

1 - Os argumentos analíticos

a perspectiva histórica e institucional

Telma Maria Gonçalves Menicucci

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

MENICUCCI, TMG. Os argumentos analíticos: a perspectiva histórica e institucional. In: *Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007, pp. 21-56. ISBN 978-85-7541-356-2. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

1

Os Argumentos Analíticos: a perspectiva histórica e institucional

O argumento básico, que norteou a interpretação da política de assistência à saúde no Brasil, foi construído com base nos argumentos gerais e pressupostos da abordagem neo-institucionalista.¹ O ponto de partida é o modelo analítico utilizado por Pierson (1993, 1994) para o estudo de políticas públicas, que incorpora contribuições da vertente histórica do novo institucionalismo, desenvolvida particularmente no campo da política comparada e aplicada a estudos de diferentes processos políticos. Apesar de suas diferenciações, os trabalhos identificados com o institucionalismo histórico partilham de um pro-

¹ O novo institucionalismo não se constituiu como uma nova teoria, mas um conjunto de argumentos que freqüentemente se associa a teorias diferenciadas. Nas suas diferentes manifestações, a explicação considera que a forma de organização da vida política tem influência sobre a política, o que significa atribuir um papel mais autônomo para as instituições políticas, as quais deixam de ser vistas apenas como arenas, e passam a ser vistas também como atores políticos, ao configurarem um conjunto de estruturas e procedimentos que definem e defendem interesses. Pode-se dizer que essa abordagem busca responder de forma diferente à pergunta sobre como as escolhas sociais são modeladas, mediadas e conduzidas por arranjos institucionais (Powell & DiMaggio, 1991), entendendo que as preferências e os significados não são estáveis nem exógenos, mas podem ser moldados pelas experiências políticas ou por instituições políticas relativamente autônomas. Uma consequência desse argumento é que o sistema político deixa de ser visto como estritamente dependente da sociedade. Da mesma forma, a distribuição de recursos políticos pode ser afetada pelas instituições políticas, no contexto das quais são também desenvolvidas as regras do jogo (March & Olsen, 1984, 1989). Nessa perspectiva, o Estado, como instituição política fundamental, não é apenas afetado pela sociedade, mas também a afeta, de tal forma que estudos que trazem 'de volta' o Estado fazem parte da perspectiva neo-institucionalista (Evans, Rueschemeyer & Skocpol, 1985). Na teoria social, o novo institucionalismo implica a necessidade de combinar tanto a agência quanto a estrutura em qualquer explicação do comportamento e dos resultados sociais, rompendo com modelos explicativos polarizados ao reconhecer que as preferências dos indivíduos vêm de estruturas e experiências passadas, mas que, ao mesmo tempo, é preciso ter agentes que sejam portadores dos imperativos estruturais e que no processo de reproduzir as estruturas sejam capazes também de remodelá-las (Goodin, 1996).

objeto teórico ‘de médio alcance’, que considera a contingência histórica e a dependência de trajetória (Thelen & Steinmo, 1994; Pierson, 1993, 1994; North, 1990; Weir, 1994), e procuram explicar as diferenças entre os resultados políticos entre países levando em consideração variáveis institucionais, buscando identificar como as lutas políticas são mediadas pelo arcabouço institucional dentro do qual elas acontecem (Thelen & Steinmo, 1994; Hall & Taylor, 1996). Em contextos nacionais diferentes, a influência de estruturas socioeconômicas e políticas para moldar o comportamento é percebida de maneiras distintas, e a diversidade de respostas a desafios e pressões comuns leva à identificação de fatores explicativos específicos de cada país, entre eles os fatores institucionais de nível nacional. Para explicar as diferenças entre países, o novo institucionalismo focaliza as instituições domésticas, enfatizando o seu caráter relacional mais do que as características formais das instituições. Isso significa verificar empiricamente como uma configuração institucional modela as interações e as estratégias políticas e estrutura as relações de poder entre grupos, conseqüentemente, influenciando os resultados (Immergut, 1992; Hattam, 1993). Essa opção analítica conduz a um foco nos processos políticos e de elaboração de políticas públicas, entendidos como fluindo dentro de determinados parâmetros institucionais. Para muitos representantes dessa vertente, o Estado passou a ser considerado não como um agente neutro entre interesses em competição, mas como um complexo de instituições capazes de estruturar o caráter e os resultados do conflito entre grupos (Rueschmeyer, Trintberger, Stepan, Katzenstein e Tilly, entre outros, *apud* Skocpol, 1985). Outras instituições sociais e políticas também podem estruturar as interações entre interesses organizados, legisladores e judiciário. Em conseqüência, são geradas trajetórias nacionais diferentes.²

Na construção do argumento aqui defendido, parte-se do modelo de Pierson e incorporam-se outras hipóteses e pressupostos utilizados no escopo

² Ao considerar que as instituições estruturam as lutas políticas e nessa medida influenciam os seus resultados, o novo institucionalismo não nega a influência de forças políticas mais amplas, mas tenta integrar a análise institucional com a contribuição de outros fatores sobre os resultados políticos, entre eles o desenvolvimento socioeconômico e a difusão das idéias, chamando a atenção, particularmente, para a relação entre instituições e idéias ou crenças. O enriquecimento do modelo explicativo, em decorrência da incorporação de um leque maior de variáveis à estrutura analítica, pode ter como contrapartida a imprecisão teórica, em razão da dificuldade de explicitar o peso explicativo de cada um dos fatores que compõem os modelos analíticos.

da abordagem institucional transpostos para a análise da política de saúde. Os conceitos básicos dos quais se partiu para a construção do argumento são o de dependência de trajetória e de efeitos de *feedback* das políticas prévias sobre o processo político e, conseqüentemente, sobre as escolhas de políticas. Ao contribuir para a formação dos objetivos e preferências dos atores, além de configurar uma estrutura institucional em decorrência de sua implantação, as políticas, uma vez estabelecidas, limitam as possibilidades de reformas, aprisionando, de certa forma, comportamentos e conformando determinadas trajetórias. Nessa perspectiva, as reformas de políticas são explicadas pela confluência de fatores externos à própria política, como mudanças no contexto político mais amplo, mas tendendo sempre a inovações limitadas. No caso da política de saúde, a reforma que levou à criação de um sistema público universal foi possível em um contexto de democratização, que permitiu a constituição de novos atores, portadores de propostas alternativas para a saúde, e em uma situação de desequilíbrios institucionais, favorável a mudanças. Entretanto, a mudança institucional advinda com a criação do SUS carregará no seu bojo características do modelo institucional anterior.

Nas seções seguintes, esse modelo analítico é desenvolvido e sintetizado nas proposições que conduziram o estudo. Na última seção, são descritas a estratégia de análise, as fontes utilizadas e a estrutura do texto, especificando como em cada capítulo o argumento analítico foi utilizado na interpretação dos elementos empíricos de forma a construir uma explicação plausível da política de saúde vigente no Brasil, a qual se expressa em um arranjo institucional dual.

Instituições e Políticas Públicas – a dependência de trajetória e os efeitos de *feedback*: sua influência no processo político

Como ponto de partida, é necessário precisar a concepção de instituição, na medida em que a análise da reforma da política de saúde é feita levando-se em consideração fatores institucionais. No âmbito do novo institucionalismo, é possível encontrar diferentes definições, uma vez que a utilização desse enfoque ainda não se traduziu na constituição de um conjunto de conceitos teóricos

precisos.³ Em consequência, o termo ‘instituição’ assume significados diversos em contextos analíticos distintos, com base em uma concepção genérica de instituição como um padrão de comportamento estável, recorrente e valorizado.

Na definição de Jepperson (1991), instituições são sistemas de regras socialmente construídas e reproduzidas rotineiramente que operam como ambientes limitadores e são acompanhadas de eventos tidos como dados. Nessa perspectiva sociológica, a teoria organizacional define instituições como regras, procedimentos e normas, e inclui também um sistema de símbolos, *scripts* cognitivos e modelos morais que fornecem a estrutura de significação que guia a ação, quase que identificando instituições com cultura (Powell & DiMaggio, 1991). No âmbito do novo institucionalismo econômico, instituições podem também ser entendidas como costumes e regras em uma sociedade que funcionam como constrangimentos delineados para modelar a interação entre os homens e provêem um conjunto de incentivos e de desincentivos para os indivíduos (North, 1990); ou são regularidades em interações repetidas ou arranjos sociais gerados para minimizar os custos de transação (custos de negociação, execução e coação) e a incerteza, ao prover marcos de referência eficientes para a troca econômica (Williamson, 1985). No âmbito da ciência política e da abordagem da escolha racional, instituições são entendidas como estruturas de regras, procedimentos e arranjos (Shepsle, 1986); ou, ainda, inclinações congeladas temporariamente (Riker, 1980) ou prescrições sobre que ações são exigidas, proibidas ou permitidas em determinado contexto (Ostrom, 1986). Nos estudos voltados para as instituições internacionais que promovem a cooperação internacional (Krasner, Keohane, Young, *apud* Skocpol, 1985), instituições são entendidas como práticas constituídas de papéis facilmente identificáveis, unidos com conjuntos de regras ou convenções que governam as relações entre os ocupantes desses papéis. Na perspectiva do institucionalismo

³ Como alertam Powell e DiMaggio (1991), é mais fácil existir acordo sobre o que o novo institucionalismo não é do que sobre o que ele é. Pode-se falar de vários novos institucionalismos que assumem significados diferentes nas diversas disciplinas que se utilizam desse referencial teórico – como a economia, a ciência política, a história, a sociologia e, associada a esta, a teoria organizacional –, bem como nas intradisciplinas. Isso porque em cada campo disciplinar é possível identificar diferentes novos institucionalismos que se distinguem pelos pressupostos teóricos mais gerais que orientam os estudos. Além disso, vários pressupostos perpassam os campos disciplinares, tornando imprecisas as distinções, o que se verifica particularmente no campo da ciência política, com forte influência do novo institucionalismo econômico. Sobre uma comparação entre as diferentes vertentes, ver Hall e Taylor (1996), Goodin (1996), Powell e DiMaggio (1991).

histórico (Hall & Taylor, 1996; Thelen & Steinmo, 1992; Skocpol, 1985), a definição de instituição inclui tanto organizações formais quanto regras e procedimentos informais que estruturam a conduta.

É na perspectiva mais ampla de instituições como regras do jogo ou como limites que estruturam a interação humana que o conceito de instituição é incorporado à análise de políticas públicas (Pierson, 1993, 1994), e é dessa forma que foi considerado no estudo da política de assistência à saúde. A maioria dos estudos de cunho institucionalista, que enfatizam os constrangimentos institucionais, usualmente buscam identificar as maneiras como as regras do jogo formais e informais na vida política e social influenciam o comportamento político e, de forma mais usual, centram-se nas instituições governamentais formais e nas organizações políticas. Entretanto, as principais políticas públicas também constituem importantes regras do jogo em uma sociedade, influenciando a alocação de recursos econômicos e políticos e modificando os custos e benefícios associados a estratégias políticas alternativas. Assim, é possível incluir as políticas públicas na definição mais ampla de instituição. E a pertinência de uma abordagem institucionalista para o estudo de políticas públicas pode ser vista de dois aspectos. Por um lado, as políticas públicas, em grande medida, costumam levar à constituição de instituições para viabilizar sua implementação, entendendo-se instituições tanto como organizações formais quanto como regras que estruturam o comportamento; por outro, elas próprias podem ser vistas como tendo os mesmos efeitos de estruturas institucionais, na medida em que provocam constrangimentos ao comportamento dos atores políticos e às decisões que podem ser tomadas relativamente a bens públicos, ou seja, para a elaboração ou reforma de políticas públicas. Daí que o exame das conseqüências políticas das políticas públicas é uma extensão lógica dos argumentos do novo institucionalismo utilizados para a análise de instituições formais, e o *feedback* das políticas se constitui em fator de ordem institucional bastante potente para a compreensão das políticas públicas.

Essa influência das políticas públicas no processo de constituição ou de reformas de políticas se expressa pelas noções correlatas de *policy feedback* e da dependência de trajetória, traduzidas nos efeitos *lock-in* e nos efeitos de aprendizagem. Essas noções, utilizadas para análises institucionais voltadas para as

instituições formais (Arthur, 1989, *apud* Pierson, 1993; Weir, 1994; North, 1990), são aqui incorporadas para o estudo das políticas públicas, as quais podem ser vistas como tendo os mesmos efeitos de instituições formais. Do ponto de vista teórico-metodológico, a proposição analítica básica do argumento aqui defendido é de que os legados das políticas de saúde previamente estabelecidas explicam, em grande parte, o seu desenvolvimento futuro, de tal forma que, em razão de seus efeitos institucionais, os desenhos de políticas preestabelecidas condicionaram o processo de reformulação das políticas durante o processo constituinte e, posteriormente, no momento de implantação da reforma. Esta proposição traz implícito o pressuposto de que as políticas públicas não se constituem apenas em variáveis dependentes – nesse caso, sendo o resultado da ação de forças políticas –, mas também funcionam como variáveis independentes, que podem ser uma das causas dessas forças. Como variáveis independentes, as políticas públicas também explicam o processo de formulação ou de reformas de políticas, na medida em que, por um lado, condicionam o próprio processo político e, por outro, explicam a trajetória futura de uma política a partir de sua constituição prévia.

Com base nesse pressuposto, a questão teórica mais geral para a qual é necessário dar uma resposta é a seguinte: como as políticas públicas influenciam os processos políticos e as políticas subseqüentes? Os desdobramentos analíticos da noção de dependência de trajetória fornecem os elementos para responder a essa questão, o que só pode ser feito pela análise que recupere os processos históricos de constituição e reforma das políticas, articulando o processo decisório com o contexto institucional das políticas vigentes.

As políticas públicas estabelecem ‘regras do jogo’, e estas influenciam a alocação de recursos econômicos e políticos e provêem recursos e incentivos para atores políticos, o que, além de facilitar a formação ou expansão de grupos particulares, encoraja determinadas ações e bloqueia outras, definindo assim um determinado caminho ou padrões de comportamento (efeitos *lock-in*). Dessa forma, uma consequência do desenho de políticas já estabelecidas é a formação de grupos de interesse e, em decorrência, a organização e constituição de atividades desses grupos, podendo ainda, ao contrário, inibir a formação ou expansão de outros grupos. Ou seja, a repartição desigual de recursos e de informação como consequência de ações governamentais específicas

cria incentivos à organização de determinados grupos favorecidos com as políticas, de tal forma que os desenhos de políticas públicas alteram os processos políticos e modelam identidades de grupo. Uma consequência disso é que esses mesmos interesses podem oferecer obstáculos a alterações institucionais posteriores e/ou a alterações de políticas. Em outros termos, as políticas definidas em um momento no tempo estruturam o processo de tomada de decisões e criam fortes coalizões de suporte que efetivamente protegem os arranjos institucionais estabelecidos, tendo efeitos de *feedback* no processo político.

É nessa perspectiva que as políticas de saúde definidas a partir dos anos 60 não apenas dificultaram determinadas escolhas posteriores, em razão dos arranjos e estruturas desenvolvidas para a concretização das políticas, mas também estruturaram interesses, o que teve consequências sobre o conflito político associado às disputas por alternativas de intervenções públicas no campo da assistência à saúde. Isso quer dizer que essas políticas anteriores alteraram o desenvolvimento político subsequente, uma vez que constituíram grupos de interesse e geraram atividades para eles, configurando, em grande parte, seus objetivos políticos e suas preferências, em razão dos incentivos ou das vantagens distributivas estabelecidos pela política. Diversos incentivos fornecidos pelo modelo de assistência delineado pela política de saúde da década de 60 favoreceram, por exemplo, o desenvolvimento da assistência médica de caráter empresarial em detrimento da assistência pública, afetando, dessa forma, o desenvolvimento de diversos segmentos empresariais e propiciando o surgimento de instituições e organizações, como a medicina de grupo, as cooperativas médicas e os sistemas de autogestão vinculados a empresas empregadoras. Esses segmentos empresariais da assistência à saúde organizaram-se politicamente, vindo a constituir organizações de interesses e a concentrar recursos políticos que lhes permitiram obter significativa influência no processo decisório.

O formato institucional da política de assistência à saúde teve consequências na constituição dos interesses não apenas dos empresários da saúde, mas também dos atores beneficiados por ela. A forma como a política de assistência foi prioritariamente desenvolvida, cujo ramo principal se originou nas instituições previdenciárias, favoreceu, inicialmente, a inclusão corporativa dos trabalhadores inseridos no mercado de trabalho urbano como um benefício

meritocrático. Em um segundo momento, correlatamente à ruptura formal do padrão corporativo de inclusão, a política de saúde teve como efeito o incentivo à cobertura, por formas privadas e privilegiadas de assistência, de segmentos dos trabalhadores concentrados nos setores produtivos mais dinâmicos. Mesmo com a unificação das instituições previdenciárias, que formalmente rompeu com a fragmentação, a expansão da assistência médica passou a se dar por outras formas de segmentação, diferenciando os trabalhadores conforme o tipo de assistência prestada e o prestador, mesmo que financiada pelo poder público, direta ou indiretamente.

Essa forma histórica de desenvolvimento da assistência não favoreceu a constituição de uma identidade coletiva entre o público-alvo da política capaz de articular uma demanda universalista. Ao contrário, propiciou a particularização das demandas de saúde e a constituição de identidades corporativas.⁴ Esse modelo vai ter conseqüências decisivas na implantação da reforma da política nos anos 90, que não vai contar com o apoio efetivo, embora o tenha formalmente, dos setores mais mobilizados dos trabalhadores. Estes, já incluídos em formas privadas de atenção à saúde, não apenas desenvolveram uma perspectiva corporativista na demanda por serviços de saúde, mas, na prática, apoiaram as formas privadas de provisão de serviços, vinculadas ao contrato de trabalho. Em suma, o formato da política de saúde, ao dificultar a identificação dos trabalhadores organizados com uma assistência pública e igualitária, traduziu-se na ausência de mobilização e suporte político efetivo a uma reforma publicista e universalista. Isso teve como efeitos, dentre outros, o enfraquecimento dessa proposta e o fortalecimento da segmentação de clientela, reforçando a perspectiva de que ao Sistema Único de Saúde (SUS) cabe a cobertura da população mais pobre e em condições desfavoráveis de inserção no mercado de trabalho.

Por sua vez, fortes coalizões contrárias à reforma, formadas principalmente pelos empresários do setor saúde, foram capazes de alterar a proposta original de reforma da política de saúde no momento crucial de sua definição, de forma a garantir os seus interesses, forjados também na trajetória da polí-

⁴ Idéia similar é defendida por Fleury (2001), para quem o sistema de seguridade implantado não logrou difundir uma cultura cívica nem estender a condição de cidadão.

tica de saúde, o que resultou no padrão limitado da reforma. Isso se deu principalmente a partir de seu poder de veto, na medida em que os empresários do setor foram capazes de influenciar não-decisões, limitando as decisões de forma a possibilitar a manutenção do *status quo*, apesar da reforma.⁵ Em momentos decisórios cruciais, como durante o processo constituinte e na regulação da assistência à saúde suplementar, esses interesses, já organizados desde as décadas anteriores, detinham recursos políticos suficientes para exercerem seu poder de pressão e de veto, tendo sido bem sucedidos na proteção dos arranjos institucionais previamente estabelecidos.

A operação e o desenvolvimento da política de assistência à saúde tiveram como um dos seus efeitos a geração de assimetrias de poder entre os grupos afetados por ela, modelando também diferentes identidades entre os atores beneficiados pelas políticas. Essa assimetria garantiu que, em diferentes momentos, alguns interesses tivessem maior acesso ao processo decisório, de forma a ter maior capacidade de influenciar os resultados. Desse modo, na análise da trajetória da política tratou-se de verificar como a configuração da política de saúde não apenas afetou o desenvolvimento de atores e a constituição de interesses, mas também modelou as interações e as estratégias políticas dos grupos beneficiados por ela, de tal forma que as transformações da política passam a fluir segundo os parâmetros determinados pelo próprio formato da política. É nessa medida que as políticas de saúde estruturaram o processo decisório.

Outros Efeitos de *Feedback* de Políticas Prévias: efeitos *lock-in* e efeitos de aprendizagem

O efeito *lock-in* significa a definição de padrões de comportamento que são difíceis de ser revertidos. Além de propiciar o surgimento e/ou o desenvolvimento de atores e interesses, ao criarem determinados incentivos, as políticas públicas encorajam a emergência de determinadas redes sociais e econô-

⁵ Bachrach e Baratz (1962) também consideraram o efeito *lock-in*, o qual pode conduzir a ‘não-decisões’ como expressão de poder na sua face menos aparente em situações em que um ator procura reforçar valores e práticas institucionais, de forma a serem objeto de consideração pública apenas as questões que são inócuas para ele.

micas, levando os indivíduos a fazerem compromissos, a desenvolverem habilidades específicas e a comercializarem determinados bens etc., em resposta a tipos de ação governamental (Pierson, 1993, 1994). Na análise das instituições, o efeito *lock-in* decorre da relação simbiótica entre instituições e organizações que se desenvolvem como consequência da estrutura de incentivos fornecida por aquelas instituições (North, 1990). Da mesma forma, as políticas públicas, ao induzirem os indivíduos a determinados comportamentos e ao propiciarem o surgimento de organizações influenciadas pela evolução das políticas e da estrutura institucional correspondente, ampliam os custos associados à adoção de alternativas diversas, e, nessa medida, inibem o abandono de certa trajetória, que se torna assim difícil de ser alterada, inviabilizando alternativas que anteriormente podiam ser possíveis.

Esse efeito de aprisionamento dos comportamentos e decisões pode ser observado nas políticas de saúde, na medida em que elas estabeleceram determinadas ‘regras do jogo’, ou mecanismos e formatos institucionais, para a prestação de assistência à saúde, e, ao fazerem isso, induziram determinados comportamentos e investimentos difíceis de reverter. Em primeiro lugar, a decisão governamental de ampliar a cobertura para os trabalhadores assalariados pela incorporação da assistência médica aos benefícios prestados pelas instituições previdenciárias – inicialmente, as Caixas e, depois, os Institutos de Aposentadoria e Pensões – foi acompanhada da opção pela compra de serviços de prestadores privados, em vez da constituição de uma rede prestadora pública capaz de atender a uma demanda crescente. Em segundo lugar, com o objetivo similar de aumentar a cobertura e aliviar a pressão sobre a rede pública, foram concedidos incentivos às empresas para que se encarregassem da assistência de seus empregados, o que foi feito, na maioria das vezes, também pela compra de serviços de prestadores privados. Essas opções tiveram dois efeitos principais: criar um mercado cativo para os prestadores de serviços de saúde financiado com recursos públicos; e desenvolver a prática empresarial de assumir a responsabilidade pela assistência de seus empregados. Tal prática vai permanecer e se desenvolver mesmo quando extintos os incentivos governamentais. Dessa forma, a política de saúde influenciou diretamente a alocação de recursos econômicos para determinados grupos que foram incentivados a realizar investimentos, seja no sentido de desenvolverem sua capacidade de

produzir serviços para captarem os recursos públicos pela venda de serviços de saúde, seja pela assunção da assistência à saúde de seus empregados.

A conseqüência foi a constituição de uma rede complexa formada por prestadores de serviços de saúde (profissionais de saúde e hospitais), empresas médicas (medicina de grupo, cooperativas), seguradoras do ramo saúde, empresas empregadoras com sistemas de saúde para seus empregados, usuários e burocracia pública. A configuração institucional decorrente do modelo da política de assistência à saúde modelou as interações entre os grupos afetados diretamente pela política, tanto os favorecidos economicamente quanto os beneficiados pela cobertura assistencial. A rede densa que se constituiu em torno da assistência médica em razão das decisões e da regulação governamental, que se traduziu em práticas ou formas diferenciadas de prestação de assistência à saúde, além de modelar atores, interesses e identidades, teve o efeito de dificultar o abandono de certa trajetória, tornando quase inacessíveis alternativas que alterassem radicalmente o padrão de comportamento vigente.

As opções anteriores, ao propiciarem o desenvolvimento de formas privadas de assistência, colocaram limites à mudança de trajetória, em razão também dos efeitos que tiveram na capacidade governamental. A opção pela compra de serviços não permitiu que fosse desenvolvida a capacidade prestadora do governo, na medida em que significou a não-decisão de ampliar a rede de serviços públicos. Pela própria natureza da política de saúde, que demanda a existência de uma rede ampla e diversificada de serviços, essa opção teve o efeito de tornar o setor público dependente dos serviços privados. Na medida em que os interesses dos prestadores se faziam valer no espaço burocrático, capturado pelos interesses privados mediante potentes anéis burocráticos, o governo não conseguiu desenvolver sua capacidade reguladora, o que reforçou os efeitos de *feedback* do modelo da política e fez com que a lógica da atuação pública fosse submetida à lógica dos interesses privados.

No modelo de Pierson, as políticas públicas têm ainda importantes efeitos cognitivos, como uma outra face do efeito de *feedback*. De um lado, porque fornecem informações e atribuem significados à realidade; de outro, porque afetam o processo de aprendizagem social entre os principais atores políticos. Esses efeitos de aprendizagem podem ser positivos ou negativos, tanto

do ponto de vista do Estado quanto da perspectiva dos atores sociais. No caso do Estado, os desenhos das políticas podem favorecer ou não o desenvolvimento de capacidades estatais; e, no âmbito da sociedade, podem gerar reações positivas ou negativas a determinados padrões de políticas públicas. O estabelecimento de determinados cursos de ação induzidos de políticas públicas pode influenciar a consciência individual sobre a atividade do governo. A elaboração de uma nova agenda e o desenho de respostas alternativas podem ser definidos em virtude dos sucessos alcançados no passado ou podem refletir lições aprendidas dos erros passados. Uma vez adotada, uma política tende a ser readotada, na medida em que passa a ser considerada a resposta natural e leva os decisores a reproduzir políticas preexistentes, apenas ajustando-as marginalmente para acomodá-las a novas situações (Hecló, 1974, *apud* Pierson, 1993).

As regras e os procedimentos institucionalizados na configuração que assumiu a assistência à saúde, caracterizada pela segmentação e constituição de um *mix* privado/público, tiveram como um dos seus efeitos a atribuição de significados à realidade e a conformação de determinadas concepções sobre o público e o privado. A experiência com determinadas práticas que se repetem no tempo configurara determinada visão da realidade, de tal forma que os padrões estabelecidos para a prestação da assistência alicerçados na prática privada passam a ser considerados como dados e tendem a ser readotados rotineiramente, de forma a naturalizar as escolhas do passado. A repetição desse padrão conforma a preferência por serviços privados e pelos padrões semiliberais que caracterizam a assistência prestada no sistema suplementar; a isso, soma-se uma representação negativa do público, traduzida na depreciação dos serviços governamentais, não necessariamente construída com base em experiências concretas. Do lado dos atores governamentais, a prática de prestação de serviços terceirizados por meio da contratação de empresas e profissionais privados aparece também como a resposta natural às necessidades vinculadas à expansão de cobertura, independentemente de esta ser ou não a forma mais eficiente e eficaz.

Adotando uma perspectiva mais sociológica, pode-se dizer que a política de saúde provê categorias e modelos de interpretação da assistência, tanto pública quanto privada, dessa maneira, provendo *scripts* cognitivos para essa

interpretação, os quais informam as ações.⁶ Dessa forma, a opção por planos privados passa a ter uma relação com a interpretação que é feita da assistência pública e se consolida pelas imagens negativas, mesmo que nem sempre construídas com base na experiência pessoal, mas transmitidas pela difusão de representações coletivas, frequentemente estimuladas pelos representantes dos interesses privados.

Com base nesses mecanismos é que são enfatizados os efeitos de *feedback* e a dependência de trajetória (*path dependence*) na explicação do aparente paradoxo da política de saúde brasileira. Políticas prévias explicam o desenvolvimento futuro, e legados institucionais podem inviabilizar ou, no mínimo, limitar a possibilidade de mudanças. O desenho estabelecido em algum momento para uma determinada política tem conseqüências políticas e cognitivas, de tal forma que na relação entre as políticas públicas e os processos políticos as primeiras não são apenas uma decorrência dos segundos, mas também funcionam como variáveis independentes, reordenando a disputa política e podendo até bloquear alterações institucionais. No caso da saúde, o caminho escolhido em um momento histórico como forma de garantir assistência à saúde no Brasil influenciou de forma decisiva a conformação do desenho da política atual e, ainda, as possibilidades futuras.

Continuidades e Mudanças Institucionais: a relação entre contexto político, crise e idéias

Na perspectiva analítica adotada para a interpretação da política de saúde brasileira atual, a reforma na política após a Constituição, embora configure uma ruptura institucional ao alterar os princípios que norteavam a política de saúde, a concepção de direito à saúde e as atribuições governamentais para a garantia desse direito, vai significar também grandes continuidades. Isso se

⁶ As instituições afetam em duas dimensões o comportamento: na dimensão normativa, o impacto institucional decorre do fato de os indivíduos serem socializados em papéis institucionais, daí internalizando normas associadas a esses papéis; na dimensão cognitiva, as instituições influenciam o comportamento provendo *scripts* cognitivos, categorias e modelos indispensáveis para a ação, sem os quais o mundo e o comportamento dos outros não pode ser interpretado (Powell & DiMaggio, 1991; Hall & Taylor, 1996).

evidencia particularmente nos aspectos que são o objeto deste trabalho, que se traduzem na convivência entre formas públicas e privadas de assistência – apesar da universalização formal da atenção pública –, bem como na articulação privado/público na prestação de serviços de saúde. Nesse sentido, não obstante as significativas transformações organizacionais do sistema de saúde e as melhorias quantitativas e qualitativas na atenção pública decorrentes da criação do SUS, as mudanças legais não significaram uma ruptura efetiva com o modelo de atenção à saúde gestado no país a partir da década de 60, desde então caracterizado como um sistema misto: público e privado. Em muitos aspectos, o modelo atual da assistência à saúde é uma continuidade do que foi estabelecido a partir dos anos 60, de forma que a alteração constitucional não significou uma mudança de rota na assistência à saúde, considerada em sua totalidade, ou seja, considerando conjuntamente os segmentos público e privado.

Entretanto, apesar das continuidades, com a criação do Sistema Único de Saúde houve, de fato, uma inovação institucional significativa do ponto de vista interno da assistência prestada pelo setor público diretamente. Ao mesmo tempo que se realiza verdadeiramente uma reforma, essa mudança é limitada pela antiga estrutura institucional, além de não ser capaz de desmontá-la, constituindo-se, dessa forma, uma dupla trajetória: a da assistência pública e a da assistência privada. A própria Constituição expressa essa dualidade quando, ao mesmo tempo, cria o sistema público universal e define a liberdade da iniciativa privada. Em um único dispositivo, e por meio de não-decisões, o poder de veto de atores que se desenvolveram no percurso das políticas de saúde mediante os incentivos que essas políticas lhes propiciaram foi capaz de garantir as condições legais e institucionais para a preservação do modelo anterior de prestação da assistência à saúde. Ao garantir na Constituição a liberdade à iniciativa privada e ao não regulamentar a assistência privada, preservaram-se as condições para a continuidade do desenvolvimento desse segmento, apesar da definição concomitante do sistema universal e público. Isso significa que, mesmo em termos legais, o arcabouço jurídico-institucional, ao mesmo tempo que inova, também preserva as práticas institucionalizadas.

Esse caráter duplo vai ser consagrado, no final da década de 90, ao ser estabelecida uma política regulatória para o sistema privado como parte da

política de saúde. Com essa decisão, foi legitimada formalmente a segmentação da assistência, o que até então era realizado por meio de não-decisões, deixando o setor privado crescer à margem de qualquer regulamentação – embora como consequência de outras decisões anteriores voltadas para a assistência pública.

Mas se os argumentos da dependência de trajetória e dos efeitos de *feedback* são potentes para explicar as continuidades, não são capazes de fornecer uma explicação plausível para a reforma sanitária dos anos 80 como uma inovação institucional. Ao romper com a segmentação formal e com a cidadania regulada, e ao promover uma completa reorganização do setor nos aspectos de financiamento, descentralização e gestão, houve, de fato, uma mudança institucional, em que pese a continuidade. Para a interpretação das mudanças, é preciso incorporar outros fatores ao modelo analítico esboçado até agora, os quais foram responsáveis por um desequilíbrio nas tendências históricas e capazes de propiciar que idéias inovadoras viessem a se configurar em decisões de reforma.

Dois fatores são considerados aqui para explicar a inovação institucional: um de caráter endógeno e outro exógeno à política de saúde, cada um deles com graus diferentes de importância. O determinante principal da reforma sanitária é atribuído à conjuntura política mais ampla, caracterizada pelo movimento em prol da democratização do país. Pelo caráter de excepcionalidade da situação, um movimento pela reforma sanitária foi capaz de aglutinar diferentes atores e interesses em torno de um projeto comum. No contexto de transição democrática, foram incorporadas demandas por uma democracia não apenas formal, mas também substantiva, que incluía a ampliação dos direitos de cidadania a serem garantidos por meio de políticas sociais que pudessem se traduzir em melhores condições de vida para a população. Entre esses direitos, a defesa do direito à saúde e sua tradução em propostas de inovações nas políticas se expressaram por meio de um movimento político articulado em torno de idéias fundamentadas na produção de um saber acadêmico com base nas quais foi possível constituir uma comunidade epistêmica.⁷ Após um

⁷ Tal como definido por Haas (1990, *apud* Goma & Subirats, 1998), a comunidade epistêmica se refere a um conjunto de profissionais ou técnicos que compartilham critérios e valores ante alguns dilemas e conflitos sociais e que trabalham para que aquilo em que eles acreditam influencie políticas concretas e tenha resultados nelas.

processo de grande mobilização política, essa comunidade portadora de um projeto sanitário inovador veio a se constituir como um grupo político capaz de influir no processo decisório, pela aglutinação de interesses diversos e de estratégias bem-sucedidas.

O contexto de transição democrática favoreceu, assim, a mudança institucional, em razão de alterações no processo político que permitiram que novos atores ganhassem visibilidade e ampliassem sua influência sobre o processo decisório. É no conflito político entre ‘novos’ e ‘velhos’ atores, portadores de interesses, idéias e propostas alternativas, que foram definidos os contornos da política de saúde. O desenho final estabelecido na Constituinte levou à convivência da ruptura com a continuidade em um processo de inovação pressionado por interesses e objetivos conformados em decorrência das políticas anteriores, de forma a limitar a possibilidade de mudanças verdadeiramente descontínuas.

Os argumentos de North (1990) sobre as possibilidades de mudança institucional são elucidativos e podem ser transpostos para a compreensão da política de saúde. Mostrando como a mudança institucional incremental afeta o conjunto de escolhas em um determinado momento, North concluiu que mesmo mudanças descontínuas nunca o são completamente, em razão dos constrangimentos informais nas sociedades, que limitam a possibilidade de ruptura institucional. Nessa perspectiva, mesmo quando há mudança, instituições nunca são construídas do nada – o mais comum é que sejam reconstruídas com base em elementos das anteriores. Mudanças nunca são completamente descontínuas, pois, mesmo que se mudem as limitações formais, permanecem as informais, inseridas em costumes, tradições e códigos de conduta que são mais impenetráveis a políticas deliberadas. Embora se desenvolvam valendo-se de regras formais, esses limites informais evoluem no contexto de interações repetidas. As conseqüências das políticas anteriores, associadas aos padrões de representação dos grupos de interesse, definem o contexto das reformas de políticas públicas.

A compreensão da interação entre o processo político e as estruturas institucionais vinculadas à política de saúde permite captar não apenas os aspectos de continuidade na política de saúde, mas também a possibilidade de dinamismo institucional, de forma a não entender a dependência de trajetória

e os efeitos de *feedback* como determinantes absolutos das possibilidades de desenvolvimento das políticas de saúde. Incorporando a análise histórica, é possível elucidar os mecanismos causais que atuam no processo de constituição e implementação da política de assistência à saúde e fugir do risco de certo determinismo institucional. Isso porque, ao fim e ao cabo, a política é sempre resultado de escolhas definidas politicamente. E se os atores constituídos previamente são resistentes a mudanças que afetem seus interesses, outros atores podem ser introduzidos na arena política, em razão de alterações no contexto político mais amplo. Nessa perspectiva, o comportamento político é também uma variável independente, particularmente em situação de mudanças conjunturais, mesmo sendo influenciado por instituições e políticas anteriores.

O risco de uma perspectiva estruturalista em relação às instituições e às políticas públicas, que pode estar implícita nessa abordagem institucionalista e histórica, é descartado, como alertam Thelen e Steinmo (1994), na medida em que se enfatiza o papel da agência humana e da escolha, mesmo que realizada dentro de limites institucionais. Dessa forma, é possível integrar a compreensão de padrões gerais com uma explicação da natureza contingente do desenvolvimento político e econômico, destacando o papel do conflito e da escolha em modelar esse desenvolvimento. Assim, a análise histórica permite prover uma estrutura analítica para avaliar a relação entre escolhas e determinações na compreensão da vida política, entendendo instituições como produto do conflito político e de escolhas, mas, ao mesmo tempo, modelando o comportamento político; ou podendo modelar e restringir as estratégias políticas, mas também sendo resultado, consciente ou não, pretendido de estratégias políticas deliberadas.

Adaptando os argumentos de Thelen e Steinmo (1994) para a compreensão do processo de escolha da política de saúde durante o processo constituinte, considera-se que as políticas prévias não são as únicas variáveis que afetam as escolhas, embora as estruturas desenvolvidas historicamente canalizem as lutas políticas de determinadas maneiras. O dinamismo institucional (ou as mudanças da política de saúde) é entendido com base na compreensão da interação entre instituições e processo político ao longo do tempo. Ao mesmo tempo que as instituições filtram a política, seu impacto é mediado pelo contexto político. No caso da saúde, o impacto das políticas prévias foi mediado

pelo contexto político de democratização que propiciou a mudança na política de saúde nos anos 80 ao possibilitar que determinada coalizão de interesses diversos fosse bem sucedida e tivesse poder suficiente para traduzir sua proposta em reforma – algo pouco provável em outra conjuntura. A fonte da mudança se localizou então em fatores exógenos às próprias políticas.⁸ Entretanto, essa mudança não foi descontínua, uma vez que carregou as marcas do passado.

Um segundo fator foi considerado para explicar a inovação institucional ou a mudança na política de saúde na década de 80. Esboçada desde os anos 70, a crise do setor saúde foi um fator de natureza endógena à própria política, o qual forçou a busca de novas alternativas ante o esgotamento da capacidade de financiamento da assistência nos moldes em que foi estruturada e se refletia na queda da qualidade dos serviços e na insatisfação generalizada de usuários e prestadores, tanto profissionais quanto hospitais. Como destaca Gourevitch (1986), a crise é um momento especial de reformulação de política. Diferentemente dos períodos de estabilidade, quando as escolhas são limitadas, nos momentos de crise há maior liberdade de ação. Além disso, a crise engendra debates políticos e torna mais evidentes as divergências prescritivas entre diferentes atores. A crise da saúde teve como um dos seus efeitos mostrar os estrangulamentos do modelo de assistência montado, que tinha como um de seus suportes o *mix* privado/público. No enfrentamento da crise, o movimento sanitário foi o ator que conseguiu articular uma proposta coerente para se oferecer como alternativa em uma situação consensualmente considerada como de crise. Esse movimento soube, assim, tirar proveito dessa situação e de uma conjuntura favorável a mudanças democráticas, e colocou no debate sua interpretação da crise e sua proposta de política para a saúde.

Nesse contexto, as idéias elaboradas e difundidas pelo movimento sanitário, que indicavam uma reforma sanitária ampla e, no limite, revolucionária,

⁸ Esse argumento é diferente do de Krasner (1983, *apud* Thelen & Steinmo, 1994), que elabora o modelo do equilíbrio interrompido para explicar a mudança institucional, desmontando os modelos estáticos de causalidades únicas. Ou seja: se as instituições funcionam como variáveis independentes em períodos de estabilidade, quando as instituições se alteram o argumento analítico é invertido, e elas se tornam variáveis dependentes, definidas pelos conflitos políticos. Os períodos de estabilidade institucional são periodicamente interrompidos por crises, que levam à mudança institucional, depois da qual recomeça o equilíbrio.

foram capazes de constituir um projeto alternativo para a saúde e de produzir mudança na política. Entretanto, essas novas idéias foram filtradas pelas instituições e práticas de saúde já consolidadas, sendo reconfiguradas de forma a acomodar as instituições vigentes, os interesses consolidados e os processos em curso, perdendo parte de seu vigor transformador e permanecendo como metas formais ou idealizadas. No processo de formação da proposta da reforma sanitária, por meio de vários mecanismos, um conjunto de atores foi se articulando e divulgando novas idéias, acomodando-as aos diversos interesses que o movimento político foi aglutinando, de forma a ir modificando o teor da proposta no processo político que levou à reforma sanitária.⁹

Weir (1994) explora a relação dinâmica entre idéias e instituições políticas para analisar a inovação nas políticas, focalizando os caminhos que as idéias e os interesses materiais tomam para exercer influência no contexto institucional do processo de elaboração de políticas. Analiticamente, a questão é identificar quando e como o processo político e as idéias se combinam para produzir inovações e por que algumas idéias falham e não conseguem influenciar as políticas. A interação de idéias e política através do tempo cria um padrão limitado de inovação, no qual algumas idéias tornam-se crescentemente improváveis de influenciar as políticas públicas. Para esse processo de estreitamento, é central a criação de instituições cuja existência define o fluxo de idéias, cria incentivos para atores políticos e ajuda a determinar o significado político das escolhas. Uma abordagem histórica permite entender as maneiras como idéias e ação podem ser conduzidas por políticas prévias, como certas rotas se tornam bloqueadas, esclarecendo as conexões entre políticas através do tempo, e como oportunidades para inovação aparecem em um momento particular. As inovações são parte de uma seqüência de políticas na qual o desenvolvimento institucional torna alguma interpretação dos problemas mais convincente e explica o fato de algumas políticas serem mais viáveis do que outras.

⁹ As idéias têm um lugar importante na estrutura analítica do novo institucionalismo histórico. Novas idéias podem ser a fonte de mudança, levando a novos resultados ou novas políticas, o que é mediado pela configuração institucional mediante um sistema de filtros. Idéias e interesses materiais interatuam em contextos institucionais específicos para produzir mudanças de políticas, sendo necessário estudar o processo concreto por meio do qual certas idéias, e não outras, passam a dominar o discurso político e por que certos interesses prevalecem (Hall, King, Weir, *apud* Seokpol, 1985).

O argumento de Weir sobre o padrão de inovação limitada (*bounded innovation*) é frutífero para interpretar a interação entre as idéias do movimento sanitário e o processo político que definiu a reforma da política de saúde. No processo de ocupação de espaços decisórios e de ampliação de alianças, nem todas as idéias inovadoras foram incorporadas, e muitas das idéias dos reformistas dos anos 80 falharam na tentativa de influenciar a política, ocorrendo um processo de estreitamento ou de ressignificação das propostas e das idéias originais. As políticas anteriores e as instituições e interesses delas originados limitaram a possibilidade de incorporação de algumas idéias, assim como modelaram esses mesmos interesses e as estratégias de seus portadores. Mas, mesmo com essas limitações, a conjuntura de crise do modelo assistencial e de democratização favoreceu o desenvolvimento institucional e possibilitou que, se não todas, grande parte das idéias do movimento sanitário fosse convincente o suficiente para promover uma reforma.

A experiência brasileira de reforma constitucional no âmbito da saúde não corrobora a idéia de uma conjuntura crítica de mudança institucional substancial que determina uma mudança de trajetória a partir dela, tal como sugerem os argumentos de Gourevitch, Collier & Collier e Krasner (*apud* Hall & Taylor, 1996). Diferentemente, meu argumento é que, na experiência brasileira, a mudança não significou uma ruptura ou o estabelecimento de uma nova rota para a assistência à saúde, pois ao mesmo tempo que se muda de forma profunda o segmento público, a mudança é limitada pela antiga estrutura e não é capaz de desmontá-la, constituindo, de fato, uma dupla trajetória.

Esse duplo movimento significa que, ao mesmo tempo que há uma ruptura institucional com a criação do SUS, não se logra eliminar as instituições vigentes anteriormente. Se a conjuntura de transição democrática e de crise da política de saúde favoreceu a mudança institucional, o legado das políticas de saúde anteriores restringiu sua implantação. As características preservadas da política de saúde anterior não o são sob a forma de uma síntese no sentido dialético do termo, mas constituem, de fato, uma dualidade. Cria-se um sistema nacional de saúde universal e com uma proposta de igualdade, mas, paralelamente, mantêm-se praticamente intocadas as instituições privadas de assistência à saúde. A regulamentação da assistência suplementar dez anos após a criação do SUS expressa essa dualidade, pois ela se fez independen-

temente dele e ao mesmo tempo que se aprovava uma mudança constitucional com o objetivo de fortalecer o sistema público do ponto de vista de seu financiamento.

Hipóteses Alternativas para a Expansão do Sistema Privado: fracasso do SUS e hipótese da convergência

Os argumentos analíticos que conduziram esta investigação divergem, embora não sejam de todo incompatíveis, de outros que, implícita ou explicitamente, aparecem na literatura para explicar a expansão da assistência privada paralelamente à implantação da reforma universalista do sistema público. Uma das hipóteses correntes atribui esse paradoxo ao ‘fracasso’ do SUS em garantir assistência médica de qualidade, ‘forçando’ aqueles com maior capacidade de compra a adquirir planos de saúde privados (Faveret & Oliveira, 1990; Mendes, 1993). Por sua vez, tal fracasso, que levaria a esse efeito inesperado do SUS, é atribuído, em grande parte, à ausência de financiamento adequado, em razão da crise econômica e dos reflexos das políticas de ajuste fiscal sobre o financiamento, as quais conviveram com a implantação do SUS. Essas políticas, entre outras coisas, significaram a restrição dos gastos públicos, particularmente os sociais, não apenas no Brasil, mas em diferentes países da América Latina.

Os problemas concretos para a implantação da nova política de saúde na década de 90, orientada para uma ampliação do papel do Estado, foram, às vezes, vistos como sinalizadores de um redirecionamento das atribuições públicas na área da saúde, justificável nos termos do debate internacional que passou a enfatizar as opções de políticas voltadas para o mercado. Em consequência, além da limitação financeira, ao contexto nacional e internacional de restrição e reformulação das políticas sociais costuma ser imputado o crescimento do setor privado ante um suposto afastamento do Estado das atividades relativas à assistência à saúde.

De fato, desde os anos 80 têm ocorrido reformas de sistemas de saúde em diferentes países em um cenário descrito como de crise. Nos anos 90, a agenda da saúde sofreu uma inflexão, e foram introduzidas, por um lado,

questões mais administrativas e gerenciais para a reorganização dos sistemas de saúde e, por outro, a defesa de menor grau de responsabilização do Estado na provisão de serviços (Viana, 2000). Essas reformas buscaram, em maior ou menor grau, incorporar a participação do mercado na prestação de serviços de saúde, mesmo que, muitas vezes, apenas de forma residual, no bojo de propostas de ‘redesenho’ do Estado e em uma situação de reordenamentos ideológicos. Essas propostas de reformulação ainda em curso sugerem novas perspectivas da combinação público-privado na atenção à saúde para equacionar os elementos básicos que constituem um sistema de saúde – financiamento, gestão e prestação de serviços –, questões que envolvem, além da definição das atribuições do Estado e do mercado, a determinação dos beneficiários das políticas ou programas.

Em consonância com esse contexto, também no Brasil alguns temas surgiram na discussão da saúde, sugerindo indícios de mudanças na definição das atribuições estatais no campo da saúde, bem como das formas de articulação estado/mercado/sociedade, pouco tempo depois das mudanças constitucionais que priorizaram o papel do Estado. Questões como a seleção de prioridades, as opções entre grupos sociais e a estratificação do SUS, a natureza da função pública na saúde com a revisão dos conceitos de público, privado e estatal, a discussão de modelos alternativos de prestação de serviços e a ampliação do poder de regulação do Estado, inclusive do setor privado ‘autônomo’, são exemplos de como passaram a ser rerepresentadas as propostas de reforma da política de saúde no Brasil (AbrES, 1994).

Nessa conjuntura de reformas, várias análises identificam uma tendência comum em todos os países da América Latina no sentido da ‘privatização’ da saúde.¹⁰ Apesar de o termo ‘privatização’ ser usado de forma imprecisa, podendo assumir diferentes significados, em linhas gerais significaria a ampliação do setor privado em detrimento do estatal e sua emergência como setor

¹⁰ Há divergências sobre o significado do termo ‘privatização’ quando se trata dos serviços de saúde, o qual pode incluir tanto a venda de ativos ou serviços ao setor privado quanto formas indiretas, como a gestão privada de unidades de saúde públicas, o fortalecimento do setor privado ante o público, a delegação de serviços ao setor privado ou o aumento dos seguros e dos hospitais privados. Compartilho da concepção de Polanco (1995), que considera que o termo ‘privatizar’ delimita um determinado tipo de ação mediante a qual as relações de propriedade, controle ou usufruto passam para as mãos de entidades jurídicas de natureza privada. Por essa definição, ficariam excluídos os processos de crescimento do setor privado preexistente a uma decisão de privatizar e que não obedecem a uma decisão política explícita de privatizar.

hegemônico em um contexto em que a lógica mercantil teria se tornado o elemento ordenador da área da saúde (Laurell, 1995). As diferentes modalidades de privatização teriam como denominador comum a transformação da saúde de um direito de cidadania em uma mercadoria e derivariam de uma dupla necessidade: favorecer as políticas de ajuste e impulsionar a mercantilização dos setores rentáveis dos serviços de atenção à saúde (Eibenschutz, 1995).¹¹

Estudos comparativos, apesar de reconhecerem as especificidades e os formatos assumidos pela ‘privatização’ em diferentes países, inclinam-se a enfatizar as similaridades das tendências, de forma que as experiências nacionais são vistas como retraduzões locais de mudanças econômicas desencadeadas internacionalmente e sob influência de organismos internacionais.¹²

Essa linha de raciocínio sugere certa recriação da hipótese da convergência que balizou muitas das análises relativas ao desenvolvimento das políticas sociais ou do Estado de Bem-Estar e que ressurgiu na explicação da sua crise ou retração.¹³ O reconhecimento de processos similares em diferentes países,

¹¹ Expressão desse argumento foi a realização, em março de 1993, na Cidade do México, do II Seminário Latino-americano de Política Sanitária, cujo tema foi a articulação público/privada nos sistemas de saúde da região, assim resumido por Eibenschutz (1995: 11): “Analisamos conjuntamente qual era o traço mais característico na evolução recente dos sistemas de saúde na América Latina e concluímos que era o processo privatizador resultante do modelo neoliberal (...)”

¹² Almeida (1995, 1997), analisando as reformas de saúde de cinco países europeus e dos EUA nos anos 80, identifica uma ‘mudança de paradigma’ na intervenção estatal subjacente nos processos de todos os países, embora reconheça que as opções e os resultados tenham sido diferentes. Segundo ela, todas as reformas envolveram: a) reestruturação centrada na contenção de custos, controle de demanda e co-responsabilidade da população pelo financiamento; b) redimensionamento do papel do Estado e introdução de mecanismos competitivos na alocação de recursos entre prestadores; e c) novos modelos gerenciais e de organização dos serviços. Mas a autora identifica grande discrepância entre o discurso reformista e as políticas implementadas. Nos casos estudados, as reformas mantiveram a cobertura universal, o financiamento público e a responsabilidade estatal pela provisão, direta ou indireta, de serviços e o controle do Estado sobre o financiamento do sistema. Essa mesma idéia aparece em Viana (1997), sugerindo que as reformas foram muito mais no sentido de introduzir mecanismos gerenciais, mas sem alterar as bases em que foram construídos os sistemas de proteção e sem afetar os fundamentos públicos dos sistemas nacionais de saúde europeus.

¹³ Para explicar a expansão do Estado de Bem-Estar, a teoria da convergência postula que todas as nações industrializadas, independentemente de suas especificidades, teriam convergido para processos similares, em que o Estado teria assumido a função de garantir determinados padrões mínimos de vida – suprindo necessidades que não mais poderiam ser supridas pelas instituições sociais tradicionais – pressionado por demandas decorrentes da marginalização de certos grupos como consequência do impacto do desenvolvimento econômico e tecnológico na estrutura ocupacional. Da mesma forma, essa mesma teoria, que pressupõe um determinismo econômico, tem sido utilizada para analisar a retração do Estado de Bem-Estar, sendo identificada uma convergência nos padrões nacionais de política social como um dos desdobramentos da mudança econômica mundial. Sobre essa teoria, ver Faria (1998), Arretche (1995), Pierson (1993, 1994) e Esping-Andersen (1990).

relativos à configuração do Estado e das mudanças nas formas de articulação entre Estado e mercado, tem dado margem à corroboração da ‘hipótese da convergência’, segundo a qual fatores internacionais são determinantes das reformas domésticas, de tal forma que, em resposta à crise econômica e à competição global, as diferenças na dinâmica da reforma de Estado não são acentuadas, havendo convergência entre as instituições de diferentes países. No caso da saúde, *grosso modo*, as transformações recentes na concepção de Estado, vinculadas às crises econômica e fiscal e à dificuldade de que fossem assumidos os custos crescentes das políticas de saúde, levariam a certas convergências nas políticas entre diferentes países no sentido de uma privatização, nas diversas acepções que o termo assume.

Mesmo que se possa admitir que formas de atividades privadas existam nos diferentes sistemas de saúde e que tendências nesse sentido se difundam internacionalmente, as diferenças entre os países não permitem uma interpretação que negligencie os fatores explicativos internos, de tal forma que os elementos comuns encontrados na articulação privado/público não devem obscurecer as especificidades e, muito menos, o *timing* dos processos privatizantes, que nem sempre acompanham o movimento de reforma do Estado. Mesmo que possa haver pressão no sentido de uniformização da agenda de reformas, é possível constatar, em contraposição à hipótese da convergência, que os países lidam de formas diferentes com essas agendas, particularmente no campo das políticas sociais, no qual é menos provável que os mercados econômicos imponham maiores imposições. Laurell (1995), por exemplo, destaca as diferenças entre os países na América Latina, existindo aqueles em que há predomínio de sistemas de saúde com financiamento e produção de serviços públicos e em que o setor privado se insere em interstícios do tecido público; outros em que o financiamento dos serviços é público, mas sua produção é privada; e alguns em que o financiamento é coletivo, mas não necessariamente público, e o setor privado é dominante na produção dos serviços. Fleury (1995) chega a identificar dois modelos polares de reforma da seguridade social na região: o universal/publicista, no Brasil, entendido como um sistema universal de inclusão segmentada na condição de cidadania; e o modelo liberal/produtivista, no Chile, no qual a Previdência Social foi totalmente privatizada e a saúde foi objeto de

propostas de modernização, com vistas a operacionalizar um novo modelo de economia social de mercado (Labra, 1995). As características distintivas dos dois modelos no tocante à relação público/privado, além das diversas análises que mostram as distinções entre as experiências latino-americanas, parecem invalidar a hipótese da convergência sugerida, muitas vezes, pelos mesmos estudos.

Almeida (1997), por exemplo, mesmo identificando tendências internacionais comuns nas reformas sanitárias da década de 90, conclui que, acima de aparentes semelhanças, homogeneidades e esforços de difusão de idéias e instrumentos, a dinâmica da transição é diferente em cada país, dependendo dos processos políticos subjacentes. Da mesma forma, sem negligenciar os fatores políticos, como é comum em explicações que remetem aos fatores econômicos convergentes a explicação das similaridades entre os países, também Laurell (1995) sugere que as diferenças dependem das condições políticas de cada país e do processo histórico de constituição do setor saúde.¹⁴

A constatação das diferenças entre as políticas de saúde de países submetidos a pressões econômicas e internacionais similares sugere, assim, a relevância de outros fatores explicativos, particularmente os político-institucionais, e a trajetória histórica de cada um. Refutando a idéia de uma convergência, e em consonância com o modelo analítico exposto nas seções anteriores, defende-se aqui que o fortalecimento do setor privado no Brasil em detrimento da assistência pública não decorre de uma tendência atual de privatização na saúde, independentemente do significado que esse termo possa assumir. O crescimento do setor privado no Brasil – traduzido seja na prestação de serviços por unidades privadas, seja na existência de formas privadas de financiamento, gestão e acesso a serviços de saúde – é anterior ao movimento de valorização do mercado, fruto das reformas econômicas dos anos 90 no país, e, portanto, não pode ser visto como uma simples resposta às pressões e mudanças geradas na conjuntura nacional e internacional. O desenvolvimento recente da política

¹⁴ Analisando criticamente os estudos comparativos na área da saúde, Labra e Buss (1995: 15) identificam uma “crescente proliferação de tipologias que pretendem enquadrar com pouco êxito a diversidade existente; há grande dissenso quanto às variáveis determinantes das semelhanças e diferenciações entre sistemas; tem sido escassa a contribuição que as análises comparativas têm dado para a construção de uma teoria mais geral das políticas, dos sistemas e das reformas na saúde, embora a contemporaneidade, marcada pela pluralidade, esteja talvez tornando obsoletas tais pretensões totalizantes”.

de saúde encontra seus fundamentos no próprio formato institucional da prestação da assistência à saúde no Brasil, caracterizada, desde sua constituição, por formas híbridas, com justaposição ou articulação de mecanismos privados e públicos, quando foram feitas escolhas por formas privadas de assistência.

A ênfase no legado da trajetória não significa considerar que o contexto ideológico, político e econômico de reforma do Estado não tenha influência na evolução recente do SUS e da assistência à saúde no seu conjunto. Ao contrário, esse contexto tende a legitimar, reforçar ou, mesmo, aprofundar a trajetória da política de saúde brasileira, na medida em que os princípios que nortearam a criação do SUS perdem a força aglutinadora que conseguiu obter no contexto anterior de refundação da democracia no país. Em conseqüência, há fortes indícios de se cristalizar a tendência da segmentação de clientela, restando ao sistema público a responsabilidade pela assistência à saúde aos segmentos da população sem capacidade de participar do mercado privado de planos privados de saúde, atualizando, assim, as recomendações internacionais no sentido de focalizar as políticas sociais nos mais pobres.

Isso significa que as tendências de privatização e de retraimento da ação estatal, como uma das conseqüências do movimento de reforma do Estado relacionado à crise econômica a partir dos anos 80, favorecem o aprofundamento da dualidade do sistema de saúde brasileiro, que tem muitas das características enfatizadas nas discussões normativas sobre a reforma do Estado. Entre essas características, distinguem-se, particularmente, a focalização da ação governamental nos mais pobres, a separação entre financiamento e provisão, e a delegação ao mercado do atendimento das demandas daqueles segmentos com capacidade de compra. Além disso, apesar das medidas concretas para a implantação dos dispositivos constitucionais relativos à saúde, os efeitos da aprovação de uma reforma universalista e publicista realizada na contramão das tendências dominantes de restrição das atividades estatais podem ser observados. Apesar de no discurso formal não se observar um ataque direto à universalização do acesso a ações públicas de saúde, ações governamentais concretas demonstram a inviabilização do SUS não sob a forma de uma redução programática explícita, mas sob a ‘forma sistêmica’, adotando aqui o argumento de Pierson

(1994).¹⁵ Por meio de estratégias indiretas, particularmente a falta de regularidade do financiamento das ações de saúde, inviabiliza-se, na prática, a efetivação do sistema público, principalmente quando se considera a ampliação formal da demanda a partir da definição do acesso a serviços de saúde como parte fundamental do direito à saúde, consagrado na Constituição. Na conjuntura pós-transição democrática, os fatores explicativos para a falta de financiamento adequado para o SUS vinculam-se ao ambiente político e econômico geral, particularmente a efetiva crise econômica e a dificuldade de ampliação da capacidade de gasto do governo, mas também às características da coalizão conservadora que dominou os primeiros governos democráticos afinados com as propostas de restrição das políticas sociais. Todos esses fatores sistêmicos contribuem para a compreensão do formato institucional da assistência à saúde no Brasil e reforçam as características adquiridas ao longo de sua trajetória.

A Regulação como Consolidação da Trajetória

Particularmente em um aspecto a política de saúde brasileira atual vai refletir a influência da agenda internacional e dos princípios normativos que embasam as reformas do Estado das últimas duas décadas. O diagnóstico da crise do Estado, vista como articulada à crise de formas anteriores de regulação estatal, traduziu-se em reformas nos modelos de gestão pública, entre elas as alterações dos mecanismos institucionais de regulação governamental. Como contrapartida da diminuição das funções executoras do Estado, a agenda internacional passou a enfatizar o papel regulatório do Estado em detrimento da produção direta de serviços, como forma de intervencionismo estatal mais

¹⁵ A idéia de inviabilização sistêmica está sendo aqui usada por analogia com a noção de redução sistêmica das políticas do Estado de Bem-Estar, utilizada por Pierson. Com essa expressão, Pierson se refere às estratégias indiretas para redução de políticas cujas conseqüências se fazem sentir apenas em longo prazo e que parecem ter sido muito mais importantes nas tentativas de desmantelamento do Estado de Bem-Estar do que os esforços de redução programática explícita dos programas sociais. Pierson identifica como a forma mais importante de redução sistêmica do Estado de Bem-Estar americano, a partir do governo Reagan, a sua descapitalização parcial via reformas tributárias, que enfraqueceram a possibilidade de o governo federal financiar os programas sociais.

adequada às mudanças institucionais decorrentes da transição de um modelo de desenvolvimento calcado no Estado para outro voltado para o mercado. A reintrodução na agenda pública da questão da regulação vincula-se, assim, à necessidade de substituir a intervenção direta do Estado no mercado e na sociedade por outras formas consideradas menos intervencionistas. No caso da privatização da produção de serviços públicos ou de grande interesse público, a regulação tendeu a ser exercida por organizações autônomas – as agências reguladoras –, às quais, de acordo com as premissas que justificam a nova forma de intervenção, credita-se maior eficiência. Acompanhando as experiências internacionais, essa foi a opção brasileira quando definiu-se uma política regulatória para a assistência privada no final da década de 90.

De acordo com o argumento aqui defendido, o novo marco regulatório criado para as atividades privadas no âmbito da saúde, que até então se desenvolviam praticamente à margem de qualquer regulamentação governamental, não indica uma mudança estrutural na forma de atuação governamental no âmbito da saúde no sentido preconizado pelas reformas na concepção e forma de atuação do Estado que caracterizaram o período. Embora não deixe de traduzir essa mudança de concepção, a regulamentação do setor privado não é o resultado de uma suposta ‘saída’ do Estado brasileiro em decorrência de um processo de privatização da saúde; ao contrário, passa-se a regular uma atividade privada que já existia desde os anos 60, e a regulação do mercado não elimina a atuação estatal anterior, baseada na ação direta e em uma perspectiva redistributiva, expressa na concepção original do SUS.

Mesmo considerando que a regulação não tenha sido o resultado de uma privatização do setor, o formato institucional assumido pela regulação da assistência suplementar sob a forma de uma agência reguladora independente reflete o contexto de reforma do Estado e dos mecanismos de gestão pública que caracterizam a década de 90 no Brasil, em sintonia com os modelos e concepções normativas desenvolvidos e difundidos internacionalmente. Entretanto, a modificação no padrão regulatório com a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar, substituindo a auto-regulação pelos próprios agentes do mercado de saúde, não eliminou outros instrumentos de regulação que já operavam anteriormente, como a propriedade pública de unidades de

saúde e a regulação do setor privado prestador de serviços no interior da burocracia executiva; ao contrário, passou a conviver com eles. Essa combinação de instrumentos regulatórios sustenta a idéia da constituição de uma dupla trajetória da assistência à saúde, uma vez que a política regulatória não visou articular os dois segmentos da assistência – o público e o privado – nem definir os espaços respectivos de atuação, mas consagrou a sua independência. Nesse sentido, também refletiu o legado das políticas anteriores. O resultado foi a consolidação da segmentação da assistência, que, a partir da regulação do setor privado, foi incorporada à própria política de saúde. A consequência é o enfraquecimento político e ideológico dos pressupostos e objetivos associados à criação do SUS, particularmente a responsabilidade estatal pela saúde e a universalização do acesso à atenção pública.

Síntese das Proposições, Estratégia de Análise e Estrutura do Trabalho

Hipótese geral e proposições

Em síntese, considerando o principal argumento de que os legados institucionais de políticas previamente estabelecidas condicionam o processo de reformulação das políticas, que são assim dependentes de sua própria trajetória, para a interpretação da política de assistência à saúde vigente no Brasil – especificamente no aspecto do *mix* privado/público que a caracteriza, entendendo-se por isso a convivência entre formas públicas e privadas de assistência –, este estudo parte da seguinte hipótese geral: o formato institucional híbrido da assistência à saúde, apesar da definição constitucional de um sistema público, universal e único, é explicado, em grande parte, pelos legados das políticas de saúde estabelecidas a partir dos anos 60. Tais legados condicionaram o desenvolvimento posterior da assistência e limitaram a possibilidade de mudanças, em razão de três efeitos principais: primeiro, ao estruturar os interesses privados na saúde, configuraram o conflito político e o processo decisório posterior, delineando as disputas por alternativas de políticas; segundo, as políticas prévias estabeleceram determinados padrões de comportamento difi-

ceis de reverter; e terceiro, tiveram efeitos cognitivos e sobre a capacidade governamental, pouco favoráveis à mudança de trajetória.¹⁶

Essa hipótese geral se desdobra em várias proposições inter-relacionadas, que expressam os mecanismos por meio dos quais são observados os efeitos de *feedback* das políticas anteriores sobre a política de assistência à saúde atual e, também, fornecem uma explicação para o aparente paradoxo da política de saúde brasileira e para os limites da reforma estabelecida durante o processo constituinte e implantada na década de 90:

- 1) Embora o arranjo institucional consolidado na política de assistência à saúde seja resultado de escolhas entre diferentes alternativas disponíveis, essas escolhas, realizadas em diferentes momentos de inflexão da política de saúde, foram limitadas pelos efeitos institucionais das escolhas anteriores.
- 2) A própria conformação da arena política da saúde em que se dá o conflito entre alternativas decorre de políticas anteriores, as quais contribuíram para a constituição de diferentes atores e interesses, em razão dos incentivos oferecidos e dos benefícios concedidos aos atores afetados pelas políticas.
- 3) Ao ter como consequência a formação de grupos de interesse, as políticas de saúde estabelecidas estimularam também a organização e a constituição de atividades desses grupos, inibindo a formação ou expansão de outros. É nesse sentido que as políticas definidas em um momento no tempo estruturaram o processo de tomada de decisões e criaram coalizões de suporte que efetivamente protegem os arranjos institucionais estabelecidos, tendo efeitos de *feedback* no processo político.

¹⁶ Essa perspectiva analítica se aproxima do modelo de políticas *martingales*. De acordo com esse modelo, reconhece-se que os eventos históricos envolvem elementos de acaso, sendo possível ver o processo de decisão política como um 'processo experimental independente', o que significa que eventos de hoje são independentes dos eventos de ontem. Entretanto, nem todos o são, uma vez que muitos se configuram como 'processos *martingales*' – ou seja, mesmo que os eventos sejam sujeitos a variações do acaso, essas variações vão se acumulando de tal forma que o valor esperado do processo em um tempo é igual à realização do processo no tempo precedente. Essa propriedade torna a trajetória histórica importante para entender os eventos históricos correntes e significa que flutuações da história ao acaso mudam as linhas básicas do próximo degrau do processo histórico. Daí se concluir que as decisões não são independentes de fatores institucionais, de sorte que as políticas, uma vez adotadas, estão mergulhadas em instituições que são associadas com regras, expectativas e comprometimentos que, afetando as aspirações, afetam o comportamento futuro dos atores políticos (March & Olsen, 1984).

- 4) As políticas de saúde configuraram uma estrutura institucional para sua implantação e condicionaram determinados comportamentos. Nessa medida, contribuíram para a formação dos objetivos e das preferências dos atores afetados pela política, tendo o efeito de dificultar o abandono de certa trajetória, tornando quase inacessíveis as alternativas que alterassem radicalmente o padrão de comportamento vigente.
- 5) A forma histórica de desenvolvimento da assistência não favoreceu a constituição de uma identidade coletiva entre o público-alvo da política capaz de articular uma demanda universalista. Ao contrário, propiciou a corporativização das demandas de saúde.
- 6) A opção anterior pela compra de serviços de prestadores privados não permitiu que fosse desenvolvida a capacidade prestadora do governo, tendo como um dos seus efeitos tornar o setor público dependente dos serviços privados, colocando limites estruturais à mudança de trajetória.
- 7) As regras e os procedimentos institucionalizados na configuração que assumiu a assistência à saúde, caracterizada pela segmentação e pela constituição de um *mix* privado/público, teve como outro de seus efeitos a atribuição de significados à realidade e a conformação de determinadas concepções sobre o público e o privado, de tal forma que os padrões estabelecidos tendem a ser readotados, naturalizando as escolhas do passado e conformando a preferência por serviços privados.
- 8) A reforma na política de saúde após a Constituição, embora seja uma ruptura institucional ao alterar os princípios que norteavam a política anterior, vai significar também grandes continuidades, particularmente a convivência de formas públicas e privadas de assistência. Ao mesmo tempo que se realiza, de fato, uma reforma, essa mudança é limitada pela antiga estrutura institucional e não é capaz de desmontá-la, constituindo-se realmente uma dupla trajetória: a da assistência pública e a da privada.
- 9) A reforma da política de saúde que levou à criação de um sistema público universal é explicada pela confluência de dois fatores: crise do financiamento da assistência; e mudanças no contexto político mais amplo. O contexto de democratização permitiu a constituição e influência no processo decisório de novos atores, portadores de propostas alternativas

para a saúde, em uma situação de desequilíbrios institucionais favorável à inovação institucional, mas que, pelo legado anterior, tendeu a inovações limitadas.

- 10) O caráter dual da assistência é consagrado e legitimado no final da década de 90 com o estabelecimento de uma política regulatória para o sistema privado como parte da política de saúde que formaliza a segmentação e institucionaliza, de forma legal, a trajetória da política de saúde, enfraquecendo os princípios igualitários do SUS.
- 11) A regulação das atividades privadas de assistência à saúde não expressa uma convergência com o movimento difundido internacionalmente pela privatização da saúde, embora o modelo regulatório, que assumiu o formato institucional de uma agência reguladora, expresse a influência do contexto político e ideológico de reforma do Estado que caracteriza o período.

Estratégia analítica, fontes e estrutura do trabalho

Valendo-se da noção de dependência de trajetória, a estratégia analítica consistiu em realizar uma reconstituição histórica da trajetória da assistência à saúde no Brasil, articulando a seqüência de processos decisórios com o contexto institucional das políticas de saúde anteriores, entendendo as decisões como resultado das relações entre a atuação dos atores afetados pelas políticas e as limitações institucionais – entre elas, a forma de atuação do Estado –, com base nas quais são feitas as escolhas.

A perspectiva histórica é que permite analisar a relação entre as políticas prévias e as escolhas recentes, identificando os mecanismos por meio dos quais as políticas de saúde definidas anteriormente afetaram o seu desenvolvimento posterior, particularmente ao influenciar o processo político não apenas por constituir atores e interesses, mas também por condicionar a formação de suas preferências e modelar as interações e as estratégias políticas dos grupos beneficiados por ela, de tal forma que as transformações da política passaram a fluir nos parâmetros determinados pelo próprio formato da política.

Do ponto de vista teórico-metodológico, a identificação desses mecanismos, implícitos no modelo analítico utilizado, permite transcender a simples

descrição de fenômenos históricos singulares e fornecer uma explicação plausível para eles, validando a pertinência de determinados argumentos teóricos e conciliando a descrição de processos históricos com a explicação causal fundamentada em um modelo teórico explícito que guia a escolha dos fatores explicativos e a seleção dos componentes empíricos.

Em razão da perspectiva analítica adotada, a direção da pesquisa procurou partir das políticas de saúde e identificar a presença ou não de ligação da política com as atividades de grupos específicos. Para isso, o estudo focalizou três momentos constitutivos de desenhos institucionais na política de assistência à saúde, que são:

- 1) Década de 60: esse período é caracterizado pela montagem e expansão do ‘modelo médico assistencial privatista’, assim denominado pela literatura comum na área de saúde. A política de assistência à saúde então estabelecida implicou a opção pela compra de serviços privados com financiamento do Estado. Com isso, estruturaram-se diferentes atores privados a partir dos incentivos fornecidos pela política de saúde e constituíram-se interesses, formas de organização desses interesses e instituições privadas de saúde; correlatamente, não se desenvolveram capacidades estatais para a prestação de serviços de saúde públicos, principalmente no nível da atenção secundária e terciária. Nesse período, as instituições privadas de assistência à saúde, a princípio constituídas de forma vinculada à política governamental, progressivamente foram se tornando autônomas.
- 2) Década de 80: caracterizada pela reforma do sistema de saúde como resultado de um amplo movimento social em prol de uma reforma sanitária, no bojo de um processo de transição democrática que enfatizava não apenas a retomada do Estado de direito, mas também a ampliação dos direitos de cidadania com a incorporação de direitos sociais, entre eles o direito à saúde. Apesar de configurar uma reforma radical em termos legais, no formato global da assistência à saúde, mantiveram-se praticamente inalteradas as características do *mix* privado/público. Na mesma década, deu-se a expansão da assistência privada por meio de diferentes formatos institucionais.

- 3) Década de 90: fase de implantação da reforma do sistema público prevista na Constituição. Ao mesmo tempo, ocorre o processo de regulação do setor privado, com a intenção de incentivar o desenvolvimento do mercado de planos de saúde.

O período coberto pela pesquisa vai de 1960 até os dias de hoje, com pequena incursão aos anos 30, e as fontes utilizadas foram de diferentes naturezas.¹⁷ Em primeiro lugar, recorreu-se à bibliografia setorial, buscando fazer uma releitura a partir do fio condutor que norteou esta análise, valendo-se das informações disponibilizadas por essa literatura, particularmente para o período de 1960 a 1980.

Para a análise do processo político vinculado à arena da saúde, foram utilizados, além de fontes bibliográficas, os dados do sistema de informações do Congresso Nacional relativos a três processos decisórios cruciais: o processo constituinte, a regulamentação dos planos privados de saúde e a aprovação da Emenda Constitucional 29, que vincula recursos para a saúde. Nesses casos, foram pesquisadas, particularmente, as notas taquigráficas das audiências públicas, a tramitação dos projetos nas comissões e as discussões em plenário. Foram também realizadas entrevistas com alguns atores representantes de diferentes setores e coletadas informações sobre as organizações de interesses dos setores ligados ao mercado privado de saúde.

Por fim, foram utilizados documentos de diferentes origens, publicações oficiais, legislação e outras fontes impressas. O grande esforço de pesquisa tornou-se necessário ante o escopo da análise e em face da perspectiva histórica que informa o trabalho.

Nos capítulos seguintes, é desenvolvida a análise da trajetória da assistência à saúde, enfatizando o aspecto da relação público/privado. O fio condutor é a identificação dos processos que são conseqüências da política definida

¹⁷ Neste livro foi excluída, por questão de espaço, uma parte da tese na qual se buscou caracterizar a assistência à saúde no Brasil, no sentido de dimensionar os dois subsistemas que a compõem (o público e o privado) em relação à cobertura, à capacidade instalada e ao perfil das respectivas clientela. Para essa caracterização, foram utilizadas diversas fontes: os microdados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD/IBGE) de 1998, a qual incluiu um suplemento específico sobre saúde; dados da Pesquisa de Assistência Médica Sanitária (AMS/IBGE), utilizando toda a sua série histórica, que cobre o período de 1976/99, o qual permite quantificar a rede de serviços de saúde, tanto privada quanto pública; dados do Ministério da Saúde; e dados das entidades representativas das operadoras de planos de saúde privados. Para consulta, ver Menicucci (2003).

nos anos 60, os quais, de forma cumulativa e interativa, vão configurando a moldura institucional em razão da qual as decisões são tomadas. Esses capítulos foram estruturados de forma a mesclar a análise sincrônica com a temática, uma vez que a lógica desses processos não foi apreendida de forma linear. No capítulo 2, é analisada a constituição do *mix* privado/público na assistência à saúde, enfocando as decisões governamentais, com vistas à expansão da assistência pública, que levaram à constituição de determinada estrutura institucional e estabeleceram regras para a prestação da assistência, apesar da existência de propostas alternativas quanto à forma de prestação de serviços. A análise desenvolvida nesse capítulo é que dará fundamentação ao argumento desenvolvido para explicar a política atual, e o período analisado cobre as décadas de 60 e 70. Mais do que explicar a constituição do modelo de assistência, o objetivo principal é descrever a configuração institucional e política decorrente da política definida, que fornecerá a chave interpretativa das características da reforma e da trajetória posterior – ou seja, entender como uma seqüência de decisões se desenvolve, como se objetiva em instituições e como conforma atores e interesses. Em outras palavras, esse capítulo visa apresentar a variável independente – as políticas prévias – que permite explicar, em grande parte, as características da política atual de assistência à saúde.

O capítulo 3 faz um corte na análise da trajetória da política de saúde e focaliza a gênese e a expansão das formas privadas de assistência à saúde, em grande parte, em razão de incentivos e escolhas governamentais. Mesmo que esses processos sejam articulados às políticas de saúde, ao fazer esse corte temático a análise busca apreender a dinâmica do setor privado em uma perspectiva longitudinal, que vai das suas origens mais remotas até o presente. Além de descrever e mensurar o setor privado, os objetivos consistem em identificar os atores e interesses que constituem a arena da saúde e as práticas e os comportamentos desenvolvidos (como efeitos *lock-in* das políticas públicas), constituindo uma rede complexa de atores, organizações e beneficiários da assistência privada.

O capítulo 4 retoma a análise da trajetória da política relativa à assistência à saúde a partir de meados da década de 70, caracterizada tanto pelo aprofundamento dos traços antigos quanto pelo surgimento de propostas alternativas, que se expressam em um movimento político e de idéias que se

afirmam no processo constituinte. Em razão de uma conjuntura favorável, que possibilitou um desequilíbrio de tendências nos arranjos institucionalizados, de forma intencional se modelou um novo desenho para a política de saúde. Esse processo, associado às ‘regras do jogo’, definidas pelas decisões e pelos processos anteriores, fornece a interpretação dos novos arranjos estabelecidos nos anos 80, caracterizados, ao mesmo tempo, por suas rupturas e continuidades. Em suma, o capítulo trata dos efeitos de *feedback* das políticas anteriores sobre a reforma dos anos 80, elucidando os mecanismos por meio dos quais eles atuam. Ao mesmo tempo, procura-se explicar a ruptura institucional e as continuidades do novo modelo de assistência estabelecido; a primeira, explicada pela conjuntura de democratização e de crise, e as segundas, pela dependência de trajetória. O período analisado vai até o final da década de 90, correspondente à implementação da reforma constitucional, quando os mesmos efeitos vão continuar operando.

O capítulo 5 discute o processo de constituição de uma política regulatória voltada para o segmento privado da assistência, que, ao introduzir formalmente a assistência privada no escopo da política de saúde, consagra a dualidade do sistema de assistência à saúde no país, sendo a expressão acabada de toda a sua trajetória. Esse processo reflete de forma objetiva os efeitos de *feedback* nos seus diversos mecanismos e indica a influência do contexto de reforma do Estado na escolha do instrumento regulatório. Isso não significa, contudo, o abandono dos instrumentos anteriores de intervenção governamental, particularmente a propriedade pública. Em suma, a regulação consolida a dupla trajetória da assistência.

Por fim, o capítulo 6 apresenta uma síntese das principais conclusões a que foi possível chegar, apresentadas ao longo do trabalho, que articulam as evidências históricas com os argumentos analíticos propostos inicialmente e fornecem uma explicação plausível para as contradições da política de saúde brasileira.