Health Statistics — Key data on health: Data 1970-2001.
- FARIAS, L. O.; MELAMED, C. (2002). “Segmentação de mercado na assistência à saúde”. *Anais do VI encontro Brasileiro de Economia da Saúde*. Nova Friburgo-RJ: 09 e 10 de dezembro de 2002 (versão mimeografada).
- FLORA, P. e HEIDENHEIMER, A. (edit.) (1981). *The development of Welfare States in Europe and America*. New Jersey: New Brunswick.
- GILL, S. (1993). “Neo-Liberalism and the shift towards a US-centered transnational hegemony”. In Overbeek, H. (1993). *Restructuring Hegemony in the Global Political Economy: the rise of transnational neo-liberalism in the 1980s*. New York: Routledge.
- GROVER, C. e STEWART, J. (1999). “Market Workfare: social security and competitiveness in the 1990’s”. *Journal of Social Policy*, 28 (1), Cambridge: Cambridge University Express.
- HOBBSAWM, E. (1995). *Era dos Extremos – o breve século XX (1914-1991)*. São Paulo: Companhia. das Letras.
- MARSHALL, T. (1967). *Política social*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- MATTOS, F. A. M. (2001). “Transformações nos mercados de trabalho dos países capitalistas desenvolvidos a partir da retomada da hegemonia americana”. Tese de Doutorado. IE/Unicamp. Campinas.
- MATTOS, F. A. M. (2005) “A contribuição do emprego público na geração de postos de trabalho nos países desenvolvidos desde o pós-guerra”. *Análise Econômica*, 23 (43).
- MÉDICI, A. C. (2002). “Aspectos Teóricos e Conceituais do Financiamento das Políticas de Saúde”. In Piola, S. F. e Vianna, S. M. (orgs.). *Economia da Saúde: conceito e contribuição para a gestão da saúde*. 3 ed, Brasília: IPEA, número 149: 23-68.
- OECD (1985). *Economic Outlook*. 38: xii, December.
- OECD (1999). *Economic Outlook*. June.
- OVERBEEK, H. (ed.). (1993). *Restructuring Hegemony in the Global Political Economy: the rise of transnational neo-liberalism in the 1980s*. New York: Routledge, 1993.
- PIERSON, C. (1991). *Beyond the Welfare State?* Cambridge: Polity Press.
- URIARTE, O. E. (2002). *A flexibilidade*. São Paulo: LTr.
- VIANA, A. L. A. (2003). “Modelos de Proteção Social e a Regulação dos Mercados de Saúde”. In Fórum de Saúde Suplementar. Brasília, 2003.
- VIANNA, C. M. M. (2002) “Estruturas do sistema de saúde: do complexo médico-industrial ao médico-financeiro”. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 12 (2): 375-390.