

FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS DE SÃO PAULO

A RETRAÇÃO DO WELFARE STATE NA SUÉCIA E DINAMARCA

Juliana Chueri Barbosa Correa

São Paulo
2013

Juliana Chueri Barbosa Correa

A RETRAÇÃO DO WELFARE STATE NA SUÉCIA E DINAMARCA

Dissertação apresentada à Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, em cumprimento parcial dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Administração Pública e Governo.

Linha de Pesquisa: Transformação do Estado e Políticas Públicas.

Orientador: Prof. Dr. Cláudio Gonçalves Couto

São Paulo
2013

Correa, Juliana C. B.

Retração do Welfare State na Suécia e Dinamarca/ Juliana Chueri Barbosa Correa - 2013. 114 f.

Orientador: Cláudio Gonçalves Couto

Dissertação (CMAPG) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo.

1. Políticas Públicas- Dinamarca. 2. Políticas Públicas- Suécia. 3. Política de Saúde. 4. Previdência social. 5. Bem Estar Social. I. Couto, Cláudio, G. II. Dissertação (CMAPG) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo. III. Retração do Welfare State na Suécia e Dinamarca.

CDU 35

..

A RETRAÇÃO DO WELFARE STATE NA SUÉCIA E DINAMARCA

Dissertação apresentada à Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, em cumprimento parcial dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Administração Pública e Governo.

Linha de Pesquisa: Transformação do Estado e Políticas Públicas.

Data de Aprovação: ___/___/___

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Cláudio Gonçalves Couto
(Orientador) FGV/EAESP

Prof. Dr. George Avelino Filho FGV/EAESP

Profa. Dra. Sônia Miriam Draibe UNICAMP

São Paulo

2013

RESUMO

O presente trabalho tem como objeto o processo de reforma das políticas públicas de previdência social e saúde ocorridas na Suécia e Dinamarca, a partir dos anos de 1980. Buscou-se analisar se estas transformações se enquadram no que ficou conhecido na literatura como retração do *welfare state*. Para tanto, propôs-se um arcabouço metodológico capaz de captar os múltiplos aspectos desse fenômeno. Concluiu-se que apesar de incrementais, as mudanças ocorridas apontam na direção de um Estado de Bem Estar mais residual. Essa análise contrasta com o trabalho desenvolvido por Pierson (1994), que ressalta a dificuldade de se colocar em prática uma estratégia bem sucedida de desmanche do *welfare state*, devido ao viés político negativo dessa medida. Argumentou-se que esses países foram capazes de implementar mudanças impopulares por meio de estratégias distintas: enquanto na Suécia o consenso em torno das reformas permitiu aos partidos evitarem a punição eleitoral, na Dinamarca a alternativa foi a mudança fora da via institucional, no âmbito dos governos regionais e da burocracia, o que fragmentou a oposição e minimizou o efeito negativo destas mudanças.

Palavras-chave: Retração, *Welfare State* Social Democrata, Suécia, Dinamarca, Previdência Social, Política de Saúde.

ABSTRACT

This paper studies the reform on social pension and health care public policies that occurred in Sweden and Denmark, from the 1980s. It seeks to examine whether these changes fit into what became known in the literature as retrenchment of the welfare state. To perform that, it proposes a methodological framework capable of capturing the multiple aspects of this phenomenon. The conclusion is that although incremental, changes point toward a more residual *welfare state*. This analysis contrasts with the work of Pierson (1994), which highlights the difficulty of performing a successful strategy of dismantling the *welfare state*, because of the negative political bias of that measure. It was argued that these countries were able to implement unpopular changes through different strategies: while in Sweden the consensus around the reforms allowed the parties to avoid electoral punishment in Denmark the alternative was to avoid reforms through constitutional route, limiting changes within regional governments and bureaucracy level, which fragmented the opposition and minimized the negative effect of these changes.

Keywords: retrenchment, Social Democrat welfare state, Sweden, Denmark, social pension, health care.

Índice

I.Agradecimentos	11
Capítulo 1. Introdução	12
Capítulo 2. Abordagem Teórica	16
2.1 Da teoria do <i>welfare state</i> à teoria da retração.....	16
2.2 Problemas da definição da variável depende da retração.....	22
2.3 Um arcabouço analítico.....	27
2.3.1. Examinar mudanças do gasto no curto e no longo prazo.....	28
2.3.2. Examinar a estrutura de um determinado programa, assim como o gasto com esse programa.....	28
2.3.3. Diferenciar retração programática de retração sistemática.....	29
Capítulo 3. Reforma da política de previdência	36
3.1. O Caso sueco	36
3.1.1. Análise da Retração da Política de Previdência Sueca.....	40
3.1.1.1. Mudanças programáticas	41
3.1.1.1.1. Mudanças no gasto	42
3.1.1.1.2. Mudança nas instituições.....	43
3.1.1.2. Indicadores de impacto.....	45
3.1.1.2.1 Impacto da reforma na desigualdade.....	45
3.1.1.2.2. Mercantilização.....	47
3.2. O Caso dinamarquês.....	49
3.2.1. Análise da retração.....	54
3.2.1.1. Mudanças programáticas.....	54
3.2.1.1.1. Mudanças no gasto.....	54
3.2.1.1.2. Mudança nas instituições.....	56
3.2.1.2. Indicadores de impacto.....	56
3.2.1.2.1. Impacto da reforma na desigualdade.....	56
3.2.1.2.2. Mercantilização.....	58
Capítulo 4. Reforma da política de saúde	60
4.1. O Caso sueco.....	61
4.1.1 Análise de retração da Política de Previdência Sueca.....	69
4.1.1.1. Mudanças Programáticas.....	69
4.1.1.1.1. Mudança no gasto.....	69

4.1.1.1.2. Mudanças institucionais.....	71
4.1.1.2. Análise de impacto.....	75
4.1.1.2.1. Desigualdade.....	75
4.1.1.2.2. Mercantilização.....	78
4.2. Reforma na Política de Saúde da Dinamarca.....	80
4.2.1. Mudanças Programáticas.....	84
4.2.1.1. Mudanças no Gasto.....	84
4.2.1.2. Mudanças Institucionais.....	85
4.2.2. Indicadores de impacto.....	87
4.2.2.1. Impacto na desigualdade.....	87
4.2.2.2. Mercantilização.....	88
Capítulo 5. Análise da Estratégia.....	91
5.1. As principais reformas nas políticas de previdência Social e Saúde.....	92
5.2. Estratégia de mudança nas políticas públicas.....	95
5.3. Consenso e Veto.....	99
Capítulo 6. Conclusão.....	105
II. Referências.....	110

Índice de Gráficos

Gráfico 1. Gasto em Previdência Pública como Proporção do Produto Doméstico Bruto na Suécia. (1980-2007).....	42
Gráfico 2. Gasto em Previdência Pública em preços constantes de 2000. Em milhões de Coroas Suecas (SEK). (1980-2007).....	43
Gráfico 3. Gasto em Previdência Pública como Proporção do Produto Doméstico Bruto na Dinamarca. (1980-2007).....	54
Gráfico 4. Gasto Público em Saúde como Proporção do PIB. Suécia (1980-2007).....	70
Gráfico 5. Número de dias médios de permanência de pacientes no hospital. (1980-2000)	74
Gráfico 6. Gasto Público em Saúde na Suécia como Proporção do Gasto Total (%). (1980-2000).....	78
Gráfico 7. Gasto Público em Saúde como Proporção do PIB. Dinamarca (1980-2007).....	84
Gráfico 8. Gasto Público em Saúde na Dinamarca como Porcentagem do gasto total. (1980-2000).....	89
Gráfico 9. Porcentagem de votos para o Partido Social Democrata Dinamarquês (1950-2001).....	101
Gráfico 10. Porcentagem de votos para o Partido Social Democrata Sueco (1948-2002).....	103

Índice de Tabelas

Tabela 1. Análise da retração.....	31
Tabela 2. Análise da retração modificada.....	32
Tabela 3. Índice de Gini da População Sueca Total.....	46
Tabela 4. Índice de Gini da População Sueca Aposentada.....	46
Tabela 5. Sistema de Pensão na Dinamarca.....	51
Tabela 6. Índice de Gini da População Dinamarquesa Total	57
Tabela 7. Índice de Gini da População Dinamarquesa em Idade de Aposentadoria.....	57
Tabela 8. Mudanças institucionais na política de saúde na Dinamarca. (1980-2000).....	86
Tabela 9. Gasto de Saúde por tipo na Dinamarca, preços correntes em milhões de DKK. (1980-1999).....	90
Tabela 10. Quatro modelos de transformação nas Políticas.....	96

I. Agradecimentos

Cabe aqui agradecer ao Cláudio Couto pelas aulas inspiradoras e pelo enorme apoio que me deu ao longo desses dois anos com esse objeto nada convencional. Graças a ele e sua orientação pude transformar um interesse pessoal em uma dissertação de mestrado. Fica aqui um agradecimento especial a esta pessoa que tenho enorme estima.

Devo agradecer também ao George Avelino pelas diversas provocações e contribuições ao longo do mestrado e à professora Sônia Draibe que me despertou, ainda na graduação, o interesse pelo tema do Bem Estar Social e cujos trabalhos influenciaram minha vida acadêmica.

Ao professor Álvaro de Vita e à professora Silvia Maria Schor que contribuíram com meu aprendizado sobre o tema. À minha família pelo apoio incondicional, principalmente ao meu pai que não me deixou esquecer um dia sequer do meu dever de concluir esse trabalho.

Ao João que sempre esteve presente e fez essa tarefa ser menos solitária.

**Muito obrigada,
Juliana**

1 INTRODUÇÃO

O processo de reforma das políticas públicas de previdência e saúde na Suécia e na Dinamarca se enquadra no que ficou conhecido como *retração do welfare state*. Buscou-se aqui entender as características dessas transformações, de forma a avaliar se elas podem ser caracterizadas como medidas de retração do Estado de Bem Estar Social, bem como comparar as estratégias utilizadas nesses dois países, com forte tradição Social Democrata, que possibilitaram a implementação de mudanças impopulares nas políticas públicas.

Para tanto, propôs-se o desenvolvimento de um arcabouço analítico capaz de captar os múltiplos aspectos da retração. Essa ferramenta foi elaborada com base nos critérios sugeridos por Pierson (1994) combinados com as avaliações de impacto baseadas nos trabalhos de Esping-Andersen (1990) e Kropi (2003). A partir dessa análise buscou-se explicar, em perspectiva comparada, as diferenças observadas no que se refere a extensão e direção da retração nos dois países.

A análise mostrou que entre a década de 1980 e os anos 2000 tanto a Suécia como a Dinamarca implementaram mudanças nas políticas públicas de saúde e previdência social que se enquadram no que foi definido como retração, muito embora essas mudanças tenham sido bastante incrementais e apenas sinalizem uma tendência de afastamento do modelo de *welfare state* Social Democrata.

Essa constatação contrasta com o resultado obtido por Paul Pierson (1994) ao estudar as transformações do *welfare state* nos Estados Unidos e na Inglaterra. Segundo o autor, apesar do grande comprometimento dos governos Thatcher e Reagan em implementarem medidas de retração, pouco foi atingido nesse sentido. Segundo o autor, isso ocorreu porque as políticas do *welfare state* cristalizaram interesses dos seus beneficiários, o que fez com que as tentativas de mudanças gerassem um viés eleitoral bastante negativo.

Assim, o autor defende que a retração do *welfare state* é necessariamente um exercício de *blame avoidance*, dessa forma, um fator determinante para o sucesso de uma estratégia de retração é a existência de aspectos institucionais que permitam aos governos minimizar ou evitar a culpa destas medidas impopulares. Posto isso, faz-se necessário esclarecer as

circunstâncias que permitiram a alteração das políticas de saúde e previdência na Suécia e Dinamarca.

A comparação entre os países mostra diferenças significativas no que se refere à estratégia de mudança da política pública de saúde e previdência social. Na Suécia as mudanças foram, em sua maioria, resultado de revisões na constituição, que envolveram o debate e o consenso da maioria dos partidos do parlamento. Na Dinamarca, entretanto, essas alterações ocorreram nos governos locais, no âmbito da administração pública ou, até mesmo, foram resultado de acordos privados sem respaldo de uma mudança na legislação.

A principal razão para essa diferença é a atuação do Partido Social Democrata. Na Suécia, a Social Democracia buscou negociar com os partidos de centro e de direita a fim de obter um consenso, o que resultou em uma alteração incremental nessas políticas públicas. Na Dinamarca, por outro lado, esse partido atuou como *veto player* (Tsebelis, 2009) se opondo a qualquer medida que alterasse o *welfare state* via mudança na legislação. Isto fez com que coalizões interessadas na mudança da política buscassem mecanismos alternativos como, por exemplo, alterações da política no âmbito da burocracia ou nos governos locais, conforme esclarece Hacker (2004).

O estudo mostrou que, apesar dessa diferença de estratégia, o impacto dessas mudanças medido nos termos do aumento da desigualdade e da mercantilização dos serviços públicos é comparável nos dois países. Essa constatação chama a atenção para a importância de se avaliar a mudança da política fora da via institucional, o que é pouco explorado pelos autores da corrente institucionalista, principal referência no estudo da retração do *welfare state* na atualidade.

Assim, o estudo aqui proposto se enquadra na discussão iniciada pela teoria de retração proposta Pierson (1994), buscando explorar as estratégias utilizadas tanto na Suécia como na Dinamarca que permitiram mudanças no sentido de uma retração do *welfare state*. O estudo mostra-se especialmente interessante na medida em que essas democracias lograram construir um Estado de Bem Estar Social bastante compreensivo, com uma ampla provisão pública de serviços de qualidade para toda a população.

Desta forma, esses países se tornaram ícones da vitória política dos sindicatos, cujo objetivo era a construção de um Estado onde a responsabilidade de

Bem Estar Social fosse compartilhada, dentro de um Estado Capitalista. Mais impressionante, esses países foram capazes de combinar esse desenvolvimento único de direitos sociais com uma *performance* econômica notável.

The Scandinavian welfare states have enjoyed an international reputation for combining generous welfare state entitlements with rapid economic growth, low unemployment and very high levels of labor force participation, particularly among woman. They appeared to have achieved the elusive combination of social equality and economic efficiency. (Esping- Andersen, 1996, p. 32)

Pela qualidade e abrangência das políticas sociais adotadas e o sucesso da implementação desse *welfare state*, esses Estados se converteram em referências mundiais de Bem Estar. Da mesma forma, eles representam exemplos de resistência à introdução de mudanças que alterassem os valores fundamentais desse *welfare state* Social Democrata. Por isso, cientistas sociais de diversas nacionalidades se debruçaram sobre esse tema ao longo dos anos, buscando entender o que está por trás dessa excepcionalidade.

No entanto, a partir dos anos de 1980, o consenso político formado em torno desse modelo de *welfare state* mostrou enfraquecimento dando início a um processo de reforma. Estas mudanças recentes no Estado de Bem Estar Social incitaram um debate na comunidade científica acerca da natureza dessas transformações, uma vez que um processo de retração nesse Estado de Bem Estar pode significar o ocaso de um modelo de referência para o mundo. Desta feita, é necessário entender o movimento que possibilitou essa mudança e, mais ainda, compreender se essas transformações representaram um afastamento do modelo lá instalado, ou apenas uma adaptação às novas realidades.

Assim, esse estudo soma-se aos esforços anteriores no sentido de qualificar e explicar as transformações das políticas públicas nesses países. Para tanto, foram analisadas, sob perspectiva comparada, as reformas que ocorreram nas políticas sócias de saúde e previdência na Suécia e Dinamarca a partir da década de 1980.

Este trabalho foi dividido em cinco sessões. A primeira delas realizou uma revisão bibliográfica acerca das teorias de expansão e retração do *welfare state*, com especial ênfase na contribuição de Pierson (1994) para o debate. Também buscou definir qual a variável dependente no estudo da retração, ou seja, o que se

deve medir quando se deseja avaliar um processo de retração do *welfare state*. Finalmente, foi desenvolvido um arcabouço metodológico capaz de avaliar o processo de mudança da política pública, de modo a identificar o processo de retração.

A dissertação seguiu por meio da realização de um estudo de caso que teve como objetivo analisar, sob a perspectiva comparada, as mudanças que ocorreram a partir da década de 1980 na política de previdência social na Suécia e Dinamarca. Além disso, utilizou o quadro metodológico desenvolvido anteriormente para avaliar estas mudanças, de forma a compreender se elas se enquadram no que foi definido como estratégia de retração. Em seguida, foi realizado o mesmo estudo, avaliando as transformações ocorridas na política de saúde.

O capítulo final teve como objetivo recuperar os casos estudados de forma a elencar as principais alterações nas políticas públicas que se enquadram como medidas de retração. A partir disso, buscou-se não só identificar as estratégias adotadas pelos governos que tornaram possível a adoção de medidas impopulares, mas também relacionar essa estratégia com o impacto que elas geraram na sociedade em termos de aumento da desigualdade e da mercantilização dos serviços. Finalmente, buscou-se explicar as causas das diferenças de estratégias utilizadas nos dois países.

2 ABORDAGEM TEÓRICA

2.1 DA TEORIA *WELFARE STATE* À TEORIA DA RETRAÇÃO

Essa sessão tem como objetivo apresentar as principais correntes teóricas que tratam do desenvolvimento do *welfare state*, a fim de que fornecer um arcabouço analítico para a discussão sobre sua retração. Diversos autores estudam o tema *welfare state*, procurando não só explicar o surgimento desse fenômeno, mas também as causas das diferenças no desenvolvimento do Estado de Bem Estar Social nas democracias capitalistas. Essa literatura é bastante vasta e, como ficará claro adiante, aponta diferentes causalidades para o surgimento do *welfare state* nas sociedades contemporâneas.

Segundo Green-Pedersen (2002), é possível dividir os estudos que buscaram fornecer argumentos teóricos para explicar o surgimento e desenvolvimento do *welfare state* em três grupos principais: teorias funcionais ou estruturais, que explicam o surgimento do *welfare state* através de mudanças na sociedade; teorias que enfatizam o papel da política, em especial a importância da atuação de partidos e sindicatos no desenvolvimento desse conjunto de políticas sociais; e teorias institucionais, que priorizam a estrutura do Estado na explicação da diferença de desenvolvimento do Estado de Bem Estar Social.

Dentro do primeiro grupo encontram-se estudos que apontam mudanças estruturais, tal qual crescimento econômico, industrialização e democratização, como as causas para o surgimento do *welfare state*. Apesar de esses trabalhos serem bastante elucidativos ao explicar o processo que possibilitou o surgimento e institucionalização de um conjunto de políticas sociais, eles têm pouco poder explicativo no que tange às diferenças de desenvolvimento do Estado de Bem Estar Social entre países.

Um dos trabalhos mais significativos nesse sentido é o *Citizenship and Social Class* de Thomas Humphrey Marshall (1950). O estudo mostra que a expansão dos direitos políticos é o que leva à conquista dos direitos sociais e a institucionalização do *welfare state*. Para o autor, há certa ordem intrínseca e cumulativa na conquista de direitos na sociedade. Assim, primeiramente são concedidos os direitos civis, depois os direitos políticos e, em seguida, os direitos

sociais. Segundo o autor, a passagem da segunda para a terceira classe de direitos é irresistível, uma vez que a expansão dos direitos políticos abre espaço para a manifestação política das demandas sociais e a formação do Estado de Bem Estar Social é uma consequência necessária desse processo.

Ainda nesse primeiro grupo encontram-se acadêmicos que postulam que o *welfare state* surge como resultado do processo de industrialização, sendo Robert Titmuss (1963), principal autor dessa corrente. Segundo essa perspectiva, o processo de industrialização faz com que o governo se responsabilize por proporcionar um padrão mínimo de vida para os cidadãos através de programas de saúde, educação e nutrição. Segundo o autor, tal conjunto de políticas tem como objetivo principal disponibilizar mão de obra para a indústria e garantir o desenvolvimento econômico do país. Ademais o autor ainda, ao analisar o caso inglês, afirma que a maior complexificação do *welfare state* também é resultado do desenvolvimento da industrialização, uma vez que uma maior especialização e divisão do trabalho trazem consigo a necessidade de mais e melhores serviços estatais.

O segundo grupo de teorias é bastante heterogêneo e busca entender como as instituições do Estado afetam o surgimento e desenvolvimento do *welfare state*. Essas teorias institucionalistas buscam explicar o desenvolvimento do *welfare state* com base no desenho institucional de um país. Estes trabalhos questionam, por exemplo, sobre como a existência de duas câmaras legislativas ou a existência de entes federados impacta no desenvolvimento de políticas sociais ou, de que forma o grau de concentração de poder no executivo e a existência de canais de participação da sociedade no processo democrático explicam a estrutura e tamanho do gasto em políticas sociais como esclarecem Weir e Skocpol (1995) e Skocpol e Amenta (1986).

Apesar de essa abordagem ser bastante útil no estudo de política comparada, principalmente quando utilizada em conjunto com outras perspectivas que levem em conta, por exemplo, as forças sociais que interagem com essa estrutura do Estado, ela tem, isoladamente, pouco poder explicativo. Isso porque o impacto independente que as instituições do Estado têm nas políticas públicas acaba sendo menos significativo do que a ação de grupos de interesse ou de mudanças sociais.

A terceira corrente, também chamada de teoria dos recursos políticos (*power resources theory*) é a mais bem sucedida entre elas, uma vez que logrou explicar tanto o surgimento do Estado de Bem Estar Social nas sociedades capitalistas desenvolvidas, como as causas das diferenças entre eles. Segundo essa corrente, a formação e desenvolvimento do *welfare state* podem ser explicados por meio do conflito entre classes sociais. Assim, apesar da classe trabalhadora não ter sido capaz de promover a transição do capitalismo para o socialismo, o sufrágio universal e o crescimento da classe trabalhadora tornou possível a institucionalização de políticas sociais promotoras de melhorias de vida para os trabalhadores (Prezeworski, 1985).

Assim, o principal motor para a criação de políticas sociais que procuram a melhoria da vida do trabalhador é a existência de um movimento sindical coeso com uma forte ligação com um partido político. Dessa forma, a institucionalização de um *welfare state* concretiza a vitória dessa classe na esfera política, através da luta democrática. Ademais, segundo Kropi (1978) e Esping-Andersen (1985), as principais causas para a diferença dos Estados de Bem Estar Social entre países, principalmente no que se refere ao grau de proteção e inclusão das políticas sociais, são os recursos disponíveis para os trabalhadores, medidos em termos de força dos sindicatos e participação política dos trabalhadores.

Kropi (1978; 1983) considera, no estudo do desenvolvimento do *welfare state* sueco, que a existência de uma série de políticas sociais universais e bastante generosas pode ser explicada pelos recursos políticos disponíveis para os trabalhadores. A grande organização da mão de obra sueca em sindicatos e a forte ligação entre estes e o Partido Social Democrata possibilitou uma hegemonia desse partido no parlamento, o que permitiu a institucionalização de uma série de políticas sociais que, de fato, promoveram uma melhora na vida da população.

Esping-Andersen (1985) também compartilha da visão de que a força dos sindicatos e a possibilidade que esses grupos têm de influenciar na elaboração de políticas sociais é uma das principais causas das diferenças de Estado de Bem Estar Social. Nesse sentido, em seu trabalho *The Three Worlds of Welfare Capitalism* (1990) o autor propõe três tipos de *welfare state*: o Social Democrata, o Conservador e o Liberal. O primeiro modelo, presente nos países escandinavos, é altamente inclusivo e conta com uma grande gama de serviços públicos universais e transferências monetárias que logram em construir uma sociedade bastante igual e

com alto grau de desmercantilização, ou seja, onde o indivíduo tem pouca dependência do mercado de trabalho para gozar de uma condição de vida digna.

O modelo Liberal, que tem como casos típicos os Estados Unidos e a Inglaterra, segue a ética do trabalho e procura apenas atender aos indivíduos excluídos do sistema capitalista. Assim, os benefícios são bastante modestos e focalizados, de modo a não desincentivar o trabalho e esforço individual. Sociedades sob esse sistema costumam ser bastante desiguais e mercantilizadas, uma vez que a maioria dos bens e serviços necessários ao cidadão deve ser adquirida via mercado.

Finalmente, o modelo Conservador, presente em países como Áustria e Bélgica, tem sua ética fundada na Igreja Católica. As políticas sociais procuram manter o privilégio e *status quo* de certos grupos sociais, dessa forma, os benefícios monetários são geralmente dependentes de contribuições salariais e as políticas públicas são menos abrangentes que o modelo Social Democrata. Nestas democracias, não há comprometimento com uma melhoria na distribuição de renda da sociedade, mas sim em conservar uma determinada distribuição preexistente de riquezas.

Esse último conjunto de trabalhos teve um grande impacto na literatura de *welfare state* e se estabeleceu como a teoria mais bem sucedida para explicar o surgimento e desenvolvimento do Estado de Bem Estar Social. Dessa forma, as teorias que posteriormente buscam explicar a retração do *welfare state* foram fortemente influenciadas por tais autores. Isto levou diversos autores a afirmarem que o que possibilitou a retração das políticas sociais, a partir de meados de 1970, foi o enfraquecimento dos sindicatos e perda do prestígio dos partidos de esquerda.

No entanto, Pierson em seu trabalho seminal *Dismantling Welfare State Reagan, Thatcher, and the Politics of Retrenchment* (1994) problematiza essa visão ao afirmar que as teorias utilizadas para explicar a expansão do Estado de Bem Estar Social falham ao elucidar a retração. Isso porque a natureza dos processos é completamente distinta, uma vez que o primeiro representa, geralmente, uma agenda política positiva e o segundo possui um viés social negativo.

Dessa forma, mesmo que os principais defensores do *welfare state*, como os sindicatos e os partidos de esquerda, tenham perdido espaço nos países capitalistas desenvolvidos, o processo de retração ainda é alvo de oposição política, uma vez que esse conjunto de políticas sociais cristaliza expectativas de uma

parcela significativa da sociedade. Assim, diferentemente da expansão, as medidas de retração são essencialmente impopulares, pois impõem perdas concentradas e promovem benefícios difusos. Além disso, enquanto as perdas advindas desse processo são facilmente identificáveis, os benefícios são incertos.

Nesse sentido, Pierson (1994) argumenta que o sucesso de tais medidas é explicado menos por fatores políticos tradicionais como partidos ou sindicatos, e mais pela existência de aspectos circunstanciais que permitem que os governos minimizem o custo político de uma medida impopular. Sob este ponto de vista, a retração é bem sucedida quando o governo é capaz de, diante do eleitorado, minimizar a sua responsabilidade na retração de políticas sociais, de forma a realizá-la gerando a menor oposição possível.

Dessa forma, o autor chama atenção para estratégias que possibilitam que os atores políticos tenham sucesso na implementação de medidas impopulares, com menor visibilidade, de forma a minimizar o impacto eleitoral negativo da medida. Assim, ele destaca três estratégias que possibilitam a retração. A primeira delas é a estratégia de ofuscamento, que consiste na manipulação da informação durante o processo de mudança da política de forma a deixar obscuro o processo de retração. Outra maneira possível de se realizar a retração é através da estratégia de divisão, que envolve a fragmentação dos potenciais grupos de oposição de modo a impedir a criação de uma oposição forte e organizada em torno da mudança. Finalmente, há a estratégia de compensação, que consiste em oferecer algo de positivo para as principais vítimas da retração de forma a minimizar o viés negativo da medida.

Green-Pedersen (2002) acrescenta ainda a estratégia da *justificação*. Segundo o autor, em certas ocasiões como, por exemplo, durante crises econômicas, o eleitorado está disposto a aceitar pequenas retrações no *welfare state* em prol de uma maior estabilidade econômica. Finalmente, Jacobs Hacker (2002) e (2004) chama atenção para estratégias de retração que não envolvem transformações institucionais. Segundo o autor, quando há uma oposição, tanto no parlamento quanto na sociedade, em relação à uma mudança na política pública, torna-se impossível a revisão de uma política pública (*revision*) bem como a implantação de um novo modelo sem a eliminação do anterior (*layering*).

Assim, quando há um grande número de *veto players*, os partidos podem adotar estratégias alternativas como, por exemplo, barrar a revisão da política de forma a impedir que ela se adapte a novas demandas ou a novas realidades (*drift*), o

que faz com que o impacto social dessa política social reduza ao longo do tempo. Adicionalmente, é possível adotar medidas que visem a adaptação incremental de uma determinada política no nível da burocracia (*conversion*) de forma a mudar seu conteúdo ou seus objetivos, minimizando o viés eleitoral negativo da medida.

Dessa forma, é possível notar que a literatura sobre a retração do *welfare state*, posterior ao trabalho de Pierson (1994), busca explicar o sucesso de estratégias de mudança nas políticas públicas essencialmente em termos da capacidade que os governos têm de desviar a atenção do eleitorado em relação a medida impopular, ou de torná-la aceitável para os eleitores, por meio de uma justificativa convincente. Assim, será sob este enfoque teórico que foi analisado ao longo deste estudo, a retração das políticas de previdência social e saúde na Suécia e Dinamarca.

2.2 O PROBLEMA DA DEFINIÇÃO DA VARIÁVEL DEPENDENTE DA RETRAÇÃO

A definição da variável dependente em um estudo da retração do *welfare state* ainda é uma questão bastante controversa na literatura. A tarefa envolve a escolha de uma ou mais variáveis capazes de definir a retração diferenciando-a, por exemplo, de iniciativas correlatas como de reconstrução ou reforma do *welfare state*. Portanto, ela deve captar a alteração de características essenciais desse Estado de Bem Estar Social, servindo como base para indicadores relevantes capazes de quantificar e qualificar o processo.

A origem desse embate se funda na diferença de entendimento acerca do que venha a ser um *welfare state*, assim como nas diversas concepções teóricas acerca do que tornou o seu desenvolvimento possível. Portanto, o debate sobre o processo de retração inicia-se, mesmo que implicitamente, na literatura sobre o desenvolvimento do *welfare state*, já que os aspectos centrais escolhidos para ilustrar este fenômeno aparecem para caracterizar a retração.

Dessa forma, os estudos que buscam definir o desenvolvimento *welfare state* com base na criação de políticas públicas centrais, como seguro desemprego ou aposentadoria, utilizam a desconstrução dessas mesmas políticas para o estudo da retração. De maneira análoga, trabalhos que caracterizam o desenvolvimento de um Estado de Bem Estar Social pela existência de determinados arranjos institucionais na produção e distribuição de políticas, analisam a retração pela transformação ou desconstrução desses arranjos.

As diversas variáveis dependentes que aparecem na literatura foram apresentadas e classificadas nesse trabalho segundo dois critérios: variáveis que ilustram os meios de um *welfare state* e as que se relacionam aos seus fins. Esse tipo de agrupamento tem como objetivo diferenciar as variáveis que se referem aos instrumentos do *welfare state* como políticas públicas, recursos humanos e financeiros das variáveis que captam a finalidade de um determinado arranjo de políticas como, por exemplo, promover a igualdade social ou garantir a independência do cidadão em relação ao mercado. Apesar dessa diferenciação, ambos os grupos buscam captar os diversos estágios de desenvolvimento de um *welfare state* e permitir comparações entre realidades distintas.

Os trabalhos conhecidos pela literatura por tradicionais, e que utilizam a variável gasto social *per capita* ou gasto social como porcentagem do PIB para caracterizar o desenvolvimento de um *welfare state*, pertencem a essa primeira categoria. É possível afirmar que tal medida busca captar o esforço *do welfare state*, ou seja, o comprometimento de um governo com políticas sociais. Essa maneira de operacionalizar o estudo tem a vantagem de possibilitar o fácil acompanhamento da evolução da variável, além de permitir uma comparação entre países, sem que seja necessário um estudo mais detalhado caso a caso.

No entanto, há diversos inconvenientes em adotar essa variável dependente. Como elencou Esping-Andersen em seu trabalho *The Three Worlds of the Welfare Capitalism* (1990), o gasto é apenas o epifenômeno do *welfare state*, uma vez que um governo pode gastar uma grande quantidade de recursos em políticas sociais que reproduzam a desigualdade existente e não forneçam segurança social adequada para uma parcela da população. Assim, o autor rejeita, por completo, o poder de explicação de variáveis ligadas ao gasto para caracterizar o desenvolvimento de um *welfare state*.

Outra crítica em relação às variáveis que captam o esforço do *welfare state* é que apesar do grande empenho dos governos para cortar gastos sociais, pouco se modificou em termos de gastos como proporção do PIB. Isso porque, boa parte dos cortes veio no sentido de reduzir o aumento dos gastos frente a mudanças econômicas e demográficas, sendo assim, essas variáveis podem encobrir um movimento de retração (Bonoli, George e Taylor-Gooby, 2000).

Essas críticas revelam a importância de se levar em conta aspectos qualitativos para caracterizar o desenvolvimento de um *welfare state*. No entanto, diferente do que postula Esping-Andersen (1985), muitos autores defendem uma posição menos extremada e optam pela combinação de variáveis que reflitam aspectos qualitativos do gasto com medidas de gasto público, por exemplo, Castles (1994) e Pierson (2004).

Ainda no que se refere a variáveis que levam em conta os meios de um *welfare state*, há estudos que utilizam a existência e desenvolvimento de políticas sociais como variável dependente. Aqui estão incluídas, por exemplo, análises que se baseiam na expansão dos direitos sociais como indicadores de desenvolvimento *do welfare state*. A preocupação, no entanto, não se limita à existência de uma determinada política ou de um rol de políticas, mas também inclui questões

institucionais como os critérios de elegibilidade, generosidade do benefício e participação de atores privados na provisão da política.

A inclusão da participação de autores privados na provisão de políticas públicas não necessariamente implica em uma tentativa de retração, uma vez que essa medida pode ser apenas uma opção na gestão. No entanto, o que se busca ressaltar aqui é que a privatização dos serviços, tanto no que se refere à terceirização como à privatização total de serviços, facilita o processo de desmanche.

Isso se dá, por exemplo, pela dificuldade de se realizar cortes dentro do setor público devido à rigidez de contratos, *vis à vis* a facilidade de se alterar termos de um contrato privado. Além disso, uma redução do tamanho do setor público que envolva demissão de pessoal tende a trazer uma oposição muito forte dos servidores públicos que constituem um corpo organizado e, tais protestos não ocorreriam com tanta intensidade dentro do setor privado. Portanto, a inclusão de atores privados na provisão públicas, muitas vezes, faz parte de uma estratégia de retração, uma vez que constitui um bom meio para realizar cortes, gerando a menor oposição pública possível.

Assim, como a inclusão de atores privados, a descentralização de serviços também pode fazer parte de uma estratégia de desmanche. Segundo Pierson (1994), a transferência da responsabilidade do serviço para outros entes da federação ou para unidades federativas, pode constituir uma estratégia de *blame avoidance*, pois retira do governo central a culpa de um corte nos benefícios, redução do público alvo ou da piora do benefício, transferindo-a para outra unidade federativa. O partilha de responsabilidades também incentiva essas estratégias, pois o cidadão torna-se menos capaz de atribuir responsabilidades e punir eleitoralmente a alteração do serviço. Essa posição também é compartilhada por Obinger, Castels e Liebfried (2005):

Shared jurisdictions may ease retrenchment policies, because political accountability of political action is not concentrated at central government level alone. Complex and interwoven decision-making and funding arrangements provide opportunities for the central government to embark on a strategy of 'blame avoidance'. (OBINGER; CASTELS; LIEBFRIED, 2005, p. 39)

Ainda dentro dessa classe de estudos, há autores que buscam explicar a expansão do *welfare state* em termos de conflitos de poder, os chamados *power-resource theorists*. Esses trabalhos geralmente utilizam como um dos componentes de sua variável dependente a existência de políticas de pleno emprego em um determinado país, pois, uma vez que a mão de obra é o principal poder de barganha do trabalhador, a inexistência ou retração de políticas de pleno emprego levam a uma maior vulnerabilidade da classe trabalhadora e uma menor força política na luta por direitos sociais.

In the power-resources perspective unemployment appears as a central variable because for categories of citizens with labor power as their main basic resource, the efficacy of this resource in distributive conflict and bargaining is to a major extent determined by the demand for labor and by the level of unemployment. (KROPI, 2003, p. 592)

Assim, é possível perceber que, dentre as variáveis *meio*, tem-se as ligadas ao gasto social e as que se relacionam aos diversos aspectos das políticas sociais de um Estado, que doravante serão denominadas de instituições do *welfare state*. Na comparação entre elas é possível afirmar que enquanto a primeira possui a virtude de ser facilmente coletada e manipulada, a segunda possui um ganho de detalhamento considerável, justamente por levar em conta aspectos qualitativos. Outra vantagem de análises que têm como foco a estrutura do *welfare state* é que variações no gasto podem indicar mudanças circunstanciais que não representem uma retração do *welfare state*, mas sim uma medida pontual. Por outro lado, mudanças institucionais costumam sinalizar alterações duradouras no Estado de Bem Estar Social.

Dentre as variáveis dependentes ligadas à finalidade de um *welfare state*, tem-se a consagrada definição proposta por Esping-Andersen (1985). Segundo o autor, a variável que se deve levar em conta quando se analisa o desenvolvimento do *welfare state* é o grau de desmercantilização que um determinado arcabouço de políticas promove na sociedade. Essa categoria busca captar o grau de independência em relação ao mercado que um *welfare state* possibilita aos cidadãos, em outras palavras, revela em que medida o cidadão pode prescindir da sua força de trabalho para viver de maneira adequada. Assim, essa perspectiva sugere que se o aumento da mercantilização de um *welfare state* é a variável central que se deve levar em conta no estudo da retração.

Walter Kropi (2003) também define a variável independente do desenvolvimento e da retração do *welfare state* em termos de seu impacto sobre a sociedade. Para o autor, a retração de um Estado de Bem Estar Social deve ser medidas de acordo com seu impacto na igualdade social.

The latter terms (welfare state regress or retrenchment) are used interchangeably here to refer to policy changes involving or implying cuts in social rights in ways that are likely to increase inequality among citizens. (KROPI, 2003, p. 592)

Esse tipo de variável reflete um entendimento preconcebido acerca do impacto que um determinado arranjo de políticas sociais deve produzir na sociedade. No entanto, como ocorre com qualquer variável que procure captar impacto de ações, é difícil estabelecer e isolar causalidades. Por exemplo, o aumento da desigualdade pode não ser fruto de mudanças no *welfare state*, mas de fatores externos como é o caso de uma crise econômica. Sendo assim, é possível somente estabelecer correlações entre mudanças no *welfare state* e impactos na sociedade, já que as relações de causalidade só podem ser extraídas com tratamento estatístico específico.

Para além dessa divisão entre variáveis dependentes meios e fins, há outros aspectos transversais a essa distinção como, por exemplo, a questão temporal na determinação dessa variável. A literatura debate se cortes ou mudanças pontuais em políticas públicas, resultado de crise ou déficit fiscal, podem ser consideradas como retração ou representam apenas respostas a contingências pontuais. Essa questão pode ser aparentemente irrelevante, uma vez que parece claro que mudanças que se sustentam no longo prazo devem receber maior atenção que as pontuais. No entanto, é possível indagar em que ponto experiências pontuais podem abrir espaço para outras ações que gerem transformações maiores no futuro.

Além disso, debate-se a magnitude da mudança. Alguns autores acreditam que apenas mudanças institucionais de grande abrangência ou que reflitam uma mudança de diretriz política ou econômica podem ser consideradas *retrenchment*. No entanto, essa abordagem ignora os estudos institucionalistas que mostram que dificilmente mudanças bruscas irão ocorrer, principalmente, quando se trata de alterações em políticas sociais onde há uma série de expectativas e interesses cristalizados.

Nesse sentido, Hacker (2004) argumenta que além de examinar transformações institucionais nas políticas, é preciso, também observar mudanças no nível da burocracia:

Although this may seem an obvious focus- after all, changing formal policies is a central means of changing the distributional social benefits- it excludes from consideration a host of “subterranean” (Hacker, 2002) means of policy adjustment that can occur without large scale policy change: from “bureaucratic disentanglement”(Lipsky, 1984) caused by decision of front-line administration to decentralized cut backs in social welfare benefits by the actions of non-governmental benefit sponsored providers. (HACKER, 2004, p. 245)

Essas transformações incrementais, que não envolvem a reestruturação de uma política, são alternativas viáveis quando não há consenso político ou há uma oposição bastante organizada contra essa mudança. Esse conjunto de mudanças pode ter um impacto significativo no modelo do *welfare state* no longo prazo. Sendo assim, ignorar mudanças incrementais pode levar à cegueira em relação ao processo de retração.

2.3 UM ARCABOUÇO METODOLÓGICO

Essa breve exposição mostrou os diversos entendimentos existentes na literatura acerca do que é desenvolvimento e retração de um Estado de Bem Estar Social; tal ausência de consenso dificulta a escolha de variáveis que captem esses processos. Portanto, essa sessão busca apresentar as variáveis dependentes existentes na literatura, assim como vantagens e desvantagens de escolher uma em detrimento da outra.

Buscando superar o impasse existente nesse debate, Pierson (1994) sugere uma definição bastante abrangente do fenômeno da retração:

Retrenchment can be defined to include policy changes that either cut social expenditure, restructure welfare state programs to conform more closely to the residual welfare state model, or alter the political environment in ways that enhance the probability of such outcomes in the future. To determine the success or failure of Reagan and Thatcher’s effort all three of these dimensions must be considered. (PIERSON, 1994, p. 17)

Observa-se que em vez de limitar sua definição a um determinado aspecto do *welfare state* ele busca captar uma grande variedade de fatores que possam sinalizar um processo de retração. A partir dessa definição ampla de retração, o autor sugere três regras de bolso para guiar a análise. Essas regras, de certa forma, sintetizam o debate exposto anteriormente. Os três passos sugeridos pelo autor aparecem listados abaixo:

2.3.1 Examinar mudanças do gasto no curto e no longo prazo

Essa dimensão capta a premissa, dos trabalhos tradicionais, de que variações no gasto social, como redução de gasto público social em proporção ao PIB ou redução do gasto social *per capita*, são boas *proxies* para a retração ou desenvolvimento do *welfare state*.

A necessidade de se levar em conta mudanças de curto e longo prazo tem como objetivo solucionar o impasse exposto anteriormente: a partir de que momento um corte nos gastos pode ser considerado retração. Isso porque ele pode ser momentâneo, fruto de uma contingência pontual, e revertido no médio prazo. Diante disso, o autor sugere uma análise do gasto que leve em conta um período maior de tempo, que permita a observação da flutuação do gasto no longo prazo.

Essa sugestão, no entanto, ainda não elimina por completo o impasse em torno da questão temporal, pois não especifica o que é longo prazo quando se fala em permanência de cortes sociais. Tampouco elimina a discussão sobre a construção dos indicadores, pois a variável gasto em função do PIB pode ser alterada por variações do PIB e não do gasto.

No entanto, uma boa maneira para solucionar esse debate é utilizar a duração do mandato como unidade de tempo. Assim, cortes de gastos sociais que permaneçam por mais de um mandato, 4 ou 5 anos dependendo do caso, podem ser considerados de longo prazo. Isso vale, principalmente, se essa mudança também representar uma alternância de partidos no poder, já que uma redução do gasto social pode estar ligada a uma opção política de um partido.

2.3.2. Examinar a estrutura de um determinado programa, assim como o gasto com esse programa

A segunda regra busca ressaltar a priorização do estudo da estrutura das políticas sociais em detrimento de uma análise de gastos. Assim, Pierson (1994)

busca reafirmar a posição de Esping-Andersen (1985) de que o gasto não é uma medida completa de retração de um *welfare state*, pois não fornece informações qualitativas acerca de como ele está sendo realizado. Assim, adicionalmente a uma análise tradicional, focada no gasto, ele propõe um estudo da estrutura das políticas sociais, com o objetivo de captar os seus demais aspectos estruturais.

Essas dimensões são: existência de segmentação do público alvo e teste de meios¹ para se receber o benefício, provisão pública ou privada dos serviços e existência de alternativas privadas para certos serviços públicos, progressividade ou regressividade do gasto e existência de comprometimento do governo com o pleno emprego.

Todos esses aspectos podem ser denominados como 'instituições do *welfare state*'. Essa denominação busca captar não apenas a existência de um determinado conjunto de políticas em um *welfare state*, mas também os critérios utilizados para distribuí-las pela sociedade. Esse componente abarca uma série de questões centrais acerca da estrutura das políticas, por exemplo, a existência de focalização nas políticas, a privatização da provisão e serviços sociais, as regras de indexação dos benefícios entre outros.

A importância dos aspectos institucionais é ressaltada por Bonoli, Georges, Taylor-Gooby:

Retrenchment is difficult to measure. If we want to gain some insight into what has been happening to welfare state during the last few years, we need to look at the legislative changes adopted in individual countries and assess the likely implications for the coverage, level and quality of welfare provision. (GEORGES; TAYLOR-GOOPY, 2000, p.29)

2.3.3. Diferenciar retração programática de retração sistemática

A última etapa da análise deve diferenciar a retração programática da sistemática. A retração programática refere-se a iniciativas de retração de uma ou mais políticas sociais por meio de corte de custos ou alterações na sua estrutura, como redução do público alvo ou alteração das regras de indexação de um

¹ Teste de meios são mecanismos de comprovação da pobreza ou alguma condição que torne o cidadão elegível para o recebimento da política. Tal mecanismo tem como objetivo excluir uma parcela da população.

benefício. Essas iniciativas estão contempladas nos dois itens apresentados anteriormente e, portanto, não colocam um novo critério de análise.

A retração sistemática, no entanto, está ligada a mudanças mais amplas que afetam a economia ou política de um país e impactam de forma indireta o *welfare state*. Um exemplo dessa retração sistemática é o estabelecimento de regras mais conservadoras de superávit do setor público, uma vez que essa medida impacta a possibilidade de gasto futuro em políticas sociais.

É possível observar que essa retração afeta a estrutura do Estado como um todo, sem que exista alteração específica em uma política social.

Programmatic retrenchment results from spending cuts or a reshaping of welfare state programs. However, policy changes that alter the broader political economy and consequently alter welfare state politics may also promote retrenchment. Welfare programs do not exist in the vacuum. Their shape is determined by the complex interplay of such factors and budgetary pressures, the structure of political institutions, and the strength and priorities of interest groups. Policy changes that alter the context of future spending decisions – what can be termed systematic retrenchment – may be as important for the welfare as changes in spending or program structure “within” the welfare state itself. (PIERSON, 1994, p.15)

Assim, tomando como base as ‘três regras de bolso’ sugeridas pelo autor temos o seguinte quadro esquemático para o estudo da retração de um *welfare state*:

Tabela 1 - Análise da retração

Mudanças programáticas		Mudanças sistemáticas
mudança no gasto	mudança nas instituições do <i>welfare state</i>	mudanças no sistema político ou econômico que podem levar a uma retração das políticas do <i>welfare state</i>
redução de gastos no curto prazo	alteração no público alvo	descentralização das políticas sociais
redução de gastos no longo prazo	introdução de teste de meios introdução de parceiros privados redução da qualidade/quantidade do benefício introdução de taxas de uso alteração dos mecanismos de indexação	alteração das regras do gasto público como introdução de superávits primários, ou limites para gasto e endividamento públicos.

Fonte: Próprio autor

O quadro acima ilustra as três etapas propostas por Pierson (1994) para a análise da retração: alteração de gastos no curto e longo prazo, mudanças nas instituições do *welfare state* e, finalmente, as mudanças sistemáticas que têm impacto indireto nas políticas sociais. É possível perceber que nessa análise não estão incluídas dimensões ligadas ao impacto dessas mudanças, ou seja, como essas mudanças, tanto programática como sistemática, impactaram no *welfare state*. O quadro abaixo mostra o esquema proposto pelo autor com a adição da análise de variáveis de impacto:

Tabela 2 - Análise da retração modificada

Mudanças programáticas		Mudanças sistemáticas	Impacto
mudança no gasto	mudança nas instituições do <i>welfare state</i>	mudanças no sistema político ou econômico que podem levar a uma retração das políticas do <i>welfare state</i>	impacto na finalidade do <i>welfare state</i>
redução de gastos no curto prazo	alteração no público alvo introdução de teste de meios introdução de parceiros privados	descentralização das políticas sociais	Desigualdade
redução de gastos no longo prazo	redução da qualidade/ quantidade do benefício introdução de taxas de uso alteração dos mecanismos de indexação	alterações das regras do gasto público como introdução de superávits primários, ou limites para gasto e endividamento públicos.	Mercantilização

Fonte: Próprio autor

A última coluna busca acrescentar a dimensão do impacto do desenvolvimento de um *welfare state* e, de forma contrária, o resultado da retração do *welfare state* em uma sociedade. Assim, com base nos trabalhos de Esping-Andersen (1985) e Kropi (2003) sobre o desenvolvimento e retração de um Estado de Bem Estar Social, foi adicionado à análise um componente que busca captar um possível aumento da desigualdade e da mercantilização na sociedade.

A introdução desse último componente na análise tem como objetivo avaliar de que forma as estruturas do Estado como tributação e o gasto público social agem no sentido de minimizar ou não as desigualdades pré-existentes na sociedade. O uso dessa variável de impacto mostra o entendimento de que a finalidade de um *welfare state* é corrigir as diferenças sociais produzidas pelo mercado, resultados de diferentes aptidões, capacitação ou *background* familiar.

Neste caso, é possível usar o Índice de Gini do gasto público social e da tributação como bons indicadores desse impacto.

A segunda variável de impacto, a desmercantilização que um *welfare state* produz em uma sociedade, pode ser definida de duas maneiras distintas. A primeira delas entende que uma determinada estrutura de *welfare state* deve proporcionar uma vida adequada aos cidadãos independentemente da venda de sua mão de obra no mercado, ou seja, deve haver uma combinação de políticas como seguro desemprego, aposentadoria, serviço de educação, saúde, moradia, entre outros, que possibilite uma segurança social adequada. A segunda maneira de descrever a variável parte do princípio que um *welfare state* tem o objetivo de possibilitar o acesso a serviços essenciais em quantidades adequadas fora do mercado, ou seja, sem que eles se tornem mercadorias.

Essa dimensão é extremamente relevante por, pelo menos, duas razões. A primeira delas é que a necessidade de adquirir via mercado serviços essenciais transfere a responsabilidade que antes era coletiva para o âmbito privado. Assim, essas políticas que eram financiadas através recursos fiscais passam a ser custeadas por recursos próprios do cidadão. Essa transferência na responsabilidade da obtenção do serviço aumenta a vulnerabilidade do cidadão diante dos riscos impostos, por exemplo, pelo desemprego, aposentadoria, morte de um chefe de família ou pobreza.

[...] recent decades have witnessed an accelerating process that I call “risk privatization” in which stable social policies have come to cover a declining portion of the salient risk faced by citizens. As a result of this process, many of most potent threats to income are increasingly faced by families and individual on their own, rather than by collective intermediates. (HACKER, 2004, p. 244)

Além disso, essa maior mercantilização do *welfare state* implica em um compartilhamento da construção da política pública com atores privados. Isso porque esses parceiros passam a ter interesses diretos na política e têm incentivos de influenciar o governo por meio de *lobby*. Ademais, essa ligação público-privada torna uma política, antes subordinada aos interesses coletivos, sujeita às regras de organizações privadas o que pode levar a uma mudança incremental dos objetivos finais da política pública.

É possível perceber, no entanto, que medir o impacto de um *welfare state*, no que refere-se à desmercantilização, coloca alguns desafios à pesquisa. Primeiro, é preciso analisar a existência de uma série de políticas públicas gratuitas disponíveis para todos os cidadãos, além disso, deve-se avaliar a qualidade desses serviços, a fim de verificar se elas promovem um nível adequado de vida ao indivíduo, sem a necessidade de uma complementação do mercado privado, de forma a minimizar sua necessidade de venda da mão de obra no mercado de trabalho.

Ademais, é preciso realizar uma análise do comprometimento e responsabilização do governo a respeito da segurança do cidadão. Esse item depende da existência de políticas como seguro desemprego, seguro maternidade, seguro doença e um sistema de aposentadoria que possibilite um ganho de receitas compatível com uma vida digna. Além disso, deve-se verificar a existência de teste de meios, exigências para o recebimento de benefícios e regras dessas políticas, uma vez que estas medidas podem restringir o acesso a um pequeno grupo da sociedade.

Posto este ferramental analítico, composto pelo estudo realizado por Paul Pierson (1994) acerca da retração do *welfare state* e pelas variáveis de impacto sugeridas por Walter Kropi e Gosta Esping-Andersen (2000), o passo seguinte desse estudo foi realizar uma narrativa do processo de reforma das políticas sociais da Suécia e Dinamarca de forma a apontar mudanças programáticas, assim como verificar, o quanto possível, o impacto de tais mudanças.

Optou-se por um estudo empírico com foco em duas políticas sociais: a de previdência social e a de saúde. Essa escolha deveu-se a dois critérios principais. O primeiro deles é participação dessas políticas no gasto social total, uma vez que a previdência é a maior conta social desses países seguida pelo gasto em saúde. Este fato faz delas o principal alvo de estratégias de retração que tenham como objetivo central diminuir os gastos públicos. Além disso, ambas as políticas são suscetíveis às mudanças demográficas em curso nesses países, já que o envelhecimento da população tem impacto direto nos gastos de previdência e tendem a aumentar a demanda por saúde, sendo assim, mais uma vez, essas políticas seriam alvo de reformas que visassem conter um aumento do gasto público futuro.

A análise das mudanças sistemáticas não foi realizada nesse trabalho, uma vez que requereria um estudo mais amplo a respeito das transformações ocorridas no Estado sueco e dinamarquês no que se refere a políticas sociais e econômicas. Para uma análise dessa natureza seria necessário um detalhamento abrangente das transformações em instituições que determinam o gasto público, assim como mudanças na cultura política ou em fatores externos que pudessem influir nas decisões a respeito do *welfare state*. Apesar desse esforço estar fora do escopo desse trabalho, buscar-se-á trazer esses elementos para as análises quando eles tiverem impacto determinante para os casos aqui estudados.

3 REFORMA DA POLÍTICA DE PREVIDÊNCIA

Este capítulo analisa as reformas que ocorreram na política de previdência pública, a partir da década de 1980, na Suécia e Dinamarca. Essa política social foi um importante alvo de pressões para reformas, uma vez que corresponde ao maior gasto social desses governos. O constante envelhecimento da população fez com que os sistemas de previdência constituídos pós Segunda Guerra Mundial se tornassem insustentáveis, dessa forma, não havia apenas o objetivo de reduzir o gasto presente, mas, principalmente, de conter o aumento do custo dessa política no médio prazo.

É possível mencionar também, uma grande preocupação com a competitividade da indústria. Isso porque os produtos industrializados desses países se deparam, cada vez mais, com a competição de mercadorias asiáticas, países que costumam ter políticas de proteção social relativamente mais modestas. Desta forma, o excesso de encargos sociais foi apontado como o principal fator de falta de competitividade da indústria sueca e dinamarquesa.

Segue-se assim uma narrativa histórica sobre o processo de reforma que alterou o modelo de previdência instalado no pós Segunda Guerra Mundial na Suécia e Dinamarca, fornecendo elementos para uma análise da retração tal qual desenvolvida no capítulo anterior. Assim, o objetivo final desse estudo empírico é responder se as transformações que ocorreram na política de previdência nesses países correspondem a iniciativas de retração do *welfare state*. Mais do que isso, busca-se analisar as estratégias utilizadas pelos atores que tornaram politicamente viáveis esse processo de retração.

3.1 O CASO SUECO

A reforma de 1946 instaurou na Suécia a *Pensão Popular*, um sistema público de pensões característico do modelo de *welfare state* do tipo Social Democrata. Esse sistema, que substituiu o arranjo anterior destinado apenas aos idosos de baixa renda, estabelecia uma aposentadoria igual para todas as pessoas

com mais de 65 anos de idade. O benefício era financiado por recursos fiscais e, portanto, não dependia de contribuições salariais.

Porém, esse sistema logo se mostrou insustentável, uma vez que não atendia à demanda de aposentadoria da classe média e classe média alta do país. Além disso, o bom momento econômico, com crescimento do PIB de 4% ao ano, pressionava os salários e intensificava o descolamento entre os ganhos dos trabalhadores especializados e suas respectivas aposentadorias.

Esse cenário motivou uma reforma no sistema de previdência social que culminou na introdução, em 1959, de uma aposentadoria complementar chamada de Plano ATP. Tal complemento foi fruto de uma alteração na legislação sueca, resultado de uma votação apertada no congresso em que a coalizão vencedora contou com uma maioria mínima. Esse novo modelo era dependente de contribuições salariais e foi desenhado segundo o princípio *Pay As You Go* (PAYG) ou modelo de Repartição, um sistema baseado na solidariedade intergeracional, uma vez que as contribuições dos trabalhadores ativos pagam os benefícios dos aposentados.

O cidadão só teria direito a esse complemento integral na aposentadoria se tivesse completado 65 anos e contribuído por, pelo menos, 30 anos. O plano de aposentadoria era do tipo benefício definido e o valor do benefício era equivalente a 60% da média dos 15 melhores salários anuais do trabalhador, corrigidos pelo índice de preços ao consumidor. No entanto, de acordo com Sundén (2006), esse sistema estabelecia um teto equivalente a 1,5 vezes o salário médio sueco.

Esse arranjo era altamente distributivo, uma vez que as taxas de contribuição eram proporcionais aos salários, sem um teto, e os benefícios eram limitados a um valor máximo. O mecanismo se tornou ainda mais redistributivo em 1967, quando foi introduzida uma pensão suplementar para os indivíduos que receberam baixos rendimentos ou nenhum salário ao longo da vida. Como esse piso era corrigido pela inflação dos preços ao consumidor, esse suplemento foi gradativamente se tornando mais inclusivo e, em 1994, 79% dos aposentados recebiam algum benefício complementar. A soma entre a *Pensão Popular* e a previdência suplementar garantia um benefício mínimo equivalente a 30% do salário médio sueco. Além disso, apesar desses benefícios serem taxados normalmente, aposentados com baixa renda recebiam uma dedução no imposto.

Assim, é possível afirmar que o sistema de previdência público sueco, a partir da década de 1960, era formado por dois componentes principais bastante redistributivos. O primeiro deles era uma aposentadoria universal independente da renda ou tempo de contribuição e um segundo componente dependente da contribuição do trabalhador, mas extremamente favorável para os trabalhadores com baixa renda. Esses sistemas combinados eram equivalentes a 75% de toda renda de aposentadoria do país, a parcela restante era originária de acordos ocupacionais entre patrões e empregados e aposentadorias individuais privadas.

Nas eleições de 1991, o partido Social Democrata foi derrotado por uma coligação de quatro partidos de centro-direita e direita, que apontaram a reforma da previdência sueca como prioridade do governo. Os motivos para tal são conhecidos e comuns a todos os países europeus: crescimento reduzido de salários frente ao aumento das aposentadorias e tendência de diminuição da população economicamente ativa devido ao envelhecimento da população. Tais fatores ameaçavam o equilíbrio fiscal do sistema que se mostrava insustentável no médio prazo. Além disso, a urgência de uma reforma se tornou ainda mais severa com a crise econômica que deflagrou o país no início dos anos de 1990 que fez com que as contribuições salariais decrescessem em 10%.

Assim, instaurou-se, em 1992, uma Comissão da Previdência, composta pelos 7 partidos com representação no parlamento, para elaborar uma proposta de reforma para essa política. Os partidos governistas defendiam a instalação de um sistema inteiramente privado, no entanto, esta proposta recebeu severas críticas do Partido Social Democrata. Assim, buscou-se uma solução que pudesse receber amplo apoio no parlamento e não colocasse em risco a estabilidade do governo.

O produto dessa comissão foi uma proposta de reforma, aprovada no parlamento em 1994, com o apoio de 5 dos 7 partidos com representação, o que correspondeu a um apoio de 80% da casa (Palmer, 2005). A nova legislação propunha duas principais mudanças no sistema de pensões sueco. A primeira delas foi a substituição do sistema de benefício determinado por um sistema de contribuição definida e a segunda foi a instituição de um sistema privado de aposentadoria.

A primeira alteração teve como objetivo principal evitar o déficit do sistema por meio da inclusão de variáveis da economia real e expectativa de vida no cálculo do benefício. Para Bonoli, George e Taylor-gooby (2000), essa medida iria

minimizar o impacto de crises econômicas e mudanças demográficas nos gastos com pensões. No entanto, não se substituiu o sistema PAYG por um sistema de capitalização², apesar de esse mecanismo ter sido apontado pela literatura como o principal culpado pelo déficit na previdência, pois seu componente intergeracional é extremamente desvantajoso em situações de envelhecimento populacional e estagnação dos salários.

A permanência do modelo de repartição fez com que alguns analistas, como Myles e Pierson (2001), considerassem que o sistema de previdência sueco não sofreu uma mudança radical. No entanto, busca-se argumentar que a reforma modificou a provisão pública de aposentadoria de maneira fundamental, uma vez que buscou garantir a sustentabilidade do sistema, condicionando o benefício às variáveis econômicas e demográficas. Essa maneira de calcular a aposentadoria reduziu significativamente a responsabilidade do governo pela garantia de renda do idoso, delegando para o indivíduo a responsabilidade de planejar sua aposentadoria.

Além disso, a reforma aboliu a *Pensão Popular*, um sistema típico de um país Social Democrata, uma vez que não dependia de contribuições salariais e era inteiramente financiada por recursos fiscais. Para cobrir as necessidades dos indivíduos com baixa ou nenhuma renda esse novo esquema de previdência estipulou um mínimo de benefício de aposentadoria, que passou a estar sujeito a um teste de meios. Esse benefício era equivalente a cerca de 35% dos salários dos trabalhadores industriais e cerca de 30% dos aposentados eram elegíveis para essa compensação, tal parcela contrasta com os 79% dos aposentados elegíveis para compensação no sistema anterior.

De forma geral, o novo sistema de previdência social sueco funcionava da seguinte maneira: anualmente 16% do salário era depositado em uma conta, tais depósitos eram corrigidos pela taxa de crescimento dos salários. Assim, quando o indivíduo decidir se aposentar seu benefício anual será o resultado da divisão entre o capital acumulado na conta de depósitos dividido pela expectativa de vida da pessoa. Essa expectativa de vida refere-se à média de expectativa de vida do

² O regime de capitalização tem como principal característica a individualidade, pois cada segurado contribui para seu benefício futuro, estabelecendo correspondência direta entre o custeio e o benefício de cada um.

A transição entre o modelo *pay as you go* e o sistema de capitalização gera, num primeiro momento, um ônus para o governo que deve pagar pelos benefícios dos atuais aposentados.

homem e da mulher daquele ano subtraídos pela idade da pessoa no momento da aposentadoria. Dessa forma, tem-se a seguinte fórmula:

$$\text{Aposentadoria anual} = \frac{\text{Capital acumulado}}{\text{Expectativa de vida restante}}$$

O segundo elemento da reforma foi a introdução de um sistema privado de previdência. Nesse novo esquema, 2,5% do salário do trabalhador seria compulsoriamente destinado a um fundo privado sob o sistema de capitalização que iria financiar, individualmente, a aposentadoria futura. As características dessa aplicação como rentabilidade e risco, poderiam ser escolhidas pelo cidadão. Tal medida tinha como objetivo compensar as possíveis reduções de benefícios decorrentes da alteração do sistema de benefício definido para contribuição definida.

Assim, de um total fixo de 18,5% do salário de contribuição, 16% iriam para esse fundo comum que seriam destinados a pagar os benefícios dos aposentados correntes e 2,5% dessa receita seriam destinados a fundos individualizados e inteiramente privados de pensão que iriam render conforme as regras do mercado. Observa-se, portanto, que o valor final do benefício passou a ser dependente de variáveis ligadas à economia e à demografia. A dificuldade de prevê-las faz com que não se saiba ao certo o impacto dessas medidas no valor da aposentadoria individual. Essa consequência da reforma pode ser caracterizada como uma estratégia para ofuscar possíveis cortes nos benefícios e, portanto, evitar uma oposição organizada contra o governo. Assim, essa medida corresponde ao que Pierson (2001) chamou de *ofuscamento*, uma vez que a dificuldade de se auferir os resultados dessas mudanças faz com que o custo político da reforma seja reduzido.

Posto isso, é necessário analisar essa reforma dentro do arcabouço de estratégias de retração desenvolvido nesse trabalho. Sendo assim, as mudanças ocorridas no sistema de previdência sueco foram analisadas segundo os critérios de mudança programática. Além disso, estabeleceu-se a análise dos impactos dessas alterações na sociedade com base no que foi proposto no capítulo anterior. O objetivo desse estudo é identificar se houve retração da política de previdência social na Suécia e qual sua magnitude.

3.1.1. Análise da Retração da Política de Previdência Sueca

A seguir desenvolve-se uma análise que compara o sistema de previdência sueco pré e pós reforma de 1994. O arcabouço analítico utilizado será o quadro desenvolvido no capítulo anterior.

3.1.1.1. Mudanças programáticas

3.1.1.1.1. Mudanças no gasto

O primeiro item avaliado é a mudança do gasto público na política de previdência. O arcabouço desenvolvido anteriormente sugeriu que para que essa análise fosse completa seria preciso uma avaliação que levasse em conta mudanças de gasto no curto e longo prazo. No entanto, conforme mostrado a seguir, não foi possível realizar a análise de longo prazo uma vez que não há o horizonte temporal necessário. Mesmo uma análise de curto prazo estará comprometida, uma vez que a mudança ocorrerá de forma gradual e levará 16 anos para que a primeira geração de aposentados receba 100% de sua aposentadoria segundo a nova regra.

A primeira geração que se aposentou com a nova regra, no ano 2000, recebeu 80% de sua aposentadoria segundo o modelo velho e 20% de acordo com nova regra. A cada ano essa proporção se altera em 5% até que 100% da aposentadoria seja concedida segundo a nova legislação, o que ocorrerá em 2016. Estima-se que apenas em 2040 a aposentadoria de toda a sociedade será paga segundo o novo modelo.

O caráter extremamente gradual da mudança impede que seja possível avaliar uma mudança significativa no gasto no curto prazo. Mesmo uma análise que leve em conta todos os dados disponíveis apontará somente uma tendência de mudança nos gastos e não o resultado final da reforma na previdência.

A fim de avaliar a evolução do gasto público em aposentadoria, observa-se abaixo um gráfico que contém a série histórica do gasto público em previdência como proporção do PIB entre 1980 e 2007. Essa variável busca captar o esforço de um governo em uma determinada política ou conjunto de políticas do *welfare state*.

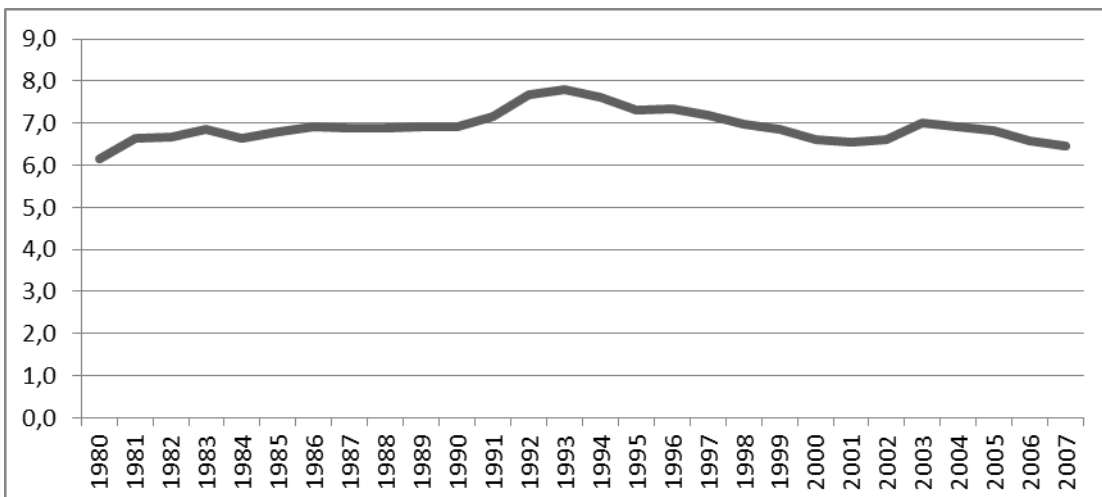


Gráfico 1 - Gasto em Previdência Pública como Proporção do Produto Doméstico Bruto na Suécia (1980-2007)

Fonte: OECD STAT. Acesso em: 11 de maio de 2012, 11:hs.

É possível observar que a série atinge seu ponto máximo em 1993, quando o gasto público em pensões como proporção do PIB chega a 7,8%. A partir de 1994, no entanto, os dados apresentam uma tendência de queda, até atingir em 2007, último dado da série a marca de 6,45% do PIB. Apesar dessa tendência de queda, é arriscado afirmar algum tipo de relação entre essa mudança e a nova lei, uma vez que o ponto de inflexão se dá em 1994 quando a nova regra ainda não tinha sido implementada.

No entanto, quando se analisa o gasto total da política entre 1980 e 2007 (gráfico 2) não se observa a tendência de queda apontada no gráfico anterior, pelo contrário, há uma evolução constante do gasto que segue o envelhecimento da população sueca. Tal fato sugere que a tendência de queda deve-se mais à alterações positivas do PIB do que redução no gasto.

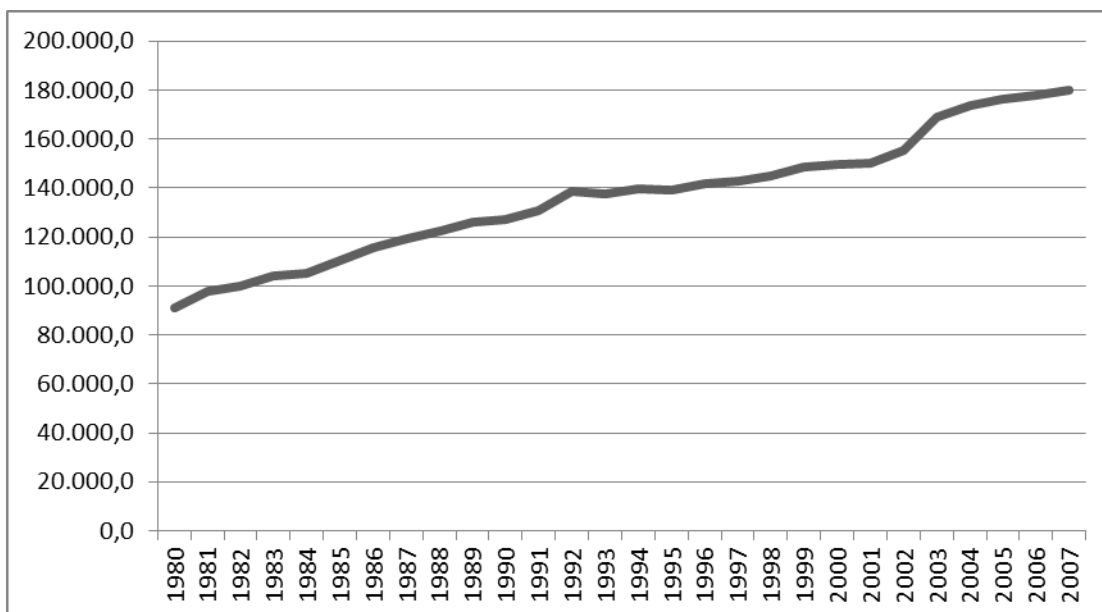


Gráfico 2 - Gasto em Previdência Pública em preços constantes de 2000 em milhões de Coroas Suecas (SEK). (1980-2007)

Fonte: OECD STAT. Acesso: 11 de maio, 2012. 11 hs.

Assim, a análise da alteração do gasto público em previdência mostra resultados inconclusivos. O principal motivo para isso é o caráter extremamente gradual de implementação do novo sistema de aposentadorias. Dessa forma, uma análise precisa só poderá ser feita quando a regra estiver em rigor para a maior parte dos aposentados.

3.1.1.1.2. Mudança nas instituições

A análise mostrou que houve alterações institucionais importantes na política de previdência sueca. A primeira delas é a mudança do sistema de benefício definido para a contribuição definida e a segunda é a introdução de uma parcela inteiramente privada. Finalmente, é possível apontar a abolição da *Pensão Popular* e sua substituição por uma pensão complementar destinada apenas para aposentados com baixos ou nenhum rendimento.

A primeira reforma consiste na alteração do cálculo da aposentadoria e da contribuição. Como foi mostrado no item anterior, ele não equivale, necessariamente, a um corte nas aposentadorias individuais, uma vez que o benefício tornou-se depende de variáveis econômicas e demográficas. A segunda mudança se refere à aplicação compulsória de 2,5% do salário em um fundo individual de previdência privada.

De acordo com os critérios para a avaliação de mudanças institucionais desenvolvidos no capítulo anterior como alteração do público alvo, introdução de teste de meios, introdução de parceiros privados, redução da qualidade de benefícios e introdução de taxas de uso, é possível afirmar que houve mudanças no que se refere à introdução de teste de meios, alteração do público alvo e a introdução de parceiros privados.

O fim da *Pensão Popular* e a sua substituição por uma aposentadoria complementar foram acompanhados pela introdução de teste de meios a fim de garantir que apenas os aposentados de baixa renda recebessem o benefício. Assim, se aboliu um sistema com cobertura universal, típica de um modelo Social Democrata, e optou-se por um sistema residual, que tinha como objetivo proteger apenas os cidadãos em situação de exclusão social.

Em relação ao público alvo da política, não é possível afirmar que ele tenha sido alterado no sentido de exclusão ou inclusão de uma parcela da população, uma vez que todos os cidadãos em idade de aposentadoria continuam tendo direito ao benefício. No entanto, as mudanças introduzidas em 1994 alteraram o peso que cada grupo recebia na repartição do recurso de aposentadoria, privilegiando os aposentados com maior renda.

Enquanto o modelo anterior dava um maior enfoque aos indivíduos de baixa renda, devido à existência da *Pensão Popular* combinada com mecanismos de compensação, taxas diferenciadas de contribuição para diferentes faixas de renda e teto do benefício, o segundo modelo buscou alterar esses parâmetros a fim de tornar o sistema mais atrativo para os indivíduos de maiores salários. Para tanto, introduziu-se uma contribuição fixa de 18,5% da renda e aboliram-se os tetos para os benefícios.

Finalmente, a introdução de um componente inteiramente privado revela uma tendência à privatização. No entanto, esta parcela era bastante reduzida, significando apenas 13,5% da contribuição total, o que representava a segunda menor taxa dentre os países que adotaram algum tipo de contribuição compulsória privada, perdendo apenas para a Noruega. Assim, não é possível falar em saída o Estado da política pública.

Even if there are elements of privatization, the reform does not represent a clear-cut retrenchment of public commitments. Instead it can be seen as a response to the fundamental criticism of modern welfare states for eroding incentives structures and lacking cost control, a response that tries to deal with a, basically, public framework. (PALMER, 2005, p. 42)

Porém, o fato de o Estado contar com o mercado para compensar uma possível perda de renda que o novo sistema poderá implicar aos aposentados, mostra uma tendência à desresponsabilização do governo em relação à política de pensões e um maior peso para a responsabilidade individual, o que fica claro na citação acima.

Assim, a análise institucional revela que o novo sistema de previdência sueco possui elementos que podem ser identificados como retração da política. No entanto, não é possível falar em uma ruptura total com os parâmetros anteriores, uma vez que a introdução de parceiros privados é tímida e a mudança do sistema de benefício definido para contribuição definida não foi acompanhada da adoção de um sistema de capitalização. Por outro lado, a abolição da *Pensão Popular* representou uma clara ruptura com o modelo Social Democrata e a opção por um modelo residual de proteção aos cidadãos economicamente vulneráveis.

3.1.1.2. Indicadores de impacto

3.1.1.2.1 Impacto da reforma na desigualdade

Essa sessão avalia o impacto da reforma da política de previdência na distribuição de renda da população em idade de aposentadoria. As tabelas abaixo comparam o Índice de Gini da população sueca total com o da população aposentada, desde meados da década de 1980 até 2011.

É interessante notar que a distribuição da renda até meados de 2000 é mais igualitária entre os aposentados do que entre a população total. Esse dado ilustra o caráter altamente distributivo do sistema de pensão sueca. A combinação de elementos da política de previdência, que tinham como principal objetivo aumentar o benefício dos aposentados com menores rendas, seja por meios de taxas proporcionais ou por benefícios compensatórios, tiveram como consequência essa distribuição de renda bastante igual entre os aposentados.

No entanto, entre meados de 2000 e o ano de 2011, esta situação se reverte, uma vez que a distribuição de renda dos aposentados piora 19,35%

enquanto a da população como todo se torna mais desigual em 10,68%. Isso fez com que pela primeira vez o índice de Gini da população total fosse igual a da população aposentada.

Tabela 3. Índice de Gini da População Sueca Total

Período	meados de 1980	meados de 1990	meados de 2000	2011
índice de Gini	0,198	0,211	0,234	0,259
Variação por Período	–	6,57%	10,90%	10,68%

Fonte: OECD.Stat, consultado em 11 de maio de 2012 11:44

Tabela 4. Índice de Gini da População Sueca Aposentada

Período	meados de 1980	meados de 1990	meados de 2000	2011
Índice de Gini	0,181	0,198	0,217	0,259
Variação por Período	–	9,39%	9,60%	19,35%

Fonte: OECD Stat, consultado em 11 de maio de 2012 11:44

Essa evidente piora na distribuição de renda dos aposentados pode ter sido causada pela mudança de regras do sistema de pensões, uma vez que a mudança do sistema de compensação para indivíduos de baixa renda, que se tornou mais residual. Como foi mostrado anteriormente essa compensação passou a atender 30% da população aposentada, e não mais 79% como no modelo anterior. Além disso, essa mudança pode já ser reflexo da alteração do sistema de benefício definido para contribuição definida, uma vez que esse novo sistema busca maior aderência entre contribuição e benefícios, o que revela uma menor preocupação com a distribuição de renda entre os idosos.

A substituição da provisão pública pela privada, não necessariamente significa uma maior desigualdade na sociedade. No entanto, se essa maior participação de atores privados for um resultado de uma falha do governo em entregar, por meio de atores privados ou públicos, benefícios de qualidade isso pode acarretar uma maior desigualdade social (Bonoli, George, Taylor- Gooby, 2000).

Mais relevante nesse caso é que a parcela da contribuição salarial destinada a fundos privados não era alvo de distribuição entre os aposentados, assim, ela apenas respaldava as desigualdades existentes entre os assalariados.

3.1.1.2.2. Mercantilização

Questionou-se aqui se a mudança de regras da previdência social sueca levou a um aumento da mercantilização da sociedade, ou seja, se o idoso passou a ser mais dependente do mercado para satisfazer suas necessidades. Como foi mencionado anteriormente, tal situação se materializa em uma maior necessidade por parte do cidadão de vender sua mão de obra no mercado de trabalho ou na maior dependência de mecanismos privados para obter bens e serviços necessários para uma vida adequada. Isso tem como consequência um aumento do risco do cidadão uma vez que, caso o indivíduo tenha uma perda de renda e não possa mais adquirir certos serviços no mercado deve arcar individualmente com esse ônus.

O que se defender é que justamente por meio da avaliação desse critério que se perceberá a principal mudança que essa nova regra gerou na sociedade sueca no sentido de uma retração do *welfare state*. Em relação à primeira mudança institucional no sistema de pensões, a substituição do benefício definido para o sistema de contribuição definida, é possível dizer que ela trouxe um elemento de incerteza para o cidadão, uma vez que não é possível saber, de fato, qual o efeito da nova regra nos benefícios futuros. O grande número de variáveis para o cálculo e a dificuldade de prevê-las com alguma segurança torna impossível saber, hoje, se os benefícios serão maiores, menores ou iguais aos da regra antiga.

Assim, o impacto dessa nova legislação é uma maior insegurança para o cidadão em relação a sua renda futura. Essa maior exposição ao risco surge do fato de que, caso o benefício seja menor, o fardo recai somente sobre o cidadão. Portanto, os indivíduos estão menos seguros do que no passado. Essa insegurança em relação a sua renda futura leva a uma maior dependência do indivíduo em relação ao mercado de trabalho ou a mecanismos privados de aposentadoria. Um exemplo dessa mercantilização, ou reconfiguração, é que o indivíduo pode ser incentivado a trabalhar mais anos do que o inicialmente desejado a fim de compensar efeitos deletérios de variáveis econômicas ou demográficas em sua renda futura.

A segunda alteração importante no sistema, a introdução de uma parcela compulsória privada, também representa maior mercantilização. Isso porque, os indivíduos passam a depender de atores privados para manterem sua qualidade de vida no futuro, não apenas compulsoriamente devido à modificação da lei, mas também porque a maior insegurança de todo o sistema pode levar os cidadãos a buscarem alternativas privadas para se precaver de oscilações nos benefícios futuros. Além disso, a própria existência de uma parcela da aposentadoria baseada em contribuição definida representa um risco, uma vez que os retornos desses investimentos são incertos:

The impact of investment risk is most obvious with defined contribution plans, in which contributions and investment returns build up in an individual account. The accumulated capital is then used to provide an income stream during retirement. The growing importance of defined- contribution plans in providing for retirement means that many individual's retirement incomes are directly exposed to risk and uncertainty in the return on their investments (WHITEHOUSE; D'ADDIO; REILLY, 2009, p. 10)

Assim, a mudança de sistema de previdência sueco representa um passo no sentido de uma maior mercantilização da sociedade. Isso ocorre não pela redução do benefício ou restrição do público alvo, mas, principalmente, pela insegurança que essa mudança traz. A incerteza em relação à renda futura incentiva o cidadão a trabalhar mais anos do que o inicialmente planejado e buscar alternativas privadas de previdência, compulsória ou não, a fim de assegurar sua renda futura. Essas duas alternativas representam maior dependência do cidadão em relação ao mercado.

3.2 O CASO DINAMARQUÊS

A introdução de um sistema público de previdência na Dinamarca iniciou-se de forma muito semelhante à experiência sueca. No entanto, como fica claro ao longo do texto, as transformações ocorrerão de maneira bastante distinta nos dois países. Primeiramente, é preciso destacar que as reformas que ocorreram na Dinamarca foram menos planejadas e calculadas do que no caso sueco. Apesar das três comissões estabelecidas para propor reformas na política de pensões (1964-1967, 1973-1977 e 1988), poucas mudanças surgiram desses estudos. De forma geral, as transformações ocorreram de forma incremental, sem mudanças na legislação. *It had quite some legislation without commission; and the most important change was actually implemented without any legislation* (ANDERSEN; LARSEN, 2002, p. 7)

A primeira reforma na Dinamarca ocorreu em 1954, quando foi introduzido um sistema de previdência restrita aos aposentados de baixa renda. Um sistema realmente universal, baseado em um benefício não contributivo igual para todos os indivíduos que atingissem 67 anos, foi introduzido com a reforma de 1964 e totalmente implementado em 1970. Esse sistema, chamado de *Pensão Nacional* é típico de um *welfare state* Social Democrata, uma vez que é financiado por receitas fiscais, baseado no sistema *Pay as You Go* (PAYG), em que a geração que está ativa paga os benefícios dos aposentados. Além disso, esse sistema previa um suplemento para os aposentados de baixa renda e para funcionários públicos.

Em 1964, instalou-se um sistema complementar de aposentadoria baseado no número de horas trabalhadas, em que os benefícios variavam segundo patamares fixos bastante reduzidos. Assim, diferentemente do caso sueco, na qual os benefícios complementares correspondiam a uma parcela do salário, na Dinamarca o valor desse complemento que não condizia com a demanda de reposição de salários dos trabalhadores de mais alta renda. Portanto, esse sistema não foi capaz de suprir a demanda de aposentadoria de uma parcela significativa da população, que buscou aumentar seus benefícios futuros por meio de acordos ocupacionais ou aposentadorias privadas.

A literatura não é unânime ao explicar porque um sistema público baseado em contribuições salariais não surgiu na Dinamarca. Uma explicação possível é que o movimento sindical e o Partido Social Democrata não tinham uma posição unânime em relação à matéria. Havia o temor de que a introdução de um

novo sistema de pensões público, baseado na renda do trabalho, iria contra o princípio da equidade entre os idosos de acordo com Andersen e Larsen (2002). Outra possível causa é o fato do benefício universal dinamarquês ser mais generoso do que nos outros países nórdicos, o que fez com que a introdução de um sistema complementar fosse menos urgente nesse país.

Unlike many other countries, Denmark did not establish a major earnings related pay-as-you go (PAYG) system during this period. This was due to the fragmentation of the labor movement and the relative weakness of the Danish Social Democrat party with craft-based unions, unskilled workers were represented separately, and their Unions representatives preferred higher wages to expended social benefits. Moreover, a number of parties competed to working class vote, ranging from the Communist to the Liberals, thus splitting the left and weakening the basis for Social Democrat expansion – as for example, in neighboring Sweden. Due to this inability of the political system to provide coverage beyond the national pension, occupation and private pension grew in importance. (GREEN-PEDERSEN, 2006, p. 455)

Sendo assim, é possível afirmar que, no início dos anos de 1980, o sistema de pensões dinamarquês contava com três componentes principais. O primeiro deles era a *Pensão Nacional*, que fornecia um benefício igual a todos os cidadãos com idade de aposentadoria. Esse sistema possuía dois complementos, um exclusivo para aposentados de baixa renda, sujeito a um teste de meios, e outro fundado em contribuições baseadas no número de horas trabalhadas (ATP).

Ainda nesse primeiro componente, havia a contribuição de 1% para o Fundo Social de Pensões (SP). Esse Fundo foi instituído em 1970, durante o governo formado por uma coalizão centro-direita, com o objetivo de financiar melhorias nas aposentadorias futuras. No entanto, esse sistema foi abolido em 1982 sem que fosse definido qual tipo de melhorias seriam feitas. Finalmente, em 1999, o governo Social Democrata confiscou esse fundo, alegando que diversas melhorias já tinham sido feitas.

O segundo pilar era composto por benefícios baseados em acordos ocupacionais, dependentes de contribuições salariais baseadas no princípio de contribuição definida sob o sistema previdenciário de capitalização. Finalmente, havia o sistema privado, inteiramente voluntário, de aposentadoria. Como esses dois últimos componentes não dependiam de recursos fiscais uma vez que eram acordos privados de aposentadoria, apenas o primeiro pilar foi alvo de iniciativas de retração.

Tabela 5 - Sistema de Pensão na Dinamarca

Primeiro Pilar		Segundo Pilar	Terceiro Pilar
Componente 1	Componente 2	Componente 1	Componente 1
Pensão Nacional e Suplemento para aposentados com baixa renda		ATP	Pensões Ocupacionais
Origem do recurso	Receitas Orçamentárias	Contribuições definidas, baseadas no número de horas trabalhadas	Variável
Sistema de capitalização	Repartição ou <i>pay as you go</i>	Capitalização	Capitalização
Benefício	Igual para todos os cidadãos. Em 2005, o valor básico do benefício era de €7.586 e o suplemento para indivíduos de baixa renda era de €3.565	O valor do benefício depende do número de horas trabalhadas e do retorno do investimento. Em 2004 o valor máximo do benefício foi € 2.990 e o médio €1.206	Depende do valor da contribuição e do retorno do investimento

Fonte: GREEN-PERDERSEN, 2006

É possível afirmar que o primeiro pilar, que correspondia a esfera pública do sistema, era extremamente vantajoso para os aposentados de menores salários, que chegavam a receber aposentadorias equivalentes a 100% de sua renda ao se aposentar. No entanto, esse sistema não atendia à demanda de reposição de renda da classe média e classe média-alta, situação que levou a um aumento vertiginoso das aposentadorias privadas e acordos de pensão profissionais. Cerca de 39% dos aposentados tinham aposentadorias ligadas a ocupação e 60% tinham algum tipo de arranjo privado de aposentadoria, esclarece Green Pedersen (2006 *apud* Vesterg-Jensen, 1985). A existência desses “dois mundos” na previdência foi descrito por Esping–Andersen (1990) que afirmava que independentemente do valor do benefício universal sempre haveria uma corrida da classe média - alta para arranjos privados.

Assim, conforme colocado adiante, as mudanças ocorridas no sistema de previdência dinamarquesa a partir da década de 1980 apresentaram dois sentidos opostos. O primeiro deles, que ocorreu entre 1980 e 1986, refletiu a tentativa dos governos de aumentar as receitas e diminuir as despesas durante uma crise econômica que assolou o país. Nesse período, foi proposta uma ampla estratégia de retração do *welfare state* pelo governo de centro-direita (1984-1897), no entanto, o sistema de pensões foi poupado devido à sua grande popularidade.

Assim, as medidas se restringiram às iniciativas de aumento da receita. A primeira mudança nesse sentido foi feita em 1981, ainda pelo governo Social Democrata, e visava o aumento da receita pública por meio da taxaço sobre o ganho de capital dos investimentos das aposentadorias privadas. Porém, essa proposta não teve apoio no parlamento o que obrigou a que o partido recuasse.

No entanto, a piora do quadro econômico levou o governo formado por uma aliança de centro-direita a propor que essa medida fosse adotada temporariamente. O partido Social Democrata condicionou seu apoio a implementação de um imposto permanente aos lucros das aposentadorias privadas e, em 1982, foi aprovada uma lei que estabeleceu uma taxa de 3,5% sobre os lucros de todas as aposentadorias privadas constituídas após 1983, segundo Green-Pedersen (2007).

Em um segundo momento, com a recuperação econômica do país, iniciou-se uma discussão sobre alternativas para melhorar o sistema público de previdência. O objetivo central era superar o déficit de cobertura, pois, diferentemente da maioria dos países europeus, a Dinamarca não possuía um sistema público de previdência universal baseado em contribuições salariais capaz de atender os interesses dos assalariados com maiores rendimentos.

A primeira medida nesse sentido foi sugerida em 1986, pelo governo de centro-direita, e visava facilitar o mecanismo de teste de meios para a obtenção do complemento da aposentadoria, com o objetivo de que mais cidadãos de menor renda tivessem acesso a esse benefício. Além disso, em 1987, esse governo propôs um aumento nesses complementos; ambas as medidas foram aprovadas por unanimidade no parlamento. Tais iniciativas, aparentemente contraditórias para um governo de orientação de centro-direita, buscavam recuperar os votos perdidos com as propostas de retração no *welfare state* sugeridas anteriormente.

No entanto, uma nova piora da economia dinamarquesa motivou a alteração do mecanismo de indexação das aposentadorias públicas. A nova regra, aprovada pela maioria dos partidos do parlamento, e implementada em 1990, previa que as pensões passassem a ser corrigidas pela taxa de crescimento dos salários e não mais pelo crescimento dos preços. Além disso, caso esse crescimento fosse superior a 2% ele seria reduzido em 0,3%. Essa medida tinha como objetivo reduzir a tendência de crescimento do gasto em previdência, em face da redução da arrecadação causada pela retração econômica.

Paralelamente, em 1988, foi estabelecida uma comissão para avaliar a introdução de um sistema complementar de aposentadoria pública. No entanto, o momento de austeridade pelo qual passava o país impossibilitava tanto um aumento de contribuição para a ampliação de um sistema público do tipo PAYG, como o estabelecimento de um novo imposto para um incremento do sistema Nacional de Pensões. Nesse contexto, em 1989, o Primeiro Ministro do partido Conservador divulgou a intenção de ampliar o sistema de previdência por meio da introdução de aposentadorias privadas compulsórias para categorias de trabalhadores ainda não cobertos por acordos profissionais de previdência, a exemplo dos metalúrgicos.

Tal medida, que visava solucionar a baixa taxa de reposição salarial de algumas categorias profissionais, não obteve apoio do partido Social Democrata e não foi aprovada no parlamento. Porém, ainda em 1989, o governo Conservador logrou em negociar com as municipalidades um pequeno suplemento privado às aposentadorias dos funcionários públicos que ainda não estavam cobertos por acordos profissionais. Assim, esse modelo privado entrou em prática nos governos subnacionais sem que existisse uma legislação que o respaldasse.

Essa impossibilidade de formação de uma maioria no parlamento para aprovar um complemento para as aposentadorias motivou a Associação Nacional dos Sindicatos Dinamarqueses (LO) a abandonar a negociação com partidos políticos e optar por acordos diretos com as organizações patronais. Tal medida entrou em vigor em 1991 e resultou na inclusão da modalidade privada em praticamente todos os contratos coletivos de previdência.

Assim, é possível afirmar que as mudanças institucionais na política pública de pensões dinamarquesa, que ocorreram a partir dos anos de 1980, consistiram na mudança do mecanismo de indexação dos benefícios e no aumento de taxação das aposentadorias privadas. No entanto, a mudança central no arranjo de previdência dinamarquês foi a introdução massiva de aposentadorias privadas nos acordos profissionais. A opção por esse mecanismo foi resultado de um vácuo na cobertura da política de previdência social existente no país, combinado com a incapacidade do parlamento de obter um consenso acerca de uma reforma na política.

Assim, a modalidade privada foi amplamente adotada no país, a despeito de não ser aprovada no parlamento. Como mostrado adiante, a inclusão dessa parcela privada resultou na retirada da responsabilidade do governo em promover

um sistema de pensões público que atendesse a demanda de toda a população, além disso, evitou uma pressão orçamentária que poderia ocorrer com a introdução de um sistema público baseado em contribuições salariais nos moldes PAYG.

A seguir, as transformações que ocorram no sistema de previdência social na Dinamarca serão avaliadas segundo os critérios desenvolvidos no primeiro capítulo. O objetivo central é avaliar se houve retração no sistema de previdência dinamarquesa e qual a magnitude desse processo.

3.2.1 Análise da retração

3.2.1.1 Mudanças programáticas

3.2.1.1.1 Mudanças no gasto

De acordo com o modelo desenvolvido anteriormente, o primeiro aspecto que será analisado dentre as mudanças denominadas programáticas será a alteração do gasto público com a previdência. Como foi defendido, esse estudo deve conter informações tanto de curto como de longo prazo. O gráfico a seguir mostra a série de evoluções do gasto com previdência pública como proporção do PIB na Dinamarca entre 1980 e 2007.

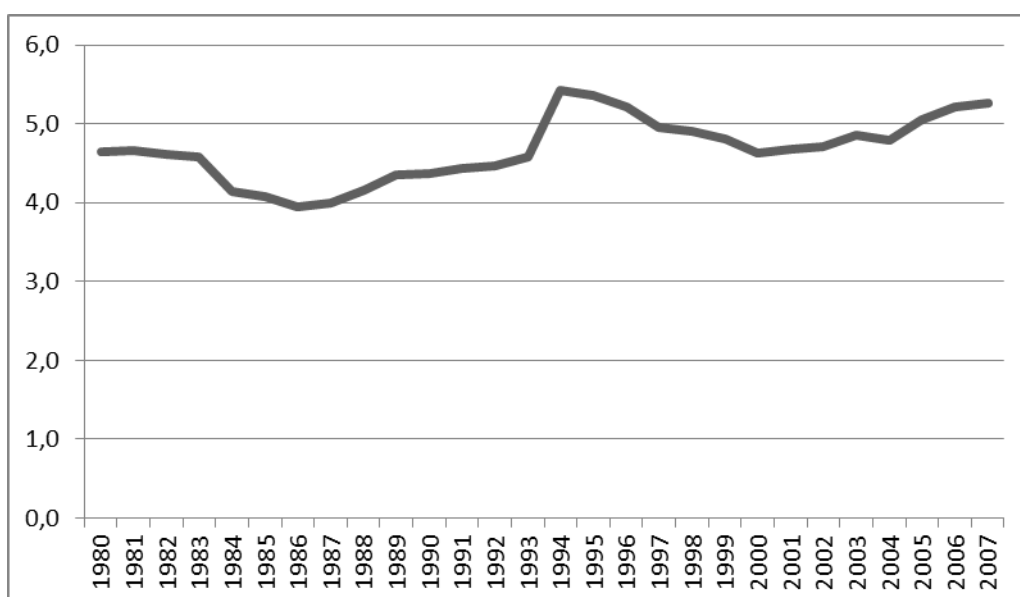


Gráfico 3 - Gasto em Previdência Pública como Proporção do Produto Doméstico Bruto na Dinamarca. (1980-2007).

Fonte: OCDE.stat, consultado em 11 de maio de 2012 11:00

É possível notar diferentes dinâmicas na série do gasto em previdência em relação ao PIB entre 1980 e 2007, o que reflete as duas diretrizes opostas que guiaram as reformas do sistema público de pensões dinamarquesas ao longo do período, aumentar a cobertura e diminuir o gasto. Há uma clara tendência de redução dos gastos até 1986, quando a proporção do gasto com previdência pública em relação ao PIB atinge o valor mínimo da série (3,95%). Apesar desse período de queda coincidir com a crise econômica, é difícil justificar essa tendência do gasto como resultado de uma medida de retração, uma vez que a única mudança instituída no período está ligada ao aumento de receitas, por meio da introdução de taxas nos lucros de investimentos destinados à previdência.

No entanto, essa redução não se sustenta no longo prazo já que, a partir de 1987, esse indicador sofre um aumento considerável e se instala em um patamar superior em meados da década de 1990. Em 1994, esse indicador atinge a marca máxima de 5,42% do PIB, mesmo período em que o governo toma medidas para aumentar a cobertura do sistema público, por meio da simplificação do teste de meios para a obtenção da pensão suplementar e aumento do valor desse suplemento. No entanto, a partir de 1994, observa-se uma moderada tendência de queda que pode estar relacionada à mudança de regra de indexação dos benefícios, que passou a ser corrigido pelo crescimento dos salários.

Porém, por meio da análise histórica da construção da política de previdência Dinamarquesa, é possível afirmar que pelo fato de não haver no país um amplo sistema público baseado em contribuições salariais, o problema do gasto com a previdência era menor que na Suécia. Isso pode ser ilustrado pelo fato de que enquanto na Suécia esse gasto correspondia acerca de 7% do PIB, na Dinamarca ele correspondia a aproximadamente 5%. Assim, não há uma iniciativa clara de desmanche, ao contrário, as reformas que ocorreram a partir dos anos de 1980 combinaram expansão e retração.

No entanto, a falha em se criar um sistema público complementar de aposentadoria, devido tanto à fragilidade da economia dinamarquesa como à falta de consenso entre os partidos no parlamento, criou espaço para iniciativas privadas de aposentadoria. Dessa forma, o sistema complementar que se instalou era inteiramente privado, sem nenhum papel distributivo na sociedade. Segue-se adiante análises das mudanças institucionais identificadas ao longo das reformas.

3.2.1.1.2 Mudança nas instituições

Utilizando-se do quadro de análise desenvolvido no capítulo anterior, na Tabela 2, é possível afirmar que a substituição do indexador usado para corrigir os benefícios, que passou a ser o índice de crescimento dos salários e não mais o índice de preços ao consumidor, é uma mudança institucional que se caracteriza como uma estratégia de retração. Essa medida teve como impacto imediato a redução dos benefícios, uma vez que a taxa de crescimento dos salários foi menor que a dos preços nesse período. Além disso, ela atuou como uma proteção para o governo, impedindo que os benefícios aumentassem de forma desproporcional às contribuições salariais criando déficits fiscais.

A entrada de empresas privadas no setor, nesse caso, não pode ser considerada uma mudança institucional, uma vez que ela não é fruto de uma decisão governamental e sim de acordos entre sindicatos e patrões para a inclusão dessa modalidade nas aposentadorias. Como foi mencionado anteriormente, a expansão de previdências privadas na Dinamarca foi motivada pelo déficit de cobertura governamental somada à impossibilidade de obtenção de um consenso político em torno de outra alternativa pública. Assim, a adoção de sistemas privados de previdência tornou-se uma alternativa viável, principalmente, para os cidadãos de classe média e classe média alta para superar o problema da baixa reposição de renda do arranjo público de pensão.

Nesse sentido, Myles e Pierson (2001) consideram que houve uma reforma na Dinamarca e ela foi mais profunda do que no caso sueco, já que aquele país logrou em substituir o sistema PAYG por um sistema de capitalização. Porém, o que se busca defender aqui é que essa substituição não foi fruto de uma reforma em uma política pública e sim um acoplamento privado em um sistema público incompleto. Assim, conforme esclarecem Green-Pedersen (2007) e Andersen e Larsen (2002) a despeito do impacto que essa mudança gerou na sociedade, cuja análise será exposta posteriormente, não houve de fato uma ampla reforma na política de previdência.

3.2.1.2 Indicadores de impacto

3.2.1.2.1 Impacto da reforma na desigualdade

Expõe-se aqui, a análise do impacto das mudanças no sistema de previdência dinamarquesa na desigualdade de renda. A tabela 6 mostra a evolução da desigualdade da população total do país, enquanto a tabela 7 mostra a desigualdade desde meados dos anos de 1980 da população em idade de aposentadoria. A comparação entre as tabelas mostra que, desde meados da década de 1980 até o ano de 2011, a desigualdade entre a população aposentada era menor do que entre a população total. Tal fato reflete o caráter distributivo dessa política, devido à existência de uma pensão igual para todos os cidadãos aposentados e um complemento para indivíduos de baixa renda.

Tabela 6 - Índice de Gini da População Dinamarquesa Total

Período	meados de 1980	meados de 1990	meados de 2000	2011
índice de Gini	0,221	0,215	0,232	0,248
Variação por Período	–	-2,71%	7,91%	6,90%

Fonte: OECD.Stat, consultado em 11 de maio de 2012 11:44

Tabela 7 - Índice de Gini da População Dinamarquesa em Idade de Aposentadoria.

Período	meados de 1980	meados de 1990	meados de 2000	2011
índice de Gini	0,197	0,186	0,201	0,218
Variação por Período	–	-5,58%	8,06%	8,46%

Fonte: OECD.Stat, consultado em 11 de maio de 2012 11:44

É possível ressaltar que, entre meados da década de 1980 e 1990, a distribuição de renda da população aposentada melhorou significativamente. Tal fato coincide temporalmente com a facilitação do teste de meios para a obtenção do complemento à aposentadoria e o aumento do valor desses benefícios, ambas as

políticas destinadas aos aposentados com menores rendas. No entanto, entre meados da década de 1990 e meados de 2000, observa-se uma piora da distribuição de renda entre os idosos, fato que se repete entre meados dos anos 2000 e o ano de 2011.

É importante ressaltar que esse aumento da desigualdade entre os idosos ocorre como uma taxa de variação superior a da população total. É possível relacionar essa trajetória tanto com a mudança de indexação do benefício como com inclusão massiva de um sistema de aposentadoria privada. Isso porque a mudança de indexador alterou negativamente todos os benefícios públicos, no entanto, não modificou os recebimentos das iniciativas privadas. Dessa forma, os aposentados com menores rendas foram proporcionalmente os mais afetados, causando uma maior desigualdade.

A utilização massiva de contratos privados também pode ter contribuído com esse fato, uma vez que esse tipo de benefício é baseado em um sistema de capitalização sem nenhum tipo de mecanismo distributivo. No entanto, é preciso ressaltar que esse novo tipo de previdência só entrou em vigor em 1991, o que indica que essa mudança teve impacto reduzido sobre o observado na tabela 7, já que os efeitos deletérios sobre a distribuição de renda ocorrerão no longo prazo.

3.2.1.2.2 Mercantilização

Questiona-se se as mudanças no sistema de pensão dinamarques levaram a uma maior mercantilização da sociedade, dessa maneira, a seguir está exposta uma avaliação das possibilidades. Podemos analisar essa questão sob duas maneiras, a primeira delas é observar se o cidadão passou a ser mais dependente da venda da sua mão de obra no mercado de trabalho para obter os meios necessários para vida digna quando aposentado. Além disso, é possível indagar se o cidadão passou a ser mais dependente de mecanismos privados para obter os meios necessários para essa vida.

Certamente, a mudança do indexador do benefício impactou nesses fatores uma vez que diminui o valor do benefício no período estudado, no entanto, é possível argumentar que esse impacto foi marginal e pode ser revertido se o aumento nos salários reais superar a inflação de preços ao consumidor.

Defende-se, no entanto, que a introdução massiva de uma modalidade privada de previdência representou um grande aumento da mercantilização do

sistema de aposentadoria dinamarquês. Isso porque tornou os cidadãos dependentes de mecanismos privados para garantir sua renda futura, enquanto antes essa renda futura baseava-se em benefícios governamentais.

No entanto, é possível argumentar que esse sistema privado não substituiu um mecanismo público, mas foi acoplado a um vácuo de cobertura do sistema existente. De fato, como foi mostrado anteriormente, a introdução de uma parcela inteiramente privada na aposentadoria não foi produto de uma reforma governamental que modificou um sistema existente, ela surgiu de negociações diretas entre sindicatos e organizações patronais e representou uma alternativa para a ausência de um consenso parlamentar em torno desse tema.

Portanto, essa alternativa, mesmo não refletindo um acordo político de uma maioria, aparece como resultado da incapacidade dos governos dinamarqueses de promover uma reforma no sistema de pensões. Tal fato teve como consequência a desresponsabilização do governo em relação à matéria e uma maior dependência do trabalhador em relação ao mercado. Assim, a introdução desse elemento privado, mesmo não sendo produto de uma reforma na política pública de previdência, representa uma maior mercantilização da sociedade, pois é resultado da ausência de um posicionamento do Estado a respeito do tema, assim a solução privada substituiu uma reforma governamental que deveria ter sido feita.

O resultado curioso é que enquanto na Dinamarca o papel das pensões privadas na renda dos aposentados é de cerca de 60%, na Suécia esse dado é cerca de 40%. Tal fato mostra que o déficit de cobertura existente na Dinamarca teve maior impacto na introdução de parceiros privados para complementar as aposentadorias do que a reforma na legislação que introduziu formalmente uma parcela privada na política de previdência sueca.

4 REFORMA NA POLÍTICA DE SAÚDE

Assim como a previdência social, a política de saúde também é diretamente impactada pelas mudanças demográficas em curso na Europa, uma vez que o envelhecimento da população leva a um aumento da demanda e, conseqüentemente, dos gastos com essa política. Tal fato contribui para a já existente preocupação acerca do aumento dos gastos no setor. Aliado a este problema havia uma grande pressão da população por melhores serviços, tratamentos mais avançados e melhor atendimento, demandas que, igualmente, geravam um aumento do gasto público em saúde.

A política de saúde da Suécia e Dinamarca pode ser caracterizada como típica de um modelo Social Democrata. Nesse sentido, o governo se responsabiliza por planejar e prover para a população uma ampla gama serviços saúde de qualidade. Sobre esse modelo de Estado de Bem Estar Social.

The Swedish (or Nordic) model in social policy is inter alia characterized by public responsibility, comprehensiveness (in respect of both covering the whole population and including a wide range of services); and solidarity. The idea of general welfare, not only assisting the poor but giving a basic security to everyone, is that the social system shall be supported by all and that the quality should be high and even standard. Social services mainly financed by taxes. (BERGMAN, 1998, p. 92)

Em relação ao Sistema Público de Saúde esse modelo de *welfare state* tem como característica, além de universalismo e equidade, o financiamento público dos hospitais, com baixa participação privada nos gastos. Além disso, há considerável descentralização da gestão, com grande responsabilização dos governos locais:

Nordic health care systems are intrinsically related to the development of the welfare state, building on the same principles of universalism and equity. Central features have traditionally been an egalitarian ideology, promoting equal access to health services, low levels of cost sharing and high levels of tax- based financing to realize this ideology, public ownership of hospitals and decentralized responsibility for managing the services (MAGNUSSEN, VRANGBAEK; SALTMAN, 2009, p. 4)

Na Suécia e Dinamarca, as reformas no sistema de saúde que se iniciaram nos anos de 1980 tinham dois objetivos principais: conter gastos,

principalmente, no período de crise econômica e melhorar a qualidade dos serviços prestados. No entanto, observam-se estratégias bastante distintas nos dois países. Na Suécia buscou-se melhorar a eficiência do sistema de saúde sueco através da introdução elementos da lógica privada na provisão pública desse serviço como, por exemplo, o uso de mecanismos de competição, separação entre comprador e provedor e introdução de parceiros privados na provisão de serviços públicos. Esperava-se que essas mudanças contribuíssem tanto na redução de custos como na melhora do serviço entregue ao cidadão.

Na Dinamarca, por outro lado, assim como o observado na política de previdência social, existiram poucas reformas institucionais no sistema de saúde. As mudanças geralmente ocorreram no âmbito local, ou foram resultado de processos incrementais. Além disso, diferentemente da Suécia, a busca por eficiência por meio da introdução da lógica do setor privado na esfera pública foi marginal. As reformas geralmente vinham no sentido de aumentar a qualidade do sistema e conceder maior poder de escolha para o cidadão. Adicionalmente, foram adotadas medidas tradicionais de arrocho fiscal, que tinham objetivo de conter os gastos públicos, principalmente, no período em que o país passou por um desequilíbrio de contas públicas.

4. 1 O CASO SUECO

A sucessão de governos, com maioria Social Democrata, logrou institucionalizar na Suécia um Sistema Público de Saúde universal, com alto poder distributivo e financiado, principalmente, por recursos fiscais. Nesse modelo, o Estado se responsabilizava inteiramente por promover uma saúde de qualidade a todos os indivíduos independentemente de seu poder aquisitivo.

Esse sistema remonta ao século XVIII, quando os municípios passaram a empregar médicos para garantir a saúde da população. No entanto, somente em 1946, com a Lei Nacional do Seguro Saúde, um sistema de saúde universal começou a ser implantado na Suécia. Essa lei estabeleceu um seguro de saúde compulsório, em que todos os indivíduos deveriam pagar uma parcela fixa que lhes davam acesso a serviços de saúde como consultas médicas e medicamentos. Devido à forte resistência dos médicos, essa lei só entraria em vigor em 1955,

quando foi alcançado um consenso entre todos os partidos no parlamento sobre a matéria.

Mesmo sendo um sistema de cobertura universal, essa lei deixava uma grande parcela das despesas sob responsabilidade individual, uma vez que não havia cobertura para assistência hospitalar. Além disso, ela tinha caráter regressivo, pois onerava proporcionalmente mais os indivíduos com menor renda. Assim, apenas em 1970, com uma reforma que ficou conhecida como *Sete Coroas*, inaugurou-se, de fato, um modelo público que garantia cobertura ampla e acesso igual a todos os cidadãos.

A partir desse momento, os médicos passaram a ser funcionários públicos e os hospitais administrados pelo governo, o que fez com que o sistema privado de saúde praticamente desaparecesse na Suécia. Esse novo sistema era financiado por três fontes distintas: receitas fiscais oriundas de impostos de renda proporcionais, que correspondiam a maior parcela da receita; pela arrecadação do Seguro de Saúde que correspondia a uma parcela do salário e era destinado a subsidiar o atendimento odontológico e medicamentos; finalmente, pelas taxas de uso, que correspondiam a uma parcela do custo da consulta, que deveriam ser pagas pelo paciente.

Tal co-pagamento foi concebido de forma a não comprometer o caráter universal do sistema:

All the Swedish citizens are entitled to receive comprehensive health services on the basis of need. No groups in the population are excluded from the health care system. The comprehensive income support agreements that exist means that patients are not deterred from seeking treatment by the nominal user charges that are levied. Furthermore, Swedish law states clearly that services should be available on an equal basis. Equality of access to health care reflects a broader set of values within the social (HAM, 1991, p. 130).

Assim, essa reforma tornou os serviços de saúde consideravelmente mais acessíveis para indivíduos de baixa renda, uma vez que previa cobertura integral, reembolso das taxas de uso para a parcela da população de menor renda e estabelecia um teto anual que um indivíduo poderia pagar pelos serviços de saúde.

Essa política também teve um importante impacto na descentralização do sistema de saúde, uma vez que transferiu do governo central para os governos regionais a responsabilidade de provisão desse serviço, embora conservasse sob

responsabilidade da União o planejamento global do sistema. Esse movimento de descentralização se intensificou ao longo da década de 1980, através de um aumento gradativo do papel dos governos regionais em detrimento do governo federal no Sistema de Saúde.

A partir dos anos de 1980, o aumento dos custos dos serviços públicos, impulsionados pelo envelhecimento da população e o descontentamento da população em relação às grandes filas para o atendimento, inflexibilidade na escolha de médicos e hospitais motivaram reformas nesse modelo. Outros problemas como a falta de integração entre os serviços de saúde e os demais serviços públicos, como atendimento ao idoso e assistência social, e a grande especialização do sistema, com relativa escassez de médicos generalistas o que leva a um significativo aumento de custos, também impulsionaram transformações na política.

Assim, a política de saúde da Suécia passou por diversas reformas, que, de maneira geral, tinham como objetivo flexibilizá-las, tanto alterando a legislação existente, excessivamente detalhista ao especificar técnicas e procedimentos que não condiziam com os avanços da medicina, como oferecendo maior possibilidade de escolha para o cidadão. Buscou-se, também, reduzir problemas pontuais como o longo tempo de espera para alguns serviços e a excessiva especialização do sistema. Adicionalmente, as reformas objetivaram reduzir os custos dos serviços através de medidas de controle de gastos e aumento da eficiência.

De fato, algumas melhorias foram atingidas, principalmente no que se refere ao ganho de eficiência do sistema. Além disso, é possível mencionar alguns avanços no sentido de uma maior qualidade e flexibilidade do serviço, proporcionados pela introdução de medidas que garantiam tempo máximo de espera para consultas e possibilidade de livre escolha do médico, público ou privado.

No entanto, conforme exposto adiante, mais do que uma reforma administrativa, que buscou uma melhoria na gestão dos serviços públicos, essas transformações acabaram por modificar certos princípios norteadores do *welfare state* sueco uma vez que, em muitos casos, priorizou-se a eficiência do sistema em detrimento a sua equidade. Além disso, essas reformas acabaram por retirar parte da responsabilidade do Estado em relação ao provimento de serviços de saúde de qualidade e transferindo-a para os cidadãos. Assim, argumenta-se que uma

consequência importante desse conjunto de reformas iniciadas na década de 1980, foi a transformação de riscos públicos e coletivos em riscos privados.

Many reasons were advanced by those promoting the changes, most of which referred to alleged inefficiencies in the delivery of services: rapidly increasing costs, long waiting lists for elective surgery, deals in transfer from hospitals to nursing homes, and so on. These problems were certainly there, but for reasons we will elaborate, seemed inadequate to explain the new political course (TWADDLE, 1999, p. 2)

A primeira reforma, que ocorreu em 1982, chamou-se Lei de Assistência à Saúde e foi resultado de uma comissão instituída em 1979 que tinha como objetivo produzir uma lei menos detalhista e mais flexível às mudanças sociais e técnicas. Além disso, essa nova legislação representou um grande passo no sentido de uma maior descentralização da política de saúde, pois enfatizou o papel dos governos regionais no planejamento, operacionalização e financiamento do sistema de saúde.

A partir de então o governo federal ficava responsável apenas por estabelecer diretrizes gerais, como a determinação de um padrão mínimo de qualidade e fiscalização da entrega do serviço de saúde. Essa mudança garantiu autonomia para os governos regionais elaborarem suas próprias políticas de saúde o que teve como impacto imediato um aumento considerável dos gastos públicos em saúde devido ao aumento da contratação local de serviços privados.

Tal situação incentivou uma nova reforma chamada *Dogmar*, proposta pelo governo Social Democrata, que tinha como principal objetivo conter o aumento dos custos advindos dessa rápida expansão dos serviços privados de saúde. Para tanto, a reforma alterou a forma de reembolso de captação para orçamentos globais; antes médicos e hospitais eram remunerados pelo número de pacientes atendidos, após a reforma cada governo regional possuía uma verba fixa para ser gasta em serviços de saúde.

Assim, médicos e hospitais privados não poderiam mais contar automaticamente com o fundo nacional de saúde e passaram a ter que negociar diretamente com o governo local:

At that time, the financing of medical care was mostly from county council taxes (71%). Eight percent came from the national social insurance system and 10 percent came from national government and subsidies. Under the new legislation, the national moneys (insurance and subsidies) were combined and provided as a block

grant based on population size. Private practitioners could no longer directly bill the national sickness fund, but had to work under negotiated contracts with the county councils boards (TWADDLE, 199, p. 8).

Essa reforma contribuiu significativamente para o controle dos gastos públicos em saúde e, também, teve como consequência a redução da prática privada da medicina.

After 1980, private practice of medicine had expanded rapidly, as measured both by the number of mostly part-time physicians who joined the sickness insurance funds and by the number of claims on those funds. The Social Democratic response was to introduce "legislation aimed at controlling and containing spare-time private practitioners: the "Dogmar Reform" (TWADDLE, 199, p. 8).

Nesse momento, também se estabeleceram negociações orçamentárias anuais entre o governo local e central. Assim, o resultado combinado da redução da remuneração de profissionais privados e da introdução desse mecanismo de elaboração do orçamento foi uma significativa redução do gasto público em saúde na Suécia:

During the 1980s, agreements between national and local government have limited the increase in public expenditure on health services. As consequence, there was a reduction in the proportion of GDP consumed by health care from 9,5% in 1980 to 9% in 1987. The control exercised over expenditure has put significant pressure on the county councils and has left little room services development. (HAM, 1991, p. 133).

No início dos anos de 1990, a formação de uma maioria Conservadora no Parlamento, que governou entre 1991 e 1994, acelerou o processo de aproximação do Estado com o mercado, por meio da maior participação de parceiros privados na provisão de serviços públicos e introdução de mecanismos de competição na política (Anell, 2005). Em 1992, foi aprovada uma Reforma que recebeu o nome de Ädel, resultado de uma comissão formada em 1988 e tinha como objetivo lidar com o rápido aumento da população idosa no país.

Essa comissão propôs que a responsabilidade de cuidado com os idosos fosse transferida do governo regional para as municipalidades, tal proposição resultou na criação de quatro leis, que entraram em vigor em 1992, que tinham como

objetivo descentralizar o atendimento ao idoso, tanto médico como assistencial. Além disso, essa lei determinava que os municípios deveriam arcar diretamente com os custos dos pacientes que haviam recebido alta, no entanto, continuavam a utilizar as instalações do hospital, pois necessitavam de cuidados de enfermagem.

Essa medida reduziu significativamente o número dos chamados *bed blockers*, porém, criou uma falha na cobertura médica, uma vez que não foi acompanhada de medidas visando aumentar o acesso dos idosos aos serviços de atendimento domiciliar:

Several studies have explored the effects of this reform. The general conclusion is that the reform was successful in terms of releasing bed capacity in hospitals. Problems have been identified, however, the most important being the more limited access to physician for elderly in nursing-home care (ANELL, 2005, p. 248).

Assim, é possível afirmar que essa reforma melhorou a eficiência do sistema, sendo capaz de reduzir os custos dos serviços, no entanto, deixava em segundo plano a qualidade do serviço prestado aos idosos.

Ainda em 1992 ocorreu outra importante modificação no sistema de saúde sueco que recebeu o nome de *Lei de Garantia de Escolha do Paciente*. Essa reforma foi resultado das negociações anuais entre governos regionais e municipalidades e tinha o objetivo de reduzir o tempo de espera por tratamento médico. Assim, determinou-se que caso o paciente não fosse atendido em até três meses ele poderia buscar atendimento em outra região ou em clínica privada e receber o tratamento inteiramente pago pelo Estado.

Ainda, em 1993, a maioria Liberal-Conservadora logrou institucionalizar outra importante reforma no sistema de saúde sueco que ficou conhecida como *Médico Domiciliar*. Essa legislação concedia uma grande liberdade de escolha ao permitir que cada família elegesse livremente seu médico generalista que lhe atenderia em domicílio. Esse profissional poderia atuar tanto no sistema público como no privado, no caso da segunda alternativa o governo se comprometia a remunerar esse médico com base em uma tabela única para todo o país (Bergman 1998).

The house doctor scheme has as its goals the encouraging of privatization among primary care physicians. For example, Section 5

of the Act allowed Family doctors to keep a special list of patients they serve, and the remuneration paid to these doctors consisted of a fix amount of Money. The goal was to reduce the use of hospitals by strengthening the primary care sector (QUAYNE, 2007, p. 5).

Esse esquema foi abolido no governo seguinte, com maioria Social Democrata, no entanto, muitos aspectos dessa legislação foram incorporados no âmbito local:

Depending on the local political majority, some county councils continued to experiment with private general practioners and payment based on capitation, whereas others maintained their health center with salaried staff and geographically defined responsibility (ANELL, 2005, p. 239).

Buscava-se tanto encorajar a expansão de médicos generalistas privados como conter os gastos em saúde, uma vez que o custo do atendimento domiciliar era significativamente menor que o custo do atendimento no hospital. É possível ainda mencionar outras de reformas, introduzidas em meados dos anos de 1990, que também buscaram aumentar a eficiência do sistema e controlar custos como, por exemplo, a separação entre provedores e compradores nos serviços de saúde, o reembolso baseado no *Diagnostic Related Groups* (DRGs) (Bergman, 1998; Chistiansen, 1998; Green Pedersen, 2002).

A separação entre compradores e fornecedores dos serviços surgiu como resposta a críticas referentes à baixa eficiência dos serviços, mau atendimento nos hospitais e baixa responsividade às demandas dos cidadãos. Essa mudança ocorreu no âmbito dos governos regionais sem que existisse uma legislação nacional homogeneizante.

Dessa maneira, os modelos adotados por 11 dos 26 governos subnacionais existentes, diferem consideravelmente entre si. No entanto, é possível observar duas diretrizes comuns: separação entre aqueles que adquirem os serviços de saúde e aqueles que o fornecem, havendo algum tipo de contrato entre eles, e remuneração baseada na residência do paciente, com algum critério de eficiência para a alocação do recurso. Sendo assim, se um cidadão preferisse ser atendido em um hospital longe de sua residência, o governo regional de seu domicílio deveria pagar para a unidade federativa que prestou esse serviço.

Outra mudança foi a introdução da remuneração baseadas nos *Diagnostic Related Groups* (DRGs). Esse sistema de reembolso estabelecia uma lista de preços teto que poderiam ser pagos por cada tratamento hospitalar e deixava espaço para que os fornecedores competissem por menores preços. Assim, a figura do comprador deveria buscar o menor preço e fechar um contrato, por exemplo, de um conjunto de tratamentos (*block contract*) com o fornecedor mais eficiente. Esse mecanismo buscava alterar os incentivos dos provedores, que não tinham interesse em reduzir os custos dos serviços prestados frente a um recebimento fixo e introduzir um sistema de remuneração baseado no desempenho.

A introdução desse mecanismo variou significativamente de acordo com a localidade. No governo regional de Estocolmo, por exemplo, 100% da remuneração dos hospitais baseou-se nesse tipo de mecanismo. Os resultados apresentados também foram diversos; enquanto muitas pesquisas mostram que de fato houve um aumento da eficiência do sistema, há fortes indícios de que esta melhora tenha ocorrido devido a redução da qualidade dos serviços prestados, principalmente no que se refere à dispensa prematura dos pacientes dos hospitais.

4.1.1 Análise de retração da Política de Previdência Sueca

Está disposto a seguir uma análise das reformas ocorridas na política de saúde sueca, com base no arcabouço analítico desenvolvido no primeiro capítulo. O objetivo central desse estudo é verificar se as mudanças ocorridas no sistema de saúde sueco, a partir da década de 1980, podem ser enquadradas como o que aqui foi caracterizado como retração do *welfare state*.

Primeiramente, serão analisadas as mudanças programáticas, a fim de captar de que forma essas reformas representaram uma mudança no sentido de uma redução dos gastos públicos nessas políticas ou alterações institucionais que se enquadram em um movimento de retração. Em seguida, serão analisadas as alterações nas políticas de saúde em termos de seu impacto na sociedade.

4.1.1.1 Mudanças Programáticas

4.1.1.1.1 Mudança no gasto

O primeiro aspecto avaliado será o impacto dessas reformas em termos de alterações do gasto público na política de saúde. Como defendido anteriormente, a análise completa deve levar em conta tanto alterações no curto, como no longo prazo. Isso porque, pode haver reduções bruscas de gastos sociais motivadas, por exemplo, por crises econômicas que são revertidas no médio prazo, após uma melhora no cenário. Nesse sentido, defendeu-se a necessidade de avaliar se tais alterações permanecem para além de um mandato político, ou, mais ainda, se elas se mantêm mesmo após uma alternância partidária.

Nesse sentido, o gráfico 4, abaixo, mostra a série de gasto público em saúde como proporção do PIB na Suécia entre 1980 e 2007. É possível perceber que esta variável apresenta uma tendência de queda que se inicia nos anos de 1980, quando o gasto público em saúde representava mais de 8% do PIB, e perdura até meados dos anos de 1990, quando a série atinge o valor mínimo de 6,2% do PIB. Apesar do crescimento do indicador entre os anos de 2000 e 2002, o patamar do gasto público em saúde como proporção do PIB segue, em meados dos anos 2000, consideravelmente inferior ao observado no início dos anos de 1980.

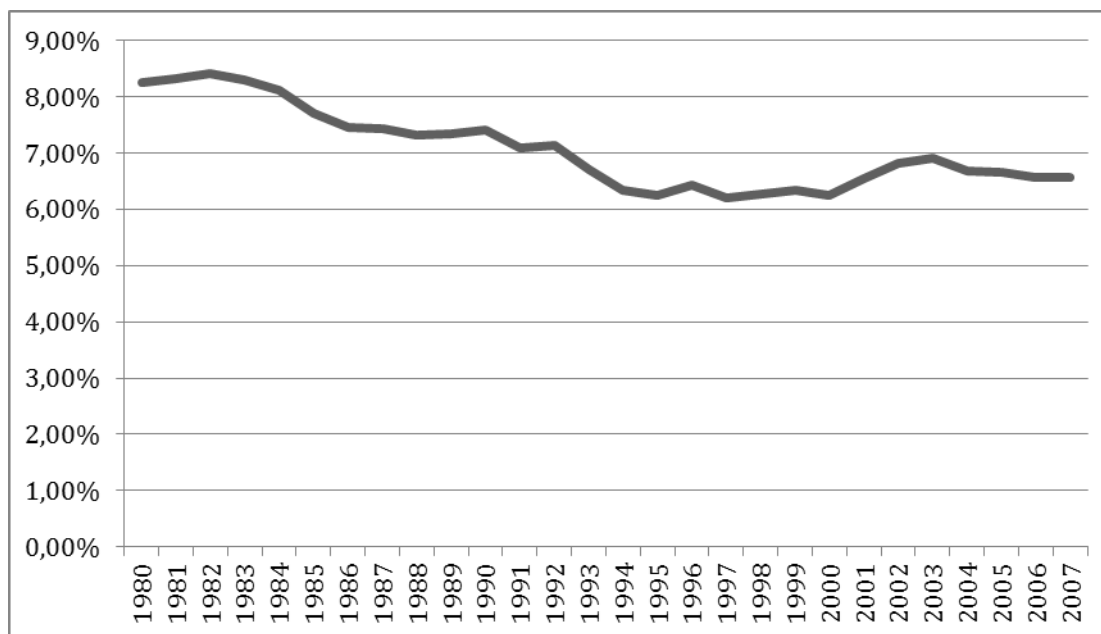


Gráfico 4. Gasto Público em Saúde como Proporção do PIB. Suécia (1980- 2007)

Fonte: Ocede.stat, consultado em 11 de maio de 2012, 11.30

É possível afirmar que essa redução foi resultado de um conjunto de medidas bem sucedidas, adotadas a partir do início dos anos de 1980, que tinham como objetivo conter o aumento do gasto público em saúde. A exposição acima elencou uma série de reformas que atuaram nesse sentido, como, por exemplo, a mudança da remuneração dos médicos privados introduzida pela Reforma Dogmar e a introdução de negociações anuais entre os governos locais e os governos centrais para a alocação orçamentária.

Observa-se que, apesar dessas mudanças terem sido implementadas por um governo Social Democrata, a redução de gasto se mantém mesmo após a alternância de partidos no poder. O governo de Centro-Direita, que se instalou no início dos anos de 1990, não apenas manteve as medidas iniciadas no governo anterior, mas também introduziu novas reformas que buscaram aumentar a eficiência do gasto público por meio de alterações que tinham como princípio a aproximação do Estado à lógica do mercado.

São exemplos de mudanças que priorizavam a eficiência econômica da política de saúde sueca a introdução de mecanismos de competição, a separação entre compradores e fornecedores de serviços e a remuneração com base nos DRGs. De fato, esse conjunto de incentivos gerou o impacto esperado, uma vez que

a literatura aponta para uma significativa redução no custo médio dos serviços, chegando a uma economia de 10% no governo regional de Estocolmo (Fosberg, Axelsson e Arnetz, 2001).

É possível ainda mencionar outras medidas que tiveram impacto na redução do gasto público na década de 1980 e 1990 como, por exemplo, a Reforma Ädel que restringia a ocupação de leitos nos hospitais por pessoas que tivessem recebido alta, e a flexibilização em relação ao aumento das taxas de uso dos serviços públicos de saúde pelos governos regionais.

Com a volta do governo Social Democrata ao poder, em meados da década de 1990, essa trajetória de redução do gasto público em saúde cessa. No entanto, não há reversão para o patamar de gasto vigente no início da década de 1980. Dessa forma, a série de gasto público em saúde como proporção do PIB se estabiliza em torno de 6,3% até os anos 2000. Tal permanência pode ser explicada pelo fato de que essa redução foi resultado de mudanças institucionais, o que torna difícil sua reversão no curto prazo.

Assim, é possível afirmar que através da análise que leva em conta o gasto em saúde como proporção do PIB houve uma retração na Política de Saúde que se iniciou no início dos anos de 1980 e perdurou até os anos 2000. Essa retração foi resultado tanto de reformas que visavam diretamente reduzir o gasto da política, como de alterações que tinham como objetivo introduzir uma racionalidade econômica na política de saúde pública.

4.1.1.1.2 Mudanças institucionais

Faz-se necessário analisar outra dimensão da retração, a ocasionada pela mudança da estrutura da política pública. Anteriormente, buscou-se estabelecer uma conexão ente as reformas institucionais e a redução do gasto em saúde. Assim, o objetivo desta etapa do trabalho é analisar de que forma a retração se deu por mudanças na legislação da política de saúde que levaram a uma alteração do público alvo da política, introdução de teste de meios, introdução de parceiros privados, redução da qualidade ou quantidade do benefício, introdução de taxas de uso ou a alteração de mecanismos de indexação do benefício.

Como foi mostrado anteriormente, o Sistema de Saúde Sueco passou por diversas mudanças institucionais a partir dos anos de 1980, produto, na maioria dos casos, de alterações na legislação vigente. A primeira dimensão que analisada é a

utilização das taxas de uso na política de saúde sueca. Esse mecanismo sempre foi utilizado com o objetivo de evitar o uso abusivo e não afetava a universalidade dos serviços, uma vez que havia uma série de regras para impedir a cobrança excessiva, além de isenção para indivíduos com menor renda.

No entanto, com a maior descentralização da política, governos regionais ganharam maior liberdade para cobrar essas tarifas, levando a um aumento da parcela paga pelo cidadão. Isso fez com que a universalidade dos serviços de saúde fosse colocada em xeque, uma vez que a habilidade para pagar tornou-se um fator de exclusão.

Studies in the late 1990s have shown that dental care, with significant user charges and limited protection against high costs is unequally distributed across socioeconomic groups. Low-income households are also less likely to use health-care and pharmaceutical services because of financials constrain (ANELL, 2005, p.249).

Embora essas tarifas fossem modestas frente à renda da população sueca elas poderiam, em conjunto, representar um fator de exclusão para famílias que estavam na base da pirâmide de renda:

On average, combined user charges per capita in 1999 for healthcare, prescription and pharmaceutical and dental care was 230 Euros (2100 SEK), and 40% of the population paid no charges for healthcare and prescription pharmaceutical at all. Although existing schemes protect individuals from large payments for each type of service, the combination of users charges for health care, pharmaceutical, dental care, technical aid and municipal social service can be very significant for small groups of patient (ANELL, 2005, p.249)

É possível afirmar, também, que a população idosa perdeu parte da cobertura com a Reforma Ädel. Isso porque, a restrição ao uso das instalações dos hospitais, após a alta do paciente, não foi acompanhada por um aumento adequado dos serviços de enfermagem em domicílio. Essa situação criou uma falha no cuidado da saúde dos idosos que, mesmo sem nenhuma doença diagnosticada, precisavam de cuidados especiais.

A fim de lidar com esse problema, o governo central criou um fundo destinado à atenção domiciliar do idoso. No entanto, na prática, essa verba era

utilizada pelos governos regionais para outros fins. Dessa forma, os idosos perderam uma parcela de seu direito aos cuidados de saúde que, antes da reforma, lhes eram garantidos (Anell 2005).

Essa visão também é compartilhada pelo Observatório Europeu do Sistema de Saúde:

Another major issue is the capacity and quality of municipal community care. It is perceived to be too weak (in terms of under-capacity as well as quality) to absorb the increase in demand promoted by the Ådel reforms. In 1995, SEK 50 million were earmarked to support local initiatives to expand the long-term care network and raise quality standards (EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH CARE SYSTEM, 2002, p. 100).

Assim, mesmo não havendo uma política explícita de redução do público alvo, essas recentes mudanças na legislação do sistema de saúde sueco acabaram por comprometer o acesso integral aos serviços de saúde de grupos bastante vulneráveis, os idosos e famílias de baixa renda.

Além disso, as medidas que buscaram introduzir incentivos econômicos como, por exemplo, a separação entre fornecedores e compradores do serviço de saúde e a remuneração baseada nos DRGs trouxeram grande preocupação em relação à deterioração da qualidade do sistema. Segundo a pesquisa realizada por Fosberg, Axelsson e Arnetz (2001), que se baseou em entrevistas com médicos de toda a Suécia, mais de 60% dos entrevistados declararam uma diminuição da liberdade na prática da profissão devido às exigências em relação à eficiência.

Ewa Forsberg (2001), em uma extensa revisão bibliográfica, mostrou que diversos autores afirmam que a busca por maior eficiência do sistema levou os médicos a concederem altas prematuras aos pacientes, uma vez que o valor pago para o hospital era o mesmo, independente do tempo de internação. Esse fato foi comprovado tanto por maiores taxas de readmissões, como maior mortalidade.

O gráfico abaixo ilustra mostra o número de dias médios de permanência de um paciente no hospital:

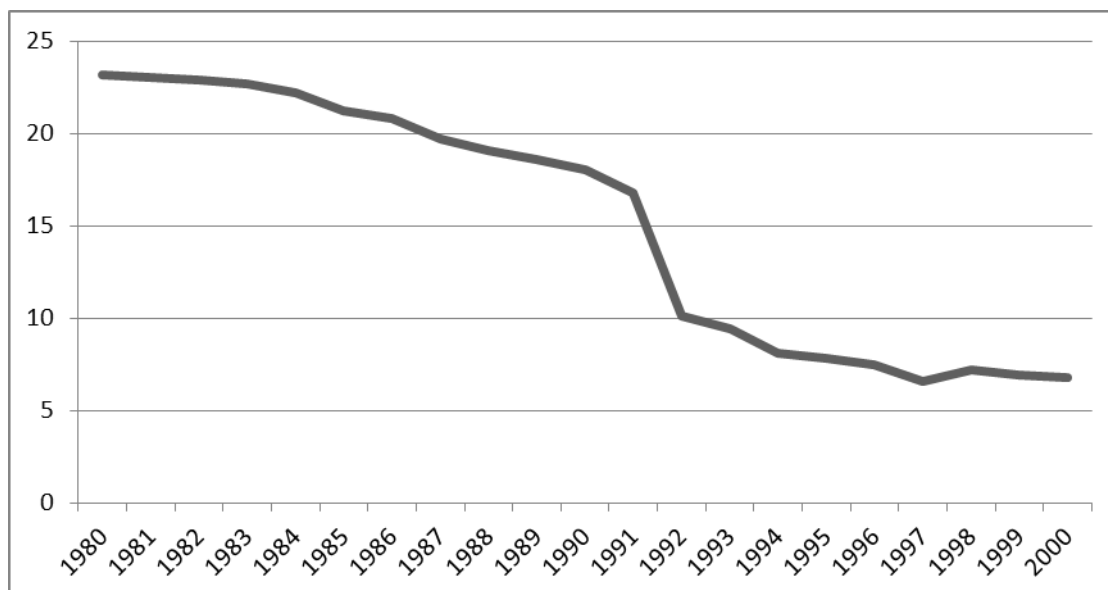


Gráfico 5. Número de dias médios de permanência de pacientes no hospital (1980-2000)

Fonte: Ocde. Stat

É marcante a diminuição da permanência média nos hospitais: número que passa de 23 dias no ano de 1980 para 6,8 no ano de 2000, representando uma redução de mais de 70%. Esse fato foi tanto resultado dos incentivos gerados pela separação entre compradores e fornecedores e pela introdução da remuneração baseada nos DRGs, como pelos incentivos gerados pela Reforma Ädel, que obrigava as municipalidades a arcarem com os custos dos pacientes que haviam recebido alta, mas ainda ocupavam os leitos do hospital.

O último aspecto analisado está relacionado com a introdução de parceiros privados no Sistema de Saúde sueco. Como foi mostrado anteriormente, o modo como a política de saúde foi institucionalizada na Suécia, a partir dos anos de 1970, crivava um desincentivo à prática privada da medicina, uma vez que a maioria dos médicos eram contratados pelo Estado e os hospitais eram públicos.

No entanto, a reforma que introduziu o médico domiciliar em 1993, alterou significativamente essa situação. Por meio dessa legislação os indivíduos, quando doentes, passaram a ter a opção de receber a visita de um médico generalista em casa e esse profissional poderia ser tanto um funcionário público como privado. Apesar de essa legislação ter sido abolida logo em 1994 essa prática manteve-se nos governos locais.

Isso fez com que a participação dos médicos privados aumentasse significativamente no país. Como foi defendido anteriormente, essa alteração vinha

no sentido de lidar com umas das principais críticas ao sistema de saúde sueco no início da década de 1980: a limitada possibilidade de escolha dos indivíduos, que não podiam eleger médicos ou hospitais em que seriam atendidos.

Dessa forma, a inclusão de parceiros privados não significou uma tentativa de retração, uma vez que essa medida representou uma opção de gestão pública cujo objetivo era ampliar a possibilidade de escolha do cidadão e não ensejar uma privatização do sistema. Corrobora essa interpretação o fato de que mesmo com essa possibilidade de escolha, os custos dos serviços continuavam sendo pagos pelo governo e as taxas de uso permaneciam as mesmas independentemente de o médico ou hospital serem público ou privado.

4.1.1.2 Análise de impacto

Essa sessão irá analisar o impacto das reformas na Política de Saúde sueca na sociedade. No Capítulo 2, propuseram-se duas maneiras de avaliar essa dimensão da retração. A primeira delas é por meio do impacto que essas mudanças tiveram sobre a distribuição de renda da sociedade. Isso porque, os gastos públicos em saúde podem agir no sentido de corrigir desigualdades, respaldar ou até mesmo intensificá-las.

O segundo modo é avaliar o impacto da política no que se refere à desmercantilização da sociedade. Esse conceito pode ser medido de duas maneiras: uma política pública pode levar à desmercantilização na medida em que reduz a dependência do cidadão em relação à venda de sua mão de obra no mercado de trabalho para ter acesso a uma vida adequada. Outra forma de entender o conceito é pela redução da necessidade de obtenção de serviços básicos através do mercado, ou seja, em que medida uma política pública faz com que um serviço básico deixe de ser uma mercadoria.

4.1.1.2.1 Desigualdade

O sistema de saúde sueco foi elaborado de maneira a ser bastante progressivo, uma vez que é financiado, principalmente, por impostos proporcionais à renda, sem um valor teto. Dessa forma, essa política acabava por realizar uma distribuição implícita de renda, pois os cidadãos mais ricos acabavam por custear parte do atendimento de saúde dos relativamente mais pobres. Como foi mostrado anteriormente, a existência de taxas de uso comprometia pouco a equidade do

sistema, uma vez que a legislação previa valores anuais máximos a serem pagos, além de isenção de taxas para famílias de menor renda, mecanismo que isentava 40% da população sueca de qualquer co-pagamento.

No entanto, as mudanças que ocorreram a partir da década de 1980 acabaram por comprometer a o caráter equitativo do sistema. Primeiramente é possível citar o aumento das taxas de uso no âmbito regional que acabou por penalizar proporcionalmente os com menor renda. Conforme exposto, o aumento das taxas de uso em aproximadamente 30% entre 1993 e 1997 acabou por comprometer a equidade ao acesso ao sistema de saúde, uma vez combinadas tinham como consequência a exclusão dos cidadãos de menor renda.

Outro exemplo de mudança que comprometeu o caráter equitativo do sistema é a Reforma Ädel que estabeleceu que pacientes que haviam recebido alta fossem encaminhados para a casa mesmo que precisassem de serviços especiais de enfermagem.

The reforms (Ädel) also have been criticized from the point of view of equity, based on the fact that patients who are discharged early have to face out-of-pocket payments in long-term health care that are not applicable in hospitals, as well as with reference to the substantial differences in the fee schemes set by counties (for primary care) and municipalities (for home care). (EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH CARE SYSTEM, 2002, p. 100)

Dessa forma, essa reforma gerou um lapso de cobertura na política de saúde sueca e acabou por obrigar uma série de pagamentos diretos aos serviços de saúde. Novamente esses pagamentos oneram, proporcionalmente, a parcela mais vulnerável da população que, no limite, foi excluída do uso destes serviços. Além disso, devido ao fato deste atendimento não estar incluído na política social, não havia regras como valores teto de pagamento anual para proteger famílias de baixa renda, o que potencializou o potencial de exclusão dessa medida.

Finalmente, é possível mencionar as desigualdades causadas pelo aumento de poder de escolha do cidadão. Como apontado por Greve (2009), esse tipo de medida gera desigualdades, principalmente, devido aos custos de transação envolvidos na escolha. Assim, o custo de obter a informação de qual é o melhor médico ou hospital, assim como os custos de transportes envolvidos nas escolhas privilegia os indivíduos de maiores rendas que, geralmente, têm maior acesso à

informação ou dispõe de maiores recursos para obtê-las. No entanto, é possível argumentar que se possibilidade de escolha é vista como um fator positivo, ela pode melhorar a qualidade dos serviços para certos grupos e não piorar, o que gera, em valores absolutos, maior satisfação com o sistema sem perda para nenhum cidadão.

4.1.1.2.2 Mercantilização

Adiante, segue uma avaliação de como as reformas que ocorreram no sistema de saúde sueco, a partir da década de 1980, levaram a uma maior mercantilização da sociedade. Defendeu-se anteriormente que esse processo pode ocorrer por dois caminhos: o primeiro deles é por meio do aumento da dependência que o cidadão tem em relação à venda de sua mão de obra no mercado de trabalho para ter acesso a uma vida adequada, ou pelo aumento da necessidade de se comprar no mercado serviços que antes eram providos dentro do *welfare state*.

Nesse sentido, a análise do gasto público como proporção do gasto total em saúde é útil para ilustrar em que medida esse serviço está sendo prestado dentro do mercado e, alternativamente, quanto o Estado se responsabiliza pela sua provisão. Como é possível observar no gráfico, abaixo, a participação do Estado no gasto total em saúde apresenta uma trajetória de queda desde os anos de 1980. No início da série essa participação era superior a 92%, recuando, nos anos de 2000, para 84,9%.

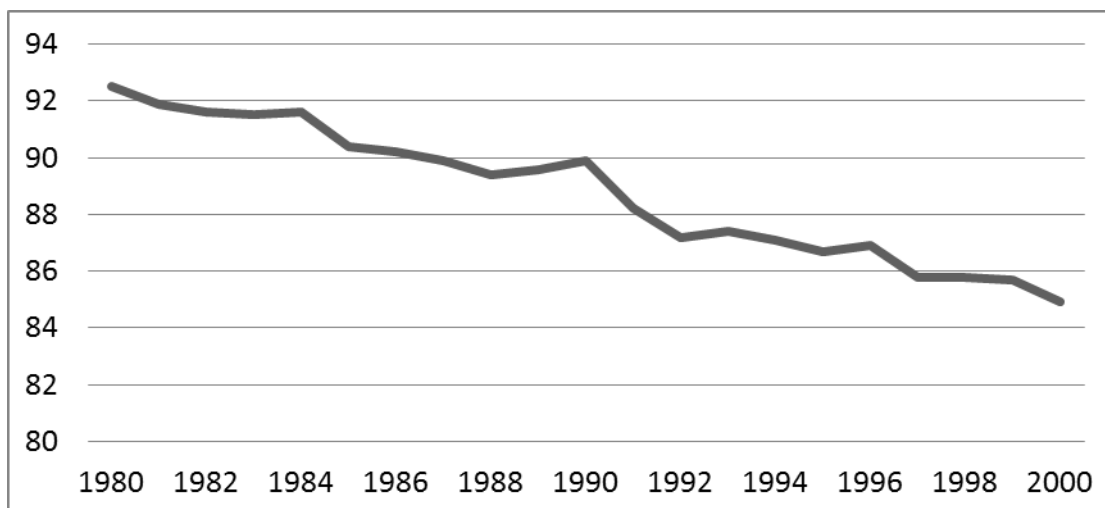


Gráfico 6 - Gasto Público em Saúde na Suécia como Proporção do Gasto Total (%). (1980-2000)
Fonte: OCDE Health Data

Apesar da participação do Estado nos gastos em saúde na Suécia permanecer superior a média dos países da OCDE, proporção que, em 2010, era de 71,5%, esse recuo ilustra uma maior mercantilização da sociedade, uma vez que os cidadãos passaram a comprar no mercado serviços que eram providos publicamente.

Tendo como base o relato das reformas ocorridas no sistema de saúde a partir dos anos de 1980, é possível destacar algumas mudanças que podem ter levado a esse aumento do gasto privado com saúde. A primeira delas foi a Reforma Ädel, de 1992, que restringiu a permanência nos hospitais de pacientes que haviam recebido alta e que, no entanto, ainda precisavam de cuidados especiais.

Essa medida levou, principalmente, a população idosa a contratar privadamente serviços de enfermeiros. Como foi possível observar no gráfico 5, o tempo de permanência média nos hospitais diminuiu significativamente entre os anos de 1980 e 2000. No entanto, há uma expressiva queda entre 1991 e 1992, quando a permanência média passa de 16,8 para 10,1. Essa redução de cerca de 40% no tempo médio de permanência nos hospitais fornece uma boa *proxy* para ilustrar o impacto dessa reforma na criação de uma demanda por serviços de enfermagem domiciliar, que passaram a ser contratados no mercado, de forma privada.

Esse aumento do gasto direto em saúde, também pode ser explicado pela maior descentralização da política de saúde no país, que possibilitou os governos

regionais a aumentarem as taxas de uso cobradas por serviços médicos e hospitalares. Assim, mesmo que os valores tetos destas taxas fossem estabelecidos pelo governo central, cada governo regional ganhou relativa autonomia para estabelecer tarifas dentro desse limite.

A more pressing concern when it comes to sustaining the previous, solidaristic orientation of the system is the question of financing. During the 1990, the degree of public financing within the Swedish system decreased from well above 90 per cent in the late 1980 down 80 per cent at the end of the decade. This was mostly accounted for by the rise in patient fees, which grew by 30 per cent between 1993 and 1997 (BLOMVSQUI, 2004, p. 147)

Sendo assim, é possível afirmar que houve um aumento da mercantilização da política de saúde sueca, uma vez que os indivíduos passaram a gastar mais capital próprio para obter serviços de saúde. Este movimento foi resultado tanto do aumento da taxa de uso, quanto da redução da cobertura, em especial no caso do cuidado ao idoso.

4.2 REFORMA NA POLÍTICA DE SAÚDE DA DINAMARCA

Diferentemente do caso sueco, a política de Saúde na Dinamarca não sofreu nenhuma reforma significativa desde os anos de 1970. Pelo contrário, *path dependence* e incrementalismo caracterizaram as transformações no sistema desde então. Dessa forma, as mudanças que ocorreram ao longo das últimas décadas estão relacionadas a acordos informais entre níveis federativos ou a transformações no nível local e não a mudanças institucionais resultados de alterações legais (Perdersen, Christiansen, Bech, 2005). Um sistema de saúde típico de um modelo Social Democrata começa a se formar na Dinamarca em 1892, quando foi instituído um seguro saúde para cidadãos de baixa renda, cobertura que ao longo dos anos se tornou compulsório a todos os cidadãos. Esse seguro era composto por uma parcela fixa paga pelos cidadãos somada a um fundo do governo central, verba que financiava atendimento médico e subsidiava a compra de medicamentos, porém não pagava serviços hospitalares. Os hospitais, que eram propriedades dos governos municipais, eram custeados por um complexo sistema de subsídios nacionais (Pedersen, 2005).

No entanto, em 1970 houve uma reforma radical nesse modelo: aboliu-se o seguro saúde e implantou-se um Sistema Público de Saúde universal financiado por impostos proporcionais sobre a renda e propriedade coletadas pelos governos regionais. Os hospitais passaram a ser propriedade dos governos regionais e os médicos funcionários públicos. Assim, apesar de não haver nenhuma lei que restringisse a existência de hospitais privados, até os anos 2000, eles correspondiam a menos de 1% dos leitos disponíveis no país.

Buscou-se, dessa maneira, um modelo muito mais equânime com um potencial redistributivo consideravelmente maior que o anterior, uma vez que era financiado por impostos proporcionais. Além disso, esse sistema possibilitava um acesso integral aos serviços de saúde, pois cobria tanto consultas médicas como serviços hospitalares e medicamentos. Dessa forma, essa política de saúde logrou garantir um nível adequado de saúde para a população baseada nos princípios de acesso igual e livre a todos os cidadãos independente da capacidade individual de pagar.

Outra característica importante desse sistema, era sua grande descentralização, uma vez que os governos regionais eram responsáveis pelo planejamento, produção, e custeio dos serviços de saúde. Além disso, os municípios

eram responsáveis por todo serviço de assistência social, assim como pelo cuidado ao idoso.

No entanto, assim como nos demais países europeus, a partir dos anos de 1980, esse sistema de saúde começou a sofrer uma série de pressões, advindas tanto do aumento dos custos devido ao envelhecimento da população como de dificuldades fiscais resultado de crises econômicas. Além disso, havia descontentamentos em relação à qualidade do atendimento, principalmente devido às grandes filas de espera para certos tratamentos. Dessa forma, ao longo das décadas de 1980 e 1990, algumas medidas incrementais ocorreram no sentido de controle de custos, maior liberdade de escolha dos cidadãos e redução do tempo de espera por atendimentos.

No entanto, diferentemente do caso Sueco, a resistência do partido Social Democrata em relação a introdução de incentivos econômicos e parceiros privados no sistema de saúde impediu que esses mecanismos fossem utilizados de forma maciça:

The story of changes and reforms in the Danish health care sector is not one of Strong tendency towards more market involvement; rather, it is an example of a selective use of economic incentives without too much Market rhetoric. However, some researchers do interpret the development in the light of new public management. (PEDERSEN; CHRISTIANSEN; BECH, 2005, p. 42)

Outra diferença importante é que na Dinamarca essas transformações foram fruto de mudanças administrativas, havendo poucas alterações legislativas. A principal razão para esse fato foi a falta de consenso no parlamento em relação a mudanças na política de saúde devido, principalmente, a resistência do partido Social Democrata em relação às transformações que alterassem os ideais do *welfare state* dinamarquês. Dessa forma, o partido Social Democrata utilizava seu poder de veto para barrar alterações que poderiam comprometer a equidade do sistema.

Assim, apesar de muito ter se discutido, por exemplo, a respeito da introdução de uma cobrança de taxas de uso para consultas com médicos generalistas e para a internação em hospitais, com o objetivo de conter o consumo abusivo, tal alteração nunca foi implementada. No entanto, é importante ressaltar que havia tarifas de uso bastante significativas para dentistas e fisioterapeutas. Além

disso, existia um sistema de co-pagamento de medicamentos, vitaminas e óculos. Essas tarifas eram significativamente altas e conforme mostrado adiante, esses itens combinados representam o principal gasto privado em saúde na Dinamarca.

Apesar da dificuldade de se implementar mudanças institucionais, ocorreram mudanças administrativas para lidar com a situação de déficit das contas públicas. Assim, no fim da década de 1970 e ao longo da década de 1980 foram adotadas medidas de austeridade fiscal, com o objetivo de trazer equilíbrio a economia dinamarquesa, bastante afetada com as duas crises do petróleo. Em 1979 foram instituídas negociações anuais entre governo local, regional e o Ministério das Finanças que tinham como objetivo definir os impostos e gastos de todos os entes federativos.

Anualmente eram definidos o piso e o teto do imposto de renda e sobre a propriedade, ambos impostos regionais, cuja 70% da receita era destinada para a área da saúde. Além disso, estabeleciam-se os gastos máximos de cada municipalidade e dos governos regionais em saúde. Esses acordos eram em princípio voluntários e tinham caráter cooperativo, uma vez que se permitiam taxas de aumento de gastos diferentes entre os entes federativos, desde que o crescimento global não fosse excedido.

Tal mecanismo teve grande papel na contenção dos gastos públicos em saúde. No entanto, ao longo dos anos de 1980, com a piora do quadro econômico do país, foram adotadas medidas ainda mais rígidas em relação ao aumento dos gastos públicos. Dessa maneira, em 1986, o governo central estipulou aumento zero do gasto anual em saúde para todos os governos regionais e caso algum ente federativo não atingisse essa meta era obrigado a ressarcir os cofres públicos.

Porém, nos anos de 1990, com a melhora do quadro econômico do país, esses acordos anuais passaram a ser menos relacionados à estipulação de impostos e gastos públicos e mais focados no conteúdo da política. Assim, estipulava-se recomendações em relação à qualidade dos serviços, determinava-se investimentos prioritários e sugeria-se novas políticas.

Além dessa alteração, é possível mencionar algumas mudanças na política que ocorreram ou nos governos locais. Em 1993, alguns governos regionais introduziram contratos de gestão entre a administração e os hospitais públicos com o objetivo de redução de custos e melhora da qualidade. Esses contratos buscavam

introduzir metas de desempenho e custos baseados nos exercícios anteriores, no entanto, não previam nenhum tipo de pena ou bonificação baseado nessas metas.

Adicionalmente, alguns entes federativos introduziram um tempo de espera máximo para alguns tipos de tratamento e, em 2000, essa medida foi introduzida em âmbito federal durante o governo de aliança Liberal-Conservadora. Essa lei nacional cobria todos os diagnósticos que eram considerados críticos, como câncer e doenças cardíacas e garantia o tempo máximo de espera de duas semanas para investigação, mais duas semanas para tratamento e adicionais duas semanas para acompanhamento. Caso o governo local não fosse capaz de cumprir com esses prazos, ficava responsável por encontrar alternativas, como a busca de tratamento em outra região ou na iniciativa privada.

Ainda é possível mencionar a reforma de 1999 que introduziu o *Diagnostic Related Groups* (DRGs) também no âmbito nacional. No entanto, diferentemente do caso sueco, esse mecanismo de pagamento era aplicável apenas quando o paciente utilizava o serviço hospitalar fora de sua região, possibilidade que foi introduzida em 1993 e chamou-se *Livre Escolha*.

Assim, essa exposição mostrou que não ocorreu uma sequência de mudanças estruturais no sistema de saúde dinamarquês no sentido de uma aproximação do Estado em relação ao mercado por meio de mecanismo de competição. Observaram-se apenas medidas tradicionais no sentido de contenção de gastos e mudanças pontuais que tinham como objetivo aumentar a possibilidade de escolha do cidadão e melhorar a qualidade do atendimento à população.

Mesmo com a vitória da aliança Liberal-Conservadora, em 2000, que tinha claras propostas no sentido de transformação do sistema de saúde, pouco se avançou nesse sentido, principalmente porque o consenso político manteve-se comprometido com as ideais tradicionais do *welfare state* baseado em um serviço público, universal, financiado por receitas fiscais, de acordo com o documento da European Observatory in Health Care (2002)

4.2.1 Mudanças Programáticas

4.2.1.1 Mudanças no Gasto

Buscou-se analisar aqui a mudança do gasto público em saúde na Dinamarca. Como foi defendido, é preciso analisar tanto mudanças no curto como no longo prazo, uma vez que a redução do gasto pode representar uma mudança pontual que tem como objetivo lidar com crises econômicas, mas que, no entanto, não se sustenta no longo prazo. O caso dinamarquês ilustra essa situação:

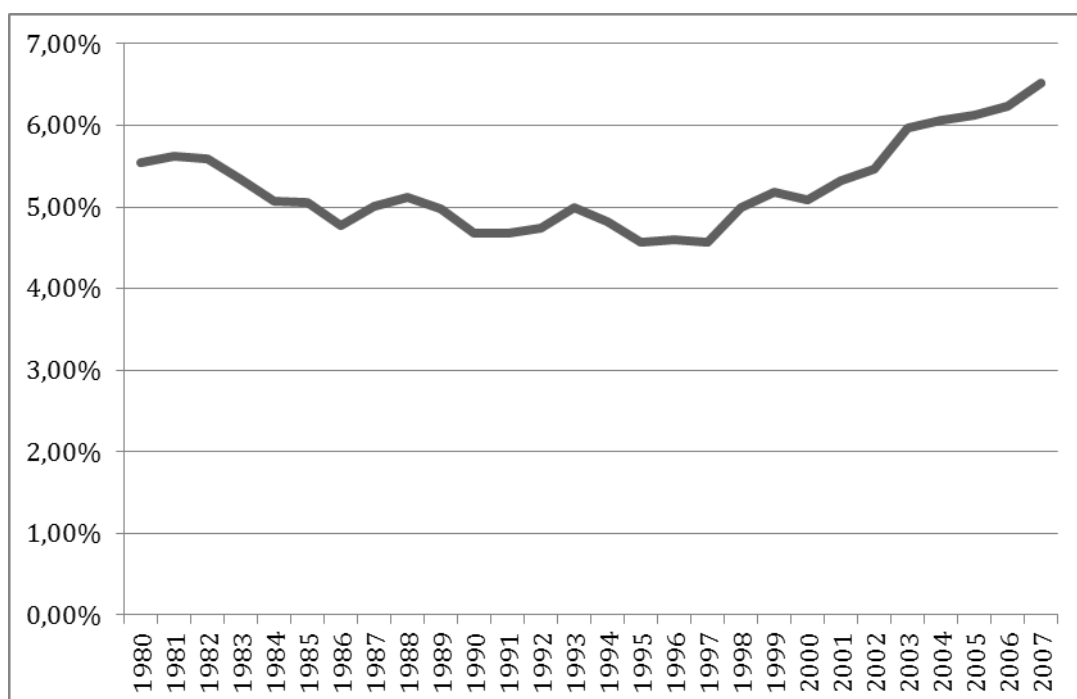


Gráfico 7 - Gasto Público em Saúde como Proporção do PIB. Dinamarca (1980-2007)

Fonte: OCDE.stat, consultado em 11 de maio de 2012, 11.30

Como é possível observar no gráfico acima, há uma leve tendência de queda no gasto que se inicia nos anos de 1980 e segue até 1997, quando a série atinge o ponto mínimo e o gasto em saúde é de 4,56% do PIB. Essa queda está relacionada com medidas de contenção, resultado das negociações anuais entre municipalidades, governos regionais e Ministério das Finanças, como objetivo lidar com a situação de desequilíbrio fiscal do país.

No entanto, com a recuperação da economia, essas negociações passaram a tratar menos de assuntos fiscais e mais sobre a política em si, como estratégias de investimento e definições de áreas prioritárias. Essa mudança de foco

se refletiu nos gastos, uma vez que há uma recuperação dessa variável a partir de 1997. Em 2007, o gasto público em saúde como proporção do PIB atinge o valor de 6,5%, patamar superior ao observado no início dos anos de 1980.

Assim, essa medida de retração, que possibilitou a redução dos gastos ao longo da década de 1980 e meados dos anos de 1990, não se sustentou no longo prazo. Primeiro, porque visava lidar com uma situação pontual de instabilidade fiscal, segundo porque foi uma medida não institucionalizada, o que facilita sua alteração ou mudança de escopo. Essa análise corrobora com o argumento sustentado anteriormente de que uma análise focada unicamente no gasto fornece uma visão apenas parcial.

4.2.1.2 Mudanças Institucionais

Conforme argumentado, uma análise de retração que tenha foco apenas na mudança do gasto público é bastante limitada, uma vez que não fornece informações qualitativas a respeito dessa mudança. Isso porque, essas alterações podem representar apenas medidas pontuais, reversíveis no médio prazo e não uma mudança estrutural no *welfare state* de um país. Portanto, para uma análise mais completa do processo de retração é necessário analisar as mudanças institucionais que ocorreram no sistema de saúde dinamarquês a partir da década de 1980.

Dessa forma foi analisado, com base no quadro proposto no Capítulo 1, se as transformações institucionais que ocorreram no sistema de saúde dinamarquês, a partir da década de 1980, podem ser enquadradas naquilo que foi definido como retração. Destacaram-se algumas mudanças nas instituições do *welfare state* que indicam esse processo: alteração do público alvo, introdução de teste de meios, introdução de parceiros privados, redução da qualidade ou quantidade do benefício, introdução de taxas de uso e alteração dos mecanismos de indexação.

Como foi mostrado anteriormente, desde a década de 1970 ocorreram poucas alterações na legislação da política de saúde dinamarquesa e a estrutura desse sistema permaneceu praticamente inalterado ao longo destes anos. O quadro abaixo mostra as mudanças institucionais que ocorreram na Dinamarca tanto no âmbito nacional como nos governos regionais:

Tabela 8 - Mudanças institucionais na política de saúde na Dinamarca (1980-2000)

Iniciativas Nacionais	Iniciativas locais
Livre escolha entre hospitais (1993)	Introdução de contratos gestão (1993)
Introdução do método de remuneração DRU (1999)	Garantia de tempo máximo de espera (1993, 1995, 1999)
Garantia de tempo máximo de espera (2000)	

Fonte: European Observatory on Health Care System (2002)

Observa-se que a alteração que permite o paciente escolher livremente o hospital em que será atendido insere um elemento de competição por qualidade no sistema, uma vez que beneficia os hospitais que oferecem um melhor atendimento. Assim, diferentemente do caso sueco onde a competição levava a uma tentativa de redução dos custos, incentivo que mostrou-se deletério para a qualidade do atendimento, no caso dinamarquês a reforma gerou um impulso para a melhora na qualidade do sistema.

Mesmo a introdução da remuneração baseada em DRGs, para os casos de pacientes que optassem por serem atendidos fora da localidade de domicílio, não levou a um incentivo exacerbado para a redução de custos, principalmente porque os hospitais poderiam se recusar a atender pacientes que não fossem de sua região (European Observatory on Health Care System, 2002). Assim, caso essa remuneração fosse incompatível com os custos do hospital, ele poderia não executar o serviço. Por outro lado, essa medida beneficiava hospitais mais eficientes que acabavam por ter fontes de receitas extras com esse atendimento.

No entanto, essa literatura relata que essa opção foi pouco utilizada na Dinamarca. Uma explicação para tal fato é a boa avaliação do sistema de saúde no país, tanto no que se refere ao atendimento hospitalar como ao relacionado à médicos e enfermeiras:

In 2000 the Danish Ministry of Health, together with the Association of County Councils in Denmark, carried out the first national survey of patients' views of Danish hospitals. Results from this survey show that 89% of patients are satisfied with their stay in hospital, 92% are satisfied with doctors and 94% are satisfied with nurses. This is in accordance with the 1998 Eurobarometer survey prepared by the European Commission in collaboration with the London School

of Economics and Political Science, which showed that 90% of Danes were satisfied with their health care services, more than residents in any other EU member state EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH CARE, 2002, p. 25)

À medida que introduziu a garantia de tempo máximo de espera também buscava introduzir uma melhora da qualidade do sistema, uma vez que, assim como na Suécia, o tempo de espera por atendimento era um dos principais descontentamentos da população em relação a essa política pública. É importante ressaltar que, apesar dessa lei prever a possibilidade de contratação de serviços privados caso o governo local não conseguisse atingir o prazo estipulado, esta alternativa foi pouco utilizada, pois os hospitais geralmente eram capazes de atingir a meta programada (European Observatory on Health Care System, 2002).

Finalmente, é possível afirmar que a reforma que introduziu contratos de gestão entre governos e hospitais buscavam, principalmente, estipular parâmetros de qualidade e custos. A inserção de uma lógica economicista de busca de eficiência no sistema de saúde tinha aspecto secundário. Essa observação é apoiada pelo fato de que estes acordos eram elaborados de forma colaborativa e não impositiva, além disso, não havia nenhum tipo de sanção para o não cumprimento de metas.

Sendo assim, é possível afirmar que as mudanças institucionais que ocorreram na Dinamarca, a partir da década de 1980, tinham como objetivo incentivar uma melhora da qualidade do sistema e, portanto, não caracterizam estratégias de retração. As medidas direcionadas para redução de custos ficaram restritas às negociações anuais entre municípios, governos regionais e governo central e, como foi mostrado anteriormente, foram revertidas no longo prazo, quando houve melhora do quadro econômico do país.

4.2.2 Indicadores de impacto

4.2.2.1 Impacto na desigualdade

Conforme mostrado anteriormente, não é possível mencionar nenhuma reforma política que tenha deliberadamente gerado desigualdade no sistema de saúde dinamarquês como, por exemplo, o aumento ou introdução de taxas de uso. Na Dinamarca, diferentemente do caso sueco, não havia taxas de uso para consultas médicas ou visitas hospitalares. No entanto, existia o co-pagamento para

o serviço de dentistas, fisioterapeutas e compra de medicamentos. Essa cobrança, apesar de não ter sofrido alterações ao longo do período estudado, era um fator bastante controverso nesse sistema de saúde:

The size of dental co-payments varies according to the procedure undertaken, but they are generally large and have therefore caused some controversy, as many claim they are inequitable. User charges for GP visits and hospital stays have been discussed as a means of reducing unnecessary utilization, but have always been rejected for fear of reducing the utilization of people on low incomes (who may need health care the most) EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH CARE, 2002, p. 28)

O estudo de Gudgaard (2006) corrobora com essa visão, enquanto o acesso a serviços médicos e hospitalares é maior entre os indivíduos de menor renda, o que mostra o caráter equitativo do sistema, a utilização de serviços de dentista e compra de medicamentos aponta para uma desigualdade do sistema, uma vez que indivíduos com maiores rendas apresentam consumo relativamente maior. Essa conclusão permanece mesmo após ponderação por idade, gênero e utilização adequada do serviço, tratamento estatístico que busca excluir o sobre uso ou uso superficial.

4.2.2.2 Mercantilização

Conforme foi defendido no Capítulo 1, para uma avaliação completa da retração da política pública é preciso medir o impacto das mudanças em um determinado contexto social. Através de uma análise que leva em conta a mercantilização da sociedade é possível medir de que forma a alteração da política levou ao aumento ou diminuição da dependência do cidadão em relação ao mercado para obter uma qualidade de vida adequada. De maneira análoga, essa variável pode ser entendida como o grau de mercadorização dos serviços de saúde, ou seja, a parcela do gasto em saúde que é realizado de forma privada.

Assim, o gráfico abaixo que mostra a parcela do gasto público como proporção do gasto total da saúde na Dinamarca entre 1980 e 2000, variável que representa uma boa *proxy* para a evolução da mercantilização do sistema de saúde dinamarquês. É possível observar que essa participação apresenta uma tendência de queda entre 1980 e o final da década de 1990, passando de 87,7% para 82,1%.

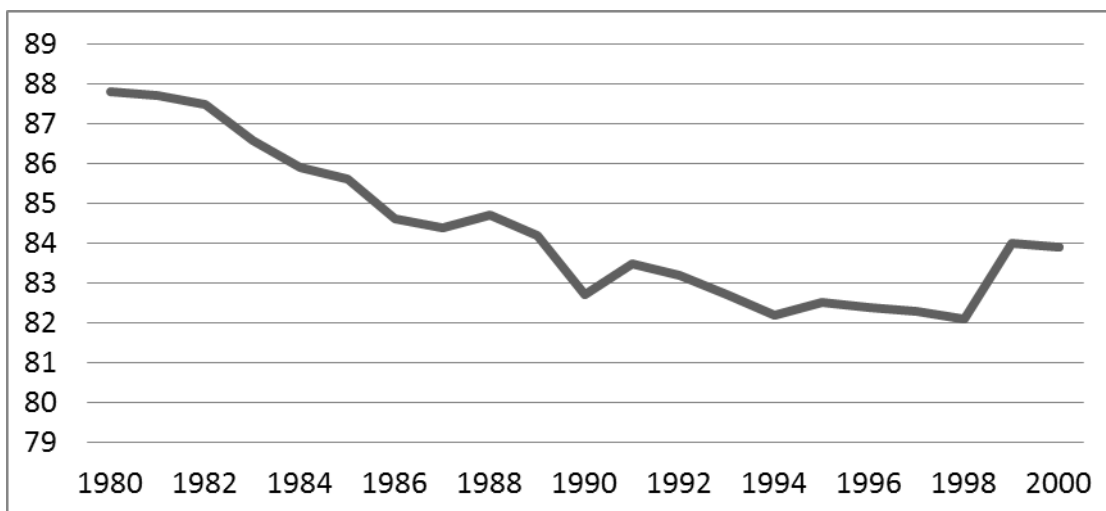


Gráfico 8. Gasto Público em Saúde na Dinamarca como Porcentagem do gasto total. (1980-2000)

Fonte: OCDE Health Data

Dessa forma, assim como no caso sueco, a participação privada no gasto, apesar de ser inferior a 20%, apresentou uma trajetória de crescimento no período, o que indica maior mercantilização da sociedade dinamarquesa. Como é possível perceber na tabela abaixo, o co-pagamento em medicamentos e serviços odontológicos foram os principais responsáveis pelo aumento da participação do gasto privado. Enquanto o primeiro item cresceu 4,5 vezes entre 1980 e 2000 o segunda rubrica aumentou quase 5 vezes.

Tabela 9. Gasto de Saúde por tipo na Dinamarca, preços correntes em milhões de DKK. (1980-1999)

	1980	1985	1990	1995	1999
Gasto Público	23.137	34.084	43.212	52.744	64.530
Hospitais	17.616	26.009	32.072	38.576	47.072
Serviços de saúde individualis (médicos generalistas, dentistas, fisioterapeutas e serviço de enfermagem domiciliares)	5.192	7.576	10.390	13.131	16.148
Administração	173	280	577	771	982
Outros	155	218	173	266	328
Gasto Privado	4.299	7.915	12.114	14.477	18.247
Medicamentos	1.065	1.975	3.451	3.864	4.831
Óculos, aparelhos auditivos, etc	751	1.263	1.894	2.140	2.495
Médicos e dentista	1.226	2.449	4.358	5.087	6.082
Hospitais	563	1.039	704	985	1.389
Casas de Repouso	396	762	810	1.425	1.895
Seguro de saúde voluntário (VHI)	296	427	89	976	1.555
Total do Gasto em Saúde (definição nacional)	27.436	41.999	55.326	67.221	82.777
Cuidado com o Idoso	7.733	13.045	14.298	15.844	18.671
Total do Gasto em Saúde (definição OCDE)	35.169	55.043	69.624	83.065	101.448

Fonte: EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH CARE, 2002.

Essa análise mostra que, apesar de não ter havido no país nenhuma alteração institucional no sentido de uma saída do Estado da política, a sociedade dinamarquesa estava relativamente mais mercantilizada no início dos anos 2000 do que no início dos anos de 1980. Essa mercantilização foi fruto tanto de uma estratégia bem sucedida de contenção do gasto público em saúde, como pela permanência da cobertura incompleta da política, com grande participação de gastos privados na compra de medicamentos e no pagamento de serviços de dentistas. Esta combinação fez com que o resultado, em termos da mercantilização da sociedade dinamarquesa, fosse bastante semelhante ao observado na Suécia, onde, de fato, ocorreram diversas reformas no sentido de maior participação de pagamentos “do próprio bolso” em saúde.

5 ANÁLISE DA ESTRATÉGIA

A análise realizada nos capítulos 3 e 4 mostrou que diversas das transformações ocorridas nas políticas públicas de previdência social e saúde, na Suécia e Dinamarca, indicam uma opção por um modelo mais residual de *welfare state* e se enquadram no que foi definido nesse trabalho como medidas de retração.

Essa análise contrasta com o resultado obtido por Pierson (1994) ao estudar as transformações do *welfare state* nos Estados Unidos e Inglaterra. Segundo o autor, apesar do grande comprometimento dos governos Thatcher e Reagan em implementarem medidas de retração, pouco foi atingido nesse sentido. Isso porque, as políticas do *welfare state* cristalizam interesses dos seus beneficiários o que faz com que as tentativas de mudanças gerem um viés eleitoral bastante negativo.

Assim, o autor defende que a retração é necessariamente um processo de *blame avoidance*. Essa constatação sugere que nenhum governo terá incentivos racionais para realizar mudanças nas políticas sociais no sentido de uma retração do *welfare state*, uma vez que isso pode levar a uma punição por parte dos eleitores. No entanto, o que se observa é que em diversas situações é possível realizar mudanças impopulares, sem que isso traga uma punição por parte do eleitorado.

Isso porque a defesa dos cidadãos ao *welfare state* não deve ser confundida com apoio acrítico. Assim, além de estratégias que permitam os governos se esquivarem da culpa da mudança impopular na política pública, é possível realizar mudanças nas políticas sociais por meio de justificativas que convençam o eleitorado da necessidade da ação:

The best way to avoid blame from the electorate is implementing some but not sweeping retrenchment combined with a justification strategy of blame avoidance. For example, such a strategy consists of emphasizing the financial need for retrenchment (GREEN-PEDERSEN, 2002, p. 35)

Sendo assim, essa sessão tem como objetivo recuperar os casos estudados no capítulo anterior de forma a elencar as principais alterações nas políticas públicas que se enquadram como medidas de retração buscando, a partir

disso, identificar as estratégias adotadas pelos governos que tornaram possível a adoção de medidas impopulares.

5.1 AS PRINCIPAIS REFORMAS NAS POLÍTICAS DE PREVIDÊNCIA SOCIAL E SAÚDE

Como foi mostrado no Capítulo 3, o Sistema Público de Previdência Sueco passou por uma reforma institucional em 1994 que modificou significativamente a provisão pública de aposentadorias. Essa reforma foi resultado de uma proposta elaborada pela Comissão da Previdência, amplamente negociada, e implementada de forma consensual com aprovação de 5 dos 7 partidos com representação no parlamento.

Nessa ocasião, o sistema de pensão sueco sofreu duas alterações principais: a primeira delas foi a substituição do modelo de benefício definido para o sistema de contribuição definida e a segunda foi a introdução de uma parcela inteiramente privada no sistema de previdência. Além disso, a *Pensão Popular*, um modelo de política de aposentadorias tipicamente Social Democrata, foi substituída por um modelo residual que beneficiava apenas os aposentados com baixa renda.

A análise de impacto mostrou que as alterações, dentre as quais a mudança no cálculo do benefício, levaram a uma maior mercantilização da sociedade sueca, trazendo elementos de incerteza para o cidadão em relação a sua renda futura. A introdução de uma parcela privada representou um aumento da dependência do mercado para a obtenção de uma renda adequada ao se aposentar. Finalmente, a abolição da *Pensão Popular* e a suspensão de um valor teto para as aposentadorias levou a um significativo aumento da desigualdade entre a população aposentada, que passou de 0,181 em 1980 para 0,259 em 2011, um aumento de mais de 40%.

A Dinamarca, por outro lado, nunca logrou institucionalizar um sistema de aposentadorias baseadas em contribuições salariais. Dessa maneira, o sistema de público de pensões apresentava um déficit de cobertura uma vez que a não atendia a demanda de reposição de renda dos aposentados de classe média e classe média alta. Assim, as reformas que ocorreram a partir da década de 1980 tinham direções muitas vezes contraditórias: por um lado objetivavam reduzir o gasto público em aposentadorias, a fim de lidar com a situação de desequilíbrio das contas públicas, por outro, buscavam alternativas para ampliar a cobertura do sistema.

Como foi defendido anteriormente, a paralisia decisória causada tanto pelo veto do Partido Social Democrata, que buscava impedir qualquer medida que alterasse o modelo previdência lá instalado, como pela incapacidade de se obter um consenso em torno de um modelo de previdência baseado em contribuições salariais fez com que os sindicatos dinamarqueses abandonassem as negociações com partidos políticos e optassem por acordos diretos com as organizações patronais.

Tal situação levou à introdução massiva de aposentadorias privadas nos acordos profissionais. Essa corrida para mecanismos privados de previdência significou um considerável aumento da mercantilização da sociedade dinamarquesa, já que os indivíduos passaram a ser dependentes de atores privados para garantir sua renda futura. Mais importante ainda é que esta mudança fez com que um grande volume de recursos fosse administrado fora do Estado, sem ser alvo de nenhum mecanismo redistributivo. Além disso, a análise mostrou que essas transformações levaram a uma piora de 10% na distribuição de renda dos aposentados na comparação entre meados da década de 1980 e o ano de 2011.

Assim, apesar de não ter ocorrido nenhuma mudança institucional propriamente dita, o sistema de aposentadoria na Dinamarca sofreu uma mudança considerável, uma vez que lá se instaurou um modelo de previdência privada sob o princípio de capitalização. Essa situação demonstra que é possível que ocorram alterações significativas no *welfare state* sem revisão na legislação. Além disso, ela chama atenção para o fato que muitas vezes a melhor estratégia para a mudança na política pública é justamente evitar a via parlamentar.

Já a análise realizada no capítulo 3, apontou diversas modificações institucionais na política de saúde sueca. As reformas mais significativas no que se refere a retração da política ocorreram entre 1991 e 1994, quando formou-se uma maioria conservadora no parlamento. Essas transformações foram justificadas pelo discurso do *new public management*, que aliava a tentativa de redução do gasto público com a melhora na qualidade do sistema.

No entanto, como foi mostrado anteriormente, mais do que uma reforma na gestão, essas mudanças alteraram os princípios norteadores do *welfare state* sueco, uma vez que privilegiaram a eficiência econômica em detrimento da equidade da política. Um exemplo disso foi a Reforma Ädel, de 1992, que restringiu a

possibilidade de permanência nos hospitais de pacientes que haviam recebido alta, mas que ainda necessitavam de cuidados especiais.

Essa medida criou um déficit de cobertura no sistema, uma vez que não foi acompanhada de um aumento da provisão de atendimento domiciliar a essa parcela idosa da população. Isso levou a esses pacientes a contratarem serviços privados de enfermagem, o que acarretou maior mercantilização do sistema. Além disso, a maior descentralização da política possibilitou os governos regionais a elevarem as taxas de uso para serviços médicos, até um determinado teto estipulado nacionalmente. Tal flexibilização novamente teve como consequência a maior mercantilização da política, uma vez que aumentou a parcela paga pelo cidadão pelo serviço de saúde, além de impossibilitar o acesso da parcela relativamente a esses serviços.

Finalmente, outras medidas que buscavam aumentar a eficiência do sistema como a separação entre compradores e fornecedores e a introdução DRGs tiveram como consequência a deterioração da qualidade do sistema, uma vez que criavam incentivos perversos para a alta prematura de pacientes. Assim, as mudanças que ocorreram nesse período acabaram por colocar em xeque a equidade do sistema, comprometendo o acesso integral de grupos vulneráveis como idosos e indivíduos de baixa renda. Adicionalmente, levaram a uma maior mercantilização devido ao aumento da necessidade de compra dos serviços de saúde através do mercado.

Na Dinamarca, por outro lado, não ocorreu nenhuma reforma significativa no Sistema Saúde a partir a década de 1970. As mudanças foram marcadas pelo incrementalismo e as transformações mais significativas ocorreram apenas nos governos subnacional ou no âmbito da burocracia, sem o respaldo de uma legislação.

A medida mais bem sucedida no sentido de contenção dos gastos públicos em saúde foi a introdução de negociações anuais entre governo local, regional e o Ministério das Finanças, introduzida pelo governo Social Democrata em 1979. No entanto, com a melhora do cenário econômico abandonou-se a agenda de contenção severa de custos e essas negociações passaram a tratar de questões estratégicas e de planejamento. Assim, essa medida de retração na política visou lidar com uma situação pontual e foi revertida no logo prazo.

Dessa forma, observa-se que, diferentemente do caso sueco, não houve uma modificação de diretriz da política de saúde Dinamarquesa no sentido da introdução de mecanismos de incentivos econômicos. A principal razão para isso foi a oposição do partido Social Democrata em relação à matéria, que atuou como *veto player*, impedindo grande parte das alterações legislativas na política de saúde. Assim, a estratégia dos partidos de centro e direita, principais interessados na introdução da agenda do *new public management*, restringiram-se a reformas no âmbito dos governos regionais ou no nível da burocracia.

5.2 ESTRATÉGIA DE MUDANÇA NAS POLÍTICAS PÚBLICAS

O estudo comparado mostrou que as transformações que ocorreram a partir dos anos de 1980 nas políticas de previdência privada e saúde mostram padrões, muitas vezes, distintos nos dois países. Observou-se que na Suécia estas mudanças ocorreram através de alterações institucionais, que foram possíveis por meio da obtenção de consenso entre os partidos do parlamento. Por outro lado, na Dinamarca o partido Social Democrata atuou como ponto de veto, impedindo a aprovação de leis que alterassem as políticas públicas de forma definitiva. Assim, as mudanças ocorreram apenas no governo subnacional, no nível da burocracia e no âmbito privado, sem o respaldo de uma legislação.

Essa diferença no padrão de mudança das políticas públicas, causada pelo posicionamento do partido Social Democrata em relação às transformações pode ser melhor compreendida por meio do modelo proposto por Hacker (2004):

Tabela 10. Quatro modelos de transformação nas Políticas

		Barreiras para a transformação interna nas políticas públicas	
		Alta (Baixa nível de discricionariiedade, grande suporte de coalizões)	Baixa (Alto nível de discricionariiedade, baixo suporte de coalizões)
Barreiras Institucionais para a mudança nas Políticas Públicas	Alto (muitos atores com poder de veto)	Deriva (transformação de uma política estável devido à mudanças nas circunstâncias externas)	Conversão (adaptação interna na política existente)
	Baixo (poucos atores com poder de veto)	Sobreposição (Criação de uma nova política sem eliminar a anterior)	Revisão (reforma formal, substituição ou eliminação da política existente)

Fonte: Adaptado de Hacker, 2004

A tabela acima mostra os quatro modelos de transformação nas políticas públicas propostos pelo autor. No eixo horizontal, está a dimensão que descreve o grau de suporte que essas políticas recebem na sociedade, dessa forma, ela está diretamente ligada ao viés eleitoral negativo que uma alteração na política pública pode causar. Portanto, quanto maior o apoio social à política, maior a barreira que os *policy makers* tem de modificá-la discricionariamente e mais impopular é sua reforma institucional.

No entanto, essa dimensão, não é estanque uma vez que o governo pode lançar mão de estratégias para minimizar o custo político dessas mudanças. Pierson (1994) elencou três estratégias principais: ofuscamento, que consiste na manipulação da informação durante o processo de mudança da política de forma a deixar obscuro o processo de retração; divisão que envolve a fragmentação dos potenciais grupos de oposição à medida, de modo a impedir a criação de uma oposição forte e organizada em torno da mudança; compensação, que consiste em oferecer algo de positivo para as principais vítimas da retração de forma a minimizar o viés negativo da medida.

Somando-se a essas estratégias, Green-Pedersen (2002) argumenta que ainda é possível utilizar a estratégia de justificação, ou seja, utilizar argumentos convincentes para justificar como, por exemplo, a busca de estabilidade econômica, de maneira a reduzir o viés negativo da mudança impopular da política pública.

No eixo horizontal está a barreira política à mudança, entendida como o número de atores com poder de veto em um determinado sistema político. Essa dimensão torna possível ou não uma mudança da política por via parlamentar. Conforme a discussão que se segue, a possibilidade de obtenção de consenso em relação a mudança da política e, alternativamente, a existência de atores que utilizam seu poder de veto para barrar a aprovação de mudanças são exemplos de estratégias políticas de *blame avoidance* e *credit claiming*.

Os quadrantes apresentam as alternativas possíveis para a mudança na política pública em diferentes contextos. Abaixo e a direita encontra-se o modelo ideal de transformação em que há ausência de pontos de vetos no sistema político e baixo suporte de coalizões na sociedade. Tal situação possibilita revisões legislativas radicais que alterem por completo a política pública. Essa situação não ocorreu em nenhum dos casos analisado nesse estudo.

No quadrante localizado abaixo e a esquerda encontra-se a estratégia de sobreposição. Nesse *locus*, a política pública possui (alto) suporte de coalizões, porém não há atores dispostos a vetar sua alteração. Tal situação possibilita modificações institucionais, sem que haja o abandono total do modelo de política anterior. Essa estratégia, que o autor chama de sobreposição, consiste em mudanças incrementais que visam alterar a política pública sem criar um viés eleitoral negativo.

No quadro superior direito está a estratégia de conversão. Neste caso, há pontos de veto no sistema político que impedem uma revisão ou alteração institucional na política. No entanto, o baixo suporte das coalizões ou, a existência de estratégias bem sucedidas de *blame avoidance*, permitem que exista mudanças internas na política. Essas transformações podem ser tanto informais, realizadas pela burocracia no nível de rua durante a entrega de determinado serviço ou por meio de revisões administrativas.

Finalmente, existe a situação de deriva, em que a política possui alto suporte de coalizões e o sistema político apresenta pontos de veto. Nesse caso, a única estratégia viável para mudança de uma política é o estabelecimento de

paralisa decisória em que a política perde sua importância por não se adaptar às novas realidades sociais. Essa situação faz com que o apoio social a essa política minguem de maneira a criar uma janela de oportunidade para políticas alternativas.

Posto isso, é possível interpretar as medidas de retração que ocorreram na política de previdência na Suécia e Dinamarca à luz desse referencial metodológico. De forma geral, é possível afirmar que na Suécia a mudança na política pública seguiu o modelo de sobreposição: a obtenção do consenso em relação à reforma da política de previdência eliminou os potenciais pontos de veto no parlamento e possibilitou que essas transformações fossem institucionalizadas por meio de alteração na legislação. No entanto, devido ao alto suporte de coalizões à política, as mudanças não puderam de ser completas.

Assim, não se abandonou o modelo anterior por completo apenas foram introduzidas certas modificações. No caso da política de previdência, esse fato pode ser ilustrado pela permanência do sistema de repartição e pela introdução bastante incremental de parceiros privados, apenas 2,5% dos 18,5% de contribuição salarial à previdência eram destinados para fundos privados. Da mesma forma, em relação a política de saúde, apesar da introdução maciça de elementos de incentivos econômicos no sistema, as transformações não significaram um rompimento com o modelo tradicional uma vez que a provisão permaneceu pública e o acesso universal.

É possível afirmar ainda que o governo utilizou de duas estratégias principais a fim de minimizar os custos políticos dessas reformas: ofuscamento e justificativa. A utilização do discurso do *new public management* minimizou o viés negativo dessas medidas, uma vez que justificou estratégias de retração com o argumento de busca de eficiência do sistema (Green-Pedersen, 2002). Além disso, especificamente no caso da política de previdência, utilizou-se da estratégia de ofuscamento, uma vez que a nova regra impede que o cidadão avalie o real impacto da mudança na sua vida, o que minimiza a formação de uma oposição organizada.

Na Dinamarca, por outro lado, o partido Social Democrata atuou como ponto de veto no parlamento, impedindo grande parte das mudanças institucionais. Portanto as mudanças foram resultado de estratégias de deriva ou de conversão, uma vez que as medidas de retração ocorreram apenas nos governos subnacional ou no âmbito da burocracia, sem o respaldo de uma nova legislação.

No caso da política de previdência o partido conservador logrou negociar com as municipalidades um suplemento privado para funcionários públicos. Essa mudança representou uma estratégia de conversão uma vez que ocorreu no âmbito administrativo. Além disso, o fato dessa transformação ter ocorrido apenas em algumas municipalidades minimizou o impacto eleitoral negativo ao fragmentar e pulverizar a oposição, estratégia que Pierson (1994) chamou de divisão.

Por outro lado, a introdução maciça de um componente privado na aposentadoria, fruto de acordos entre empregados e patrões, também pode ser entendido como uma medida de retração consequente de uma paralisa decisória em relação a uma reforma na política de previdência. A atuação do partido Social Democrata como *veto player* somado a inabilidade do partido em propor medidas alternativas de reforma fizeram com que a política de previdência social na Dinamarca não correspondesse à demanda de uma parcela significativa da população. Esse vácuo abriu espaço para a entrada de atores privados na política, modificando de maneira bastante expressiva o sistema de pensões dinamarquês. Assim, é possível afirmar que essa transformação foi fruto da estratégia que Hacker (2004) denominou de Deriva.

Em relação à política de Saúde, as mudanças foram ainda mais tímidas. Novamente, o partido Social Democrata se opôs a qualquer medida que alterasse significativamente o modelo de política pública lá instalado, assim, novamente as alterações se deram no âmbito local, estratégia de conversão no modelo proposto por Hacker (2004).

Essa análise mostra que diferentes contextos políticos possibilitam diferentes estratégias de transformação da política e que as mudanças podem ocorrer em diferentes dimensões, tanto na esfera da burocracia, como na legislativa. Ademais, os casos mostram que, embora não tenha ocorrido a institucionalização dessas medidas de retração na Dinamarca, o impacto dessas alterações na sociedade foram, muitas vezes, equiparáveis ao observado na Suécia.

5.3 CONSENSO E VETO

Busca-se aqui explicar os diferentes posicionamentos do Partido Social Democrata sueco e dinamarquês no que se refere à reforma das políticas sociais de saúde e previdência. Observa-se que, enquanto o partido sueco optou por um caminho aparentemente contraditório, buscando apoiar as reformas nas políticas

sociais, de forma a possibilitar o consenso, o partido dinamarquês vetou mudanças propostas pelos partidos de centro e de direita que tinham como objetivo uma retração nestas políticas sociais. Conforme o apresentado na sessão anterior, essa diferença de posicionamento é central para explicar as estratégias utilizadas para a mudança das políticas públicas, uma vez que determinou a possibilidade de uma reforma pela via institucional.

Argumenta-se que a principal causa para essa diferença de posicionamento é o padrão de competição política existente nestes países. Enquanto na Dinamarca o sistema político apresenta maior competitividade devido a fragmentação partidária e uma mobilidade eleitoral interblocos, na Suécia o partido Social Democrata possui uma maior hegemonia, tanto por sua *performance* eleitoral como pela fragmentação do bloco da direita.

Tal fato fez com que o partido dinamarquês tivesse incentivos para utilizar o veto como *credit claming*, de forma a ganhar mais votos no papel de guardião do *welfare state*. Na Suécia, por outro lado, a maior hegemonia do Partido Social Democrata e a menor alternância partidária faz com que esse partido tenha incentivos para promover reformas incrementais nas políticas sociais, uma vez que o custo futuro associado a uma crise fiscal que obrigaria cortes ainda mais drásticos nos gastos sociais seria altíssimo (Green-Pedersen 2002).

O gráfico abaixo mostra a considerável perda de prestígio político do Partido Social Democrata dinamarquês a partir da década de 1970:

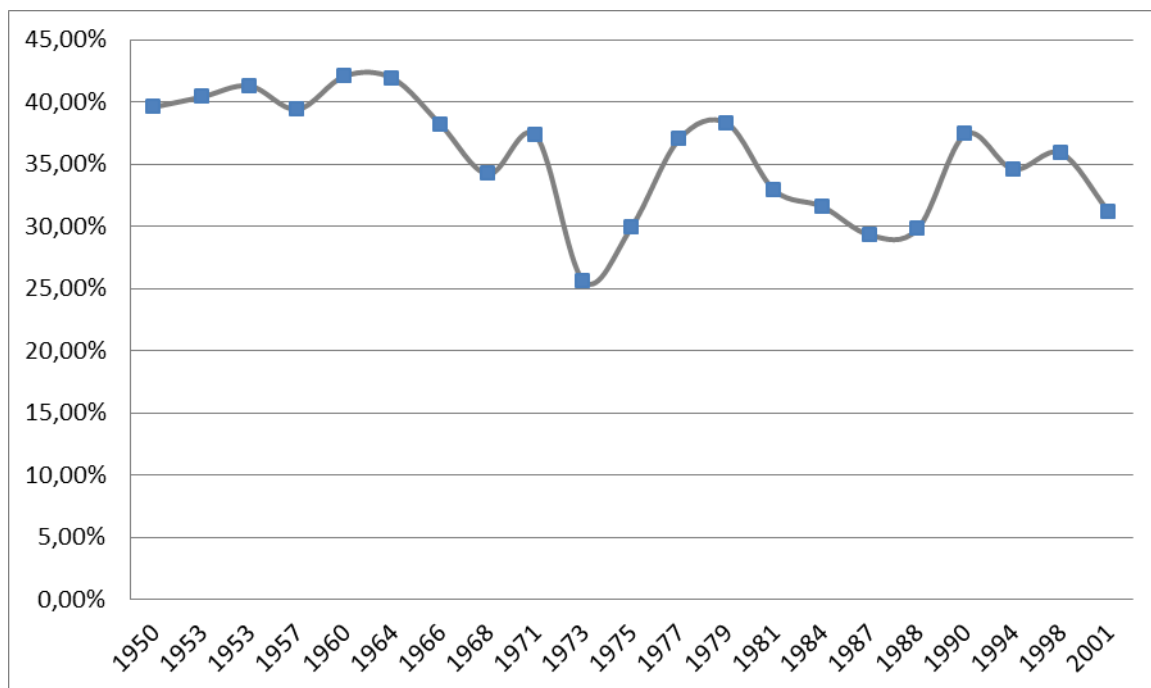


Gráfico 9 - Porcentagem de votos para o Partido Social Democrata Dinamarquês (1950-2001)
Fonte: Statistics Denmark³

É possível apontar diversas causas para a perda de espaço eleitoral do partido Social Democrata dinamarquês: o enfraquecimento de fronteiras entre as classes sociais e o surgimento de novos tópicos relevantes no campo sócioeconômico, como crises econômicas; a entrada do país na União Européia; a imigração e a política energética, questões que têm complexificado as intenções de voto e, finalmente, a redução da coesão entre sindicatos e o partido Social Democrata (Anthonsen, Lindvall e Schmidt-Hansen, 2011).

Outro aspecto que alterou o mercado eleitoral desses países foi o surgimento de novos partidos no quadro político, especialmente no bloco da direita, como o Partido Progressista (*Progress Party*) fundado em 1972 e Partido do Povo Dinamarquês (*Danish People Party*), de extrema direita, em 1995, organização que, a partir da eleição de 2001, tornou-se a terceira maior do país, com uma plataforma de direita nacionalista radical baseada em um combate a questões bastante sensíveis nesse país, como imigração e a entrada do país na União Européia. Tal

³ In <http://www.dst.dk>, consultado em 03/10/2011, às 14:00

situação faz com que exista grande alternância partidária e o partido Social Democrata divide com o Partido Liberal a formação de governo.

Dessa forma, entende-se que o posicionamento do Partido Social Democrata dinamarquês pode ser explicado, em grande medida, pela sua posição no sistema partidário. A perda da hegemonia, a grande fragmentação do sistema partidário e uma maior competição política, com volatilidade interblocos, gerou um incentivo para esse partido lançar mão de uma estratégia de *credit claiming* em relação ao *welfare state*. Assim, o veto nesse contexto é usado para deslegitimar a direita e acusá-la de tentar destruir o *welfare state*:

If right-wing bloc holds power, a small scale of retrenchment can be expected to take place. The reason is that such government finds it extremely difficult to pursue a justification strategy of blame avoidance. Basically, the electorate will be skeptical of its motives and the vote-seeking left-wing opposition can be expected to do everything possible to create an image of a right-wing government on an ideological crusade against the welfare state. (GREEN-PEDERSEN, 2002, p. 37).

No caso Sueco o cenário é bastante distinto. Apesar da piora dos resultados eleitorais, a relativa hegemonia do partido Social Democrata permanece:

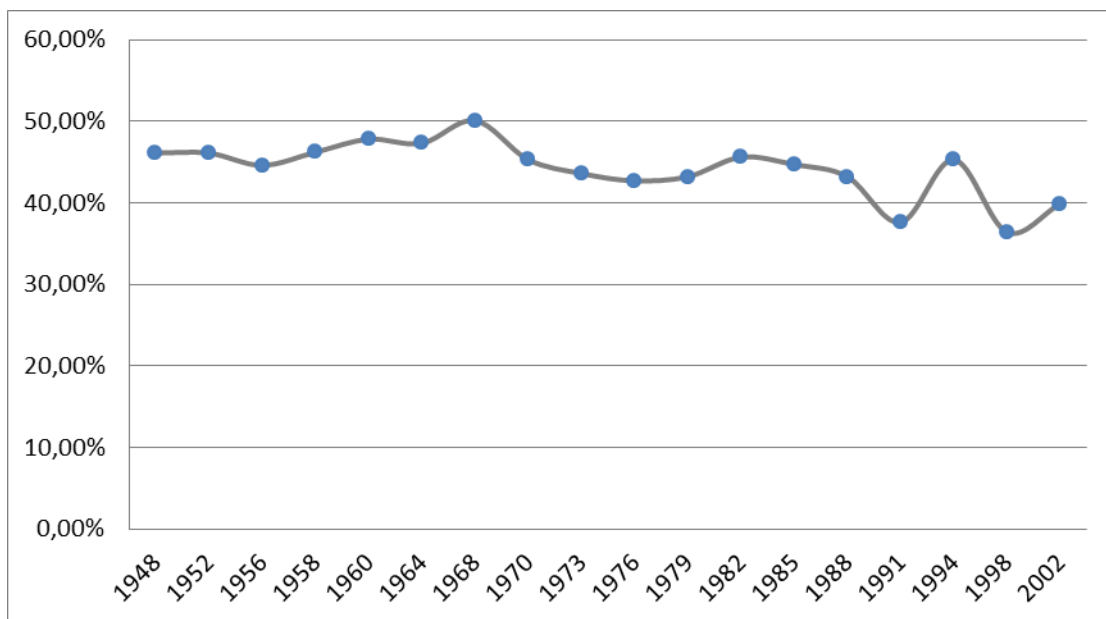


Gráfico 10. Porcentagem de votos para o Partido Social Democrata Sueco (1948-2002).

Fonte: Statistics Sweden⁴

Esse fato é ainda reforçado pela falta de alinhamento dos partidos de oposição. Os tradicionais opositores da Social Democracia, Partido Liberal, o Partido Conservador e o Partido do Centro-Agrário, mostram-se, conjuntamente, fracos ao longo da segunda metade do século XX devido, principalmente, ao fato de serem competidores entre si e raramente buscarem uma estratégia de cooperação, nos esclarece Arter (2006). Esse não alinhamento da direita sueca faz com que a hegemonia do Partido Social Democrata se acentue, uma vez que a possibilidade de formação de um gabinete de oposição se reduz.

Isso fez com que o partido Social Democrata sueco governasse de forma praticamente isolada nos anos de 1980 e 1990. Essa hegemonia coloca a Social Democracia em um dilema: se por um lado, ela é reconhecida como a grande defensora do *welfare state*, de outro, ela torna-se alvo principal em uma eventual acusação por uma gestão irresponsável da política econômica, o que torna o custo futuro associado a uma crise fiscal, obrigando assim cortes drásticos nos altos gastos sociais.

⁴ In <http://www.scb.se>, consultado em 03/10/2011, às 14:00

Desta feita, o partido é incentivado a realizar ajustes incrementais que tenham como objetivo conter o aumento de gastos ao invés de realizar um grande corte numa situação de crise econômica.

Assim, realizar mudanças por meio de um consenso entre partidos torna-se a melhor estratégia para minimizar os custos políticos desta transformação. Primeiro, porque esse partido, na negociação com os demais partidos, atua como guardião do *welfare state*, impedindo revisões radicais. Além disso, a mudança realizada de forma consensual divide a culpabilidade de uma medida impopular, uma vez que impede que o cidadão puna eleitoralmente a um determinado partido pela retração.

Somada a essa preocupação do partido Social Democrata em relação a questões econômicas e fiscais, esse posicionamento aparentemente contraditório também estava associado à uma tentativa de recuperar a legitimidade do *welfare state* social democrata, conforme relata Klitgaard (2007). Discutiram-se abertamente no país as dificuldades de se manter um Estado de Bem Estar social extremamente caro frente a um crescimento modesto ou negativo, além disso, havia críticas a respeito dos incentivos perversos que esse modelo gerava ao mercado de trabalho e seus efeitos deletérios à competitividade dos produtos do país no mercado internacional.

Assim, o apoio do Partido Social Democrata a uma reforma nas políticas públicas, que teve como inspiração os preceitos no *new public management*, estava aliado a um discurso de defesa ao *Novo Modelo Sueco*, de acordo com Arter, (1999), defendido por Goran Persson, Primeiro Ministro Social Democrata. Esse posicionamento tinha como intuito sinalizar a preocupação do partido em relação a questões como competitividade, estabilidade econômica e eficiência do gasto público e aliá-las, o quanto possível, à manutenção do caráter universal e distributivo do *welfare state* sueco.

6 CONCLUSÃO

Este trabalho analisou as reformas ocorridas nas políticas públicas de previdência e saúde na Suécia e Dinamarca, a partir da década de 1980. O objetivo do estudo foi entender as características dessas mudanças de forma a definir se elas correspondem a uma estratégia de retração do *welfare state*, que tem como consequência a transformação das características definidoras do Estado de Bem Estar Social Democrata lá instalado.

Para essa análise, desenvolveu-se um arcabouço metodológico capaz de captar os múltiplos aspectos da retração. Essa ferramenta foi elaborada com base nos critérios sugeridos por Pierson (1994) combinados com as avaliações de impacto, baseados nos trabalhos de Esping-Andersen (1990) e Kropi (2003). Estabeleceram-se três dimensões principais para analisar a retração: a alteração no gasto público, a mudança institucional e o impacto que essas alterações geraram na sociedade.

O primeiro critério tem como objetivo observar a redução do gasto público em uma determinada política social no curto e longo prazos. Essa medida busca captar a alteração do esforço de um governo no *welfare state*. Argumentou-se, no entanto, que a alteração no gasto público mostra apenas o epifenômeno da questão, uma vez que essa redução pode estar ligada a uma medida pontual para lidar com uma situação de crise, que é revertida no médio prazo. Além disso, como apontaram Bonoli, George e Taylor-Gooby (2000) os diversos esforços feitos pelos governos europeus no sentido de reduzir o gasto público em políticas sociais, em diversos casos, resultaram apenas na contenção da evolução dessa variável. Dessa forma, o estudo dessa dimensão pode ofuscar um grande comprometimento dos governos na redução dos benefícios sociais de um Estado.

Assim, faz-se necessário acrescentar a esta análise medidas que sejam capazes de captar aspectos qualitativos da mudança. Dessa forma, defendeu-se um estudo das alterações institucionais no *welfare state*. Foram identificadas como estratégias de retração as seguintes alterações no Estado de Bem Estar Social: mudanças no público alvo das políticas públicas, redução da quantidade ou qualidade do benefício, alteração no mecanismo de indexação do benefício e introdução de parceiros privados na política. Argumentou-se que essas mudanças

na estrutura das políticas públicas atuam no sentido de tornar o *welfare state* menos compreensivo e generoso.

Finalmente, acrescentou-se o estudo das variáveis de impacto. Essa dimensão tem relevância central no trabalho, uma vez que tem como objetivo avaliar o real impacto que essas alterações geram na sociedade. A partir do estudo de Kropi (2003) e Esping-Andersen (1990), se propôs duas variáveis de análise: a desigualdade e a mercantilização. A primeira busca avaliar de que forma a mudança na política tem como consequência a redução da equidade social do país e a segunda tem como objetivo entender de que forma a alteração na política causa aumento da dependência do cidadão em relação a venda da sua mão de obra no mercado de trabalho. Como foi defendido, o aumento da mercantilização se traduz em maior risco para o cidadão, uma vez que revela a redução do suporte que o Estado fornece aos indivíduos em casos de vulnerabilidade.

O estudo da mudança na política pública de saúde sueca e dinamarquesa mostrou um resultado bastante curioso. Os dois sistemas de pensão chegaram aos anos de 1980 como um sistema típico do *welfare state* Social Democrata, caracterizado por um benefício igual a toda a população, financiado por recursos fiscais. No entanto, diferentemente do caso dinamarquês, havia na Suécia um sistema de previdência social com contribuições e benefícios proporcionais à renda do cidadão. Assim, enquanto na Suécia o sistema público de pensões garantia uma taxa de reposição de renda aceitável para cidadãos de classe média alta, na Dinamarca esse sistema era incompleto e não atendia a demanda destas classes sociais.

É possível afirmar que na Suécia ocorreu uma importante reforma na previdência social, a partir da década de 1980, que introduziu duas mudanças significativas na política. A primeira delas foi a substituição do sistema de benefício definido para contribuição definida, e a segunda consistiu na introdução de uma parcela inteiramente privada no sistema de previdência social. Além disso, essa reforma aboliu a *Pensão Popular*, sistema típico de um Estado de Bem Estar Social Democrata e introduziu um sistema residual que tinha como foco aposentados de baixa renda.

Essas mudanças ocorreram em ambiente consensual e tiveram como principal consequência o aumento da desigualdade entre os aposentados e a maior mercantilização da sociedade sueca. Além disso, a introdução de um sistema

baseado em uma contribuição definida gerou uma incerteza no cidadão em relação a sua renda futura, além de permitir que o risco de mudanças demográficas e econômicas, prejudiciais ao equilíbrio fiscal no sistema de pensão, recaísse sobre o cidadão e não sobre o governo. Dessa forma, concluiu-se que a reforma no sistema de pensão sueco aponta para uma retração da política pública.

Na Dinamarca, apesar de algumas propostas de reformas no sistema de previdência social, não ocorreu nenhuma mudança significativa nessa política pública, principalmente devido à falta de consenso parlamentar a respeito da matéria. Essa situação, somada com uma cobertura insatisfatória para cidadãos com maiores rendimentos, fez com que fossem introduzidos acordos privados de aposentadoria, na maioria dos contratos profissionais. Assim, apesar da inexistência de alteração na legislação, o sistema privado de pensões atendia a 60% da população na Dinamarca, enquanto na Suécia a participação era de 40%.

No sistema de Saúde podemos notar uma situação similar. Na Suécia ocorreram diversas reformas que buscaram introduzir uma racionalidade privada nesta política pública com o objetivo de reduzir gastos e promover uma melhora na qualidade. São exemplos dessas medidas a separação entre compradores e provedores de serviços de saúde, estabelecimento de tempo máximo de espera para o atendimento médico, livre escolha entre clínicos gerais públicos e privados, restrição da permanência nos hospitais de pacientes com alta e introdução de remuneração baseada nos DRGs.

No entanto, observou-se que, em muitas ocasiões, essa busca por maior eficiência e possibilidade de escolha nos serviços acabou por comprometer a equidade e qualidade do sistema público de saúde sueco. Tal fato foi consequência tanto da redução da cobertura da política, devido a impossibilidade de permanência nos hospitais de pacientes com necessidade de atendimento de enfermagem, aumento das taxas de uso dos serviços possibilitado pelo aumento da descentralização do sistema, como da alta precoce de pacientes, motivada pela nova estrutura de incentivos.

Na Dinamarca não ocorreram mudanças significativas que visaram introduzir a lógica do mercado na política pública de saúde, uma vez que propostas dessa natureza foram vetadas pelo partido Social Democrata. Esse ponto de veto fez com que a maioria das reformas na política de saúde ocorresse no âmbito da burocracia e dos governos regionais sem que houvesse, no entanto, uma mudança

de diretriz na política pública. A principal medida de retração que ocorreu no país foi o controle de gastos, por meio de acordos anuais entre governos locais e federal, motivado pelo desequilíbrio nas contas públicas no final dos anos de 1970. Porém, essa medida de arrocho fiscal foi revertida após a recuperação econômica do país.

A análise de impacto, no entanto, mostrou o efeito deletério do copagamento em serviços odontológicos e medicamentos em termos de aumento da mercantilização do sistema de saúde entre os anos de 1980 e 2000. Assim, apesar de não ter ocorrido nenhuma mudança nessa política a permanência de uma alta taxa de uso para esses serviços acabou por aumentar a participação privada em gastos com saúde na Dinamarca ao longo do período estudado.

Assim, é possível afirmar que as transformações que ocorreram a partir dos anos de 1980 nas políticas de previdência privada e saúde mostram padrões distintos nos dois países. Observou-se que na Suécia as mudanças ocorreram por meio de mudanças institucionais consensuais. Na Dinamarca o partido Social Democrata atuou como ponto de veto, impedindo a aprovação de leis que alterassem as políticas públicas de forma definitiva. Assim, buscou-se lidar com a crise econômica por meio de medidas de arrocho fiscal e as mudanças nas políticas restringiram-se ao âmbito da burocracia e aos governos subnacional, sem o respaldo de uma mudança na legislação.

Argumentou-se que essa diferença de trajetória deveu-se, principalmente, às estratégias distintas dos partidos Social Democratas. Enquanto o Partido Social Democrata dinamarquês atuou como veto *player* impedindo qualquer alteração no âmbito do parlamento, o partido sueco buscou negociar em prol um consenso em torno das reformas nas políticas públicas. Assim, enquanto na Dinamarca as estratégias possíveis para a mudança foram a Deriva e a Conversão, na Suécia a estratégia predominante foi a Sobreposição de acordo com Hacker (2004).

O principal motivo para essa diferença de posicionamento do Partido Social Democrata sueco e dinamarquês é o padrão da competição política existente nesses dois países. Enquanto na Dinamarca o sistema político é bastante competitivo, com uma frequente alternância partidária, na Suécia, por outro lado, o partido Social Democrata Sueco goza de relativa hegemonia política e a alternância partidária é menos frequente. Essa situação fez com que o partido dinamarquês tivesse incentivo de vetar medidas que buscassem alterar o *status quo* do *welfare state*, como forma de conquistar créditos eleitorais.

No entanto, essa estratégia era menos vantajosa no caso sueco, uma vez que o Partido Social Democrata seria o mais prejudicado no caso de uma recessão que obrigasse cortes drásticos no Estado de Bem Estar Social. Além disso, essas mudanças também buscaram responder às críticas ao Estado de Bem Estar Social Democrata que diziam que esse modelo gerava desincentivos ao trabalho e era incompatível com o padrão de competição mundial.

Sendo assim, a mudança através do consenso político era a melhor alternativa, uma vez que não gerava impactos políticos negativos a nenhum partido em particular. Adicionalmente, a promoção de uma mudança controlada sob o argumento de um choque de gestão no *welfare state* sueco era particularmente interessante para o Partido Social Democrata, uma vez que ele é o partido mais interessado na preservação da legitimidade do *welfare state*.

Dessa forma, o resultado observado na Suécia foi a institucionalização de mudanças nas políticas públicas de previdência social e saúde. Na Dinamarca as alterações ocorreram no âmbito da burocracia e dos governos subnacionais, uma vez que o Partido Social Democrata lançou mão de uma estratégia de *credit clamming* e vetou as alterações propostas no âmbito legislativo. Porém, apesar dessa diferença, o resultado dessas transformações em termos de impacto no aumento da desigualdade e mercantilização da sociedade são comparáveis nos dois países.

II. Referências

ANDERSEN, J. G.; LARSEN, C. A. *Pension politics in Denmark and Sweden: Path Dependencies, Policy Styles, and Policy Outcome*. In: CONGRESSO MUNDIAL DE SOCIOLOGIA, XV, Brisbane, 2002.

ANELL, A. Swedish healthcare under pressure. *Health Economics*, Chichester, v. 14, p. 237-254, 2005.

ARTER, D. *Scandinavian Politics Today*. Manchester: Manchester University Press, 1999.

_____. *Democracy in Scandinavia: Consensual, majoritarian or mixed?* Manchester: Manchester University Press, 2006.

BERGMAN, S. Swedish Models of Health Care Reform: A Review and Assessment. *International Journal of Health Planning and Management*. Nova Jersey, n.13, 1998.

BONOLI, G.. Classifying Welfare State: A Two-Dimension Approach. *Journal of Social Policy*, Vol. 26, Nº. 3, 1997.

_____. *The Politics of Pension Reform: Institutions and Policy Change in Western Europe*. Cambridge: Cambridge University Press, 2000.

BONOLI, G.; GEORGE, V.; TAYLOR-GOOBY, P. *European Welfare Futures: Towards a Theory of Retrenchment*. Polity Press: Cambridge, 2000.

BLOMQUIST, P. The Choice Revolution: Privatization of Swedish Welfare Services in the 1990s. *Social Policy & Administration*. v. 38, n.2, p. 139-155, 2004.

BUSSE R. et al. *Health Care System in eight countries: Trends and Challenges*. Londres: The London School of Economics & Political Science, 2001.

CASTLES, F. G (ed.). *The Impact of Parties: Politics and Policies in Democratic Capitalist States*. Londres: Sage Publications, 1982.

CHRISTIANSEN, F. J.; DANGAARD, E. *Parliamentary Opposition Under Minority Parliamentarism: Scandinavia*. In: Conferência Anual da Associação de Ciência Política, Bath, 2007.

D'ADDIO, A. C; SEISDEDOS, J; WHITEHAOUSE, E. R. *Investment risk and pensions: Measuring uncertainty in returns*. OECD Social, Employment and Migration Working Papers, n. 70, 2009.

ESPING-ANDERSEN, G. *Three Worlds of Welfare Capitalism*. Cambridge: Polity Press, 1990.

_____. Power and Distributional Regimes. *Politics & Society*, v.14, n.2, Jun., 1985.

_____. *Welfare State in Transition: National Adaptations in Global Economies*. Londres: Sage Publication, 1996.

FOSBERG, E. Do financial incentives make a difference? A comparative study of the effects of performance-based reimbursement in Swedish health care. In: *Acta Universitatis Upsaliensis*. Comprehensive Summaries of Uppsala Dissertations from the Faculty of Medicine. *Uppsala*: Acta Universitatis Upsaliensis, 2001.

FORSBERG, E. AXELSSON R.; ARNETZ, B B. Effects of performance-based reimbursement in health care. *Scandinavian Journal of Public Health*, v. 28, p. 102-110, 2001.

GERDTHAM. U. The Impact of Aging on Health Care Expenditure in Sweden. *Health Policy*, n. 24, 1992.

GREEN-PEDERSEN, C. *Minority Governments and Party Politics: The Political and Institutional Background to the Danish Miracle*. Cambridge: Cambridge University Press, 2001.

_____. *The Politic of Justification: Party Competition and Welfare- State retrenchment in Denmark and The Netherlands from 1982 to 1998*. Amsterdam: Amsterdam University Press, 2002.

_____. The Dependent Variable Problem within the Study of Welfare State Retrenchment: Defining the Problem and Looking for Solutions. *Journal of Comparative Policy Analysis, Research and Practice*, v.6, n.1, p. 3-14, 2004.

_____. Denmark a "World Bank" Pension Sistem. In: IMMERGUT, Ellen; ANDERSON, Karen; SCHULZE, Isabella (eds.). *Handbook of West European Pension Politics*. Oxford: Oxford University Press, 2007, p. 454-495.

GREVE, B. Can Choice in Welfare State be Equitable? In: *Social Policy and Administration*, v.43, n.6, 2009, p. 543-556.

GUDGAARD, J. Income-related inequality in utilization of health services in Denmark: Evidence from Funen County. *Scandinavian Journal of Public Health*, v.53, n.5, 2006, p. 462-471.

HAM, Chris. Reforming the Swedish health services: The International Context. *Health Policy*, v.21, n.2, p. 129-141, 1992.

HACKER. J. S. *Divided Welfare State: the battle over public and private social benefits in the United States*. Cambridge: Cambridge University Press, 2002.

_____. Privatizing Risk without Privatizing the Welfare State: The Hidden Politics of Social Policy Retrenchment in United States. *American Political Science Review*, v.98. n. 2, p. 243-260, Mai, 2004.

HARRISON, MI. ; CALLTOP, J.; The Reorientation of Market-Oriented Reforms in Swedish. *Health Policy*. n.50, v.3, p. 219-240, Jan., 2000.

IMMERGUT, E. M. As Regras do Jogo: A lógica da política de saúde na França, na Suíça e na Suécia. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v.30, n.11, p.139-163, 1996.

KLITAGAARD, M. B. Do Welfare States Regimes Determine Public Sector Reforms? Choice Reforms in American, Swedish and German Schools. *Scandinavian Political Studies*. v.30, n.4, p. 444-468, Dez., 2007.

KROPI, W. *The Working Class in The Welfare Capitalism*. Work, unions and politics in Sweden. Londres: Routledge & Kegan Paul, 1978.

_____. *The Democratic Class Struggle*. Londres: Routledge & Kegan Paul, 1983.

_____. Welfare-State Regress in Western Europe: Politics, Institutions, Globalization, and Europeanization. *Annual Review of Sociology*, v.29, p. 589-690, Aug., 2003.

LIPSET, S. M.; ROKKAN, S. (org.). *Party System and Voter Alignments*. Toronto: Free Press, 1967.

MAGNUSSEN, J. VRANGBAEK, K. SALTMAN, R (org.). *Nordic Health Care Systems. Recent Reforms and Current Policy Challenges*. Berkshire, Open University Press, 2009.

MAIR, P. *Party System Change: Approaches and Interpretations*. Oxford: Oxford Clarendon Press, 1997.

MARSHALL, T. H. *Citizenship and Social Class*. Oxford: Oxford University Press, 1950.

MYLES, J.; PIERSON, P. The comparative political economy of Pension Reform. In: *The New Politics of Welfare State*. Oxford: Oxford University Press, 2001, p.305-333.

OBINGER, H.; CASTELS F. G.; LEIBFRIED, S. (Eds.). *Federalism and the Welfare State: New World and European Experiences*. Cambridge: Cambridge University, 2005

O'CONNOR, J. S. *EUA: A Crise Fiscal do Estado*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.

O'CONNOR, J. S.; OLSEN, G. M. (eds). *Power Resources Theory and The Welfare State: A Critical Approach*. 2.ed. Toronto: University of Toronto Press, 1998.

OFFE, C. *Contradictions of the Welfare State*. Cambridge: MIT Press, 1984.

PALMER, E. The Swedish Pension Reform Model: Framework and Issues. *World Bank Discussion Paper*, n.12, 2000.

PALME, J. Features of Swedish pension reform. *The Japanese Journal of Social Security Policy*, v. 4, n.1, Jun., 2005.

PEDERSEN, K; CHRISTIANSEN, T; BECH, M. The Danish Health Care System: Evolution – Not Revolution- In a Decentralized System. *Health Economics*. v.14, p. 41-57, Set., 2005.

PIERSON, P. *Dismantling the Welfare State? Reagan, Thatcher and The Politics of Retrenchment*. Cambridge: Cambridge University Press, 1994.

_____ (ed). *The New Politics of the Welfare State*. Oxford: Oxford University Press, 2001.

PRZEWORSKI, A. *Capital and Social Democracy*. Cambridge: Cambridge University Press, 1985.

QUAYE. R. K. *Recent Reforms in Swedish Health Care System: Implications for the Swedish Welfare State*. Lanhan: University Press of America, 2007.

ROTHSTEIN, B. The Universal Welfare State as a Social Dilema. *Rationality and Society*, v.13 n.2, p. 213-233, May., 2000.

SARTORI, G. *Partidos e Sistemas Partidários*. Rio de Janeiro, Zahar, 1976.

SKOCPOL, T.; AMENDA, E. Stats and Social Policies. *Annual Review of Sociology*, Chicago, v.12, p.131-157, Aug.,1986

SUEDÉN, A. The Swedish Experience With Pension Reform. *Oxford Review of Economic Policy*, v. 22, n. 1, p. 133- 148, Apr., 2006.

STARKE, P. The Politics of Welfare State Retrenchment. *Social Policy & Administration*, v.40, n.1, p. 104-120, 2006.

TITTMUSS, R. M. *Income Distribution and Social Change*. Allen & Unwin, Londres, 1962.

_____. *Essays on 'the Welfare State'*. Surrey: Unwin Brothers, 1963.

_____. *Commitment to Welfare*. Londres: Allen & Unwin, 1968.

_____. *Social Policy*. Nova York: Pantheon, 1974.

TORFING, J. Path-Dependent Danish Welfare Reforms: The Contribution of the New Institutionalism to Understanding Evolutionary Change. *Scandinavian Political Studies*. v. 24, n. 4, p. 277-309, Dec., 2001.

TSEBELIS, G. *Atores com Poder de Veto: Como Funcionam as Instituições Políticas*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2009.

TWADDLE, A. C. *Health Care Reform in Sweden, 1980-1994*. Auburn House: Londres, 1999.

WEIR, M.; SKOCPOL, T. State Structure and Possibilities for Keynesian responses for Great Depression. In. EVANS, P. RUESCHEMEYER, D.; SKOCPOL, T. *Bringing the State Back*. Cambridge: Cambridge University Press, 1985. P. 107-151.

WHITEHOUSE, E. R; D'ADDIO, A. C.; REILLY, A. Investment Risk and Pensions: Impact on Individual Retirement Incomes and Government Budgets. *OECD Social, Employment and Migration Working Paper*, Paris, n. 87, Jun., 2009. 56P.