



SENADO FEDERAL
UNIVERSIDADE DO LEGISLATIVO BRASILEIRO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL

ALCINDA MARIA MACHADO GODOI

**EXECUTIVO E LEGISLATIVO NA PRODUÇÃO LEGAL EM SAÚDE,
DE 1988 A 2008**

Brasília - DF

2008



ALCINDA MARIA MACHADO GODOI

**EXECUTIVO E LEGISLATIVO NA PRODUÇÃO LEGAL EM
SAÚDE, DE 1988 A 2008**

**Trabalho final apresentado para
aprovação no curso de pós-
graduação *lato sensus* em Ciência
Política realizado pela Universidade
do Legislativo Brasileiro e
Universidade Federal de Mato Grosso
do Sul como requisito para obtenção
do título de especialista em Ciência
Política.**

**Orientadora: Profa. Dra. Leany
Barreiro de Sousa Lemos**

Brasília - DF

2008

**EXECUTIVO E LEGISLATIVO NA PRODUÇÃO LEGAL
EM SAÚDE, DE 1988 A 2008**

**Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em
Ciência Política realizado pela Universidade do Legislativo
Brasileiro e pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul,
no 2º semestre de 2008.**

Aluna: Alcinda Maria Machado Godoi

Banca Examinadora:

Prof. Dra. LEANY BARREIRO DE SOUSA LEMOS

Prof. Dr. CAETANO ERNESTO P. DE ARAÚJO

Brasília, 28 de novembro de 2008.

**Aos meus queridos Ivo, Helena, Sara e
Rafael, meus maiores incentivadores.**

AGRADECIMENTOS

Meus agradecimentos:

à Unilegis e ao Senado Federal por tornarem possível aos servidores da Casa, e de outras instituições, um aprendizado tão importante para o entendimento da política, que permeia o cotidiano de nosso trabalho;

a todos os professores do curso de Especialização em Ciência Política, que se empenharam de forma exemplar e com muita competência para que tivéssemos os fundamentos teóricos desse campo de conhecimento, tão novo para a maioria de nós;

à turma de Ciência Política, pela ótima convivência;

aos colegas consultores legislativos da área da saúde da Câmara dos Deputados e do Senado Federal, que compartilham comigo as mesmas preocupações com a produção legislativa em saúde;

e, de forma muito especial, à Leany, por ter aceito ser minha orientadora e ter desempenhado essa tarefa com tanta competência e entusiasmo. O processo de elaboração da monografia foi um grande aprendizado. O que parecia tão difícil, e até quase inatingível, foi-se mostrando viável ao longo do percurso. A objetividade e a confiança de Leany foram fundamentais para que eu não me perdesse nesse caminho. Agradeço muitíssimo por isso.

RESUMO

O objetivo deste trabalho é descrever e analisar a legislação federal de saúde produzida no período pós-constituente (1988-2008), para determinar o papel desempenhado pelos Poderes Legislativo e Executivo na formulação das políticas de saúde via produção legislativa e para avaliar a relevância dessa produção para a construção e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). Tomando como referencial teórico a teoria da escolha racional, na vertente distributivista, buscou-se identificar o papel do Poder Legislativo e do Executivo na elaboração das leis de saúde, identificando diferenças quanto ao conteúdo e à abrangência da legislação produzida por esses Poderes. Para a realização do presente trabalho foi feito um levantamento da legislação federal em saúde produzida no período pós-constituente, mediante consulta ao *site* da Presidência da República. Foram identificadas 129 leis ordinárias, seis emendas constitucionais e nenhuma lei complementar. As leis identificadas foram agrupadas segundo diferentes critérios de classificação, levando-se em conta o conteúdo, a abrangência e a natureza da matéria de saúde tratada. Os dados obtidos refutaram as teses de que os parlamentares tendem a produzir leis que distribuem benefícios concentrados e da primazia do Poder Executivo na produção de leis. O estudo mostrou diferenças importantes no conteúdo das leis originárias do Executivo e do Legislativo.

Palavras-chave: escolha racional; Executivo; distributivismo; Legislativo; política de saúde; produção legislativa.

LISTA DE TABELAS

| | |
|--|-----------|
| Tabela 1 – Distribuição das leis de saúde segundo tipo e iniciativa da proposição originária..... | 35 |
| Tabela 2 - Distribuição das leis de saúde segundo tramitação das proposições originárias..... | 36 |
| Tabela 3 - Distribuição das leis de saúde segundo o Governo em que foram apresentadas as proposições originárias..... | 37 |
| Tabela 4 – Distribuição das leis de saúde d objetivo da proposição originária..... | 42 |
| Tabela 5 – Distribuição das leis de saúde segundo objetivo da proposição originária e partido do proponente, considerando-se os três primeiros partidos em termos de produção legislativa em saúde..... | 43 |
| Tabela 6 – Distribuição das leis de saúde segundo área temática da proposição originária | 49 |
| Tabela 7 – Distribuição das leis de saúde segundo classificação das proposições originárias por objetivo e abrangência..... | 52 |
| Tabela 8 – Distribuição das leis de saúde segundo classificação das proposições originárias, por objetivo e abrangência, e vinculação do proponente (base do governo ou oposição)..... | 53 |
| Tabela 9 – Distribuição das leis de saúde segundo classificação das proposições originárias, por objetivo e abrangência, e partido do proponente..... | 54 |

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|-----------|
| 1 .INTRODUÇÃO | 08 |
| 2. REVISÃO DA LITERATURA | 16 |
| 2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS E O LEGISLATIVO | 16 |
| 2.2 A POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA E O PARLAMENTO..... | 26 |
| 3. O QUE OS DADOS INFORMAM SOBRE A PRODUCAO LEGAL EM SAÚDE NO BRASIL DE 1988 A 2008..... | 31 |
| 3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PRODUÇÃO LEGAL EM SAÚDE..... | 31 |
| 3.2 PRODUÇÃO LEGAL E POLÍTICAS DE SAÚDE ESPECÍFICAS.. | 37 |
| 3.3 TEMAS DE SAÚDE: AS PREFERÊNCIAS DE CADA PODER.... | 44 |
| 3.4 LEGISLAÇÃO EM SAÚDE E DISTRIBUIÇÃO DE BENEFÍCIOS. | 49 |
| 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS | 55 |
| 5. REFERÊNCIAS BLIOGRÁFICAS..... | 61 |
| ANEXO A..... | 64 |

1. INTRODUÇÃO

O objetivo deste estudo é descrever e analisar a legislação federal de saúde produzida no período pós-constituente (1988-2008), para determinar o papel desempenhado pelos Poderes Legislativo e Executivo na formulação das políticas de saúde via produção legislativa e para avaliar a relevância dessa produção para a construção e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), nos moldes com que está preceituado na Carta Magna.

A Constituição Federal representou um marco para a saúde pública brasileira ao reconhecer a saúde como direito fundamental do cidadão e como dever do Estado, a ser provido por meio de políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e outros agravos e pela garantia de acesso universal e igualitário às ações e aos serviços públicos de saúde (C.F., art. 196). Ela rompeu com a lógica até então dominante de um sistema de saúde fragmentado, dicotomizado (ações preventivas e assistenciais de baixa densidade tecnológica, a cargo do Ministério da Saúde, *versus* ações médico-assistenciais individuais, a cargo do Ministério da Previdência e Assistência Social) e excludente (segurados da Previdência Social *versus* não-segurados) (ELIAS, 1996). O texto constitucional representou o reconhecimento e a afirmação da saúde como direito social, em consonância com os ideais de democratização reivindicados pela sociedade.

No ordenamento constitucional foram estabelecidas as bases jurídico-legais e técnicas de configuração do novo sistema público de saúde: a constituição de uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada, com comando único em cada esfera de governo, e pautada pela descentralização, pelo atendimento integral e pela participação da comunidade.

Ainda de acordo com a Constituição, o poder público deve dispor sobre a regulamentação, a fiscalização e o controle das ações e dos serviços públicos de saúde, nos termos da lei. Assim, desde a edição da Carta Magna, uma série de instrumentos normativos vem configurando a estrutura e as práticas institucionais do novo sistema de saúde. Esse arcabouço normativo inclui ampla gama de

instrumentos jurídicos – emendas constitucionais, leis ordinárias e complementares, medidas provisórias, decretos e normas operacionais, como as portarias ministeriais – e tem institucionalizado novos direitos e novas regras organizacionais e operacionais, no âmbito do sistema de prestação de serviços de saúde.

O foco deste trabalho são as leis e as emendas constitucionais promulgadas após a Constituição Federal de 1988 e suas implicações para a política de saúde. Os instrumentos normativos infra-legais – decretos, portarias, resoluções – também desempenham papel de relevo para a conformação do sistema de saúde e das políticas setoriais, mas não constituem objeto do presente estudo, uma vez que não passam pela apreciação do Congresso Nacional. Também não foram objeto deste estudo as proposições legislativas não-apreciadas, rejeitadas, arquivadas, prejudicadas e aquelas que, tendo sido aprovadas no âmbito do Congresso Nacional, foram vetadas totalmente pelo Presidente da República e cujo veto não foi derrubado. Assim, apenas as proposições que se transformaram em norma jurídica foram incluídas neste trabalho.

A partir da produção legislativa federal em saúde, procuramos identificar o papel do Poder Legislativo e do Executivo na elaboração das leis, identificando diferenças quanto ao conteúdo e à abrangência da legislação produzida por esses Poderes e quanto à capacidade de cada um dos Poderes em fazer aprovar suas proposições dentro do Congresso Nacional.

Procuramos verificar se na área da saúde ocorre a tendência apontada por alguns autores de as leis de iniciativa do presidente serem mais abrangentes, de âmbito nacional, relacionadas a temas de interesse geral e apresentarem maior impacto sobre as políticas públicas, em contraposição às originárias de proposições de iniciativa parlamentar, que teriam cunho regional e visariam tão-somente a dar resposta à base eleitoral do parlamentar (MAINWARING, 1999, e AMES, 2001, *apud* RICCI, 2003).

Admitindo a pertinência desse argumento que sustenta a tese de que há diferenças importantes entre Legislativo e Executivo no tocante ao conteúdo e à

abrangência das matérias legislativas por eles formuladas, trabalhamos com a hipótese de que o Executivo é responsável pela produção de leis de conteúdo estruturante do sistema de saúde, de abrangência universal, relacionadas com políticas e programas de saúde de caráter geral. Em contrapartida, o Legislativo tenderia a propor leis de caráter pontual, não-abrangentes e não-estruturantes da política de saúde, mas voltadas para segmentos populacionais específicos e geograficamente delimitados, de interesse dos parlamentares.

Essa hipótese é condizente com a teoria da escolha racional, na vertente distributivista, segundo a qual a atividade parlamentar é pautada pelo interesse da reeleição e, portanto, tenderia a responder a demandas de bases eleitorais geograficamente definidas ou de grupos específicos, resultando em propostas concentradoras de benefícios em regiões ou grupos determinados, ou seja, propostas ditas “paroquiais” (MAYHEW, 1974, *apud* RICCI, 2003). Por outro lado, como a eleição do Presidente da República não está calcada em uma área geográfica restrita ou a grupos específicos, isso levaria a que sua atuação legislativa tivesse caráter mais geral e de âmbito nacional.

No entanto, a partir de dados empíricos, alguns estudos realizados em nosso meio apontam para outra direção, contestando aquela concepção de que a produção legislativa dos parlamentares brasileiros seria predominantemente resultante de interesses paroquiais (FIGUEIREDO e LIMONGI, 1999; LEMOS, 2001; AMORIM NETO e SANTOS, 2003; RICCI, 2003).

Quanto à capacidade de determinar a agenda e aprovar suas proposições, a literatura é farta em estudos que mostram a predominância do Executivo sobre o Legislativo, tanto em função dos mecanismos institucionais relacionados ao processo legislativo inscritos na Constituição, que confere primazia ao Poder Executivo em relação a diversas matérias e na definição da agenda, quanto às relações estabelecidas entre esses dois Poderes dentro do presidencialismo de coalizão, como é o caso brasileiro (FIGUEIREDO, 1990; FIGUEIREDO e LIMONGI, 1995, 1999; PEREIRA e MUELLER, 2000; RODRIGUES, M.M.A, 1998, *apud* ZAULI e RODRIGUES, 2002).

Não constitui objeto do presente trabalho discutir os determinantes das diferenças possivelmente existentes e detectadas entre a produção legislativa da lavra do Executivo e do Legislativo, sejam eles relacionados aos mecanismos institucionais de organização do processo legislativo, sejam eles relacionados à forma como os dois Poderes se articulam dentro do presidencialismo de coalizão, mas tão-somente identificá-las e descrevê-las, buscando avaliar as possíveis repercussões para o sistema de saúde.

Para a realização do presente trabalho foi feito um levantamento da legislação federal em saúde produzida no período pós-constituente (leis ordinárias, leis complementares, emendas constitucionais), mediante consulta ao *site* da Presidência da República, e sua posterior classificação em grandes áreas temáticas, com a identificação daquelas que têm caráter estruturante do setor. O período coberto pela pesquisa vai de outubro de 1988 a outubro de 2008, que corresponde aos vinte anos de vigência da atual Constituição Federal e de criação do SUS. Foram identificadas, nesse período, 129 leis ordinárias, seis emendas constitucionais e nenhuma lei complementar.

É importante observar que a definição de uma lei como sendo de saúde está sujeita a grande subjetividade e depende dos critérios estabelecidos, podendo ser mais ou menos ampliada. Isso gera diferenças que vão se expressar tanto em termos numérico quanto em termos de conteúdo das leis analisadas. Para efeitos do presente estudo, adotaram-se critérios mais ampliados, que incluem desde aquelas leis mais diretamente ligadas ao setor, até leis que tratam dos determinantes de saúde e que, por isso mesmo, têm caráter intersetorial. Foram consideradas como sendo de saúde as leis que tratam de ações e de serviços de saúde – públicos ou privados –; as leis que tratam da regulação de atividades ou setores que lidam diretamente com serviços ou produtos de saúde ou que incidam sobre a saúde; as leis que concedem benefícios a grupos específicos definidos em função de sua condição de saúde ou a instituições cuja natureza esteja ligada à saúde (como instituições de portadores de patologias e instituições de prestação de serviços de saúde); as leis que tratam de matérias relativas a medidas que, apesar de não estarem diretamente vinculadas ao setor,

causam impacto importante sobre a saúde, como as medidas relacionadas a situações de risco a agravos à saúde; e as leis que têm forte componente intersetorial. Não foram consideradas as leis de cunho estritamente orçamentário (leis orçamentárias e de abertura de créditos). Todas as leis consideradas neste estudo estão listadas no anexo A, em ordem crescente do ano de sua promulgação, além das emendas constitucionais.

As leis identificadas foram agrupadas segundo diferentes critérios de classificação, levando-se em conta o conteúdo, a abrangência e a natureza da matéria de saúde tratada. Buscamos explicitar o conteúdo das leis produzidas em saúde nas diferentes dimensões propostas – campo temático e objetivo ou natureza da lei – para que se possa avaliar as áreas priorizadas que irão constituir as políticas públicas e o tipo de política predominante – se estruturante, regulatória ou distributiva.

De acordo com a natureza – ou finalidade em relação à saúde –, as leis foram classificadas em: 1) estruturantes do SUS; 2) organizacionais e não-estruturantes do SUS; 3) de financiamento do SUS; 4) distributivas; 5) regulatórias; e 6) simbólicas.

É necessário esclarecer que foram consideradas como leis estruturantes do SUS aquelas que contribuem para a organização do sistema, determinando ou alterando sua configuração, e como leis organizativas não-estruturantes aquelas que tratam de questões administrativas, mas que não alteram ou causam impacto sobre a configuração do sistema. As leis distributivas são aquelas que claramente transferem benefícios ou recursos da União – financeiros, tributários ou assistenciais – a grupos ou instituições específicos. Consideraram-se como leis regulatórias aquelas que geram ônus ou obrigações a instituições ou setores e que impõem normas de funcionamento para eles, enquanto como leis simbólicas foram consideradas as que não geram custos financeiros ou outro tipo de impacto para os serviços de saúde, como a adoção de terminologias, de símbolos, de dias comemorativos, etc.

A segunda dimensão classificatória foi a área temática, tendo-se adotado as seguintes categorias: 1) organização e gestão do SUS; 2) financiamento do

SUS; 3) saúde suplementar; 4) programas e ações de saúde; 5) vigilância sanitária; 6) prevenção de riscos à saúde; 7) profissões de saúde; 8) benefícios a grupos específicos e instituições; 9) bioética e biodireito; e 10) efemérides e outras leis simbólicas.

Com a finalidade de avaliar se o objetivo da reeleição condiciona o tipo de proposição apresentada pelos parlamentares, efetuou-se uma terceira classificação, que permitisse dimensionar de forma mais direta esse tipo de associação. Identificamos na literatura três trabalhos recentes que adotam classificações das leis ou proposições legislativas com esse objetivo (LEMOS, 2001; RICCI, 2003; AMORIM NETO e SANTOS, 2003). Em todos esses trabalhos os autores utilizaram categorias muito semelhantes, no sentido de mensurar se as proposições distribuem benefícios e de que forma – difusa (para toda a população) ou concentrada (para indivíduos ou grupos).

Lemos (2001) constrói uma tipologia das leis baseada em duas dimensões: forma e escopo. A forma é entendida como a maneira pela qual uma decisão parlamentar concede os benefícios, podendo ser por meio de regulação ou de transferência. O escopo, diz respeito à aplicação da lei, se concentrada ou difusa. A partir dessas duas dimensões, derivaram-se quatro categorias: 1) transferências de recursos difusos; 2) transferência de recursos concentrados; 3) regulação difusa e 4) regulação concentrada.

Já em Ricci (2003), a classificação é feita a partir de três critérios: generalidade, efeitos previstos e abrangência territorial dos efeitos. A generalidade refere-se aos sujeitos beneficiários ou afetados pela lei e classifica a lei em geral, quando afeta a população nacional; seccional, quando é dirigida a amplos segmentos da sociedade; microseccional, quando dirigida a grupos específicos e circunscritos; individual, quando se refere a poucos ou a um só indivíduo. Esse critério baseia-se fundamentalmente no quantitativo de pessoas atingidas pela lei. Os efeitos previstos são definidos em termos do que prevalece: custos ou benefícios. A amplitude dos benefícios concedidos é o que configura a lei como mais ou menos distributiva. Quanto ao impacto territorial, as leis são classificadas de forma dicotômica, em locais ou nacionais. Ricci trabalha apenas

com as proposições distributivas (quando prevalecem os benefícios), classificando-as segundo os dois outros critérios.

Neste estudo, adotamos uma classificação muito próxima da que foi proposta por Lemos, também baseada em duas dimensões. A primeira é o objetivo da lei, se distributivo ou regulatório. A segunda dimensão é a amplitude da lei, bastante semelhante ao critério de generalidade da classificação proposta por Ricci.

A classificação resultante dessas duas dimensões é a seguinte:

1. leis distributivas difusas: distribuem benefícios, sejam assistenciais (serviços, ações) ou financeiros, para toda a população ou para segmentos muito amplos e com distribuição nacional;
2. leis distributivas concentradas: distribuem benefícios, sejam assistenciais (serviços, ações) ou financeiros, para grupos específicos bem definidos, ou para instituições determinadas;
3. leis regulatórias difusas: estabelecem regras gerais, que atingem todo o sistema de saúde ou toda a população;
4. leis regulatórias concentradas: estabelecem regras para setores específicos.

Com base nas classificações das leis e das emendas constitucionais, procedeu-se à identificação das diferenças quantitativas e qualitativas da produção legislativa em saúde de iniciativa do Poder Legislativo e do Executivo, em termos de conteúdo, abrangência e capacidade de aprovação das leis.

A partir das leis identificadas no período considerado, foram recuperadas as proposições legislativas que lhes deram origem. Com base em pesquisa feita nos *sites* da Câmara dos Deputados e do Senado Federal foram levantados dados sobre a tramitação das proposições de interesse para o estudo. Foi, então, constituído um banco de dados com as seguintes variáveis: número da lei, ano de promulgação, natureza da lei, classificação temática, generalidade, efeito, abrangência, número da proposição legislativa e ano, data de apresentação, data de aprovação, tempo de tramitação, iniciativa da proposição (Executivo ou Legislativo), Casa de origem (Câmara dos Deputados ou Senado Federal), nome

do parlamentar proponente, estado do proponente, partido do proponente, regime de tramitação (ordinário, prioridade, urgência, urgência urgentíssima), posição do partido em relação ao governo (base ou oposição).

A definição da posição dos partidos em relação ao Governo foi feita com base nas tabelas construídas por Amorim Neto (2004) e Amorim Neto e Coelho (2008), que mostram a composição partidária dos governos, ano a ano, desde 1985. Foram considerados da base aliada os partidos que integraram os Ministérios, e da oposição, os partidos que estavam fora dessa composição.

Para a construção do banco de dados e análise estatística foi utilizado o *software Epi-info*, de domínio público e bastante utilizado na área da saúde. Foram feitas distribuições de frequência simples para as variáveis de estudo e análise estatística de possíveis associações entre algumas variáveis mais relevantes para as finalidades do estudo.

O trabalho é apresentado em quatro seções. Na presente seção, são apresentados a delimitação do objeto de estudo, seus objetivos, hipóteses, o marco teórico-conceitual e a metodologia empregada. A segunda seção trata da revisão da literatura específica relativa à temática da produção legislativa, da formulação de políticas públicas, e da relação entre Executivo e Legislativo. São reportados os principais estudos que contribuíram em termos teórico-metodológicos para fundamentar as reflexões e a consecução da presente investigação. Também é feita uma breve contextualização da política de saúde na Constituinte, que é o marco primordial da política de saúde vigente. A terceira seção traz os resultados empíricos da pesquisa e a discussão de seus possíveis significados. Na quarta seção, são feitas algumas considerações sobre os achados e as limitações do presente estudo, bem como sobre possíveis desdobramentos para investigações futuras. Ao final, como anexo, incluímos a listagem das normas legais que são objeto do presente trabalho (anexo A).

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS E O LEGISLATIVO

Nosso interesse, ao realizar este trabalho, é entender a formulação da política de saúde no âmbito do Parlamento brasileiro no período pós-Constituinte, identificando o papel dos principais formuladores da legislação – Executivo e Legislativo – na construção da política de saúde na arena legislativa. Entendemos que essa é uma arena fundamental na construção das políticas públicas, pois é onde se processam – ou deveriam se processar – as decisões sobre quais políticas serão desenvolvidas e sobre as normas que as regerão.

O processo de construção de uma política pública se inicia com a emergência de um elenco de temas – a partir da demanda de grupos de interesse ou da própria burocracia de Estado –, para integrar a agenda das instituições políticas, a partir do que serão objeto de discussão e de decisão por parte dos atores políticos. Só então, elas vão ganhar o campo das instituições burocráticas para serem implementadas e, posteriormente, avaliadas quanto à sua efetividade (RUA, 1998; FREY, 2000). A formulação das políticas públicas tem no parlamento um *locus* fundamental, pois aí se inscrevem as demandas sociais, processam-se os conflitos entre os diferentes interesses, e são tomadas as decisões de acordo com a hierarquia de preferência dos atores políticos envolvidos.

O processo decisório, que é conformado por um conjunto de regras institucionais, resulta em uma escolha – entre as muitas opções colocadas – que expressa, além das preferências dos políticos, as interações estabelecidas por eles, entre si e com os demais atores sociais. Esse processo sofre a influência das regras institucionais, que condicionam as chances de êxito, de acordo com a posição dos diversos atores – políticos, burocracia estatal e setores privados organizados – dentro do jogo político.

O Parlamento é a instância de representação por excelência. Nenhum dos outros dois Poderes está tão intrinsecamente ligado à escolha pelo voto popular.

Tanto o Executivo quanto o Judiciário são dotados fortemente de uma cultura burocrática, regida por parâmetros, como competência técnica, hierarquia e disciplina, completamente distintos daqueles que regem uma instituição alicerçada eminentemente sobre a escolha popular. Portanto, as lógicas de funcionamento dessas instituições são bastante próprias e muito diferentes entre si.

A dependência do voto é uma característica essencial do Parlamento e dela decorre uma série de conseqüências para a prática legislativa. Uma das mais importantes é a chamada *accountability* vertical – formulada por autores como Bentham, Mill e Schumpeter –, cujos mecanismos são voto secreto, eleições regulares e competitivas, o que capacita os eleitores a dispensarem os líderes incompetentes (LEMOS, 2006).

De acordo com Carey (2003, *apud* LEMOS, 2006, p. 9), “os parlamentos são [...] instituições mais inclusivas e plurais, refletem melhor a diversidade cultural de um país e seus processos de tomada de decisão, são mais transparentes e menos insulados do que os poderes judiciário e executivo”.

Por ser a instituição mais permeável às demandas sociais, o Parlamento é o local privilegiado para onde convergem os diferentes interesses, inclusive da própria burocracia estatal. No entanto, em relação às políticas públicas, diversos estudos apontam para o esvaziamento do Congresso Nacional em sua função de formulador de políticas, seja por meio de delegação dessa sua competência para o Poder Executivo, seja por meio de sua exclusão pela burocracia de Estado, que assume integralmente e de forma autônoma a formulação e a condução de políticas públicas, deixando o Congresso à margem (PETERS, 1987, *apud* RUA, 1995). Rua (1995), ao analisar a formulação da política industrial no Governo Sarney e Collor, constata que a burocracia, em ambos os períodos, foi o ator central na tomada de decisões.

Na saúde, esse fenômeno também tem sido reconhecido e identificado como uma “despolitização da saúde”, que passa a ser vista apenas em sua dimensão técnica e, portanto, restrita ao campo da burocracia de Estado (BAHIA *et al*, 2007). Por um período, logo após a aprovação da Constituição Federal e das Leis Orgânicas da Saúde, isso foi encarado como um processo natural e

necessário face às demandas de construção do arcabouço institucional do novo sistema de saúde.

Há na literatura, diversos estudos apontando para a preponderância do Executivo na definição da agenda e na formulação das políticas públicas (FIGUEIREDO, 1990; FIGUEIREDO e LIMONGI, 1995, 1999; PEREIRA e MUELLER, 2000; RODRIGUES, M.M.A, 1998, *apud* ZAULI e RODRIGUES, 2002). A força do Executivo é identificada tanto na ação legislativa típica quanto na ação da burocracia estatal, mediante a edição de normas infra-legais que, muitas vezes, promovem verdadeiras modificações nas políticas aprovadas pelo Congresso. É amplamente aceito que o presidencialismo brasileiro está pautado fortemente na figura do Presidente, que detém amplo poder legislativo concedido pela Constituição Federal. De acordo com Figueiredo (1990) e Figueiredo e Limongi, (2000), 86% das leis produzidas entre 1989 e 1998 foram originárias do Poder Executivo.

O Executivo, além de deter o poder de agenda e de decisão sobre as políticas públicas, detém a prerrogativa de implementação e de avaliação, o que lhe confere a capacidade de esvaziar as políticas originárias do Legislativo que não se coadunem com suas prioridades.

A natureza da política pública condiciona e mobiliza distintos interesses em torno do processo decisório, além de determinar o grau de intensidade dos conflitos envolvidos nessa decisão. De acordo com o cientista político Lowi (1964, *apud* MANCUSO, 2007), as políticas públicas podem ser classificadas, quanto à sua natureza, em três tipos gerais: distributivas, regulatórias e redistributivas. Tipologia semelhante é encontrada em Wilson (1995, *apud* COSTA e RIBEIRO, 2001), que introduz uma quarta categoria – a de auto-regulação –, que poderia ser considerada dentro da classe geral regulatória de Lowi. Segundo Wilson, a tipologia das leis baseia-se no cálculo dos custos e benefícios derivados da ação do governo.

As políticas distributivas são aquelas que menos conflitos de interesses envolvem, pois estão voltadas para grupos bem delimitados que se beneficiarão com a medida, mas sem deixar claro sobre quem recairão os custos de sua

adoção. Não havendo a explicitação de quem perde, não há conflito no processo decisório sobre esse tipo de política. São consideradas políticas particularistas, uma vez que se destinam a grupos específicos ou particulares, sem mobilizar o interesse de outros atores sociais. A arena política predominante na discussão desse tipo de política é caracterizada por “consenso e indiferença amigável” (WINDHOFF-HÉRITIER, 1987, p. 48, *apud* FREY, 2000). Exemplo desse tipo de política é a oferta de equipamentos e serviços públicos setoriais, cujo ônus recai sobre toda a sociedade por meio do orçamento fiscal público. Em geral, estão associadas a políticas de patronagem e de clientelismo, sendo utilizadas como instrumento do jogo político no sentido de manter a lealdade dos contingentes eleitorais.

As políticas regulatórias, ao contrário, claramente envolvem um grupo que arca com os custos e outro com os benefícios e, por isso mesmo, no processo decisório, conformam uma disputa acirrada de interesses contraditórios. No entanto, para Wilson (1995, *apud* COSTA e RIBEIRO, 2001), as políticas regulatórias também permitem a convergência de interesses diferentes, podendo se constituir em política de soma positiva, em que todos ganham. É um tipo de política governamental implementada na busca de suprir falhas de mercado.

Como a política de saúde caracteriza-se por ser do tipo misto – estatal e privada – há um amplo setor de mercado que precisa ser regulado, como o da saúde suplementar, cujas principais falhas de mercado incluem a assimetria de informações entre os planos de saúde e os consumidores, a exclusão de clientela (como os idosos) que representam maiores custos para as empresas, ou a compensação dos maiores riscos assumidos pelas empresas por meio da distribuição de custos mais elevados entre todos os segurados. Há, também, amplos setores privados ligados à área de insumos, como os medicamentos, que precisam ser regulados, seja para coibir abusos em termos de preços, seja para controlar possíveis monopólios.

No campo das políticas regulatórias, Wilson destaca como um tipo independente as políticas auto-regulatórias, nas quais o poder de regulação é conferido pelo Estado para grupos específicos considerados de interesse público.

Assim, a função reguladora será exercida por pares, o que leva à confusão entre a atividade reguladora com a defesa de interesses corporativos. Um exemplo claro desse tipo de política auto-reguladora é a exercida pelos conselhos profissionais. Nesse caso, a atividade reguladora estaria atrelada à defesa de interesses particularistas.

A terceira categoria de política pública, na classificação de Lowi (1964, *apud* MANCUSO, 2007), é a política redistributiva, que afeta a distribuição da renda e da propriedade na sociedade, sendo dirigida a amplos setores sociais. É a política pública que mais claramente evidencia quem são os ganhadores e os perdedores e, portanto, envolvem conflitos de interesses bastante evidentes e contundentes no processo decisório. São exemplos desse tipo de política os instrumentos fiscais de transferência de renda, como a tributação progressiva e o imposto sobre grandes fortunas, e o desenvolvimento de políticas de bem-estar social. Essas políticas tendem a polarizar os interesses, unificando grandes setores em cada um dos pólos.

A definição das políticas públicas segundo a tipologia mencionada anteriormente evidencia que sempre está envolvida, em algum grau, uma distribuição de benefícios e de custos, o que remete à afirmação de Laswell (1936, *apud* ARRETCHE e RODDEN, 2004) de que “o estudo da política se resume a questões de distribuição: quem ganha o que, quando e por que”. Esse é o cerne das decisões sobre as políticas públicas.

Bastante difundida e aceita é a tese segundo a qual os políticos agem movidos pela idéia da reeleição, o que os leva a fazer escolhas na arena legislativa que atendam a esse interesse primário. As políticas públicas seriam definidas com base nas preferências dos políticos – parlamentares e presidente – e teriam como alvo as regiões e as populações identificadas com sua base eleitoral. Isso levaria a diferenças fundamentais entre presidente e parlamentares quanto ao tipo de proposição apresentada, o primeiro introduzindo projetos de cunho mais geral e de abrangência nacional. Essa concepção está fundamentada na teoria da escolha racional, de origem norte-americana, que tem como

referência teórica o pensamento de Olson, Downs, Tsebelis, Arrow, entre outros (BAERT, 1997).

A partir de uma concepção que vê o homem como ser intrinsecamente egoísta, afirma-se que a ação humana é sempre instrumental, voltada para a consecução de determinados objetivos. Reis (1984), partindo dessas premissas sobre o egoísmo humano e a maximização dos interesses, argumenta que a escassez é um elemento importante que condiciona a racionalidade dos processos decisórios no mundo da política, que é o mundo da resolução pacífica dos conflitos pela via da produção de acordos e negociações. As decisões sobre as políticas públicas, em especial as políticas sociais, estão inseridas nesse contexto de escassez e de escolhas, o que Santos (1993) formulou como o princípio de ordenamento de “escolhas trágicas”.

De acordo com Sell (2002), a centralidade dessa abordagem nos debates contemporâneos pode ser constatada pela análise da literatura produzida nos últimos anos nos principais periódicos de ciência política e social, que permite a identificação de diversos artigos que discutem as contribuições e os limites da teoria da escolha racional.

Em relação aos limites discutidos, o autor identificou duas principais deficiências apontadas nesses artigos em relação à teoria da escolha racional: 1) o reducionismo individualista e 2) o reducionismo racionalista. A primeira deficiência refere-se à tentativa de explicar os fenômenos sociais levando em conta apenas os indivíduos, desconhecendo o peso das estruturas, das instituições, da cultura e da própria história na determinação daqueles fenômenos. A segunda – o reducionismo racionalista – refere-se ao fato de a teoria racionalista ignorar a influência das normas e dos valores morais na ação social, reduzindo a ação social ao seu aspecto instrumental, ou seja, essa teoria “reduz o indivíduo à sua dimensão utilitária (indivíduo egoísta) e ignora a dimensão altruísta e solidária das pessoas, cujas fontes são valores éticos e morais” (SELL, 2002, p. 66).

Ainda que passível de críticas, a teoria da escolha racional é o referencial teórico adotado por diversos autores que estudam o Poder Legislativo e a dinâmica da produção legislativa nacional, seja para corroborá-lo, seja para refutá-

lo (LEMOS, 2001; FIGUEIREDO e LIMONGI, 2002; RICCI, 2003; AMORIM NETO e SANTOS, 2003). Parte-se da premissa de que os políticos buscam maximizar seus interesses e têm como objetivo primário a reeleição. Como consequência, estariam mais propensos a apresentar propostas no sentido de políticas distributivas concentradas, que seriam mais condizentes com aquele objetivo, uma vez que buscam dispensar benefícios direcionando-os para os seus distritos eleitorais e distribuindo os custos de forma não perceptível por toda a sociedade. Essa visão é uma transposição da interpretação distributivista da política norte-americana, que parte da assunção de que na realidade brasileira há a mesma conexão eleitoral existente naquele país e, portanto, a consequência em termos das decisões políticas também será a mesma – a produção de políticas paroquiais.

A tese da “conexão eleitoral” foi elaborada por Mayhew, em sua obra clássica homônima “Congress: the electoral connection” (1974), onde busca explicar os comportamentos dos congressistas norte-americanos. Segundo esse modelo, os parlamentares desejam prioritariamente a reeleição; a organização do Congresso – sua estrutura e seu funcionamento – é totalmente adequada para atender os interesses dos parlamentares; e o voto distrital condiciona a atuação parlamentar voltada para sua base eleitoral, de forma a que ele se torne facilmente reconhecido como responsável por políticas voltadas ao interesse local (CINTRA e LACOMBE, 2004). Todas as instâncias políticas – parlamento, comissões, partidos – vão se conformar de forma a atender a necessidade eleitoral dos parlamentares.

No entanto, grande parte dos trabalhos de base empírica sobre a dinâmica do processo legislativo tem refutado essa associação direta entre “voto pessoal”, reeleição e política paroquial. Os autores têm levantado questões particulares tanto da arena eleitoral quanto da arena legislativa que não admitem a transposição do modelo norte-americano para o contexto nacional. Questões relacionadas com as estruturas e normas internas do Congresso são trazidas como variáveis importantes e determinantes, ou indutoras, do comportamento

parlamentar. Figueiredo e Limongi (2002, p.305), estudando o processo orçamentário brasileiro, sustentam que

[...] o sistema político brasileiro não gera as condições motivacionais, e nem mesmo as institucionais, para que políticos baseiem suas carreiras políticas exclusivamente em vínculos pessoais e partidários com os eleitores e com o Executivo....Tomemos o bordão neo-institucionalista a sério: resultados não podem ser derivados mecanicamente das preferências.

O neo-institucionalismo, ainda que não seja uma corrente de pensamento única (HALL e TAYLOR, 2003), assenta-se fundamentalmente na idéia de que em cada sociedade prevalecem regras e entendimentos que fundamentam as interpretações e o agir de seus integrantes, que foram chamados por March e Olsen (1994, apud FREY, 2000) de identidades e instituições. De acordo com esses autores, uma teoria baseada unicamente na motivação ou intenção para explicar o comportamento humano é incompleta, porque não é capaz de apreender as formas como as identidades e as instituições são constituídas, mantidas e interpretadas.

Assim, a análise sobre as decisões políticas, na perspectiva do neo-institucionalismo, deve incorporar as instituições às preferências dos atores. Em contraste com as teorias comportamentalistas e pluralistas, o neo-intitucionalismo promoveu um deslocamento do foco analítico das preferências individuais para as instituições. As regras e os procedimentos institucionais passaram a ser considerados como fatores relevantes dentro do processo político decisório, posto que influenciam os resultados.

Dentro do neo-institucionalismo da escola racional, merecem ser destacadas as três principais correntes analíticas do Legislativo: a distributivista, a informacional e a partidária (CINTRA e LACOMBE, 2004; MONTEIRO *et al*, 2001). A primeira, enfatiza justamente a conexão eleitoral, conforme formulada por Mayhew, em que os parlamentares guiados pelo interesse maior da reeleição protagonizariam políticas clientelistas. A segunda – informacional – sustenta que o Congresso se estrutura de forma a aumentar a eficiência da atuação parlamentar, proporcionando o maior volume de informação possível e contribuindo para a

especialização dos parlamentares em áreas que podem favorecer a sua visibilidade e o seu reconhecimento, favorecendo o objetivo da reeleição. As comissões seriam criadas justamente para dar o aporte informacional, do qual resultaria a formulação de políticas públicas mais positivas. A terceira vertente – a partidária – questiona as outras duas por não considerarem os partidos enquanto força estruturadora da ação parlamentar.

Adotando a perspectiva do modelo distributivista e tendo como objeto de estudo os projetos de lei da área da saúde e educação, Lemos (2001) procurou verificar se as propostas legislativas apresentadas entre 1988 e 1994 pretendiam distribuir benefícios agregados – para grupos, indivíduos ou localidades geográficas – ou difusos, para toda a sociedade. A premissa do trabalho era a de que “os parlamentares buscam maximizar suas preferências, conforme a racionalidade restrita: a reeleição é a principal meta”. A autora utiliza uma classificação das leis baseada em dois critérios: forma (transferência de recursos ou regulação) e escopo (concentrada ou difusa). De acordo com os dados apresentados, preponderaram propostas legislativas que difundem benefícios em relação a propostas concentradoras, o que é o oposto à hipótese inicialmente formulada. A autora levanta algumas explicações possíveis para esse achado e argumenta que ele não é contraditório com o modelo racional, que passa a se sustentar em uma base coletivista, alegando que “a proposta difusa também teria cunho pragmático”.

Amorim Neto e Santos (2003) procuraram testar o modelo do segredo ineficiente (MSI) na sociedade brasileira. Segundo os autores, esse modelo, proposto por Shugart e Carey, é uma das mais importantes contribuições para a literatura comparada sobre as instituições políticas da América Latina. De acordo com o modelo, o segredo ineficiente decorre, de um lado, de um Executivo com fortes poderes legislativos e, de outro, de líderes partidários com baixa capacidade de controlar os parlamentares sob sua liderança. Nos países em que prevalece o MSI, haveria uma clara divisão da produção legislativa: as proposições de origem parlamentar apresentariam baixo impacto e distribuiriam benefícios para

determinados distritos eleitorais, enquanto as proposições originárias do Executivo teriam maior abrangência, com impacto nacional.

A partir da análise dos projetos apresentados entre 1985 e 1999 e que foram transformados em leis, Amorim Neto e Santos (2003) observaram que a produção legislativa dos deputados não tem alcance apenas estadual ou local, mas têm amplitude nacional, o que segundo os autores não contradiz o MSI. Para eles, as barreiras constitucionais que impedem a transferência de recursos para regiões delimitadas ou clientelas reduzidas induzem os deputados a propor leis sobre questões tópicas, mas de âmbito nacional. Uma das conclusões dos autores é que o Congresso brasileiro desempenha papel de menor importância no processo legislativo, tanto pelas premissas colocadas pelo MSI quanto pela falta de incentivos à construção de longas carreiras parlamentares, o que enfraquece o seu papel na formulação das políticas nacionais.

Outro estudo recente (RICCI, 2003) também aponta na mesma direção. Esse estudo teve como objetivo pesquisar o conteúdo das leis aprovadas pelo Congresso brasileiro, no período de 1991 a abril de 1992, a partir da perspectiva da teoria da escolha racional. Ele procura encontrar evidências empíricas que dêem sustentação à interpretação de que a conduta legislativa dos parlamentares é pautada pelos incentivos oferecidos pelo sistema eleitoral, além de verificar a influência dos fatores internos relativos ao processo decisório. Com base nos dados analisados, que mostraram uma preponderância de projetos de cunho distributivista de amplo impacto sobre os projetos paroquiais, Ricci conclui que “a tese da conexão eleitoral, expressa na idéia de que o congressista busca garantir benefícios locais direcionados ao seu reduto eleitoral, deve ser fortemente redimensionada”. De acordo com o autor, os dados revelam como de fato se dão os incentivos eleitorais, que, no caso brasileiro, têm como base eleitoral a população de um estado federativo. Dessa forma, haveria “maiores estímulos para o envolvimento direto em políticas distributivas de impacto amplo”.

Essa linha de argumentação encontra suporte nas interpretações oferecidas por Ames e Rojas de Carvalho, que preconizam a existência de distintos padrões de distribuição geográfica do voto, dentro do sistema eleitoral

brasileiro. De acordo com Cintra e Lacombe (2004, p. 160)), com base na tipologia criada por aqueles autores

é natural pressupor que “distritos” eleitorais de configurações diferentes [...] também levem a diferentes desempenhos na arena parlamentar, porque geram necessidades eleitorais diversificadas. [...] Rojas de Carvalho aduz inúmeras evidências para demonstrar a diversidade de atitudes e comportamentos de nossos deputados, em função das distintas determinações eleitorais a que estão submetidos.

O presente estudo foi realizado tendo como aporte teórico a teoria da escolha racional, na vertente distributivista. Partimos do pressuposto de que também na área da saúde os parlamentares são movidos pelo interesse da reeleição e que, portanto, sua produção legislativa terá como foco principal a distribuição de benefícios para grupos específicos e geograficamente delimitados, ou seja, a distribuição concentrada de benefícios. Decorre também desse pressuposto, a hipótese de que as produções legais do Executivo e do Legislativo são bastante diferentes e expressam as diferenças de preferências decorrentes de bases eleitorais distintas.

2.2 A POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA E O PARLAMENTO

Foge do escopo deste trabalho fazer uma retrospectiva histórica aprofundada da evolução da saúde pública brasileira, mas é importante destacar o papel do Parlamento, tanto no período que antecedeu quanto durante a Constituinte, na definição das bases técnico-jurídicas que configurariam o novo sistema de saúde – o Sistema Único de Saúde.

O Congresso Nacional, no período de crise do regime militar e de redemocratização, constituiu-se em espaço privilegiado de articulação e de diálogo entre os diversos atores – sociedade civil, parlamentares e partidos políticos – sobre as transformações necessárias da saúde pública e sobre o novo modelo de atenção que deveria ser implantado no País.

O modelo de sistema de saúde brasileiro no período anterior à promulgação da Constituição Federal de 1988 caracterizava-se por uma fragmentação

institucional entre as chamadas “ações de saúde pública” e “ações médico-assistenciais”. As primeiras, não rentáveis, ficavam a cargo do Ministério da Saúde, enquanto as segundas eram de responsabilidade do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Esse modelo foi institucionalizado pela Lei nº 6.229, de 1975¹, que criou o Sistema Nacional de Saúde, fundamentalmente baseado na divisão de competências entre os diversos ministérios. Ao Ministério da Saúde, a Lei atribuiu a responsabilidade *de promover ou executar ações preferencialmente voltadas para as medidas e os atendimentos de interesse coletivo*. Ao Ministério da Previdência e Assistência Social, determinou a responsabilidade pelo *atendimento médico-assistencial individualizado*, seja por meio da prestação direta dos serviços de saúde seja por meio da contratação de entidades privadas. Assim, o Estado, por meio da Previdência Social, foi o grande financiador da medicina privatista.

Esse modelo além de excludente – a assistência médica só era garantida para quem estava formalmente vinculado à Previdência Social –, passou a se mostrar inviável do ponto de vista dos gastos públicos, sendo duramente criticado. Diversas propostas no sentido da reforma do sistema de saúde passaram a ser defendidas.

A idéia de um sistema único de saúde, conforme consagrada no texto constitucional, surgiu muito antes, fruto de um movimento amplo e supra-partidário, designado por alguns autores como *movimento pela democratização da saúde* (PAIM, 1987, *apud* RODRIGUEZ NETO, 2003). Um dos principais marcos, senão o primeiro, de formulação e apresentação da proposta do sistema único, conforme apontado por Rodriguez Neto (2003), foi justamente o 1º Simpósio Nacional de Política de Saúde, promovido pela Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, em 1979.

Nesse período, de abertura política, também foram ensaiadas algumas mudanças no plano institucional, principalmente em função da crise da Previdência e do Inamps. Podem ser identificados quatro projetos principais que

¹ Lei nº 6.229, de 17 de julho de 1975, que “dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde” (Revogada pela Lei nº 8.080, de 19/9/1990).

expressavam concepções distintas a respeito de como deveria ser conformado o sistema de saúde, concepções que, posteriormente, se manifestaram no embate político dentro da Constituinte. De acordo com Rodriguez Neto (2003), as principais tendências existentes àquela época em relação ao modelo de sistema de saúde foram as seguintes:

1. tendência “conservadora-privatista”, que defendia a manutenção do modelo assistencial então vigente, com medidas racionalizadoras da atenção e com maior controle dos gastos;
2. tendência “modernizante-privatista”, que propunha uma reorganização do sistema de saúde baseada na medicina de grupo, com a transferência da responsabilidade assistencial para esses grupos privados, mediante transferência de recursos públicos; ao Estado caberia tão-somente a atenção aos marginalizados e as ações de saúde pública típicas;
3. tendência que defendia um modelo de saúde estatizante, entendendo a saúde como responsabilidade do Estado quanto à prestação e execução de serviços e ações de saúde;
4. tendência de cunho liberal, que defendia o reforço do setor público e maior eficiência da “máquina”, não intervenção sobre o setor privado, combate ao mercantismo, defesa da ética e da moralidade públicas.

Essa discussão que estava restrita à esfera da burocracia do Estado e aos movimentos sociais, durante a Constituinte entrou para a agenda do Parlamento, que passou a ser o palco privilegiado do embate entre as diferentes concepções de sistema de saúde a ser adotado no País, polarizadas em torno do projeto de sistema de saúde público e estatal e do projeto de sistema de saúde privado. A solução dada durante a Constituinte foi no sentido de um modelo híbrido, que reforçava a responsabilidade do Estado na provisão de serviços e ações de saúde, mas que reconhecia a participação do setor privado.

É amplamente aceito e reconhecido o êxito do movimento pela reforma sanitária em colocar na agenda da Assembléia Nacional Constituinte seu projeto para a saúde pública – discutido e aprovado na 8ª Conferência Nacional de Saúde – e em fazer aprovar as principais diretrizes desse novo modelo, calcado na

universalidade e na integralidade das ações, na descentralização e na participação da comunidade.

Depois de consolidadas as bases jurídico-legais do novo sistema de saúde dentro da Constituição, a ênfase foi deslocada para o Executivo federal, o que para muitos era justificável, já que passava a ser prioritária a implementação do SUS. No entanto, esse deslocamento da formulação da política de saúde para o Executivo, que em determinadas situações aparece como quase exclusividade, vem sendo considerado como uma despolitização do debate sobre a saúde (BAHIA *et al*, 2007).

Apesar disso, o Congresso Nacional, no período pós-Constituinte, tem-se manifestado sobre as políticas públicas de saúde, sejam elas relacionadas diretamente ao SUS, sejam relacionadas à função reguladora que o Estado deve assumir frente ao mercado em saúde, uma vez que se optou por um modelo de sistema que admite a participação do setor privado. No entanto, os trabalhos analíticos sobre a contribuição do Legislativo na formulação da política de saúde são escassos.

Podemos mencionar o trabalho de Lemos (2001), já comentado anteriormente, cujo foco foi o comportamento dos parlamentos a partir da análise das proposições legislativas das áreas de educação e saúde. A hipótese do trabalho era a de que a prática legislativa tenderia a concentrar benefícios em indivíduos ou grupos organizados e nas localidades geográficas que correspondem aos distritos eleitorais dos parlamentares. Assim, a autora analisou se as proposições legislativas apresentadas pelos parlamentares eram propostas que buscavam distribuir benefícios de forma concentrada ou difusa nas duas áreas sociais.

Também, dedicando-se a estudar o papel do Legislativo e do Executivo na produção legislativa em saúde, há o trabalho de Zauli e Rodrigues (2002), que se detém na análise da dinâmica do processo decisório, na capacidade de ambos os Poderes utilizarem os dispositivos institucionais, nas estratégias e nos recursos políticos por eles utilizados. Os autores não se detiveram na análise de conteúdo das proposições legislativas consideradas.

Outros trabalhos sobre a produção legislativa em saúde, enfocando mais detidamente o conteúdo das leis produzidas e não tanto o comportamento dos atores políticos envolvidos, são os de Bahia *et al* (2007) e de Baptista (2003).

De acordo com Bahia *et al* (2007), a produção legislativa em saúde reflete a tendência geral observada de preponderância do Executivo. Os autores focalizaram as leis produzidas no período entre março de 2006 e setembro de 2007 e identificaram 25 matérias de autoria do Executivo e 15 de autoria do Legislativo, verificando que há certa especialização de cada um dos Poderes em determinados temas de saúde. De acordo com esses autores, as propostas originárias do Legislativo concentram-se em torno de problemas de cobertura e há uma inclinação desse Poder “em favor de demandas de segmentos populacionais definidos por atributos específicos ao lado do debate e elaboração de leis de interesse geral” (p.1.809). Em contraste com o Legislativo, o Executivo está mais voltado a encaminhar projetos de caráter estruturante do sistema de saúde.

Já o estudo de Baptista (2003) teve como foco o processo de implementação da política de saúde brasileira no período de 1988 a 2002, mediante a análise das políticas aprovadas pelo Poder Legislativo e as políticas normatizadas pelo Executivo, isto é, das normas legais e infra-legais aprovadas nesse período. De acordo com a autora, o Poder Executivo, por intermédio do Ministério da Saúde, exerce papel indutor e concentrador da política de saúde.

3. O QUE OS DADOS INFORMAM SOBRE A PRODUÇÃO LEGAL EM SAÚDE NO BRASIL DE 1988 A 2008

3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PRODUÇÃO LEGAL EM SAÚDE

A análise aqui realizada refere-se a 135 normas legais – 129 leis ordinárias e 6 emendas constitucionais – que tratam do tema saúde e que foram aprovadas após a promulgação da Constituição de 1988, ou seja, no período de outubro de 1988 a outubro de 2008.

Os estudos sobre as instituições políticas brasileiras têm apontado sempre no sentido de um Executivo forte e preponderante na formulação das políticas públicas (FIGUEIREDO, 1990; FIGUEIREDO e LIMONGI, 1995, 1999; PEREIRA e MUELLER, 2000; RODRIGUES, M.M.A, 1998, *apud* ZAULI e RODRIGUES, 2002).

A primazia do Poder Executivo na produção das leis é justificada, por um lado, com base nos muitos mecanismos constitucionais que lhe conferem importantes prerrogativas – como o pedido de urgência, o poder de veto e a edição de medidas provisórias –, o que resulta na sua maior capacidade de determinar e ocupar a agenda do Legislativo. Por outro lado, outros fatores relacionados com o tipo de governo prevalente no País – o presidencialismo de coalizão – também são levantados em favor da tese da preponderância do Executivo. As proposições originárias do Executivo passariam por um processo de negociação anterior mesmo à sua apresentação e a solicitação de urgência já sinalizaria que algum acordo com os líderes partidários foi alcançado (FIGUEIREDO e LIMONGI, 1999; NOVAES, 1994). De forma diversa, o controle das proposições dos parlamentares e as negociações envolvidas são realizados no decorrer do próprio processo de tramitação, o que torna o processo mais longo e deixa os resultados bastante indefinidos.

Do ponto de vista estritamente quantitativo, os dados do presente estudo não corroboram a tese de que a produção legislativa do Executivo é muito superior à do Legislativo. Pelo menos na área da saúde, o Poder Legislativo prepondera sobre o Executivo. Do total de leis produzidas no período de outubro de 1988 a

outubro de 2008 (Tabela 1), mais de 60% são originárias do Poder Legislativo, enquanto o Executivo é responsável por pouco menos de 40% das leis federais em saúde. Isso coloca em questão, pelo menos no que diz respeito ao tema saúde, a preponderância do Executivo na produção legislativa.

Há que se considerar nesse ponto, relativo à maior produção legal originária do Poder Legislativo, o fato de que este estudo centrou-se na análise das normas legais que passaram pela aprovação do Congresso Nacional e pela sanção presidencial. Dessa forma, não foram consideradas as medidas provisórias que, até a Emenda Constitucional nº 32, de 2001, podiam ser reeditadas inúmeras vezes, o que conferia ao Executivo o poder de legislar à margem do Legislativo. Mesmo sem serem apreciadas pelo Legislativo, as medidas provisórias continuavam a ter eficácia enquanto fossem reeditadas.

O mecanismo de reedição das medidas provisórias é um mecanismo muito eficiente de o Executivo legislar prescindindo do Congresso para fazer valer as suas políticas. Essa ferramenta constitucional é um dos mecanismos de força mais importantes dos presidentes brasileiros, considerada por Carey e Shugart (1992, p.151, *apud* ZAULI e RODRIGUES, 2002, p.188) como “a forma mais austera de *lawmaking* presidencial do mundo”. Esse fator – reedição de medidas provisórias sem a apreciação por parte do Congresso Nacional – não está sendo considerado no presente estudo, o que pode subestimar a força legislativa do Executivo. A importância desse fator pode ser medida pelo dado² reportado por Zauli e Rodrigues (2002), de que de um total de 82 MPs editadas e reeditadas entre 1985 e 1998, apenas seis foram transformadas em lei.

Também, como estamos partindo das leis aprovadas, não há como medir a capacidade de cada um dos Poderes em aprovar suas proposições, em relação ao total de projetos apresentados. O que se mede aqui é o resultado final da ação legislativa em saúde de cada um dos Poderes, ou seja, o quanto cada Poder tem de participação no arcabouço jurídico que conforma a política de saúde vigente.

Comparando os dados do presente estudo com os de outros realizados também sobre a produção legal em saúde, constatamos diferenças importantes

² O dado se refere às proposições legislativas da área da saúde apresentadas no período de 1985 a 1998.

nos quantitativos reportados. No trabalho de Zauli e Rodrigues (2002), que abarcou o período de 1985-1998, os resultados foram exatamente o oposto ao encontrado no presente estudo. Os autores encontraram que o Executivo foi responsável por 62% das leis sancionadas naquele período, ficando o Legislativo com a marca de 38%. Já o estudo de Baptista (2003), referente ao período de 1990 a 2002, identificou um equilíbrio na produção das leis de saúde entre os dois Poderes. As diferenças encontradas entre esses estudos sinalizam para mudanças no perfil de distribuição das proposições legislativas em saúde entre os dois Poderes, com uma atuação mais proativa do Congresso Nacional.

É preciso, contudo, considerar as dificuldades inerentes ao exercício de estabelecer comparações entre esses estudos, pois podem existir diferenças importantes nos critérios de classificação das leis de saúde, resultando em universos de análise diferentes, o que explicaria os resultados discrepantes. Os estudos, em geral, não deixam claros os critérios de seleção das leis ou das proposições legislativas, o que dificulta a avaliação quanto à sua abrangência e à comparabilidade dos dados.

No entanto, deve-se considerar a possibilidade de que essa diferença represente uma real tendência de mudança no comportamento do Legislativo, com a recuperação de sua capacidade legiferante. Alguns autores (SANTOS, 1999, *apud* ZAULI e RODRIGUES, 2002; RODRIGUES, 1988), a partir de dados empíricos, têm apontado nessa direção, mostrando uma maior capacidade do Congresso Nacional em produzir leis na área social.

A capacidade legiferante, contudo, não se restringe ao quantitativo de leis produzidas, mas principalmente deve ser referida em termos de relevância da política de saúde gerada. Para tanto, é necessário incorporar a análise de conteúdo das leis, que no presente estudo será feita com base nos temas de saúde e nos objetivos das leis frente às políticas de saúde. Essa análise será explicitada mais adiante.

Ainda em relação aos dados da Tabela 1, eles mostram que 77,1% das leis de saúde foram originadas de projetos de lei ordinária (PL), 18,5% de medidas provisórias (MP) e 4,4% de projetos de emenda constitucional (PEC). Quase

metade das leis originárias do Executivo foi decorrente de MPs e a outra metade de projetos de lei ordinária.

A totalidade de emendas constitucionais que tratam de assuntos da área da saúde foi resultante de projetos de iniciativa do Legislativo. Esse fato, dado o rito especial necessário para a aprovação de uma PEC³, demonstra a capacidade do Legislativo de estabelecer amplos acordos e de criar consenso político em torno de determinadas questões.

Tabela 1 - Distribuição (Nº e %) das leis de saúde, segundo tipo e iniciativa da proposição originária. Brasil, out/1988 a out/2008.

| Iniciativa | Total de proposições | PL | MPV | PEC |
|--------------------|----------------------|----------------|---------------|--------------|
| Executivo | 51 (37,8) | 26 (25,0) | 25 (100,0) | - |
| Legislativo | 84 (62,2) | 78 (75,0) | - | 6 (100,0) |
| Câmara | 55 (40,7) | 52 (50,0) | - | 3 (50,0) |
| Senado | 29 (21,5) | 26 (25,0) | - | 3 (50,0) |
| Total | 135 (100,0) | 104 (100,0) | 25 (100,0) | 6 (100,0) |

Fonte: elaboração própria, a partir de dados obtidos dos *sites* da Câmara dos Deputados e do Senado Federal.

Com relação à tramitação (Tabela 2), os dados revelam que as proposições originárias do Poder Executivo têm um tempo de tramitação⁴ extremamente curto em comparação com o das proposições iniciadas no Legislativo. Os processos de tramitação das proposições do Legislativo levam, em média, um tempo oito vezes maior para serem concluídos que os do Executivo.

Mesmo quando se desagregam os dados para os projetos de lei, já que metade das proposições do Executivo foram medidas provisórias e não seria

³ A Constituição Federal, em seu art. 60, § 2º, determina que, para ser aprovada, a proposta de emenda constitucional deverá ser discutida e votada em cada uma das Casas do Congresso Nacional (Câmara dos Deputados e Senado Federal), em dois turnos, e receber a aprovação de pelo menos três quintos dos votos dos membros em ambas.

⁴ O tempo de tramitação considerado neste estudo corresponde ao período entre a data de apresentação da proposição e a data de envio para a sanção presidencial.

adequado compará-las com os projetos de lei ordinária, mantém-se o resultado. O tempo médio de tramitação dos PLs apresentados pelo Executivo foi de 305 dias, enquanto para os de iniciativa parlamentar foi de 1.521 dias. Mais da metade (53,8%) dos projetos de lei de iniciativa do Executivo tramitaram em regime de urgência, enquanto apenas 11,5% dos projetos de lei do Legislativo tramitaram sob esse regime.

Essa característica de maior celeridade dos projetos iniciados pelo Executivo já foi demonstrada em outros estudos, como o de Figueiredo e Limongi (1999, *apud* CINTRA e LACOMBE, 2004), que reportaram um tempo três vezes mais rápido de tramitação para as proposições iniciadas pelo Executivo. Pereira e Mueller (2000, *apud* CINTRA e LACOMBE, 2004), comparando o tempo de tramitação de proposições no período de 1995 a 1998, encontraram resultados semelhantes aos encontrados no presente estudo: o tempo médio de tramitação de uma proposição iniciada pelo Executivo foi de 183 dias, enquanto para as proposições de origem no Legislativo o tempo médio foi de 1.194 dias.

Esse dado está relacionado à prerrogativa do Executivo de pedir urgência para os seus projetos: 77,7% das proposições do Executivo tramitaram em regime⁵ de urgência, enquanto apenas 10,7% das proposições do Legislativo tramitaram sob esse regime. Os pedidos de urgência, não só encurtam o tempo de tramitação, mas também evitam que os projetos sejam discutidos nas comissões temáticas, eliminando uma importante instância de discussão e modificação das proposições legislativas.

Tabela 2 - Distribuição (Nº e %) das leis de saúde segundo a tramitação das proposições originárias. Brasil, out/1988 a out/2008.

| Tramitação | Executivo | Legislativo | | |
|--|-----------|-----------------|------------------|------------------|
| | (n=51) | Total (n=84) | Câmara (n=56) | Senado (n=28) |
| Tempo médio de tramitação (em dias) | 184 | 1.493 | 1.563 | 1.354 |

⁵ Foi considerado o regime de tramitação (ordinário, urgência, prioridade, especial) da proposição na sua passagem pela Câmara dos Deputados.

| Regime de tramitação | | | | |
|-----------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Ordinária | 7 (13,7) | 49 (58,3) | 44 (78,6) | 5 (17,9) |
| Urgência | 39 (76,5) | 9 (10,7) | 7 (12,5) | 2 (7,1) |
| Prioridade | 5 (9,8) | 20 (23,8) | 2 (3,6) | 18 (64,3) |
| Especial | - | 6 (7,1) | 3 (5,4) | 3 (10,7) |

Fonte: elaboração própria, a partir de dados obtidos dos *sites* da Câmara dos Deputados e do Senado Federal.

Com relação aos períodos de governo em que foram apresentadas as proposições que originaram a legislação federal em saúde (Tabela 3), observa-se que elas se concentraram nos dois governos do Presidente Fernando Henrique Cardoso e no primeiro governo do Presidente Lula. No total, mais de 40% das proposições que deram origem às leis de saúde foram apresentadas nos dois governos FHC e 21% delas no primeiro governo Lula. As leis de origem no Executivo e na Câmara dos Deputados apresentaram distribuição semelhante, mas no Senado houve maior número de leis cujas proposições começaram a tramitar no primeiro mandato do Presidente Lula, mais de 40%.

Tabela 3 - Distribuição (Nº e %) das leis de saúde segundo o Governo em que foram apresentadas as proposições originárias. Brasil, out/1988 a out/2008.

| Governo | Executivo | Legislativo | | | Total |
|----------------|------------------|--------------------|--------------|--------------|--------------|
| | | Total | CD | SF | |
| Sarney | 5 (9,4) | 11 (13,1) | 8 (14,3) | 3 (10,7) | 16 (11,7) |
| Collor | 6 (11,3) | 15 (17,9) | 13 (23,2) | 2 (7,1) | 21 (15,3) |
| Itamar | 4 (7,5) | 4 (4,8) | 4 (7,1) | - | 8 (5,8) |
| FHC I | 10 (18,9) | 18 (21,4) | 15 (26,8) | 3 (10,7) | 28 (20,4) |
| FHC II | 13 (24,5) | 18 (21,4) | 10 (17,9) | 8 (28,6) | 31 (22,6) |
| Lula I | 12 (22,6) | 17 (20,2) | 5 (8,9) | 12 (42,9) | 29 (21,2) |
| Lula II | 3 (5,7) | 1 (1,2) | 1 (1,8) | - | 4 (2,9) |

| | | | | | |
|--------------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Total | 53 | 84 | 56 | 28 | 137 |
| | (100,0) | (100,0) | (100,0) | (100,0) | (100,0) |

Fonte: elaboração própria, a partir de dados obtidos dos *sites* da Câmara dos Deputados e do Senado Federal.

Os dados apontam para uma maior atuação proativa do Legislativo, em que pese o Executivo ter utilizado amplamente suas prerrogativas constitucionais, como a edição de medidas provisórias e o pedido de urgência nas matérias sobre saúde, o que facilita a aprovação de suas proposições pelo menor tempo de tramitação e pela supressão de instâncias de discussão, como a apreciação por parte das comissões. Essas são tendências já demonstradas em outros estudos.

3.2 PRODUÇÃO LEGAL E POLÍTICAS DE SAÚDE – o papel da legislação frente às políticas de saúde

Para analisar o conteúdo das leis produzidas e o tipo de política de saúde formulado por elas, que é o principal interesse deste trabalho, foi adotada uma classificação com base na natureza da lei, isto é, de acordo com o objetivo da lei em relação ao sistema de saúde ou a outras questões de saúde. Com base nesse critério, as leis foram classificadas como:

- 1) estruturantes do SUS: leis que determinam ou alteram o arcabouço do sistema público de saúde, definindo o modelo de atenção e de organização, as competências, e outros aspectos que vão conformar o próprio sistema de saúde;
- 2) organizativas do SUS: são leis que tratam de questões administrativas do SUS, mas que não alteram o arcabouço institucional, não têm efeitos sobre a configuração do sistema;
- 3) de financiamento do SUS: são leis que disciplinam como se dará o financiamento das ações e dos serviços públicos de saúde, definindo fonte, montante, forma de transferência de recursos, entre outros aspectos;

- 4) regulatórias: são leis que tratam de estabelecer regras de funcionamento dos serviços de saúde, bem como para atividades, produtos ou setores que causam impacto sobre a saúde, impondo obrigações ou sanções;
- 5) distributivas: leis que transferem recursos da União para grupos ou instituições específicos, na forma de benefícios assistenciais ou financeiros;
- 6) simbólicas: leis que não geram impacto em termos da atenção à saúde nem criam direitos, como por exemplo, leis que instituem dias comemorativos, criam símbolos, dão denominação a instituições etc.

A Tabela 4 mostra os dados referentes à distribuição das proposições legislativas quanto à sua natureza. Os dados revelam que a principal diferença entre as proposições de autoria do Executivo e do Legislativo está no fato de o Executivo ter praticamente a exclusividade na formulação de proposições de caráter estruturante ou organizativo do SUS. Praticamente todas as proposições com esses objetivos foram iniciadas pelo Executivo (15 das 16 proposições com esse caráter). A única norma desse tipo que não foi proposta pelo Executivo é originária da Câmara dos Deputados e trata da criação e organização do subsistema de saúde indígena no SUS.

Em relação às proposições que tratam do financiamento do SUS e as de cunho regulatório e distributivo, não houve diferenças significativas entre os dois Poderes. São muito semelhantes as proporções com que cada um dos Poderes contribuiu para a formulação de políticas com esses objetivos. Ressalte-se que o maior número de leis de saúde produzidas no período posterior à promulgação da Constituição é de cunho regulatório (46,7%), seguidas das leis distributivas (23%) e das simbólicas (14,8%).

Outra diferença importante entre os dois Poderes é com relação às leis simbólicas. A totalidade das leis desse tipo foi originária do Poder Legislativo. Essas leis têm peso significativo dentro da produção legislativa de origem parlamentar, pois representam um quarto do total das leis de saúde de responsabilidade do Legislativo. É de se ressaltar o papel do Senado Federal na produção desse tipo de norma: 65% das leis simbólicas foram de iniciativa do

Senado e elas representam 44,8% da produção legal decorrente da atividade legislativa dos Senadores.

A ausência de leis simbólicas de autoria do Executivo demonstra que não há interesse nem necessidade de o Executivo adotar esse tipo de medida por meio de lei. Na realidade, essas leis são inócuas, pois não criam direitos nem obrigações e não se constituem em matéria de natureza jurídica. Por não gerarem efeito concreto, não geram conflitos e são de mais fácil aprovação. Em geral, essas leis destinam-se a instituir datas comemorativas ou a marcar posição em relação a determinado agravo de saúde, buscando dar alguma resposta a determinados grupos de interesse, como profissionais de saúde ou portadores de patologias, mas sem criar direitos efetivos. Observa-se uma tendência ao aumento desse tipo de norma ao longo do tempo: 60% delas haviam sido apresentadas entre os anos 1990 e 2003, ou seja, distribuídas em um período de treze anos, enquanto 40% delas foram apresentadas em apenas dois anos (2004 e 2005).

Os dados demonstram que o Executivo, em termos do conteúdo das normas legais, detém a primazia na condução das políticas de saúde. As leis mais significativas para o sistema de saúde, dado o seu caráter estruturante, foram propostas pelo Executivo. Estão aí as leis que regulamentaram a criação do SUS e definiram as bases de sua organização – as Leis nº 8.080 e 8.142, de 1990 – que se constituem normas legais definidoras da configuração do sistema público de saúde, das diretrizes e dos princípios que devem nortear sua organização e seu funcionamento.

Também, figuram entre essas normas as leis que criaram e extinguiram diversos órgãos de saúde, o que contribuiu decisivamente para a configuração do SUS. Tem especial relevância a lei de extinção do Inamps que, até a criação do SUS, era a instituição que centralizava os serviços médico-assistenciais no País e cuja atuação era pautada em um modelo que se pretendia ver superado e que era antagônico ao preconizado pela Constituição. A extinção do Inamps era um passo necessário para a consolidação de um sistema de saúde descentralizado.

O sistema de vigilância sanitária e a saúde suplementar foram regulamentados por leis originárias do Executivo, com a respectiva criação das

agências reguladoras dessas áreas, o que também desempenhou papel estruturador do setor saúde.

No entanto, é preciso ponderar que a ausência de leis estruturantes de iniciativa do Legislativo pode ser conseqüência, não da falta de interesse dos parlamentares, mas sim dos obstáculos impostos pela Constituição Federal, que confere ao Executivo a competência privativa de propor leis que tratem da estrutura da administração pública, da criação de órgãos e do estabelecimento de suas atribuições. Dessa forma, fica bastante limitada a capacidade de o Legislativo intervir nessa área mediante formulação de proposições legislativas.

Com relação às leis que tratam do financiamento da saúde, poder-se-ia argumentar que também são leis estruturantes do sistema, uma vez que o financiamento é determinante e indispensável para o funcionamento do SUS. No entanto, optou-se por considerá-lo como uma categoria independente dada a sua especificidade. Há um equilíbrio em termos numéricos entre o Legislativo e o Executivo nesse aspecto. No entanto, a principal medida para regular o financiamento para a saúde foi a vinculação de recursos mínimos a serem aplicados pelas três esferas de governo, o que foi feito mediante emenda constitucional de autoria do Legislativo.

As demais normas sobre financiamento para a saúde tratam do plano de custeio da seguridade social – de autoria do Executivo – e da instituição da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), sobre a qual há normas legais resultantes de projetos do Executivo e do Legislativo.

A maior parte das leis produzidas, tanto por iniciativa do Executivo quanto do Legislativo, são as leis regulatórias – mais de 46% do total das leis de saúde. Há que se considerar que muitas leis desse tipo, ao regular determinada atividade, bem ou serviço, têm como objetivo principal beneficiar ou proteger determinado grupo. É o caso, por exemplo, das leis que regulam o exercício das profissões de saúde, a saúde suplementar e aspectos ligados à saúde dos trabalhadores.

No caso das leis de regulamentação de profissões da saúde, mesmo considerando que elas são necessárias pelo potencial risco à saúde pública envolvido, é preciso reconhecer que os principais interessados nesse tipo de lei

são os próprios profissionais, no sentido de garantir direitos e resguardar parte do mercado de saúde para sua atuação privativa. Não é sem razão que a aprovação desse tipo de lei mobiliza acirrados conflitos entre as corporações. O que se quer enfatizar nesse ponto é que mesmo as leis regulatórias, em muitos casos, têm um forte componente gerador de benefícios concentrados.

Outro ponto importante a ser considerado é que a tese de que o Legislativo teria uma tendência a apresentar mais projetos de cunho distributivo, no sentido de maximizar o objetivo da reeleição, não fica demonstrada pelos dados levantados. Leis que distribuem benefícios foram resultantes tanto do Legislativo quanto do Executivo, em proporções muito semelhantes. No entanto, é preciso levar em consideração nessa análise como os benefícios estão sendo distribuídos – de forma concentrada ou difusa –, o que será feito mais adiante.

Tabela 4 – Distribuição (Nº e %) das leis de saúde segundo o objetivo da proposição originária. Brasil, out/1988 a out/2008.

| Teor/objetivo da proposição | Executivo | Legislativo | | | Total |
|---|---------------|---------------|---------------|---------------|----------------|
| | | Total | CD | SF | |
| Estruturante do SUS | 7 (13,76) | 1 (1,2) | 1 (1,8) | - | 8 (5,9) |
| Organizativa não-estruturante do SUS | 8 (15,7) | - | - | - | 8 (5,9) |
| Financiamento do SUS | 2 (3,9) | 3 (3,6) | 1 (1,8) | 2 (6,9) | 5 (3,7) |
| Regulatória | 23 (45,1) | 40 (47,6) | 29 (52,7) | 11 (37,9) | 63 (46,7) |
| Distributiva | 11 (21,6) | 20 (23,8) | 17 (30,9) | 3 (10,3) | 31 (23,0) |
| Simbólica | - | 20 (23,8) | 7 (12,7) | 13 (44,8) | 20 (14,8) |
| Total | 51 (100,0) | 84 (100,0) | 55 (100,0) | 29 (100,0) | 135 (100,0) |

Fonte: elaboração própria, a partir de dados obtidos dos *sites* da Câmara dos Deputados e do Senado Federal.

Em relação à vinculação partidária dos proponentes, a Tabela 5 mostra a produção legislativa dos três partidos que mais atuaram na proposição de matérias sobre saúde. O Partido dos Trabalhadores apresentou uma produção

bastante equilibrada entre proposições regulatórias, distributivas e simbólicas. O PSDB concentrou sua atuação na produção de normas regulatórias e simbólicas, com nenhuma participação em relação a proposições de cunho distributivo. O PMDB atuou prioritariamente na apresentação de propostas regulatórias, mais de 60% de sua produção legislativa, e 35,7% em proposições distributivas.

Assim, não se evidenciam diferenças importantes entre a produção dos parlamentares de acordo com sua vinculação partidária, o que é um indicativo de que o fator ideológico-partidário não interfere muito nas preferências legislativas dos parlamentares.

Uma análise procedente para elucidar melhor essa questão diz respeito à verificação de quem são os destinatários dos benefícios distribuídos. Aí podem ser encontradas diferenças associadas ao perfil ideológico do partido, uma vez que os grupos de interesse contemplados variam em função desse perfil e sinalizam os tipos de vínculos estabelecidos pelos parlamentares e os interesses que eles representam.

Análise desse tipo foi feita por Lemos (2003, p.586), que encontrou “uma conexão entre partidos e grupos econômicos específicos”. De acordo com os dados de seu estudo, os partidos de esquerda e centro-esquerda apresentaram mais propostas para o grupo de “empregados” que os de direita e o PMDB (centro), enquanto os partidos de direita e centro-direita apresentaram mais propostas para beneficiar o empresariado, demonstrando que as diferenças ideológicas entre os partidos se expressam pelos grupos a quem são destinados os benefícios.

Tabela 5 – Distribuição (Nº e %) das leis de saúde segundo o objetivo da proposição originária e partido do proponente, considerando-se os três primeiros partidos em termos de produção legislativa em saúde*. Brasil, out/1988 a out/2008.

| Tipo de proposição | PT | PSDB | PMDB |
|---------------------|----|------|------|
| Estruturante do SUS | - | - | - |

| | | | |
|--|---------------|--------------|---------------|
| Organizacional não-estruturante | - | - | - |
| Financiamento | - | 1 (5,9) | - |
| Regulatória | 9 (36,0) | 9 (52,9) | 9 (64,3) |
| Distributiva | 8 (32,0) | - | 5 (35,7) |
| Simbólica | 8 (32,0) | 7 (41,2) | - |
| Total | 25 (100,0) | 17 (20,7) | 14 (100,0) |

* OBS:a produção legislativa em saúde dos demais partidos foi de cinco ou menos proposições, e não foi considerada para efeitos de apresentação nesta tabela.

Fonte: elaboração própria, a partir de dados obtidos dos *sites* da Câmara dos Deputados e do Senado Federal.

Os dados apresentados apontam, pois, para diferenças significativas em relação ao teor da política pública de saúde produzida pelas normas legais originárias do Executivo e do Legislativo. O Executivo tem a primazia na produção de leis de caráter estruturante do SUS, enquanto o Legislativo teve sua atuação mais direcionada para a aprovação de políticas de saúde específicas ou particulares e leis de cunho simbólico. Na área de regulação e de financiamento, não houve diferenças entre os dois Poderes.

O poder estruturante das leis geradas pelo Executivo demonstra que não se pode aferir a força legiferante de cada um dos Poderes apenas em função do quantitativo de leis produzidas. Apesar de o Legislativo deter a preponderância na produção legal em saúde em termos numéricos, ou seja, apesar de produzir mais leis, ele não estrutura o sistema. No entanto, essa afirmativa também precisa ser relativizada, pois as poucas leis de caráter estruturante produzidas pelo Legislativo⁶ são altamente significativas para o sistema.

⁶ As duas leis da lavra do Legislativo consideradas estruturantes são: 1) a lei que criou o subsistema de saúde indígena, pois introduziu uma forma de organização e a criação de estruturas que não existiam antes, e 2) a EC nº 29, de 2000, que vinculou recursos mínimos para a saúde, nos três níveis de governo, gerando grande impacto para o sistema, pois o financiamento é o grande problema estrutural do SUS, não resolvido durante a Constituinte.

3.3 TEMAS DE SAÚDE – AS PREFERÊNCIAS DE CADA PODER

Para determinar se há preferências distintas na atividade legislativa dos dois Poderes em relação às áreas específicas da saúde, as leis/proposições foram classificadas por grandes temas, conforme mostrado na Tabela 6. Observa-se que há certa especialização temática de cada um dos Poderes, da mesma forma que entre as duas Casas legislativas.

O Poder Executivo apresentou uma produção legislativa bem superior à do Legislativo nas áreas de organização e gestão do SUS, de vigilância sanitária e de concessão de benefícios. Já a produção do Legislativo foi maior nas áreas de programas e ações de saúde, de bioética/biodireito e de temário simbólico. As diferenças encontradas mostraram-se estatisticamente significativas. Não houve diferenças importantes na produção legislativa dos dois Poderes nas áreas de financiamento do SUS, de saúde suplementar, de prevenção de riscos à saúde e de profissões de saúde.

Os resultados mostram diferenças relevantes no conteúdo da legislação aprovada de origem do Legislativo e do Executivo, que expressam diferenças nas preferências dos parlamentares e do presidente. No entanto, é de se notar que essas preferências sofrem limitações e controles de ordem constitucional, já que a Constituição Federal possui dispositivos que claramente limitam o poder de legislar do Congresso Nacional, ao atribuir como competência privativa do Chefe do Executivo a iniciativa de leis em áreas prioritárias, como a organização e a definição de atribuições de órgãos públicos. Com isso, um amplo campo de atuação legislativa fica fora da alçada da iniciativa de parlamentares, o que confere especial poder de legislar ao Presidente da República.

Portanto, as diferenças encontradas em termos do conteúdo temático das leis de iniciativa de cada Poder não são a livre expressão de suas preferências, mas expressam essas preferências dentro de um arranjo institucional determinado que as condiciona.

Novamente, constatamos que o Executivo está mais propenso a apresentar proposições de cunho organizativo do sistema público de saúde, pois

praticamente a totalidade de proposições com esse teor é de sua iniciativa. Também, é possível identificar a vigilância sanitária, que é uma legislação de cunho regulatório, como uma das áreas priorizadas pelo Poder Executivo na sua ação legislativa.

Um dado chama a atenção por ser inesperado dentro da perspectiva que atribui ao Legislativo o maior interesse em distribuir benefícios concentrados. Quando se analisa de forma desagregada os benefícios financeiros concedidos a grupos ou instituições – como isenção de tributos, concessão de auxílios financeiros, reparação por danos sofridos em serviços de saúde, destinação de recursos para instituições de saúde ou de caráter social, e outros – o Executivo aparece com maior poder legiferante. A proporção de leis com esse teor proveniente do Executivo foi três vezes e meia maior que a do Legislativo.

Os benefícios concedidos pelo Legislativo aparecem sob outra natureza, como ações e programas voltados para segmentos específicos da população ou dentro do campo do biodireito, que abrange proposições que têm por finalidade conferir proteção a segmentos específicos – mulheres, idosos, crianças e adolescentes, portadores de deficiências –, garantindo-lhes direitos sociais, inclusive de saúde.

Um tipo de proposição aparentemente voltado também para dar respostas a grupos específicos – portadores de patologias e profissionais de saúde – e que, portanto, pode ser considerado como tendo por objetivo a concessão de benefícios é a instituição de dias comemorativos. Apesar de efetivamente não distribuírem benefícios, tais proposições servem para demonstrar formalmente a vinculação do parlamentar com esses grupos e, possivelmente, para responder a demandas recebidas. As normas com esse conteúdo foram todas propostas pelo Poder Legislativo.

As leis relacionadas com a área de prevenção de riscos à saúde e às profissões de saúde tiveram participação equilibrada dos dois Poderes na sua formulação.

Os profissionais de saúde constituem importantes grupos de interesse com atuação no Congresso Nacional. O fato de não se ter observado diferenças

importantes entre a produção legislativa do Executivo e do Legislativo na proposição de leis relacionadas às profissões de saúde leva a questionamentos sobre a atuação das corporações profissionais também dentro do Executivo. Identificar como operam os lobbies profissionais nos dois Poderes pode ajudar a entender o comportamento legislativo de ambos nessa área.

Os resultados mostram uma clara diferenciação entre a atividade legislativa do Executivo e a do Legislativo. De fato, até por força constitucional, o presidente tem a exclusividade na elaboração de leis voltadas para a configuração organizativa do sistema público de saúde, que, em sua quase totalidade, são leis gerais e de âmbito nacional. Também, mostram a preferência do Executivo pela elaboração de leis de cunho regulatório nas áreas de vigilância sanitária e de saúde suplementar, que juntas perfazem 23,5% do total de sua produção legal. Essas são normas voltadas para um amplo setor vinculado à área da saúde, e que determinam responsabilidades para os setores privados de prestação de serviços de atenção à saúde e de produção de insumos. Em boa medida, essas leis buscam a suprir falhas de mercado. São áreas, portanto, que envolvem maior conflito com alguns setores econômicos.

Por outro lado, o Legislativo teve atuação proativa mais marcante na área de programas e ações de saúde. Deve-se considerar que grande parte dessas leis destina-se a instituir programas de controle de doenças e medidas de saúde específicas voltadas tanto para segmentos populacionais específicos quanto para determinadas patologias. São exemplos desse tipo de leis, a lei que instituiu a obrigatoriedade de distribuição gratuita de medicamentos aos portadores de HIV, a que instituiu o programa de controle de infecção hospitalar, a que determinou a obrigatoriedade de realização de cirurgia reparadora do câncer de mama pelas unidades do SUS etc. São leis que não ensejam conflitos de interesses.

O fato de o Executivo não propugnar leis dessa natureza deve ser decorrente de que tais matérias já fazem parte do rol de suas atribuições, não havendo necessidade de lei específica para que ele organize os serviços e execute as ações para aqueles fins. Tais leis não criam direitos ou deveres novos, pois, de acordo com a Constituição Federal e a Lei Orgânica da Saúde – Lei nº 8.080, de

1990 –, cabe ao Estado a prestação de atendimento integral e universal, o que pressupõe o desenvolvimento de ações preventivas, curativas e reabilitadoras em todos os níveis de complexidade do sistema, para assegurar a atenção necessária e adequada a todas as patologias existentes e para todos os segmentos da população.

O número elevado de leis produzidas com esse teor por parte do Legislativo deve ser uma tentativa de corrigir falhas e deficiências de cobertura do sistema público de saúde, respondendo a demandas de grupos específicos de usuários do SUS. Com a redemocratização, os grupos de interesse passaram a ter um espaço privilegiado de atuação dentro do Parlamento, entre os quais figuram os portadores de patologias e usuários do SUS. Analisar a relação dos grupos de interesse com os parlamentares, a que grupos eles estão vinculados ou representam, é uma abordagem importante no sentido de entender a preferência dos parlamentares por esse tipo de proposição, que parece se adequar bastante bem ao modelo da conexão eleitoral e à maximização do objetivo da reeleição.

Apesar de não serem necessárias, dada a existência de norma legal que garante o direito universal e integral à saúde, essas leis conseguem modificar a lista de prioridades estabelecida pelo Executivo e impactar as políticas de saúde. O exemplo mais emblemático disso foi a Lei nº 9.313, de 1996, conhecida como lei Sarney por ter sido de sua autoria, que determinou a obrigatoriedade de distribuição gratuita de medicamentos pelo SUS aos portadores do HIV. Só a partir da promulgação dessa lei é que de fato houve a incorporação, dentro do programa nacional de controle do HIV/Aids, da política de distribuição universal de medicamentos – política que se tornou um dos pilares daquele programa e que é referência mundial.

Essa lei inspirou uma série de outras iniciativas semelhantes, algumas exitosas outras não. O que determina resultados tão diferentes em relação a proposições legislativas com objetivos semelhantes é algo a ser melhor investigado. Deve ter relevância a força do movimento social que sustenta cada proposta. No caso da aids, não há como desconhecer o importante papel do fator mobilização social dos segmentos interessados, já que havia grupos bastante

organizados e com grande capacidade de vocalização de seus interesses junto à sociedade (SCHEFFER, 2008; VILLELA, 1999).

Tabela 6 – Distribuição (Nº e %) das leis de saúde, segundo a área temática da proposição originária. Brasil, out/1988 a out/2008.

| Áreas temáticas das proposições | Executivo | Legislativo | | Total | |
|---|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | | Total | CD | | SF |
| Organização e gestão do SUS | 11 (21,6) | 1 (1,2) | 1 (1,8) | - (0,0) | 12 (8,9) |
| Financiamento do SUS | 3 (5,9) | 3 (3,6) | 1 (1,8) | 2 (6,9) | 6 (4,4) |
| Saúde suplementar | 3 (5,9) | 2 (2,4) | 1 (1,8) | 1 (3,4) | 5 (3,7) |
| Programas e ações de saúde | 4 (7,8) | 20 (23,8) | 15 (26,8) | 5 (17,2) | 24 (17,8) |
| Vigilância sanitária | 9 (17,6) | 9 (10,7) | 6 (10,9) | 3 (10,3) | 18 (13,3) |
| Prevenção de riscos à saúde | 6 (11,8) | 10 (11,8) | 8 (14,5) | 2 (6,9) | 16 (11,9) |
| Profissões de saúde | 4 (7,8) | 6 (7,1) | 6 (10,9) | - (0,0) | 10 (7,4) |
| Benefícios a grupos ou instituições | 9 (17,6) | 4 (4,8) | 4 (7,3) | - (0,0) | 13 (9,6) |
| Bioética e biodireito | 2 (3,9) | 8 (9,5) | 6 (10,7) | 3 (10,3) | 11 (8,2) |
| Efemérides e outros temas simbólicos | - (0,0) | 20 (23,8) | 7 (12,5) | 13 (44,8) | 20 (14,8) |

Fonte: elaboração própria, a partir de dados obtidos dos *sites* da Câmara dos Deputados e do Senado Federal.

Pela análise acima, conclui-se que as áreas da saúde eleitas prioritariamente pelos Poderes Executivo e Legislativo na sua atuação legislativa são bastante distintas. O Executivo concentra sua atividade em questões organizativas e de gestão do SUS, enquanto o Legislativo concentra sua atuação em proposições que buscam instituir programas e ações de saúde específicas, ou seja, ações mais pontuais e particularizadas.

3.4 LEGISLAÇÃO EM SAÚDE E DISTRIBUIÇÃO DE BENEFÍCIOS

Um dos objetivos deste trabalho é verificar se na área da saúde ocorre o fenômeno descrito por alguns autores de que a atuação parlamentar está prioritariamente voltada para o objetivo da reeleição e, conseqüentemente, voltada para a distribuição de benefícios concentrados com custos difusos. Dentro de uma perspectiva distributivista e de maximização do objetivo da reeleição, a tendência esperada é que os parlamentares produzam leis para distribuir benefícios de forma concentrada, isto é, para a sua base eleitoral, que é geograficamente circunscrita.

Para essa análise, as proposições foram reclassificadas com base em dois parâmetros: o objetivo – se regulatório ou distributivo – e a abrangência – se concentrada ou difusa. Com base nesses critérios, as leis poderiam ser classificadas nas seguintes categorias: 1) distributivas concentradas; 2) distributivas difusas; 3) regulatórias concentradas; 4) regulatórias difusas. Essa classificação, conforme explicitado na primeira seção deste trabalho, utiliza os mesmos parâmetros adotados por Lemos (2001). Para essa análise foram excluídas as proposições simbólicas, que não se enquadram em nenhuma das categorias trabalhadas. Portanto, os dados apresentados correspondem a 115 proposições ou normas legais.

A Tabela 7 contém os resultados dos dados segundo essa classificação. Uma primeira observação importante é que, à luz dos resultados encontrados, não foi confirmada a tendência esperada de que o Parlamento produzisse, prioritariamente, leis para distribuir benefícios de forma concentrada. As leis distributivas concentradas não são as mais prevalentes e a proporção desse tipo de lei foi maior para o Executivo que para o Legislativo, quase o dobro, com proporções de 29,4% e 14,1%, respectivamente. Inversamente, o Legislativo produziu maior proporção de leis distributivas difusas que o Executivo (28,1% e 14,1%, respectivamente).

Observando o total das leis distributivas – concentradas e difusas –, constata-se que as proporções desse tipo de lei de iniciativa parlamentar e do Executivo são muito semelhantes, pouco acima de 40%. Da mesma forma,

consideradas globalmente, a proporção de produção de leis de cunho regulatório foi muito semelhante para os dois Poderes, constituindo-se como as proposições preferenciais de ambos, com cerca de 58% do total. Também foi semelhante a forma de regulação entre os dois Poderes – concentrada ou difusa – , com proporções muito próximas: cerca de 35% das proposições foram do tipo regulatório concentrado e 23% do tipo difuso, para ambos.

Esses dados, portanto, não corroboram a tese de que a maximização dos interesses dos parlamentares ocorra por meio da aprovação de leis que distribuem benefícios para grupos definidos e geograficamente delimitados, ou seja, de forma concentrada. Os resultados são indicativos de que as preferências do Executivo e do Legislativo são diferentes, mas não no sentido do que se esperava.

Resultados semelhantes foram encontrados em outros estudos (LEMOS, 2001; AMORIM NETO e SANTOS, 2003; RICCI, 2003) que partiram das mesmas premissas – de que as preferências dos parlamentares voltadas para o objetivo da reeleição levam-nos a produzir leis para distribuir benefícios direcionados a grupos específicos –, refutando-as ao final do estudo. Utilizando critérios de classificação distintos, universos de análise diferentes e relativos a períodos também diferentes, os autores chegaram às mesmas conclusões, de que os parlamentares não direcionam suas atividades para a aprovação de leis ou apresentação de proposições do tipo paroquiais, ou benéficas concentradas.

Apesar disso, esses autores consideram que os resultados encontrados não podem ser vistos como a negação da teoria da escolha racional, sinalizando para a necessidade de que ela seja recolocada em novas bases.

Buscando explicações para os resultados encontrados, Amorim Neto e Santos destacam o fato de que há incentivos para os parlamentares de oposição apresentarem propostas de abrangência nacional, para fazer propaganda de suas políticas e fortalecer suas chances frente às eleições presidenciais. O objetivo, portanto, continuaria sendo o da eleição. Além disso, os autores levantam outras explicações para esses achados, como a existência de barreiras constitucionais para propostas voltadas para localidades restritas.

Ricci, a partir dos resultados de seu estudo que aparentemente contradizem a teoria da escolha racional, pondera sobre a necessidade de se reconsiderar o argumento de que a prática legislativa dos parlamentares está direcionada a distribuir benefícios concentrados para viabilizar a reeleição. Para ele “a lógica eleitoral em um sistema proporcional e os custos de investimento parecem empurrar os deputados para uma ação legislativa voltada para satisfazer grupos mais amplos” (RICCI, 2003, p. 724).

Para Lemos, “a atividade legislativa é regulatória e difusora. Isso não quer dizer que o Legislativo não transfira ou concentre recursos, mas essas duas atividades podem estar centradas em outras arenas que não a propositiva” (LEMOS, 2002, p. 595). Segundo a autora, os resultados discrepantes em relação à hipótese de prevalência da atividade legislativa concentradora de benefícios podem ser explicados, em parte, pelas regras e pelos procedimentos que restringem a atividade particularista do Legislativo.

Tabela 7 – Distribuição (Nº e %) das leis de saúde segundo classificação das proposições originárias por objetivo e abrangência. Brasil, out/1988 a out/2008.

| Classes | Executivo | Legislativo | | Total | |
|---------------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|----------------|
| | | Total | CD | | SF |
| Distributiva concentrada | 15 (29,4) | 9 (14,1) | 7 (14,6) | 2 (12,5) | 24 (20,9) |
| Distributiva difusa | 6 (11,8) | 18 (28,1) | 15 (31,3) | 1 (6,3) | 24 (20,9) |
| Subtotal | 21 (41,2) | 27 (42,2) | 22 (45,8) | 3 (18,8) | 47 (40,9) |
| Regulatória concentrada | 18 (35,3) | 22 (34,4) | 19 (39,6) | 3 (18,8) | 40 (34,8) |
| Regulatória difusa | 12 (23,5) | 15 (23,4) | 7 (14,6) | 8 (50,0) | 27 (23,5) |
| Subtotal | 30 (58,8) | 37 (57,8) | 26 (54,2) | 11 (68,8) | 67 (58,3) |
| Total | 51 (100,0) | 64 (100,0) | 48 (100,0) | 16 (100,0) | 115 (100,0) |

* OBS: excluídas duas proposições de iniciativa de comissão.

Fonte: elaboração própria, a partir de dados obtidos dos *sites* da Câmara dos Deputados e do Senado Federal.

Em relação às preferências dos proponentes, de acordo com sua vinculação ao governo (Tabela 8), os dados indicam que tanto parlamentares de oposição quanto da base do governo optaram mais por proposições de cunho regulatório, com proporções muito próximas.

Em relação às proposições distributivas, prevaleceram em ambos os grupos as de distribuição difusa, principalmente entre os parlamentares da oposição. Já para as proposições regulatórias, há diferenças entre os dois grupos: a oposição apresentou maior proporção de proposições concentradas e os parlamentares da base de governo apresentaram de forma equilibrada proposições difusas e concentradas.

Tabela 8 – Distribuição (Nº e %) das leis de saúde segundo classificação das proposições originárias, por objetivo e abrangência, e vinculação do proponente (base do governo ou oposição)*. Brasil, out/1988 a out/2008.

| Classes | Base do governo | Oposição |
|---------------------------------|-----------------|---------------|
| Distributiva concentrada | 4 (19,0) | 5 (12,2) |
| Distributiva difusa | 5 (23,8) | 12 (29,3) |
| Subtotal | 9 (42,9) | 17 (41,5) |
| Regulatória concentrada | 6 (28,6) | 16 (39,0) |
| Regulatória difusa | 6 (28,6) | 8 (19,5) |
| Subtotal | 12 (57,1) | 24 (58,5) |
| Subtotal | 21 (100,0) | 41 (100,0) |

* OBS: excluídas duas proposições de iniciativa de comissão.

Fonte: elaboração própria, a partir de dados obtidos dos *sites* da Câmara dos Deputados e do Senado Federal.

Em relação à vinculação partidária dos proponentes (Tabela 9), considerando os três principais partidos responsáveis pela produção legislativa em saúde, os dados mostram que as preferências dos parlamentares de todos os

partidos foram no sentido de propor leis de regulação concentrada. No entanto, há diferenças mais marcantes entre PT e PSDB. O PT mostrou preferências muito mais acentuadas que o PSDB em produzir normas distributivas. Enquanto o PSDB não apresentou nenhuma proposição para distribuir benefícios de forma concentrada, um quarto das leis iniciadas por parlamentares do PT foram desse tipo. A preferência dos parlamentares do PSDB foi majoritariamente para proposições regulatórias (60%), enquanto entre os parlamentares do PT metade das proposições era distribuidora de benefícios e metade regulatória.

Vale aqui, a mesma observação feita anteriormente, de que as diferenças ideológicas entre os partidos devem ser mais bem avaliadas mediante sondagem de quais grupos eles buscam beneficiar.

Tabela 9 – Distribuição (Nº e %) das leis de saúde, segundo as classes definidas por objetivo e abrangência e o partido do proponente. Brasil, out/1988 a out/2008.

| Classes | PT | PSDB | PMDB |
|---------------------------------|---------------|---------------|---------------|
| Distributiva concentrada | 4 (23,5) | - | 2 (14,3) |
| Distributiva difusa | 5 (29,4) | 3 (30,0) | 3 (21,4) |
| Regulatória concentrada | 6 (35,3) | 6 (60,0) | 5 (35,7) |
| Regulatória difusa | 2 (11,8) | 1 (10,0) | 4 (28,6) |
| Total | 17 (100,0) | 10 (100,0) | 14 (100,0) |

Fonte: elaboração própria, a partir de dados obtidos dos *sites* da Câmara dos Deputados e do Senado Federal.

Não foram confirmadas as hipóteses sobre a preferência dos parlamentares por proposições que distribuem benefícios de forma concentrada. No entanto, como foi comentado na seção anterior, a distribuição dos benefícios parece adotar configurações diferentes. As políticas clientelistas, pelo menos na sua configuração tradicional, não são a marca da produção legislativa dos parlamentares. Os

parlamentares procuram dispensar benefícios de ordem assistencial para grupos específicos, mas de abrangência nacional. A distribuição de benefícios financeiros de forma concentrada foi mais prevalente na produção legislativa do Executivo.

Os dados, em consonância com os obtidos por outros estudos, apontam para a necessidade de se buscarem outros referenciais para explicar o comportamento dos parlamentares, como as distintas configurações dos “distritos” eleitorais, conforme caracterizados por Ames e Rojas de Carvalho; a importância de a oposição aparecer com propostas de cunho nacional para tornar visível seu projeto de governo para o país; a tese de que a reeleição não é o objetivo de boa parte dos parlamentares, que investem suas carreiras no sentido de galgar postos no Executivo; além de aspectos do âmbito institucional, que não foram aqui pesquisados.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo buscou avaliar o papel do Legislativo federal na produção das políticas de saúde, especificamente pela análise de sua atuação legiferante. Foram analisadas as leis produzidas em saúde no período pós-Constituinte (de 1988 a 2008). Tendo como referencial teórico a teoria da escolha racional, na vertente distributivista, procurou demonstrar como as preferências dos parlamentares são expressas na legislação produzida em saúde e qual o conteúdo dessa legislação em termos da política de saúde.

Inicialmente, é preciso chamar a atenção para algumas limitações inerentes a esse tipo de estudo, particularmente em relação a aspectos metodológicos. Primeiro, sobre a própria definição de leis de saúde, imprescindível para a delimitação do campo do objeto de estudo. A depender do conceito utilizado, o universo de pesquisa poderá assumir diferentes configurações, o que acarreta óbvias conseqüências sobre os resultados, as análises e as conclusões daí decorrentes. Não é fácil ter uma definição única e precisa do que sejam leis de saúde, podendo-se adotar uma concepção mais ou menos restrita.

De acordo com a Constituição Federal, art. 196:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Partindo dessa concepção ampla do direito à saúde, admitimos como leis de saúde não só aquelas que dizem respeito à atenção médico-assistencial ou às ações e aos serviços de saúde. Consideramos também como de saúde, as leis que tratam de fatores determinantes de doenças e outros agravos e as que procuram estabelecer regras de proteção à saúde da população. Com isso, abriu-se um leque maior de normas passíveis de serem incluídas no estudo. Para que não pare dúvida quanto ao universo analisado, as leis estão listadas no Anexo A.

Outro problema metodológico diz respeito à classificação das leis. Tanto a definição das leis quanto a sua classificação estão sujeitas a grande subjetividade

por parte do pesquisador, por não haver parâmetros únicos e inequívocos de classificação, o que pode comprometer a comparabilidade dos estudos e até mesmo os resultados encontrados. Seria importante que a pesquisa empírica em ciência política desenvolvesse e incorporasse instrumental metodológico que pudesse minimizar o grau de subjetividade envolvido e que garantisse um mínimo de consistência e reprodutibilidade de seus resultados.

É necessário ressaltar que o foco do trabalho foi verificar o tipo de política de saúde que está sendo definido por via legislativa. Não se pretendeu estudar qualitativamente as leis produzidas e o impacto causado nas políticas de saúde, o que demandaria uma análise sobre a efetividade das leis – o grau de sua implementação e os resultados obtidos. Isso requereria um desenho metodológico e uma complexidade operacional incompatíveis com os recursos e tempo disponíveis para a realização deste estudo. A análise restringe-se, pois, à fase de decisão sobre as propostas que conseguem entrar para a pauta do Legislativo, não sendo considerados tanto o momento anterior – que corresponde ao processo de formação da agenda – nem o momento posterior, que é o da implementação ou não da lei por parte da burocracia de Estado.

Mesmo tendo centrado atenção no processo decisório dentro do Parlamento, o estudo não abarcou de forma exaustiva os fatores constituintes desse processo. Foram levantadas apenas algumas variáveis do processo de tramitação e dos proponentes. Não se pretendeu, portanto, fazer uma análise exaustiva dos arranjos institucionais internos do Congresso que condicionam e influenciam os resultados decisórios, como a atuação dos líderes, o papel das Comissões etc. Mesmo em relação à ação dos atores considerados – parlamentares e presidentes – não foram abordados procedimentos relevantes para os resultados, como as alterações que eles promovem nas proposições e que influenciam o teor da política resultante, que incluem as emendas e o veto. Este estudo, portanto, não explica tudo, pretende apenas traçar um panorama da produção legislativa em saúde e do papel dos Poderes Executivo e Legislativo nessa área social.

A partir do referencial teórico adotado – teoria da escolha racional na vertente distributivista –, buscou-se demonstrar que os parlamentares atuam para maximizar o objetivo da reeleição e, portanto, estão mais propensos a produzir leis que atendam aos interesses de seu eleitorado, ou seja, tendem a produzir leis que distribuem benefícios concentrados, ao contrário do presidente, que está mais propenso a produzir leis de cunho geral e nacional. Essa tese não foi corroborada pelos dados analisados da legislação de saúde produzida no período considerado. Tanto parlamentares quanto o presidente fizeram aprovar, preponderantemente, leis de cunho regulatório. Em relação à distribuição de benefícios, entre os parlamentares, as proposições foram prevalentemente difusas, enquanto para o Executivo, elas foram majoritariamente concentradas, o que vai de encontro à tese explicitada acima.

Esse resultado não é incongruente com os obtidos por outros autores que se debruçaram sobre a produção legislativa para entender a dinâmica das decisões legislativas e a motivação dos parlamentares. Ao contrário, ele reforça os achados e as conclusões de outros estudos no sentido de que o modelo proposto pela teoria da escolha racional para explicar as decisões dos parlamentares deve ser repensado em outros moldes, a partir da realidade e das especificidades do sistema eleitoral brasileiro.

Também, esses achados reforçam a necessidade de se incorporarem nessa análise outras vertentes da perspectiva do neo-institucionalismo, para considerar também os fatores que estão fora da arena eleitoral e que influenciam os processos decisórios. No Brasil, as regras constitucionais e regimentais que regulam o processo decisório são fatores limitantes da capacidade dos parlamentares de legislar e não podem ser desconsideradas. De acordo com Limongi (2006, p. 28), “a Constituição brasileira, de par com outras tantas constituições presidencialistas, impede que as carreiras dos parlamentares sejam construídas recorrendo ao distributivismo”. É importante avaliar o quanto essas barreiras de fato condicionam o comportamento dos parlamentares.

Também, o presente trabalho não demonstrou a tese de preponderância do Poder Executivo na produção legislativa. Ao contrário, o trabalho mostrou um

maior número de leis, na área da saúde, de iniciativa parlamentar. Esse achado não é novo, outros estudos recentes também têm apontado para esse fenômeno, que Santos (1999, *apud* ZAULI e RODRIGUES, 2002) chamou de recuperação da capacidade legiferante do Congresso.

No entanto, ponderamos que a primazia do Executivo pode ser observada, se não quantitativamente, pelo menos qualitativamente, uma vez que as leis de sua lavra alcançam setores ou áreas da política de saúde que, por força de dispositivos constitucionais, estão inacessíveis aos parlamentares pela via legislativa. É o caso das leis estruturantes e organizativas do SUS, que são leis determinantes da conformação do sistema e definidoras de questões relevantes em termos do seu funcionamento. Dada a natureza dessas leis, praticamente todas são de autoria do Executivo.

De outro lado, demonstramos que o Legislativo prioriza a ação legislativa em saúde voltada para a adoção de programas e ações de saúde e para questões de natureza simbólica. A rigor, não haveria necessidade de leis desse tipo. No primeiro caso – leis destinadas a determinar a implantação de um programa de saúde ou ação específicos –, pondera-se que a Constituição Federal e a Lei Orgânica de Saúde já preconizam que é dever do Estado prover atenção universal e integral à saúde. Esse tipo de lei altera as prioridades do Executivo e devem ser resultantes de demandas de grupos de interesse, motivadas por situações de dificuldades de acesso e de cobertura do sistema de saúde, problemas que se pretende resolver com a edição de novas leis. São leis que claramente visam a transferir benefícios assistenciais a grupos específicos.

A ausência de iniciativa parlamentar em certas áreas fundamentais deve ser decorrente de regras constitucionais que restringem a sua capacidade legislativa e que, por outro lado, favorecem o poder de legislar do presidente. Daí decorre que “a alteração do *status quo* legal, nas áreas fundamentais, depende da iniciativa do Executivo” (LIMONGI, 2006, p. 76). Esse fato, segundo o autor, não é uma anomalia do presidencialismo brasileiro, mas é uma tendência encontrada em vários regimes presidenciais.

O estudo restringiu-se a uma análise quantitativa da produção legislativa em saúde, proporcionando um panorama das principais áreas da saúde que são reguladas por lei e do tipo de política de saúde que está sendo produzida no âmbito do Legislativo. A distribuição quantitativa das proposições é necessária no sentido de ajudar a traçar o perfil da produção legislativa, as diferenças entre os Poderes legiferantes e as possíveis motivações que os levam a propor e trabalhar para aprovar determinadas políticas.

No entanto, é preciso avaliar também qualitativamente as políticas resultantes, pois elas podem impactar negativamente o sistema. É o caso das leis que obrigam o SUS a realizar determinado programa ou ação – preventiva, diagnóstica ou de tratamento. Não se sabe quais as conseqüências desse tipo de lei para o sistema, a longo prazo, uma vez que, além de alterar a lista de prioridades de saúde, coloca sob questionamento a eficácia da Lei Orgânica de Saúde.

Outro exemplo de política resultante da ação legislativa que pode ter implicações negativas para o sistema público de saúde é a lei que institui o programa Farmácia Popular, de iniciativa do Executivo, mas que contou com a anuência do Congresso Nacional, que a aprovou. Esse programa institui o copagamento de medicamentos no âmbito do SUS. Essa lei claramente rompe com os preceitos da universalidade, da integralidade e da igualdade, pois os usuários foram segmentados entre os que podem pagar (ou compartilhar os custos) e os que não podem, decorrendo daí acessos diferenciados aos insumos necessários à saúde.

É preciso aprofundar a análise no sentido de possibilitar uma avaliação mais global dos rumos da política pública de saúde, se ela está em consonância com os preceitos da universalidade e da integralidade inscritos na Constituição Federal e que marcas ela tem imprimido no sistema de saúde de forma a concretizar aqueles preceitos. Conforme afirma Mendes (2002):

[...] o SUS real está ainda muito longe do SUS constitucional, ou seja, há uma enorme distância entre o sonho dos constituintes e da reforma sanitária brasileira e a prática social de nosso sistema público de saúde. Enquanto o SUS constitucional propõe um sistema público universal para todos os brasileiros, expresso na saúde como direito

de todos e dever do Estado, o SUS real vai se consolidando como um espaço destinado aos que não têm acesso aos subsistemas privados, como parte de um sistema segmentado.

Este é o principal dilema colocado para os formuladores e avaliadores das políticas de saúde: não perder a perspectiva do SUS que se pretende construir, que é o SUS constitucional. Essa perspectiva deve orientar os estudos avaliativos das políticas de saúde na via legislativa. É importante avaliar o SUS que a legislação está ajudando a construir. Essa análise é prioritariamente qualitativa e constitui-se como uma vertente importante para estudos futuros.

Outro aspecto a ser aprofundado diz respeito aos demais atores que atuam na arena legislativa para influenciar as decisões dos políticos, ou seja, os grupos de interesse que atuam na área da saúde. Importante saber quem são, que interesses defendem, quais vínculos mantêm com os parlamentares e qual o êxito de sua atuação. Esse é outro elemento do processo decisório que não pode ser desconsiderado.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMORIM NETO. O Executivo Federal. *In: AVELAR, L. e CINTRA, A.O. (Orgs.). Sistema Político Brasileiro: uma introdução.* Rio de Janeiro: Fundação Konrad Adenauer. São Paulo: Fundação Editora da UNESP. 2004.

AMORIM NETO, O.; COELHO, C.F. Brasil em el 2007: el desencuentro entre la economía y la política. *Revista de Ciencia Política.* Volumen 28, nº 1, p.81-102, 2008.

AMORIM NETO, O.; SANTOS, F. O Segredo Ineficiente Revisto: O que Propõem e o que Aprovam os Deputados Brasileiros. *DADOS – Revista de Ciências Sociais,* Rio de Janeiro, Vol. 46, nº 4, pp. 661 a 698, 2003.

BAHIA, L.; COSTA, N.R.; STRALEN, C. A saúde na agenda pública: convergências e lacunas nas pautas de debate e programas de trabalho das instituições governamentais e movimentos sociais. *Ciência & Saúde Coletiva.* 12(Sup):1791-1818, 2007.

BAERT, P. Algumas limitações das explicações da escolha racional na ciência política e na sociologia. *Rev. bras. Ci. Soc.* Vol. 12 nº 35, São Paulo Feb. 1997.

BAPTISTA, T.W.F. *Políticas de saúde no pós-constituente: um estudo da política implementada a partir da produção normativa dos poderes executivo e legislativo no Brasil.* 2003. Tese de doutorado – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ, Rio de Janeiro.

CINTRA, A.O.; LACOMBE, M.B. A Câmara dos Deputados na Nova República: a visão da Ciência Política. *In: AVELAR, L.; CINTRA, A.O. (Orgs.). Sistema Político Brasileiro: uma introdução.* Rio de Janeiro: Fundação Konrad Adenauer. São Paulo: Fundação Editora da UNESP. 2004.

COSTA, N.R.; RIBEIRO, J.M. A política regulatória e o setor saúde: nota sobre o caso brasileiro. *In: Simpósio Regulamentação dos Planos de Saúde.* Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 60 p. (Série D. Reuniões e Conferências; nº 14).

ELIAS, P.E.M. Estrutura e organização da atenção à saúde no Brasil. *In: COHN, A. e ELIAS, P.E.M. Saúde no Brasil - Políticas e organização de serviços.* São Paulo: Cortez Editora/Cedec, 1996, pp. 57-117.

FIGUEIREDO, A. O papel do Executivo na produção Legislativa (1989-1992) *In: VILLAS BÔAS, G.; GONÇALVES, A. (Orgs.). O Brasil na virada do século. O debate dos cientistas políticos.* Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1990, p. 275-283.

_____ ; LIMONGI, F. Mudança constitucional, desempenho do Legislativo e consolidação institucional. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 10, (n. 29), p. 175-200, 1995.

_____. *Executivo e Legislativo na nova ordem constitucional de 1998*. São Paulo: Fundação Getulio Vargas Editora, 1999.

_____. Incentivos Eleitorais, Partidos e Política Orçamentária. *DADOS – Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, Vol. 45, nº 2, pp. 303 a 344, 2002.

FREY, K. Políticas públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. *Planejamento e Políticas Públicas*, nº 21, 2000.

LEMOS, L.B.S. *Controle Legislativo em Democracias Presidencialistas: Brasil e EUA em Perspectiva Comparada*. 2006. Tese de Doutorado em Sociologia, Universidade de Brasília, UnB, Brasil.

LEMOS, L.B.S. O Congresso Brasileiro e a Distribuição de Benefícios Sociais no Período 1988-1994: Uma Análise Distributivista. *DADOS – Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, Vol. 44, nº 3, pp. 561 a 605, 2001.

LIMONGI, F. A Democracia no Brasil. Presidencialismo, coalizão partidária e processo decisório. *Novos Estudos*, 76, 2006.

MANCUSO, W.P. O empresariado como ator político no Brasil: balanço da literatura e agenda de pesquisa. *Rev. Sociol. Polit.*, Curitiba, nº 28, 2007.

MENDES, E.V. O Dilema do SUS (2002). Disponível em: <http://www.gices-sc.org/ArtigoEugenioVilacaDilemaSUS.pdf>. Acesso em 3/08/2008.

MONTEIRO, J.C.S.; MONTEIRO, M.C.M.C.; LIMA, T.L. O neo-institucionalismo e o viés antipartidário nos estudos legislativos. *Adcontar*, Belém, v.2, nº 1, p7-10, 2001.

RODRIGUEZ NETO, E. *Saúde: promessas e limites da Constituição*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.

PEREIRA, C.; MUELLER, B. Uma teoria da preponderância do Poder Executivo: O sistema de comissões no Legislativo brasileiro. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, vol. 15, nº 43, São Paulo, 2000.

RICCI, P. O Conteúdo da Produção Legislativa Brasileira: Leis Nacionais ou Políticas Paroquiais? *DADOS – Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, Vol. 46, nº 4, 2003, pp. 699 a 734.

RUA, M.G. "Análise de Política Públicas: Conceitos Básicos". In: RUA, M.G. & CARVALHO, M.I. (orgs.) *O Estudo da Política: Tópicos Seleccionados*. Brasília: Paralelo 15, 1998.

_____; AGUIAR, A.T. A política industrial no Brasil, 1985-1992: políticos, burocratas e interesses organizados no processo de policy-making. *Planejamento e Políticas Públicas*, nº 12 - jun/dez, p. 233-277, 1995.

SANTOS, W.G. A Gênese da Ordem. In: *Razões da Desordem*. Rio de Janeiro: Ed Rocco, 1993.

SCHEFFER, M.C. *Aids, tecnologia e acesso sustentável a medicamentos: a incorporação dos anti-retrovirais no Sistema Único de Saúde*. 2008. Tese de Doutorado, Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da Universidade São Paulo - USP, São Paulo.

SELL, C.E. Sociologia Política, escolha racional e participação político-eleitoral [Comentários ao trabalho de Fábio Wanderley Reis]. *Política & Sociedade*. Nº 1, p.65-71, 2002.

VILLELA, W.V. Das interfaces entre os níveis governamentais e a sociedade civil. In: *Saúde, Desenvolvimento e Política. Respostas frente à AIDS no Brasil*. Orgs. Richard Parker, Jane Galvão, Marcelo Secron Bessa. Rio de Janeiro: ABIA Editora 34, 1999.

ZAULI, E. M.; RODRIGUES, M.M.A. De José Sarney a Fernando Henrique Cardoso: Relação Executivo-Legislativo e Política de Saúde no Brasil. *Planejamento e Políticas Públicas*. Nº 25, jun./dez, 2002.

ANEXO A

LEGISLAÇÃO EM SAÚDE ENTRE 1988 E 2008

I – Leis ordinárias:

1. Lei nº 7.802, de 11 de julho de 1989. *Dispõe sobre a pesquisa, a experimentação, a produção, a embalagem e rotulagem, o transporte, o armazenamento, a comercialização, a propaganda comercial, a utilização, a importação, a exportação, o destino final dos resíduos e embalagens, o registro, a classificação, o controle, a inspeção e a fiscalização de agrotóxicos, seus componentes e afins, e dá outras providências.*
2. Lei nº 7.967, de 22 de dezembro de 1989. *Dispõe sobre o valor das multas por infração à legislação sanitária, altera a Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977, e dá outras providências.*
3. Lei nº 8.029, de 12 de abril de 1990. *Dispõe sobre a extinção e dissolução de entidades da administração Pública Federal, e dá outras providências. [Autoriza o Poder Executivo a instituir a Fundação Nacional de Saúde (FNS), mediante incorporação da Fundação Serviços de Saúde (FSESP) e da Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (Sucam), bem assim das atividades de Informática do Sistema Único de Saúde (SUS), desenvolvidas pela Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (Dataprev)].*
4. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. *Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências.*
5. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. *Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;*
6. Lei nº 8.099, de 5 de dezembro de 1990. *Inclui entre as competências do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) a execução dos programas e atividades do Governo Federal na área do Trabalho e dá outras providências.*
7. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. *Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.*
8. Lei nº 8.160, de 8 de janeiro de 1991. *Dispõe sobre a caracterização de símbolo que permita a identificação de pessoas portadoras de deficiência auditiva.*

9. Lei nº 8.199, de 28 de junho de 1991. *Concede isenção do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) na aquisição de automóveis para utilização no transporte autônomo de passageiros, bem como por pessoas portadoras de deficiência física e aos destinados ao transporte escolar, e dá outras providências.*
10. Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991. *Dispõe sobre a organização da Seguridade Social, institui Plano de Custeio, e dá outras providências.*
11. Lei nº 8.246, de 22 de outubro de 1991. *Autoriza o Poder Executivo a instituir o Serviço Social Autônomo Associação das Pioneiras Sociais e dá outras providências.*
12. Lei nº 8.234, de 17 de setembro de 1991. *Regulamenta a profissão de Nutricionista e determina outras providências.*
13. Lei nº 8.489, de 18 de novembro de 1992. *Dispõe sobre a retirada e transplante de tecidos, órgãos e partes do corpo humano, com fins terapêuticos e científicos e dá outras providências. (Revogada)*
14. Lei nº 8.501, de 30 de novembro de 1992. *Dispõe sobre a utilização de cadáver não reclamado, para fins de estudos ou pesquisas científica e dá outras providências.*
15. Lei nº 8.543, de 23 de dezembro de 1992, que *determina a impressão de advertência em rótulos e embalagens de alimentos industrializados que contenham glúten, a fim de evitar a doença celíaca ou síndrome celíaca.*
16. Lei nº 8.686, de 20 de julho de 1993. *Dispõe sobre o reajustamento da pensão especial aos deficientes físicos portadores da Síndrome de Talidomida, instituída pela Lei nº 7.070, de 20 de dezembro de 1982.*
17. Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993, que *dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS e dá outras providências;*
18. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. *Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências.*
19. Lei nº 8.853, de 4 de fevereiro de 1994. *Atribui competência ao Ministro de Estado da Saúde para praticar atos ad referendum da Junta Deliberativa do Fundo Nacional de Saúde.*
20. Lei nº 8.856, de 1º de março de 1994. *Fixa a Jornada de Trabalho dos Profissionais Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional.*

21. Lei nº 8.896, de 21 de junho de 1994. *Dá nova redação ao art. 3º da Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993, que dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS.*
22. Lei nº 8.918, de 14 de julho de 1994, que *dispõe sobre a padronização, a classificação, o registro, a inspeção, a produção e a fiscalização de bebidas, autoriza a criação da Comissão Intersetorial de Bebidas e dá outras providências;*
23. Lei nº 8.926, de agosto de 1994, que *torna obrigatória a inclusão, nas bulas de medicamentos, de advertências e recomendações sobre seu uso por pessoas de mais de 65 anos;*
24. Lei nº 8.936, de 24 de novembro de 1994, que *altera dispositivos dos arts. 9º e 10 da Lei nº 8.918, de 14 de julho de 1994;*
25. Lei nº 8.967, de 28 de dezembro de 1994. *Altera a redação do parágrafo único do art. 23 da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências.*
26. Lei nº 8.989, de 24 de fevereiro de 1995. *Dispõe sobre isenção do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) na aquisição de automóveis para utilização no transporte autônomo de passageiros, bem como por pessoas portadoras de deficiência física e aos destinados ao transporte escolar, e dá outras providências.*
27. Lei nº 9.005, de 16 de março de 1995, que *altera disposições das Leis nºs 6.150, de 3 de dezembro de 1974, e 6.437, de 20 de agosto de 1977, que dispõem sobre a obrigatoriedade da iodação do sal destinado ao consumo humano, seu controle pelos órgãos sanitários e dá outras providências;*
28. Lei nº 9.010, de 29 de março de 1995, que *dispõe sobre a terminologia oficial relativa à hanseníase e dá outras providências;*
29. Lei nº 9.029, de 13 de abril de 1995. *Proíbe a exigência de atestados de gravidez e esterilização, e outras práticas discriminatórias, para efeitos admissionais ou de permanência da relação jurídica de trabalho, e dá outras providências.*
30. Lei nº 9.050, de 18 de maio de 1995. *Converte em Memorial da Medicina Brasileira o Memorial da Medicina, instalado no prédio da antiga Faculdade de Medicina do Terreiro de Jesus, na cidade de Salvador, Bahia.*

31. Lei nº 9.055, de 1º de junho de 1995. *Disciplina a extração, industrialização, utilização, comercialização e transporte do asbesto/amiante e dos produtos que o contenham, bem como das fibras naturais e artificiais, de qualquer origem, utilizadas para o mesmo fim e dá outras providências.*
32. Lei nº 9.092, de 12 de setembro de 1995. *Destina a renda líquida de um teste da Loteria Esportiva Federal à Federação Nacional das APAEs e determina outras providências.*
33. Lei nº 9.120, de 26 de outubro de 1995. *Altera dispositivos da Lei nº 3.820, de 11 de novembro de 1960, que dispõe sobre a criação do Conselho Federal e dos Conselhos Regionais de Farmácia.*
34. Lei nº 9.144, de 08 de dezembro de 1995. *Prorroga a vigência da Lei nº 8.989, de 24 de fevereiro de 1995, que dispõe sobre isenção do Imposto sobre Produtos Industrializados - IPI na aquisição de automóveis para utilização no transporte autônomo de passageiros, bem como por pessoas portadoras de deficiência física, e dá outras providências.*
35. Lei nº 9.238, de 22 de dezembro de 1995. *Ratifica a recriação do Fundo de Administração do Hospital das Forças Armadas e dá outras providências.*
36. Lei nº 9.256, de 9 de janeiro de 1996. *Altera o **caput** do art. 53 e o § 3º do art. 63 da Lei nº 8.245, de 18 de outubro de 1991, que dispõe sobre as locações dos imóveis urbanos e os procedimentos a elas pertinentes.*
37. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que *regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências;*
38. Lei nº 9.273, de 3 de maio de 1996, que *torna obrigatória a inclusão de dispositivo de segurança que impeça a reutilização das seringas descartáveis;*
39. Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996. *Dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4º do art. 220 da Constituição Federal.*
40. Lei nº 9.311, de 24 de outubro de 1996. *Institui a Contribuição Provisória sobre Movimentação ou Transmissão de Valores e de Créditos e Direitos de Natureza Financeira - CPMF, e dá outras providências.*
41. Lei nº 9.313, de 13 de novembro de 1996, que *dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS;*

42. Lei nº 9.422, de 24 de dezembro de 1996. *Dispõe sobre a concessão de pensão especial aos dependentes que especifica e dá outras providências.* (hepatite tóxica, por contaminação em processo de hemodiálise no Instituto de Doenças Renais, com sede na cidade de Caruaru, no Estado de Pernambuco)
43. Lei nº 9.431, de 6 de janeiro de 1997, que *dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção de programa de controle de infecções hospitalares pelos hospitais do País;*
44. Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que *dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências;*
45. Lei nº 9.436, de 05 de fevereiro de 1997. *Dispõe sobre a jornada de trabalho de Médico, Médico de Saúde Pública, Médico do Trabalho e Médico Veterinário, da Administração Pública Federal direta, das autarquias e das fundações públicas federais, e dá outras providências.*
46. Lei nº 9.484, de 27 de agosto de 1997. *Dispõe sobre a transferência da Escola de Enfermagem de Manaus, unidade organizacional descentralizada da Fundação Nacional de Saúde, para a Fundação Universidade do Amazonas, e dá outras providências.*
47. Lei nº 9.602, de 21 de janeiro 1998. *Dispõe sobre legislação de trânsito e dá outras providências.*
48. Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que *dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, com a redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24 de agosto de 2001;*
49. Lei nº 9.677, de 02 de julho de 1998. *Altera dispositivos do Capítulo III do Título VIII do Código Penal, incluindo na classificação dos delitos considerados hediondos crimes contra a saúde pública, e dá outras providências.*
50. Lei nº 9.695, de 20 de agosto de 1998. *Acrescenta incisos ao art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, que dispõe sobre os crimes hediondos, e altera os arts. 2º, 5º e 10 da Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977, e dá outras providências.*
51. Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999, que *define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências, com a redação dada pela Medida Provisória nº 2.190-34, de 23 de agosto de 2001;*

52. Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999, que *altera a Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, que dispõe sobre a vigilância sanitária, estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências*, com a redação dada pela Medida Provisória nº 2.190-34, de 23 de agosto de 2001;
53. Lei nº 9.797, de 6 de maio de 1999, que *dispõe sobre a obrigatoriedade da cirurgia plástica reparadora da mama pela rede de unidades integrantes do Sistema Único de Saúde – SUS nos casos de mutilação decorrentes de tratamento de câncer*;
54. Lei nº 9.832, de 14 de setembro de 1999. *Proíbe o uso industrial de embalagens metálicas soldadas com liga de chumbo e estanho para acondicionamento de gêneros alimentícios, exceto para produtos secos ou desidratados.*
55. Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999, que *acrescenta dispositivos à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”, instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena*;
56. Lei nº 9.867, de 10 de novembro de 1999. *Dispõe sobre a criação e o funcionamento de Cooperativas Sociais, visando à integração social dos cidadãos conforme específica.* [Visa à inclusão, pelo trabalho, de pessoas em desvantagem: deficientes físicos e sensoriais; deficientes psíquicos e mentais, pessoas dependentes de acompanhamento psiquiátrico permanente, e os egressos de hospitais psiquiátricos; dependentes químicos, e outros]
57. Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, que *cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências*, com a redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24 de agosto de 2001;
58. Lei nº 9.965, de 27 de abril de 2000, que *restringe a venda de esteróides ou peptídeos anabolizantes e dá outras providências*;
59. Lei nº 9.982, de 14 de julho de 2000. *Dispõe sobre a prestação de assistência religiosa nas entidades hospitalares públicas e privadas, bem como nos estabelecimentos prisionais civis e militares.*
60. Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000. *Estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências.*

61. Lei nº 10.167, de 27 de dezembro de 2000, que *altera dispositivos da Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996, que dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumígenos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas;*
62. Lei nº 10.182, de 12 de fevereiro de 2001. *Restaura a vigência da Lei nº 8.989, de 24 de fevereiro de 1995, que dispõe sobre a isenção do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) na aquisição de automóveis destinados ao transporte autônomo de passageiros e ao uso de portadores de deficiência física, reduz o imposto de importação para os produtos que especifica, e dá outras providências.*
63. Lei nº 10.185, de 12 de fevereiro de 2001, que *dispõe sobre a especialização das sociedades seguradoras em planos privados de assistência à saúde e dá outras providências, com a redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24 de agosto de 2001;*
64. Lei nº 10.191, de 14 de fevereiro de 2001. *Dispõe sobre a aquisição de produtos para a implementação de ações de saúde no âmbito do Ministério da Saúde. Conversão da MPV nº 2.070-28, de 2001.*
65. Lei nº 10.205, de 21 de março de 2001, que *regulamenta o § 4º do art. 199 da Constituição Federal, relativo à coleta, processamento, estocagem, distribuição e aplicação do sangue, seus componentes e derivados, estabelece o ordenamento institucional indispensável à execução adequada dessas atividades, e dá outras providências;*
66. Lei nº 10.211, de 23 de março de 2001, que *altera dispositivos da Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que “dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento”;*
67. Lei nº 10.213, de 27 de março de 2001. *Define normas de regulação para o setor de medicamentos, institui a Fórmula Paramétrica de Reajuste de Preços de Medicamentos - FPR, cria a Câmara de Medicamentos e dá outras providências. (Revogada) Conversão da MPV nº 2.138-4, de 2001*
68. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que *dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental;*
69. Lei nº 10.223, de 15 de maio de 2001, que *altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para dispor sobre a obrigatoriedade de cirurgia plástica reparadora de mama por planos e seguros privados de assistência à saúde nos casos de mutilação decorrente de tratamento de câncer,*

70. Lei nº 10.225, de 15 de maio de 2001. *Dispõe sobre a criação de empregos públicos no Hospital das Forças Armadas – HFA, e dá outras providências.*
71. Lei nº 10.237, de 11 de junho de 2001, que *dispõe sobre a inserção, nas fitas de vídeo gravadas que especifica, destinadas à venda ou aluguel no País, da seguinte mensagem: “Faça sexo seguro. Use camisinha”;*
72. Lei nº 10.242, de 19 de junho de 2001. *Institui o Dia Nacional das APAEs.*
73. Lei nº 10.273, de 5 de setembro de 2001, que *dispõe sobre o uso do bromato de potássio na farinha e nos produtos de panificação;*
74. Lei nº 10.289, de 20 de setembro de 2001, que *institui o Programa Nacional de Controle do Câncer de Próstata;*
75. Lei nº 10.332, de 19 de dezembro de 2001. *Institui mecanismo de financiamento para o Programa de Ciência e Tecnologia para o Agronegócio, para o Programa de Fomento à Pesquisa em Saúde, para o Programa Biotecnologia e Recursos Genéticos – Genoma, para o Programa de Ciência e Tecnologia para o Setor Aeronáutico e para o Programa de Inovação para Competitividade, e dá outras providências.*
76. Lei nº 10.350, de 21 de dezembro de 2001. *Altera a Lei nº 9.503, de 23 de setembro de 1997 – Código de Trânsito Brasileiro, de forma a obrigar a realização de exame psicológico periódico para os motoristas profissionais.*
77. Lei nº 10.357, de 27 de dezembro de 2001. *Estabelece normas de controle e fiscalização sobre produtos químicos que direta ou indiretamente possam ser destinados à elaboração ilícita de substâncias entorpecentes, psicotrópicas ou que determinem dependência física ou psíquica, e dá outras providências;*
78. Lei nº 10.409, de 11 de janeiro de 2002. *Dispõe sobre a prevenção, o tratamento, a fiscalização, o controle e a repressão à produção, ao uso e ao tráfico ilícitos de produtos, substâncias ou drogas ilícitas que causem dependência física ou psíquica, assim elencados pelo Ministério da Saúde, e dá outras providências. Revogada pela Lei nº 11.343, de 2006.*
79. Lei nº 10.424, de 15 de abril de 2002, que *acrescenta capítulo e artigo à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências”, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde;*

80. Lei nº 10.439, de 30 de abril de 2002, que *institui o Dia Nacional de Prevenção e Combate à Hipertensão Arterial e dá outras providências*;
81. Lei nº 10.449, de 9 de maio de 2002. *Dispõe sobre a comercialização de preservativos masculinos de látex de borracha*;
82. Lei nº 10.456, de 13 de maio de 2002, que *institui o Dia Nacional de Combate ao Glaucoma*;
83. Lei nº 10.465, de 27 de maio de 2002, que *institui o dia 25 de outubro como “Dia Nacional da Saúde Bucal”*;
84. Lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002. *Cria a Profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. Revogada pela Lei nº 11.350, de 2006.*
85. Lei nº 10.516, de 11 de julho de 2002. *Institui a CARTEIRA NACIONAL DE SAÚDE DA MULHER.*
86. Lei nº 10.519, de 17 de julho de 2002. *Dispõe sobre a promoção e a fiscalização da defesa sanitária animal quando da realização de rodeio e dá outras providências.*
87. Lei nº 10.651, de 16 de abril de 2003, que *dispõe sobre o controle do uso da talidomida*;
88. Lei nº 10.669, de 14 de maio de 2003, que *altera a Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, que dispõe sobre a vigilância sanitária a que ficam sujeitos os medicamentos, as drogas, os insumos farmacêuticos e correlatos, cosméticos, saneantes e outros produtos*;
89. Lei nº 10.674, de 16 de maio de 2003, que *obriga a que os produtos alimentícios comercializados informem sobre a presença de glúten, como medida preventiva e de controle da doença celíaca*;
90. Lei nº 10.702, de 14 de julho de 2003, que *altera a Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996, que dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4º do art. 220 da Constituição Federal*;
91. Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, que *institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações*;
92. Lei nº 10.742, de 6 de outubro de 2003, que *define normas de regulação para o setor farmacêutico, cria a Câmara de Regulação do Mercado de*

Medicamentos – CMED e altera a Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, e dá outras providências;

93. *Lei nº 10.850, de 25 de março de 2004, que atribui competências à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e fixa as diretrizes a serem observadas na definição de normas para implantação de programas especiais de incentivo à adaptação de contratos anteriores à Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998;*
94. *Lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004, que autoriza a Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz a disponibilizar medicamentos, mediante ressarcimento, e dá outras providências;*
95. *Lei nº 10.972, de 2 de dezembro de 2004, que autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia – HEMOBRÁS e dá outras providências;*
96. *Lei nº 11.104, de 21 de março de 2005, que dispõe sobre a obrigatoriedade de instalação de brinquedotecas nas unidades de saúde que ofereçam atendimento pediátrico em regime de internação;*
97. *Lei nº 11.105, de 24 de março de 2005. (Lei de Biossegurança). Regulamenta os incisos II, IV e V do § 1º do art. 225 da Constituição Federal, estabelece normas de segurança e mecanismos de fiscalização de atividades que envolvam organismos geneticamente modificados – OGM e seus derivados, cria o Conselho Nacional de Biossegurança – CNBS, reestrutura a Comissão Técnica Nacional de Biossegurança – CTNBio, dispõe sobre a Política Nacional de Biossegurança – PNB, revoga a Lei nº 8.974, de 5 de janeiro de 1995, e a Medida Provisória nº 2.191-9, de 23 de agosto de 2001, e os arts. 5º, 6º, 7º, 8º, 9º, 10 e 16 da Lei nº 10.814, de 15 de dezembro de 2003, e dá outras providências.*
98. *Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.*
99. *Lei nº 11.255, de 27 de dezembro de 2005. Define as diretrizes da Política de Prevenção e Atenção Integral à Saúde da Pessoa Portadora de Hepatite, em todas as suas formas, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, e dá outras providências;*
100. *Lei nº 11.265, de 3 de janeiro de 2006. Regulamenta a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância e também a de produtos de puericultura correlatos;*

101. Lei nº 11.303, de 11 de maio de 2006. *Institui o Dia Nacional de Conscientização sobre a Esclerose Múltipla;*
102. Lei nº 11.339, de 3 de agosto de 2006. *Institui o Dia Nacional do Biomédico;*
103. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. *Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências.*
104. Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006. *Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências.*
105. Lei nº 11.347, de 27 de setembro de 2006. *Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos e materiais necessários à sua aplicação e à monitoração da glicemia capilar aos portadores de diabetes inscritos em programas de educação para diabéticos;*
106. Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006. *Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências.*
107. Lei nº 11.373, de 30 de novembro de 2006. *Institui o Dia Nacional de Combate à Psoríase;*
108. Lei nº 11.381, de 1º de dezembro de 2006. *Altera a Lei no 6.932, de 7 de julho de 1981, que dispõe sobre as atividades do médico residente, e revoga dispositivos da Lei no 10.405, de 9 de janeiro de 2002.*
109. Lei nº 11.387, de 14 de dezembro de 2006. *Autoriza a União a efetuar contribuição à Organização Mundial da Saúde - OMS, destinada a apoiar a viabilização da Central Internacional para a Compra de Medicamentos contra a AIDS, malária e tuberculose (CICOM/UNITAID), no valor de até R\$ 13.200.000,00.*
110. Lei nº 11.474, de 15 de maio de 2007. *Altera a Lei no 10.188, de 12 de fevereiro de 2001, que cria o Programa de Arrendamento Residencial,*

institui o arrendamento residencial com opção de compra, e a Lei no 11.265, de 3 de janeiro de 2006, que regulamenta a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância e também a de produtos de puericultura correlatos, e dá outras providências.

111. Lei nº 11.500, de 3 de julho de 2007. *Institui o Dia Nacional do Fonoaudiólogo.*
112. Lei nº 11.505, de 18 de julho de 2007. *Altera dispositivos das Leis nºs 11.345, de 14 de setembro de 2006, 8.212, de 24 de julho de 1991, e 8.685, de 20 de julho de 1993, e dá outras providências. Conversão da Medida Provisória nº 358. [destina recursos para ações das Santas Casas de Misericórdia, de entidades hospitalares sem fins econômicos e de entidades de saúde de reabilitação física de portadores de deficiência]*
113. Lei nº 11.506, de 19 de julho de 2007. *Institui a data de 16 de novembro como o Dia Nacional dos Ostromizados.*
114. Lei nº 11.521, de 18 de setembro de 2007. *Altera a Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, para permitir a retirada pelo Sistema Único de Saúde de órgãos e tecidos de doadores que se encontrem em instituições hospitalares não autorizadas a realizar transplantes.*
115. Lei nº 11.584, de 28 de novembro de 2007. *Institui o Dia Nacional da Doação de Órgãos.*
116. Lei nº 11.585, de 28 de novembro de 2007. *Institui o dia 4 de outubro como o Dia Nacional do Agente Comunitário de Saúde.*
117. Lei nº 11.605, de 5 de dezembro de 2007. *Institui o Dia Nacional do Teste do Pezinho a ser comemorado no dia 6 de junho de cada ano.*
118. Lei nº 11.633, de 27 de dezembro de 2007. *Altera a Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997. [garante que a gestante receba informações sobre as possibilidades e os benefícios da doação voluntária de sangue do cordão umbilical e placentário]*
119. Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007. *Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde.*
120. Lei nº 11.650, de 4 de julho 2008. *Institui o Dia Nacional de Combate ao Câncer Infantil e dá outras providências.*
121. Lei nº 11.664, de 29 de julho de 2008. *Dispõe sobre a efetivação de ações de saúde que assegurem a prevenção, a detecção, o tratamento e*

o seguimento dos cânceres do colo uterino e de mama, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.

122. Lei nº 11.695, de 1 de junho de 2008. *Institui o Dia Nacional da Mamografia.*
123. Lei nº 11.704, de 18 de junho de 2008. *Institui o Dia Nacional da Voz.*
124. Lei nº 11.705, de 19 de junho de 2008. *Altera a Lei nº 9.503, de 23 de setembro de 1997, que ‘institui o Código de Trânsito Brasileiro’, e a Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996, que dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4º do art. 220 da Constituição Federal, para inibir o consumo de bebida alcoólica por condutor de veículo automotor, e dá outras providências.*
125. Lei nº 11.721, de 23 de junho de 2008. *Institui o Dia Nacional de Prevenção da Obesidade.*
126. Lei nº 11.723, de 23 de junho de 2008. *Institui o Dia Nacional do Controle das Infecções Hospitalares.*
127. Lei nº 11.736, de 10 de julho de 2008. *Institui o Dia Nacional de Conscientização da Doença de Alzheimer.*
128. Lei nº 11.762, de 1º de agosto de 2008. *Fixa o limite máximo de chumbo permitido na fabricação de tintas imobiliárias e de uso infantil e escolar, vernizes e materiais similares e dá outras providências.*
129. Lei nº 11.794, de 8 de outubro de 2008. *Regulamenta o inciso VII do § 1º do art. 225 da Constituição Federal, estabelecendo procedimentos para o uso científico de animais; revoga a Lei nº 6.638, de 8 de maio de 1979; e dá outras providências.*

II – EMENDAS CONSTITUCIONAIS

1. **EC nº 12/1996** (dispõe sobre financiamento das ações e serviços de saúde: CPMF).
2. **EC nº 21/1999** (altera o artigo 74 das Disposições Constitucionais Transitórias e trata do custeio da área da saúde: prorrogação da CPMF com alteração da alíquota).
3. **EC nº 29/2000** (assegura recursos mínimos para o financiamento das ações e dos serviços públicos de saúde).

4. **EC nº 34/2001** (permite o acúmulo de dois cargos públicos privativos de profissionais de saúde com profissões regulamentadas).
5. **EC nº 49/2006** (autoriza a produção de radioisótopos para usos médicos).
6. **EC nº 51/2006** (admissão de agentes comunitários de saúde e de combate a endemias por meio de processo seletivo público).