

Ruptura e continuidade: a dinâmica entre processos decisórios, arranjos institucionais e contexto político – o caso da política de saúde*

Rupture and continuity. The dynamics of decision-making processes, institutional arrangements and political context – The case of health policy

Telma Maria Gonçalves Menicucci**

Artigo Recebido em 29 de janeiro de 2010 e avaliando em 15 de fevereiro de 2010:

Resumo:

O artigo constrói uma interpretação para a configuração institucional *dual* da assistência à saúde no Brasil, caracterizada pela coexistência de um segmento público e outro privado, apesar de, formalmente, a política de saúde desde a Constituição de 1988 garantir o acesso gratuito e universal ao sistema público. Utilizando-se dos argumentos analíticos do novo-institucionalismo histórico, essa interpretação considera como fator explicativo principal as políticas de saúde prévias a partir das noções correlatas de *policy feedback* e dependência de trajetória, traduzidas nos efeitos *lock-in* e nos efeitos de aprendizagem. O argumento central é que, embora esse arranjo institucional seja resultado de escolhas realizadas em diferentes momentos de inflexão da política de saúde, essas foram constrangidas pelos efeitos institucionais das escolhas anteriores os quais incluem a própria conformação da arena política da saúde dado que políticas anteriores contribuíram para a constituição de diferentes atores e interesses, a partir dos incentivos e benefícios concedidos. Em consequência dos efeitos do legado das políticas prévias, a reforma sanitária definida na Constituição de 1988 foi um processo de inovação limitada, caracterizado tanto por uma ruptura em termos jurídico-formais do padrão de cidadania regulada e segmentada como por elementos de continuidade. Essa duplicidade se expressa no próprio texto constitucional, se concretiza pelo aprofundamento das características do modelo híbrido da assistência e se consolida com a regulação da assistência privada no final dos anos 90 concomitantemente à

* Esse artigo sintetiza os argumentos da minha tese de doutorado publicada, em parte, pela Fiocruz, com o título: Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetórias, 2007.

** Professora adjunta do Departamento de Ciência Política da UFMG.

implantação do sistema público. Além de não ser descontinua, a mudança institucionalizou a dupla trajetória.

Palavras-chave:

Saúde. *Mix* Público Privado. Novo institucionalismo

Abstract:

The paper constructs an interpretation for the dual institutional configuration of health care in Brazil, characterized by the coexistence of a public sector and another private one, although, formally, health policy since the 1988 Constitution ensures free and universal access to the public system. Using the analytical arguments of new historical institutionalism, this interpretation views prior health policies as a main explanatory factor, stemming from the related notions of policy feedback and path dependence, manifested in lock-in effects and learning effects. The central argument is that while this institutional arrangement is the result of choices made at different inflection points in health policy, they were constrained by the institutional effects of earlier choices including the very structure of the health policy arena, given that past policies contributed to the formation of different actors and interests, arising from the incentives and benefits accorded. As a result of the effects of the legacy of earlier policies, health reform as defined in the 1988 Constitution was a process of limited innovation, characterized both by a disruption, in formal-law terms, of the norms of regulated and segmented citizenship and by elements of continuity. This duplicity is expressed in the constitutional text itself, is concretized by the entrenchment of the hybrid model of care, and is consolidated with the regulation of private care in the late 1990s, concurrent with the deployment of the public system. Beyond not being discontinuous, this change institutionalized the dual path.

Keywords:

Health. Public Private *Mix*. New Institutionalism.

1 Introdução

O conjunto de argumentos identificado com o novo institucionalismo tem como premissa básica a ênfase sobre a influência das instituições sobre o comportamento e os resultados políticos, apontando como arranjos estáveis e rotinizados estruturam o comportamento político e estabelecem os contornos dentro dos quais as decisões são tomadas. A vertente histórica do

novo institucionalismo considera a contingência histórica e a dependência de trajetória e, em geral, procura explicar as diferenças entre países a partir de variáveis institucionais de nível nacional, apontando como a configuração institucional modela as interações e as estratégias políticas e estrutura as relações de poder entre grupos, gerando trajetórias nacionais diferentes¹.

A maioria dos estudos que enfatizam os constrangimentos institucionais centram-se nas instituições governamentais formais e nas organizações políticas. Entretanto, as principais políticas públicas também constituem importantes regras em uma sociedade, influenciando a alocação de recursos econômicos e políticos e modificando os custos e benefícios associados a estratégias políticas alternativas. Daí a pertinência de uma abordagem institucionalista para o estudo de políticas públicas considerando dois aspectos. Por um lado, as políticas públicas levam à constituição de instituições, 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 colocam 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. O exame das consequências políticas das políticas públicas é, assim, 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.

Neste artigo, a partir da utilização de argumentos do novo institucionalismo histórico, aplicados à análise de políticas públicas, constrói-se uma interpretação para a configuração institucional híbrida da assistência à saúde no Brasil, caracterizada pela coexistência de um segmento público e outro

1 THELEN, Kathlen e STEINMO, Sven. "Historical institutionalism in comparative politics", in: Steinmo, Sven, Thelen, Kathlen e Lonstreth, Frank (eds.), *Structuring Politics – historical institutionalism in comparative analysis*, Cambridge: Cambridge University Press, 1994. PIERSON, Paul. *Dismantling the welfare state? Reagan, Thatcher, and the Politics of Retrenchment*, Cambridge: Cambridge University Press, 1994. NORTH, Douglas. *Institutions, institutional change and economics performance*, Cambridge: Cambridge University Press, 1990. WEIR, Margaret. "Ideas and the politics of bounded innovation", in Steinmo, Sven, Thelen, Kathlen e Lonstreth, Frank (eds.), op. cit, 1994. HAAL, Peter A. e TAYLOR, e Rosemary C.R. "Political science and the three new institutionalisms". *Political Studies*, 1996, V. XLIV, n. 5. IMMERGUT, Ellen M. "The rules of the game: the logic of health policy-making in France, Switzerland and Sweden", in Steinmo, Sven, Thelen, Kathlen e Longstreth, Frank (eds.), op. cit, 1994. HATTAM, V.C. *Labor visions and state power: the origins of business unionism in the United States*, Princeton: Princeton University Press, 1993. SKOCPOL, Theda. "Bringing the state back in: strategies of analysis in current research", in Evans, Peter B., Rueschemeyer, Dietrich e Skocpol, Theda (eds.), *Bringing the state back in*, Cambridge: Cambridge University Press, 1985.

privado, apesar de, formalmente, a política de saúde desde a Constituição de 1988 garantir o acesso gratuito e universal ao sistema público. O principal argumento para explicar esse aparente paradoxo considera que, embora esse arranjo institucional seja resultado de escolhas realizadas em diferentes momentos de inflexão da política de saúde, essas foram constringidas pelos efeitos institucionais das escolhas anteriores. E o que é mais decisivo, a própria conformação da arena política da saúde onde se dá o conflito entre alternativas decorre de políticas anteriores, as quais contribuíram para a constituição de diferentes atores e interesses, a partir dos incentivos oferecidos e dos benefícios concedidos aos afetados pelas políticas.

O artigo está dividido em três outras seções além dessa introdução. Na segunda seção são apresentados os argumentos analíticos que orientam a interpretação da política de assistência à saúde; na terceira é feita a análise da sua trajetória à luz desses argumentos, e na quarta são sumarizadas as principais conclusões e se especula sobre possíveis desdobramentos da assistência à saúde no Brasil.

2 Instituições e políticas públicas: a dependência de trajetória e os efeitos de feedback

A influência das políticas públicas no processo de constituição ou de reformas de políticas se expressa pelas noções correlatas de *policy feedback* e dependência de trajetória, traduzidas nos efeitos *lock-in* e nos efeitos de aprendizagem, noções usualmente utilizadas para análises de instituições formais².

O efeito *lock-in* tem a ver com o fato de que as políticas públicas estabelecem “*regras do jogo*”, e essas influenciam a alocação de recursos econômicos e políticos. Isso, além de facilitar a formação ou expansão de grupos particulares, encoraja determinadas ações e bloqueia outras. Nesse sentido, as políticas públicas favorecem a emergência de determinadas redes sociais e econômicas, levando os indivíduos a fazerem compromissos, desenvolverem habilidades específicas e comercializarem determinados bens³. Ao induzirem determinados comportamentos, a ação governamental amplia os custos associados à adoção de alternativas diversas

² ARTHUR, W. Brian. “Competing technologies, increasing returns, and lock-in by historical events”. *Economic Journal*, 99,3, 1989. WEIR, Margaret. “Ideas and the politics of bounded innovation”, in Steinmo, Sven, Thelen, Kathlen e Lonstreth, Frank (edits.), *Structuring Politics – historical institutionalism in comparative analysis*, Cambridge: Cambridge University Press, 1994. NORTH, Douglas. *Institutions, institutional change and economics performance*, Cambridge: Cambridge University Press, 1990.

³ PIERSON, Paul. 1994, *Dismantling the welfare state? Reagan, Thatcher, and the Politics of Retrenchment*, Cambridge: Cambridge University Press.

e, nessa medida, inibem o abandono de certa trajetória, inviabilizando alternativas que anteriormente podiam ser possíveis.

Ao criar incentivos à organização de determinados grupos, as políticas públicas modelam identidades, contribuem para a formação dos objetivos e preferências e estruturam o processo de tomada de decisões ao criar fortes coalizões de suporte que efetivamente protegem os arranjos institucionais estabelecidos, tendo então efeitos de *feedback* no processo político.

Outra face do efeito de *feedback* são os efeitos cognitivos⁴. De um lado, porque as políticas públicas 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 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 cursos de ação induzidos a partir de políticas públicas pode influenciar a consciência individual sobre a atividade do governo e, uma vez adotada, uma política tende a ser readotada, na medida em que passa a ser considerada a resposta natural, levando os decisores a apenas ajustá-la marginalmente para acomodá-la a novas situações⁵.

Resumindo, o argumento enfatiza que políticas prévias explicam o seu 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 consequências 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.

2.1 *Continuidades e mudanças institucionais: a relação entre contexto político e ideias*

Os argumentos da dependência de trajetória e dos efeitos de *feedback* são mais potentes para explicar as continuidades, mas são menos capazes de fornecer uma explicação plausível para inovações, em geral explicadas a partir de fatores exógenos. North (1990), por exemplo, sugere que mudan-

⁴ Idem 3.

⁵ HECLO, H. *Modern social policies in Britain and Sweden*. New Haven, Conn., Yale University Press, 1974.

ças nunca são completamente descontínuas, pois, mesmo que se mudem as limitações formais, permanecem os constrangimentos informais, inseridos em costumes, tradições e códigos de conduta que são mais impenetráveis a políticas deliberadas e limitam a possibilidade de ruptura institucional. Nessa perspectiva, mesmo quando há mudança, instituições nunca são construídas do nada, sendo mais comum que sejam reconstruídas a partir de elementos das anteriores.

É na análise da mudança que a incorporação da análise histórica permite elucidar os mecanismos causais que atuam no processo de reformas e fugir do risco de certo determinismo institucional, agregando uma explicação da natureza contingente do desenvolvimento político e econômico e destacando o papel do conflito e da escolha. A análise histórica permite prover uma estrutura analítica para entender a relação entre escolhas e determinações, entendendo instituições como produto do conflito político e de escolhas, mas, ao mesmo tempo, modelando e restringindo as estratégias políticas. 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 dinamismo institucional é entendido a partir da compreensão da interação entre instituições e processo político ao longo do tempo, identificando como ao mesmo tempo em que as instituições filtram a política, seu impacto é mediado pelo contexto político. Em contextos propícios a desequilíbrios institucionais, a mudança é favorecida por fatores exógenos à própria política. Mas a esses se somam fatores endógenos, como por exemplo, as crises enquanto momentos especiais de reformulação de política⁶. 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.

Novas ideias podem ser a fonte de mudança, mas de forma mediada pela configuração institucional por meio de um sistema de filtros. Ideias e interesses materiais interatuam em contextos institucionais específicos para produzir mudanças de políticas, sendo necessário entender o processo concreto por meio do qual certas ideias, e não outras, passam a dominar o discurso político⁷. Weir (1994) explora a relação dinâmica entre ideias e

⁶ GOUREVITCH, Peter. *Politics in Hard Times: Comparative Responses to International Economic Crises*, Ithaca: Cornell University Press, 1986.

⁷ SKOCPOL, Theda. "Bringing the state back in: Strategies of analysis in current research", in EVANS, PETER B., RUESCHEMEYER, DIETRICH e SKOCPOL, THEDA (eds.), *Bringing the state back in*, Cambridge: Cambridge University Press. Estudando o desenvolvimento das ideias monetaristas na Inglaterra, Hall mostra que algumas

instituições políticas para analisar a inovação, focalizando os caminhos que as ideias 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 ideias se combinam para produzir inovações, a partir de oportunidades que aparecem em um momento particular.

3 Uma interpretação para a configuração institucional da assistência à saúde no Brasil

A análise da trajetória da política de saúde do Brasil, a partir desses argumentos analíticos, permite concluir que o formato institucional híbrido da assistência à saúde é explicado, em grande parte, pelos legados das políticas de saúde que limitaram a possibilidade de mudança no sentido de um sistema público universal.

Para identificar os mecanismos por meio dos quais as políticas definidas em determinado momento afetaram seu desenvolvimento posterior, a análise da trajetória da política de assistência à saúde focalizou três momentos constitutivos de desenhos institucionais: a configuração do modelo segmentado público/privado nos anos 60; a reforma da política nos anos 80; e a implantação da reforma na década de 90, paralelamente aos processos de formação e decisão da política regulatória da assistência suplementar.

3.1 A constituição do modelo público/privado na assistência

A assistência à saúde de caráter público no Brasil se desenvolveu no âmbito da Previdência Social, a partir do vínculo trabalhista dos assalariados urbanos, como parte da concepção de uma “cidadania regulada”, e não como um projeto de inclusão universal. Acompanhando

instituições podem facilitar, e não impedir, a mudança de políticas. Na Inglaterra, a competição bipartidária e a responsabilidade do gabinete de governo podem estabelecer uma tensão que inspira a criatividade e encoraja a inovação. HALL, P. (1994), “*The movement from Keynesianism to monetarism: institutional analysis and British economic policy in the 1970s*”, in STEINMO, Sven, THELEN, Kathlen e LONGSTRETH, Frank (edits.), *Structuring Politics – historical institutionalism in comparative analysis*, Cambridge: Cambridge University Press. King mostra como estruturas institucionais definem os canais e mecanismos pelos quais novas ideias são transformadas em políticas. KING, Desmond. (1994), “*The establishment of work-welfare programs in the united States and Britains: Politics, ideas, and institutions*”, in STEINMO, Sven, THELEN, Kathlen e LONGSTRETH, Frank (edits.), *Structuring Politics – historical institutionalism in comparative analysis*, Cambridge: Cambridge University Press.

a fragmentação institucional da Previdência Social, já na sua origem, a assistência será diversificada e desigual entre os seus diversos institutos (IAPs). O desmantelamento da estrutura corporativa pós-64, com a unificação dos IAPs, alargou consideravelmente a cobertura previdenciária, sem significar, contudo, a constituição de um projeto político de direitos igualitários. A reforma foi feita de cima para baixo pelo governo autoritário, sem expressar uma demanda coletiva ou sem a mobilização de trabalhadores, os quais, ao contrário, se opunham à unificação.

Foi nesse momento que se manifestou a disposição pública de tornar a assistência à saúde uma política governamental, traduzida em decisões efetivas no sentido de expandir a cobertura e a destinação de recursos. Para isso foi estabelecido um arcabouço institucional que definiu os parâmetros do seu desenvolvimento e que apontam o sentido privatizante e a forma segmentada da expansão dos cuidados médicos. A ampliação da cobertura não se fez acompanhar da criação de uma estrutura pública de prestação de serviços, uma vez que a escolha política foi pelo privilegiamento da compra de serviços, favorecendo a expansão das instituições prestadoras privadas e, por meio de mecanismos de veto, foi restringido o desenvolvimento da rede pública. A contrapartida foi o baixo desenvolvimento da capacidade estatal, principalmente para a produção de serviços hospitalares, tornando o Poder Público dependente do setor privado e vulnerável às suas pressões. Fortemente capturado pelos interesses privados, o Estado brasileiro não desenvolveu também a sua capacidade reguladora.

Outro mecanismo de articulação com o setor privado, visando aumentar a cobertura, foi o recurso aos convênios com empresas para que assumissem a assistência para seus empregados em troca de um subsídio público. Um desdobramento dessa prática foi a terceirização da assistência pela via de convênios das empresas empregadoras com empresas médicas (ou medicina de grupo). Estimuladas pelos incentivos governamentais, essas novas instituições de saúde se desenvolvem a partir dos anos 60 e serão o esteio do desenvolvimento de uma assistência privada autônoma a partir de convênios bilaterais com as empresas, sem a participação das instituições previdenciárias. Ainda nos anos 60, são criadas as cooperativas médicas, inicialmente como um movimento dos profissionais médicos contra as condições de trabalho impostas pela medicina de grupo e para garantir a autonomia do trabalho médico, mas que vão encontrar nesse mesmo mercado possibilidades de expansão.

É claro que fatores internos às empresas, como a necessidade de redução do absenteísmo, aumento da produtividade e da competitividade na disputa por quadros mais qualificados, foram (e são) impor-

tantes na decisão de conceder assistência aos empregados. Mas o apoio governamental, inicialmente de forma direta, mediante subsídios financeiros, e posteriormente de forma indireta, por meio de mecanismos tributários, foi fundamental para a institucionalização e legitimação de uma prática empresarial que existia apenas de forma muito restrita.

A tendência à universalização foi, assim, contrabalançada pelo favorecimento de novas formas de diferenciação. Para os trabalhadores inseridos nos ramos menos dinâmicos da economia, nas regiões mais pobres ou no interior do país destinava-se a assistência pública previdenciária. Diferentemente, aqueles inseridos em grandes empresas e nas grandes cidades da região Sudeste passam a ser cobertos pela assistência empresarial, com ou sem a participação da previdência social. A expansão da assistência empresarial teve o efeito de vincular o interesse imediato de uma parcela de trabalhadores a uma assistência privada de melhor qualidade.

A década de 80 registra expansão significativa da assistência privada, em decorrência, principalmente, do aumento substancial dos planos empresariais, mas também com a comercialização de planos de saúde contratados individualmente. A inserção nesses planos se dará entre os estratos de maior renda e vai substituir, em parte, a prática liberal que prevalecia até os anos 70, que foi se inviabilizando com o crescimento dos custos da assistência médica. Esse comportamento foi incentivado pela política tributária, mediante o mecanismo da renúncia fiscal, beneficiando pessoas físicas e jurídicas, e facilitado pelas estratégias agressivas de comercialização de planos privados em um mercado, até o final da década de 90, sem qualquer regulamentação governamental.

Os incentivos públicos diretos ou indiretos e a ausência de intervenção favoreceram investimentos privados na área de saúde, criando diferentes organizações para a prestação de assistência médica, e, como consequência, levaram à constituição de determinados padrões de comportamento. A partir do formato institucional que a assistência vai adquirindo, não apenas se constituem atores, mas esses desenvolvem atividades e realizam investimentos, ao mesmo tempo em que se configuram interesses que vão compor a arena política do setor em que se darão as disputas relativas às decisões governamentais em um quadro de carências de recursos públicos. As políticas de saúde não apenas estruturaram os interesses, mas também passaram a modelar as estratégias políticas dos grupos beneficiados por elas considerando os objetivos básicos de, por um lado, garantir recursos públicos, de forma direta ou indireta, e, por outro, obter ou preservar regras favoráveis, mas principalmente garantir a ausência de regras para a expansão do mercado de assistência à saúde.

Um conjunto de decisões governamentais relativas à remuneração dos serviços hospitalares, ao mesmo tempo em que atendia à pressão dos prestadores de serviços e acomodava as demandas dos usuários por atendimento de melhor qualidade, aprofundou o hiato entre a assistência pública e a privada. Por meio delas, o governo permitiu o pagamento de complementação pelos atendimentos hospitalares em acomodações especiais, isto é, diferentes das custeadas pelo Poder Público. Essa decisão teve como efeito a deterioração do atendimento prestado em acomodações não especiais, ao mesmo tempo em que incentivou o desenvolvimento dos planos privados, autorizados a efetuar essa complementação. Diversas decisões nesse sentido tiveram o efeito de definir o comportamento dos atores privados: a) usuários que tinham capacidade de assumir os gastos foram incentivados a optar por acomodações especiais a custo mais baixo, uma vez que parcela dele era assumida pelo setor público; b) hospitais reduziram as acomodações tipo enfermaria para estimular o atendimento especial, mais lucrativo, num momento em que a remuneração governamental estava muito aviltada; e c) compradores de serviços – empresas empregadoras, cooperativas ou medicina de grupo –, pressionados pelos custos dos atendimentos, passaram a se organizar com o objetivo de negociar de forma coletiva com os prestadores e rebaixar os preços dos serviços de saúde, quando a participação governamental no pagamento dos serviços hospitalares se tornara pouco significativa. Desta forma, as medidas governamentais contribuíram, em primeiro lugar, para a explicitação do conflito de interesses entre entidades médicas e operadoras de planos de saúde, em função do controle de custos, e, em segundo, para desfazer o vínculo da assistência privada com a pública. Nos anos 80, a assistência privada deixa de ser complementar para se tornar suplementar, passando a ter seu desenvolvimento de forma autônoma, em relação tanto ao financiamento quanto à forma de captação da clientela. No final da década, decisões governamentais favoreceram a entrada das seguradoras no ramo saúde, o que lhes permitiu disputar o mercado com a medicina de grupo e as cooperativas médicas. Na forma de uma espiral, a sequência de decisões e ações foi reforçando as opções privadas.

A dinâmica das decisões governamentais e das ações privadas foi constituindo o arranjo institucional da assistência à saúde no Brasil que assumiu um formato híbrido – público e privado –, integrando agentes variados, articulados por um conjunto de regras. Essas inicialmente eram definidas prioritariamente pelo Poder Público, que era o agente regulador, mesmo que de forma precária. Em um segundo momento, esse espaço de regulação foi sendo ocupado e disputado por agentes privados representantes do segmento da assistência supletiva, concomitantemente ao processo de autonomização em relação ao setor público.

Esse arranjo institucional vai se caracterizar pela complexidade, com várias organizações diferenciadas disputando o mercado de saúde - tanto do lado da oferta de serviços como da captação de clientes - e o poder regulatório. A formação de organizações de interesses reflete ações em cadeia a partir das alterações da assistência e do surgimento de novos agentes. Nos anos 60 surgem a Associação Brasileira de Empresas de Medicina de Grupo (ABRAMGE), cuja origem é vinculada à política dos convênios/empresa, e as cooperativas médicas (UNIMED's), que se organizam para garantir o controle dos serviços médicos pelos próprios médicos. Nos anos 80 surgem as organizações representantes da assistência vinculada a empresas - Associação Brasileira de Serviços de Saúde Próprios de Empresa (ABRASPE) e Comitê de Integração das Entidades Fechadas de Assistência à Saúde (CIEFAS) - como resultado da organização dos compradores de serviços com o objetivo principal de buscar o controle de preços e em contraponto às tentativas das organizações médicas de regular o mercado. Ao se organizarem politicamente, os diversos segmentos empresariais conseguiram concentrar recursos políticos que lhes permitiram obter significativa influência no processo decisório nos momentos cruciais de redefinição da política de saúde, como na constituinte e na regulamentação tardia da assistência privada no final dos anos 90.

Entre os interesses constituídos estão os dos beneficiários da assistência privada, particularmente os empregados das empresas e instituições públicas que administram ou contratam planos de saúde. A institucionalização das formas empresariais de assistência privada torna esse benefício patronal um diferencial valorizado nas relações de trabalho e, de forma endógena ao contexto institucional da assistência e em função das vantagens distributivas da política de saúde, configura-se a preferência pela assistência privada. A experiência com uma assistência segmentada tem, assim, efeitos cognitivos ao prover modelos de interpretação da realidade que funcionam como justificativas *pós-facto* da preferência pela assistência privada. Como consequência do desenho institucional da assistência e do mau desempenho do setor público, desenvolveram-se atitudes que reforçam as opções segmentadas, garantindo baixo suporte ao sistema público.

3.2 A reforma da política de saúde nos anos 80

A formação da proposta de reforma da política de saúde se deu, a partir de meados da década de 70, pela articulação de um movimento político-ideológico como parte integrante do processo mais amplo de democratização. Esse movimento envolveu a construção teórica de um modelo de compreensão dos determinantes sociais da saúde e um con-

junto de ações estratégicas visando à divulgação de ideias, à articulação de pessoas e organizações e à ocupação de espaços institucionais para a experimentação de projetos inovadores como mecanismo de constituição de uma alternativa à política vigente. De origem acadêmica, o movimento pela reforma sanitária conseguiu articular um conjunto diversificado de atores, como a categoria médica, o “movimento popular em saúde”, segmentos burocráticos e o Movimento Municipalista, constituído pelos secretários e técnicos municipais de saúde. Na conjuntura de insatisfação com o regime autoritário e no movimento de constituição de um novo pacto no país, foi possível superar os objetivos e interesses setoriais ou corporativos na afirmação de uma alternativa para o setor saúde, cujo conteúdo principal era a universalização e a responsabilidade pública, em oposição clara ao modelo segmentado e híbrido que caracterizava a política de saúde.

Na década de 70 ensaiaram-se algumas práticas governamentais alternativas no sentido de valorização do setor público mediante uma maior racionalização na utilização dos recursos em momento de crise de financiamento da assistência. Na década seguinte, no contexto da “abertura” política e de aprofundamento da crise, vão ocorrer mudanças na política de saúde bastante significativas do ponto de vista de sua concepção, embora bem menos em termos do impacto no modelo vigente, como embriões dos princípios da reforma que seria definida no final da década. Por serem propostas em clara diferenciação com o modelo preva- lecente, essas experiências enfrentaram grande oposição, expressando os interesses ligados aos diversos agentes do mercado privado de saúde, como operadoras de planos de saúde, prestadores de serviços e usuários, apoiados por grande parte da burocracia previdenciária.

No processo constituinte se explicitaram as duas visões antagônicas sobre a assistência à saúde, então definidas como “estatizante” e “privatizante”. Se a primeira representava a perspectiva inovadora dos atores que se articulavam em torno da reforma, a segunda representava os interesses e concepções forjados na trajetória da política de saúde como efeito de *feedback* do sistema de saúde vigente há mais de duas décadas. Apenas os defensores das ideias do movimento sanitário tinham propostas mais elaboradas, fruto de um longo processo de desenvolvimento teórico e de articulação política. O movimento pôde utilizar seus conhecimentos como recurso de poder no processo de tomada de decisões e de definição de alternativas, conseguindo que suas principais propostas fossem reforçadas por diferentes categorias, como a CUT, sindicatos de profissionais de saúde e Conselho Federal de Medicina, além de parte dos constituintes. Entretanto, a possibili-

dade de alteração brusca do sistema de saúde a partir dessa proposta suscitou a mobilização e evidenciou o peso e capacidade de articulação, tanto dos representantes das instituições privadas (medicina de grupo, cooperativas médicas e seguradoras) como dos prestadores de serviços privados, unidos na defesa do pluralismo das formas de atendimento à saúde e da “liberdade de escolha”.

O texto constitucional refletiu os acordos entre esses diferentes atores e suas ambiguidades refletem o ajustamento entre alternativas inovadoras e padrões consolidados. O resultado foi a conformação jurídico-legal de um sistema híbrido e segmentado que, ao mesmo tempo em que consagra a saúde como direito e garante a universalidade de acesso à assistência, preserva a liberdade do mercado, limitando a reforma ao setor público.

A reforma da política de saúde caracteriza, assim, uma situação de ruptura e continuidade, explicável a partir da confluência de fatores que favoreceram a inovação institucional com o legado das políticas prévias que limitaram a possibilidade de mudança. A mudança foi possibilitada por uma situação excepcional de construção de um novo pacto social no processo de democratização e em uma situação de desequilíbrios institucionais, no bojo da qual se constituiu um novo marco legal para a saúde. Nesse quadro, foi possível a modificação da arena política setorial com a incorporação de novos atores portadores de propostas alternativas, que se confrontaram com aqueles constituídos a partir das políticas anteriores. A crise da assistência, que se traduzia em insatisfação generalizada, foi outro fator que favoreceu a mudança institucional, na medida em que o movimento sanitário soube apresentar uma alternativa para a crise, colocá-la na agenda e obter apoio político para ela. Nesse processo, constituiu-se uma comunidade epistêmica, cuja influência se traduziu em alterações no processo político, por ter sido capaz de fazer a mediação entre a crise e as escolhas realizadas, ao fornecer uma proposta consistente e de amplo respaldo. Na transição democrática, abriu-se uma “janela política”, de forma que os problemas da política vigente, associados ao processo político mais amplo de democratização, convergiram de modo a permitir que forças políticas não hegemônicas influenciassem decisivamente a formulação da política de saúde, dando lugar, em um momento específico, ao surgimento de uma política informada por uma ideologia publicista e por uma concepção de saúde como direito, tendo como corolários a universalização e a igualdade⁸.

⁸ A ideia de janela para políticos considera a perspectiva de Kingdon, segundo a qual problemas políticos e processo político convergem e divergem, dando lugar no momento e lugar adequados ao surgimento de uma política completa. KINGDON, J. Agendas,

Por sua vez, o caráter limitado da reforma é explicado pelos efeitos de *feedback* das políticas prévias sobre o processo político-decisório, expressos pela constituição de interesses e pela formação das preferências dos atores favorecidos pelas políticas de saúde estabelecidas a partir dos anos 60. A mudança não significou o estabelecimento de uma nova rota para a assistência à saúde, pois ao mesmo tempo em 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 trajetória⁹.

3.3 A implantação da reforma nos anos 90

Mais do que uma mera tradução prática de decisões, a implantação da reforma se mostrou como um processo ainda de formulação da política de saúde, cujo resultado será a consolidação de um sistema dual. Os efeitos de *feedback* da configuração de uma determinada estrutura institucional se manifestam de várias maneiras, afetando a disposição e capacidade governamental e conformando as preferências e a interpretação da realidade dos atores que poderiam dar suporte político mais ativo à implantação da reforma da saúde. Expressando essa trajetória, a implantação do sistema público vai ser um processo cheio de contradições, no qual, ao mesmo tempo em que o Sistema Único de Saúde (SUS) de fato se institucionaliza e se torna uma realidade, sua implantação se faz em condições precárias e de forma incompleta.

No processo de implementação, um efeito de *feedback* das políticas anteriores se traduziu na falta de suporte político efetivo de categorias sociais relevantes, seja por sua atuação no setor saúde ou por sua maior capacidade de mobilização. O movimento sanitário não se constituiu enquanto um grupo de interesse, embora agregasse alguns, mas como um conjunto de pessoas e instituições, que em alguma medida, em um momento singular de refundação democrática, partilharam um conjunto de valores éticos e de propostas políticas e técnicas com o objetivo de democratização do sistema de saúde. Essa “identidade” forjada na conjuntura autoritária permitiu a minimização dos interesses particularistas, mas mostrou sua fragilidade no momento de implantação da reforma, no contexto pós-governo militar, quando as alianças

alternatives, and public policies. Boston: Little Brown, 1984.

⁹ A experiência brasileira de reforma da política de saúde não corrobora a ideia 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 e Collier e Krasner (*apud* Hall e Taylor, 1996).

mais amplas não lograram se sustentar. Após a redemocratização, as diferentes clivagens se explicitaram e não se conseguiu mais uma homogeneidade de propostas, tanto pelas fraturas ideológicas internas do movimento sanitário e do movimento popular quanto pela retomada das questões meramente corporativas de atores que se tinham aglutinado ao movimento, particularmente os profissionais médicos. Esse foi o caso também dos trabalhadores e dos sindicatos com maior nível de organização e maior poder de barganha, localizados nos grandes centros industriais no eixo Rio/São Paulo. Embora o apoio ao SUS tenha sido generalizado entre eles e se mantivesse formalmente no período de implementação, de fato não tinham muitos incentivos para um apoio mais efetivo a uma reforma sanitária radical, entendida como uma transformação publicista da assistência à saúde. Pelo menos a curto prazo a implantação completa do SUS lhes traria perdas objetivas, na medida em que, na sua maioria, deveriam estar vinculados a planos de saúde empresariais, a essa altura institucionalizados e em expansão, constituindo-se, muitas vezes, em objeto de negociação coletiva, mesmo que ideologicamente não deixassem de expressar apoio incondicional às propostas do SUS.

Por sua vez, os prováveis usuários do SUS, os segmentos excluídos da assistência privada, seja pela menor renda ou pela forma de inserção mais precária no mercado de trabalho, não demonstraram capacidade de mobilização que pudesse dar sustentação à reforma, que, por suas características redistributivas, demandaria coalizões mais amplas, particularmente em uma situação institucionalizada de diferenciações e privilégios. Nem os movimentos populares mantiveram uma mobilização coesa e nem os sindicatos mais fortes se mobilizaram de fato (e não apenas formalmente) por uma assistência universal, igualitária e pública.

Essa falta de suporte reflete a ausência de uma demanda universalista entre os trabalhadores e categorias profissionais que traduzisse a existência de uma identidade coletiva e o desenvolvimento de valores solidaristas que pudessem se expressar no apoio efetivo à proposta do SUS. Nada disso foi favorecido pela trajetória de expansão dos direitos sociais no país, entre eles a assistência à saúde, que, ao contrário, deu-se com base em um modelo meritocrático, desenvolveu-se favorecendo as demandas corporativas no âmbito das instituições previdenciárias e, após o surgimento e desenvolvimento da assistência empresarial, tornou-se um benefício particularizado, dependendo da forma de inserção no mercado de trabalho.

O veto implícito à implantação da reforma em sua completa acepção não veio, contudo, apenas dos segmentos favorecidos pela assistência

privada. Por meio de mecanismos indiretos, particularmente o subfinanciamento do SUS, o próprio governo não garantiu a viabilização dos objetivos da reforma. A indefinição e a ausência de fontes estáveis de financiamento têm barrado os avanços da implantação do sistema público. A aprovação da EC 29/2000, que teoricamente vincula recursos dos três níveis de governo para a saúde, não demonstra que a questão terá uma solução satisfatória. Como a principal fonte de recursos para custeio da assistência pública é de origem federal, divergências intraburocráticas relativas à base de cálculo para a definição da contribuição da União têm se traduzido em alocação de recursos aquém do esperado com a aprovação da EC, com possibilidades de redução em médio prazo¹⁰. A transferência dos encargos financeiros para as unidades subnacionais de governo sugere o menor comprometimento do governo federal com o financiamento do SUS, caracterizando um processo de inviabilização sistêmica, mesmo que não se manifestem propostas explícitas de redução programática do seu escopo.

A conjuntura econômico-financeira de recessão não foi favorável à implantação do SUS, que, para sua efetivação, necessitaria de uma ampliação de recursos proporcional à expansão da clientela e das atribuições. Entretanto, isso não significa que o problema seja apenas a falta da capacidade de implementação, particularmente financeira, pois isso pressupõe que existiria, de fato, o objetivo estatal de implantação dos dispositivos constitucionais, ou seja, um sistema público de caráter universal e igualitário. Ao que tudo indica, um projeto publicista para a saúde não se constituiu como um objetivo governamental. Os princípios do SUS conseguiram ser definidos como política de governo em função de uma conjuntura privilegiada, mas sua implantação vai se dar em um quadro político dominado por forças políticas conservadoras e na contramão das propostas conhecidas como neoliberais, fortalecidas em contexto marcado pela perda de apoio e legitimidade de políticas sociais universalistas e pela valorização do mercado em detrimento de opções caracterizadas pela ampliação da esfera de atuação do Poder Público. No momento de implantação da reforma, não apenas as contradições da legislação se evidenciam, mas também se fecha a janela anterior, e outros fatores vão convergir de forma a não tornar realidade a assistência à saúde universal e igualitária.

As políticas prévias tiveram também efeitos sobre a capacidade governamental de implementar a reforma por razões associadas à própria natureza da assistência à saúde, que demanda a disponibilidade de uma rede diversifi-

¹⁰ Sobre a aprovação e implementação da EC29/2000, ver MENICUCCI, Telma M. G. 2003, Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória. Tese de doutorado, FAFICH/UFMG, Belo Horizonte, datilo..

cada de serviços de saúde. Para permitir, efetivamente, o acesso universal, seria imprescindível ao SUS dispor de uma rede de atendimento ampla, própria ou regulada estatalmente. O veto à expansão da rede pública associado à opção pela compra de serviços privados, ao longo da trajetória da política de saúde, levou a uma dependência da rede privada para a garantia da assistência pública. Como essa opção não foi acompanhada do desenvolvimento da capacidade reguladora do governo, fortemente penetrado pelos interesses dos prestadores privados, a consequência foi a submissão da lógica da atuação pública à lógica dos interesses privados. Esse legado político e estrutural das políticas coloca hoje limites para a ampliação do atendimento e para a eliminação das barreiras ao acesso em uma situação em que a conjuntura econômica e ideológica não coloca na agenda a ampliação da rede pública. Independente disso, a prática de compra de serviços tende a ser readotada, sendo considerada a resposta natural, de forma que a ampliação da rede pública sequer tem entrado no debate público. Embora a natureza privada dos estabelecimentos de saúde não impeça por si só a sua publicização, a configuração institucional híbrida do sistema de saúde e a ausência de regulação coloca constrangimentos para que se consiga fazer prevalecer o interesse público, uma vez que para os prestadores existe a alternativa de vender serviços no mercado dos planos de saúde.

Entretanto, apesar das restrições, o SUS se institucionalizou, ocorrendo de fato uma reorganização da assistência pública no país, inclusive com o reconhecimento público do direito à saúde. Nesse processo, outros atores se constituíram e passaram a disputar espaço na arena decisória - gestores municipais e estaduais, fortalecidos em função do processo de descentralização; conselhos de saúde formados nos três níveis de governo como exigência da legislação -, além de estar constituída uma rede de instituições e atores em torno do SUS, cujos interesses são diretamente afetados pela política de saúde, como os prestadores de serviços e profissionais de saúde, uma vez que a principal porta de entrada para a assistência é o sistema público. Apesar de não cobrir toda a população, o SUS é responsável pela grande maioria dos serviços de saúde prestados no país e pela cobertura total de cerca de 75% da população, além de atender o restante da população para determinados procedimentos - casos em que se caracteriza a situação de dupla cobertura dos cidadãos que contam com a cobertura privada sem deixar de fazer jus ao atendimento público de caráter universal.

3.4 A regulamentação da assistência privada

Na década de 90, paralelamente à implementação do sistema público, deu-se a constituição de uma política regulatória voltada para as atividades privadas no campo da assistência à saúde, colocando sob

controle governamental atividades que se desenvolviam desde a década de 60 de forma autorregulada. Por motivações distintas, a regulação entrou na agenda pública a partir de demandas de consumidores, setores governamentais e do segmento segurador - os primeiros interessados em expandir a cobertura assistencial, garantir o controle de preços e a segurança nos contratos; os demais querendo estabelecer regras uniformes para todos os segmentos que operam planos e seguros de saúde, de forma a criar condições para o fortalecimento desse mercado. Em meados da década a discussão pública alcançou o debate parlamentar e em 1998 foi promulgada a Lei Nº 9.656 que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde. A evolução do processo regulatório culminou com a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) em dezembro de 1999, vinculada ao Ministério da Saúde, expressando a assimilação dos modelos regulatórios difundidos internacionalmente.

Sob a justificativa de corrigir falhas de mercado, a proposta de regulação teve um duplo escopo. Por um lado, disciplinar as relações contratuais entre operadoras e usuários, regulando cláusulas contratuais, principalmente às relativas a exclusões de cobertura assistencial, sendo esse o *issue* mais polêmico e responsável pelas maiores clivagens. Por outro lado, com a legislação se propôs regular o setor, fixando exigências para constituição e funcionamento das operadoras e definindo órgãos fiscalizadores, buscando garantir sua capacidade econômico-financeira.

No processo de regulamentação, antigos e novos atores configuraram uma arena bastante conflitiva, que, grosso modo, agregou, de um lado, operadoras de planos de saúde e, de outro, prestadores de serviços (profissionais médicos e organizações hospitalares) e consumidores de planos de saúde – o primeiro grupo, movido pelo interesse de custos mais baixos; os segundos, interessados na maior cobertura. O debate parlamentar e as pressões no sentido de influenciar o processo decisório expressaram as conseqüências das políticas anteriores sobre o processo político, ao configurarem a arena política na qual se confrontaram os diferentes interesses construídos na trajetória da assistência privada.

A legislação consagrou a expressão “assistência suplementar”, que demarca a diferença em relação à assistência pública e exclui a perspectiva de ações complementares, consagrando-se o caráter segmentado da assistência à saúde. Explicitando de forma clara a divisão de clientela, a legislação definiu o ressarcimento de despesas no caso de utilização da rede pública por usuários de planos de saúde.

O Ministério da Saúde, enquanto espaço institucional de formulação e execução da política de saúde, de forma direta ou indireta por intermédio da ANS, passa a ser a instância reguladora de dois sistemas de assis-

tência à saúde não apenas díspares do ponto de vista conceitual e jurídico, mas formalmente independentes, e com coberturas, clientela e qualidade bastante diferenciadas. Um deles, o SUS, fundamentado na concepção do direito à saúde – portanto, de caráter universal e igualitário –, e o segundo, baseado na lógica do mercado em que a participação é desigual, embora formalmente livre, sendo os planos de saúde vistos como produtos a serem registrados e controlados quanto à qualidade e preço, mas também como quantidade variável de produtos a serem consumidos. Cada um deles reflete pressupostos políticos diversos, não só relativos ao papel do Estado como da gestão pública. Na gestão do SUS a participação de representantes da sociedade e dos gestores das diversas instâncias subnacionais de governo é garantida por meio de diversos arranjos institucionais, que permitem não só maior responsabilização do Poder Público, como também a participação no processo decisório. No caso da assistência suplementar, o arranjo institucional de uma agência reguladora dotada de alto grau de autonomia administrativa, decisória e punitiva não considera as instâncias decisórias e gestoras do SUS. A partir de uma concepção técnica e profissional de responsabilidade, a ANS é submetida a mecanismos de responsabilização que seguem, principalmente, a lógica da avaliação de resultados. Na contramão dos princípios constitucionais, não só com respeito a aspectos substantivos da assistência à saúde (como a integralidade e a igualdade), mas inclusive quanto à definição dos fóruns democráticos de decisões, a regulamentação dos planos e seguros de saúde referendou a dualidade institucional, ideológica e programática do sistema de saúde brasileiro. Nesse sentido, a política regulatória tem como consequência a fragilização do projeto SUS do ponto de vista político-ideológico e sinaliza para um aprofundamento da cisão entre os dois sistemas - o público e o privado -, além de reforçar as crenças cognitivas a respeito dos dois.

4 Conclusões

A interpretação da configuração institucional dual e para o processo político subjacente à definição da política de saúde no Brasil considerou como fator explicativo principal as políticas de saúde prévias a partir do conceito de dependência de trajetória. A análise da trajetória da política de assistência à saúde identificou os efeitos de *feedback* das políticas anteriores, todos interligados, considerando a dinâmica entre os processos decisórios e os arranjos institucionais constituídos que se tornaram parâmetros segundo os quais as escolhas posteriores foram definidas.

As decisões governamentais voltadas para a ampliação da assistência à saúde de caráter público favoreceram a constituição de determinados

padrões de assistência, fornecendo incentivos diretos e indiretos para o desenvolvimento do mercado privado de saúde em detrimento da assistência pública, encorajando a expansão de redes de produção e gestão da assistência à saúde e propiciando o surgimento de instituições como a medicina de grupo, as cooperativas médicas e os sistemas de autogestão vinculados a empresas que administram planos de saúde para seus empregados. Nos anos 80, também favorecida por incentivos fiscais às pessoas físicas, a assistência privada se expandiu para fora das empresas por meio dos planos de saúde contratados diretamente pelo usuário com as diferentes operadoras comerciais. Isso significou a institucionalização de formas diversificadas de financiamento, provisão e acesso à assistência, configurando o padrão segmentado da assistência no Brasil. Os investimentos privados no setor e a atuação dos diversos agentes do mercado levaram ao estabelecimento de padrões de comportamento, difíceis de reverter (efeitos *lock in*).

Em decorrência do efeito anterior, as políticas de saúde, ao modelarem diferentes identidades e clivagens sociais, contribuíram para a estruturação dos interesses privados na saúde e, nessa medida, condicionaram o conflito político e estruturaram o processo de tomada de decisões ao configurarem a arena da saúde e as disputas por alternativas de políticas. Os efeitos de *feedback* sobre o processo político se expressam também no comportamento dos beneficiados pela trajetória específica da política de saúde na condição de usuários. A segmentação de clientela não favoreceu a constituição de uma identidade coletiva e de valores solidaristas entre o público alvo da política, capaz de articular uma demanda universalista. De forma indireta, esse modelo vai ter consequências para a implantação da reforma da política nos anos 90, de sentido universalista e publicista, que não vai contar com o apoio efetivo, embora o tenha formalmente, dos setores mais mobilizados dos trabalhadores que constituíram um veto implícito à universalização da assistência pública.

Em consequência dos efeitos do legado das políticas prévias, a reforma sanitária definida na Constituição de 1988 foi um processo de inovação limitada, caracterizado tanto por uma ruptura em termos jurídico-formais do padrão de cidadania regulada e segmentada como por elementos de continuidade. Essa duplicidade se expressa no próprio texto constitucional, se concretiza pelo aprofundamento das características do modelo híbrido da assistência e se consolida com a regulação da assistência privada no final dos anos 90.

A reforma da política de saúde foi o resultado de uma confluência de fatores endógenos e exógenos à própria política. De um lado, a inovação foi possibilitada pela conjuntura política mais ampla de democratização e pela configuração interna de uma crise setorial; de outro, o legado das políticas prévias levou à convivência da inovação com a continuidade. A definição da

reforma da política conviveu com a manutenção dos arranjos previamente estabelecidos, demonstrando a influência dos interesses consolidados ao longo da trajetória da assistência. No momento da implementação da reforma, essas contradições se explicitaram, deixando evidente que a mudança institucional não definiu uma mudança de rota para a assistência à saúde. Além de não ser descontinua, a mudança institucionalizou a dupla trajetória,

Essa interpretação diverge, embora não seja de todo incompatível, de outros argumentos que, implícita ou explicitamente, aparecem na literatura para explicar a expansão da assistência privada paralelamente à implantação da reforma universalista do sistema público. Os problemas concretos para a implantação dessa nova política 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 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 frente a um suposto afastamento do Estado das atividades relativas à assistência à saúde¹¹. Essa linha de análise e o reconhecimento de processos similares em diferentes países sugerem 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.

Mesmo que possa haver pressão no sentido de uniformização da agenda de reformas, as diferenças entre os países não permitem uma interpretação que negligencie as especificidades e, muito menos, o *timing* dos processos privatizantes. Essas diferenças sugerem a relevância de fatores explicativos internos, particularmente os político-institucionais e a trajetória histórica de cada país¹². Isso é particu-

¹¹ Nos anos 90 a agenda internacional da saúde sofreu uma inflexão e foram introduzidas, além de questões administrativas e gerenciais para a reorganização dos sistemas de saúde, a defesa de menor grau de responsabilização do Estado na provisão de serviços (Viana, 2000). Reformas em sistemas de saúde em diferentes países buscaram, em maior ou menor grau, incorporar a participação do mercado na prestação de serviços, sugerindo novas perspectivas da combinação público-privado. Nessa conjuntura de reformas, várias análises identificam uma tendência comum em todos os países da América Latina no sentido da "privatização" da saúde, significando a ampliação do setor privado em detrimento do estatal em um contexto em que a lógica mercantil teria se tornado o elemento ordenador da área da saúde (LAURELL, Asa Cristina. "La lógica de la privatización en salud", in Eibenschutz, Catalina (org.). Política de Saúde: o público e o privado, Rio de Janeiro, 1995. FIOCRUZ; EIBENSCHUTZ, Catalina. "Apresentação", in Eibenschutz, Catalina (org.), Política de Saúde: o público e o privado, Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1995).

¹² Como exemplos de estudos comparativos, ver LAURELL, Asa Cristina. "La lógica de la privatización en salud", in Eibenschutz, Catalina (org.). Política de Saúde: o público e o

larmente evidente no caso brasileiro onde a expansão da assistência privada em detrimento da assistência pública não traduz um padrão de convergência na natureza e no conteúdo da reformas. Ao contrário, ela encontra explicação em fatores relacionados com a própria trajetória da política de saúde, na qual o *timing* da privatização foi muito anterior ao movimento de reforma do Estado, não podendo ser visto como uma resposta às mudanças na conjuntura nacional e internacional. Mais do que isso, a reforma de cunho publicista e universal foi possível em um contexto de mudança política mais ampla, quando se abriu uma *janela* política em uma situação favorável a rupturas institucionais. No momento de implantação, contudo, fecha-se essa janela, e esse processo se dá simultaneamente à conformação de uma nova agenda, em situação de reconfiguração do Estado. A confluência desses processos vai definir os contornos da assistência no país, aprofundando as tendências históricas.

De forma prospectiva, é possível especular sobre os desdobramentos da política de saúde brasileira a partir dos componentes analíticos da interpretação que fizemos da sua trajetória. Na medida em que os efeitos de *feedback* das políticas prévias consolidaram um determinado padrão de assistência, na ausência de fatores que provoquem desequilíbrios nos arranjos moldados até agora, é pouco provável que a configuração institucional da assistência venha sofrer alterações relevantes. As possibilidades de reformulação institucional dependem de alterações no contexto mais amplo, político ou econômico, ou de crises internas que possam ser utilizadas como oportunidade por atores portadores de propostas alternativas. Entretanto, não há indícios de propostas articuladas de um novo desenho para a política de assistência. Ou seja, a questão não está na agenda.

A dinâmica interna da política de saúde aponta várias contradições e estrangulamentos, muitos deles decorrentes da sua própria natureza dual, que produz inúmeras ineficiências. Essa situação tende a

privado, Rio de Janeiro, 1995. FIOCRUZ. FLEURY, Sonia. "Paradigmas da reforma da seguridade social: liberal produtivista versus universal publicista", in: EIBENSCHUTZ, Catalina (org.), *Política de Saúde: o público e o privado*, Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1995. LABRA, María Eliana. "As Políticas de Saúde no Chile: entre a Razão e a força", in LABRA, María Eliana e BUSS, Paulo Marchiori (orgs.). *Sistemas de Saúde - continuidades e mudanças*, São Paulo- Rio de Janeiro, Hucitec e Fiocruz, 1995. ALMEIDA, Célia Maria de. "Crise econômica, crise do Welfare State e reforma sanitária", in GERSCHMAN, S. & VIANNA, M.L. (orgs.), *A miragem da pós-modernidade - Democracia e políticas sociais no contexto da globalização*, Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1997. VIANA, Ana Luíza D'Ávila. "As políticas de saúde nas décadas de 80 e 90: o (longo) período de reformas". in CANESQUI, Ana Maria (org.). *Ciências sociais e saúde para o ensino médico: Saúde em debate - série didática*, São Paulo, Editora Hucitec/FAPESP, 2000.

produzir crises que, dependendo da forma como forem utilizadas pelos atores políticos, poderão abrir novas janelas políticas e levar a rupturas, mesmo que limitadas pelas políticas prévias. Se o modelo analítico admite a possibilidade de mudança, entretanto, o sentido dela é imprevisível. Porque se desenvolve uma dupla trajetória, é possível pensar em desdobramentos duplos, dependendo de que segmento vai encontrar condições mais favoráveis de desenvolvimento.

Entretanto, alguns indícios permitem sugerir alguns desdobramentos possíveis. A regulação da assistência supletiva não tem levado à expansão do mercado, que se encontra em fase de quase estagnação ou, mesmo, de saturação. A agência reguladora não tem conseguido “corrigir as falhas do mercado”, e o conflito relativo às regras não tem logrado construir um consenso. Por sua vez, o SUS tem se materializado em formatos institucionais que também vão fornecer a moldura em que se farão novas escolhas, decisões e políticas futuras a partir da constituição de interesses e atores. É possível especular que esses possam vir a dar maior sustentação política ao SUS em um quadro de restrições econômicas concretas para a expansão do segmento privado. Ou seja, da mesma forma que o modelo de política adotado no passado produziu instituições, atores e interesses de forma a limitar as escolhas posteriores, também a dinâmica futura da política de saúde poderá ser afetada pelos efeitos institucionais da consolidação do SUS caso o segmento privado não encontre novas alternativas de expansão. Mas, na falta de fatores contingenciais que provoquem desequilíbrios e favoreçam inovações, e na inexistência de uma proposta inovadora articulada politicamente, a tendência será da inércia institucional.

