

As regras do jogo

A lógica da política de saúde na França, na Suíça e na Suécia¹

Ellen M. Immergut

Explicar a mudança é um problema essencial para a análise institucional. Se as instituições devem ter uma espécie de capacidade de permanência, como as mesmas instituições podem explicar tanto a estabilidade quanto a mudança? Se as instituições limitam o escopo da ação que parece possível aos diferentes atores, por que estes podem às vezes escapar dessas restrições? Este ensaio usa o exemplo do processo de criação do seguro nacional de saúde (*national health insurance*) para mostrar como as instituições podem explicar tanto a estabilidade quanto a mudança de políticas. Para alcançar esse resultado, a análise rompe com o esquema de explicação por correlações. Ou seja, em vez de analisar a formulação de políticas em termos de correlações entre *inputs* (as demandas formuladas pelos grupos sociais, ou as heranças de políticas anteriores) e *outputs* (os dispositivos específicos da legislação), a força explicativa da análise institucional está em mostrar por que *inputs* e *outputs* podem se articular de modo distinto em diferentes sistemas políticos.

O problema

Os programas de seguro social de saúde constituem um excelente objeto para a comparação institucional. Quase todos os países da Europa Ocidental cogitaram de propostas de criação de um seguro nacional de saúde, isto é, de programas públicos compulsórios que garantam aos cidadãos cobertura para tratamentos médicos. Embora as características dos programas propostos tenham sido semelhantes, as

¹ Texto publicado na Revista Brasileira de Ciências Sociais em 1996. O texto original é de 1992.

políticas adotadas foram muito diferentes. As disputas políticas que cercaram a aprovação desses programas resultaram em acentuadas diferenças no papel do governo no provimento de assistência médica. Mas as razões que explicam essas diferenças não são facilmente identificáveis. Não se trata apenas da existência de semelhanças entre os projetos examinados pelas autoridades, mas do fato de grupos de interesse de posição social equivalente parecerem ter interpretado seus objetivos de modo parecido. É o caso particular dos médicos que, tradicionalmente, vêem nos programas de seguro social de saúde uma ameaça à sua independência profissional. Enquanto esses programas ampliam o mercado para a assistência médica com o uso de recursos públicos para a remuneração dos serviços médicos, eles também dão aos governos razões financeiras para regulamentar o exercício da medicina.

Após começarem a pagar pelos serviços médicos, os governos inevitavelmente tomam providências para controlar os preços desses serviços e, portanto, para controlar os rendimentos e as atividades dos médicos. Desse modo, os programas nacionais de seguro na área da saúde criam um conflito de interesses entre os governos e os médicos, na qualidade de compradores e vendedores dos serviços; os programas, portanto, são vistos como uma ameaça à autonomia econômica dos médicos. Contudo, apesar da reputação da classe médica como grupo insuperável em sua capacidade de exercer o veto político, alguns governos europeus superaram a oposição da classe e colocaram em prática ao mesmo tempo programas nacionais de seguro e medidas de substancial restrição a suas atividades profissionais. Em outros países, ao contrário, o protesto dos médicos surtiu efeito no bloqueio das iniciativas do governo, tanto na instalação desses programas quanto no controle dos preços das consultas. Se as associações médicas têm o monopólio da prática da medicina em toda a Europa, e são vistas como politicamente muito influentes, como se explica a significativa variação entre as políticas de saúde nos países da Europa Ocidental? Por que alguns governos conseguiram “socializar” a medicina?

Este ensaio faz uma comparação entre os processos políticos de aprovação do seguro social de saúde na França, na Suíça e na Suécia. Nos três países foram apresentadas propostas tanto para o estabelecimento desse seguro quanto para o controle dos preços das consultas médicas. Partindo de premissas semelhantes, porém, os sistemas de saúde instalados nesses três países seguiram direções diferentes, em consequência das propostas transformadas em lei em cada um deles. Na Suíça, o seguro nacional de saúde foi rejeitado e o papel do governo no mercado de assistência médica se limita ao subsídio ao seguro privado. Na França sucedeu o oposto: o governo conseguiu não só aprovar um programa de seguro público compulsório, que remunera os médicos particulares pela assistência prestada, quanto exerce um relativo controle sobre os preços das consultas. O governo sueco foi ainda mais longe: primeiro, criou um seguro social e, depois, converteu o programa em um serviço nacional de saúde, que proporciona tratamento médico diretamente à população através de médicos contratados pelo governo e que trabalham em hospitais públicos. O resultado dessa série de conflitos foi a constituição de três sistemas de saúde, que representam três modelos de intervenção governamental na área: o sistema sueco pode ser considerado como o mais socializado da Europa, o suíço é o mais privatizado e o francês é uma espécie de meio-termo conflituoso entre os dois. Portanto, pode-se dizer que a autonomia econômica dos médicos tem sido mais limitada na Suécia e mais livre na Suíça.

A conclusão do ensaio é que esses resultados tão divergentes não podem ser explicados por diferenças de opinião entre os legisladores, pelas diferenças de partidos políticos ou por diferenças nas preferências e nas organizações dos vários grupos de interesse envolvidos na questão. Ao contrário, o ensaio defende a tese de que a melhor explicação desses resultados se encontra na análise das instituições políticas de cada país. São elas que estabelecem diferentes regras do jogo para políticos e para grupos de interesse, buscando aprovar ou bloquear planos de ação. Regras *de jure* que compõem o desenho institucional determinam procedimentos que facilitam ou impedem a tradução do poder político em políticas concretas. Regras de fato que se originam nos resultados eleitorais e nos sistemas partidários alteram a maneira pela qual

essas instituições formais funcionam na prática. O conjunto dessas normas institucionais determina lógicas distintas de tomada de decisão, que definem os parâmetros da ação do governo e da influência dos grupos de interesse.

Explicações alternativas

Uma das principais explicações da política de saúde está na teoria do “poder da profissão”. Por alcançarem o monopólio do exercício da medicina, os médicos são considerados capazes de definir os limites da política de saúde e de determinar as condições de suas atividades nos programas governamentais. Afinal, os médicos são os únicos especialistas qualificados para avaliar os efeitos desses programas públicos sobre as condições de saúde da população. Além disso, os programas dependem da colaboração dos médicos, pois não têm sentido algum sem que os médicos concordem em tratar dos pacientes cobertos pelo sistema. Como último recurso político, os médicos deveriam, pelo menos em tese, ser capazes de bloquear a adoção de projetos de política de saúde de que discordem pela convocação de uma greve da categoria. **(1)**

O poder da classe médica não explica, porém, as diferenças empiricamente observadas na sua influência sobre as decisões legislativas na França, na Suíça e na Suécia. A primeira razão é que, como demonstram os estudos de caso a seguir, as opiniões dos médicos sobre o seguro social de saúde e o controle dos preços das consultas eram praticamente idênticas: médicos suíços, franceses e suecos, todos se opunham às propostas de reformas. Mais precisamente, a elite dos médicos particulares nesses países via na expansão da intervenção do governo na área de saúde uma ameaça à sua autonomia econômica. Para ela, a liberdade econômica era uma pré-condição ao livre exercício de sua profissão; os médicos desejavam preservar seu status de profissionais liberais e evitar uma dependência financeira total do governo. Mas sua capacidade de fazer os políticos aceitarem essas opiniões era radicalmente distinta.

A segunda razão é que os recursos disponíveis para esses médicos não explicam os diferentes graus de sucesso obtido no bloqueio das propostas de socialização da medicina. Embora o processo de profissionalização na Suécia, na França e na Suíça tenha seguido trajetórias distintas, já no início do século XX existia, nos três países, um monopólio legal da prática médica. **(2)** Na verdade, a Suécia e a França tinham formas de controle sobre o número de médicos mais rígidas do que a Suíça; portanto, do ponto de vista da escassez, a profissão ocupava uma posição mais vantajosa na Suécia do que nos demais casos, contando com 89 médicos para cada 100 mil habitantes em 1959, contra os 107 na França e os 141 na Suíça (Tabela 1). **(3)** Entretanto, se os médicos suecos eram mais escassos, não eram eles os mais influentes, e sim os suíços.

Do ponto de vista da organização, a profissão médica na França devia ser a mais fraca. As estimativas mais otimistas afirmam que entre 40 e 60 por cento da categoria participava de sindicatos, em comparação com mais de 90 por cento na Suécia e na Suíça. Além disso, os médicos suecos e suíços estavam organizados em sindicatos únicos, enquanto no caso dos franceses havia uma competição entre organizações separadas por divergências políticas. **(4)** Mais uma vez, porém, não eram os médicos franceses que tinham menor êxito na esfera política, e sim os suecos. Por fim, no que diz respeito às greves, os estudos de caso mostram que as vitórias das organizações médicas nunca estiveram associadas a greves. Entidades médicas politicamente muito influentes não precisavam recorrer a greves. Em suma, o monopólio médico, a escassez de mercado, as greves e a força das organizações não explicam as diferenças de poder da categoria médica entre esses três países para defender sua autonomia econômica contra a intervenção do governo. Ao contrário, as posições estratégicas decorrentes do desenho das instituições políticas é que explicam a medida em que os médicos conseguiram vetar projetos de política de saúde. **(5)**

TABELA 1**ESCASSEZ RELATIVA, RECURSOS ORGANIZACIONAIS E REPRESENTAÇÃO PARLAMENTAR DOS MÉDICOS**

Ano	Médicos por 100 mil habitantes		
	Suécia	França	Suíça
1958	89,2	106,7	140,6
1975	171,5	146,3	185,8
	Participação em associações médicas (%)		
1930	76	63	—
1970		60-5	97
	Representação dos médicos no Parlamento (%)		
1970	92,2	12,2	3

Fontes: 1) N° de médicos: Hogarth, 1963, pp. 60, 139, 281; Maxwell, 1981, pp. 148-9, 130-1, 151-2.

2) Associativismo: *Läkartidningen* (Revista da Associação Médica da Suécia), 19/4/1930, p. 516. Dados da Associação Médica da Suécia; Meynaud, 1958, p. 66; Stephan, 1978, pp. 38-9; Kocher, 1972, p. 25.

3) Representação parlamentar: Dados da Suécia em 1960: Sköld & Halvarson, 1966, pp. 444, 465. Kerr, 1981, p. 280.

Outra possível interpretação acentuaria as demandas políticas de programas de seguro social manifestas principalmente por sindicatos e partidos de esquerda. Há diferenças tanto no grau de sindicalização quanto na votação dos partidos socialistas nos três países. Mas essas diferenças não se coadunam nem com as medidas adotadas nem com o processo político desses países. Como se pode ver na Tabela 2, a taxa de sindicalização dos operários e demais trabalhadores suecos era maior do que a dos franceses ou suíços. Estes últimos, por sua vez, eram mais sindicalizados do que os franceses. Mas, por razões ligadas à organização das instituições políticas na Suíça, seus sindicatos eram menos efetivos do que os franceses na reivindicação de reformas na área de saúde. Assim, se o grau de sindicalização poderia explicar a maior intensidade das pressões exercidas sobre o governo sueco para a adoção de amplos programas públicos de saúde, o mesmo fato não explica a diferença entre os resultados alcançados na França e na Suíça. Além disso, o fator de sindicalização não interfere na luta política em defesa do seguro social de maneira compatível com a tese do “poder da classe operária”. Os três governos pareciam dispostos a aprovar programas nacionais de saúde, o que sugere que, nos três países, a pressão manifestada pelos resultados eleitorais era suficiente para introduzir a questão da saúde na agenda política. A diferença entre os três casos não dependia da força das pressões iniciais, mas da maneira pela qual essas pressões repercutiram sobre os políticos durante o próprio processo legislativo.

A política partidária parece se prestar a uma explicação mais convincente. A soma dos votos dos partidos socialista e comunista é, de fato, compatível com a natureza das soluções adotadas. Mas as informações sobre os debates efetivamente travados não confirmam essa hipótese. Se a votação parlamentar e as lealdades políticas estruturaram o processo decisório, um modelo simples de filiação partidária não capta a textura e a substância dos conflitos. A política de saúde não se limitou a um confronto entre os partidos de esquerda, de um lado, e os de centro e direita, de outro. O Partido Social Democrata Sueco não venceu os partidos burgueses por votos. Todos os partidos suecos concordaram com o seguro nacional de saúde e as primeiras providências nessa direção foram tomadas pelos liberais. Os comunistas e socialistas franceses não se aliaram contra os gaullistas e católicos de esquerda; as iniciativas para criar o seguro de saúde francês foram

impostas por De Gaulle como um ato de vontade do Executivo. Os social-democratas suíços não foram derrotados pelos democratas radicais e conservadores católicos; ao contrário, uma coalizão favorável ao sistema de saúde, composta pelos três partidos, foi derrotada por um referendo popular. A verdade é que todos os partidos políticos estavam interessados em programas de seguro social de saúde e algumas das iniciativas mais importantes saíram de partidos não-socialistas. A dinâmica institucional específica dos três sistemas políticos em questão determinou até que ponto o Poder Executivo teve condições de pôr em prática as reformas. Esses mecanismos institucionais – e não o número de votos da esquerda – é que definiram os limites do que era politicamente viável em cada um dos países.

Uma terceira interpretação do processo de aprovação de programas sociais tem como foco o Estado. Costuma-se afirmar que tanto os atores ligados ao Estado – como os burocratas – quanto as próprias instituições do governo moldam de tal maneira o desenrolar das disputas em torno de políticas setoriais que acaba se tornando impossível reconhecê-las mais tarde como produto das demandas dos vários grupos sociais. Essa linha de interpretação geralmente acentua de modo diverso o papel dos servidores públicos, a capacidade administrativa do Estado, a herança de políticas anteriores, as estruturas estatais e os temas mais clássicos do Estado, como o interesse nacional e a legitimidade política. Quando aplicada de modo estático, essa abordagem não consegue, porém, explicar as mudanças na legislação. As políticas de saúde na França, na Suécia e na Suíça tiveram os mesmos pontos de partida, mas tomaram rumos distintos quando foram introduzidas novas leis. A herança de políticas anteriores ou a dependência de cursos de ação já iniciados não explica tal divisor de águas. Tampouco pode a capacidade do Estado explicar as soluções para a área da saúde. A Suíça tem uma organização federal, porém o federalismo não foi obstáculo a um programa nacional de seguro de saúde. A França tem um Estado centralizado, mas durante muitos anos foi politicamente impossível regulamentar o exercício da profissão de médico. De resto, a não ser que as estruturas do Estado mudem toda vez que novas políticas forem apresentadas, é difícil entender por que as estruturas administrativas ou a capacidade do Estado ora limitam, ora ampliam o campo das decisões.

TABELA 2
FORÇA POLÍTICA DA CLASSE OPERÁRIA
(SINDICALIZAÇÃO E VOTOS DE ESQUERDA)

	Sindicalizados como porcentagem da força de trabalho			Densidade total sindicato/ associação de empregados (%) 1960	Votos de esquerda: socialistas/comunistas (%)	
	1939-40	1950	1960		1944	1959
Suécia	36	51	60	73	46,5/10,3	47,8/4,5
França	17	22	11	19,8	23,8/26,1	15,7/19,2
Suíça	19	29	28	30,3	28,6/—	26,4/2,7

Fontes: 1) Sindicalização: Stephens, 1979, p. 115; Visser, 1984, pp. 29, 65 e 77.

2) Votos de esquerda: Flora et al., 1983, pp. 115, 143 e 147. Dados da Suécia entre 1944 e 1960; da França, entre 1945 e 1958; da Suíça, entre 1943 e 1959.

A análise institucional desenvolvida neste ensaio salienta a importância do Poder Executivo na formulação de políticas. É fato que as razões para cogitar de uma legislação nacional na área da saúde estiveram associadas às questões de controle político do governo. Mas para que se torne possível compreender os fatores que facilitaram ou impediram os governos de sancionar seus projetos legislativos é preciso levar em conta as maneiras pelas quais as instituições políticas funcionaram como mediadoras de batalhas políticas específicas. Não existe um vínculo direto entre um dado conjunto de instituições políticas e o resultado de uma dada política pública. As instituições não permitem prever as soluções resultantes de disputas em torno de políticas. Mas, ao definirem as regras do jogo, elas realmente criam condições que permitem prever a maneira pela qual esses conflitos deverão se desenrolar.

As regras do jogo

Para explicar as diferenças na capacidade de os grupos de interesse conseguirem obter resultados políticos favoráveis e as diferenças na capacidade de os governos aprovarem suas propostas legislativas, este ensaio analisa a dinâmica institucional do processo de tomada de decisão política. Adoto uma perspectiva formal das instituições, que enfatiza as regras constitucionais e os resultados eleitorais, para mostrar por que o processo decisório segue determinados padrões típicos em diferentes sistemas políticos. As decisões políticas não são atos singulares tomados em determinado momento do tempo; ao contrário, são o resultado final de uma seqüência de decisões tomadas por diferentes atores situados em distintas posições institucionais. Em termos mais simples, isso significa dizer que a aprovação de uma lei exige que tenha havido uma sucessão de votos afirmativos em todas as instâncias de decisão (*decision points*). Se examinarmos a estrutura formal dessas instâncias, assim como as vinculações partidárias daqueles que decidem em cada uma dessas posições, poderemos entender a lógica do processo de tomada de decisão.

As decisões políticas requerem um acordo em vários pontos ao longo de uma cadeia de decisões tomadas por representantes em diferentes arenas políticas. A sorte de uma proposta legislativa, como a que se refere a um sistema nacional de seguro de saúde, depende do número e da localização de oportunidades de veto distribuídas ao longo dessa cadeia. Se os políticos que ocupam o Executivo querem aprovar um novo programa de ação, eles têm de ser capazes de reunir votos favoráveis em todas as instâncias de decisão dessa cadeia. Inversamente, a capacidade dos grupos de interesse de influir nas decisões depende de sua capacidade de ameaçar a aprovação da lei e, portanto, de persuadir os representantes que votam contra a lei a bloquear sua aprovação. Mas a probabilidade de um veto não é aleatória. Podem ser previstos vetos a partir da composição partidária dessas diferentes arenas políticas e das regras de transferência do processo decisório de uma arena para a outra. Os dispositivos constitucionais criam oportunidades de veto, estabelecendo regras de procedimento que determinam a divisão do poder entre os representantes eleitos. As regras formais, como a separação entre os poderes Executivo e Legislativo, ou a divisão da legislatura em duas câmaras, estabelecem a quantidade de instâncias de decisão necessária para a aprovação de uma lei e, por conseguinte, o número e a localização de potenciais vetos. Além disso, as oportunidades de veto são influenciadas pelos resultados eleitorais e pelas características do sistema partidário que, por sua vez, afetam a distribuição dos representantes dos partidos nas diferentes arenas políticas; o poder político depende de votos, mas dos votos na maneira pela qual estão distribuídos em sistemas políticos organizados de modo distinto. Portanto, a essência de um sistema político é a maneira pela qual as instituições políticas repartem os votos entre diferentes jurisdições, em combinação com a distribuição partidária desses votos. Esses fatores políticos e institucionais dão origem a lógicas complexas de tomada de decisão, que criam diferentes oportunidades e limites para a ação, tanto dos líderes políticos quanto dos grupos de interesse.

A literatura que trata da escolha racional fornece algumas indicações importantes para a compreensão das lógicas do processo decisório. Segundo essas teorias, a regra majoritária não é suficiente para alcançar acordos políticos. Dadas as diversas dimensões das preferências políticas, uma maioria de votos a favor de uma determinada política sempre pode ser confrontada por outras maiorias. Certos

mecanismos institucionais põem fim a esse movimento cíclico das preferências, impondo barreiras à escolha ilimitada e, portanto, permitindo que sejam tomadas decisões de caráter obrigatório. Em outras palavras, a situação normal da política não é o consenso, mas uma diversidade de preferências. As regras institucionais resolvem conflitos porque limitam as instâncias de decisão em que podem ser examinadas propostas alternativas. É assim que elas forjam o consenso. Estudos americanos sobre instituições têm fornecido alguns exemplos da maneira pela qual os mecanismos institucionais conduzem a resultados estáveis por meio da limitação do leque de escolhas. O poder de veto permite ao Executivo bloquear propostas do Legislativo, mantendo assim o *status quo*. Da mesma maneira, a tradição histórica de divisão do Poder Legislativo em duas câmaras, com tamanho e qualificações diferentes do eleitorado, criou uma câmara alta cujos membros recebem a incumbência de exercer uma influência moderadora por conta do direito de rejeitar propostas provenientes da câmara baixa. As comissões parlamentares, cujos membros devem compartilhar certas preferências comuns, têm a faculdade de propor mudanças e aprová-las, porque têm o poder de vetar propostas alternativas provenientes do plenário. Mecanismos institucionais desse tipo garantem a estabilidade das decisões políticas e dos arranjos institucionais, porque permitem a um núcleo de representantes políticos vetar propostas legislativas.(6)

Quando nos voltamos, porém, para o caso europeu, torna-se necessário introduzir algumas alterações nos pressupostos da análise institucional. Se os estudos americanos muitas vezes partem do suposto de que o Executivo funciona como um freio às mudanças e os legisladores ou os eleitores estão dispostos a promover as mudanças, nos casos europeus examinados neste ensaio o Executivo estava disposto a fazer as mudanças, enquanto os vetos surgiam nas arenas subseqüentes. Uma segunda diferença em relação aos estudos americanos está na importância dos partidos políticos e da disciplina partidária na redução do leque de escolhas, por obrigarem os representantes a seguir uma linha partidária particular. Em terceiro lugar, algumas instâncias de veto (*veto points*) foram criadas pela concentração de políticos com interesses específicos em determinada arena política – tal como uma comissão parlamentar, ou uma câmara alta. De igual importância para os casos europeus foram as instâncias de veto que surgiram em lugares nos quais as maiorias não eram limitadas e em que é possível observar o

movimento cíclico das preferências de que fala a teoria da escolha racional. Tanto as instâncias clássicas de veto quanto estes últimos focos de incerteza representaram oportunidades decisivas para a ação dos grupos de interesse.

Este ensaio não focaliza um mecanismo institucional em particular, mas examina os sistemas políticos em ação durante o processo de tomada de decisão, ressaltando a relevância dos diferentes mecanismos para os resultados obtidos em cada caso. É possível compreender os sistemas políticos e os mecanismos específicos que deles se originam pelo exame detalhado dos efeitos das normas constitucionais e dos resultados eleitorais.

O Quadro 1 ilustra o impacto das normas constitucionais e dos resultados eleitorais sobre a tomada de decisões políticas. A possibilidade de um governo pôr em prática uma política depende de sua capacidade de ação unilateral – isto é, da probabilidade de que a decisão do Executivo venha a ser confirmada em outras instâncias de decisão. Se a Constituição prevê a independência do Executivo em relação ao Parlamento – ou seja, quando suas decisões não necessitam da aprovação deste último – isso significa que o Executivo pode iniciar ações sem se preocupar com a opinião do Parlamento. Nesse caso, a decisão do Executivo é terminativa e o Parlamento não tem poder de veto.

Mas se a Constituição exige aprovação parlamentar, o processo decisório se desloca para o Parlamento. Nesse caso, a composição partidária e a disciplina dos partidos têm muita importância. Se o governo desfruta de uma maioria parlamentar estável e existe uma disciplina partidária, a probabilidade de que uma decisão do governo seja derrubada pelo Parlamento é extremamente baixa. Nessas circunstâncias, não se espera que a maioria dos parlamentares (parlamentares que pertencem ao mesmo partido político que controla o Executivo) se recuse a

seguir a decisão do governo. Dessa maneira, embora haja uma exigência formal de ratificação por parte do Legislativo, a composição partidária do Parlamento leva a uma aprovação automática da lei; a arena executiva continua sendo a instância efetiva das decisões.

Se, no entanto, o governo não conta com o apoio de uma maioria parlamentar estável, ou se a regra da disciplina partidária não impõe aos congressistas votar com seus companheiros de partido no governo, há uma boa chance de que os membros do Parlamento rejeitem as decisões do Executivo. Nessa situação, pode-se esperar significativas mudanças no rumo das políticas adotadas e até mesmo a rejeição das propostas; o Parlamento passaria a ser uma instância de veto.

QUADRO I
ARENAS POLÍTICAS E INSTÂNCIAS DE VETO

Arenas	Movimentações	Resultados
Executivo	Parlamentares podem derrubar decisões do Executivo?	Se Sim: há uma instância de veto
Legislativo	(Maioria parlamentar estável? Disciplina partidária?)	Se Não: não há instância de veto
Eleitoral	Eleitorado pode derrubar decisões parlamentares? (Eleitores inconstantes? Referendo?)	Se Sim: há uma instância de veto Se Não: não há instância de veto

Fatores semelhantes governam as relações entre a arena parlamentar e a arena eleitoral. Na maioria dos sistemas políticos, as decisões parlamentares são a última etapa da aprovação de leis. Mas quando existe a possibilidade de chamar um referendo popular para opinar sobre decisões legislativas, essa regra constitucional permite ao eleitorado derrubar decisões tomadas no âmbito do Parlamento. Neste caso, a arena eleitoral se torna a instância efetiva de veto. Ou então, quando há mudanças eleitorais ou proximidade de eleições e os políticos estão particularmente sensíveis às reações do público, a arena eleitoral pode se tornar a instância decisória *de facto*.

Em suma, as normas constitucionais e os resultados eleitorais criam diferentes limitações à capacidade do governo de implantar novas políticas. Esses obstáculos políticos e institucionais orientam o processo decisório por caminhos diferentes, em diferentes sistemas políticos. As oportunidades de veto é que determinam se a instância efetiva de decisão será a arena executiva, a arena parlamentar, ou ainda a arena eleitoral. Os mecanismos específicos de veto determinam com precisão que políticos ou eleitores têm o poder de ratificar ou rejeitar as políticas propostas. Como já foi dito, as posições de veto não são entidades físicas, mas pontos de incerteza estratégica, decorrentes da própria lógica do processo decisório. Até mesmo uma pequena mudança nas normas constitucionais ou nos resultados eleitorais pode provocar mudanças na localização das posições de veto e em sua importância estratégica. Assim, as normas constitucionais formais e os resultados eleitorais determinam o contexto em que se dá a formulação das políticas. É aí que se abre o espaço para a influência dos grupos de interesse.

O “poder” dos grupos de interesse não é uma propriedade desses grupos que resulte do número de membros, do dinheiro que recolhem ou dos contatos que mantêm com políticos. Embora se tenha procurado entender a influência dos grupos de interesse em função de sua posição econômica ou social, ou ainda de seus recursos organizacionais, fatores próprios e exclusivos desses grupos são insuficientes para explicar sua influência. A influência política abrange a relação desses grupos com o sistema político e, portanto, não pode ser compreendida sem uma análise da receptividade das instituições às pressões políticas. Mostro adiante que a reação dos políticos aos grupos de interesse não depende das origens sociais ou das fraquezas pessoais desses representantes. Em vez disso, há certos mecanismos institucionais específicos que estruturam o processo decisório em dado sistema político e, assim fazendo, proporcionam a esses grupos oportunidades distintas de influenciar as decisões políticas. Dependendo da lógica do processo decisório, há diferentes estratégias políticas disponíveis para esses grupos de interesse e diferentes grupos são privilegiados pelas instituições políticas em cada país.

As próximas seções mostram de que maneira os fatores políticos acima mencionados influenciaram a formulação de uma política de saúde na França, na Suíça e na Suécia. Apesar das diferenças na composição partidária, os governos dos três países estavam dispostos a sancionar um sistema público de seguro de saúde e a limitar a autonomia econômica da classe médica. A legislação instituindo o seguro nacional de saúde foi preparada pela burocracia do governo, após consulta a representantes dos grupos de interesse e dos partidos políticos. A diferença essencial entre os três casos decorreu da capacidade de cada governo obter ratificação de suas propostas nas arenas subsequentes.

Na Suécia, o Executivo contava com o fato de que o Parlamento habitualmente confirmava suas decisões. Esse padrão de predominância do Executivo foi fruto das instituições criadas para manter e sustentar o poder da monarquia e do Partido Conservador, no período de transição para a democracia. O sistema de representação proporcional e a eleição indireta da primeira Câmara ajudaram os social-democratas a obter maiorias parlamentares estáveis. Contando com a garantia de maioria no Parlamento, o Executivo tinha suas decisões automaticamente ratificadas nas votações. Essa combinação particular entre a configuração institucional e as vitórias eleitorais efetivamente restringia o processo decisório à arena executiva. Nessas circunstâncias, os médicos suecos estavam numa posição política desfavorável. Na arena executiva, suas opiniões tinham menos influência do que as dos principais grupos ligados à produção – proprietários e sindicatos; e, contrariamente ao que se passou na França e na Suíça, os médicos suecos não tinham como recorrer a outras instâncias de veto para anular o consenso obtido na esfera do Executivo.

Na França, o Parlamento da Quarta República proporcionou aos grupos de interesse oportunidades inesperadas de exercer influência. Coalizões parlamentares instáveis e a falta de disciplina partidária impediram o governo de aprovar leis. As propostas do Executivo não eram apoiadas pela votação parlamentar; ao contrário, eram quase sempre contrapostas por outras maiorias. Em consequência disso, o Parlamento se tornou um ponto de estrangulamento no processo político francês e a verdadeira instância de decisão. Essa estrutura decisória singular deu

oportunidade para a influência de grupos de interesse franceses. Os médicos aproveitaram seus contatos parlamentares para exigir concessões; como um grupo que geralmente estava mais interessado em impedir a legislação do que em vê-la aprovada, os médicos foram inadvertidamente beneficiados pela dificuldade de o parlamentarismo francês obter a aprovação de uma lei. As mesmas características do sistema político beneficiaram alguns grupos de interesse e prejudicaram outros. Grupos de interesse importantes para os integrantes das coalizões governamentais, como os pequenos empresários e os católicos, obtiveram vantagens legais, enquanto grupos ligados a partidos que não participavam da coalizão no poder, como os sindicatos comunistas, tiveram pouca influência. Somente quando o Executivo se valeu de uma mudança na Constituição para evitar o poder de veto do Parlamento é que a legislação de saúde pôde ser aprovada no país.

Na Suíça, o direito constitucional de o eleitorado contestar uma legislação por meio do referendo popular empurrou o processo decisório para o âmbito eleitoral. Nessa arena, a instabilidade da regra majoritária representou um fator de dissuasão para propostas de mudança de políticas, já que os plebiscitos na maioria das vezes se pronunciavam pelo não, em vez do sim. Por essa razão, o referendo era visto como uma ameaça à legislação. Esse fato abriu uma oportunidade estratégica para grupos de interesse como o dos médicos suíços, que descobriram a utilidade de usar a ameaça do referendo como arma para obter concessões dos legisladores. Na Suíça os médicos nunca recorreram à greve; eles simplesmente ameaçavam bloquear a legislação, convocando um plebiscito. Da mesma maneira, outros grupos, como o dos profissionais quiropráticos, recorreram a tal método para ganhar concessões. Os sindicatos, ao contrário, eram prejudicados por esse mecanismo. Para os grupos interessados em promover reformas, o instrumento do referendo podia proporcionar apenas vitórias de Pirro.

Em cada um dos casos nacionais analisados, as normas institucionais estabeleceram uma lógica distinta de processo decisório, que fixou os parâmetros, tanto para o poder do Executivo quanto para a influência dos grupos de interesse. Portanto, as instituições é que determinaram o ponto em que se encontraria o equilíbrio entre as demandas dos vários grupos de interesse e os objetivos programáticos do Executivo. Este

ensaio não afirma que as instituições selecionam ou incentivam determinadas idéias ou propostas políticas, nem que elas modificam a percepção subjetiva dos atores políticos sobre seus interesses. Isso não quer dizer que as instituições eventualmente não possam ter tais conseqüências; mas a escolha de exemplos em que tanto a concepção das políticas quanto as idéias dos legisladores e dos grupos de interesse são semelhantes permite manter constantes esses fatores.

Este estudo ressalta o impacto das instituições políticas sobre a capacidade de cada um desses atores ser bem-sucedido em conflitos em torno de práticas políticas. Propiciando diferentes oportunidades de vetar uma legislação, as instituições modificam o peso relativo dos atores, assim como as estratégias mais oportunas para defender interesses semelhantes. Na Suécia, o Executivo tinha a faculdade de sancionar leis sem ser ameaçado pelo veto das arenas parlamentar e eleitoral; a inexistência de um bloco organizado de oposição restringia o processo decisório ao âmbito do Executivo. Na França, maiorias parlamentares instáveis deslocaram a tomada de decisão para a arena parlamentar. Na Suíça, o processo decisório foi levado para a arena eleitoral. As regras do jogo definiram lógicas políticas distintas, que constituíram três padrões de comportamento político e resultaram em diferentes políticas públicas.

Três estudos de caso

O governo parlamentar direto

Durante a Quarta República francesa, os médicos e outros grupos de interesse conseguiram obter concessões do Poder Legislativo. Várias razões explicam por que o Parlamento francês constituía uma instância de veto. A Constituição da Quarta República, tal como a da Terceira República, se baseava no princípio do poder parlamentar direto. O governo era dependente do Parlamento, porque era constituído por coalizões parlamentares e, mais do que isso, não podia agir sem aprovação do Parlamento. Na realidade, a fraqueza do sistema não decorria tanto dessas regras constitucionais quanto do fato de que o sistema eleitoral e a prática partidária não produziam maiorias parlamentares estáveis. Não fosse por isso, o governo teria tido autoridade irrestrita para tomar decisões. Mas a fragmentação do sistema partidário e a ausência de disciplina interna dos partidos tornavam extremamente difícil formar e manter as maiorias parlamentares necessárias. Além disso, a falta de integração entre as maiorias parlamentares e as alianças eleitorais (devido à votação em dois turnos, que sustentava os pequenos partidos e dificultava a formação de maiorias) faziam com que o resultado de uma eleição isolada pudesse servir de base para uma ampla variedade de coalizões parlamentares, aumentando ainda mais o espaço para a manobra parlamentar. Assim, embora na concepção ideal de um sistema parlamentarista as eleições determinem a distribuição de cadeiras no Parlamento, e essa distribuição seja usada então como base para formar o Executivo, na França as três arenas políticas – eleitoral, parlamentar e executiva – estavam desarticuladas.**(7)** Não havia praticamente restrição alguma. ao tipo de aliança que podia ser formada ou às propostas de políticas que podiam ser examinadas. Os partidos tinham ampla liberdade para mudar de opinião, o que freqüentemente acontecia, pois a instabilidade eleitoral favorecia o emprego de manobras oportunistas para atrair eleitores. A consequência disso era que qualquer partido ou grupo insatisfeito com uma decisão do governo podia alimentar esperanças de obter um resultado diferente na arena parlamentar. Além do mais, dada a

instabilidade das coalizões governantes, uma nova discussão no Parlamento podia não só levar a uma modificação da política quanto causar a queda do governo. Essa instabilidade tornava o governo muito vulnerável aos membros dos partidos – especialmente os que controlavam os votos indisciplinados – no processo de formação ou desarticulação de uma coalizão de governo – ou aos grupos de interesse que se diziam ligados a esses parlamentares. Em tal quadro de coalizões instáveis e fraca disciplina partidária, onde a qualquer momento uma maioria podia ser desfeita ou uma nova aliança se formar, o rompimento de coalizões se tornou o foco do jogo político.

Esse potencial para provocar o rompimento da coalizão governante é que explica a influência dos grupos de interesse na Quarta República francesa. Os grupos de interesse encaminhavam suas demandas a membros individuais do Parlamento, principalmente durante a fase de exame de propostas nas comissões e durante campanhas eleitorais locais, quando os candidatos eram instados a declarar seu apoio a grupos específicos da região (Ehrmann, 1976, pp. 194 e 196-7). O êxito das pressões dependia mais do acesso às pessoas que ocupavam posições cruciais no interior das coalizões do que da construção de organizações centralizadas e com grande número de participantes. Esse contexto estratégico alterava a probabilidade de um determinado grupo de interesse vetar uma proposta de legislação. Por conseguinte, os grupos de interesse mais importantes para os parlamentares em posição de crítica às coalizões no poder não tinham motivo algum para cooperar. Os médicos, por exemplo, estavam muito sobre-representados no Parlamento; espalhada entre os vários partidos necessários para a formação de coalizões de governo, a classe desfrutava de privilégios decorrentes do voto indisciplinado. Durante a Quarta República, os médicos constituíam 10,5 por cento dos radicais, 6,9 por cento dos membros do partido católico de esquerda (o MRP) e 6,5 por cento dos integrantes do Partido Socialista (o SFIO; ver Tabela 1 e também Birnbaum, 1977, pp. 50 e 71). A barganha política realizada em termos pessoais, sem a proteção da disciplina partidária, só contribuiu para aumentar essa influência. Outros grupos de interesse, como o dos agricultores e dos pequenos empresários, e grupos especiais, como o dos produtores de vinho, gozavam de poder no Parlamento de modo desproporcional ao número de eleitores representado por seus afiliados. Dispondo do poder de obstruir a ação parlamentar, numa situação

em que os partidos estavam sempre à cata de novos eleitores, esses grupos estavam não só capacitados para formular demandas quanto para intensificá-las quando quisessem.

Em algumas circunstâncias constitucionais excepcionais, porém, esse impasse foi quebrado pela ação direta do Poder Executivo. Proteções constitucionais específicas ao período da Liberação e à Quinta República impediram a modificação de decisões do Executivo pelo Legislativo. Quando os integrantes do Parlamento não puderam mais atropelar as decisões do Executivo, a instabilidade da maioria parlamentar deixou de importar, a instância de veto se tornou irrelevante. O *locus* da decisão se deslocou do Parlamento para o Executivo, trazendo uma correspondente mudança na dinâmica da formulação de políticas. Os grupos que eram pouco pressionados a negociar quando podiam ameaçar retirar apoio parlamentar do governo foram subitamente excluídos das decisões do Executivo.

O sistema francês de seguro social de saúde foi implantado exatamente numa dessas circunstâncias excepcionais. O Executivo tinha o poder de legislar diretamente, por *ordinance*, o Parlamento exercia uma função apenas consultiva e, além do mais, sua esmagadora maioria se compunha de representantes da coalizão da resistência. As *ordinances* da Previdência Social, elaboradas sobre o modelo do programa econômico e social preparado pelo Conseil National de la Résistance, na primavera de 1944, foram promulgadas diretamente pelo Executivo em 4 e 9 de outubro de 1945. Apesar dos protestos dos empregadores e dos agentes de seguro saúde até então existentes (as antigas sociedades de socorro mútuo e as companhias de seguro privado), o governo utilizou a via direta para iniciar um sistema de previdência social universal que dava cobertura a todos os assalariados na doença, na velhice e nos acidentes de trabalho. O plano previa a organização de um fundo único de financiamento da política social, chamado de *caisse unique*, que deveria, ao final, dar cobertura a todos os cidadãos franceses em todo tipo de risco. Essa legislação estendia o seguro social à maioria da população trabalhadora e introduzia um grande aperfeiçoamento

nos benefícios. Em evidente manobra eleitoral, o governo aproveitou a oportunidade de apresentar sua proposta de legislação dias antes da data marcada para as primeiras eleições parlamentares e para o referendo que deveria ratificar a Constituição (Laroque, 1971).

Mas o privilégio do Poder Executivo não durou muito. Desde o início, a necessidade de fazer concessões ao eleitorado da coalizão da Liberação enfraqueceu o esquema do governo. Com o retorno à democracia parlamentar, a competição partidária se acirrou, dando margem a um ataque cerrado dos interesses particularistas. Os médicos criticaram o plano de seguro social de saúde e impediram que o governo regulamentasse o preço dos seus serviços, insistindo na alternativa da negociação local direta entre os fundos de gestão do seguro social e as associações médicas. O Sindicato Católico e o partido católico de esquerda (MRP) obrigaram o governo a excluir o auxílio-família do modelo geral de previdência social e a estabelecer eleições livres para os fundos de gestão. (Eleições livres elevariam o número de representantes católicos em detrimento da CGT, de orientação comunista.) Os empregados *white collar* e os autônomos protestaram contra sua inclusão no mesmo sistema previdenciário dos operários, colocando um ponto final no movimento a favor de uma cobertura universal por um sistema unificado (Henry C. Galant, 1955). A ausência de uma coalizão parlamentar forte abriu espaço para essa tática de troca de favores entre os grupos de interesse.

Essas concessões a interesses especiais criaram problemas para o sistema francês de seguro social de saúde durante os vinte anos seguintes. A prática de negociações para regulamentar as consultas médicas não funcionou; a abundância de esquemas especiais enfraqueceu a administração da Previdência e a concorrência entre os diversos sindicatos transformou as eleições para os cargos administrativos do sistema previdenciário em arenas de competição política, que dificultaram a formação de uma gestão unificada do seguro social.

Embora as consultas médicas devessem ser reguladas por negociações entre as associações médicas locais e os fundos locais de seguro de saúde, as associações se recusaram a negociar. Os médicos que trabalhavam no meio rural estavam, em princípio, dispostos a negociar; afinal, seus pacientes não tinham condições de pagar os preços cobrados pelos especialistas das grandes cidades. Mas a elite urbana fez pressão sobre a diretoria da associação médica para não negociar. O resultado foi que os clientes não receberam o reembolso total das despesas médicas. Os fundos de gestão reagiram, procurando fixar uma legislação a esse respeito. Mas a elite dos médicos estava bem posicionada para obstruir a iniciativa parlamentar. Contatos pessoais entre a organização central dos fundos de seguridade (FNOSS) e os setores do Parlamento resultaram em muitos projetos de lei; mas nenhum partido se arriscou a enfrentar a oposição dos médicos apresentando formalmente projetos à Assembléia.**(8)** Nessa situação de instabilidade das coalizões de governo, um sólido bloco de deputados, espalhado pelos vários partidos que geralmente integravam o governo, ocupava uma posição central e decisiva. As iniciativas da Quarta República foram também bloqueadas na questão da reforma do sistema hospitalar. Propostas de melhoria da eficiência da administração hospitalar foram levadas à Assembléia Nacional nos anos de 1954 e 1957. Os hospitais deveriam ser desvinculados do controle político dos prefeitos e das assembleias locais; em seu lugar, deveria ser reforçado o papel de administradores profissionais e pessoas de prestígio. Os estudos concluíram que, em prol da eficiência, os médicos não deveriam dividir seu tempo entre várias atividades, incluindo a clínica particular e os hospitais públicos, mas deveriam permanecer em tempo integral nos hospitais (Imbert, 1958, pp. 496-505). Mas, assim como aconteceu no caso do preço das consultas, o impasse parlamentar impedia qualquer ação.

Com a emergência da Quinta República, porém, as regras do jogo sofreram uma modificação radical. Durante a vigência da Constituição de 1958, o Executivo foi efetivamente libertado do Parlamento. A eleição direta para presidente, a possibilidade de legislar por decreto sem necessidade de aprovação do Parlamento e uma rígida separação entre os ministros e a Assembléia criaram um Executivo independente, livre do desgaste provocado pela falta de maiorias estáveis no Parlamento. Quanto à política de saúde, as providências mais importantes foram as

que permitiam ao governo impor uma legislação sem necessidade de ratificação parlamentar. Esse fato transformou a lógica da formulação de políticas na França.

Dois anos depois de sua posse, o governo De Gaulle deu início a reformas que reorganizaram completamente o sistema hospitalar e tornaram obrigatório um novo método de controle dos preços das consultas médicas. Todas as reformas foram criadas por decreto ou ordinance, sem debate parlamentar de nenhum tipo. A primeira dessas mudanças, a Reforma Debré, determinava o trabalho assalariado e de tempo integral nos serviços de atendimento hospitalar. Como medida de transição, permitia-se aos médicos atender um número limitado de clientes particulares dentro dos hospitais públicos, uma prática que deveria ser gradualmente extinta (James, 1969). Os preços das consultas deveriam ser regulados diretamente pelo governo. Para pressionar as associações médicas a negociar tabelas oficiais de consultas, os médicos passaram a poder assinar contratos individuais com os fundos. Os clientes dos médicos que concordassem com esses contratos receberiam reembolsos melhores do que os dos que se recusassem a assinar. Desde 1928, os fundos de seguro de saúde vinham solicitando a adoção de contratos desse tipo, mas seus pedidos foram sistematicamente bloqueados pela Associação Médica Francesa. Atribuindo aos médicos a decisão de assinar ou não os contratos, o governo quebrou o controle da Associação e inseriu um elemento de competição para respaldar o novo modelo institucional de assistência médica. Por outro lado, os ministros do Trabalho, da Saúde e da Fazenda deveriam definir um teto de preço de consultas aplicável no caso de não se chegar a um acordo sobre tabelas.

A Associação Médica Francesa protestou contra a política de "fato consumado" do governo e denunciou que, em consequência dos decretos, "a remuneração dos médicos passará a ser um assunto de Estado e, ao mesmo tempo, a medicina deixará de ser, na nossa opinião, uma profissão liberal, porque perderá definitivamente sua autonomia econômica". **(9)** Os médicos franceses lutaram em vão contra essas medidas, nos tribunais, na Assembleia e no mercado de serviços de saúde. O Conselho Constitucional apoiou e manteve a Reforma Debré em

decisão datada de janeiro de 1960. No âmbito do Legislativo, a maioria absoluta dos senadores (155 senadores integrantes da ala dos independentes, da democracia de esquerda, dos camponeses, ou sem filiação partidária, além dos três ministros da Saúde anteriores) e a maioria absoluta da Assembléia Nacional (241 deputados, incluindo cerca de metade dos gaullistas da UNR) apresentaram propostas de novas leis para regular as relações entre a classe médica e os fundos de gestão da previdência.**(10)** Mas o governo, agora liberado dos controles do Parlamento, se manteve firme e se recusou a rever os decretos.

A alternativa de buscar refúgio na arena competitiva do mercado se mostrou igualmente vã. Pressionada pelo Sindicato dos Médicos do Sena, a Associação Médica Francesa convocou uma greve para tentar impedir o prosseguimento das reformas. Mas desta vez, ao contrário do que acontecera antes, o governo tinha conseguido dividir a categoria dos médicos. Os contratos individuais levaram muitos médicos que poderiam se beneficiar com o sistema a não dar ouvidos à liderança da Associação. Em poucos meses, a greve fracassou. Mas a polêmica entre os médicos favoráveis e contrários à tabela de consultas continuou a se aprofundar. Quando a Associação Médica assinou um acordo com os fundos de previdência social, em julho de 1960, a facção liberal rachou com a organização e fundou a *Fédération des Médecins de France*.

A categoria dos médicos não foi o único grupo atingido pelos decretos de 12 de maio de 1960. Isso porque, ao lado de medidas destinadas a controlar os preços do atendimento médico – um nítido avanço nos benefícios previdenciários –, o governo reorganizou a estrutura administrativa da Previdência Social e do seguro de saúde. O poder das diretorias regionais do sistema previdenciário, que prestavam contas diretamente ao Ministério do Trabalho, foi muito fortalecido em detrimento das comissões administrativas eleitas. Tal como a solução para o problema do preço das consultas, a reforma administrativa não era uma idéia nova; desde a criação do sistema previdenciário ela vinha sendo discutida e satisfazia tanto ao Ministério do Trabalho quanto aos patrões. As circunstâncias políticas anteriores é que não haviam permitido adotá-la. Agora ela vinha de cima, imposta pelo governo. Os fundos previdenciários e os sindicatos – CGT, CFCT e CGT-FO – apoiavam

o controle dos preços das consultas como forma de aumento dos benefícios, mas faziam oposição firme aos aspectos administrativos da reforma, considerando-os como uma étatisation dos fundos. Ao mesmo tempo, os pequenos empresários se opuseram às reformas porque perderiam alguns privilégios de seu sistema autônomo de previdência e de assistência médica. O único grupo de interesse que defendeu a reforma foi a associação dos empregadores, dominada pelos grandes industriais, que apoiou tanto a regulamentação dos preços das consultas quanto as mudanças administrativas, considerando-as medidas racionalizadoras de contenção de custos.**(11)**

Em síntese, no caso da França, o poder de veto do Parlamento possibilitou a um conjunto seleto de grupos de interesse exercer pressão em matérias legislativas, por ameaçarem a maioria parlamentar. No momento em que o governo foi capaz de contornar o poder do Parlamento, as reformas foram aprovadas, a despeito dos protestos desses tradicionais grupos de veto.

A democracia direta

As instituições políticas suíças foram construídas de modo diferente das francesas, o que teve conseqüências sobre seu processo de formulação de políticas. Uma série de mecanismos institucionais restringia os poderes do governo central. A jurisdição do governo federal, em oposição aos governos cantonais, era limitada a certas áreas específicas definidas pela Constituição. Era preciso uma emenda constitucional para ampliar o escopo do governo federal. O Executivo era constituído por um conselho de sete membros, Bundesrat, no qual o poder era compartilhado por representantes eleitos pelo Parlamento, proporcionalmente aos partidos políticos. O Legislativo era formado por duas câmaras, uma eleita por representação proporcional e a outra pelos cantões, com a finalidade de conter os efeitos da proporcionalidade, já que os cantões rurais, mais conservadores, ficariam super-representados na segunda câmara. Toda legislação era submetida à apreciação do eleitorado por intermédio do instituto do referendo.

Embora o conjunto desses procedimentos resultasse em lentidão do processo político, na prática era o referendo que constituía a instância crítica de decisões. Os defensores do seguro social de saúde lançaram uma campanha popular, em 1890, visando fazer uma revisão constitucional para permitir que o governo federal criasse uma lei nesse sentido. Em diversas ocasiões, antes e depois da Segunda Guerra Mundial, os partidos representados no Bundesrat chegaram a um entendimento e a proposta de seguro nacional de saúde foi sancionada pelas duas casas do Parlamento. Posteriormente, a legislação veio a ser rejeitada por um referendo popular.

O resultado desse referendo teve um duplo impacto sobre o processo suíço de formulação de políticas. De um lado, o referendo deslocou o policy-making da arena do Executivo e do Parlamento para o terreno eleitoral. Os eleitores suíços geralmente não acompanhavam as linhas partidárias nos plebiscitos. Com efeito, as estatísticas comprovam que os referendos geralmente produziam resultados mais negativos do que positivos (Aubert, 1978, pp. 46 e 48-9). Esse modo de votar realizava as previsões das teorias da ação coletiva: os eleitores afetados pelos custos potenciais da legislação compareciam em maior número do que os eleitores afetados pelos seus benefícios potenciais. Além disso, estudos recentes sobre o comportamento do eleitorado nos referendos suíços mostram que a participação de 40 por cento, em média, se correlaciona com o status socioeconômico dos eleitores: as pessoas de nível mais alto de renda e de educação participam mais.**(12)** Entretanto, são justamente estes os eleitores que provavelmente teriam menos a ganhar com um sistema de seguro público de saúde e outras formas de proteção social.

No entanto, as conseqüências não-internacionais do referendo iam além das instâncias específicas de derrota. Na verdade, os políticos suíços não viam com bons olhos a perspectiva de submeter uma legislação ao desafio de um referendo popular, após um longo processo de deliberação no Executivo e no Parlamento. Não só havia incerteza quanto ao resultado da consulta, como as chances de fracasso pareciam maiores do que as de êxito. Para evitar tal derrota, tentaram garantir que a legislação se tornasse "à prova de referendo". Por ironia, isso

colocava uma grande soma de poder nas mãos dos grupos de interesse.**(13)** Esses grupos possuíam um número de afiliados suficientemente grande para colher as assinaturas necessárias à convocação de referendos e os recursos organizacionais para promover as campanhas. Embora não tivessem como controlar o *resultadodo* plebiscito, *podiam* controlar sua realização ou não; estavam, portanto, na posição de *gatekeepers* do referendo. Além de tudo, enquanto o público em geral não dispunha de um canal de expressão de suas opiniões, os grupos de interesse encaminhavam aos legisladores demandas muito específicas às quais estes podiam responder. Dessa forma, a maneira mais eficaz de evitar um possível veto era procurar responder às preocupações dos grupos de interesse logo nas primeiras etapas do processo legislativo: "Os referendos mais bem-sucedidos são os que não se realizam. Os setores que poderiam se opor à lei não o fazem porque ela já inclui o que eles querem. É essa a explicação da feição conciliadora de boa parte da legislação federal; o Parlamento não legisla de modo soberano, porque está sempre submetido à ameaça do referendo" (Aubert, 1978, pp. 48-9).

A habilidade dos grupos de interesse de deslocar as questões da órbita do Executivo e do Parlamento para a arena eleitoral dotou os setores interessados em bloquear a legislação, caso seus interesses não fossem atendidos, de grande poder para influenciar a discussão das políticas na área de saúde. Mesmo nas etapas executiva e parlamentar, os políticos eram obrigados a levarem cuidadosa consideração as opiniões desses interesses organizados. Já que até os grupos menos expressivos podiam recorrer à arma do referendo, o acesso à formulação de políticas estava aberto a uma grande diversidade de pequenos grupos. As comissões de especialistas, em vez de incluir apenas dez ou vinte membros, como na Suécia, freqüentemente consistiam de mais de cinquenta participantes. Além do mais, como qualquer grupo tinha poder de veto, as decisões deviam ser tomadas por unanimidade, para evitar que a minoria derrotada resolvesse derrubar a reforma na etapa eleitoral. Como no caso francês, a possibilidade de rejeitar a legislação diminuía a disposição desses grupos para negociar. Assim, as decisões eram deslocadas para a arena eleitoral; muitos grupos extremamente pequenos e minoritários eram capazes de ter grande influência política e a unanimidade se impunha como regra de decisão.

Os médicos suíços conseguiram obter muitas concessões desse processo legislativo. Como em outros países, a classe médica tinha dois temas gerais de interesse: o papel do Estado no mercado dos seguros de saúde e a autonomia da profissão para determinar os preços dos seus serviços. O seguro social de saúde suíço foi organizado em torno de um sistema federal de subsídios a fundos mútuos de caráter voluntário. Os segurados adquiriam as apólices diretamente desses fundos. Para se habilitarem ao recebimento dos subsídios, os fundos não deviam visar o lucro. Na prática, muitas empresas privadas simplesmente abriram divisões não lucrativas que as habilitavam ao título de agentes sem fins lucrativos. O preço das consultas médicas devia ser regulado por acordos negociados entre os fundos locais e as sociedades médicas dos cantões. Mas nem sempre foi possível chegar a esses acordos, como na França, ou quando isso foi possível, os acordos nem sempre foram respeitados.

Depois da Segunda Guerra Mundial, o Departamento Federal de Previdência Social (Federal Office of Social Insurance), controlado pelo Bundesrat e dirigido por um colegiado – composto por três democratas-radicalis, um social-democrata e um integrante do Partido dos Cidadãos, Agricultores e Artesãos –, elaborou projetos de reforma visando ampliar o papel do governo, com a conversão do sistema de subsídios federais em um plano compulsório de seguro nacional de saúde, e com o intuito também de controlar os preços das consultas médicas. Enquanto se preparava uma legislação mais geral, o governo submeteu uma proposta de seguro compulsório para pessoas de baixa renda e um plano de utilização de raios X no combate à tuberculose.

As duas casas do Parlamento aprovaram a lei da tuberculose: a Ständerat, eleita pelos cantões, aprovou o projeto por unanimidade, e a Nationalrat, de representação proporcional, também deu sua aprovação, com apenas três votos contrários. Mas os grupos de interesse conseguiram levar a proposta para a arena eleitoral, onde ela foi rejeitada por um plebiscito nacional. Embora o referendo tivesse sido convocado pelos liberais franco-suíços, a Associação Médica teve um papel importante na campanha do referendo, ao lado da Associação dos

Empregadores, da Associação dos Agricultores e da Associação das Pequenas Empresas. Posicionaram-se a favor da lei todos os sindicatos e associações de empregados, as organizações religiosas e a associação dos fundos de saúde.

Se os grupos a favor da lei tinham mais membros do que os grupos contra, como se explica essa derrota? Os próprios fundos se mostraram surpresos com o resultado do plebiscito e lamentaram não ter preparado melhor seus associados.**(14)** No entanto, se os fundos de saúde, os políticos e as organizações sindicais podiam compreender os benefícios coletivos de um programa de seguro social de saúde e o papel da lei de prevenção à tuberculose como um primeiro passo para a construção de um sistema nacional, o projeto sobre a tuberculose não despertava o interesse dos eleitores que votaram no referendo. A lei estabelecia um seguro compulsório para a população de baixa renda. As pessoas de rendas mais altas não tinham interesse especial nessa obrigatoriedade, a não ser que, por algum motivo, estivessem preocupadas com a sorte dos não-segurados. Para as pessoas de baixa renda que, por sinal, tendiam a não votar, a lei só tornava o seguro obrigatório, mas não prometia ajuda financeira do governo. Aliás, o incentivo inicial para a lei foi um plebiscito sobre a necessidade de um seguro maternidade. Mas o Departamento Federal de Previdência Social decidiu começar pelo seguro saúde.

Assim, quando a questão do seguro social de saúde foi levada das arenas executiva e parlamentar – onde contava com amplo apoio – para a arena eleitoral, um conjunto de critérios diferentes prevaleceu. Enquanto as elites políticas estavam preocupadas com a porcentagem da população a ser coberta pelo seguro de saúde, com a medicina preventiva, e com a capacidade de controlar os custos globais do sistema por intermédio do financiamento público e da regulamentação dos preços dos serviços médicos, os eleitores consideravam os custos e benefícios relativos da lei em termos individuais. Além disso, como atores principais na decisão de convocar o referendo, os grupos de interesse podiam exigir concessões tanto da burocracia do governo quanto do Parlamento.

Esse processo se tornou visível logo após a derrota do referendo a respeito da lei da tuberculose, em 1949. Animadas com a derrota, a Associação Médica Suíça e as associações de Empregadores, de Agricultores e de Pequenos Empresários enviaram petição ao governo, solicitando a retirada dos projetos de reforma do seguro social. Em 1954, o Departamento de Previdência Social elaborou um plano de seguro maternidade compulsório, aumentou a dotação do governo para o seguro de saúde e definiu instrumentos de controle dos preços dos serviços médicos. Mas os projetos foram imediatamente retirados quando, após consultas preliminares, o Departamento descobriu que os grupos de interesse estavam "divididos demais" para que fosse possível dar continuidade às reformas. **(15)** Num sistema político em que qualquer grupo de interesse, por menor que fosse, podia convocar um referendo, de resultado incerto, não tinha muito sentido prosseguir as discussões sem o apoio unânime desses grupos.

Já que a reforma total do sistema de seguro de saúde se mostrara inviável, o Departamento Federal da Previdência Social anunciou, em 1961, a intenção de fazer uma reforma parcial, "de forma a garantir aceitação e evitar a batalha de um referendo" (citado por Neidhart, 1970, p. 337). Para tanto, a reforma não incluiria o seguro social compulsório ou o seguro maternidade, nem estipularia limites para os preços das consultas médicas. A reforma seria limitada a um aumento dos subsídios do governo federal ao seguro privado de saúde. Em outras palavras, o governo tentava se proteger contra a arena eleitoral, a instância de veto. Como era impossível negar acesso aos grupos de interesse, tal como sucedeu no caso francês, o processo teria de ser limitado, excluindo determinadas questões.

Entretanto, a associação médica conseguiu recolocar em discussão o problema dos preços das consultas, e sua capacidade de fazê-lo estava claramente vinculada à ameaça de levar a questão a um referendo. Não lhe bastava que o governo tivesse abandonado os planos de controlar os preços das consultas, fato que, por sinal, ela encarava como "um primeiro passo para a socialização da medicina". **(16)** Agora a Associação queria uma decisão oficial, autorizando os médicos a cobrar preços diferentes segundo a renda dos clientes, um sistema de taxas

móveis. Além disso, reclamava que os pagamentos dos fundos aos médicos (pagamento diretamente a terceiros) fossem substituídos por pagamentos efetuados diretamente pelos clientes, que seriam posteriormente reembolsados. Com o aumento das mensalidades dos sócios e a contratação de uma empresa de relações públicas, a Associação constituiu um fundo avaliado em cerca de 1 milhão de francos suíços. Essa estratégia copiava a vitoriosa campanha movida pela Associação Médica Americana contra o sistema de seguro social de saúde, entre 1948 e 1952, financiada pela cobrança de 25 dólares de cada um dos 140 mil sócios da entidade, campanha esta que consumiu cerca de 4,6 milhões de dólares (Kocher, 1972, p. 147). Mas a Associação dos Médicos não foi o único grupo de interesse a fazer lembrar o Parlamento de seu poder de veto. Também os quiropráticos, não reconhecidos pela entidade, reuniram cerca de 400 mil assinaturas numa petição, exigindo cobertura para os tratamentos por eles ministrados, em igualdade de condições com os médicos licenciados. Essa exigência criou um dilema: a grande maioria dos médicos se opunha à admissão dos quiropráticos, mas, com tantas assinaturas, esses profissionais estavam nitidamente em condições de vetar a reforma.

A tramitação da reforma pelo Parlamento foi um processo longo, demorado, que levou quase dois anos. Embora as duas casas do Parlamento tivessem concordado em aumentar os subsídios federais, a questão dos preços das consultas criava problemas. A conduta da associação recebeu fortes críticas, e um dos defensores dos médicos chegou a declarar que a direção da entidade tinha sido "vencida por uma massa radicalizada".**(17)** No entanto, a conclusão do processo beneficiou os grupos com poder suficiente para chamar um referendo e penalizou os que não podiam fazê-lo. Os médicos foram autorizados a cobrar dos pacientes de acordo com seus rendimentos e os reembolsos pagos. Apesar dos protestos da Associação Médica, os quiropráticos foram admitidos no sistema em pé de igualdade com os médicos regularmente licenciados. Essa vitória deixa claro que a ameaça do referendo é mais essencial do que o status profissional. Contudo, os fundos de saúde não gostaram do resultado. Apesar disso, ficou decidido em uma reunião da organização central desses fundos (Konkordat) que não se recorreria a um referendo. Como explicou o presidente Hänggi, nenhum partido ou sindicato estaria disposto a lutar contra a reforma e os

quiropráticos, felizes com a vitória alcançada, certamente seriam um adversário aguerrido na disputa de um referendo popular. Conforme disse Hänggi:

É melhor ficar com o modesto progresso representado por esta reforma do que não ter progresso algum (...)
Porque de uma coisa podemos estar certos: na disputa de um referendo, "os direitos médicos" [preços cobrados de acordo com a renda dos pacientes] não teriam um papel importante; pelo contrário, a discussão giraria em torno de melhorias nos benefícios e nos subsídios federais, quer dizer, em torno de melhorias para os segurados. A divergência básica sobre os direitos médicos, que só afeta a uns poucos, não seria facilmente entendida pela grande maioria da população; não há dúvida de que o assunto dificilmente provocaria o grande movimento de oposição necessário para derrubar essa lei. **(18)**

Após mais de três anos de discussão, um processo de reforma que se pretendia simples e pacífico se prolongou por demais e se envolveu em uma rede de conflitos. A prática do referendo bloqueou a criação de um programa de seguro social na área de saúde e dificultou as medidas posteriores de regulamentação do valor das consultas médicas. Diante dessas barreiras iniciais, a discussão sobre os limites à prática da medicina privada deixou de ter sentido. A questão do seguro maternidade, que vinha sendo discutida desde a Constituição de 1945, se perdeu no meio do caminho. A permanente possibilidade de empurrar as decisões para a arena eleitoral desencorajou as tentativas de acordo e permitiu até aos grupos de interesse de menor expressão, como era o caso dos quiropráticos, ter um papel fundamental no processo de reforma. No sistema político suíço o referendo definia o conceito de poder e as regras do jogo eram determinadas pela maneira de interpretar seu modo de funcionamento, assim como, na França, a lógica do sistema girava em torno do controle de um Parlamento de comportamento imprevisível.

O parlamentarismo de maioria

Contrastando com os sistemas políticos francês e suíço, as instituições suecas previam uma cadeia de decisões sem instâncias de veto. Cabia ao Executivo elaborar e impor medidas políticas sem que houvesse a expectativa de vetos em pontos ulteriores da cadeia decisória. Uma combinação de características do desenho institucional com vitórias eleitorais inesperadas contribuiu para esse quadro. Acordos políticos estabelecidos no período da transição do poder monárquico em 1866 e a subsequente extensão do direito de voto, em 1909 e 1918, haviam definido um sistema que continha alguns dos mesmos controles institucionais vigentes na França e na Suíça. Ao Parlamento cabia equilibrar o poder do Executivo e à câmara alta do sistema bicameral, eleita por voto indireto, cabia a função de contrabalançar os efeitos da representação proporcional. Contudo, se na França os conflitos entre o Executivo e o Parlamento resultaram em um impasse, na Suécia as instituições se desenvolveram de modo a fazer a mediação entre esses conflitos de jurisdição. Tornou-se mais freqüente a utilização das comissões reais – órgãos consultivos compostos de representantes dos grupos de interesse e de parlamentares nomeados pelo Executivo, com a finalidade de elaborar propostas de lei –, bem como do processo de *remiss*, pelo qual se solicitava aos grupos de interesse redigir comentários por escrito, porque o rei desejava manter o Parlamento a distância e os parlamentares preferiam que as negociações se realizassem fora do alcance da burocracia monárquica. **(19)**

Em 1932, a inesperada vitória dos social-democratas e a aliança com o Partido dos Agricultores resultaram na reviravolta do sistema sueco que Olle Nyman chamou de passagem do parlamentarismo de minoria para o parlamentarismo de maioria. As mesmas instituições criadas para impedir uma mudança popular subitamente passaram a favorecer os social-democratas. As Comissões Reais, criadas para permitir que a burocracia monárquica impedisse o veto parlamentar, passaram a colaborar para a aprovação dos projetos social-democratas. A Câmara

Alta do Parlamento, que por muito tempo fora usada pelos conservadores como uma instância de veto, de repente passou a garantir a continuidade do governo social-democrata a despeito das flutuações eleitorais. **(20)**

Após esse realinhamento eleitoral, o sistema passou a funcionar como se as instâncias de veto tivessem deixado de existir. Uma vez tomada uma decisão na esfera do Executivo, o Parlamento dificilmente a rejeitava, pois o governo contava com maiorias estáveis. Da mesma maneira, as decisões parlamentares, num contexto de representação proporcional e de razoável estabilidade dos resultados eleitorais, geralmente não provocavam reações negativas por parte do eleitorado. Contrariamente ao que aconteceu na Suíça, os grupos de interesse e os eleitores não podiam rejeitar uma legislação através de referendo; a decisão era entendida como estritamente parlamentar, e isso significava que, existindo maiorias estáveis, o partido que controlava o governo também tinha condições de controlar o uso do referendo. Em oposição ao caso francês, não havia os bolsões de novos eleitores que tanto seduziam os políticos para que tráíssem as coalizões parlamentares (MacRae, 1967). Somente nas raras eventualidades de efetivação ou ameaça de um realinhamento eleitoral, a arena eleitoral se tornava relevante para propostas de políticas específicas. Por tudo isso, a formulação de políticas se concentrava no Executivo; os representantes dos grupos de interesse eram pressionados a negociar, já que havia uma boa chance de aprovação integral das propostas do Executivo no Parlamento. A lógica política do sistema conduzia obrigatoriamente à formação de uma coalizão majoritária na arena executiva.

Nesse sistema político, a classe médica estava numa situação desvantajosa. Na arena executiva, suas idéias eram sempre postas em confronto com as opiniões da confederação sindical operária, do sindicato *white-collar* e da associação dos empregadores. A classe médica tinha melhores contatos no Parlamento, mas o Partido Conservador, sempre disposto a rejeitar as propostas do Executivo, estava em minoria numérica. Os médicos também conseguiam que os jornais dessem uma boa cobertura às suas opiniões, mas isso só tinha eficácia nas raras ocasiões de uma ameaça eleitoral.

Como na França e na Suíça, o governo sueco tomou providências, no período entre guerras, para ampliar o programa de seguro social de saúde e aumentar o controle dos preços das consultas médicas. O sistema de seguro social na área de saúde foi inaugurado em 1946, quando o Partido Social-Democrata possuía maioria nas duas casas do Parlamento. Nem todos os grupos de interesse eram totalmente favoráveis ao sistema. Mas, ao contrário do que ocorreu na França e na Suíça, os médicos, os empregadores e os trabalhadores *white-collar* não dispunham de uma instância de veto à qual recorrer. Na impossibilidade de usar o veto parlamentar, ou o referendo, como arma, esses setores manifestaram preocupação com a medida, mas concordaram em cooperar. A Federação dos Empregadores Suecos fez questão de realçar as virtudes do seguro voluntário e lançou dúvidas sobre a oportunidade de dar início imediato a um seguro de alcance social, mas, em essência, acatou a reforma. O sindicato *white-collar*s assinalou que a maioria dos seus membros não se beneficiaria com a medida, mas, em nome da solidariedade, emprestou seu apoio à medida. A Associação Médica Sueca declarou que preferia o seguro voluntário ao compulsório e instou o governo a concentrar esforços nos problemas mais prementes de saúde pública. Mas se disporia a acatar a reforma, especialmente porque ela previa um mecanismo de reembolso e a livre escolha do médico. Portanto, nem a classe médica nem qualquer outro grupo de interesse estavam em uma posição de veto. O governo dispunha dos votos necessários para aprovar a lei e não havia nenhum outro canal de influência política, a exemplo do Parlamento francês ou do referendo suíço, no qual os médicos pudessem fazer prevalecer sua opinião, contra o consenso da maioria.

Dois anos mais tarde, a situação se modificara. Os partidos de oposição se preparavam para a campanha eleitoral de 1948 e esperavam que a crise do balanço de pagamentos de 1947 trouxesse um desgaste para a base eleitoral do Partido Social-Democrata. A divulgação de um relatório do governo propondo a criação de um Serviço Nacional de Saúde, que colocaria todos os hospitais e consultórios médicos na folha de salários do governo e eliminaria toda forma de prática médica privada, foi o pretexto para uma reação violenta dos conservadores. A imprensa de orientação não-socialista descreveu a proposta; conhecida como reforma Höjer, como a defesa doutrinária de uma imediata socialização da

medicina e de um rebaixamento dos médicos, do status de profissionais liberais para o de funcionários públicos. O jornal conservador *Svenska Dagbladet* escreveu em seu editorial que "o objetivo do Sr. Höjer se evidencia com uma clareza assustadora: trata-se da total socialização da classe e do achatamento econômico dos médicos".**(21)** Médicos, empregadores e os três partidos não-socialistas – dos Agricultores, dos Liberais e dos Conservadores – iniciaram uma agressiva campanha contra a medida. Nenhuma outra proposta do Legislativo recebeu tanta cobertura da imprensa, nem tantas críticas, em 1948, do que a reforma Höjer (Jarild Ög, 1962, p. 10). Mas foi esse também o padrão das reações no caso das políticas econômica e fiscal: os partidos não-socialistas contavam com a imprensa para uma campanha eleitoral tida como extraordinariamente agressiva e ideológica (Elvander, 1972).

As perspectivas de fracasso da aliança agricultores - trabalhadores, juntamente com as perdas eleitorais, colocaram o Partido Social-Democrata em posição vulnerável. Embora o partido tivesse um número suficiente de cadeiras no Parlamento para aprovar a reforma, suas perdas eleitorais potenciais conferiam aos setores contrários aos seus projetos uma oportunidade de exercer poder de veto. A pressão eleitoral abriu uma brecha estratégica para a classe médica, que pôde trocar a posição anterior de relutante acatamento do seguro social por uma aberta e declarada oposição à reforma Höjer. Diante dessas pressões, o governo social-democrata recuou totalmente, não só quanto à reforma Höjer, como também em relação à controvertida proposta de um novo imposto sobre a herança e a outros aspectos de seu programa econômico.

Superada essa conjuntura, porém, o governo social-democrata deu continuidade a uma série de medidas na área de saúde, quase sempre sem consultar a associação dos médicos. A orientação geral dessas medidas era reduzir o poder de mercado dos médicos, aumentando seu número e restringindo o âmbito do exercício da medicina privada. Apesar das objeções da associação, o número de médicos aumentou em sete vezes entre 1947 e 1972. Os leitos reservados a clientes particulares foram extintos em 1959 e, ao mesmo tempo, todos os hospitais

foram obrigados a oferecer atendimento ambulatorial. Esses ambulatórios concorriam com os consultórios particulares e com o tempo dedicado pelos médicos do serviço público para atender clientes particulares, o que os transformou em ameaça à prática privada da medicina. Por fim, em 1969, as consultas particulares foram banidas dos hospitais públicos, o atendimento ambulatorial se tornou praticamente gratuito, estipulando-se uma taxa fixa de Sete Coroas (*kronor*); todos os médicos que atendiam em hospitais passaram a ser assalariados, em regime de tempo integral.

Em nenhum outro momento a classe médica conseguiu tirar proveito de uma brecha estratégica semelhante à que se ofereceu em 1948. Em 1969, os deputados conservadores apoiaram os médicos e votaram contra a extinção da clínica privada dentro dos hospitais e a redução do preço das consultas para Sete Coroas. Entretanto, apoiados em uma maioria absoluta, os social-democratas não tiveram problema algum para aprovar a reforma, contando para isso com a sustentação integral dos partidos de centro e dos liberais. Os conservadores se queixaram de que os votos dos congressistas não passavam "de mera formalidade (...) a verdadeira decisão foi tomada por sobre a cabeça dos deputados".**(22)**

O Estado sueco pôde tomar medidas para controlar o mercado médico porque suas ações não podiam ser rejeitadas formalmente nas demais arenas. E isso não foi apenas uma decorrência das vitórias eleitorais dos social-democratas. Medidas semelhantes de ampliação do seguro nacional de saúde, controle dos honorários e assalariamento dos médicos tinham sido apoiadas pelos gaullistas franceses, e por quase todo o espectro dos partidos políticos suíços. O Executivo sueco pôde ir mais longe do que o governo . desses outros países porque as reformas iniciais de política não foram bloqueadas; ao contrário, elas incentivaram intervenções mais profundas.

As mudanças também não foram uma consequência de preferências especiais da classe médica, ou resultado de fragilidades econômicas ou organizacionais intrínsecas à classe. Os médicos particulares se queixaram de que a Reforma das sete Coroas representava a "completa socialização, da noite para o dia, da assistência sanitária na Suécia, através da modificação das condições de emprego dos profissionais que trabalham em hospitais e da extinção dos médicos particulares". **(23)** Tal como se deu na Suíça e na França, os médicos particulares suecos consideravam a autonomia econômica como um aspecto essencial de sua liberdade profissional. Realmente eles criticaram a diretoria da Associação Médica por não ter protestado com mais vigor contra a Reforma das Sete Coroas. A entidade poderia ter organizado uma greve ou alguma outra forma de reação econômica contra a reforma como os protestos que, no passado, tinham dado bons resultados. Em síntese, nem as opiniões dos médicos suecos diferiam radicalmente das de seus colegas nos dois outros países, nem a associação parecia menos apta para a ação coletiva. **(24)**

A grande diferença entre a classe médica sueca e a de outros países estava em sua posição política estratégica. Se as greves tinham sido realmente eficazes, permitindo, por exemplo, aumentar os preços cobrados pelos seus serviços, elas não duraram muito. Depois de cada greve bem-sucedida, o governo respondia politicamente com uma medida de restrição do mercado privado da medicina, por exemplo, acabando com os leitos particulares nos hospitais públicos, ou eliminando inteiramente o sistema de pagamento de consultas, como aconteceu na Reforma das Sete Coroas. Apesar do protesto de seus associados, a entidade dos médicos alegou que ficou presa numa situação sem saída, em que era difícil negociar com firmeza e resolução. **(25)** O governo social-democrata não apenas controlava os votos parlamentares necessários para garantir a aprovação da legislação; também buscou consolidar a reforma mudando os incentivos de mercado, tanto para os médicos quanto para os pacientes, como fez o governo De Gaulle. Na França, o contrato individual assegurou a aceitação geral das tabelas de consulta negociadas, tornando mais barato o acesso dos pacientes aos médicos que concordassem em reduzir seus preços, o que pôs fim à greve dos médicos. Na Suécia, a Reforma das Sete Coroas tornou a medicina privada menos atraente para os pacientes, porque a assistência ambulatorial

se tornou praticamente gratuita, ao passo que nos consultórios particulares eles teriam de pagar o valor integral e depois receber o reembolso de uma parte da despesa feita. Com isso, inviabilizou-se a fuga para a medicina privada como forma de protesto dos médicos contra a Reforma das Sete Coroas.

Portanto, a noção de que os médicos podem impedir qualquer reforma fazendo greves parece ser um mito. O governo sempre pode fazer uso de instrumentos políticos para modificar os termos dos conflitos de natureza econômica. É preciso notar que a classe médica mais favorecida com concessões do governo, a dos suíços, jamais entrou em greve e parece ter se beneficiado tanto com os resultados dos referendos sobre o seguro de saúde quanto com os temores dos políticos de que ela pudesse precipitar um referendo. Na Suécia, o governo social-democrata conseguiu converter seus ganhos eleitorais em decisões concretas, porque as negociações travadas no âmbito das Comissões Reais eram aprovadas por maiorias de parlamentares estáveis, o que fechava oportunidades de veto para grupos dissidentes. Somente quando os realinhamentos eleitorais criaram oportunidades estratégicas de veto os grupos de interesse desistiram desse jogo de barganha cooperativa.

Conclusões

Analisando esses episódios de reforma, chegamos à conclusão que a classe médica teve menos influência sobre as políticas de saúde do que normalmente se pensa. Se ela teve algum impacto, foi causado pelas oportunidades criadas por diferentes sistemas políticos, e não por características de suas organizações ou por diferentes formas de legalização do exercício profissional e poder de monopólio de mercado. Oportunidades de veto permitem alterar decisões em diferentes etapas do processo de formulação de políticas. Esse fato abriu diferentes caminhos para que os grupos de interesse exercessem pressão nos três sistemas. Na Suécia, as decisões eram tomadas na arena do Executivo, através de um processo consensual que se baseava na regra majoritária. Na França, durante a Quarta República, as decisões eram tomadas no Parlamento, onde bastava aos grupos se ligar aos parlamentares indisciplinados para vetar decisões. Quando a Constituição da Quinta República liberou o Executivo do Parlamento, esse poder de veto foi eliminado. Na Suíça, a possibilidade de vetar decisões por referendo permitiu que grupos de interesse muito diferentes fizessem ameaças convincentes de vetar a legislação do seguro social de saúde. Desse modo, não foram as preferências dos médicos que definiram os perfis dos sistemas de saúde, mas as preferências de uma ampla diversidade de grupos e segmentos do eleitorado, conforme foram canalizadas através de processos políticos de variável sensibilidade a essas pressões.

As normas constitucionais e os resultados eleitorais estabeleceram limites à capacidade dos governos para fazer reformas. Essas barreiras, por sua vez, foram usadas como armas pelos grupos de interesse que desejavam bloquear a legislação ou ameaçar a interrupção do processo, caso suas exigências não fossem atendidas. Em consequência, as peculiaridades desses mecanismos institucionais modificaram o quadro de atores políticos relevantes e as regras implícitas de decisão em cada um dos casos nacionais examinados (Quadro 2). O referendo suíço permitiu que até grupos menos expressivos pudessem vetar a legislação por iniciativa unilateral, levando-os a resistir às pressões para a agregação de seus interesses; e, com isso, a unanimidade se impôs como regra de decisão. Na França, as oportunidades para concessões feitas

pelo Parlamento privilegiaram os grupos colocados em posições cruciais nas coalizões: os sindicatos católicos, os médicos e os pequenos empresários. Inversamente, o controle direto do Executivo privilegiou os sindicatos no período da Liberação e os grandes empresários industriais na Quinta República. Na Suécia, as decisões do Executivo privilegiaram as grandes organizações dos setores ligados à produção, cuja concordância bastava para uma decisão ser tomada e transformada em lei. Esse sistema de canais abertos, mas estreitos, de acesso ao Estado estimulou a agregação dos interesses e o processo de construção da chamada Organização Suécia.

Em cada um dos casos, à medida que os políticos e os grupos de interesse disputavam o uso dos mecanismos institucionais, iam-se criando padrões diferentes de policy-making. Tornando mais difíceis certos cursos de ação e facilitando outros, as instituições redefiniram as opções políticas e mudaram o quadro de atores relevantes. Em outras palavras, as instituições definiram um contexto estratégico para a ação desses atores políticos, que mudou o resultado dos conflitos travados em torno de políticas específicas. Esse modo de entender as instituições rompe com uma linha consagrada de análise institucional. Alguns dos estudos mais interessantes costumam tomar as instituições como uma variável independente. Afirma-se, por exemplo, que as leis eleitorais prevêm os níveis de comparecimento dos eleitores, ou que as instituições corporativistas predizem os níveis de inflação, o crescimento econômico e a rebeldia dos cidadãos. **(26)**

Contrariamente a essa linha de análise, este ensaio adota um modelo causal do tipo two-step. Parte de uma clara distinção entre os atores políticos e suas estratégias, de um lado, e o contexto institucional em que se dá a ação, de outro. Os atores formulam seus objetivos, idéias e desejos independentemente das instituições. As instituições se tornam relevantes apenas nos cálculos estratégicos sobre a melhor maneira de promover um dado interesse em um determinado sistema. Com o tempo, é possível que ocorram excessos – se um certo objetivo for inatingível, pouco depois ele é descartado. Mas em um determinado ponto do tempo, o modelo aqui exposto independe de atores socializados por instituições que limitam seus objetivos ou interesses.

QUADRO 2
ARENAS, ATORES E REGRAS DE DECISÃO*

	Arenas	Atores	Decisão
Suécia	Executivo	LO, SAF, TCO	Regra majoritária
França (IV República)	Parlamento (coalizões instáveis)	CFTC, CGC, CGMPE, CNPf, CSMF	Hierarquia/privilégio (nível de crítica ao regime)
V República (Liberação)	Executivo (legisla por decreto)	CNPf (sindicatos no período da Liberação)	
Suíça	Eleitorado (referendo)	SÄV, SAV SGV, SBV, quiropráticos (se dispostos ao veto, também os fundos de saúde, os sindicatos e associações de empregados)	Unanimidade

*Suécia – LO: Landsorganisationen i Sverige (Confederação dos Sindicato Suecos); SAF: Sveriges Arbetsgivarförening (Associação dos Empregadores Suecos); TCO: Tjänstemännens Centralorganisation (Organização Central dos Empregados [e Gerentes] Suecos). França - CFTC: Confédération Française des Travailleurs Chrétiens (Confederação Francesa dos Trabalhadores Cristãos); CGC: Confédération Générale des Cadres (Confederação Geral dos Empregados e Gerentes); CGMPE: Confédération Générale des Petites e Moyennes Entreprises (Confederação Geral das Pequenas e Médias Empresas); CNPF: Conseil National du Patronat Français (Conselho Nacional dos Empregadores Franceses); CSMF: Confédération des Syndicats Médicaux Française (Confederação dos Sindicatos Médicos Franceses). Suíça - SAV: Schweizerischer Arbeitgeberverein, também chamado de Zentralverband Schweizerischer Arbeitgeber Organisationen (Associação dos Empregadores Suíços); SÄV: Schweizerischer Ärzteverein (Associação Médica Suíça) ou Verbindung der Schweizer Ärzte; SBV: Schweizerischer Bauernverein (Associação dos Ruralistas Suíços); SGV: Schweizerischer Gewerbeverein (Associação dos Artesãos Suíços).

Da mesma maneira, as origens das instituições são cronologicamente independentes dos atores e de suas estratégias. Isto é, as instituições sem dúvida alguma são criadas por atores sociais envolvidos numa luta pelo poder político. Mas os atores que participaram das lutas para a formação das instituições não são necessariamente os mesmos que tomam parte em conflitos posteriores; aliás, isso só acontece muito raramente. Por essa razão, a noção de que as instituições são de certo modo estruturas sociais solidificadas não é de grande ajuda. Para compreender o impacto das instituições sobre os conflitos políticos contemporâneos, é preciso analisar os incentivos, as oportunidades e as restrições que elas oferecem aos atores envolvidos nas disputas em curso.

No âmbito dessas instituições, mais de um curso de ação era possível; o desenrolar dos fatos dependeu tanto do acaso histórico e da criatividade dos atores quanto das restrições institucionais. Além disso, esses atores freqüentemente cometeram erros. As instituições nos indicam quais cursos de ação terão mais probabilidades de sucesso ou fracasso, mas não prevêm as escolhas finais dos atores. Assim sendo, a lógica social da história não deve ser substituída por uma nova eficiência da história baseada nas instituições políticas.

As instituições políticas podem ser entendidas como o contexto mais amplo e remoto dos conflitos políticos. Elas ajudam a definir os termos desses conflitos, moldando o significado prático do poder político e fornecendo a base para a elaboração de estratégias políticas de efeito prático. As instituições explicam muito do que acontece na vida política – os tipos de organizações de interesse que terão sucesso, as pressões para consolidar interesses, a utilidade da mobilização dos membros das organizações e até que ponto a cooperação ou adefecção será uma estratégia proveitosa. Mas os interesses, as estratégias e os recursos dos atores políticos não podem explicar as instituições, e por isso eu prefiro começar analisando a política pelo prisma das instituições. Mas nenhuma concepção da política pode se basear exclusivamente seja nas instituições, seja nos interesses e atores; os dois elementos são necessários para elaborar nossa compreensão do passado e para pensar nosso papel como sujeitos do futuro.

NOTAS

(*) Este artigo foi publicado originalmente em: Sven Steinmo, Kathleen Thelen & F. Longstreth. (1992), *Structuring Politics – Historical Institutionalism in Comparative Analysis*. Nova York, Cambridge University Press.

1. Resenhas das teorias do poder profissional podem ser encontradas em: Abbott, 1988; Berlant, 1975; Freddi & Björkman, 1989; Freidson, 1970; Light & Levine, 1988, pp. 10-32; Marmor & Thomas, 1972, pp. 421-42; Larson, 1977; Starr, 1982; e Stone, 1980.

2. O monopólio legal da prática médica, sob fiscalização do governo, incluindo sanções ao exercício não-autorizado, foi estabelecido na Suécia em 1663 e na França em 1892. A coordenação dos procedimentos de autorização para o exercício profissional nos cantões foi criada na Suíça em 1867, mas nem todos os cantões participavam, não havia uma burocracia fiscalizadora do número de médicos, nem foram previstas sanções para o exercício não-autorizado. Vários cantões fizeram uso das instituições da democracia direta para criar leis que permitissem a prática da medicina sem registro profissional. Como consequência, não houve um monopólio consolidado até a década de 20, quando dois cantões revogaram a legislação para permitir a prática sem registro, e quando a Associação Médica Suíça passou a desempenhar o papel de órgão de registro profissional. As barreiras ao exercício da medicina continuaram muito baixas na Suíça, como se evidencia tanto por uma legislação mais fraca quanto pelo elevado número de médicos. Sobre a Suíça e a França, ver Ramsey, 1984, pp. 225-305; sobre a França, Steffen, 1987, pp. 189-208; sobre a Suécia, Garpenby, 1989. Para outros detalhes e os meus estudos de caso, ver meu livro: Immergut, 1992.

3. Os dados se referiram originalmente ao número de habitantes por médico, isto é: 1.120 na Suécia, 940 na França e 710 na Suíça (Hogarth, 1963, pp. 60, 139 e 281).

4. Glaser, 1970; Kocher, 1972; *Läkartidningen 1986-2000* (Revista da Associação Médica Sueca), 1978; Mane, 1962, pp. 516-29; Savatier, 1962, pp. 477-9; Stephan, 1978, pp. 38-9.

5. Este é o argumento de Eckstein, 1960. Ver também: Heidenheimer, 1980, pp. 119-42; Hollingsworth, 1986; Klein, 1979, p. 484; Stone, 1980.

6. Shepsle, 1986, pp. 51-81; Hammond & Miller, 1987, pp. 1.155-73; Shepsle & Weingast, 1987, pp. 85-104. Sobre as regras de decisão, ver Scharpf, 1989, pp. 149-76. Sobre a lógica política, Ashford, 1986, pp. 96-122.

7. MacRae, 1967; Duverger, 1976; Ehrmann, 1976, pp. 298-9.

8. Hatzfeld, 1963, pp. 78-103; *Revue de la Sécurité Sociale*, março de 1957, pp. 9-12; entrevista de Clément Michel, ex-diretor do FNOSS, 7 de junho de 1984.

9. Archives Nationales, Direction de la Sécurité Sociale, Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. "Travaux préparatoire à la réforme de la Sécurité Sociale de 1960", SAN 7515, 24 fevereiro de 1960.

10. *Le Monde*, 19 e 21 de maio de 1960; Doublet, 1971, p. 41.

11. Sobre a posição da CGT, ver Archives, SAN 7517; para a opinião dos outros sindicatos, ver *Droit Social*, 1960, 3: 179 e 4: 242. Para mais detalhes sobre o serviço especial, ver Doublet, 1971, pp. 41-2.

12. Schweizerische Gesellschaft für Praktische Sozialforschung (GFS). "Analyse der eidgenössischen Abstimmung vom 6. Dezember 1987". *GFS Publications* (março de 1988), 12, 34.

13. Aubert, 1978; Hughes, 1962; Maurer, 1982; Neidhart, 1970.

14. *Konkordat der schweizerischen Krankenkassen, Tätigkeitsbericht* (Relatório anual da Organização dos Fundos para Doenças, 1958/1960). Solothurn, Konkordat, 1960, p. 47.

15. "Botschaft des Bundesrates an die Bundesversammlung zum Entwurf eines Bundesgesetzes betreffend die Änderung des Ersten Titels des Bundesgesetzes über die Kranken - und Unfallversicherung (5 de junho de 1961)". *Bundesblatt* (Atas do Governo Federal da Suíça) 113, 25, 1: 1.418.
16. Citação extraída de *Amtliches Stenographisches Bulletin der schweizerischen Bundesversammlung. Ständerat*(Debates parlamentares do Conselho de Estado). *Stenbull SR* (1962), p. 119.
17. Obrecht, *Stenbull SR*, 1963, p. 104
18. Hänggi, 24 de março de 1964, citado em Kocher, 1972, p. 131.
19. Hesselén, 1927, pp. 357, 360 e 377; Kelman, 1981, pp. 431-2; Hecló & Madsen, 1987.
20. Nyman, 1947. Sobre o papel da Primeira Câmara, Verney, 1957, p. 217.
21. *Svenska Dagbladet*, jornal conservador sueco (*Svl*, 10 de março de 1948, pp. 3-4.
22. *Riksdagens Protokoll FK* (Debates parlamentares da Primeira Câmara), 39 (1969), p. 72.
23. Gunnar Biörk, *SvD*. 17 de novembro de 1969, p. 4.
24. Para uma discussão mais extensa e outras interpretações desse assunto, ver Carder & Klingeberg, 1980, pp. 143-72; Heidenheimer, 1980, pp. 119-42.
25. *Läkartidningen*, 5 de novembro de 1969, p. 4.826, e dezembro de 1969, p. 4.964; ver Carder & Klingeberg, 1980.
26. Agradeço a Fritz Scharpf por ter me chamado a atenção para este aspecto, inclusive para estes exemplos. Sua análise sobre as questões de estratégia e as restrições institucionais está em Fritz W. Scharpf, 1991, pp. 7-14.

BIBLIOGRAFIA

- ABBOTT, Andrew. (1988), *The System of the Professions. An Essay on the Division of Expert Labor*. Chicago, The University of Chicago Press.
- ASHFORD, Douglas E. (1986), "The British and French Social Security Systems: Welfare State by Intent and by Default", in D.E. Ashford & E.W. Kelley (org.), *Nationalizing Social Security*. Greenwich (Conn.), JAI Press.
- AUBERT, J. F. (1978), "Switzerland", in D. Butler e A. Anney (org.), "Referendums ", *A Comparative Study of Practice and Theory*. Washington, D. C., American Enterprise Institute for Public Policy Research.
- BERLANT, Jeffrey. (1975), *Profession and Monopoly: A Study of Medicine in the United States and Great Britain*. Berkeley, University of California Press.
- BIRNBAUM, Pierre. (1977), *Les sommets de l'État*. Paris, Du Seuil.
- CARDER, Mack & KLINGEBERG, Bendix. (1980), "Towards a Salaried Medical Profession: How Swedish was the Seven Crowns Reform?", in A. J. Heidenheimer & N. Elvander (org.), *The Shaping of the Swedish Health System*, Londres, Croom Helm.
- DOUBLET, Jacques. (1971), "La Sécurité Sociale et son évolution [octobre 1951/juin 1961]". *Revue Française des Affaires Sociales*, 25, 2: 41.
- DUVERGER, Maurice. (1976), *Institutions politiques et droit constitutionnel*. In: *Le système politique français*, vol. 2. Paris, Presses Universitaires de France.
- ECKSTEIN, Harry. (1960), *Pressure Group Politics: The Case of the British Medical Association*. Londres, Allen and Unwin.
- EHRMANN, Henry. (1976), *Politics in France*. .3a. edição, Boston, Little Brown.
- ELVANDER, Nils. (1972), *Svensk Skattepolitik 1945/1970. En Studie i partiernas och organisationsfunktioner*. Estocolmo, Rabén och Sjögren.
- FLORA, Peter et al. (1983), *State, Economy and Society in Western Europe, 1815/1975. A Data Handbook in Two Volumes. Vol. 1. The Growth of Mass Democracies and Welfare States*. Frankfurt, Campus Verlag.
- FREDDI, Giorgio & BJORKMAN, James Warner (org.). (1989), *Controlling Medical Professionals: The Comparative Politics of Health Governance*. Newbury Park (Califórnia), Sage Publications.
- FREIDSON, Elliot. (1970), *Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. Nova York, Dodd, Mead.
- GALANT, Henry C. (1955), "Histoire politique de la Sécurité Sociale Française, 1945-1952". *Cahiers de la Fondation Nationale des Sciences Politiques*, 76. Paris, Armand Colin.
- GARPENBY, Peter. (1989), *The State and the Medical Profession. A Cross-National Comparison of the Health Policy Arena in the United Kingdom and Sweden, 1945-1985*. Linköping, Linköping Studies in Arts and Science.
- GLASER, William A. (1970), *Paying the Doctor: Systems of Remuneration and Their Effects*. Baltimore, Johns Hopkins Press.
- HAMMOND, T. H. & MILLER, G. J. (1987), "The Core of the Constitution". *American Political Science Review*, 81: 1.155-73.
- HATZFELD, Henri. (1963), *Le grand tournant de la médecine libérale*. Paris, Les éditions Ouvrières.
- HECLO, Hugh & MADSEN, Henrik. (1987), *Policy and Politics in Sweden: Principled Pragmatism*. Filadélfia, Temple University Press.
- HEIDENHEIMER, Arnold J. (1980), "Conflict and Compromise between Professional and Bureaucratic Health Interests, 1947-72", in A.J. Heidenheimer & N. Elvander (org.), *The Shaping of the Swedish Health System*. Londres, Croom Helm.
- HESSLÉN, Gunnar. (1927), *Det Svenska Kommittéväsendet intill år 1905. Dess uppkomst, ställning och betydelse*. Tese de doutorado não publicada. Filosofiska fakultetet i Uppsala humanistiska sektion, Uppsala.
- HOGARTH, James. (1963), *The Payment of the Physician. Some European Comparisons*. Nova York, MacMillan, Pergamon Press.

- HOLLINGSWORTH, Rogers. (1986), *A Political Economy of Medicine: Great Britain and the United States*. Baltimore, Johns Hopkins University Press
- HUGHES, Christopher. (1962), *The Parliament of Switzerland*. Londres, Cassel.
- IMBERT, Jean. (1958), "La réforme hospitalière". *Droit Social*, 21, 9/10: 496-505.
- IMMERGUT, Ellen M. (1992), *Health Politics: Interests and Institutions in Western Europe*. Cambridge, Cambridge University Press.
- JAMOUS, Haroun. (1969), *Sociologie de la décision: la réforme des études médicales et des structures hospitalières*. Paris, Editions du Centre National de la Recherche Scientifique.
- KELMAN, Steven. (1981), *Regulating America, Regulating Sweden: A Comparative Study of Occupational Safety and Health Policy*. Cambridge, (Mass.), MIT Press.
- KERR, Henry H. (1981), *Parlement et société en Suisse*. St. Saphorin, Editions Georgi.
- KLEIN, Rudolf (1979), "Ideology, Class and the National Health Service". *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 4: 484.
- KOCHER, Gerhard. (1972), *Verbandseinfluss auf die Gesetzgebung. Aerzterverbindung, Krankenkassenverbände und die Teilrevision 1964 des Kranken- und Unfallversicherungsgesetzes*. 2a. edição, Berna, Francke Verlag.
- LAROQUE, Pierre. (1971), "La Sécurité Sociale de 1944 à 1951". *Revue Française des Affaires Sociales*, 25, 2: 11-25.
- LARSON, Magali Sarfatti. (1977), *The Rise of Professionalism. A Sociological Analysis*. Berkeley, University of California Press.
- LIGHT, Donald & LEVINE, Sol. (1988), "The Changing Character of the Medical Profession: A Theoretical Overview". *The Millbank Quarterly* 66, 2: 10-32.
- MacRAE, Duncan. (1967), *Parliament, Parties and Society in France, 1946-1958*. Nova York, St. Martin's Press.
- MANE, Roland. (1962), "Où va le syndicalisme médical?". *Droit Social*, 25: 516-29.
- MARMOR, Theodore R. & THOMAS, David. (1972), "Doctors, Politics and Pay Disputes: Pressure Groups Politics Revisited". *British Journal of Political Science*, 2: 421-42:
- MAURER, Alfred. (1982), "Switzerland", in P. A. Köhler & H. F. Zacher (org.), *The Evolution of Social Insurance, 1881-1981, Studies of Germany, France, Great Britain, Austria and Switzerland*. Londres, Frances Pinter; Nova York, St. Martin's Press.
- MAXWELL, R. J. (1981), *Health and Wealth. An International Study of Health Care Spending*. Lexington (Mass.), Lexington Books, D.C. Health and Co. para Sandoz Institute for Health and Socioeconomic Studies.
- MEYNAUD, Jean. (1958), *Les groupes de pression en France*. Cahiers de la Fondation Nationale des Sciences Politiques, n° 95, Paris, Librairie Armand Colin.
- NEIDHART, Leonhard. (1970), *Plebiszit und pluralitäre Demokratie. Eine Analyse der Funktion der Schweizerischen Gesetzreferendums*. Berna, Francke Verlag.
- NYMAN, Olle. (1947), *Svensk Parlamentarism 1932/1936. Frdn Minoritetsparlamentarism till majoritetskoalition*. Skrifter Utgivna av Statsvetenskapliga Föreningen i Uppsala genom Axel Brusewitz n° 27. Uppsala, Almqvist e Wicksell.
- ÖG, Anita Jarild. (1962), "Diskussion kring Medicinalstyrelsens betänkande, Den öppna läkarvården i riket". Trabalho não publicado apresentado em seminário de Ciência Política na Universidade de Uppsala.
- RAMSEY, Mathew. (1984), "The Politics of Professional Monopoly in Nineteenth Century Medicine: The French Model and its Rivals", in G. L. Geison (org.), *Professions and the French State*. Filadélfia, University of Pennsylvania Press.
- SAVATIER, Jean. (1962), "Une profession libérale face au mouvement contemporain de socialization". *Droit Social*, 25: 477-9.
- SCHARPF, Fritz W. (1989), "Decision Rules, Decision Styles and Policy Choices". *Journal of the Theoretical Politics*, 1: 149-76.
- _____. (1991), *Crisis and Choice in European Social Democracy*. Tradução de Ruth Crowley e Fred Thompson. Ithaca (Nova York), Cornell University Press.
- SHEPSON, Kenneth A. (1986), "Institutional Equilibrium and Equilibrium Institutions", in H. Weisberg (org.); *Political Science: The Science of Politics*. Nova York, Agathon.
- SHEPSON, Kenneth A. & WEINGAST, Barry R. (1987), "The Institutional Foundations of Committee Power", *American Political Science Review*, 81: 85-104.

SKÖLD, Lars & HALVARSON, Arne. (1966), "Riksdagens Sociala Sammansättning under Undra År", in *Samhälle och Riksdag*. Estocolmo, Almqvist e Wicksell.

STARR, Paul. (1982), *The Social Transformation of American Medicine*. Nova York, Basic Books.

STEFFEN, Monika. (1987), "The Medical Profession and the State in France", *Journal of Public Policy*, 7, 2: 189-208.

STEPHAN, Jean-Claude. (1978), *Economie et pouvoir médical*. Paris, Economica.

STEPHENS, John D. (1979), *The Transition from Capitalism to Socialism*. Londres, MacMillan.

STONE, Deborah A. (1980), *The Limits of Professional Power*. Chicago, Chicago University Press.

VERNEY, Douglas V (1957), *Parliamentary Reform in Sweden, 1866/1921*. Oxford, Clarendon Press.

VISSER, Jelle. (1984), *Dimensions of Union Growth in Postwar Western Europe*. European University Institute. Working Paper n° 89. Badia Fiesolana, San Domenico (FI), European University Institute.

Tradução de Vera Pereira