



CÂMARA DOS DEPUTADOS
CENTRO DE FORMAÇÃO, TREINAMENTO E APERFEIÇOAMENTO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO PROFISSIONAL EM PODER LEGISLATIVO

Nívea Flausino Vitolo

**INTERAÇÕES ENTRE O LEGISLATIVO E O EXECUTIVO FEDERAL DO BRASIL
NA DEFINIÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS:**

**Especificidades das Políticas de Saúde Apresentadas durante os Mandatos Lula II e
Dilma I**

Brasília

2020

Nívea Flausino Vitolo

**INTERAÇÕES ENTRE O LEGISLATIVO E O EXECUTIVO FEDERAL DO BRASIL
NA DEFINIÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS:**

**Especificidades das Políticas de Saúde Apresentadas durante os Mandatos Lula II e
Dilma I**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre no Curso de Mestrado Profissional do Programa de Pós-Graduação do Centro de Formação, Treinamento e Aperfeiçoamento da Câmara dos Deputados/Cefor.

Orientador(a): Prof. Dr. Fábio de Barros Correia Gomes

Área de Concentração: Poder Legislativo

Linha de Pesquisa: Processos Políticos do Poder Legislativo

Brasília

2020

Autorização

Autorizo a divulgação do texto completo no sítio da Câmara dos Deputados e a reprodução total ou parcial, exclusivamente, para fins acadêmicos e científicos.

Assinatura: _____

Data: ___/___/___

Vitolo, Nivea Flausino.

Interações entre o Legislativo e o Executivo Federal do Brasil na definição de políticas públicas [manuscrito]: especificidades das políticas de saúde apresentadas durante os mandatos Lula II e Dilma I / Nivea Flausino Vitolo. -- 2020.

139 f.: il., gráfs.

Orientador: Fábio de Barros Correia Gomes.

Impresso por computador.

Dissertação (mestrado) – Câmara dos Deputados, Centro de Formação, Treinamento e Aperfeiçoamento (Cefor), 2020.

1. Política de saúde, Brasil, 2007-2014. 2. Relação legislativo-executivo, Brasil. 3. Poder legislativo, Brasil. 4. Poder executivo, Brasil. I. Título.

CDU 342.52:614(81)



CÂMARA DOS DEPUTADOS
Centro de Formação, Treinamento e Aperfeiçoamento
Programa de Pós-Graduação
Mestrado Profissional em Poder Legislativo

FOLHA DE APROVAÇÃO

Título: Interações entre o Legislativo e o Executivo federal do Brasil na definição de políticas públicas: Especificidades das políticas de saúde apresentadas durante os mandatos Lula II e Dilma I.

Autor (a): Nívea Flausino Vitolo

Área de concentração: Poder Legislativo

Linha de pesquisa: Processos Políticos do Poder Legislativo

Trabalho de conclusão de curso submetido à Comissão Examinadora designada pela Coordenação do Programa de Pós-graduação do Centro de Formação, Treinamento e Aperfeiçoamento da Câmara dos Deputados como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre** em Poder Legislativo.

Trabalho aprovado em 28 de agosto de 2020.

Prof. Dr. Rafael Silveira e Silva
Senado Federal

Documento assinado eletronicamente por:

Nívea Flausino Vitolo - aluna

Prof. Dr. Fabio de Barros Correia Gomes - Presidente da Banca

Prof. Dr. Ricardo Chaves de Rezende Martins - Membro da Banca



Documento assinado por: Fabio de Barros Correia Gomes, Ricardo Chaves de Rezende Martins, Nívea Flausino Vitolo
Selo digital de segurança: 2020-ICMJ-ASQL-DGJO-MDCP.

Dedico este trabalho à minha mãe, Maria Hilária, que preparou o meu caminho, desde o começo.

Agradecimentos

Agradeço a Deus, pela oportunidade que me deu de dar mais este passo.

À minha mãe, por todo o sacrifício e dedicação de uma vida inteira, por ter feito dos meus projetos os seus próprios, por ter me dado todos os instrumentos de que eu precisava para enfrentar os desafios da vida, inclusive este grande desafio que foi o Mestrado.

Ao meu pai, por ter incutido em mim o interesse pela compreensão dos fenômenos, tão importante para a luta consciente em busca dos grandes ideais. Este trabalho é mais um instrumento de fortalecimento da nossa luta.

Ao Jorge e ao Lao, por todo o cuidado, amor e compreensão durante essa fase de estudos e por terem me mostrado que não precisamos nem mesmo de tempo livre para encontrarmos a felicidade.

Às minhas irmãs, Nádia e Ivana, por acompanharem todos os meus passos nessa trajetória e por se fazerem presentes, mesmo em silêncio, mesmo distantes. Ao meu sobrinho Betinho, pela sua linda existência, por ter enchido os meus dias de estudo de ternura e de esperança.

Ao professor Fábio Gomes, pela sua inigualável delicadeza no trato, pela constante disponibilidade, pela orientação cuidadosa e dialogada dos trabalhos, por ter me ensinado muito sobre “ser”, além do que sobre “saber”.

A todos os professores do CEFOR, que me apresentaram um mundo completamente novo, que é o da Ciência Política, e me ajudaram a

ampliar enormemente minha forma de pensar e de enxergar os fenômenos da vida política. Especial agradecimento aos professores Ricardo Martins, Acir Almeida e Rafael Silveira, membros das bancas de qualificação e de defesa, que muito contribuíram para o aperfeiçoamento deste trabalho.

Ao professor Geraldo Nunes (*in memoriam*) e à sua esposa Nilza (*in memoriam*), pela generosidade de terem oferecido muito mais do que moradia e alimento, mas por terem transformado minha vida, antes mesmo dela existir, e por terem possibilitado conquistas como esta.

Aos amigos Paulo, Alexandre, Caio, Geraldo, Fátima, Janaína, Priscilla, Daniele Leal, Thathá, Tainá, Sibebe, Lucas, Tiago e Dan, por terem renovado minhas forças nos momentos mais difíceis. À amiga Cristiana, por ter generosamente me acompanhado e me apoiado durante todo este processo. À querida Aline, que, com todo o seu preparo e amor que tem pelo que faz, me ajudou a tornar tudo mais fácil e mais gratificante. À Virna Sobral e Fernanda Cordeiro, por toda a dedicação e cuidado ao realizarem a revisão e a formatação deste trabalho.

A todos os amigos do trabalho, companheiros da pequenina luta diária, pelo apoio nesta trajetória; em especial, às grandes parceiras Carol Grassi, Carol Jorge, Dany, Lu e Maria Neves. Aos amados Gustavo e Rabelo, por me inspirarem, com suas grandes mentes, e por me darem condições e vontade de buscar esse aperfeiçoamento.

Nada neste mundo deve ser temido, apenas compreendido. Agora é a hora de compreender mais, para que possamos temer menos.
Marie Curie

RESUMO

Esta dissertação buscou caracterizar a atuação dos Poderes Executivo e Legislativo durante o segundo mandato do presidente Lula (2007 a 2010) e o primeiro mandato da presidente Dilma (2011-2014), por meio do cálculo das taxas de sucesso e de dominância do Executivo, nas três vias hierárquicas (constitucional, complementar e ordinária), tanto para as políticas em geral como para as políticas de saúde, e, no caso específico destas, por meio de um estudo qualitativo de uma amostra das proposições apresentadas no período e da totalidade das proposições convertidas em norma. Para o cálculo das taxas, utilizou-se o método de Gomes (2011), que permitiu a comparabilidade dos dados obtidos nesta pesquisa com os achados desse autor. Para a análise qualitativa, as proposições de saúde foram classificadas, segundo as tipologias: de Wilson (1973) adaptada, com base na distribuição dos custos e benefícios; do GPE Saúde (CARVALHO *et al.*, 2011), que distingue as políticas de saúde em temas funcionais; e a baseada em Mello (2017), que diferencia as políticas distributivas, de acordo com o nível de discricionariedade e com os beneficiários. As taxas de sucesso do Executivo mantiveram-se elevadas na via ordinária, tanto para as políticas em geral como para as políticas de saúde, tendo sido verificadas grandes variações nas demais vias, com indicativos de maior dificuldade do Executivo a partir de Lula II. Já as taxas de dominância relativa às políticas em geral seguiram o padrão de variação inversamente proporcional à via (GOMES, 2011), com tendência de queda no pós-2003 (ALMEIDA, 2018). No caso das políticas de saúde, tais padrões não foram reproduzidos; todavia, foi constatada participação parlamentar expressiva nas vias ordinária não orçamentária, complementar e constitucional em todo o período analisado, em especial no pós-2003. O aprofundamento da análise qualitativa das características das políticas apresentadas nos mandatos Lula II e Dilma I e das que obtiveram aprovação, indicou uma preferência de ambos os poderes políticos por proposições distributivas. O caráter mais programático das políticas dessa natureza de iniciativa do Executivo e o maior alcance em termos de beneficiários confirmaram uma atuação mais ampla desse poder, concentrada predominantemente no plenário da Câmara dos Deputados, na direção da concessão de benefícios de interesse nacional. A grande produção de leis simbólicas e de políticas distributivas de alta discricionariedade pelo Legislativo indicaram uma atuação mais restrita e particularista por parte desse poder, com *locus* de aprovação concentrado nas comissões. Tais achados não permitem refutar a ocorrência do fenômeno do segredo ineficiente no Brasil, marcado pela divisão de tarefas entre os poderes políticos. A predominância das proposições dos temas da “Gestão” e de “Direitos”, nas vias constitucional e complementar, e do tema da “Prevenção”, na via ordinária, revelou que a saúde se encontrava, no período estudado, em uma fase contextual de expansão da abrangência do seu arcabouço jurídico, porém com a retomada recorrente da questão estruturante do financiamento.

Palavras-chave: Poder Legislativo. Políticas de Saúde. Sucesso. Dominância. Conteúdo da Produção Legislativa. Funcionamento dos Poderes Políticos.

ABSTRACT

This dissertation sought to characterize the performance of the Executive and Legislative Powers during the second term of President Lula (2007 to 2010) and the first term of President Dilma (2011-2014), by calculating the success and dominance rates of the Executive, in the three hierarchical paths (constitutional, complementary and ordinary), both for policies in general and for health policies, and, in the specific case of health policies, through a qualitative study of a sample of the proposals presented in the period and of all the proposals converted into norms. To calculate the rates, the method of Gomes (2011) was used, which allowed the comparability of the data obtained in this research with the findings of this author. For qualitative analysis, health propositions were classified according to the Wilson (1973)'s adapted typology, built on the distribution of costs and benefits; the GPE Saúde's typology (CARVALHO *et al.*, 2011), based on functional themes of health policies; and the Mello (2017)'s based typology, which differentiates distributive policies, according to the level of discretion and the beneficiaries. The success rates of the Executive remained high in the ordinary path, both for policies in general and for health policies, with great variations in the other paths, with greater difficulty of the Executive after Lula II. The dominance rates relative to policies in general was inversely proportional to the path (GOMES, 2011), with a downward trend in the post-2003 period (ALMEIDA, 2018). In the case of health policies, these patterns have not been reproduced; however, expressive parliamentary participation was found in the ordinary non-budgetary, complementary and constitutional paths throughout the analyzed period, especially after 2003. The qualitative analysis of the characteristics of the policies presented in the Lula II and Dilma I mandates and of those that were approval indicated a preference by both powers for distributive proposals. The more programmatic character of the policies of this nature of the Executive's initiative and the greater reach in terms of beneficiaries confirmed a broader role of this Power, played predominantly in the plenary of the Chamber of Deputies, in the direction of granting benefits of national interest. The great production of symbolic laws and distributive policies of high discretion by the Legislative indicated a more restricted and particularistic action by this Power, with *locus* of approval concentrated in the commissions. Such findings do not allow to refute the occurrence of the phenomenon of inefficient secrecy in Brazil, marked by the division of tasks between the powers. The predominance of the proposals of the themes of "Management" and "Rights", in the constitutional and complementary paths, and of the theme of "Prevention", in the ordinary path, revealed that health was, in the studied period, in a contextual phase of expansion of the scope of its legal framework, but with the recurring resumption of the structuring issue of financing.

Keywords: Legislative Power. Health Policies. Success. Dominance. Content of Legislative Production. Functioning of Powers.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Evolução das taxas de sucesso, segundo as vias legislativas, por mandato presidencial, no período de 1999 a 2014	39
Gráfico 2 - Evolução das taxas de sucesso, para as vias legislativas ordinária e ordinária não orçamentária, por mandato presidencial, no período de 1999 a 2014	40
Gráfico 3 - Evolução das taxas de dominância, segundo as vias legislativas, por mandato presidencial, no período de 1999 a 2014	41
Gráfico 4 - Evolução das taxas de dominância, para as vias legislativas ordinária e ordinária não orçamentária, por mandato presidencial, no período de 1999 a 2014	43
Gráfico 5 - Evolução das taxas de sucesso relativas às políticas de saúde, segundo as vias legislativas, por mandato presidencial, no período de 1999 a 2014	44
Gráfico 6 - Evolução das taxas de sucesso relativas às políticas de saúde, para as vias legislativas ordinária e ordinária não orçamentária, por mandato presidencial, no período de 1999 a 2014.....	45
Gráfico 7 - Evolução das taxas de dominância relativas às políticas de saúde, segundo as vias legislativas, por mandato presidencial, no período de 1999 a 2014.....	46
Gráfico 8 - Evolução das taxas de dominância relativas às políticas de saúde, para as vias legislativas ordinária e ordinária não orçamentária, por mandato presidencial, no período de 1999 a 2014.....	47
Gráfico 9 - Distribuição das PECs da área de saúde apresentadas em Lula II, segundo a tipologia adaptada de Wilson (1973) e do GPE Saúde.....	88
Gráfico 10- Distribuição das PECs da área de saúde apresentadas em Dilma I, segundo a tipologia adaptada de Wilson (1973) e do GPE Saúde.....	89
Gráfico 11- Distribuição dos PLPs da área de saúde apresentados em Lula II, segundo a tipologia adaptada de Wilson (1973) e do GPE Saúde.....	94

Gráfico 12 - Distribuição dos PLPs da área de saúde apresentados em Dilma I, segundo a tipologia adaptada de Wilson (1973) e do GPE Saúde.....	95
Gráfico 13 - Distribuição da amostra dos PLs da área de saúde apresentados em Lula II, segundo a tipologia adaptada de Wilson (1973) e do GPE Saúde.....	101
Gráfico 14- Distribuição da amostra dos PLs da área de saúde apresentados em Dilma I, segundo a tipologia adaptada de Wilson (1973) e do GPE Saúde.....	102
Gráfico 15- Distribuição das MPs da área de saúde apresentadas em Lula II, segundo a tipologia adaptada de Wilson (1973) e do GPE Saúde.....	103
Gráfico 16- Distribuição das MPs da área de saúde apresentadas em Dilma I, segundo a tipologia adaptada de Wilson (1973) e do GPE Saúde.....	104
Gráfico 17- Distribuição das proposições ordinárias não orçamentárias da área de saúde apresentadas em Lula II convertidas em lei, segundo a tipologia adaptada de Wilson (1973) e do GPE Saúde	115
Gráfico 18- Distribuição das proposições ordinárias não orçamentárias da área de saúde apresentadas em Dilma I convertidas em lei, segundo a tipologia adaptada de Wilson (1973) e do GPE Saúde	116

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Taxa de sucesso Legislativo por mandato presidencial.....	28
Tabela 2 - Taxas de sucesso e sucesso relativo na aprovação de MPs, por mandato presidencial após a EC 32/2001.....	28
Tabela 3 - Taxa de dominância do Poder Executivo por mandato presidencial (1995-2014)..	31
Tabela 4 - Número de proposições iniciadas pelo Executivo e número de proposições aprovadas, por via legislativa	40
Tabela 5 - Número de proposições aprovadas pelo Executivo e pelo Legislativo, por via legislativa	42
Tabela 6 - Número de proposições que continham políticas de saúde iniciadas pelo Executivo e número de proposições aprovadas, por via legislativa.....	45
Tabela 7 - Número de proposições que continham políticas de saúde aprovadas pelo Executivo e pelo Legislativo, por via legislativa	47
Tabela 8 - Distribuição dos tipos de PECs da área de saúde apresentadas em Lula II e Dilma I, segundo a tipologia adaptada de Wilson (1973)	86
Tabela 9- Distribuição dos tipos de PECs da área de saúde apresentadas em Lula II e Dilma I, segundo a tipologia do GPE Saúde	87
Tabela 10- Distribuição da situação de tramitação das PECs da área de saúde apresentadas em Lula II, segundo a tipologia adaptada de Wilson (1973)	91
Tabela 11- Distribuição da situação de tramitação das PECs da área de saúde apresentadas em Dilma I, segundo a tipologia adaptada de Wilson (1973).....	91
Tabela 12- Distribuição dos tipos de PLPs da área de saúde apresentados em Lula II e Dilma I, segundo a tipologia adaptada de Wilson (1973).....	93
Tabela 13- Distribuição dos tipos de PLPs da área de saúde apresentados em Lula II e Dilma I, segundo a tipologia do GPE Saúde.....	93

Tabela 14 - Distribuição da situação de tramitação dos PLPs da área de saúde apresentados em Lula II, segundo a tipologia adaptada de Wilson (1973)	97
Tabela 15- Distribuição da situação de tramitação dos PLPs da área de saúde apresentados em Dilma I, segundo a tipologia adaptada de Wilson (1973).....	97
Tabela 16- Distribuição dos tipos de PLs da área de saúde apresentados em Lula II e Dilma I em amostra representativa, segundo a tipologia adaptada de Wilson (1973)	98
Tabela 17- Distribuição dos tipos de MPs não orçamentárias da área de saúde apresentadas em Lula II e Dilma I, segundo a tipologia adaptada de Wilson (1973)	99
Tabela 18- Distribuição dos tipos de PLs da área de saúde apresentados em Lula II e Dilma I, segundo a tipologia do GPE Saúde	100
Tabela 19- Distribuição dos tipos de MPs da área de saúde apresentadas em Lula II e Dilma I, segundo a tipologia do GPE Saúde	102
Tabela 20- Distribuição da situação de tramitação da amostra dos PLs da área de saúde apresentados em Lula II, segundo a tipologia adaptada de Wilson (1973).....	105
Tabela 21- Distribuição da situação de tramitação da amostra dos PLs da área de saúde apresentados em Dilma I, segundo a tipologia adaptada de Wilson (1973)	106
Tabela 22- Distribuição da situação de tramitação das MPs da área de saúde apresentadas em Lula II, segundo a tipologia adaptada de Wilson (1973)	107
Tabela 23- Distribuição da situação de tramitação das MPs da área de saúde apresentadas em Dilma I, segundo a tipologia adaptada de Wilson (1973).....	107
Tabela 24- Distribuição dos tipos de proposições das vias constitucional e complementar da área de saúde apresentadas em Lula II e Dilma I convertidas em norma, segundo a tipologia adaptada de Wilson (1973)	108
Tabela 25- Distribuição dos tipos de proposições das vias constitucional e complementar da área de saúde apresentadas em Lula II e Dilma I convertidas em norma, segundo a tipologia do GPE Saúde	110

Tabela 26- Distribuição dos tipos de proposições ordinárias não orçamentárias da área de saúde apresentadas em Lula II e Dilma I convertidas em lei, segundo a tipologia adaptada de Wilson (1973)	112
Tabela 27- Distribuição dos tipos de PLs da área de saúde apresentados em Lula II e Dilma I convertidas em lei, segundo a tipologia adaptada de Wilson (1973).....	112
Tabela 28- Distribuição dos tipos de MPs não orçamentárias da área de saúde apresentadas em Lula II e Dilma I convertidas em lei, segundo a tipologia adaptada de Wilson (1973).....	113
Tabela 29- Distribuição das proposições ordinárias não orçamentárias da área de saúde apresentadas em Lula II e Dilma I convertidas em lei, de acordo com a concentração dos custos	113
Tabela 30- Distribuição dos tipos de proposições ordinárias não orçamentárias da área de saúde apresentadas em Lula II e Dilma I convertidas em lei, segundo a tipologia do GPE Saúde	115
Tabela 31- Distribuição das proposições ordinárias não orçamentárias com políticas distributivas da área de saúde apresentadas em Lula II e Dilma I e convertidas em lei, segundo o nível de discricionariedade	117
Tabela 32- Distribuição das proposições ordinárias não orçamentárias com políticas distributivas da área de saúde apresentadas em Lula II e Dilma I e convertidas em lei, segundo os tipos de beneficiários.....	118
Tabela 33- Distribuição dos tipos de proposições ordinárias não orçamentárias da área de saúde apresentadas em Lula II e Dilma I convertidas em lei, segundo a tipologia adaptada de Wilson (1973), por local de aprovação	119
Tabela 34- Distribuição dos tipos de proposições ordinárias não orçamentárias da área de saúde apresentadas em Lula II e Dilma I convertidas em lei, conforme o regime de tramitação.....	121

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Esquema de classificação de políticas proposto por Wilson (1973).....	76
Quadro 2- Esquema de classificação proposto por Wilson (1973) com a reinterpretação dada por Méndez (1993).....	77

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

“Assistência”	Tema “Assistência a Saúde”, segundo a tipologia do GPE Saúde
CF/88	Constituição Federal de 1988
CSS	Contribuição Social para a Saúde
“Direitos”	Tema “Direitos e Responsabilidades”, segundo a tipologia do GPE Saúde
EC	Emenda Constitucional
FHC	Fernando Henrique Cardoso
“Gestão”	Tema “Gestão, Recursos e Pesquisa em Saúde, segundo a tipologia do GPE Saúde
GPE Saúde	Grupo de Pesquisa e Extensão do Centro de Formação, Treinamento e Aperfeiçoamento da Câmara dos Deputados sobre o Legislativo e a Política de Saúde no Brasil
MP	Medida Provisória
PEC	Proposta de Emenda à Constituição
PIB	Produto Interno Bruto
PL	Projeto de Lei Ordinária
PLP	Projeto de Lei Complementar
“Prevenção”	Tema “Promoção da Saúde, Prevenção e Controle de Doenças e Agravos”, segundo a tipologia do GPE Saúde
RCB	Receita Corrente Bruta
RICD	Regimento Interno da Câmara dos Deputados
Sileg	Sistema de informações legislativas da Câmara dos Deputados
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	20
2	PAPEL DO LEGISLATIVO E DO EXECUTIVO NA PRODUÇÃO DE POLÍTICAS....	26
2.1	ATUAÇÃO DOS PODERES POLÍTICOS SOB A ÓTICA DAS TAXAS DE SUCESSO E DOMINÂNCIA – LEGISLATIVO REATIVO?	26
2.2	REDUÇÃO DA TAXA DE DOMINÂNCIA DO EXECUTIVO NO PÓS-2003	32
2.3	PRODUÇÃO DE POLÍTICAS SOCIAIS E POLÍTICAS DE SAÚDE NO PÓS-1988....	33
3	TAXAS DE DOMINÂNCIA E DE SUCESSO NO PERÍODO DE 1999 A 2014 PARA AS POLÍTICAS EM GERAL E PARA AS POLÍTICAS EM SAÚDE.....	36
3.1	HIPÓTESES	36
3.2	METODOLOGIA.....	37
3.3	TAXAS DE SUCESSO: POLÍTICAS EM GERAL	38
3.4	TAXAS DE DOMINÂNCIA: POLÍTICAS EM GERAL	41
3.5	TAXAS DE SUCESSO – POLÍTICAS DE SAÚDE.....	43
3.6	TAXAS DE DOMINÂNCIA: POLÍTICAS DE SAÚDE	46
3.7	CONCLUSÃO DO CAPÍTULO	48
4	FUNCIONAMENTO DOS PODERES LEGISLATIVO E EXECUTIVO	50
4.1	INSTITUCIONALISMO DA ESCOLHA RACIONAL: CONTEXTUALIZAÇÃO	50
4.2	O SEGREDO DA INEFICIÊNCIA NOS PRESIDENCIALISMOS E A DIVISÃO DE TAREFAS	53
4.3	ATUAÇÃO NO CONGRESSO: CONEXÃO ELEITORAL AMPLIADA <i>VERSUS</i> SISTEMA PARTIDÁRIO.....	55
4.4	ATUAÇÃO PRESIDENCIAL: POLÍTICAS DE IMPACTO NACIONAL	64
4.5	PRODUÇÃO DE POLÍTICAS DE SAÚDE: CONEXÃO NORMATIVA (EM RISCO) E MAIOR CAPACIDADE INSTITUCIONAL DO EXECUTIVO.....	66
5	INTERAÇÕES ENTRE OS PODERES E RESULTADOS DE POLÍTICAS DE SAÚDE	69
5.1	HIPÓTESES	69

5.2 TIPOLOGIA DE WILSON (1973), CONFORME REINTERPRETAÇÃO DADA POR MÉNDEZ (1993).....	71
5.2.1 Política Majoritária: Benefícios Distribuídos, Custos Distribuídos	78
5.2.2 Política Redistributiva: Benefícios Concentrados, Custos Concentrados	79
5.2.3 Política Distributiva: Benefícios Concentrados, Custos Distribuídos.....	79
5.2.4 Política Regulatória: Benefícios Distribuídos, Custos Concentrados	80
5.2.5 Estratégias de classificação das políticas de saúde, segundo a tipologia adaptada de Wilson (1973)	81
5.3 TIPOLOGIA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE: GPE SAÚDE.....	82
5.4 DETALHAMENTO DAS POLÍTICAS DISTRIBUTIVAS	83
5.5 METODOLOGIA.....	83
5.5.1 Proposições selecionadas para o estudo	84
5.5.2 Análises comuns aos dois conjuntos de proposições: apresentadas e aprovadas.....	84
5.5.3 Análises específicas ao conjunto de proposições apresentadas.....	85
5.5.4 Análises específicas ao conjunto de proposições aprovadas	85
5.6 POLÍTICAS DE SAÚDE INICIADAS EM LULA II (2007-2010) E DILMA I (2011-2014).....	86
5.6.1 Via Constitucional.....	86
5.6.1.1 Caracterização das políticas, segundo a tipologia adaptada de Wilson (1973) e a do GPE Saúde.....	86
5.6.2 Análise da situação de tramitação das políticas	89
5.6.3 Via Complementar.....	91
5.6.3.1 Caracterização das políticas, segundo a tipologia adaptada de Wilson (1973) e a do GPE Saúde.....	91
5.6.4 Análise da situação de tramitação das políticas	96
5.6.5 Via Ordinária Não Orçamentária.....	97
5.6.5.1 Caracterização das políticas, segundo a tipologia adaptada de Wilson (1973) e a do GPE Saúde.....	97
5.6.5.2 Análise da situação de tramitação das políticas.....	104
5.7 POLÍTICAS DE SAÚDE INICIADAS EM LULA II E DILMA I QUE FORAM APROVADAS.....	107
5.7.1 Vias Constitucional e Complementar	107
5.7.2 Via Ordinária Não Orçamentária.....	111
5.7.2.1 Caracterização das políticas, segundo a tipologia adaptada de Wilson (1973) e a do GPE Saúde.....	111
5.7.3 Análise das políticas distributivas	116

5.7.3.1 Análise acerca do local de aprovação das políticas.....	118
5.7.3.2 Análise acerca do regime de tramitação das políticas.....	119
5.8 CONCLUSÃO DO CAPÍTULO	121
6 CONCLUSÃO.....	126
REFERÊNCIAS	129
ANEXO A - CLASSIFICAÇÃO DO GPE	138

1 INTRODUÇÃO

Uma forma de mensurar o papel desempenhado por um governo e sua respectiva legislatura é pela análise da aprovação de proposições de iniciativa do Executivo e da produção legislativa de um modo geral. Segundo Limongi (2006), os principais indicadores envolvidos nessa análise são a taxa de sucesso das iniciativas do Executivo, que é a proporção entre o que é aprovado sobre o total enviado por este poder, e a taxa de dominância, que consiste na razão entre as leis de iniciativa do Executivo e o total de leis aprovadas no período. Diversos estudos realizados por Figueiredo e Limongi (1995, 1997, 1998, 1999, 2007), baseados em análise de votações de legislaturas posteriores à Constituição Federal de 1988 (CF/88) (BRASIL, [2020]), indicaram uma alta taxa de sucesso do Executivo, propiciada pela disciplina partidária, que conferia previsibilidade aos resultados legislativos no Brasil.

Gomes (2011), ao calcular essas taxas nas vias constitucional, complementar e ordinária, no que diz respeito ao período de 1999 a 2006, identificou que elas são particularmente mais elevadas na via ordinária, dada a influência quantitativa de proposições de iniciativa exclusiva do presidente, como as medidas provisórias (MPs) e os projetos de lei orçamentários. No período estudado pelo autor, as taxas de dominância e de sucesso do Executivo variaram inversamente com a hierarquia da via, apresentando valores bem inferiores nas vias complementar e constitucional, em que não há concorrência com instrumentos privativos do presidente.

Todavia, mesmo no que toca às proposições ordinárias, há evidências de mudanças recentes nos padrões dessas taxas, em favor do Legislativo, a partir de meados dos anos 2000 (DARRIEUX, 2015; SANTOS, 2016; ALMEIDA, 2018), quando começam a surgir indícios de redução da primazia do Executivo. Diante desse fenômeno e como os estudos que avaliam tais indicadores para o caso brasileiro, com exceção de Gomes (2011), não consideraram as variações ocorridas em cada via hierárquica (constitucional, complementar e ordinária), pretendeu-se, neste estudo, calcular as taxas de sucesso e de dominância, separadamente, por mandato presidencial e por cada uma dessas vias, para todo o período de 1999 a 2014, de modo a verificar se as mudanças nos perfis desses indicadores mostradas na literatura foram reproduzidas para todas as vias legislativas. A via ordinária não orçamentária foi incluída na análise, a exemplo do que fez Santos (2016), com vistas a mitigar o efeito quantitativo das normas orçamentárias, de iniciativa exclusiva do Executivo, sobre as taxas calculadas. Para realizar o estudo, partiu-se do banco de dados de Gomes (2018), que se refere ao período de 1999 a 2006, ao qual foram adicionados os dados relativos aos anos de 2007 a 2014.

Destaca-se ainda, que, a exemplo de Gomes (2011), procurou-se também aprofundar no estudo da relação entre os poderes na definição das políticas de saúde. Dessa forma, em um primeiro momento, do mesmo modo que foi feito para as políticas em geral, realizou-se o cálculo das taxas de sucesso e de dominância especificamente para essas políticas, ampliando-se o período de análise abarcado por Gomes (2011), de modo a contemplar todo o intervalo de 1999 a 2014. Buscou-se, portanto, verificar se o padrão de redução da dominância do Executivo em meados dos 2000 encontrado para as políticas em geral foi reproduzido para as políticas de saúde, e qual foi o comportamento dessas taxas, ao longo do tempo, em cada via hierárquica.

Ainda, de forma a aprofundar o entendimento acerca da atuação dos governos e das respectivas legislaturas na produção de políticas de saúde, realizou-se um estudo das características qualitativas dessas políticas em dois mandatos selecionados no período pós-2003: o segundo mandato do Governo Lula (Lula II) e o primeiro mandato do Governo Dilma (Dilma I). Esses dois mandatos foram caracterizados por taxas de sucesso e de dominância inferiores às taxas obtidas pelos governos anteriores. O Governo Lula II contou com uma taxa de sucesso de 67,56% (DARRIEUX, 2015), e de dominância de 58,3% (SANTOS, 2016), inferiores às respectivas taxas de 79% e de 79,4% obtidas pelo seu antecessor, o presidente Fernando Henrique Cardoso (FHC). O Governo Dilma I, da mesma forma, foi marcado por valores ainda mais reduzidos desses indicadores, que foram, respectivamente, 63,15% (DARRIEUX, 2015) e 47,6% (SANTOS, 2016). Esses dados indicam que esses períodos foram marcados por diferenças no balanceamento de forças entre os poderes Executivo e Legislativo, comparativamente ao segundo mandato de FHC (FHC II), com um consequente resultado em termos de políticas públicas. As políticas de saúde foram escolhidas como objeto de análise, tendo em vista a possibilidade de utilização do banco de dados de Gomes (2018), para cálculos comparativos das taxas de sucesso e dominância, e tendo em vista o interesse parlamentar pela matéria, o que indicaria, em princípio, uma forte produção de iniciativa dos congressistas nesse campo e, conseqüentemente, geraria um ótimo substrato para avaliação da atuação desses atores.

O estudo qualitativo procurou analisar as políticas de saúde originadas em Lula II e em Dilma I e, com base na lógica de funcionamento do Congresso Nacional e do Presidente da República, descrever o papel desses atores no período estudado. Foram empregados, para esse estudo, a tipologia de classificação de Wilson (1973), com a reinterpretação dada por Méndez (1993), e a desenvolvida pelo GPE Saúde (Grupo de Pesquisa e Extensão do Centro de Formação, Treinamento e Aperfeiçoamento da Câmara dos Deputados sobre o Legislativo e a Política de Saúde no Brasil) (CARVALHO *et al.*, 2011). O esquema reinterpretado de Wilson

(1973) parte do reconhecimento de que a variação do conteúdo da política condiciona o processo político, ou seja, assume que diferentes tipos de políticas engendram diferentes níveis de conflito e de participação no processo legislativo. Por esse método, as políticas de saúde foram classificadas em quatro categorias principais, com base nas características de distribuição dos custos e benefícios: distributivas, regulatórias, redistributivas e majoritárias. A partir da classificação, foi possível inferir padrões de relação de poder, de comportamento e de atores envolvidos no processo decisório (ARNOLD, 1990). A tipologia do GPE Saúde, por sua vez, baseia-se na classificação funcional das políticas de saúde, subdividindo-as em cinco temas principais: Assistência à Saúde (“Assistência”); Promoção da Saúde e Prevenção e Controle de Doenças e Agravos (“Prevenção”); Direitos e Responsabilidades (“Direitos”); Gestão, Recursos e Pesquisa em Saúde (“Gestão”); e Demais Temas Relacionados à Saúde. Essa abordagem permitiu realizar um delineamento das prioridades dadas pelo sistema político brasileiro, em termos de políticas públicas de saúde, no período estudado.

Destaca-se que a avaliação das características das políticas no Brasil foi muito pouco explorada pelos pesquisadores. Os estudos que empregaram tipologias ao caso brasileiro, com o intuito de avaliar o funcionamento dos Poderes Legislativo e Executivo (LEMOS, 2001; AMORIM NETO; SANTOS, 2003; RICCI, 2003), enfatizaram, em determinada medida, aspectos acerca da amplitude dos impactos das políticas, que são facetas da tipologia de Wilson (1973), empregada nesta pesquisa. Esses estudos trouxeram importantes delineamentos acerca da produção de políticas no Brasil, em especial das de iniciativa parlamentar, tendo indicado que o atendimento de demandas geográficas não é relevante por meio de proposições legislativas não orçamentárias e que as políticas de impacto gerais ou seccionais, que são as que abrangem grandes segmentos sociais, prevalecem. Amorim Neto e Santos (2003) avançaram ao tratar do nível de conflito existente durante a tramitação das políticas, tendo concluído que as políticas benéficas, preferidas pelos parlamentares, teriam implicado arenas menos conflituosas. Tais achados acabaram por refutar a interpretação restrita da conexão eleitoral, prevista por Mayhew (1974), que prevê que os parlamentares são dirigidos pelo interesse na reeleição e, por isso, tendem a apoiar a distribuição de benefícios para o seu distrito eleitoral. Ao mesmo tempo, exigiram a aplicação de um conceito mais ampliado dessa conexão, que prevê as circunstâncias em que há apoio, pelos parlamentares, de demandas de grupos de interesse, e não de regiões específicas, e até mesmo de normas de interesse geral (ARNOLD, 1990), como bem pontuado por Lemos (2001).

No Brasil, os poderes institucionais dados ao Executivo pela CF/88 (BRASIL, [2020]), como a faculdade de edição de MPs, de veto e de requerer urgência para projetos de sua autoria,

aliados à centralização decisória nas mãos dos líderes partidários no Congresso Nacional acabam por conferir privilégios ao Poder Executivo, que tem preferência por políticas de âmbito nacional (MELLO, 2017), e por restringir a atuação clientelista ou orientada pela reeleição dos parlamentares no Brasil. Assim, a despeito dos diversos interesses dos legisladores, sob o ponto de vista ampliado (ARNOLD, 1990), há um condicionamento dado pelas instituições à atuação parlamentar. O Presidente, para obter sucesso na aprovação de suas propostas, utiliza o sistema partidário e suas prerrogativas a seu favor e, como contrapartida, acaba precisando fazer concessões em termos de políticas públicas, o que abre espaço para um nível limitado de atuação individualista dos parlamentares. Buscou-se, com o emprego da tipologia adaptada de Wilson (1973), avaliar, com maior clareza, qual o resultado do equilíbrio de forças entre os poderes Executivo e Legislativo no período estudado, em termos de amplitude de atuação alcançada por cada um, por meio da avaliação da distribuição de custos e benefícios das políticas públicas propostas e aprovadas. As políticas distributivas foram submetidas a uma avaliação mais aprofundada, com base no nível de discricionariedade e nos tipos de beneficiários, com vistas a avaliar possíveis diferenças entre as políticas distributivas de origem presidencial e as de origem parlamentar.

No caso da produção das políticas de saúde, tanto o Poder Executivo como o Legislativo, ao formular e aprovar suas propostas, são ainda condicionados pela conexão normativa, que impõe que as novas políticas estejam em consonância com as diretrizes constitucionais. Desse modo, os princípios que definem o caráter público e universal do sistema de saúde e a integralidade das ações, assim como os princípios da governabilidade com *accountability* e da responsabilidade orçamentária, devem ser considerados na formulação (GOMES, 2011). Após a edição desse marco direcionador que foi a CF/88 (BRASIL, [2020]), houve algumas fases na produção e políticas de saúde. No período de 1990 a 1994, foram aprovadas predominantemente políticas de autoria do Poder Executivo destinadas a regulamentar os dispositivos constitucionais. Passada essa fase estruturante, deu-se início a uma ampla produção de políticas específicas, como as relativas à regulação do setor, com maior relevância da participação do Legislativo (BAPTISTA, 2010).

Tanto Gomes (2011), ao estudar o período de 1999 a 2006, como Godoi (2008), que abrangeu o intervalo de 1988 a 2008, identificaram a predominância de políticas de ações e serviços de saúde e de benefícios, com a participação relevante de normas simbólicas, que são aquelas destinadas à prestação de homenagens ou à instituição de datas comemorativas. Os dois estudos detectaram um número crescente de programas de saúde ou de ações específicas destinadas ao atendimento de demandas de determinadas parcelas da sociedade, que

“segmentam o direito à saúde, discriminando direitos para alguns grupos” (BAPTISTA, 2010), relativizam os princípios constitucionais da universalidade e da integralidade e tendem a levar ao agravamento da desigualdade na atenção à saúde dos brasileiros (LUCCHESI, 2009). A utilização da tipologia do GPE Saúde permitiu realizar a caracterização tanto dos campos de atuação preferidos pelos atores políticos quanto da fase de normatização em que se encontrava o setor da saúde no período estudado. O detalhamento dos beneficiários das políticas distributivas do tema “Assistência” possibilitou a avaliação relativa à segmentação da integralidade descrita na literatura.

Considerando a lógica de funcionamento do Congresso, é de se esperar que esse tipo de política fragmentadora tenha origem primordialmente nas proposições de iniciativa parlamentar, assim como as políticas simbólicas. Como o Poder Executivo possui maior foco em políticas de abrangência nacional, e considerando que possui maior controle sobre o orçamento e prerrogativa constitucional de iniciativa privativa em matérias afetas à organização administrativa dos serviços públicos, é de se esperar que ele se concentre em políticas que tenham amplo impacto social e no desenvolvimento do país. Desse modo, acabariam tendo participação relevante nas normas relativas à gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e, mesmo quando se envolvessem em políticas destinadas a grupos específicos, há de se supor um intuito redistributivo, de forma a reduzir as desigualdades no país. Essas normas, em geral, seriam vastamente regulamentadas, com critérios de acesso objetivos, de forma a evitar a discricionariedade do implementador da política. As políticas destinadas a grupos específicos de origem parlamentar, por outro lado, possuiriam maior nível de subjetividade e discricionariedade, de modo que o agente local possa definir, com motivações eleitorais, qual o público-alvo (MELLO, 2017).

Tendo isso em mente, este trabalho apresenta, no Capítulo 2, como a literatura descreve os papéis do Legislativo e do Executivo na América Latina e como as taxas de dominância e sucesso servem como indicadores de como estão sendo exercidos esses papéis. Ademais, é apresentada a evolução dessas taxas ao longo do tempo no Brasil, com destaque para a alteração ocorrida no indicador de dominância no pós-2003. Esse capítulo apresenta também uma discussão acerca dos relatos empíricos de aumento de participação parlamentar na produção de políticas sociais a partir de 2003 e de dados disponíveis de produção de políticas de saúde desde a CF/88 (BRASIL, [2020]). Segue-se a essa discussão, no Capítulo 3, a apresentação das taxas de sucesso de dominância, tanto para as políticas em geral como para as políticas de saúde, relativas ao período de 1999 a 2014, conforme metodologia de Gomes (2011). O Capítulo 4 demonstra, sob a ótica do institucionalismo da escolha racional, como a

lógica de funcionamento do Congresso, baseada na conexão eleitoral ampliada, diverge da utilizada pelo Presidente da República, baseada na produção de políticas de interesse nacional. Por fim, o Capítulo 5 traz uma descrição da tipologia adaptada de Wilson (1973), da tipologia do GPE Saúde e dos detalhamentos acerca das políticas distributivas, que foram utilizados para caracterizar as políticas de saúde iniciadas nos Governos Lula II e Dilma I, e das que foram aprovadas, com o objetivo de aprofundar nos papéis dos poderes Executivo e Legislativo no período.

2 PAPEL DO LEGISLATIVO E DO EXECUTIVO NA PRODUÇÃO DE POLÍTICAS

2.1 ATUAÇÃO DOS PODERES POLÍTICOS SOB A ÓTICA DAS TAXAS DE SUCESSO E DOMINÂNCIA – LEGISLATIVO REATIVO?

Os congressos latinoamericanos têm sido classificados como marginais (MEZEY, 1979) ou reativos (COX; MORGENSTERN, 2001), com base no grau de centralidade que o Executivo tem assumido no que se refere à produção de políticas. Segundo Cox e Morgenstern (2001), “as casas legislativas democráticas podem se organizar de três modos básicos, no que se refere ao processo de elaboração de políticas: originativas, responsáveis pela constituição e destituição do Executivo, que se responsabiliza pelas políticas; proativas, que iniciam e aprovam suas próprias propostas; e reativas, que alteram e / ou vetam as propostas do Executivo”. A classificação das legislaturas como originativas está intimamente ligada ao sistema de governo parlamentarista, caracterizado pela capacidade do Legislativo de formar e dar sustentação política ao Executivo. Enquanto os parlamentos europeus seriam exemplos de legislaturas, ao mesmo tempo originativas e reativas, o congresso e as assembleias americanas corresponderiam a legislaturas proativas e reativas. Os legislativos latino-americanos, por sua vez, por não disporem de poder para remover presidentes e liberdade para dispor de recursos e então emplacar suas propostas, seriam meramente reativos.

No Brasil, chegou-se a considerar que as altas de taxas de sucesso na aprovação de leis pelo Executivo, em associação aos amplos poderes institucionais que lhe foram conferidos pela CF/88 (BRASIL, [2020]), garantiriam ao Presidente a supremacia sobre o processo legislativo. De fato, considerando que a taxa de sucesso de um poder reflete a proporção de normas por ele apresentadas que obtiveram aprovação, o ator que apresenta maior taxa de sucesso (presidente ou congresso) tende a ter preeminência na tomada de decisões públicas. Desse modo, essa taxa tem utilidade como indicadora da capacidade de governabilidade do Poder Executivo, sendo resultado de lógicas de cooperação e conflito entre os poderes (BERTINO, 2015).

Todavia, a leitura desse índice deve ser cautelosa, pois há que se ter em mente as limitações em se contabilizar leis de importância desigual. Ademais, deve-se ter cuidado com a superestimação do peso do Executivo sobre a atividade legislativa, uma vez que os parlamentares iniciam uma quantidade muito grande de proposições, e isso se justifica até mesmo pela quantidade de parlamentares (513 deputados e 81 senadores). Contudo, trata-se de propostas com baixa chance de aprovação, como uma forma de demonstrar um estereótipo, de firmar posições sobre temas específicos e, assim, de agradar eleitores ou grupos de interesse (MOLINELLI; PALANZA; SIN, 1999). O Executivo, ao contrário, tenta antever as reações do

Legislativo antes de enviar suas proposições e analisa estrategicamente as possibilidades de apoio (LIMONGI, 2010). Há todo um processo de filtragem e de seleção de propostas no interior desse poder, de mecanismos pouco transparentes. Assim, acaba encaminhando menor número de propostas e, dessa forma, alcançando maior taxa de sucesso. O fato de haver maior dificuldade do legislador em incluir um projeto de sua autoria na agenda legislativa não significa que haja uma completa debilidade do Poder Legislativo na aprovação de suas propostas.

Há, ainda, que se considerar o enorme poder de intervenção do Poder Legislativo sobre as proposições de iniciativa do Executivo. Nessa linha, Freitas (2016) constatou que aproximadamente quarenta por cento do conteúdo das leis iniciadas pelo Executivo entre 01/01/1995 e 31/12/2010 decorre de propostas feitas pelo Legislativo, permitindo a conclusão de que, apesar de os poderes legislativos do presidente serem importantes para delimitarem a agenda de votação, o Poder Legislativo exerce forte influência sobre o conteúdo do que é aprovado.

Avaliando-se a taxa de sucesso dos governos brasileiros no período 1995-2014 (Tabela 1), levando em consideração os projetos de lei, as MPs e os projetos de lei orçamentários, verifica-se que, apesar de ter havido redução considerável a partir do segundo mandato do presidente Lula, ela se manteve superior a 60% durante todo o intervalo, o que poderia sugerir razoável eficiência dos governos na aprovação de suas propostas. Ocorre que, ao analisar as quantidades absolutas de normas apresentadas e aprovadas, verifica-se uma redução progressiva durante os governos petistas, em especial durante o primeiro mandato de Dilma Roussef, em que houve redução de 41% no número de proposições iniciadas, em comparação ao governo anterior. Esse é um dado que pode indicar aumento da dificuldade na relação com o Legislativo, pois, como já mencionado, muitas propostas somente são apresentadas após debates e acordos prévios com a base de apoio (DARRIEUX, 2015). Ou seja, se um presidente tem baixa expectativa de sucesso, submete ao Congresso quantidade menor de proposições (CINTRA; LACOMBE, 2007), o que reduz sua produção legislativa (ALMEIDA, 2018). Ao contrário, pode ter havido, em vez de maior dificuldade, maior coordenação com o Legislativo, em especial com a coalizão, e formação de uma agenda conjunta (LIMONGI, 2010) ou, ainda, a simples redução do ímpeto pela edição de normas.

Tabela 1 - Taxa de sucesso Legislativo por mandato presidencial

Presidente	Projetos apresentados	Projetos aprovados	Taxa de Sucesso (%)
FHC I	763	612	80.21
FHC II	893	665	74.47
Lula I	738	583	79.00
Lula II	712	481	67.56
Dilma I	418	264	63.15

Fonte: Darrieux (2015, p. 39, com adaptações).

Verificou-se também uma baixa taxa de sucesso relativo dos Presidentes Lula e Dilma ao editar MPs. Esse índice é calculado pela quantidade de MPs aprovadas pelo Congresso sem quaisquer mudanças introduzidas pelos parlamentares (“emendas parlamentares”). Assim, é possível mensurar o poder que o Presidente da República tem em aprovar suas propostas sem qualquer interferência de Deputados e Senadores. Como pode ser constatado pela Tabela 2, houve redução considerável desse indicador a partir de 2003. Enquanto Fernando Henrique Cardoso, nos últimos dezesseis meses de seu segundo mandato (entre 11/09/2001, data da promulgação da Emenda Constitucional (EC) nº 32/2001 (BRASIL, 2001), e o fim de seu governo), conseguiu aprovar quase 60% de suas MPs sem emendas, Dilma Rousseff alcançou um percentual de apenas 15,2% (SANTOS, 2016). Da mesma forma que observado para a taxa de sucesso, a redução do sucesso relativo pode indicar maior dificuldade do Executivo na relação com o Congresso ou cooperação entre os poderes na definição das políticas.

Tabela 2 - Taxas de sucesso e sucesso relativo na aprovação de MPs, por mandato presidencial após a EC 32/2001

Presidente	MPs editadas	MPs aprovadas	Taxa de Sucesso (%)	MPs aprovadas sem emendas	Taxa de Sucesso Relativo (%)
FHC II (após set/2001)	102	85	83,3	60	58,8
Lula I	240	217	90,4	93	38,8
Lula II	179	149	83,2	55	30,7
Dilma I	145	101	69,7	22	15,2

Fonte: Santos (2016, p. 93, com adaptações).

Os dados apresentados indicam uma possível alteração na forma de relação entre os poderes Executivo e Legislativo a partir de 2003. Santos (2016) argumentou que os ocupantes da Presidência da República passaram a enfrentar maiores dificuldades para obter a aprovação parlamentar das normas que editaram, a fim de conduzir suas políticas públicas e econômicas, e ressaltou que o mandato Dilma 1 se revelou o mais problemático. Power (2015) destacou casos em que houve abandono da base de apoio em votações-chave nesse período, apesar da ampla coalizão: a derrota do candidato indicado por Lula à presidência da Câmara em 2005; a não aprovação da CPMF em 2007 e os conflitos referentes ao texto aprovado do Código florestal em 2012, que fez com que a presidente Dilma vetasse 12 dos 32 artigos.

Gomes (2011) também contemplou em seu estudo o cálculo da taxa de sucesso para o período de 1999 a 2006. Esse estudo foi pioneiro na caracterização da taxa de sucesso para todas as vias hierárquicas, tendo identificado variação inversa à hierarquia das vias e percentuais de 36,8%; 53,8% e 76,6%, para as vias constitucional, complementar e ordinária, respectivamente. Apesar de não permitir a avaliação de dados por mandato presidencial, os resultados encontrados revelaram o indicativo de que o Executivo não alcança tão elevado sucesso nas vias de maior hierarquia, como o faz na via ordinária.

Apesar de a taxa de sucesso na aprovação das normas de iniciativa do Poder Executivo fornecer um parâmetro importante para a avaliação da governabilidade, a análise da proporção da produção legislativa, tanto de iniciativa parlamentar como de iniciativa presidencial, traz indicativos acerca da influência de cada um dos poderes na formulação de políticas e sobre alterações no padrão de influência, a depender do momento e do contexto político. A taxa de dominância presidencial e suas alterações temporais é um indicador recorrentemente utilizado pelos pesquisadores para realizar avaliações da relação entre os poderes na condução dos governos, uma vez que reflete dois aspectos relevantes do processo decisório: capacidade de o Presidente aprovar suas propostas e o seu controle sobre a agenda legislativa; ou seja, indica qual o grau de priorização das políticas de origem presidencial na produção legislativa (ALMEIDA, 2018).

Gomes (2011) calculou o indicador para o Brasil, levando em consideração as proposições legislativas apresentadas no Congresso Nacional entre 1999 e 2006, convertidas em norma até o ano de 2009, e identificou que o êxito do Executivo variou inversamente com a hierarquia da via. As taxas de dominância do Poder Executivo nas vias constitucional, complementar e ordinária foram, respectivamente, de 33,3%, 56,0% e 76,9%. Ressaltou que, na via ordinária, se desconsideradas as proposições de iniciativa exclusiva do Presidente da República (as MPs e os projetos de lei de créditos orçamentários), a taxa de dominância do

Executivo foi reduzida a 32,8%. Entretanto, ao analisar o indicador para toda a coalizão, de modo a contabilizar as aprovações das propostas de iniciativa tanto do Presidente como dos parlamentares de sua base de sustentação, Gomes observou elevadas taxas em todas as vias (90,5% na via constitucional, 72,0% na via complementar e 89,2% na via ordinária), o que o levou a concluir que o sistema de produção legislativa, apesar de não ter sido comandado pelo Executivo, contava com a participação expressiva da coalizão, o que garantiria a governabilidade.

Almeida (2015), por sua vez, calculou a taxa de dominância presidencial relativa às leis federais não orçamentárias (ordinárias e complementares) aprovadas no período 1989-2014 e constatou que o indicador oscilou em torno de 60% até o ano 2004. A partir de 2005, essa taxa sofreu uma queda rápida e substancial, passando a oscilar em torno de 30%, a partir de 2008. A pesquisa revelou, ainda, que a queda foi decorrência não apenas de uma menor quantidade de leis presidenciais, mas, principalmente, de uma maior quantidade de leis iniciadas no Congresso. Considerando os períodos de 1995-2002 e de 2007-2014, a quantidade média anual de leis de origem presidencial diminuiu moderadamente, de 64,6 para 50,4, enquanto que a de leis de origem parlamentar aumentou fortemente, de 38,4 para 80,9. Considerando o aumento significativo da aprovação de leis simbólicas entre os dois períodos (a média anual foi de 6,3 no primeiro período e 38,1 no segundo, compreendendo 47% da produção parlamentar dos últimos oito anos), quando excluídas da análise, o padrão de queda da produção presidencial manteve-se persistente.

A avaliação, por mandato presidencial, da dominância referente às leis ordinárias aprovadas no período 1995-2014, foi realizada por Santos (2016), que verificou que o índice passou a ser inferior a 50% a partir do primeiro mandato do Governo Dilma (2011-2014), conforme pode ser observado na Tabela 3. Excluídas as leis orçamentárias e as simbólicas, o índice foi reduzido a um patamar abaixo de 50% já a partir do segundo mandato do Governo Lula (2007-2011). Observa-se assim uma tendência de redução do poder de aprovação das propostas legislativas oriundas da Presidência da República no segundo mandato do presidente Luís Inácio Lula da Silva e no primeiro mandato de Dilma Rouseff, em comparação com as médias dos dois governos de Fernando Henrique Cardoso (FHC I e FHC II) e do primeiro mandato de Lula.

Tabela 3 - Taxa de dominância do Poder Executivo por mandato presidencial (1995-2014)

Presidente	Leis Aprovadas	Taxa de Dominância (%)	Taxa de Dominância, excluídas leis orçamentárias e simbólicas (%)
FHC I	805	79,8	61
FHC II	860	79,4	62,4
Lula I	625	79,4	69,6
Lula II	1116	58,3	49,6
Dilma I	701	47,6	42,9

Fonte: Santos (2016, p. 92, com adaptações).

Almeida (2018) calculou a taxa de dominância do Executivo no período de 1989-2016, adotando metodologia particular, uma vez que considerou todas as proposições de lei não orçamentárias, de natureza ordinária ou complementar, originadas na Presidência da República ou em uma das Casas do Congresso, aprovadas na Câmara dos Deputados no período, antes da remessa ao Senado, mesmo que posteriormente não tenham sido convertidas em lei. Identificou, nesse estudo, uma baixa taxa de dominância nos anos de 1992 e 1993 (média de 34,5%), com crescimento no período 1995-2001 (média de 72%), e subsequente declínio até o ano 2009, quando chegou a 19,6%, passando desde então a oscilar sem tendência clara, porém com valores inferiores a 50%.

A despeito das diferenças metodológicas assumidas por cada pesquisador, é possível depreender, a partir dos resultados apresentados, que houve marcadas diferenças no padrão de dominância presidencial ao longo do tempo no Brasil, e que as normas orçamentárias, de iniciativa exclusiva do Poder Executivo, e até mesmo as normas simbólicas, cujo conteúdo possui menor relevância, podem mascarar uma participação quantitativamente considerável do Poder Legislativo na produção de normas de iniciativa ampla e de natureza difusa. Independentemente do método empregado no cálculo do indicador, verifica-se uma tendência de queda da taxa de dominância, a favor do Legislativo, a partir de meados do segundo mandato do Governo Lula. Segundo Almeida (2018), essa redução foi acompanhada pelo aumento da utilização relativa do processo ordinário de tramitação, que consiste na aprovação mediante poder conclusivo das comissões, isto é, sem manifestação do plenário. Até o início dos anos 2000, predominaram proposições de origem presidencial, aprovadas majoritariamente por meio de processos deliberativos extraordinários, especialmente o da MP, que priorizam o plenário. A partir de 2005, passaram a predominar proposições de origem parlamentar, aprovadas em grande maioria por meio do processo legislativo ordinário, que prioriza a deliberação exclusivamente no âmbito das comissões permanentes.

Os dados dos indicadores apresentados, em especial os relativos à dominância, demonstram participação considerável do Poder Legislativo na produção legislativa, em especial, a partir dos anos 2000, contrariando a premissa de Cox e Morgenstern (2001) de que o parlamento brasileiro seria unicamente reativo e se limitaria a alterar e a discutir proposições do Executivo. Interessante observar que, em alguns casos, a dominância presidencial chega a valores inferiores a 50%, indicando superioridade, ao menos quantitativa, do Poder Legislativo na aprovação de políticas. A seção seguinte traz uma discussão acerca de possíveis motivos do fenômeno.

2.2 REDUÇÃO DA TAXA DE DOMINÂNCIA DO EXECUTIVO NO PÓS-2003

Segundo Bertholini e Pereira (2017), o presidencialismo de coalizão brasileiro apresentou uma mudança significativa de configuração a partir de 2003, em função da tomada de determinadas decisões pelos Presidentes que assumiram no período, relativas à composição e ao gerenciamento da base de apoio parlamentar. Tais decisões teriam gerado impactos não apenas na seara dos custos econômicos, mas também nas estratégias dos atores quanto às atividades legislativas.

A análise da atuação dos presidentes no período de 1995 a 2013 e de seus efeitos sobre o processo legislativo, realizada por esses autores, demonstrou que governos com maior eficiência na produção legislativa, ou seja, que conseguem aprovar suas políticas a um menor custo econômico (calculado com base em um indicador que considera o montante de recursos gastos com liberação de emendas orçamentárias e os disponibilizados aos ministérios ocupados pelos partidos aliados), utilizaram as seguintes ferramentas de gerência da coalizão: alta coalescência, que significa a proporcionalidade entre o número de cargos distribuídos aos partidos da base de apoio e os tamanhos das respectivas bancadas no Congresso, e homogeneidade de preferências ideológicas dentro da coalizão. Os governos petistas (2003 a 2016), por não equilibrarem adequadamente tais parâmetros, tiveram que lançar mão da distribuição de recursos aos seus apoiadores para reduzir as tensões geradas em virtude desse desbalanceamento e, ainda assim, apresentaram baixa produção legislativa comparativamente ao seu antecessor (Governo de Fernando Henrique Cardoso).

Apesar de os presidentes Lula e Dilma Roussef terem optado por uma ampla coalizão, ou seja, por manter participação no governo de grande percentual das bancadas com representação da Câmara dos Deputados, a distribuição dos cargos de ministros aos partidos apoiadores não acompanhou esse percentual. Uma grande parte dos gabinetes foi distribuída ao

partido do presidente (Partido dos Trabalhadores), restando menor percentual aos demais partidos. O indicador utilizado para medir a proporção entre a participação dos partidos da base aliada no Congresso e a quantidade de ministérios recebidos por cada legenda é a taxa de coalescência. Nos governos petistas, essa taxa foi inferior à calculada para o governo FHC, o que teria favorecido a insatisfação no âmbito da base aliada, tanto pela falta de equidade na distribuição do poder, como pela conseqüente redução na capacidade desses partidos de participarem da definição de políticas governamentais e de gerenciar recursos orçamentários, por meio dos assentos nos ministérios (BERTHOLINI; PEREIRA, 2017).

Além disso, a heterogeneidade ideológica da coalizão formada após 2003, que abrangia partidos tanto de esquerda como de extrema direita, pode ter dificultado a construção de uma base coesa de apoio ao governo e reduzido o distanciamento ideológico frente aos oposicionistas (ALMEIDA, 2018; BERTHOLINI; PEREIRA, 2017). Criou-se, assim, um contexto favorável à cooperação dentro do Legislativo, com redução do uso do poder de agenda pelo presidente e uma conseqüente ampliação da produção do Legislativo (ALMEIDA, 2018). Com vistas a avaliar possíveis impactos desse fenômeno nas políticas de saúde, realizou-se, na seção seguinte, uma análise do comportamento da produção de políticas sociais e, em especial, das políticas de saúde no pós-1988, que serviu também para a caracterização das fases de normatização do setor após a edição da CF/88 (BRASIL, [2020]).

2.3 PRODUÇÃO DE POLÍTICAS SOCIAIS E POLÍTICAS DE SAÚDE NO PÓS-1988

Almeida (2018) constatou que, no período de 2003 a 2016, houve aumento substancial da participação relativa de temas sociais no total de proposições ordinárias não orçamentárias aprovadas pela Câmara dos Deputados, comparativamente à observada no período de 1989-2002, em detrimento dos demais temas, passando, nesse intervalo, de 43,7% para 63,6%. A análise estatística por tipo de conteúdo, nesses dois períodos, revelou que houve, no segundo período, aumento da participação do Poder Legislativo no total de proposições aprovadas das três grandes áreas de política pública: estado, economia e sociedade, indicando maior atuação parlamentar a partir de 2003, tanto em matérias em que os congressistas tradicionalmente têm maior interesse e facilidade para aprovação, como as sociais, como em questões geralmente encabeçadas pelo Executivo, como as de cunho econômico (ALMEIDA, 2018).

Quanto às matérias relativas à temática da saúde, foi demonstrada intensa atuação do Legislativo no período de 1999 a 2006 (GOMES, 2011) e indícios de maior influência desse poder no primeiro mandato do Governo Lula em comparação ao segundo mandato de Fernando

Henrique Cardoso (BAPTISTA, 2010). Baptista (2010) fez uma avaliação das leis da saúde aprovadas no período de 1990 a 2006 e identificou variações importantes no padrão de autoria e nos temas abordados pelos Poderes Executivo e Legislativo no período.

No período que se seguiu à promulgação da CF/88 (de 1990 a 1994 – Governos Collor e Itamar Franco), foram aprovadas exclusivamente leis de autoria do Executivo, visando à regulamentação das diretrizes constitucionais. Considerando que a Presidência estava orientada para os interesses macroeconômicos, o Legislativo atuou como intermediador dos interesses da saúde, especialmente no caso da Lei Orgânica - Lei nº 8.080/1990 (BRASIL, 1990), que acabou tendo vetos em aspectos-chave para o desenvolvimento da política, como os que tratavam da regulamentação do financiamento e da política de recursos humanos (BAPTISTA, 2010).

De 1995 a 2002 (Governo de Fernando Henrique Cardoso), a produção legal concentrou-se na expansão de políticas específicas e de técnicas de saúde, em atenção a reivindicações de grupos ou movimentos sociais organizados, e no “intervencionismo regulatório” do Executivo, por meio da criação das agências reguladoras. Nesse período foram editadas leis que avançaram no controle sanitário e na produção de ambientes saudáveis, regulamentaram áreas estratégicas da atenção e atenderam a áreas específicas, como o planejamento familiar, subsistema indígena e modelo de atenção psiquiátrica. Foram também aprovadas proposições que abarcavam a lógica do direito do consumidor, como a regulamentação dos planos de saúde e a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (BAPTISTA, 2010).

De 2003 a 2006 (Governo Lula), a produção legal abrangeu um conjunto de leis que refletiram a interação com movimentos sociais, como a lei que define o auxílio-reabilitação psicossocial, ponto chave da reforma psiquiátrica; a que institui o direito a acompanhante para a gestante e a que dá diretrizes à assistência ao portador de hepatite; a que assegura o acesso gratuito a medicamentos e materiais para controle de glicemia. Dentro do período estudado, esse foi o de maior produção legislativa de autoria do legislativo (BAPTISTA, 2010).

Gomes (2011) analisou período semelhante a Baptista (2010), qual seja, o período de 1999 a 2006, de forma a calcular indicadores de desempenho dos atores para os dois mandatos presidenciais (FHC 2 e Lula 1), de forma agregada. Constatou que as taxas de sucesso do Executivo calculadas para as políticas de saúde alcançaram 66,7% para a via constitucional, 33,3% para a via complementar e 76,4% para a via ordinária. Já as taxas de dominância do Executivo se comportaram de modo inversamente proporcional à hierarquia das vias, assumindo, respectivamente, os seguintes percentuais nas vias constitucional, complementar e ordinária: 44,4%, 50,0% e 70,2%. Como foram agregados dados de dois mandatos, não foi

possível avaliar, por tais dados, as mudanças no padrão de sucesso ou de dominância do Executivo a partir de 2003 para as políticas de saúde; no entanto, restou evidenciada a relevância da atuação do Legislativo nas vias complementar e constitucional em todo o período analisado.

Assim, diante dos relatos empíricos de redução da dominância presidencial para as políticas em geral no pós-2003 e de estudos que demonstram a relevância da participação do Legislativo em matérias sociais e de saúde no período, procurou-se, neste trabalho, investigar como se comportaram as taxas de dominância e de sucesso para as políticas em geral e para as políticas de saúde no período de 1999 a 2014, em todas as vias hierárquicas, conforme se passa a detalhar no capítulo seguinte.

3 TAXAS DE DOMINÂNCIA E DE SUCESSO NO PERÍODO DE 1999 A 2014 PARA AS POLÍTICAS EM GERAL E PARA AS POLÍTICAS EM SAÚDE

Considerando as indicações de tendência das taxas de sucesso e de dominância descritos na literatura, este capítulo objetivou efetuar o cálculo dessas taxas para cada governo do período de 2007 a 2014, para as políticas em geral e para as políticas de saúde. Foram utilizados os dados obtidos por Gomes (2011), de forma desagregada, por mandato presidencial, relativos à produção legislativa geral e da saúde para o período de 1999-2006, e, por meio da incorporação de novos dados relativos ao período de 2007 a 2014, foi possível verificar se o padrão de redução da dominância descrito na literatura para tais taxas no pós-2003 se confirmou em todas as vias hierárquicas e se esse padrão foi reproduzido para as políticas de saúde.

3.1 HIPÓTESES

São descritas a seguir as hipóteses centrais deste capítulo, que foram testadas para as políticas em geral e para as políticas de saúde apresentadas no período de 1999 a 2014.

Segundo Darrieux (2015), a taxa de sucesso do Executivo na via ordinária, calculada para as políticas em geral, manteve-se superior a 60% para todo o período de 1995 a 2014; porém, houve redução considerável dessa taxa a partir de Lula II. Espera-se que, ao se empregar a metodologia de Gomes (2011) para o período de 1999 a 2014, tanto para as políticas em geral como para as políticas de saúde, esses resultados sejam reproduzidos. Ou seja:

Hipótese 1: A taxa de sucesso do Executivo na via ordinária, calculada para as políticas em geral e para as políticas de saúde, manteve-se superior a 60% para todo o período de 1999 a 2014, com redução a partir de Lula II.

Segundo Gomes (2011), que analisou o período de 1999 a 2006, as taxas de sucesso do Executivo nas vias constitucional e complementar, calculadas para as políticas em geral e para as políticas em saúde, são inferiores às obtidas na via ordinária. Desse modo, ao se estender o período de análise até 2014, temos que:

Hipótese 2: As taxas de sucesso do Executivo nas vias complementar e constitucional, para o período de 1999 a 2014, calculadas tanto para as políticas em geral como para as políticas de saúde, são inferiores às obtidas na via ordinária, com redução dessas taxas a partir de Lula II.

Houve redução da dominância presidencial a partir de 2003, com elevação da participação do Legislativo em matérias sociais (ALMEIDA, 2018). De acordo com Baptista (2010), de 2003 a 2006 verificou-se um aumento da produção do Legislativo em matérias de saúde. Dessa forma:

Hipótese 3: O padrão de redução da dominância presidencial no pós-2003 descrito na literatura foi reproduzido para as políticas em geral e para as políticas de saúde, em todas as vias hierárquicas.

3.2 METODOLOGIA

Trata-se de uma análise quantitativa, que abrange o cálculo das taxas de sucesso e de dominância do Executivo, por mandato presidencial, nas vias ordinária, complementar e constitucional, relativas às políticas em geral e as políticas de saúde, no período de 1999 a 2014. Essa análise foi realizada, utilizando-se o banco de dados empregado por Gomes (2018), referente ao período de 1999 a 2006, acrescido de novos dados relativos aos anos de 2007 a 2014. Os novos dados incorporados aos de Gomes (2018) foram obtidos, por meio da extração via Sistema de informações legislativas da Câmara dos Deputados (Sileg) de todas as proposições, nas três vias hierárquicas (ordinária, complementar e constitucional), apresentadas entre 2007 e 2014.

As proposições do banco de dados incorporado ao de Gomes (2018) foram então classificadas, conforme metodologia do GPE Saúde (CARVALHO *et al.*, 2011), o que permitiu, em seguida, o cálculo dos indicadores de sucesso e de dominância para as políticas em geral e para as políticas em saúde, por mandato presidencial, para todo o período de 1999-2014¹. A verificação das proposições convertidas em norma foi realizada em 20 de janeiro de 2020. De posse desses indicadores para o período em questão, foi realizada sua análise, em comparação com os dados de dominância e sucesso descritos na literatura.

Para o cálculo da taxa de sucesso do presidente, apesar de não haver diferença metodológica relevante com os estudos descritos na literatura, foi realizado novo cálculo da taxa para as políticas em geral, para todo o período de 1999-2014, por mandato presidencial,

¹ Importa destacar que houve modificações na tipologia do GPE Saúde posteriores ao estudo de Gomes (2011), em especial nas categorias funcionais de classificação, com menor impacto na classificação de maior nível de agregação, que distingue as proposições da área da saúde das demais. Por esse motivo e de modo a delimitar, com clareza, a fonte das informações, os resultados obtidos dos dados provenientes do estudo de Gomes (2011), apesar de serem apresentados de forma conjunta aos demais, serão destacados.

tendo em vista que se pretende atualizar as taxas, de forma a considerar aprovações até janeiro de 2020, e analisar, de forma separada, o sucesso para cada via legislativa, o que não foi discriminado nos estudos realizados, com exceção do realizado por Gomes (2011). Além do mais, busca-se avaliar as taxas de sucesso específicas para as políticas de saúde, por mandato, e compará-las às obtidas para as políticas em geral.

Relevante considerar que os estudos das taxas de dominância realizados por Santos (2016) e por Almeida (2015, 2018) utilizam metodologia que se concentra no montante aprovado em determinado mandato, independentemente do ano de iniciação das proposições, de modo a avaliar as condições de aprovação em determinado período. Gomes (2011), de modo distinto, optou por uma taxa de dominância que refletisse a capacidade de aprovação de posições iniciadas em determinado mandato, comparando o desempenho do presidente com o dos legisladores contemporâneos, mesmo que a aprovação tenha ocorrido em mandatos subsequentes. Dado que Gomes (2011) abarcou todas as vias legislativas e efetuou o cálculo da taxa especificamente para as políticas de saúde, objeto deste estudo, o emprego da metodologia por ele usada justifica-se no intuito de permitir a incorporação de dados de períodos mais recentes e a comparabilidade aos seus resultados.

Esse método é capaz de avaliar o perfil de aprovação do que foi apresentado em cada mandato, independentemente de quando tenha havido tal aprovação, desde que até uma determinada data estabelecida no estudo, que, no caso, foi 20 de janeiro de 2020. Essa metodologia tem a vantagem de captar aprovações de proposições, tanto de presidentes como de parlamentares, em períodos posteriores aos mandatos abrangidos pelo estudo.

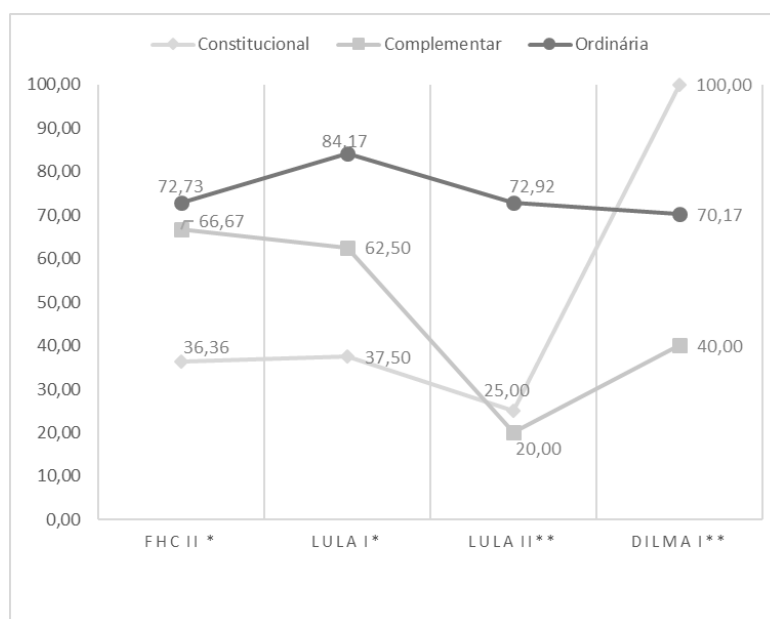
3.3 TAXAS DE SUCESSO: POLÍTICAS EM GERAL

Conforme demonstrado no Gráfico 1, na via ordinária foram obtidas elevadas taxas de sucesso para todo o período analisado, em consonância com os achados de Darrieux (2015). Entretanto, esse padrão não foi reproduzido, de forma persistente, nas vias constitucional e complementar (Gráfico 1). A variação inversamente proporcional da taxa de sucesso em relação à via hierárquica, verificada por Gomes (2011), somente foi observada nos mandatos FHC II e Lula I. Ou seja, nesses períodos, as taxas de sucesso foram decrescentes, sendo mais elevada na via ordinária, seguindo-se, respectivamente, as vias complementar e constitucional.

No Governo Lula II, verificou-se uma redução brusca das taxas de sucesso nas vias constitucional e complementar, que alcançaram o mais baixo patamar de todo o período analisado, tendo também sido constatada a inversão da tendência de maior sucesso na via

complementar em relação à constitucional (já que a taxa foi de 25% na via constitucional e de 20% na complementar). Em Dilma I, houve recuperação das taxas nessas vias, que chegou a atingir 100% na via constitucional. Verifica-se, pelos dados da Tabela 4, que, durante Lula II, não houve grande redução no número de proposições complementares e constitucionais apresentadas pelo Executivo, no que se refere aos mandatos anteriores. Isso indica que houve mais dificuldade desse governo na aprovação de suas propostas, nessas vias, que exigem maior quórum de apoio. O número de proposições complementares e constitucionais apresentado pela presidente Dilma, em seu primeiro mandato, ao contrário, foi bastante inferior ao dos demais mandatos, indicando ter havido maior cautela desse governo na atividade de iniciação nesse período, conforme se depreende da Tabela 4, o que pode, portanto, ter favorecido uma certa recuperação das respectivas taxas de sucesso. Mesmo na via ordinária, apesar da manutenção da taxa de sucesso em aproximadamente 70%, a atividade de iniciação foi bastante reduzida nesse mandato, em comparação aos demais governos analisados.

Gráfico 1 - Evolução das taxas de sucesso, segundo as vias legislativas, por mandato presidencial, no período de 1999 a 2014



Fonte: Elaborado pela autora.

*Dados retirados de Gomes (2018).

**Dados da presente pesquisa.

Tabela 4 - Número de proposições iniciadas pelo Executivo e número de proposições aprovadas, por via legislativa

	Via Constitucional			Via Complementar			Via Ordinária			Via Ordinária Não Orçamentária		
	Iniciadas pelo Executivo	Aprovadas	Sucesso	Iniciadas pelo Executivo	Aprovadas	Sucesso	Iniciadas pelo Executivo	Aprovadas	Sucesso	Iniciadas pelo Executivo	Aprovadas	Sucesso
FHC II*	11	4	36,36	18	12	66,67	968	704	72,73	457	235	51,42
Lula I*	8	3	37,50	8	5	62,50	739	622	84,17	356	269	75,56
Lula II **	8	2	25,00	15	3	20,00	709	517	72,92	333	216	64,86
Dilma I **	2	2	100,00	5	2	40,00	419	294	70,17	201	141	70,15

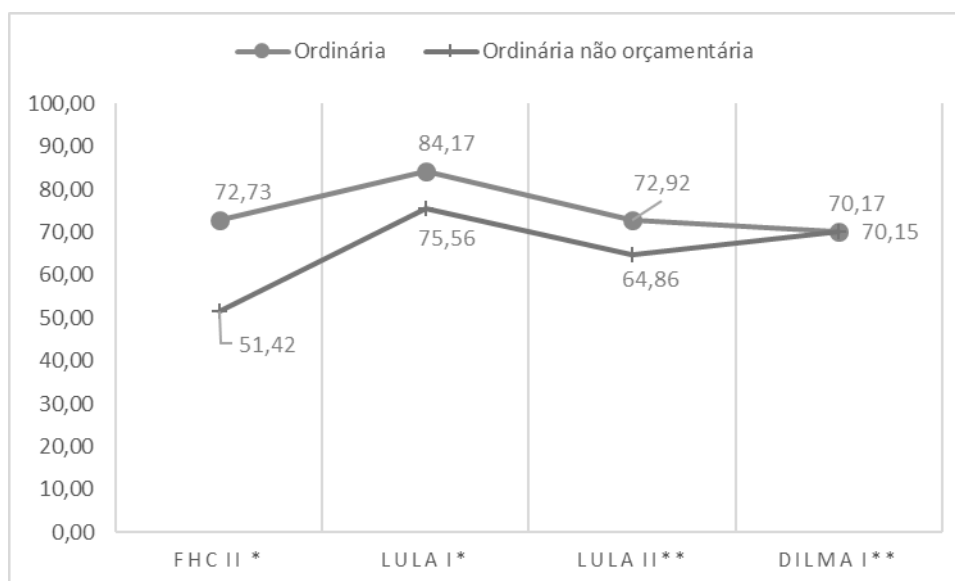
Fonte: Elaborada pela autora.

*Dados retirados de Gomes (2018).

**Dados da presente pesquisa.

As taxas de sucesso na via ordinária não orçamentária acompanharam o padrão observado na via ordinária com valores um pouco reduzidos, todavia, ainda superiores a 60%, com exceção do Governo FHC II, que apresentou taxa de sucesso próxima de 50% (Gráfico 2). Isso pode ser justificado pela não conversão em lei de 50 MPs editadas anteriormente à EC nº 32, de 11 de setembro de 2001, que não tiveram sua eficácia encerrada (49 não orçamentárias e 1 orçamentária). Se agregadas à análise como aprovadas, a taxa de sucesso do governo FHC II na via ordinária seria de 77,89%, e na via ordinária não orçamentária, de 62,14%.

Gráfico 2 - Evolução das taxas de sucesso, para as vias legislativas ordinária e ordinária não orçamentária, por mandato presidencial, no período de 1999 a 2014



Fonte: Elaborado pela autora.

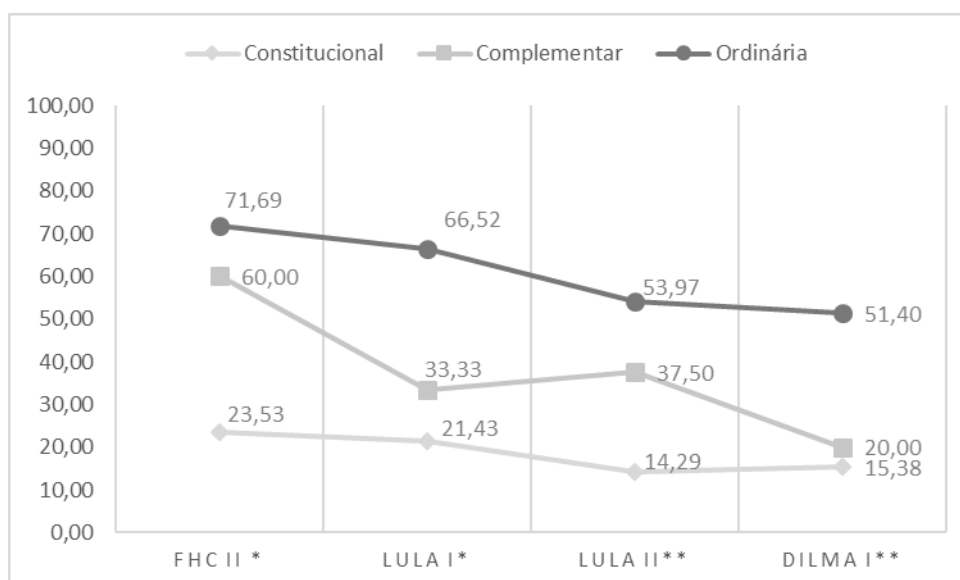
*Dados retirados de Gomes (2018).

**Dados da presente pesquisa.

3.4 TAXAS DE DOMINÂNCIA: POLÍTICAS EM GERAL

Analisando-se as taxas de dominância presidencial de proposições em todos os temas de política, com ingresso na Câmara dos Deputados no período de 1999 a 2014, segundo as vias legislativas, e a situação de tramitação observada em janeiro de 2020, conforme demonstrado no Gráfico 3 e na Tabela 5, observa-se uma queda em todas as vias a partir do mandato Lula I e uma variação inversamente proporcional à via hierárquica. Trata-se de achado coerente com os resultados já descritos (GOMES, 2011; SANTOS, 2016; ALMEIDA, 2018). Com a metodologia utilizada, não chegou a haver, na via ordinária, inversão da dominância em favor do Poder Legislativo; todavia, a taxa chega a valor próximo de 50% em Dilma I.

Gráfico 3 - Evolução das taxas de dominância, segundo as vias legislativas, por mandato presidencial, no período de 1999 a 2014



Fonte: Elaborado pela autora.

*Dados retirados de Gomes (2018).

**Dados da presente pesquisa.

Tabela 5 - Número de proposições aprovadas pelo Executivo e pelo Legislativo, por via legislativa

	Via Constitucional			Via Complementar			Via Ordinária			Via Ordinária Não Orçamentária		
	Aprovadas pelo Executivo	Aprovadas pelo Legislativo	Dominância	Aprovadas pelo Executivo	Aprovadas pelo Legislativo	Dominância	Aprovadas pelo Executivo	Aprovadas pelo Legislativo	Dominância	Aprovadas pelo Executivo	Aprovadas pelo Legislativo	Dominância
FHC II*	4	13	23,53	12	8	60,00	704	278	71,69	235	278	45,81
Lula I*	3	11	21,43	5	10	33,33	622	313	66,52	269	313	46,22
Lula II**	2	12	14,29	3	5	37,50	517	441	53,97	216	441	32,88
Dilma I**	2	11	15,38	2	8	20,00	294	278	51,40	141	278	33,65

Fonte: Elaborada pela autora.

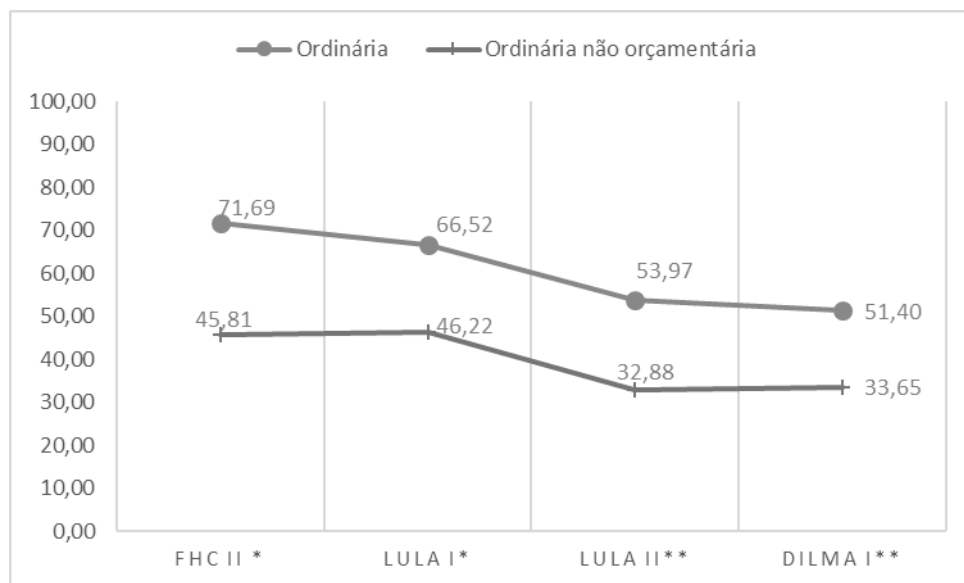
*Dados retirados de Gomes (2018).

**Dados da presente pesquisa.

Excluindo-se do cálculo de dominância da via ordinária as proposições orçamentárias, ou seja, os projetos de lei do Congresso Nacional e as MPs relativas a créditos extraordinários, que são de iniciativa exclusiva do Executivo e, portanto, não possuem concorrência com a atividade propositiva congressual, a exemplo do que fez Almeida (2018) e Santos (2016), obtêm-se os valores descritos no Gráfico 4. Verificam-se, nesse caso, taxas de dominância inferiores a 50% em todo o período, inclusive no mandato FHC II, com redução observada a partir de Lula II.

Assim constata-se que, durante todo o período de análise, o Legislativo apresentou melhor desempenho quantitativo do que o Executivo no que se refere às políticas em geral, com exceção das orçamentárias, tendo alcançado, para os mandatos Lula II e Dilma I, mais de 65% do total de políticas aprovadas.

Gráfico 4 - Evolução das taxas de dominância, para as vias legislativas ordinária e ordinária não orçamentária, por mandato presidencial, no período de 1999 a 2014



Fonte: Elaborado pela autora.

*Dados retirados de Gomes (2018).

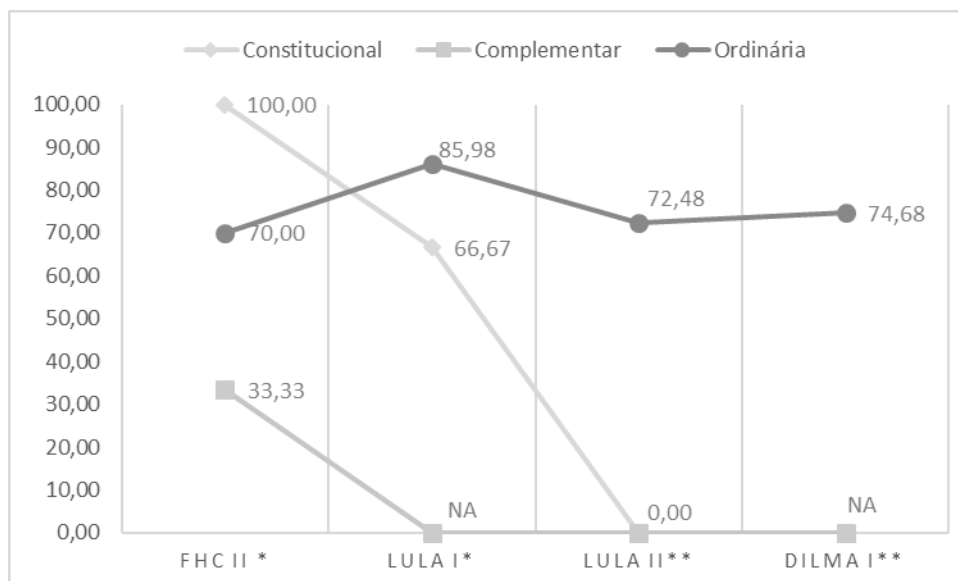
**Dados da presente pesquisa.

3.5 TAXAS DE SUCESSO – POLÍTICAS DE SAÚDE

Passando-se para a análise das taxas concernentes às políticas de saúde, como pode ser observado do Gráfico 5, a taxa de sucesso manteve-se elevada na via ordinária durante todo o período analisado, alcançando percentuais de 85,98% em Lula I. Observa-se, pela Tabela 6, que não houve iniciação, pelo Executivo, de proposições relativas às políticas de saúde na via complementar, durante o Governo Lula I, e nas vias complementar e constitucional, durante o Governo Dilma I. Não há que se falar, portanto, em taxas de sucesso nesses casos. Todavia, há de se destacar a intensa atividade de iniciação na via ordinária, em especial no Governo Lula II e Dilma I.

No período em exame, o único governo que alcançou sucesso razoável nas três vias foi FHC II. Em Lula II, apesar da apresentação de projetos de lei complementar (PLPs) e de proposta de emenda à Constituição (PEC), não houve aprovação de nenhum desses tipos de proposição, o que levou às respectivas taxas nulas de sucesso.

Gráfico 5 - Evolução das taxas de sucesso relativas às políticas de saúde, segundo as vias legislativas, por mandato presidencial, no período de 1999 a 2014



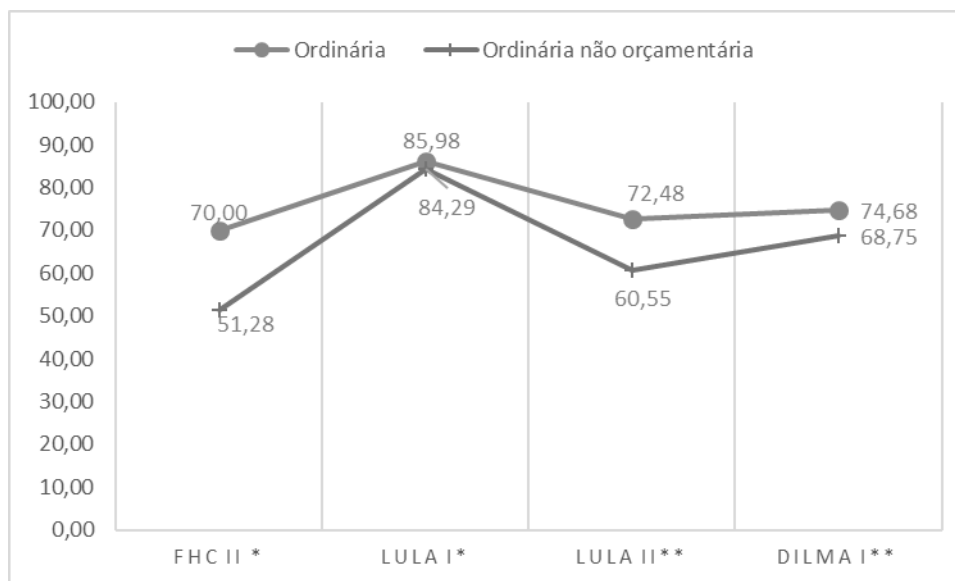
Fonte: Elaborado pela autora.

*Dados retirados de Gomes (2018).

**Dados da presente pesquisa.

Ao se considerar a taxa de sucesso na via ordinária não orçamentária, verifica-se elevado sucesso em todo o período, com exceção de FHC II (Gráfico 6). Do mesmo modo ocorrido para as políticas em geral, isso pode ser explicado pela não conversão em lei de três MPs com conteúdo de saúde, editadas anteriormente à EC nº 32, de 11 de setembro de 2001, que não tiveram vigência encerrada. Se consideradas na análise como aprovadas, a taxa de sucesso do governo FHC II seria de 72,30% na via ordinária e de 55,12% na via ordinária não orçamentária. Assim, verifica-se alto desempenho na aprovação de políticas de saúde veiculadas por via ordinária não orçamentária, ressaltando-se o fato de que o Governo Dilma I apresentou número bastante inferior de proposições nessa via (Tabela 6).

Gráfico 6 - Evolução das taxas de sucesso relativas às políticas de saúde, para as vias legislativas ordinária e ordinária não orçamentária, por mandato presidencial, no período de 1999 a 2014



Fonte: Elaborado pela autora.

*Dados retirados de Gomes (2018).

**Dados da presente pesquisa.

Tabela 6 - Número de proposições que continham políticas de saúde iniciadas pelo Executivo e número de proposições aprovadas, por via legislativa

	Via Constitucional			Via Complementar			Via Ordinária			Via Ordinária Não Orçamentária		
	Iniciadas pelo Executivo	Aprovadas	Sucesso	Iniciadas pelo Executivo	Aprovadas	Sucesso	Iniciadas pelo Executivo	Aprovadas	Sucesso	Iniciadas pelo Executivo	Aprovadas	Sucesso
FHC II*	2	2	100,00	3	1	33,33	130	91	70,00	78	40	51,28
Lula I*	3	2	66,67	0	0	NA	107	92	85,98	70	59	84,29
Lula II**	1	0	0,00	3	0	0,00	298	216	72,48	109	66	60,55
Dilma I**	0	0	NA	0	0	NA	154	115	74,68	48	33	68,75

Fonte: Elaborada pela autora.

*Dados retirados de Gomes (2018).

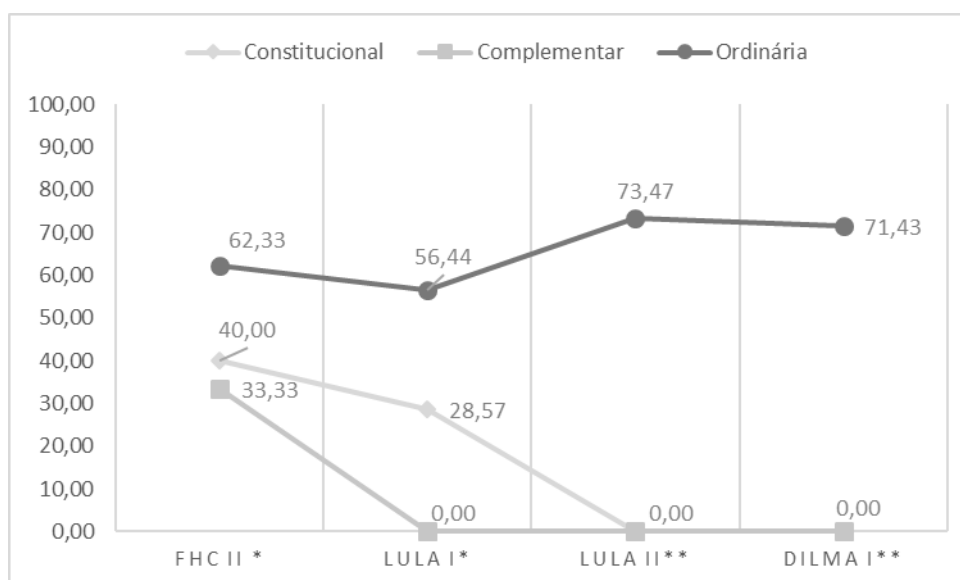
**Dados da presente pesquisa.

3.6 TAXAS DE DOMINÂNCIA: POLÍTICAS DE SAÚDE

É possível observar, pela leitura dos dados do Gráfico 7 e da Tabela 7, que houve, no período analisado, tendência de queda da dominância presidencial nas vias constitucional e complementar a partir de 2003. Na via ordinária, apesar da ligeira queda em Lula I, verificou-se elevação considerável da taxa a partir de Lula II, indicando bom desempenho do Executivo na aprovação de proposições relativas à política de saúde nessa via.

Como já mencionado, a ausência de iniciação, pelo Executivo, de proposições relativas às políticas de saúde na via complementar, durante o Governo Lula I, e nas vias complementar e constitucional, durante o Governo Dilma I, justifica as respectivas taxas nulas de dominância.

Gráfico 7 - Evolução das taxas de dominância relativas às políticas de saúde, segundo as vias legislativas, por mandato presidencial, no período de 1999 a 2014



Fonte: Elaborado pela autora.

*Dados retirados de Gomes (2018).

**Dados da presente pesquisa.

Tabela 7 - Número de proposições que continham políticas de saúde aprovadas pelo Executivo e pelo Legislativo, por via legislativa

	Via Constitucional			Via Complementar			Via Ordinária			Via Ordinária Não Orçamentária		
	Aprovadas pelo Executivo	Aprovadas pelo Legislativo	Dominância	Aprovadas pelo Executivo	Aprovadas pelo Legislativo	Dominância	Aprovadas pelo Executivo	Aprovadas pelo Legislativo	Dominância	Aprovadas pelo Executivo	Aprovadas pelo Legislativo	Dominância
FHC II*	2	3	40,00	1	2	33,33	91	55	62,33	40	55	42,11
Lula I*	2	5	28,57	0	1	0,00	92	71	56,44	59	71	45,38
Lula II**	0	4	0,00	0	1	0,00	216	78	73,47	66	78	45,83
Dilma I**	0	2	0,00	0	1	0,00	115	46	71,43	33	46	41,77

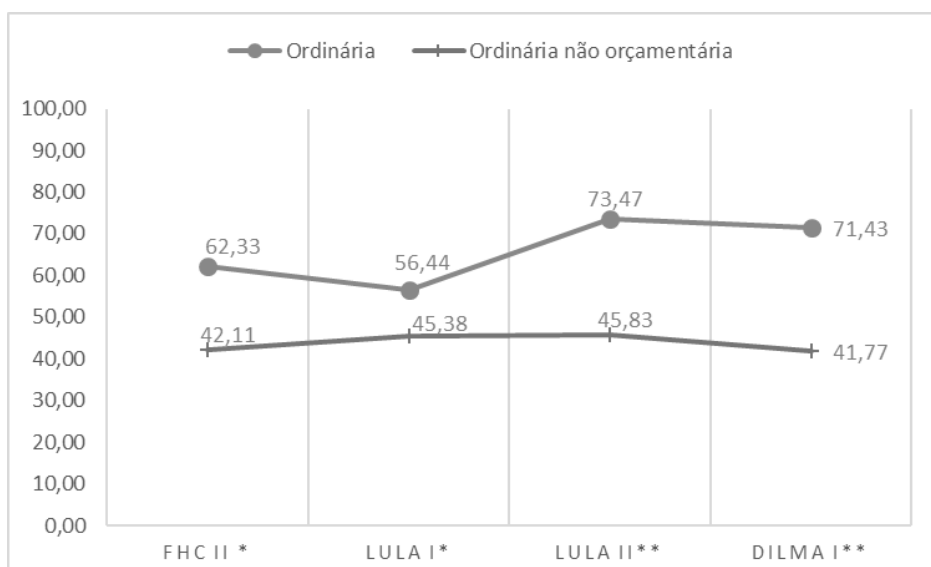
Fonte: Elaborada pela autora.

*Dados retirados de Gomes (2018).

**Dados da presente pesquisa.

Ao se considerar a dominância na via ordinária não orçamentária, conforme demonstrado no Gráfico 8, verificam-se taxas inferiores a 50% em todo o período, sem grandes variações (percentuais entre 42% e 47%) e, assim como observado para via ordinária (orçamentária e não orçamentária), sem tendência de queda. Tais dados revelam uma produção relativamente estável de políticas de saúde na via ordinária não orçamentária pelo Executivo e uma participação quantitativa relevante do Legislativo, superior a 50%, durante o período analisado.

Gráfico 8 - Evolução das taxas de dominância relativas às políticas de saúde, para as vias legislativas ordinária e ordinária não orçamentária, por mandato presidencial, no período de 1999 a 2014



Fonte: Elaborado pela autora.

*Dados retirados de Gomes (2018).

**Dados da presente pesquisa.

3.7 CONCLUSÃO DO CAPÍTULO

As taxas de sucesso na via ordinária apresentaram-se elevadas para todo o período, tanto para as políticas em geral como para as políticas de saúde, como indicado por Darrieux (2015), todavia sem constatação de tendência de queda a partir de Lula II, o que confirmou parcialmente a hipótese 1, descrita na seção 3.1, no que se refere aos altos valores. Esse patamar não foi reproduzido nas demais vias, em que se verificaram maiores dificuldades de aprovação pelo Executivo.

Observaram-se variações significativas dessa taxa nas demais vias, indicando retração da atuação do Executivo, a partir de Lula II, em questões que exigem quórum qualificado. Essa retração foi percebida de diferentes formas: em Lula II, pela redução das taxas de sucesso, e em Dilma I, pela redução do número de proposições apresentadas. Assim, apesar de o Executivo ter tido capacidade de aprovação das políticas de sua iniciativa, no nível ordinário, a mesma situação não foi tão clara para as normas de maior hierarquia, veiculadas por meio de leis complementares e de emendas constitucionais. Dessa forma, a hipótese 2, descrita na seção 3.1, somente não foi confirmada para a via constitucional em Dilma I (políticas em geral) e em FHC II (políticas de saúde), casos para os quais se constatou uma taxa de sucesso de 100%. No caso de Dilma I, a redução da iniciação indica, contudo, uma maior dificuldade de aprovação também nesse caso.

A tendência de queda da dominância no pós-2003 descrita na literatura foi confirmada para as políticas em geral, nas três vias hierárquicas, indicando maior participação do Legislativo na produção dos vários tipos de normas a partir do mandato Lula I. Esse achado confirmou a hipótese 3, prevista na seção 3.1, para as políticas em geral.

Verificou-se a inversão dessa taxa em favor do Legislativo (taxas inferiores a 50%) em todas as vias, em praticamente todo o período estudado, excetuando-se a via ordinária (em que são contabilizados projetos orçamentários, de autoria exclusiva do Executivo) e a via complementar, especificamente em FHC II, o que revela uma superioridade quantitativa do Legislativo na aprovação de leis não orçamentárias, de leis complementares (com exceção do mandato FHC II) e de emendas constitucionais.

A tendência de queda de dominância no pós-2003, nos níveis ordinário e ordinário não orçamentário, não foi reproduzida para as políticas de saúde, o que demonstrou uma maior estabilidade do controle de agenda pelo Executivo nessas vias e nessa matéria específica, ao longo do período estudado, comparativamente à totalidade de matérias. Esse achado levou à rejeição da hipótese 3, descrita na seção 3.1 (para a via ordinária, no caso das políticas de saúde).

A despeito de não ter se vislumbrado queda, destaca-se que, no nível ordinário não orçamentário, essa taxa atingiu valores próximos a 40% em todo o período analisado, indicando a relevância quantitativa da produção legislativa de origem parlamentar nos mandatos em questão.

Ressalta-se que, nas vias complementar e constitucional, de forma semelhante ao verificado para as políticas em geral, a redução da dominância foi bastante acentuada a partir de Lula I, confirmando, para tais vias, no caso das políticas de saúde, a hipótese 3, descrita na seção 3.1.

Tais resultados indicam ter havido participação expressiva do Poder Legislativo na aprovação de proposições da saúde nos mandatos Lula II e Dilma I. Esses resultados demonstram que o conteúdo da política pode interferir nos resultados dos indicadores de atividade dos poderes, tendo em vista os diferentes interesses de cada governo. Indicam ainda que, ao menos numericamente, a produção parlamentar revelou-se expressiva no período estudado, em especial nos mandatos Lula II e Dilma I, indicando a necessidade de aprofundamento em seus aspectos qualitativos, comparativamente à produção do Executivo, de forma a melhor caracterizar os governos e suas respectivas legislaturas. Porém, antes de partir para a caracterização das políticas de saúde iniciadas em tais mandatos, objeto do Capítulo 5, convém realizar uma discussão acerca da forma de funcionamento de cada poder, com base na qual se construiu a fundamentação necessária para a escolha das tipologias empregadas nesta pesquisa e se realizou a análise dos resultados obtidos. O capítulo seguinte trata de tais fundamentos.

4 FUNCIONAMENTO DOS PODERES LEGISLATIVO E EXECUTIVO

A despeito da importância do cálculo das taxas de cunho quantitativo exploradas no capítulo anterior como indicativas da atuação dos poderes, em especial, da capacidade do Poder Executivo de aprovar políticas, esses indicadores possuem limitações no que se refere à avaliação da natureza das relações estabelecidas durante o processo político. Considerando que esta pesquisa pretende se aprofundar na caracterização dos Governos Lula II e Dilma I e das correspondentes legislaturas, no tocante à produção de políticas públicas de saúde, o presente capítulo parte da contextualização da teoria da escolha racional, que será utilizada, mais adiante, na discussão acerca da forma de funcionamento dos Poderes Legislativo e Executivo. Os conceitos então apreendidos sobre os papéis dos atores serão utilizados para a definição da metodologia de avaliação das políticas públicas originadas durante os mandatos em questão, objeto do Capítulo 5.

4.1 INSTITUCIONALISMO DA ESCOLHA RACIONAL: CONTEXTUALIZAÇÃO

A partir dos anos 1980, os estudos em Ciência Política passaram a considerar mais intensamente os papéis do próprio Estado e de suas instituições na produção das políticas públicas, sob influência da teoria neoinstitucionalista. Apesar de não se tratar de uma teoria unificada e bem definida, mas de um amplo campo de análise substancialmente heterogêneo, há três principais vertentes defendidas pelos neoinstitucionalistas: a da escolha racional, a sociológica, e a histórica. Todas essas abordagens partem do pressuposto fundamental da centralidade das instituições, cuja definição assume significados diferenciados, conforme a vertente (MARQUES; FARIA, 2013).

O princípio da centralidade institucional decorre da observância da autonomia relativa do Estado e de sua burocracia (EVANS, 1993). Passa-se a considerar que o Estado possui um espaço reservado de atuação, embora permeável a influências externas (SKOCPOL, 1985). O marco teórico volta-se então aos aspectos internos ao Estado, diferentemente das visões dominantes até então, que analisavam o Estado sob a ótica exclusiva das influências exógenas: como a pluralista, que argumenta que as ações estatais, refletidas nas políticas públicas, são resultado tão-somente das pressões dos grupos de interesse; a elitista, que dispõe que as políticas são definidas exclusivamente pelas elites de poder; e a estruturalista e funcionalista,

que assume que as políticas servem apenas aos interesses de determinadas classes sociais (SOUZA, 2002).

A autonomia estatal, por sua vez, possibilita a criação de ambientes institucionais específicos, com suas regras e formatos próprios, no interior dos quais acontece o processo de produção de políticas públicas. As restrições e limitações impostas por esses ambientes não somente exercem influência direta sobre os resultados dos conflitos, as estratégias dos atores e a produção da agenda do que será levado à discussão, mas acabam por conformar todo o processo político, não havendo como dissociar os atores dos ambientes que o cercam (IMMERGUT, 1998).

A vertente da escolha racional tem se revelado hegemônica não apenas no contexto dos institucionalismos, mas também da Ciência Política em geral. De acordo com essa abordagem, os indivíduos possuem um conjunto de preferências e se comportam de forma completamente utilitária para maximizar a satisfação dessas preferências. Isso indica que os indivíduos não agirão para atingir seus objetivos comuns ou grupais, a menos que haja alguma coerção para forçá-los a tanto, ou a menos que algum incentivo à parte, diferente da realização do objetivo comum ou grupal, seja oferecido aos membros do grupo individualmente com a condição de que eles ajudem a arcar com os custos ou ônus envolvidos na consecução desses objetivos grupais (OLSON, 1965). A solução para tais problemas da ação coletiva foi atribuída à existência de instituições políticas, que dariam diferentes formas de incentivo coletivo para aqueles agentes que cooperassem com os objetivos coletivos (ROTHSTEIN, 1998). As instituições constroem o contexto no qual os atores políticos definem suas estratégias e perseguem seus interesses (THELEN; STEINMO, 1992).

As instituições são apreendidas como regras ou estruturas de um jogo, que definem os atores políticos, suas possibilidades de ação estratégica, as informações necessárias para a tomada de decisão desses atores bem como o resultado das escolhas individuais dos atores, ou seja, a escolha social. Exemplos de tais instituições remetem, fundamentalmente, ao poder de agenda, à estrutura partidária das comissões, ao poder de decisão das comissões, às restrições/possibilidades de encaminhamento de emendas a peças legislativas por parte de legisladores individuais, etc. (HALL; TAYLOR, 2003). A associação entre preferências e instituições leva à compreensão dos resultados do processo decisório (KREHBIEL, 1991).

Os estudos estadunidenses sobre o Poder Legislativo e sobre as relações entre esse poder e o Executivo que empregaram o método da escolha racional, por sua vez, podem ser agrupados em três vertentes: a distributivista, a partidária e a informacional (LIMONGI, 1994). De acordo com a vertente distributivista, o comportamento dos congressistas baseia-se na lógica

eleitoral, já que seu objetivo final é sempre a reeleição. Assim, a atuação parlamentar é individual, não conta com o apoio partidário e está focalizada na aprovação de políticas de cunho clientelista (*pork*). Segundo essa lógica, as instituições do Legislativo são concebidas com o intuito de possibilitar o alcance desse objetivo (WEINGAST; MARSHALL, 1988). Nesse sentido, o sistema de comissões parlamentares é autônomo e estruturado por área de interesse, de forma a distribuir o poder entre os membros de cada comissão temática e a permitir a troca de votos entre eles (*logroll*). Assim, os parlamentares atuam de forma cooperativa, aprovando, no âmbito das comissões de que participam, políticas de interesse de outros parlamentares, desde que também contem com apoio dos demais para a aprovação das políticas de seu interesse (LIMONGI, 1994).

Segundo a versão partidária, os partidos políticos ocupam uma posição de centralidade na organização dos trabalhos legislativos. No caso norte-americano, que inspirou a construção dessa vertente, o partido que compõe a maioria na Câmara estrutura uma espécie de cartel legislativo, que controla o processo legislativo, inclusive o sistema de comissões, ao assumir todas as suas presidências, determinando quando e o que é objeto de decisão. A liderança do partido majoritário atua com intenção de influenciar o resultado das deliberações e obter a unidade partidária. Quando se trata de matéria constante da agenda partidária, não há declínio da coesão entre os membros. A capacidade do partido majoritário de controlar a agenda decisória advém do poder de formação de pauta atribuído ao *speaker* (presidente da Casa Legislativa), ao líder da maioria e ao presidente da Comissão de Resoluções (COX; MCCUBBINS, 1993).

Já o modelo informacional enfatiza que o primado da decisão majoritária e a incerteza quanto aos resultados das políticas levam os parlamentares a agirem de forma a evitar riscos. Nesse sentido, as Comissões teriam o papel preponderante de coletar as informações necessárias ao andamento legislativo e de distribuir essas informações entre os congressistas (KREHBIEL, 1991; LIMONGI, 1994). *Expertise* seria um aspecto fundamental para aproximar as políticas aos resultados desejados e, assim, possibilitar a reeleição.

Partindo-se de teorias baseadas na escolha racional, sob influência particular das abordagens distributivista e partidária, foi possível delinear a forma de atuação do Congresso e do Poder Executivo no sistema presidencialista brasileiro, conforme descrito na seção seguinte. Essa exposição, combinada com a classificação das políticas públicas de saúde, permitiram, ao final deste trabalho, realizar algumas inferências acerca do comportamento da Câmara dos Deputados brasileira e do Poder Executivo, durante os mandatos Lula II e Dilma I, no que se refere à apresentação e à aprovação desse tipo de política.

4.2 O SEGREDO DA INEFICIÊNCIA NOS PRESIDENCIALISMOS E A DIVISÃO DE TAREFAS

A lógica do segredo eficiente consiste na capacidade que o sistema eleitoral e os partidos têm de gerar, a partir do alinhamento entre as preferências do Congresso e do Executivo, instâncias de governabilidade que promovam a satisfação das preferências dos eleitores, de forma que seja conquistada a legitimidade das decisões de governo (COX, 1987). Isso somente é possível quando os partidos são organizados e ideologicamente dirigidos, de modo que a legislatura tende a ter um maior interesse por políticas (COX; MORGENSTERN, 2001).

Nos sistemas presidencialistas, o vínculo entre o Executivo e o Parlamento não é condição essencial para a manutenção do governo e da governabilidade, tal como ocorre nos sistemas parlamentaristas. A separação entre os poderes acaba promovendo o desalinhamento entre os atores políticos, o que não implica necessariamente crise de governabilidade; todavia, propicia o surgimento do segredo ineficiente, que supõe o descolamento dos legisladores de uma agenda programática nacional. Essa desagregação é particularmente reforçada pelos sistemas eleitorais que valorizam a competição personalista e pela predominância de parlamentares de baixas taxas de reeleição, que tenderão à busca para satisfação de interesses paroquiais ou até pessoais de seu eleitorado, de forma a garantir sua reeleição no cargo (COX; MORGENSTERN, 2001). Assim, as lideranças locais dos partidos políticos, interessadas em atender às preferências de seus distritos, quando alcançam assento no Congresso, concentram-se na provisão de bens ao seu eleitorado e deixam as políticas nacionais a cargo do presidente, com fortes poderes legislativos, responsável pela condução do governo (SHUGART; CAREY, 1992).

Trata-se de uma divisão de tarefas dentro do processo de produção legislativa, segundo a qual os legisladores apresentariam projetos de baixo impacto, orientados a beneficiar seus eleitores, ao passo que o Executivo apresentaria projetos de alcance nacional. Nessa situação, a taxa de sucesso das proposições do Executivo é superior à verificada para o Legislativo, pois este não investe tempo em buscar a aprovação de suas propostas. Em vez disso, os legisladores concentram-se em ações de *pork barrel*, ou seja, em negociações que envolvam a oferta de seu voto em troca da transferência e da distribuição de recursos aos distritos que os elegeram (SHUGART; CAREY, 1992).

No Brasil, Amorim Neto e Santos (2003), com vistas a testar o modelo do segredo ineficiente, avaliaram proposições iniciadas pelos deputados em 1995 e as leis aprovadas de

sua iniciativa no período de 1985 a 1999, e identificaram que havia concentração de esforços em projetos de lei nacionais, benéficos (portanto, incontestados) e sociais. Concluíram que tais resultados não contradiziam o modelo, uma vez que os deputados têm pouca margem para aprovar projetos de cunho paroquialista, por não disporem de autorização constitucional para transferir recursos a regiões e clientela². Como consequência, acabam por concentrar esforços em propostas tópicas de política social de abrangência nacional. Entretanto, os autores perceberam que a abordagem não considerava que a formação de uma coalizão estável de apoio ao Executivo no Congresso, tal como ocorre no Brasil e em outros países da América Latina, acaba por responsabilizar os integrantes dessa base de sustentação do governo com as políticas públicas nacionais, juntamente com o Presidente da República, o que levaria a níveis significativamente mais elevados de eficiência eleitoral. Da mesma forma, os partidos de oposição, ao se descolarem dessa agenda presidencial e apresentarem conteúdos programáticos alternativos, de alcance nacional, podem influenciar nas decisões eleitorais.

Lemos (2001), ao analisar a atividade propositiva e a aprovação de proposições de origem parlamentar das áreas de saúde e da educação no período de 1988 a 1994, verificou a predominância da intenção em distribuir benefícios e não em concentrá-los. Diante disso, ponderou que as propostas difusoras, além de não ameaçarem a reeleição, estariam mais relacionadas à defesa de valores compartilhados pela sociedade, no que se refere a políticas ideais, e não a ganhos individuais, e à construção de um estereótipo de representante ideal, uma imagem “altruísta”, eleitoralmente favorável, com alguma influência no cálculo do eleitor. Indicou também a possibilidade de utilização de tais propostas para atendimento de “preferências potenciais” dos eleitores, que seriam aquelas que, segundo a previsão feita pelos legisladores, influenciariam a decisão eleitoral em momento futuro.

Ricci (2003), por sua vez, avaliou diferentes *outputs* legislativos no período de 1991 a 2001, que incluíam os projetos sancionados, os vetados totalmente e os rejeitados, tendo utilizado em seu trabalho dois critérios de classificação: o público-alvo, ou seja, os sujeitos diretamente afetados, e a dimensão física do impacto previsto. O primeiro critério distinguia as proposições em gerais/ seccionais, quando abrangiam a população nacional ou grupos amplos da sociedade; em microseccionais, quando atingiam grupos específicos; e em individuais,

² Recentemente, a capacidade de transferência de recursos aos seus distritos eleitorais pelos parlamentares foi aumentada, por meio da aprovação do orçamento impositivo (Emendas Constitucionais 85/2015 (BRASIL, 2015a) e 100/2019 (BRASIL, 2019)). Essa transferência ocorre por meio de instrumento específico, que são as peças orçamentárias. O impacto do orçamento impositivo no equilíbrio de forças e divisão de tarefas entre os poderes merece aprofundamento; todavia, não foi considerado no estudo em questão, já que o período estudado é anterior a esse instrumento.

quando traziam questões limitadas a poucos ou até um só indivíduo. O segundo critério definia se a proposição possuía impacto nacional ou local. Para todos os tipos de resultados legislativos estudados, foi observada a predominância dos projetos gerais ou seccionais de impacto nacional.

Esses estudos trouxeram importantes delineamentos acerca da produção de políticas no Brasil, em especial das de iniciativa parlamentar. Além de indicarem que o atendimento de demandas localizadas geograficamente não é relevante por meio de proposições legislativas não orçamentárias, destacaram que a atividade propositiva e os resultados legislativos (projetos de lei aprovados, vetados e rejeitados) são marcados pela abrangência nacional e pela predominância dos impactos na população nacional ou em grupos mais amplos da sociedade, inclusive quando se considera os projetos de iniciativa parlamentar. Nesse último caso, foi demonstrada, ainda, a predominância dos projetos benéficos e tópicos, que teriam menor relevância no tocante à capacidade de promoção do desenvolvimento nacional.

Apesar de os estudos citados terem propiciado um grande avanço na caracterização das políticas geradas pelo sistema político brasileiro, merece aprofundamento o mecanismo de funcionamento dos poderes que leva a esse tipo de conformação de políticas públicas. Mesmo considerando a abordagem de Lemos (2001), que justifica o interesse dos membros do Poder Legislativo por diferentes tipos de políticas, há necessidade de estender a discussão e incluir na avaliação os interesses do Poder Executivo e sua influência sobre a atuação dos membros do Congresso Nacional, em especial, da coalizão. Essa análise acerca dos mecanismos de funcionamento dos atores foi realizada nas seções seguintes.

4.3 ATUAÇÃO NO CONGRESSO: CONEXÃO ELEITORAL AMPLIADA *VERSUS* SISTEMA PARTIDÁRIO

Na perspectiva da conexão eleitoral proposta por Mayhew (1974), o Congresso é formado por indivíduos politicamente orientados para a maximização de suas possibilidades de reeleição, que não focalizam atenção nas políticas substanciais para a solução efetiva dos problemas. Desse modo, o legislador tem incentivos para "prestar serviços" aos interesses de grupos que possuam "recursos eleitorais disponíveis" (MAYHEW, 1974). Isso significa que o parlamentar tende a apoiar a aprovação de políticas com benefícios políticos concentrados para determinados grupos, desde que esses apreciem seus ganhos e que essa apreciação seja convertida em vantagens eleitorais tangíveis.

Essa estratégia decorre do fato de que determinados sistemas institucionais acabam por incentivar a competição eleitoral entre os políticos e por torná-los individualmente dependentes do financiamento de campanhas e do apoio político público. Nos Estados Unidos, o incentivo à concorrência personalista é proporcionado pelo sistema eleitoral, em que o voto uninominal em turno único promove a escolha dos representantes em colégios uninominais de pequena magnitude (LANCASTER, 1986; CAIN; FERREJOHN; FIORINA, 1987). No Brasil, a existência de um sistema presidencialista, com partidos enfraquecidos, em combinação com um sistema eleitoral de lista aberta, pode ser particularmente propenso à influência de grupos de interesse, em detrimento do eleitorado geral (MAINWARING, 1991; SHUGART; CAREY, 1995), o que justificaria a aplicação da conexão eleitoral ao caso brasileiro (RICCI, 2003). Ao contrário dos Estados Unidos, os legisladores brasileiros são eleitos em grandes distritos eleitorais, com múltiplos membros, em um sistema de representação proporcional de lista aberta. Desse modo, no caso da Câmara dos Deputados, os candidatos competem entre si, inclusive com colegas do partido. Para ter sucesso na busca por um cargo político, os candidatos deverão se diferenciar dos concorrentes e ser capazes de reivindicar crédito por melhorar a vida de um subconjunto suficientemente grande de seu eleitorado (MELLO, 2017).

No sistema americano, o *locus* decisório para a aprovação de políticas clientelistas são as comissões, que estariam organizadas de forma a anular a estabilidade da maioria, uma vez que concedem benefícios desproporcionais aos seus membros, às expensas da maioria (LEMONS, 2001). No caso brasileiro, as comissões das Casas Legislativas possuem a prerrogativa de aprovar projetos de lei conclusivamente, sem reportá-los ao plenário (art. 58, §2º, I, da CF), desde que haja aprovação por todas as Comissões pelas quais tramita o projeto. Todavia, Ricci (2003), ao avaliar as leis de caráter distributivo aprovadas no período de 1991 a 2002, não encontrou grande relevância do poder terminativo das comissões para esse tipo de política, tendo observado maior proporção de aprovação em plenário. Desse modo, sugeriu que as comissões brasileiras não atuam como última instância decisória no que se refere às decisões distributivas, conforme o modelo americano. As comissões são, todavia, locais preferenciais para aprovação de proposições de iniciativa do Legislativo em geral (ALMEIDA, 2015, 2018), o que sugere haver maior facilidade de atuação nesses colegiados. Como as presidências das comissões permanentes são repartidas aos partidos conforme a proporcionalidade das respectivas bancadas, muitas comissões permanentes acabam sendo presididas por partidos minoritários que não pertencem à coalizão do governo, o que permite haver uma maior liberdade de atuação nessas instâncias, com menor influência governista, dado o amplo poder sobre a pauta de votação que tem o presidente de comissão (ALMEIDA, 2018).

Importa destacar que os destinatários das propostas clientelistas não se restringem a populações nos distritos eleitorais, mas a mesma lógica é aplicável aos grupos de interesses que tentam explorar um nicho privilegiado dentro do estado para seu próprio ganho (MELLO, 2017). Os políticos têm muito a ganhar com a formação de vínculos de clientelismo com organizações de interesse, que geralmente estão dispostas a fornecer serviços relevantes à campanha, os quais são muito mais valiosos para o partido do que os votos dos membros da organização, em troca de acesso privilegiado à generosidade do governo (PALMER-RUBIN, 2016). Os gastos distributivos e a prestação de serviços geralmente são mediados por organizações de interesse, como associações de bairro, cooperativas camponesas ou sindicatos do setor informal (GAY, 1990; HILGERS, 2008; GARAY, 2009).

Os grupos de interesse podem oferecer diferentes tipos de recursos: financiamento da campanha, informações sobre os interesses do eleitorado, conhecimento sobre questões políticas e informações sobre as opiniões de outros formuladores de políticas. Desde que os políticos dependam de recursos para a reeleição ou para atingir seus objetivos políticos, os grupos de interesse podem trocar seus recursos por influência sobre os resultados. A tecnicidade de uma questão também pode explicar a variação da influência entre as questões na medida em que determina a demanda por informações de especialistas. À medida que o nível de tecnicidade de um problema aumenta, maior a necessidade de contribuição de atores sociais (COEN; GRANT, 2005).

Um grupo desfruta de uma vantagem competitiva quando tem a capacidade de fornecer recursos informativos e eleitorais a um custo menor e com maior eficácia do que os seus rivais. Ademais, é esperado que a vantagem competitiva desse grupo seja "recorrente", ou seja, que persista no futuro. Quando essas duas condições são satisfeitas, é concedido acesso indefinido por tempo indeterminado ao grupo, desde que nenhuma condição seja violada. Quando, no entanto, surgir um novo grupo que atenda às duas condições, ele poderá substituir o anterior (HANSEN, 1991).

Arnold (1990) cria um modelo que explicita em que circunstâncias determinados interesses são atendidos pelo Poder Legislativo. Esse modelo é baseado no princípio de que as decisões dos parlamentares são orientadas não apenas para satisfazer as aspirações imediatas dos eleitores, mas baseadas também em cálculos sobre as possibilidades de que tais decisões afetem a avaliação futura do eleitor sobre sua atuação, o que foi denominado de "preferência potencial" dos cidadãos. Os parlamentares avaliam, portanto, como uma matéria em análise, mesmo não sendo reivindicação imediata do eleitorado, pode tornar-se importante em época de eleições (LEMOS, 2001).

No que se refere ao desejo de atendimento das aspirações imediatas do eleitorado, facilmente associado à conexão eleitoral proposta por Mayhew (1974), os legisladores tentam antecipar a pequena análise de custos e benefícios das políticas que cada cidadão faz em relação ao seu próprio bem-estar (descontam os custos dos benefícios). Em suma, a tomada de decisão racional por parte dos legisladores requer informações sobre as três variáveis: quem são os ganhadores e os perdedores, se há percepção sobre os ganhos/perdas e quais os efeitos da resposta do legislador nas perspectivas de reeleição. Ocorre que os legisladores não possuem informação perfeita acerca dessas três variáveis centrais para o cálculo da tomada de decisão da reeleição. Na realidade, os parlamentares não sabem ao certo quem arcará com os custos e benefícios associados às alternativas de política, se esses vencedores e perdedores apreciarão sua condição ou quem dentre eles fornecerá recursos eleitorais ou apoiará inimigos eleitorais. Assim, tentam prever quando seria provável que os eleitores ou grupos de interesse apreciariam os benefícios da legislação, respondendo positivamente na cabine de votação ou revertendo recursos para o congressista (HANSEN, 1991).

A percepção desses custos e benefícios depende do que o autor denomina de saliência da política, que será tanto maior quanto maior for a magnitude dos efeitos da política, menor o prazo desses efeitos, maior a proximidade com outros afetados e maior a influência de um instigador que ajude a revelar a questão. A magnitude estaria relacionada à quantificação do impacto sobre o cidadão, como o montante da redução de preços, impostos, etc. Quanto maior o impacto relativo, maior a probabilidade de que o afetado perceba o custo que está lhe sendo imposto. Os efeitos das políticas, por sua vez, podem ser de curto ou de longo prazo, sendo que os cidadãos têm mais facilidade de perceber os primeiros, já que os primeiros estágios de uma política multi-etapas possuem maiores chances de ocorrer e, assim, de serem compreendidos. A proximidade com outros afetados é uma função do grau em que os efeitos de grupo ou geográficos são concentrados, ou seja, depende do grau de proximidade física ou da existência de canais de comunicação entre os afetados. Por fim, a presença de um instigador que ajude a revelar a questão refere-se à existência de um líder de opinião que eduque os cidadãos em questões específicas, com a utilização da mídia de massa para disseminar suas informações de forma gratuita. Organizações empresariais, membros de grupo de interesse ou o Presidente da República podem agir como instigadores. Desse modo a existência de efeitos intensos, de curto prazo, concentrados por grupos ou por áreas geográficas (alta saliência), provocam grande interesse dos afetados. Já os efeitos de baixa intensidade, de longo prazo e difusos (baixa saliência) dificilmente cruzariam a linha de percepção (ARNOLD, 1990).

Desse modo, o cidadão não terá preferência por política nenhuma quando não percebe os seus custos e benefícios. Por outro lado, se oporá a ela, caso detecte custos, ou a apoiará, caso detecte benefícios. No caso em que detecta custos e benefícios, o cidadão fará o cálculo de intensidade da preferência, de modo que os custos acabam tendo maior relevância do que os benefícios, ou seja, as preferências são mais intensas quando há custos envolvidos (ARNOLD, 1990).

Assim, a tendência de aprovação de políticas que atendem a grupos organizados por meio de benefícios concentrados é maior quando a questão é saliente ou potencialmente saliente para esses grupos em particular, denominados “cidadãos atentos”, e não o é para os denominados “cidadãos desatentos”. Essa tendência também é maior quando o legislador que assume a condução da proposta empreende esforços para apoiar esses grupos, criando rastreabilidade do processo decisório (por meio de uma maior transparência desse processo, por exemplo). Dessa forma, esses cidadãos atentos, que seriam os grupos organizados, são capazes de identificar os seus apoiadores sem que haja maiores reações da sociedade em geral. As pessoas que compartilham interesse particular e que estão organizadas em grupos são atentas ao que acontece no Congresso e operam através de lobistas e das comissões, em contato direto com os líderes da coalizão e com os legisladores. Dessa forma, tais grupos têm incentivos para recompensá-los ou puni-los por suas ações e, assim, possuem vantagens na aprovação de propostas de seus interesses (ARNOLD, 1990). A maioria das políticas governamentais beneficia grupos organizados de cidadãos ao invés de eleitores individuais (PALMER-RUBIN, 2016).

Ocorre que, como já mencionado, os legisladores não agem somente respondendo a pressões e a interesses específicos de públicos atentos, mas frequentemente antecipam políticas que, em sua avaliação, podem influenciar a atitude do eleitorado no momento da votação, sem que necessariamente estejam ligadas a um ganho específico. É feita, portanto, uma avaliação das “preferências potenciais” em um momento futuro. Isso acaba por criar condições favoráveis para que o Congresso também apoie políticas de interesse geral ou difuso, ou seja, políticas de benefícios amplos para a sociedade, mesmo que haja incidência de custos concentrados sobre determinado segmento. Nesse caso, a pressão eleitoral emerge se a questão é saliente ou potencialmente saliente para um número substancial de cidadãos e se o empreendedor da proposta for talentoso e lutar pela defesa dos interesses desse público, criando visibilidade do processo e, portanto, rastreabilidade da ação do legislador. Essa exposição é fundamental para a aprovação dessas propostas, visto que as decisões são tomadas levando-se em conta ações de

futuros competidores nas eleições, que poderiam associar os nomes dos legisladores a um posicionamento indesejado ao olhar do seu eleitorado (ARNOLD, 1990).

Há de se considerar, contudo, que caso haja um desejo sólido em prover benefícios concentrados sem despertar reações contrárias do eleitorado, os líderes, em acordo com os legisladores, acabam adotando procedimentos que camuflam as ações individuais e destroem a cadeia de rastreabilidade entre resultados e ações individuais dos legisladores. Há diversas formas possíveis de reduzir a visibilidade desse processo e, portanto, de minimizar o julgamento eleitoral, seja pela delegação de autoridade ao Executivo, pela realização de reuniões secretas para discussão das matérias, pela votação sem registro nominal ou pela inserção de questões nos chamados “projetos ônibus”, que são projetos extensos e que tratam de vários assuntos diferentes. A definição das rotas procedimentais dependerá das decisões dos líderes de coalizão e da reação dos demais legisladores a elas (ARNOLD, 1990).

A estrutura institucional pode, portanto, fortalecer interesses concentrados em detrimento de interesses difusos (SCHNEIDER; BALTZ, 2004), por meio da redução da transparência e, conseqüentemente, do controle sobre os resultados das políticas. O aumento da assimetria de informação entre os eleitores e seus agentes políticos, com conseqüente majoração dos custos de monitoramento dos atores públicos, permite que os formuladores de políticas cedam às demandas de grupos de interesse sem que os eleitores os punam por isso (DUR; BIÈVRE, 2007).

O modelo de Arnold (1990) considera ainda que as pessoas dão valor a muitas coisas que não contribuem para o seu próprio bem estar material. Por exemplo, projetos direcionados a pessoas com deficiência são populares mesmo entre pessoas que não compartilham da deficiência. Da mesma forma, projetos que tratam de proteção de espécies e de áreas verdes são bem vistos pela população em geral. Isso se deve à crença de que o governo tem o dever de assistir os grupos menos afortunados da sociedade e de prover benefícios gerais para as gerações presentes e futuras. Desse modo, é possível que haja apoio a propostas com benefícios concentrados em determinados segmentos ou mesmo difusos na sociedade, que estariam ligadas não à racionalidade instrumental, mas a valores compartilhados sobre políticas ideais para a sociedade como um todo. Defesas de matérias dessa natureza acabam por permitir vinculação da imagem do parlamentar a um estereótipo ideal (LEMOS, 2001).

Destaca-se ainda que Arnold (1990) descobriu, de certa forma, o entendimento tradicional acerca do apoio congressional aos programas com benefícios geográficos concentrados. Segundo esse autor, proposições dessa natureza que possuam poucos efeitos de grupo ou efeitos gerais não são muito bem sucedidos no Congresso, apesar de defendidos pelos

parlamentares oriundos da região beneficiada. O apoio a tais proposições evita risco de futura associação do nome do parlamentar ao voto contrário à região e cria oportunidade para *credit claiming* e publicidade grátis, ambos importantes para a reeleição. Todavia, para atrair legisladores suficientes para a aprovação da proposta, os proponentes acabam tendo que ampliar a distribuição de benefícios por meio dos critérios de elegibilidade, o que acaba por reduzir os benefícios individuais e, conseqüentemente, o entusiasmo na defesa da matéria. Desse modo, esses programas podem até ser aprovados e ficar vigentes por muito tempo, mas são vulneráveis a ataques (podem perder orçamento ou ser combinados a outros programas). Quando são associados a benefícios de grupos, ficam mais consistentes, tendo em vista a possibilidade de formação de uma base de apoio mais estável (ARNOLD, 1990).

O modelo de Arnold (1990) traz, portanto, uma ampliação do conceito de conexão eleitoral, explicitando que a tendência de concentração de benefícios não se dá com base somente na localização geográfica do eleitorado e na relação com grupos específicos de interesse. Identifica também a hipótese de apoio congressional de benefícios difusos, que atendem aos interesses gerais ou comuns, de forma a contemplar preferências potenciais do eleitorado, a construir uma imagem de representante ideal, a defender valores compartilhados sobre políticas ideais para a sociedade, e a firmar posições em questões importantes para o eleitorado. Os parlamentares podem deixar de agir de forma responsiva ou sob o domínio absoluto da vontade do eleitorado quando julgarem que a reeleição não se encontra sob risco. Isso acontece, por exemplo, quando há redução da transparência do processo para favorecimento de segmentos específicos, sem que haja mobilização contrária do eleitorado (LEMOS, 2001).

No Brasil, o estudo da geografia do voto realizado por Carvalho (2003), relativo ao período de 1994 a 1998, identificou diferentes formas de concentração/dispersão do eleitorado, que conformariam os distritos informais e que teriam influência sobre o comportamento legislativo. Foi utilizada no estudo a tipologia de “distritos” informais desenvolvida por Ames (2001), que os classifica em: (i) concentrados-dominantes; (ii) concentrados-compartilhados; (iii) dispersos-dominantes; e (iv) dispersos-compartilhados.

O distrito concentrado e dominante abrange uma região de municípios geograficamente contíguos a um município particular em que a votação do candidato é expressiva. Esse padrão, em geral, é associado a uma trajetória prévia na política local, como em posições de ex-prefeitos e de ex-vereadores, e acaba incentivando o comportamento paroquialista (CARVALHO, 2003).

O distrito fragmentado-dominante é caracterizado pela dispersão da votação por vários municípios, porém com alto grau de dominância média, ou seja, nesse caso, observam-se altas votações em determinados municípios não contíguos. Esse tipo de distrito está associado a candidatos que possuem capacidade de estabelecer redes de apoio difusas, muitas vezes por meio do apoio político de prefeitos e outras lideranças locais. A ocupação prévia de postos em órgãos da administração pública estadual e a implementação de políticas distributivistas na região pode favorecer a formação dessa rede (CARVALHO, 2003).

Já o distrito concentrado-compartilhado é identificado pela alta votação nas capitais e nos grandes centros urbanos. Tendo em vista a grande dimensão desses colégios eleitorais, o candidato eleito não obtém a hegemonia dos votos, porém alcança setores de opinião difusos nessas localidades. Nesse caso, o voto estaria mais ligado à tomada de posição em relação a temas do que à distribuição de benefícios particularizados (CARVALHO, 2003).

Por fim, o tipo fragmentado-compartilhado identifica o padrão de votação baixa e geograficamente difusa. Os candidatos eleitos em distritos dessa categoria possuem projeção em todo o estado e possuem menor dependência das redes locais. Esse perfil de votação pode resultar do prestígio político adquirido com a ocupação de cargos de expressão estadual ou nacional ou da mobilização de um voto mais ideológico ou de caráter religioso (CARVALHO, 2003).

O cruzamento do perfil de distribuição dos votos, como explicitado acima, com variáveis comportamentais dos parlamentares, permitiu identificar que os deputados com padrão geográfico de distribuição de votos dominante seguem a lógica do paroquialismo, com foco estrito sobre os interesses das bases. Já os de padrão de votação não-dominante tendem a defender políticas de impactos mais amplos ou difusos na sociedade (CARVALHO, 2003).

Observa-se, portanto, que a distribuição do eleitorado exerce influência sobre os diferentes tipos de políticas defendidos pelos parlamentares. Esse achado confirma a premissa da teoria da conexão eleitoral ampliada de Arnold (1990) de que a responsividade do congressista depende das preferências potenciais de seu eleitorado e reforça que a previsão sobre tais preferências é feita de forma agregada, considerando-se o nível de dispersão desses eleitores.

A tendência que os legisladores têm de atender aos interesses ou às preferências de seus eleitores pode, também, ser mitigada por um forte sistema partidário que force os políticos a trabalhar em conjunto em torno de uma agenda presidencial. No Brasil, a despeito da fraqueza partidária na arena eleitoral, vários estudos começaram a resgatar o papel dos partidos políticos no Congresso Nacional, ao observarem que os procedimentos legislativos centralizam poderes

nas mãos dos líderes partidários, o que torna menos provável o comportamento individualista do parlamentar do que na legislatura dos EUA (FIGUEIREDO; LIMONGI, 1995; SANTOS, 1997, 1999; AMORIM NETO, 2000). Dessa forma, os presidentes seriam capazes de governar, apesar do sistema partidário fragmentado.

Dada a complexidade do sistema político, tanto a interpretação partidária como a da conexão eleitoral, mesmo em seu conceito ampliado, convivem na arena decisória e resultam em arranjos que dependem do equilíbrio entre interesses políticos em um determinado período (MELLO, 2017). Assim, os legisladores, apesar de condicionados a seguir os líderes partidários quando estão no cargo, atuam também de acordo com o tipo de conexão estabelecido com o seu eleitorado durante o mandato, e não apenas durante as eleições, e isso pode se dar tanto por meio da defesa de políticas paroquialistas como de políticas universalistas. A CF/88 (BRASIL, [2020]) ampliou os poderes legislativos do Presidente, concedendo-lhe prerrogativas de ampla iniciativa legislativa, de requisição de urgência para suas proposições e, sob determinadas condições, de edição de MPs com força de lei, favorecendo o controle de agenda pelo Poder Executivo (SANTOS, 2003; FIGUEIREDO; LIMONGI, 1999, 2006, 2007). Ademais, as regras regimentais do Congresso, que permitem que os líderes partidários imponham disciplina, são ferramentas úteis em votações de projetos de interesse do Presidente da República (FIGUEIREDO; LIMONGI, 1999); todavia, são mais efetivas em políticas que tenham impacto limitado nas perspectivas eleitorais, em especial dos membros da coalizão de governo. Se o Presidente conta com o apoio de parlamentares para os quais o fornecimento de benefícios particularistas é uma das ferramentas mais importantes para a reeleição e para a manutenção do seu *status* político em seus estados de origem, e se a agenda presidencial ameaça tais benefícios, os incentivos para cooperarem serão limitados (MELLO, 2017).

Esses legisladores clientelistas têm maior interesse nos esquemas discricionários, ou seja, em políticas que distribuem benefícios e que não sejam tão bem regulamentadas, de modo a permitir que os gestores locais tenham margem de manobra para direcionar tais benefícios, tendo em mente as possibilidades de retorno eleitoral. Assim, em decorrência da pressão partidária e do pertencimento à coalizão, poderão até apoiar determinados gastos sociais programáticos bem regulamentados propostos pelo Executivo, que não tragam tanto crédito aos operadores locais da política, mas que também não gerem prejuízo à sua clientela, mas, em algum momento, tentarão emplacar as políticas que permitirão atender às demandas particularistas (MELLO, 2017).

4.4 ATUAÇÃO PRESIDENCIAL: POLÍTICAS DE IMPACTO NACIONAL

No Brasil e em grande parte da América Latina, os presidentes são os únicos funcionários eleitos vinculados a um círculo eleitoral nacional. Esse alcance nacional incentiva os presidentes a desenvolverem uma resposta coerente e centralizada aos problemas sociais, e a resistirem aos apelos das redes clientelistas localizadas. Além disso, diferentemente dos legisladores, eles são responsabilizados pelo público por praticamente todos os aspectos do desempenho nacional. Dessa forma, apresentam preferências por políticas de desenvolvimento nacional e por políticas sociais programáticas. Os incentivos nesse sentido ocorrem porque os presidentes se preocupam igualmente com a reeleição ou com quem se tornará presidente depois que deixarem o cargo. Geralmente, não abandonam completamente a política da linha de frente e consideram a possibilidade de concorrer a um terceiro mandato não consecutivo (MELLO, 2017).

Não é possível vencer eleições presidenciais com base no fornecimento de acesso privilegiado a pequenos grupos de eleitores. Ao contrário, os candidatos devem obter o apoio de uma maioria, que inclui tanto os clientes como os que não têm acesso à proteção oferecida por uma rede clientelista. Dessa forma, devem se esforçar para elaborar políticas sociais aceitáveis em todo o país – tanto para os potenciais beneficiários quanto para os eleitores mais ricos, que pagarão os custos da redistribuição de renda (MELLO, 2017).

Importante destacar que, quando a conexão dos presidentes com os seus próprios partidos é mais fraca, eles tenderão ao desenvolvimento de legados universalistas. Quando a conexão é forte, no entanto, eles terão que equilibrar esses incentivos com os desejos de seus partidos por mais gastos clientelísticos, a fim de manter suas redes de influência. Segundo Palmer-Rubin (2016), quando um partido é eleitoralmente forte, ele prioriza organizações em seu círculo eleitoral principal, ou seja, organizações de interesse ligadas ao partido, a fim de manter o suporte dessas organizações e fortalecer seus esforços no recrutamento, o que acaba por aumentar a base do partido.

Mello (2017) atestou que os candidatos à presidência que estejam concorrendo à reeleição ou que sejam apoiados pelo presidente em exercício se beneficiam com as urnas de programas presidenciais de combate à pobreza baseados em regras, ou seja, programas que disponham de ampla regulamentação, com regras de acesso claras e objetivas e que confirmam baixo nível de discricionariedade ao gestor ou ao executor da política, no momento da implementação. Entretanto, sua participação nos votos não é sistematicamente afetada por programas altamente discricionários, formalizados em legislações mais simples, que permitem

manipulação pelos executores da política no sentido de recompensar clientes ou punir detratores.

Segundo Cox e Morgenstern (2001), um presidente forte, ao negociar com legislaturas reativas as políticas de impacto nacional, busca o apoio de partidos programáticos primeiro e depois distribui oportunidades clientelistas aos elementos mais paroquiais da legislatura, conforme necessário. Em teoria, se um presidente pudesse reunir uma coalizão grande o suficiente de partidos programáticos em apoio a uma agenda de compromisso, o clientelismo poderia ser tratado como apenas uma estratégia complementar. Os presidentes definiriam a agenda e as legislaturas poderiam reagir a ela, procurando forçar o Executivo a levar em consideração suas preocupações, pelo menos em parte.

Considerando a existência de interesses clientelistas entre os legisladores brasileiros, a construção de um arcabouço programático de políticas públicas é favorecida quando os presidentes dispõem de recursos que lhes confirmam vantagem no desenho e na implementação das políticas bem como no processo orçamentário, de forma a garantir o financiamento dessas novas políticas. A CF/88 (BRASIL, [2020]) aumentou drasticamente os poderes da presidência, fornecendo-lhe o controle sobre o orçamento e sobre as nomeações para os cargos do governo. Assim, tais recursos são utilizados para a cooptação do apoio dos legisladores em várias áreas, inclusive as de políticas sociais. Dessa forma, os presidentes acabam envolvidos em um delicado ato de equilíbrio. Eles dão aos legisladores clientelistas o controle dos recursos necessários para manter e expandir suas redes de sustentação eleitoral; em troca, no entanto, exigem apoio às políticas baseadas em regras, cuja aprovação ajuda a promover o presidente. Esse sistema criou estabilidade política, forçando o Congresso e o presidente a se comprometerem com suas diferentes prioridades de gastos, resultando na realidade atual, em que os recursos devem ser divididos entre iniciativas programáticas e clientelistas, sem que um derrote decisivamente o outro (MELLO, 2017). Tendo em vista os poderes institucionais do Presidente da República, de edição de MPs e de requerimento de urgência, e a maior facilidade de organizar o apoio partidário em plenário, ele consegue um maior controle da agenda nessa arena e, por consequência, maior quantidade de aprovação nessa instância em relação às comissões (ALMEIDA, 2018).

4.5 PRODUÇÃO DE POLÍTICAS DE SAÚDE: CONEXÃO NORMATIVA (EM RISCO) E MAIOR CAPACIDADE INSTITUCIONAL DO EXECUTIVO

Após a promulgação da CF/88 (BRASIL, [2020]), os atores do sistema político, ao conformar suas propostas de políticas de saúde, devem levar em consideração as diretrizes contidas no texto constitucional. Esse condicionamento é denominado por Gomes (2011) de “conexão normativa”, que limita as opções dos atores e cria uma espécie de caminho dependente da trajetória (*path dependence*). A criação do SUS pela Carta Magna representou um marco decisivo para a definição do rumo do setor no país, em resposta a uma intensa mobilização social e aos debates realizados em 1986, durante a VIII Conferência Nacional de Saúde.

As diretrizes constitucionais determinaram que esse sistema fosse público, universal, e que provisionasse atenção integral e gratuita a todos que dele necessitassem, sem distinção. Ocorre que a CF/88 (BRASIL, [2020]) previu ainda os princípios da governabilidade com *accountability* e da responsabilidade orçamentária, que também deveriam ser observados pelos tomadores de decisão no momento da formulação de qualquer política pública. Dessa forma, o processo de implantação de políticas de saúde passa necessariamente pela complexa ponderação entre a necessidade de ampliação de oferta de ações e de serviços de saúde e a disponibilidade de recursos, tendo em vista a competição existente entre os diversos setores estatais (GOMES, 2011).

Como foi descrito na seção 2.3, Baptista (2010) identificou três grandes momentos nos primeiros 15 anos pós-1988, no que se refere à produção de políticas de saúde: “o primeiro, de definição da base institucional do SUS (1990-1994); o segundo, de expansão de políticas técnicas e específicas de saúde, seguidas de uma política de regulação do mercado em saúde (1995-2000); e o terceiro, de retorno de políticas específicas diretamente atreladas a um projeto do Governo Federal (2003-2006)”. Essa distinção das matérias de proposições legislativas de saúde ao longo dos anos revela uma migração de um cenário fundamentalmente estruturante do setor para um em que predominam as políticas setoriais, indicando a importância do contexto político-institucional para a definição da agenda legislativa.

Godoi (2008) e Baptista (2010) identificaram, no pós-88, o crescimento no número de leis que criam programas de saúde ou ações específicas, supostamente resultantes de demandas de grupos de interesse, motivados pela dificuldade de acesso e problemas de cobertura do sistema de saúde. Trata-se de políticas destinadas ao atendimento de determinadas doenças, agravos ou segmentos populacionais, ao fornecimento de medicamentos e de outros insumos

terapêuticos, e à realização de ações de prevenção, tratamentos e até de procedimentos clínicos. Considerando os mandamentos de atendimento à saúde universal, integral e igualitário previstos na CF/88, essas leis podem alterar a lista de prioridades definidas pelas equipes técnicas da saúde e acabar desconfigurando o sistema de saúde definido constitucionalmente.

Na opinião de Baptista (2010), essas políticas “segmentam o direito à saúde, discriminando direitos para alguns grupos”, o que pode produzir um ordenamento jurídico sanitário muito fragmentado, já que grupos de pacientes mais coesos e com mais recursos de organização obtêm mais sucesso na luta por leis específicas que contemplem seus interesses, em detrimento de leis de alcance geral ou difuso. Para Lucchese (2009), esse fenômeno tende a levar ao agravamento da desigualdade na atenção à saúde dos brasileiros, o que seria uma afronta ao princípio da equidade, e, de certa forma, uma negação da conexão normativa.

Merece destaque o fato de o Executivo possuir certa primazia em legislar sobre a saúde, visto que possui vantagens institucionais e aspectos organizacionais do processo que o favorecem. Esse poder possui prerrogativa constitucional de iniciativa privativa em matérias afetas à organização administrativa, criação de órgãos e gestão de recursos humanos nos serviços públicos. Ademais, como tem maior controle sobre o orçamento, possui maior flexibilidade em estabelecer políticas com impacto orçamentário e financeiro (GOMES, 2011). Dessa forma, segundo Godoi (2008), as leis presidenciais “alcançam setores ou áreas da política de saúde que, por força de dispositivos constitucionais, estão inacessíveis aos parlamentares pela via legislativa”. Quanto aos aspectos organizacionais, o Executivo pode se utilizar do sistema partidário para obter apoio de sua base de coalizão para aprovação de suas propostas, conforme descrito na seção anterior.

Nesse contexto, ao tratar dos padrões diferentes de autoria entre Executivo e Legislativo observado no período de 1990 a 2006, Baptista (2010) estatuiu que “enquanto o primeiro buscou legislar, principalmente, políticas que se referem à administração, regulação e organização setorial, o segundo buscou atender a demandas mais diversificadas e que representam os interesses de grupos específicos, [...] corroborando o que diz a literatura sobre a forma de atuar do Legislativo”.

Gomes (2011) estudou o conteúdo das proposições apresentadas no período de 1999 a 2006 empregando a primeira versão da classificação temática da saúde (GOMES; CARVALHO; REIS, 2009), desenvolvida pelo Grupo de Pesquisa e Extensão sobre Saúde da Câmara dos Deputados, que considerava a saúde num sentido amplo, e incluía as seguintes categorias: ações e serviços de saúde, redução de riscos à saúde, benefícios (no sentido de vantagens decorrentes da situação de saúde), outros direitos, e projetos simbólicos (geralmente

sobre dias comemorativos). Nesse estudo, identificou que os grupos de ações e serviços de saúde e de benefícios foram os mais frequentes em todas as vias (constitucional, complementar e ordinária) e em ambas as Casas (Senado Federal e Câmara dos Deputados), mas com proporção relevante do grupo de redução de risco de doença e dos projetos simbólicos na via ordinária. Godoi (2008) também encontrou em seu estudo, que contempla o período de 1988 a 2008, a predominância da adoção de programas e ações de saúde e de questões de natureza simbólica. Com base nessas características da produção de políticas públicas de saúde já delineadas pela literatura, foi possível elaborar hipóteses relativas à produção legislativa nos mandatos Lula II e Dilma I, conforme descrito no próximo capítulo.

5 INTERAÇÕES ENTRE OS PODERES E RESULTADOS DE POLÍTICAS DE SAÚDE

Considerando os resultados de taxas de sucesso e de dominância obtidos para as políticas de saúde no período de 1999 a 2014, os quais, de forma sumária, demonstraram tímido desempenho dos governos petistas nas vias complementar e constitucional, comparativamente a FHC II, e expressiva participação parlamentar na via ordinária não orçamentária, procurou-se realizar uma avaliação qualitativa da atividade de iniciação e de aprovação de políticas de saúde no período dos Governos Lula II e Dilma I. Essa avaliação foi realizada com o intuito de compreender melhor o funcionamento do sistema político, partindo-se da análise do conteúdo abordado nesse período referente à temática da saúde.

5.1 HIPÓTESES

São descritas a seguir as hipóteses centrais deste capítulo, que foram testadas para as políticas de saúde apresentadas nos mandatos Lula II e Dilma I.

No Brasil, o sistema presidencialista, com partidos enfraquecidos, em combinação com o sistema eleitoral de lista aberta, tende a incentivar que os parlamentares brasileiros busquem distribuir benefícios, de modo a maximizar suas chances de reeleição (MAINWARING, 1991; SHUGART; CAREY, 1995; RICCI, 2003). Desse modo, segundo essa visão e considerando que estudos demonstraram a preferência do Legislativo por proposições de impacto na população nacional ou em grupos amplos da sociedade (LEMOS, 2001; RICCI, 2003; AMORIM NETO; SANTOS, 2003):

Hipótese 1: As proposições de iniciativa do Legislativo possuem, em todas as vias, natureza predominantemente distributiva, ou seja, preveem benefícios direcionados a setores ou a grupos específicos, mesmo que sejam amplos grupos da sociedade, dispersos em todo o território nacional (como os grupos vulneráveis: os idosos, as crianças, os economicamente vulneráveis, etc.).

Segundo o conceito de conexão eleitoral ampliado, os congressistas tendem a propor/apoiar não apenas políticas de benefícios concentrados (a grupos de interesses ou a regiões geográficas), mas também políticas de benefícios difusos, tendo em vista o interesse em atender a preferências potenciais futuras de seus eleitores, em construir uma imagem de

representante ideal, em defender valores amplamente aceitos ou em firmar posições em questões importantes para o eleitorado (ARNOLD, 1990; LEMOS, 2001). Assim:

Hipótese 2: A atividade de iniciação parlamentar também é marcada por políticas que preveem benefícios difusos por toda a sociedade.

Considerando que os presidentes são orientados a apoiar políticas de impacto nacional, destinadas a solucionar os diversos problemas encontrados na sociedade (MELLO, 2017):

Hipótese 3: As proposições do Executivo contemplam maiores proporções de políticas que preveem benefícios difusos.

Segundo os achados de Mello (2017), as políticas distributivas de iniciativa presidencial são predominantemente programáticas e orientadas por regras de acesso claras e definidas, além de possuírem coerência com uma agenda de políticas de desenvolvimento nacional. As de origem parlamentar, por sua vez, possuem alto nível de discricionariedade, ou seja, não possuem as condições de acesso e de funcionamento tão bem delimitadas pela norma, de modo a conferir maior liberdade ao operador local. Tendo em vista tais achados:

Hipótese 4: As políticas de natureza distributiva aprovadas de iniciativa do Executivo possuem baixo nível de discricionariedade, enquanto as de origem parlamentar possuem alto nível de discricionariedade.

As políticas de iniciativa parlamentar são predominantemente aprovadas em comissões, ao passo que as de origem presidencial são, em sua maioria, aprovadas em plenário, em processo extraordinário, ou seja, via utilização dos recursos de requerimento de urgência ou de MPs, que aceleram o trâmite processual legislativo (ALMEIDA, 2015). Considerando que a teoria distributivista da escolha racional considera que as comissões são as instâncias propícias para a aprovação de políticas de distribuição de benefícios de interesse parlamentar:

Hipótese 5: As comissões são *loci* preferenciais de aprovação de políticas distributivas de alta discricionariedade.

Os parlamentares são constrangidos por regras e por procedimentos institucionais, marcados pela centralização nos processos de deliberação da Câmara dos Deputados, que valorizam o sistema partidário e restringem suas escolhas individuais. (FIGUEIREDO; LIMONGI, 1995; SANTOS, 1997, 1999; AMORIM NETO, 2000; MELLO, 2017). Desse modo:

Hipótese 6: A maior parte das proposições parlamentares é rejeitada, tem sua tramitação encerrada ou permanece em trâmite, porém sem deliberação, em especial as que preveem custos concentrados e que, por isso, implicariam uma arena mais conflituosa e de maior dificuldade de aprovação.

No tocante ao conteúdo das políticas de saúde, os estudos de Godoi (2008) e Gomes (2011) demonstraram uma predominância de políticas do grupo de ações e serviços de saúde. Sendo assim:

Hipótese 7: As atividades de iniciação e de aprovação dos dois poderes são caracterizadas por uma grande proporção de proposições do tema “Assistência à Saúde”, conforme tipologia do GPE Saúde (CARVALHO *et al.*, 2011), que seria a categoria que engloba os conteúdos que mais se aproximam dos abrangidos pelo grupo de “Ações e Serviços de Saúde”, predominante nas análises de Godoi (2008) e de Gomes (2011).

As políticas de saúde devem ser elaboradas conforme a conexão normativa (GOMES, 2011), muito embora tenha sido constatado o crescimento de leis que direcionam o atendimento do SUS a grupos específicos, ferindo princípios constitucionais da equidade e da integralidade (GODOI, 2008; BAPTISTA, 2010) e de leis simbólicas, que seriam leis de menor relevância. Considerando que o Presidente tem preferência por políticas de impacto nacional:

Hipótese 8: A maior parte das políticas simbólicas e de políticas assistenciais que priorizam o atendimento de grupos específicos, as ditas normas “fragmentadoras da integralidade”, possuem origem no Legislativo.

O Executivo tem iniciativa privativa em matérias relativas à gestão e à estrutura do SUS, o que lhe confere primazia na elaboração desse tipo de matéria nas vias ordinária e complementar (GODOI, 2008; GOMES, 2011). Desse modo:

Hipótese 9: O Executivo tem papel relevante na aprovação de políticas do tema “Gestão, Recursos e Pesquisa em Saúde”.

5.2 TIPOLOGIA DE WILSON (1973), CONFORME REINTERPRETAÇÃO DADA POR MÉNDEZ (1993)

A escolha da tipologia para avaliação de características do funcionamento do Executivo e do Legislativo é espinhosa, dada a natureza complexa e dinâmica tanto das políticas

como da forma de atuação dos poderes. Inúmeros estudiosos se propuseram a desenvolver tipologias de políticas públicas; todavia, o trabalho seminal de Lowi (1964, 1972), pioneiro nessa linha, é, muitas vezes, tomado como ponto de partida para novas propostas (WILSON, 1973; SPITZER, 1983; KELLOW, 2018), haja vista a robustez dos seus princípios. Optou-se por utilizar, nesta pesquisa, a tipologia de Wilson (1973), conforme reinterpretada dada por Méndez (1993), que também deriva do esquema de Lowi (1964, 1972).

O pressuposto fundamental da teoria de Lowi é o de que os diferentes tipos de políticas públicas apresentam determinadas consequências para a conformação dos jogos e dos ambientes políticos, que se revelarão mais ou menos conflitivos. Há, portanto, uma inversão da estrutura causal entre política e políticas públicas (*policies cause politics*), de forma que o tipo de política pública seja entendido como o parâmetro chave para deflagração das diferentes interações políticas. Como o resultado dessa conformação é que indicará o destino da política seja pela sua aprovação, modificação ou rejeição, pode-se dizer que a abordagem enfatiza o caráter político das políticas em contraposição à vertente anterior de estudos das políticas públicas, que entendiam as políticas como resultado de decisões racionais dos governantes (LASSWELL, 1936). Trata-se, na verdade, de um protótipo da teoria neoinstitucionalista que seria disseminada a partir de 1980, uma vez que indica, de maneira precursora, que as políticas são cruciais para a configuração de determinados formatos institucionais, que direcionam os encaminhamentos das políticas (MARQUES; FARIA, 2013).

Em sua tipologia original, Lowi (1964) identificou três áreas de políticas públicas, as quais constituiriam verdadeiras arenas de poder com tendência a desenvolver sua estrutura política própria, com processos políticos, elites e relações de grupo característicos. As três áreas referem-se, especificamente, às políticas distributiva, redistributiva e regulatória. As variáveis que diferenciavam as arenas eram: tipos de questões em disputa (*issues*), relações custo benefício, tipos de atores e de lideranças envolvidos, dinâmicas de tomada de decisão e as autoridades decisórias formais. Essas variáveis associam-se ao padrão de formação da decisão política e, por conseguinte, à formulação da política pública (RUA; ROMANINI, 2013).

A arena distributivista é marcada pela atuação altamente individualizada dos atores, os quais se relacionam por meio das trocas mútuas (*logrolling*), de forma altamente estável e com dominância do Congresso, em especial das comissões. O Presidente fica fora do processo ou participa dele como um suplicante fraco e esforçado. A única forma de o presidente se tornar hábil a entrar nesse processo é tentando converter a legislação em algo além do *pork barrel*; porém, as comissões usualmente conseguem cortar características redistributivas dos projetos distributivos (LOWI, 1972).

A arena regulatória, por sua vez, é constituída por grupos setoriais que constroem uma coalizão instável por meio de barganhas e negociações no interior de setores ou de outra linha de clivagem especial. Se o presidente é fortemente envolvido ou se está paralisado por disputas no interior de seu poder e partido, o Congresso domina o processo. O plenário o faz, não as comissões. Algumas vezes o Executivo apresenta o projeto original, outras a comissão competente, mas há muita reescrita no plenário, através de emendamento e consultas (LOWI, 1972).

A arena redistributiva é constituída pelas altas associações, que atuam por meio de estratégia cuidadosa ao longo de longos períodos, em linha ideológica. Verifica-se dominância presidencial sobre a legislação redistributiva. A criatividade de plenário é alta quando o papel presidencial é mais pronunciado, tanto para presidentes fortes ou fracos. Isso significa que os níveis da responsabilidade política nos dois poderes tendem a ser consonantes e que eles existem juntos, em contrapeso aos níveis administrativos ou burocráticos de ambos os braços. Quando o presidente é fraco, é sua burocracia e comissões do congresso, os níveis de baixa responsabilidade política, que tendem a dominar o processo. Quando o presidente é forte, é porque ele controla os níveis burocráticos (LOWI, 1972).

Posteriormente Lowi (1972), ao fazer uma releitura das funções políticas, incluiu uma quarta categoria à tipologia: a constitucional ou constitutiva, que englobaria as normas que criam estruturas e delegam a elas certos poderes e jurisdição. Esse modelo completo de Lowi (1972), composto por esses quatro tipos de políticas, agregou variáveis de classificação relacionadas à aplicabilidade e à probabilidade de coerção do Estado, que acabaram agregando complexidade ao esquema e gerando críticas ao seu potencial teórico (WILSON, 1973; COOK, 2010; KELLOW, 2018).

Como o esquema de Lowi foi definido com base na verificação empírica, por meio de estudos de casos, alguns autores argumentaram que a abordagem carecia de alguns elementos essenciais, como a demonstração clara das relações causais entre as políticas e suas arenas. Ou seja, segundo os críticos, não foi estabelecido o conjunto de motivadores causais que explicariam por que os formuladores de políticas escolhem um tipo de projeto de política em detrimento de outro, e, mais importante, como a escolha do design influencia os padrões variáveis de coalizões políticas e relações de poder (COOK, 2010). No tocante à aplicação analítica do esquema, muitas críticas fazem referência à existência de ambiguidades em sua descrição, o que geraria dificuldade de classificação em categorias estáveis, razoáveis e mutuamente excludentes (COOK, 2010). Nessa linha, Wilson (1973) considerou o esquema de Lowi ambíguo e incompleto, dada a dificuldade de distinção segura entre as arenas, exceto nos

casos extremos; a possibilidade de classificar políticas em mais de uma categoria; a existência de casos que não se adaptam ao esquema; e a alteração nos comportamentos dos grupos com o tempo. Afirmou, por exemplo, que há políticas regulatórias aprovadas sem a interferência de grupos de interesse ou com interferência modesta, e que as políticas de governo mais estruturantes são adotadas somente após uma mudança na opinião ou uma nova percepção que seja capaz de colocar na agenda pública questões que estavam na seara particular. Tal mudança raramente é promovida por grupos organizados, mas é geralmente influenciada por eventos críticos ou dramáticos, como guerras, crises e escândalos, pelo surgimento de lideranças políticas extraordinárias, pelo advento de novas elites políticas ou pelo impacto dos meios de comunicação de massa.

Wilson (1973) desenvolveu então uma tipologia alternativa, também baseada no principal fundamento do esquema de Lowi, que assume que a substância da política influencia o papel das organizações, ou seja, também admitiu a existência de arenas de poder diretamente ligadas ao tipo de questão colocada na agenda política. No entanto, defendeu que haveria necessidade de modificações em dois aspectos. Primeiramente, deveria ser feita uma diferenciação entre novas políticas e alterações a políticas existentes, dadas as particularidades que envolvem as mudanças estruturais. Em segundo lugar, as regras de categorização de difícil definição e aplicação de Lowi deveriam ser substituídas pela avaliação da incidência dos custos e benefícios. Segundo o autor, esses aspectos seriam determinantes das relações políticas que se seguem às políticas, uma vez que influenciam os tipos de grupos que se tornam politicamente ativos. Algumas propostas provocam intenso conflito de grupos de interesse, outras entram na agenda política e são aprovadas quase sem contestação (WILSON, 1973; WILSON *et al.*, 2017).

Desse modo, ao se considerarem apenas alterações ou revisões de políticas existentes, questões acerca da legitimidade da autoridade pública estariam superadas, e os questionamentos restringir-se-iam à eficácia da ação ou de sua administração. O funcionamento das arenas, nesses casos, dependeria da amplitude normativa e ideológica definida pela política inicial, ou seja, da conexão normativa, e também da incidência de custos e benefícios da política em questão (WILSON, 1973). Ao estabelecer, como critério de classificação das políticas, variáveis quantificáveis e de aplicação mais simples, que são os custos e os benefícios decorrentes dessas políticas, Wilson (1973) reduziu o nível de ambiguidade na classificação, permitiu estabelecer uma correlação entre a intensidade dessas variáveis e a atuação dos grupos de interesse e, ainda, possibilitou a sua associação a teorias explicativas do funcionamento do Legislativo e do Executivo (ARNOLD, 1990). Isso porque, conforme já discutido na seção 4.3,

a mobilização para a ação política é impulsionada quando há aumento de custos ou redução de benefícios, ou seja, ela é “orientada pela ameaça”. A atividade dos grupos de interesse é intensificada quando ela se defronta com uma ameaça visível, direta e imediata aos seus valores. Quando o custo ou benefício em questão está direcionado a um setor específico consciente de sua identidade, é mais fácil haver mobilização do que nos casos em que são direcionados a amplos grupos, sem identidade e sem padrões definidos de interação. Há também aumento do potencial de atividade organizacional quando há maior homogeneidade de interesses no interior dos setores ou localidades a que as políticas são direcionadas (WILSON, 1980).

O custo pode ser definido como qualquer ônus, monetário ou não, tangível ou não, que algumas pessoas acreditam que vão suportar se a política for adotada. Por exemplo, se um programa é mantido com novos tributos, sua cobrança representaria o custo da medida. Em outro caso, se uma dada iniciativa de política externa pode acarretar maior chance de levar a nação à guerra, este seria um custo não monetário a ser possivelmente suportado. Já o benefício é qualquer satisfação ou vantagem, monetária ou não, tangível ou não, que as pessoas acreditam que terão se a política for adotada. São exemplos de benefícios os pagamentos, subsídios ou contratos direcionados a determinadas pessoas pelos programas de governo ou, ainda, em questões de política externa, o aumento da segurança do país, a proteção de um aliado ou a proteção de algum princípio importante, como o dos direitos humanos (WILSON, 1973; WILSON *et al.*, 2017).

Importa destacar que o que afeta as interações políticas é a percepção de custos e benefícios, e não sua distribuição real, e que essa percepção depende da saliência da questão, conforme já pontuado na seção 4.3 (ARNOLD, 1990). Por exemplo, determinados custos de uma regulação direcionada a determinado setor podem ser repassados aos consumidores sem que estes tenham consciência disso. Assim, o conflito político assumirá formas distintas, a depender de quem é percebido como prejudicado. Ademais, no tocante aos benefícios, deve ser considerada a avaliação das pessoas quanto à legitimidade do grupo que se beneficia. Essa legitimidade pode ser alterada com o tempo, em virtude das alterações dos valores culturais. Isso aconteceu nos Estados Unidos com os programas de assistência financeira às mulheres com filhos dependentes. Sua instituição no início do século XX foi incontroversa, pois as beneficiárias eram consideradas merecedoras. Mais tarde, no entanto, a sociedade passou a considerá-las irresponsáveis, e o programa perdeu legitimidade (WILSON *et al.*, 2017).

Embora as percepções sobre custos e benefícios possam se alterar, uma regra geral pode ser estabelecida: as pessoas têm uma preferência por programas governamentais que lhes proporcionam benefícios substanciais a um baixo custo. Desse modo, os agentes públicos têm

um forte incentivo para oferecer programas dessa natureza ou que tenham custos remotos ou suportados por terceiros. Políticas que parecem impor custos altos e imediatos em troca de benefícios pequenos ou remotos serão evitadas, a menos que a questão se revele saliente e, portanto, desejável por um número razoável de cidadãos, como nos casos da regulação para proteção à saúde ou de nova percepção de necessidade, advinda de uma crise real ou aparente (ARNOLD, 1990; WILSON *et al.*, 2017).

Essas respostas humanas aos custos e benefícios percebidos das políticas propostas podem ser organizadas em uma teoria da política que se baseia na observação de que os custos e benefícios de uma política podem ser amplamente distribuídos (dispersos entre quase todos ou mesmo todos os cidadãos) ou estreitamente concentrados (limitado a um número relativamente pequeno de cidadãos ou a algum grupo organizado e identificável). A categorização das políticas conforme a distribuição percebida de custos e benefícios leva a quatro tipos de política, conforme esquema descrito no Quadro 1 (WILSON, 1973).

Quadro 1 - Esquema de classificação de políticas proposto por Wilson (1973)

		BENEFÍCIOS	
		Concentrados	Dispersos
CUSTOS	Dispersos	Política de Cliente	Política Majoritária
	Concentrados	Política de Grupos de Interesse	Política Empreendedora

Fonte: Wilson (1973).

Méndez (1993) reinterpreta a abordagem de Wilson (1973) ao propor a combinação das três arenas inicialmente identificadas por Lowi (1964): distributiva, redistributiva e regulatória, com a arena majoritária proposta por Wilson (1973), mantendo, contudo, os critérios de classificação sugeridos por este último, baseados na distribuição de custos e benefícios da política. Somente a designação da arena majoritária remanesceria conforme o modelo original de Wilson (1973). Da mesma forma como originalmente apresentado por Wilson (1973), nesse modelo adaptado o tipo de política também determinaria os tipos de atores envolvidos e a natureza do jogo político.

Na verdade Méndez (1993) sugere, com sua reinterpretação, que há uma equivalência entre as três arenas originais de Lowi (1964) com aquelas decorrentes das políticas de cliente, de grupos de interesse e empreendedoras de Wilson (1973), e que o critério de classificação previsto por Wilson (1973) é preferível ao de Lowi (1964). Isso significa que os tipos de atores envolvidos e a natureza do jogo político resultantes das políticas distributiva, redistributiva e regulatória seriam, no mínimo, coerentes com os resultantes das políticas de cliente, de grupos

de interesse e empreendedoras, respectivamente. Somente o critério de classificação deveria ser ajustado ao preconizado por Wilson (1973). Segundo essa nova forma de visualizar a classificação de Wilson (1973), as políticas seriam classificadas de acordo com o esquema descrito no Quadro 2.

Quadro 2- Esquema de classificação proposto por Wilson (1973) com a reinterpretação dada por Méndez (1993)

		BENEFÍCIOS	
		Concentrados	Dispersos
CUSTOS	Dispersos	Política Distributiva	Política Majoritária
	Concentrados	Política Redistributiva	Política Regulatória

Fonte: Méndez (1993).

Os estudos que empregaram tipologias ao caso brasileiro com o intuito de avaliar o funcionamento dos Poderes Legislativo e Executivo (LEMOS, 2001; AMORIM NETO; SANTOS, 2003; RICCI, 2003) enfatizaram, em determinada medida, aspectos acerca da amplitude dos impactos das políticas. Ricci (2003) utilizou em seu trabalho dois critérios de classificação. O primeiro distinguia as proposições em gerais, seccionais (as que atingem grupos específicos) ou individuais, e o segundo, se seriam de impacto nacional ou local. Amorim Neto e Santos (2003), por sua vez, categorizaram as políticas, quanto ao efeito, em: benéficas, onerantes, mistas ou neutras (conforme a imposição de custos e benefícios aos destinatários). Quanto ao nível de abrangência, utilizaram os seguintes critérios: individual, local, regional, setorial e nacional. Lemos (2001) empregou as seguintes categorias: transferência concentrada ou difusa de recursos, e regulação concentrada ou difusa de recursos.

Observa-se que Ricci (2003) não avaliou se a política implicava em custo ou benefício, dando ênfase à amplitude dos efeitos (público-alvo e impacto). Amorim Neto e Santos (2003) abordou a questão dos custos e benefícios; porém, deixou de avaliar a amplitude do impacto, ou seja, não distinguiu impactos dispersos pela sociedade dos concentrados. Lemos (2001) abordou, de certa forma, os custos e os benefícios e o grau de dispersão; todavia, não diferenciou os casos em que houvesse, ao mesmo tempo, custos e benefícios. Todos esses esquemas podem ser considerados como versões fragmentadas do esquema de Wilson (1973), que utilizam, de certa forma, alguns de seus conceitos.

Esses estudos trouxeram importantes delineamentos acerca da produção de políticas no Brasil, em especial daquelas de iniciativa parlamentar. Nesse sentido, indicaram que o atendimento de demandas geográficas não é relevante por meio de proposições legislativas não orçamentárias e que as políticas de impacto gerais ou em amplos grupos prevalecem. Amorim

Neto e Santos (2003) avançam ao identificar a prevalência de políticas parlamentares benéficas e ao inferir que tais políticas teriam implicado arenas menos conflituosas.

Na verdade, faltou a esses trabalhos definir exatamente se as políticas distribuem custos ou benefícios e, ao mesmo tempo, se esses custos são concentrados ou difusos na sociedade. Com essa análise completa, conforme o modelo de Wilson (1973) reinterpretado por Méndez (1993), neste trabalho definido como tipologia adaptada de Wilson (1973), é possível fazer previsões acerca do nível de conflito da arena, da atuação de grupos de interesse e do possível cálculo de preferência feitos pelos eleitores, que acaba condicionando a preferência dos legisladores. Ademais, a abordagem possibilita avaliar qual a margem institucional dada ao legislador para distribuição de benefícios, concentrados ou difusos, e se há disposição para impor custos a segmentos, em favor de outros grupos ou em benefício de toda a sociedade. Feitas tais considerações, segue abaixo a descrição de cada tipo de política, com suas respectivas características particulares em termos de coalizões políticas, atuação de grupos de interesse, clientes ou empreendedores.

5.2.1 Política Majoritária: Benefícios Distribuídos, Custos Distribuídos

Este tópico trata de políticas que prometem benefícios para um grande número de pessoas a um custo imposto também sobre um grande número de pessoas. Como exemplo, têm-se os benefícios do Seguro Social, a que todos poderão ter acesso e que são financiados pelas contribuições de todos os trabalhadores. Tais políticas majoritárias geralmente não são dominadas por disputas entre grupos de interesse rivais, e o nível de conflito é baixo, uma vez que a política, por beneficiar toda a sociedade e não apenas membros de grupos, não gera incentivos para mobilização. A arena é então caracterizada por apelos a grandes segmentos de eleitores e seus representantes, com o intuito de obtenção de maioria de votos para aprovação. Pode até haver controvérsia, mas ela é geralmente restrita a questões de custo ou de ideologia, não sendo observados grupos de interesses rivais (WILSON *et al.*, 2017).

O processo eleitoral geralmente garante que os legisladores tenham amplo incentivo para aumentar os benefícios amplamente distribuídos, independentemente de organizações se interessarem pelo assunto. Por esse mesmo motivo, observa-se que os partidos políticos geralmente apoiam programas com benefícios distribuídos. Assim, essas políticas tendem a ser facilmente aprovadas, em geral, sem atividade organizacional importante, principalmente quando os benefícios se dão em termos de pagamentos ou serviços públicos prontamente observáveis (WILSON, 1973).

Em certas ocasiões em que ocorre elevação súbita de custos, como no caso de aumentos de impostos para suportar programas sociais, emergem associações promovidas por empreendedores, com o objetivo de atacar tais custos. Esse ataque raramente é bem sucedido porque, concomitantemente ao surgimento de tais grupos, surgem os defensores do benefício, em um contra-ataque organizado que objetiva impedir a redução de benefícios (WILSON, 1973).

5.2.2 Política Redistributiva: Benefícios Concentrados, Custos Concentrados

Esse tipo de política é caracterizado por trazer benefícios a um grupo relativamente pequeno e identificável, e por impor custos a outro pequeno grupo igualmente identificável. Propostas que abarcam direitos trabalhistas e ao mesmo tempo geram encargos aos empregadores são exemplos dessa categoria. Como cada lado é poderosamente afetado pelo resultado da política, há um forte incentivo para que ambos se mobilizem: um grupo em favor do projeto de lei e outro, contrário a ele. Desse modo, observa-se que questões dessa natureza tendem a ser combatidas por grupos de interesse organizados dos dois lados (WILSON *et al.*, 2017). Observa-se, portanto, que há incentivos para a organização tanto dos ganhadores como dos perdedores, ambos presentes nessa arena, que entrariam em confronto direto quase sempre sob mediação do Estado. Nesse caso, o jogo político é de soma zero e o conflito é alto (MÉNDEZ, 1993).

Os órgãos governamentais que mediam as demandas de tais grupos são menos prováveis de ser capturados (ou capturados por muito tempo) por um único interesse organizado do que as burocracias que encaram um único beneficiário organizado. Mesmo após a aprovação não se encerram os conflitos organizados, uma vez que revisões, emendas e interpretações continuam sendo objeto de conflitos e, não raras vezes, são feitos esforços para revogar a política inicial (WILSON, 1973).

5.2.3 Política Distributiva: Benefícios Concentrados, Custos Distribuídos

Esse tipo de política beneficia alguns grupos pequenos e identificáveis; porém, acarreta custos a todos ou, pelo menos, a grande parte da sociedade (WILSON *et al.*, 2017). Como exemplo, citam-se benefícios para idosos, subsídios da agricultura e tarifas protecionistas de importação (WILSON, 1973). Como os benefícios são concentrados, haverá incentivo para a

mobilização dos beneficiários em torno de organizações. Contudo, como os custos são amplamente distribuídos, os valores *per capita* acabam sendo pulverizados e, em muitos casos, os prejudicados nem mesmo têm conhecimento de quaisquer custos ou são indiferentes a eles (WILSON, 1973). Não há, portanto, conscientização da condição dos perdedores e incentivo para sua organização (MÉNDEZ, 1993). Isso acontece no caso das políticas de proteção aos preços agrícolas e de regulação de preços de passagens aéreas, que acabam elevando os preços dos produtos e prejudicando o consumidor sem que este tenha ideia clara de tais efeitos (WILSON *et al.*, 2017). O jogo político seria, portanto, não conflitivo ou de soma positiva e estariam presentes, nessa arena, dois tipos de atores: o Estado e os grupos ganhadores (MÉNDEZ, 1993). Em geral, não se verifica oposição à política, podendo haver, em certos casos, apenas uma certa hostilidade de organizações (WILSON, 1973).

Tendo em vista que se trata de políticas desagregadas e desconectadas umas das outras, estas são chamadas de *pork barrel*. A formação da coalizão majoritária para aprovação dessas propostas seria possível graças ao *logrolling*, que é o acordo que os congressistas fazem de trocar seu apoio por votos em projetos de seu interesse. Da mesma forma que as políticas majoritárias, os legisladores têm um grande interesse em proporcionar políticas distributivas ao seu eleitorado, já que localidades ou grupos específicos podem ser beneficiados. Porém, nem todas as demandas são atendidas, uma vez que as reivindicações são submetidas à avaliação de legitimidade pela visão popular, fator determinante do sucesso das demandas distributivas (WILSON *et al.*, 2017).

5.2.4 Política Regulatória: Benefícios Distribuídos, Custos Concentrados

A política regulatória impõe custos substanciais a algum segmento pequeno e identificável da sociedade de modo a beneficiá-la como um todo ou em sua grande parte. São exemplos dessa categoria as políticas antipoluição e de segurança impostas aos fabricantes de automóveis, sob o fundamento de melhoria da saúde e do bem-estar de toda a população (WILSON *et al.*, 2017). O grupo que provavelmente sofreria a perda de algum privilégio ou a imposição de algum ônus tem forte incentivo para se organizar e lutar para que o encargo seja reduzido, não aumentado ou transferido a outros. Por outro lado, o grande grupo de possíveis beneficiários não tem a mesma capacidade de organização e pode não estar convencido do benefício ou considerá-lo pequeno demais para valer a pena lutar (WILSON *et al.*, 2017). Nessa arena estão presentes o Estado, os grupos perdedores e os grupos ganhadores, mesmo que estes últimos tenham presença mais limitada (MÉNDEZ, 1993).

Dada a vantagem organizacional e tática conferida aos possíveis prejudicados pela política, seria fácil supor que essas políticas raramente seriam adotadas; todavia, propostas dessa natureza têm sido adotadas com crescente frequência. Isso acontece porque tais políticas têm sido objeto da atuação dos chamados empreendedores políticos: pessoas de dentro ou fora do governo que agem em nome da maioria desorganizada ou indiferente, angariando apoio às propostas e tornando-as salientes (ARNOLD, 1990). O trabalho de tais empreendedores passa pela dramatização do problema e não necessariamente atende aos interesses da sociedade (WILSON *et al.*, 2017).

Nos casos em que eleitores ou legisladores se convencem da necessidade urgente da aprovação de uma nova política que acarrete custos a um setor, ou revelem descontentamento com o alto custo de algum benefício direcionado a um grupo, pode ocorrer aprovação da política regulatória mesmo sem a interferência de um empreendedor político. Tais situações podem surgir em decorrência de vários fatores que aumentem a saliência da questão, como crises, desastres, problemas ambientais, aumento de taxas de mortalidade, de incidência de doenças, etc. A insatisfação com os benefícios pode ocorrer, por exemplo, quando setores subsidiados impõem aumento nos preços ao consumidor, o que acaba por criar incentivos para a regulação do setor (WILSON *et al.*, 2017).

A aprovação da política regulatória não se deve, portanto, à atuação de uma organização, mas à mobilização temporária e bem sucedida de um eleitorado político. Uma crise dramática ou o apelo bem sucedido de um empreendedor de política ao público, com o hábil uso da mídia e num tom difamatório, pode colocar os oponentes em situação de desvantagem e favorecer a aprovação da oneração. Desse modo, só restará ao setor ou grupo prejudicado a tentativa de capturar a agência estatal responsável pelo controle da medida (WILSON, 1973).

5.2.5 Estratégias de classificação das políticas de saúde, segundo a tipologia adaptada de Wilson (1973)

O exercício da classificação, segundo tipologia adaptada de Wilson (1973), nem sempre é um processo simples e estático, pela própria natureza dinâmica do processo político de formulação de políticas. Após a entrada de uma questão na agenda decisória, as relações políticas dela decorrentes podem sofrer alterações a ponto de migrar de um tipo de arena para outro. Como a categorização depende da avaliação da percepção acerca da distribuição dos custos e benefícios, que nem sempre é facilmente dedutível e homogênea em toda a sociedade,

faz-se necessário avaliar quais seriam as percepções existentes e se haveria uma percepção dominante (WILSON *et al.*, 2017).

Tendo isso em mente, para fins desta pesquisa, as políticas públicas foram categorizadas nos seus termos mais legalísticos, ou seja, com base no texto formal da proposição. No caso em que as políticas de saúde estão imbricadas com políticas de outras áreas, foram avaliadas somente as disposições afetas à saúde. As diferentes categorias foram identificadas por meio da avaliação do comportamento das variáveis distribuição de benefícios e repartição de custos, em termos do nível de concentração em relação a grupos de interesse, indo da centralização em alguns grupos até a difusão a toda a coletividade, conforme esquema descrito no Quadro 2.

Considerando que a classificação deve ser realizada com base nos custos e benefícios percebidos pelos possíveis afetados pela política, e que a população em geral tem maior chance de perceber os efeitos de maior magnitude (intensidade) e de menor prazo (ARNOLD, 1990), foram considerados, nesta pesquisa, apenas os efeitos mais intensos, diretos e imediatos das políticas, depreendidos da leitura da proposição, sem qualquer análise aprofundada dos efeitos de médio ou longo prazo ou daqueles de segunda ordem, decorrentes do desencadeamento de efeito em cascata das políticas que se desenvolvem em multi-etapas. As alterações realizadas nas proposições durante sua tramitação também não foram objeto de análise, dado que as relações decorrentes do texto inicialmente proposto, muitas vezes, afetam o processo político e induzem modificações nas políticas.

Como revelado pelo próprio Wilson *et al.* (2017), há casos em que a política pode ser enquadrada em mais de uma categoria e isso ocorre não por falta de consistência e por ambiguidade do esquema, mas pela própria natureza multifacetada das proposições, que podem abarcar diversos comandos com diversos efeitos sobre diferentes públicos-alvo. Esses casos foram tratados como casos mistos e submetidos a um detalhamento em separado.

5.3 TIPOLOGIA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE: GPE SAÚDE

Considerando que o objeto de estudo deste trabalho concentra-se na política de saúde, buscou-se agregar à análise uma classificação específica que permitisse avaliar as características relacionadas à funcionalidade das proposições de origem presidencial e parlamentar relacionadas à saúde. Assim, optou-se por adotar a tipologia desenvolvida pelo Grupo de Pesquisa e Extensão do Centro de Formação, Treinamento e aperfeiçoamento da Câmara dos Deputados sobre o Legislativo e a política de saúde no Brasil (“GPE Saúde”), que

iniciou as atividades em dezembro de 2006. Essa tipologia é baseada no agrupamento de temas segundo os grandes objetivos funcionais das proposições: Assistência à Saúde; Promoção da Saúde e Prevenção e Controle de Doenças e Agravos; Direitos e Responsabilidades; Gestão, Recursos e Pesquisa em Saúde; e Demais Temas Relacionados à Saúde (CARVALHO *et al.*, 2011). Cada um desses temas é subdividido em subtemas e destaques, conforme ANEXO A, que dão maior detalhamento acerca do conteúdo da matéria.

5.4 DETALHAMENTO DAS POLÍTICAS DISTRIBUTIVAS

Considerando o achado de Mello (2017), que indica que o Presidente da República tem preferência por políticas distributivas baseadas em regras e que os legisladores, ao contrário, preferem apoiar programas clientelistas altamente discricionários, a presente pesquisa buscou analisar, mais detidamente, as políticas distributivas de iniciativa do Executivo e do Legislativo. Dessa forma, as políticas distributivas foram classificadas, quanto ao nível de discricionariedade, em alto, intermediário ou baixo, conforme o grau de regulamentação disposto na própria proposição ou na política que, por acaso, estivesse sendo objeto de alteração. Os programas com ampla regulamentação e que dispunham de regras de acesso claras e objetivas foram classificadas como de baixo nível de discricionariedade. As legislações mais simples, sem previsão de regulamentação complementar e sem definição clara dos critérios de acesso ao benefício, foram classificadas como de alto nível de discricionariedade. As que definiam poucas regras ou remetiam a regulamento complementar foram classificadas como de nível de discricionariedade intermediário.

Essas políticas distributivas também foram categorizadas conforme o segmento destinatário dos benefícios previstos na política. Desse modo os benefícios puderam se dividir em: corporativistas, educacionais, simbólicos, internacionais, regionais e os destinados a pessoa jurídica privada, a grupos vulneráveis e a entes federativos. Essa classificação permitiu avaliar melhor quais os grupos mais favorecidos pela atuação do Congresso.

5.5 METODOLOGIA

A metodologia utilizada nesta parte da pesquisa envolveu a análise de dois conjuntos de proposições com conteúdo de saúde: a de proposições apresentadas nos períodos de 2007 a 2010 (mandato Lula II) e de 2011 a 2014 (mandato Dilma I), e a de proposições iniciadas nesses períodos que haviam sido aprovadas até janeiro de 2020. Cada um desses conjuntos passou por

um conjunto de análises comuns e por algumas análises específicas para o conjunto estudado, conforme detalhamento a seguir:

5.5.1 Proposições selecionadas para o estudo

Tendo em vista a enorme quantidade apresentada de projetos de lei, para esse tipo de proposição, a avaliação da atividade propositiva concentrou-se em uma amostra aleatória, com intervalo de confiança de 95% e erro amostral de 5%, selecionada entre os projetos com conteúdo de saúde, conforme classificação feita segundo a tipologia do GPE Saúde (seção 4.3), iniciados nos períodos de 2007 a 2010 (todo o mandato de Lula II) e de 2011 a 2014 (todo o mandato de Dilma I). Esse conjunto amostral totalizou 660 projetos. No caso das demais proposições (MPs não orçamentárias, PLPs e PEC), a totalidade das proposições apresentadas com conteúdo de saúde foi selecionada para o estudo (457 proposições).

A fim de avaliar o conjunto de políticas de saúde aprovadas, por sua vez, foram selecionadas todas as proposições com conteúdo de políticas de saúde (conforme classificação feita segundo a tipologia do GPE Saúde) das vias ordinária não orçamentária, complementar e constitucional, iniciadas nos períodos de 2007 a 2010 e de 2011 a 2014 e que tenham sido convertidas em norma até janeiro de 2020. Esse conjunto totalizou 223 proposições. As normas orçamentárias foram excluídas dessa parte do trabalho, uma vez que tratam de autorizações dos gastos e de indicação das suas fontes de financiamento e, em geral, decorrem de políticas previstas em outras normas não orçamentárias.

5.5.2 Análises comuns aos dois conjuntos de proposições: apresentadas e aprovadas

As proposições dos dois conjuntos selecionadas para o estudo foram classificadas segundo a tipologia adaptada de Wilson (1973), descrita na seção 5.2, que permitiu realizar uma caracterização relativa à distribuição de custos e benefícios tanto das políticas de saúde de iniciativa do Executivo e do Legislativo apresentadas no período estudado quanto das que foram aprovadas, além de ter possibilitado a realização de inferências acerca dos tipos de arenas enfrentadas durante a tramitação dessas políticas.

Foi também realizado um levantamento acerca da distribuição das proposições selecionadas entre os quatro grupos temáticos da saúde descritos pela tipologia desenvolvida pelo GPE Saúde (CARVALHO *et al.*, 2011), conforme indicado na seção 5.3. Com isso, foi

possível identificar os tipos funcionais de políticas de saúde que mais focalizam a atenção dos poderes. Ademais, realizando-se um cruzamento desses grupos temáticos com as arenas previstas no modelo adaptado de Wilson (1973), buscou-se identificar a existência de arenas preferenciais para cada tema de política de saúde.

5.5.3 Análises específicas ao conjunto de proposições apresentadas

Para o conjunto das proposições apresentadas foi realizada uma análise da situação de tramitação de cada uma delas em janeiro de 2020 (aprovada, em tramitação, tramitação encerrada, rejeitada e vetada) por tipo de política, segundo a tipologia de Wilson (1973) adaptada. Buscou-se, com essa classificação, avaliar a existência de trajetórias preferenciais para determinados tipos de arenas.

5.5.4 Análises específicas ao conjunto de proposições aprovadas

Já o conjunto das proposições aprovadas foi avaliado quanto à variação do local de aprovação (comissões ou plenário) e do regime de tramitação (ordinário ou extraordinário), conforme o tipo de política, segundo a tipologia de Wilson (1973) adaptada. Procurou-se assim verificar se há um *locus* e um regime de aprovação predominante para determinados tipos de arenas.

As políticas distributivas aprovadas na via ordinária não orçamentária, de iniciativa tanto do Executivo como do Legislativo, foram analisadas, conforme descrito na seção 5.4, com vistas a verificar se a tendência de opção por políticas baseadas em regras pelo Executivo e de políticas discricionárias pelo Legislativo foi confirmada para as políticas de saúde iniciadas nos mandatos Lula II e Dilma I. Ademais, foram identificados os beneficiários dessas políticas, com vistas a distinguir os segmentos que exercem maior influência no sistema político.

5.6 POLÍTICAS DE SAÚDE INICIADAS EM LULA II (2007-2010) E DILMA I (2011-2014)

5.6.1 Via Constitucional

5.6.1.1 Caracterização das políticas, segundo a tipologia adaptada de Wilson (1973) e a do GPE Saúde

A atividade propositiva na via constitucional foi marcada, nos dois mandatos estudados, pela maior proporção de propostas distributivas, em relação aos demais tipos, seguida das propostas majoritárias, regulatórias, mistas e redistributivas, nessa ordem (Tabela 8). Dada a maior dificuldade de aprovação de propostas nessa via, é razoável que os parlamentares tenham concentrado maiores esforços na apresentação de propostas distributivas e majoritárias, que não possuem custos concentrados, ou seja, são políticas que não oneram grupos restritos, já que seus custos são dispersos por toda a sociedade e, em geral, não mobilizam opositores.

Por se tratar de via aplicável às políticas mais estruturantes, as quais dispõem sobre os princípios e as diretrizes necessárias à construção das políticas nas demais vias, era de se esperar uma participação relevante das políticas majoritárias, que são justamente as políticas amplas e programáticas. Todavia, tendo em vista a natureza prolixa da CF/88 (BRASIL, [2020]), que abriga não apenas normas difusas mas também regramentos específicos, e pelo interesse na demonstração, pelos parlamentares, de sua posição de defesa de interesses de determinados grupos ou setores da economia, apesar da participação relevante das políticas majoritárias, observou-se maior quantidade de propostas distributivas.

Tabela 8 - Distribuição dos tipos de PECs da área de saúde apresentadas em Lula II e Dilma I, segundo a tipologia adaptada de Wilson (1973)

Tipos de Política	2007-2010		2011-2014	
	N	%	N	%
Distributiva	27	39,13	33	60,00
Regulatória	7	10,14	5	9,09
Majoritária	26	37,68	10	18,18
Redistributiva	2	2,90	2	3,64
Mista	7	10,14	5	9,09
Total Geral	69	100,00	55	100,00

Fonte: Elaborada pela autora.

Passando-se à análise dos temas de saúde abrangidos pelas proposições apresentadas durante os Governos Lula II e Dilma I na via constitucional, conforme a tipologia do GPE Saúde, obtiveram-se os resultados demonstrados na Tabela 9. Não se verifica, nessa via, uma diversificação tão ampla de assuntos tratados como ocorre na via ordinária, uma vez que a maior parte das PECs consiste de alterações de trechos do próprio texto constitucional e trata, portanto, de assuntos que já possuem *status* constitucional.

Para as proposições iniciadas em Lula II, observa-se que o tema “Direitos e Responsabilidades”, identificado como “Direitos”, foi o mais prevalente, com destaque para as políticas relativas aos direitos trabalhistas e previdenciários, que são questões abordadas com certo detalhamento na CF/88. Já em Dilma I, o tema “Gestão, Recursos e Pesquisa em Saúde”, identificado como “Gestão”, foi o que alcançou o maior percentual, com destaque para o subtema afeto ao financiamento do setor, cuja abordagem assumiu diferentes formas: para acrescentar fontes de recursos ao setor, para flexibilizar limites de gastos com pessoal, para impedir a desvinculação de recursos, para regular o piso de gastos da União, para fixar limite mínimo de emendas parlamentares para a saúde, entre outros. Observa-se que houve, no período, um interesse especial por essa questão estruturante para o setor, quase sempre no sentido de viabilizar mais recursos para o SUS, o que contrasta com os modelos que acabaram sendo adotados ao longo do tempo, definidos com base na lógica da limitação fiscal (GOMES, 2011).

Tabela 9- Distribuição dos tipos de PECs da área de saúde apresentadas em Lula II e Dilma I, segundo a tipologia do GPE Saúde

Temas	2007-2010		2011-2014	
	N	%	N	%
Assistência	2	2,90	7	12,73
Direitos	26	37,68	12	21,82
Gestão	18	26,09	31	56,36
Prevenção	23	33,33	5	9,09
Total	69	100,00	55	100,00

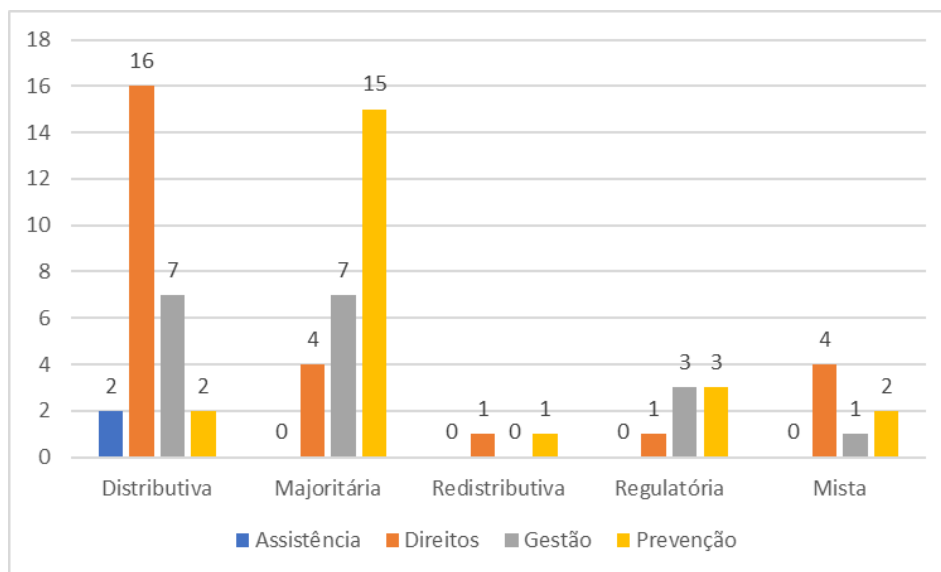
Fonte: Elaborada pela autora.

De acordo com o Gráfico 9 observa-se que, durante o mandato Lula II, as políticas apresentadas do tema “Direitos” foram predominantemente distributivas, o que revela a grande proporção de propostas relativas à concessão de direitos a grupos ou segmentos específicos da sociedade, com custos distribuídos para toda a sociedade, em geral, por meio do orçamento da

União. A apresentação de propostas do tema “Promoção da Saúde e Prevenção e Controle de Doenças e Agravos”, identificado como “Prevenção”, também foi expressiva e concentrou-se na arena majoritária, o que demonstrou o interesse em abordar os condicionantes da saúde de forma mais ampla e programática, sem definição específica de privilegiados ou prejudicados.

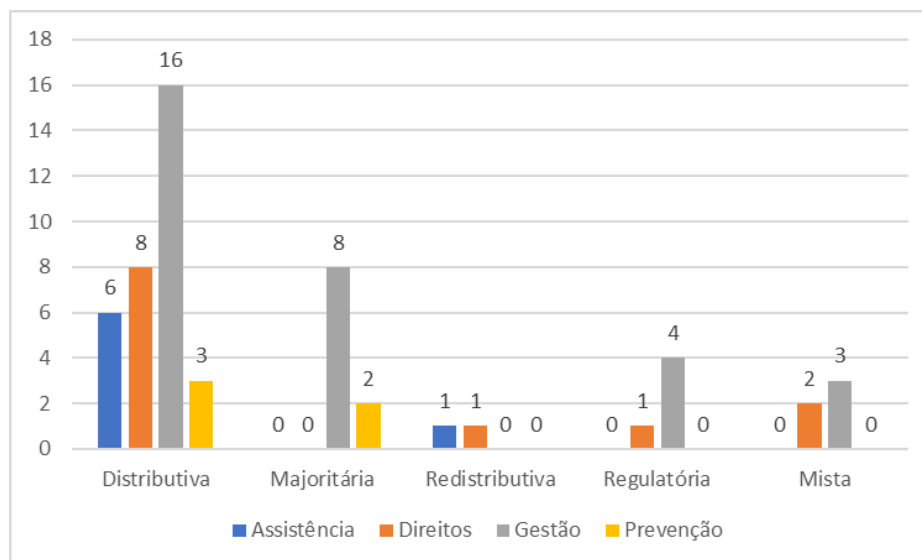
Já o Gráfico 10 revela que, durante o mandato Dilma I, as proposições do tema “Gestão” também se concentraram na seara distributiva, o que indica a propensão de concentrar benefícios mesmo em questões de cunho mais administrativo, como são as abordadas nesse grupo temático, que envolve, além do financiamento, por exemplo, matérias que tratam de questões corporativistas ligadas aos recursos humanos da saúde. Observa-se ainda relevância da arena majoritária, o que também demonstra a tendência de apresentação de políticas relativas à organização dos serviços de saúde de impacto difuso, em geral, benéficas e não conflitivas nessa via.

Gráfico 9 - Distribuição das PECs da área de saúde apresentadas em Lula II, segundo a tipologia adaptada de Wilson (1973) e do GPE Saúde



Fonte: Elaborado pela autora.

Gráfico 10- Distribuição das PECs da área de saúde apresentadas em Dilma I, segundo a tipologia adaptada de Wilson (1973) e do GPE Saúde



Fonte: Elaborado pela autora.

Uma única PEC foi apresentada pelo Poder Executivo no período estudado, indicando a baixa atividade propositiva do governo nesta via. Essa PEC, iniciada no mandato Lula II, tratava do financiamento da saúde no contexto de uma alteração mais geral do Sistema Tributário Nacional, enquadrando-se, portanto, no tema “Gestão”. Apesar de a proposta do presidente conter uma política de saúde de caráter difuso, sem custos ou benefícios concentrados, tendo sido considerada majoritária, inseria-se no bojo de uma Reforma Tributária de caráter fortemente redistributivo. Dessa forma, apesar das características da política de saúde em si indicarem uma arena política menos conflituosa e uma maior facilidade de aprovação da matéria, isso acabou não ocorrendo, tendo em vista a complexidade e a concentração de custos da proposta considerada como um todo.

5.6.2 Análise da situação de tramitação das políticas

Passando-se à análise da distribuição da situação da tramitação em janeiro de 2020 (aprovada, em tramitação e tramitação encerrada) das PECs apresentadas em Lula II (Tabela 10) e em Dilma I (Tabela 11) conforme o tipo de política, segundo a tipologia adaptada de Wilson (1973), constatou-se baixo percentual de propostas aprovadas (5,80% e 3,64%, respectivamente) e nenhuma rejeitada. A maior parte dos projetos permanecem em tramitação ou tiveram sua tramitação encerrada, principalmente, em decorrência de arquivamento em final de legislatura, prejudicialidade, devolução ou retirada pelo autor. Verifica-se, portanto, que a

proporção de propostas efetivamente deliberadas pelos colegiados da Câmara dos Deputados é efetivamente pequena.

A principal forma de liquidação de PECs é via encerramento de tramitação, em especial, de políticas majoritárias e distributivas. No caso das políticas majoritárias isso explica, em parte, o fato do alto percentual verificado para tais políticas na atividade de iniciação não ser refletido nas políticas aprovadas, já que não houve aprovação de políticas desse tipo. É de se destacar, no entanto, que um número razoável de propostas majoritárias permanece ainda em tramitação, o que possibilita, em tese, sua deliberação futura. De todo modo, se a tendência de aprovação nos mandatos subsequentes mantiver o padrão observado nesta pesquisa, o de priorização de políticas distributivistas, esse estoque tende a ter maior proporção de extinção sem deliberação do que de aprovação. É importante observar que as políticas majoritárias, apesar de não concentrarem custos em nenhum segmento específico e, por isso, não mobilizarem opositoristas, também não concentram benefícios; com isso, é comum que não contem com o suporte necessário para sua aprovação.

Observa-se também que, apesar de haver uma tendência de maior aprovação das propostas distributivas, a maior parte delas acaba tendo sua tramitação encerrada. Há, portanto, uma seletividade de propostas desse tipo que são objeto de deliberação e aprovação, o que indica que há limitações ao impulso particularista dos parlamentares. É possível que a seleção se dê com base em critérios de seleção definidos pelos líderes, com a participação da coalizão, tendo em vista o viés partidário e a centralização decisória das atividades do Congresso Nacional. Outro parâmetro a ser considerado é o que Arnold (1990) definiu como saliência da matéria, ou seja, matérias mais relevantes ou visíveis aos eleitores teriam preferência em relação às demais. A análise da distribuição das propostas aprovadas segundo as arenas será realizada na seção seguinte, a qual analisará o conjunto das proposições aprovadas.

Tabela 10- Distribuição da situação de tramitação das PECs da área de saúde apresentadas em Lula II, segundo a tipologia adaptada de Wilson (1973)

Tipos de Política	2007-2010						TOTAL %
	Aprovada		Em tramitação		Tramitação Encerrada		
	N	%	N	%	N	%	
Distributiva	3	4,35	12	17,39	12	17,39	39,13
Majoritária	0	0,00	7	10,14	19	27,54	37,68
Redistributiva	1	1,45	0	0,00	1	1,45	2,90
Regulatória	0	0,00	2	2,90	5	7,25	10,14
Mista	0	0,00	3	4,35	4	5,80	10,14
Total Geral	4	5,80	24	34,78	41	59,42	100,00

Fonte: Elaborada pela autora.

Tabela 11- Distribuição da situação de tramitação das PECs da área de saúde apresentadas em Dilma I, segundo a tipologia adaptada de Wilson (1973)

Tipos de Política	2011-2014						TOTAL %
	Aprovada		Em tramitação		Tramitação Encerrada		
	N	%	N	%	N	%	
Distributiva	2	3,64	13	23,64	18	32,73	60,00
Majoritária	0	0,00	4	7,27	6	10,91	18,18
Redistributiva	0	0,00	0	0,00	2	3,64	3,64
Regulatória	0	0,00	3	5,45	2	3,64	9,09
Mista	0	0,00	3	5,45	2	3,64	9,09
Total Geral	2	3,64	23	41,82	30	54,55	100,00

Fonte: Elaborada pela autora.

5.6.3 Via Complementar

5.6.3.1 Caracterização das políticas, segundo a tipologia adaptada de Wilson (1973) e a do GPE Saúde

A iniciação de projetos na via complementar não apresentou, nos dois mandatos estudados, o mesmo padrão de distribuição tipológica, segundo o modelo adaptado de Wilson (1973), conforme se depreende da Tabela 12. No mandato Lula II foram apresentados, pelo mesmo autor, 114 projetos redistributivos de conteúdo muito semelhante, que tratavam de aposentadoria especial com ônus para o empregador, cuja diferença entre eles baseava-se unicamente na profissão privilegiada. Tais projetos acabaram por definir o perfil de

preponderância de iniciação de políticas redistributivas nesse período, que se sobrepuseram com ampla vantagem às políticas distributivistas, as quais ocuparam o segundo lugar no ranking quantitativo no período. Apesar de o autor ainda não ter obtido sucesso na aprovação de nenhum desses projetos³, o seu esforço surpreende pelo alto número de propostas e pela insistência no tema redistributivo da aposentadoria especial, que é um tema conflitivo, dada a previsão de imposição de custos concentrados aos empregadores. Tal esforço não encontrou caso semelhante em nenhuma outra via abrangida neste estudo e indica uma tentativa de demonstração de apoio às categorias beneficiadas pelos projetos, apesar do prejuízo aos respectivos empregadores. Esse perfil redistributivista verificado na via complementar, apesar de delineado pelo esforço de um único autor, indica a propensão, nessa via, a um maior nível de risco de conflito, com o propósito de beneficiar grupos específicos.

A despeito das circunstâncias descritas no parágrafo anterior, as quais favoreceram a predominância das políticas redistributivas em Lula II, importa destacar a relevância da participação das políticas distributivas na atividade de iniciação desse período. Se excluídos os projetos repetitivos apresentados pelo mesmo autor, as políticas distributivistas representariam cerca de 48% do total no período, percentual próximo ao obtido em Dilma I, em que os projetos distributivos representaram mais de 42%. Dessa forma, é possível concluir que, assim como verificado para a via constitucional, a via complementar também é amplamente utilizada pelos parlamentares para a defesa de interesses específicos.

As políticas majoritárias aparecem em seguida às políticas distributivas, em Lula II, e às regulatórias, em Dilma I. A participação relevante de ambos os tipos de política é coerente com a natureza regulamentadora de dispositivos constitucionais, típica das leis complementares, que pode ser expressa tanto por meio de normas programáticas mais amplas, via políticas majoritárias, como por meio de normas que estabelecem regramentos e obrigações a segmentos ou setores específicos, via políticas regulatórias.

³ Até a data da revisão deste trabalho ainda se encontravam em tramitação, todos apensados ao PLP 60/1999 (BRASIL, 1999).

Tabela 12- Distribuição dos tipos de PLPs da área de saúde apresentados em Lula II e Dilma I, segundo a tipologia adaptada de Wilson (1973)

Tipos de Política	2007-2010		2011-2014	
	N	%	N	%
Distributiva	29	16,67	36	42,35
Regulatória	9	5,17	20	23,53
Majoritária	14	8,05	12	14,12
Redistributiva	115	66,09	7	8,24
Mista	7	4,02	10	11,76
Total Geral	174	100,00	85	100,00

Fonte: Elaborada pela autora.

Passando-se à análise dos temas de saúde abrangidos pelas proposições apresentadas durante os Governos Lula II e Dilma I na via complementar, conforme a tipologia do GPE Saúde, obtiveram-se os resultados demonstrados na Tabela 13. Para as proposições iniciadas em Lula II, observa-se que o tema “Direitos” foi o mais prevalente, tendo em vista a já mencionada apresentação, pelo mesmo autor, de 114 projetos semelhantes que tratavam de aposentadoria especial, o que acabou por definir o perfil preponderante da via, tanto em relação à arena (redistributiva), como em relação ao tema (“Direitos”), como se observa pelo Gráfico 11.

Se excluídos os projetos repetitivos apresentados pelo mesmo autor, as políticas do tema “Gestão”, que aparecem em segundo lugar em termos quantitativos, se sobressairiam e representariam cerca de 46,6% do total no período, de forma semelhante ao verificado para o mandato seguinte. Em Dilma I esse tema foi preponderante, tendo alcançado mais de 50% das proposições apresentadas na via complementar.

Tabela 13- Distribuição dos tipos de PLPs da área de saúde apresentados em Lula II e Dilma I, segundo a tipologia do GPE Saúde

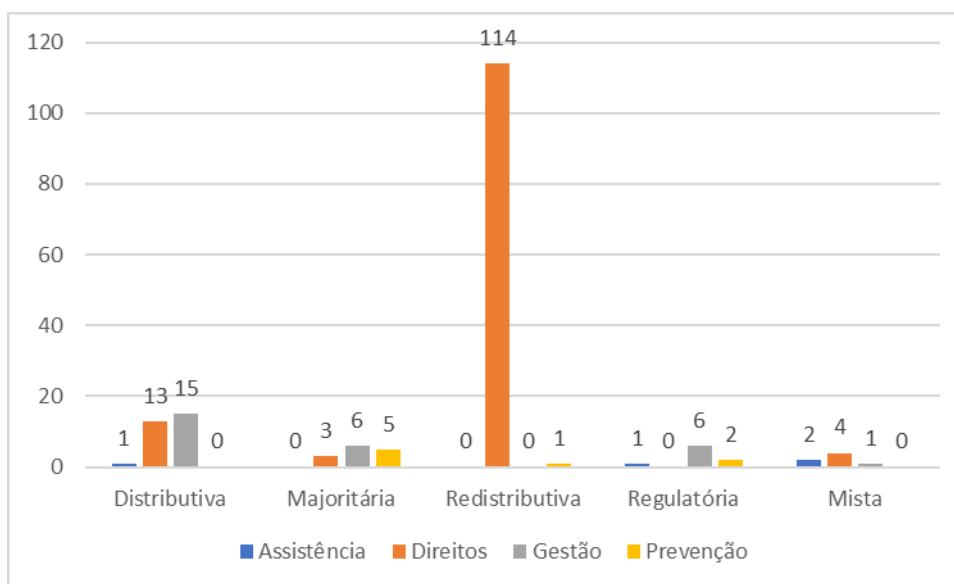
Temas	2007-2010		2011-2014	
	N	%	N	%
Assistência	4	2,30	4	4,71
Direitos	134	77,01	24	28,24
Gestão	28	16,09	43	50,59
Prevenção	8	4,60	14	16,47
Total	174	100,00	85	100,00

Fonte: Elaborada pela autora.

De acordo com o Gráfico 11 observa-se que, durante o mandato Lula II, houve um pico de PLPs do tema “Direitos”, de natureza redistributiva, apresentados pelo mesmo autor, conforme já explicado. Nesse período as políticas de “Gestão”, que aparecem em segundo lugar em termos quantitativos, foram predominantemente distributivas, assim como observado no mandato subsequente. Em Dilma I, conforme se depreende do Gráfico 12, houve uma maior proporção de políticas de “Gestão” de natureza distributiva, muito embora as políticas desse tema também tenham apresentado caráter regulatório marcante.

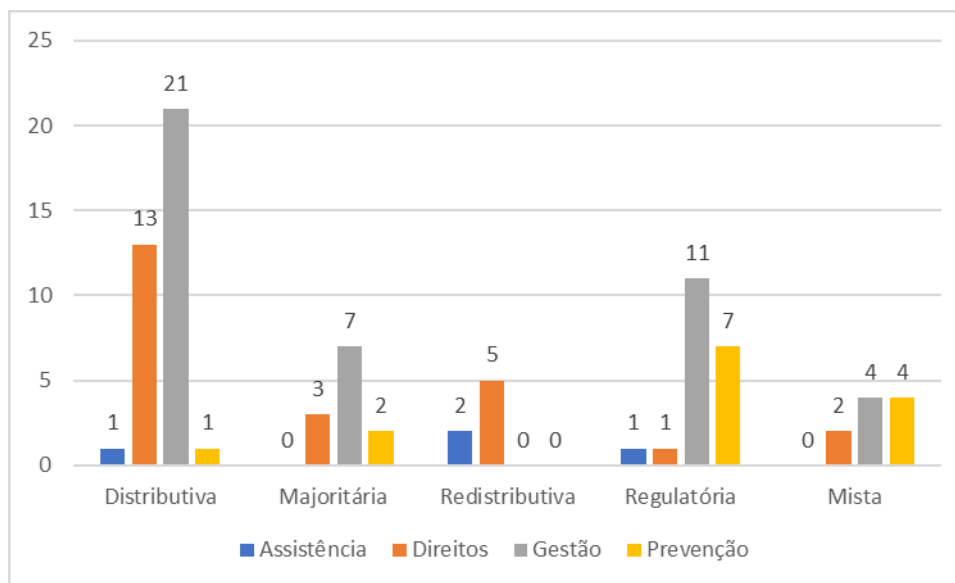
Dentre os projetos do tema “Gestão”, observou-se, nos dois mandatos estudados e da mesma forma como foi verificado na via constitucional, destaque para o subtema relativo ao financiamento do setor, o que ratifica o interesse dos parlamentares por essa questão estruturante para a saúde. Nesse caso da via complementar, além de proposições de natureza majoritária, as quais tratam de ampliação de recursos para o SUS, verificou-se um número considerável de projetos de cunho distributivo que beneficiam tanto os entes federativos, por meio da flexibilização do limite de despesa com pessoal, como certos tipos de empresas privadas que atuam no ramo da saúde, por meio de tratamento tributário favorecido.

Gráfico 11- Distribuição dos PLPs da área de saúde apresentados em Lula II, segundo a tipologia adaptada de Wilson (1973) e do GPE Saúde



Fonte: Elaborado pela autora.

Gráfico 12 - Distribuição dos PLPs da área de saúde apresentados em Dilma I, segundo a tipologia adaptada de Wilson (1973) e do GPE Saúde



Fonte: Elaborado pela autora.

O Poder Executivo apresentou apenas três projetos nessa via durante o mandato Lula II e nenhum projeto durante Dilma I. Das três proposições apresentadas em Lula II, uma abordava a regulamentação das áreas de atuação das fundações privadas, dentre elas a área da saúde, e foi classificada no tema “Gestão”, por tratar de questão relativa à organização de serviços de saúde. Como a regulamentação abarcava parâmetros amplos para o funcionamento das fundações que ainda seriam criadas, a política foi considerada majoritária. Os outros dois projetos tratavam de aposentadoria especial do servidor público, tendo sido, por isso, classificados no tema “Direitos”, e possuíam natureza mistas, com elementos distributivos e redistributivos. A existência de questões redistributivas, que conferem custos concentrados a grupos específicos, com benefícios concentrados a outros grupos, indicou uma disposição do Executivo para tentar emplacar, nessa via, projetos que não possuíam características puramente benéficas. Ou seja, apesar da baixa atividade propositiva do governo nessa via, verificou-se uma disposição do Executivo para enfrentar o risco de menor adesão aos seus projetos, seja pela falta de concentração de benefícios (na política majoritária), seja pela concentração de custos (nas políticas mistas, com elementos redistributivos). De fato, nenhum desses projetos obteve aprovação.

5.6.4 Análise da situação de tramitação das políticas

Analisando-se a distribuição da situação de tramitação, em janeiro de 2020, dos PLPs apresentados nos dois mandatos estudados, conforme o tipo de política, segundo a tipologia adaptada de Wilson (1973), constatou-se baixo percentual de propostas aprovadas, rejeitadas e vetadas (Tabelas 14 e 15). Verifica-se, portanto, que a proporção de propostas efetivamente deliberadas pelos colegiados da Câmara dos Deputados é efetivamente pequena, assim como a das deliberadas pelo Congresso Nacional e vetadas pelo Presidente da República.

O encerramento de tramitação foi responsável pela liquidação de parcela considerável dos PLPs em decorrência de arquivamento em final de legislatura, prejudicialidade, devolução ou retirada pelo autor; todavia, a maioria deles ainda permanece em tramitação. Observa-se que, nessa via, o encerramento de tramitação não foi tão expressivo como ocorreu na via constitucional e, como consequência, verificou-se um alto estoque de projetos ainda em tramitação, o que permite sua deliberação futura, porém sem garantia. Considerando a baixa taxa de deliberação, é possível que muitos desses projetos tenham tramitação encerrada em algum momento. Especial atenção deve ser dada ao grande número de propostas redistributivas apresentadas em Lula II ainda em tramitação, tendo em vista que os já mencionados 114 projetos de conteúdo semelhante, apresentados por um único autor, foram apensados e nenhum dos projetos da árvore de apensação foi ainda submetido à deliberação. Quando isso ocorrer, deverá ser declarada a prejudicialidade e o consequente arquivamento dos que não forem especificamente objeto de apreciação. A previsão de custos concentrados por tais projetos, como já abordado, favorece uma arena conflitiva e pode desestimular sua entrada na pauta de votação.

Além dos projetos redistributivos, número significativo de projetos distributivos apresentados nos dois mandatos em questão ainda se encontram em tramitação. Como já discutido para as PECs, é possível que a deliberação de tais projetos encontre restrições de natureza partidária, com participação da coalizão, e que projetos distributivos que não despertem interesse suficiente dos parlamentares, tendo em vista sua baixa saliência, sejam preteridos (ARNOLD, 1990). A análise da distribuição das propostas aprovadas segundo as arenas será realizada na seção seguinte, que analisará o conjunto das proposições aprovadas.

Tabela 14 - Distribuição da situação de tramitação dos PLPs da área de saúde apresentados em Lula II, segundo a tipologia adaptada de Wilson (1973)

Tipos de Política	2007-2010										
	Aprovada		Em tramitação		Tramitação Encerrada		Rejeitada		Vetada		TOTAL
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	%
Distributiva	0	0,00	17	9,77	12	6,90	0	0,00	0	0,00	16,67
Majoritária	1	0,57	5	2,87	7	4,02	1	0,57	0	0,00	8,05
Redistributiva	0	0,00	114	65,52	1	0,57	0	0,00	0	0,00	66,09
Regulatória	0	0,00	2	1,15	6	3,45	0	0,00	1	0,57	5,17
Mista	0	0,00	6	3,45	1	0,57	0	0,00	0	0,00	4,02
Total Geral	1	0,57	144	82,76	27	15,52	1	0,57	1	0,57	100,00

Fonte: Elaborada pela autora.

Tabela 15- Distribuição da situação de tramitação dos PLPs da área de saúde apresentados em Dilma I, segundo a tipologia adaptada de Wilson (1973)

Tipos de Política	2011-2014										
	Aprovada		Em tramitação		Tramitação Encerrada		Rejeitada		Vetada		TOTAL
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	%
Distributiva	0	0,00	29	34,12	6	7,06	1	1,18	0	0,00	42,35
Majoritária	0	0,00	8	9,41	4	4,71	0	0,00	0	0,00	14,12
Redistributiva	0	0,00	5	5,88	2	2,35	0	0,00	0	0,00	8,24
Regulatória	0	0,00	10	11,76	9	10,59	0	0,00	1	1,18	23,53
Mista	1	1,18	4	4,71	5	5,88	0	0,00	0	0,00	11,76
Total Geral	1	1,18	56	65,88	26	30,59	1	1,18	1	1,18	100,00

Fonte: Elaborada pela autora.

5.6.5 Via Ordinária Não Orçamentária

5.6.5.1 Caracterização das políticas, segundo a tipologia adaptada de Wilson (1973) e a do GPE Saúde

Ao contrário do que foi feito para as vias constitucional e complementar, a análise relativa à caracterização dos projetos de lei ordinária (PLs) iniciados em Lula II e em Dilma I não abrangeu totalidade das proposições, mas uma amostra representativa (Tabela 16). Do total da amostra dos projetos de lei propostos, os tipos que apresentaram maior percentual foram os distributivos e os regulatórios, nos dois mandatos estudados. Em seguida estão os projetos majoritários, redistributivos e mistos. Esse mesmo perfil foi observado para os projetos

iniciados pelo Poder Legislativo. Isso revela o propósito dos parlamentares de demonstrar, com a atividade propositiva, a intenção de beneficiar segmentos ou grupos da sociedade e de defender políticas de interesse geral ou difuso da sociedade, mesmo que haja uma consequente imposição de custos concentrados a setores específicos. Esse fenômeno ocorre em temas de grande saliência para um número alto de cidadãos, ou quando se deseja atender as preferências potenciais futuras do eleitorado, construir uma imagem de representante ideal e defender valores amplamente aceitos na sociedade (ARNOLD, 1990; LEMOS, 2001). Os projetos do Executivo, por sua vez, apesar do baixo número alcançado pela amostra, indicaram uma possível tendência de preferência por políticas sem custos concentrados (distributivas e majoritárias).

Tabela 16- Distribuição dos tipos de PLs da área de saúde apresentados em Lula II e Dilma I em amostra representativa, segundo a tipologia adaptada de Wilson (1973)

Tipos de Política	2007-2010					2011-2014				
	Poder Executivo		Poder Legislativo		Total	Poder Executivo		Poder Legislativo		Total
	N	%	N	%		%	N	%	N	
Distributiva	4	40,00	89	27,90	28,27	0	0,00	89	27,05	26,89
Regulatória	0	0,00	97	30,41	29,48	0	0,00	89	27,05	26,89
Majoritária	4	40,00	61	19,12	19,76	2	100,00	65	19,76	20,24
Redistributiva	0	0,00	39	12,23	11,85	0	0,00	49	14,89	14,80
Mista	2	20,00	33	10,34	10,64	0	0,00	37	11,25	11,18
Total Geral	10	100,00	319	100,00	100,00	2	100,00	329	100,00	100,00

Fonte: Elaborada pela autora.

No que se refere às MPs apresentadas nos dois mandatos (Tabela 17), essas sim analisadas na totalidade, a preferência por políticas sem custos concentrados (ou seja, distributivas e majoritárias) foi confirmada para o mandato Lula II. Em Dilma I, da mesma forma, verificou-se alta proporção de políticas distributivas; todavia, as políticas regulatórias superaram quantitativamente as majoritárias, revelando também uma faceta coercitiva do governo, de tentativa de imposição de custos concentrados em prol da difusão de benefícios. Observou-se que, para as MPs, o número de políticas mistas revelou-se mais expressivo do que para as demais proposições, tendo em vista a maior frequência de medidas de grande extensão e que abordam inúmeros e distintos temas em uma única proposição.

Tabela 17- Distribuição dos tipos de MPs não orçamentárias da área de saúde apresentadas em Lula II e Dilma I, segundo a tipologia adaptada de Wilson (1973)

Tipos de Política	2007-2010		2011-2014	
	N	%	N	%
Distributiva	15	32,61	13	46,43
Regulatória	4	8,70	6	21,43
Majoritária	12	26,09	2	7,14
Redistributiva	5	10,87	1	3,57
Mista	10	21,74	6	21,43
Total Geral	46	100,00	28	100,00

Fonte: Elaborada pela autora.

Passando-se à análise dos temas de saúde abrangidos pela amostra dos PLs que continham políticas de saúde apresentados durante os Governos Lula II e Dilma I, conforme a tipologia do GPE Saúde, obtiveram-se os resultados demonstrados na Tabela 18. No caso dos projetos de lei de iniciativa do Executivo, o baixo número de proposições na amostra não permitiu inferir nenhum padrão específico. Verificou-se, nesse caso, uma distribuição mais ou menos uniforme entre os diferentes temas da saúde.

Já no caso dos projetos de iniciativa dos parlamentares, observou-se que o tema “Prevenção” foi o mais prevalente. Trata-se de um campo temático muito amplo, especialmente ao se considerar que a tipologia é construída sob um conceito ampliado de saúde e abarca, por exemplo, nesse tema, questões afetas à prevenção de acidentes no trânsito, segurança de produtos, combate ao alcoolismo e ao uso de drogas.

Esse achado contradiz a suposição de que haveria maior proporção de políticas do tema “Assistência à Saúde”, tendo em vista a prevalência de proposições do grupo das “Ações e Serviços de Saúde” nos estudos feitos por Godoi (2008) e Gomes (2011). Contudo, não se pode afirmar que houve mudança no perfil de iniciação, tendo em vista as especificidades das tipologias utilizadas por cada autor em seus respectivos trabalhos. A tipologia utilizada por Gomes (2011), por exemplo, não considerava as matérias afetas à gestão em saúde em um tema específico, e todas as proposições dessa natureza eram consideradas no grupo de “Ações e Serviços de Saúde”. Ademais, as proposições simbólicas, de grande expressividade quantitativa, eram consideradas em uma categoria à parte, ao contrário da tipologia adotada nesta pesquisa, que as considera dentro do tema “Prevenção”, o que acaba por aumentar a proporção desse tipo de norma. Diante de tais diferenciações de ordem metodológica, consideradas as categorias previstas pela tipologia do GPE Saúde, o tema “Prevenção” revelou-se predominante.

Em seguida às proposições preventivas, na ordem de proporção das apresentadas pelo Legislativo, encontram-se, respectivamente, as políticas do tema “Direitos” e as do tema “Gestão”. As políticas do tema “Assistência” foram as menos expressivas para os dois mandatos analisados, destacando-se a maior participação do Legislativo do que do Executivo nesse tema. Isso pode ser explicado em função da já mencionada conexão normativa existente no sistema jurídico brasileiro. Tanto a CF/88 (BRASIL, [2020]) como a Lei Orgânica do SUS, a Lei nº 8.080, de 1990 (BRASIL, 1990) já são altamente amplas e garantem o acesso universal às ações e serviços de saúde e à integralidade do atendimento, ou seja, asseguram que o SUS promova todas as ações necessárias à promoção, proteção e recuperação da saúde da população. Na CF/88 (BRASIL, [2020]), esses princípios estão descritos nos artigos 196 a 200 (BRASIL, [2020]). Diante disso, a garantia legal de qualquer ação assistencial específica é considerada como fragmentação da integralidade e, em geral, não é reforçada pelo Poder Executivo. Trata-se de uma forma que o Poder Legislativo encontrou para exigir o cumprimento do que já é constitucionalmente garantido ou, ao contrário, de forçar a introdução de serviços e protocolos que não seriam adotados pelo Poder Executivo.

Tabela 18- Distribuição dos tipos de PLs da área de saúde apresentados em Lula II e Dilma I, segundo a tipologia do GPE Saúde

Temas	2007-2010					2011-2014				
	Poder Executivo		Poder Legislativo		Total	Poder Executivo		Poder Legislativo		Total
	N	%	N	%		N	%	N	%	
Assistência	3	0,91	39	11,85	12,77	1	0,30	61	18,43	18,73
Direitos	2	0,61	71	21,58	22,19	0	0,00	64	19,34	19,34
Gestão	3	0,91	38	11,55	12,46	1	0,30	47	14,20	14,50
Prevenção	2	0,61	171	51,98	52,58	0	0,00	157	47,43	47,43
Total	10	3,04	319	96,96	100,00	2	0,60	329	99,40	100,00

Fonte: Elaborada pela autora.

De acordo com os Gráficos 13 e 14 observa-se que o tema “Prevenção”, nos dois mandatos estudados, perpassou de modo relevante todas as arenas políticas, em especial a regulatória, que foi uma arena muito presente na atividade propositiva ordinária, como já mencionado. É possível promover serviços preventivos a determinadas parcelas da sociedade, por meio de políticas distributivas; regular setores cujas atividades podem apresentar impactos na saúde da população em geral, por meio de políticas regulatórias; estabelecer regras ou serviços de prevenção aplicáveis a toda a sociedade, por meio das políticas majoritárias; e

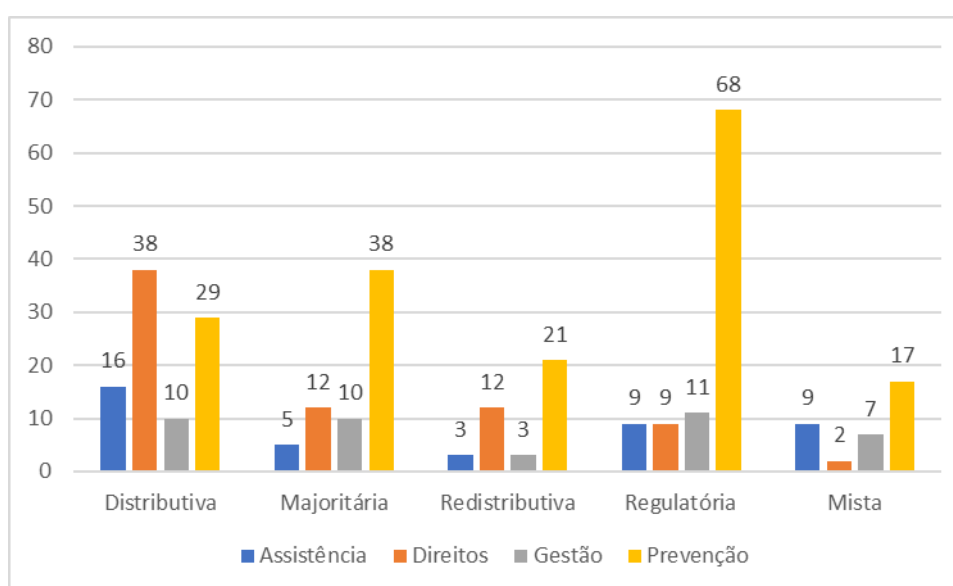
regular determinados setores em prol de segmentos sociais específicos, como nas normas de segurança do trabalho, que configuram políticas redistributivas.

O tema “Direitos”, por sua vez, apareceu com maior intensidade na arena distributiva, comparativamente às outras arenas. Esse tema representa um campo fértil para a distribuição de benefícios concentrados por abarcar, por exemplo, políticas de concessão de direitos relacionados à condição de saúde de grupos determinados, como dos idosos e das pessoas com deficiência, e os direitos concedidos às pessoas portadoras de doenças graves, como as prioridades e os benefícios fiscais.

O tema “Gestão” também foi distribuído em todas as arenas, porém com menor intensidade na redistributiva. Isso indica que os projetos relativos às questões administrativas apresentados podem ter caráter distributivo, como aqueles que tratam de questões corporativistas relacionadas aos profissionais de saúde; regulatório, como os que tratam da regulamentação acerca da organização dos serviços de saúde; ou majoritário, quando trata de questões administrativas a cargo da União, sem custos ou benefícios concentrados.

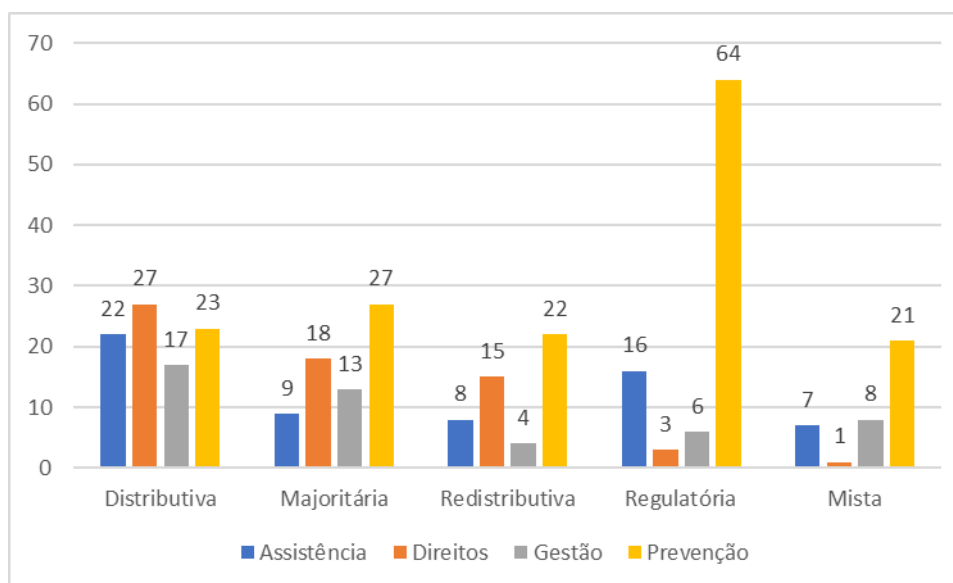
Por fim, o tema “Assistência” apareceu mais frequentemente na arena distributiva, muito frequentemente relacionado à disponibilização e serviços a grupos vulneráveis. Trata-se de indicativo da ocorrência da já mencionada “fragmentação da integralidade”, mais frequentemente proposta pelo Poder Legislativo.

Gráfico 13 - Distribuição da amostra dos PLs da área de saúde apresentados em Lula II, segundo a tipologia adaptada de Wilson (1973) e do GPE Saúde



Fonte: Elaborado pela autora.

Gráfico 14- Distribuição da amostra dos PLs da área de saúde apresentados em Dilma I, segundo a tipologia adaptada de Wilson (1973) e do GPE Saúde



Fonte: Elaborado pela autora.

Ao avaliar os temas abrangidos pelas MPs iniciadas nos dois mandatos sob exame (Tabela 19), verificou-se o destaque das matérias de “Prevenção”, assim como verificado para os PLs. Em seguida a esse tema aparecem as políticas de “Gestão”, que abordam questões, muitas vezes, de iniciativa exclusiva do Executivo, como as relacionadas à organização dos serviços e aos servidores públicos. Observa-se portanto que, nos períodos estudados, apesar de ter havido participação relevante do tema “Gestão”, os governos não se restringiram a essas matérias que mais lhes dizem respeito, mas adentraram também em questões ligadas aos diversos condicionantes da saúde, previstos no tema “Prevenção”, segundo a tipologia do GPE Saúde.

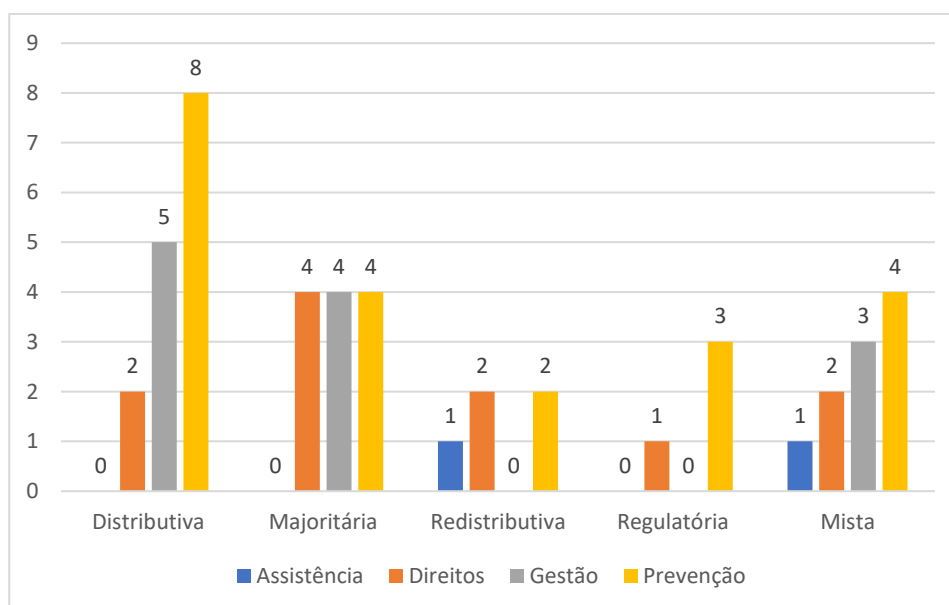
Tabela 19- Distribuição dos tipos de MPs da área de saúde apresentadas em Lula II e Dilma I, segundo a tipologia do GPE Saúde

Temas	2007-2010		2011-2014	
	N	%	N	%
Assistência	2	4,35	0	0,00
Direitos	11	23,91	6	21,43
Gestão	12	26,09	8	28,57
Prevenção	21	45,65	14	50,00
Total	46	100,00	28	100,00

Fonte: Elaborada pela autora.

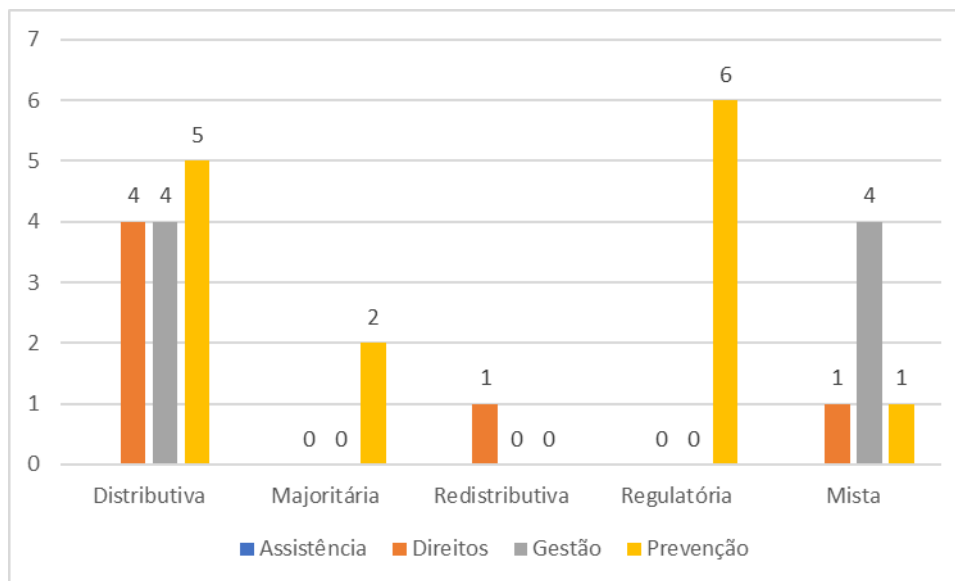
Conforme se depreende dos Gráficos 15 e 16, as MPs do tema “Prevenção” pertenceram principalmente à arena distributiva, em Lula II, e às arenas distributiva e regulatória, em Dilma I. As políticas de “Gestão”, da mesma forma, assumiram predominantemente o caráter distributivista em ambos os mandatos (empate com políticas mistas em Dilma I). Observa-se, portanto, a intenção do Poder Executivo em distribuir benefícios a segmentos específicos da sociedade.

Gráfico 15- Distribuição das MPs da área de saúde apresentadas em Lula II, segundo a tipologia adaptada de Wilson (1973) e do GPE Saúde



Fonte: Elaborado pela autora.

Gráfico 16- Distribuição das MPs da área de saúde apresentadas em Dilma I, segundo a tipologia adaptada de Wilson (1973) e do GPE Saúde



Fonte: Elaborado pela autora.

5.6.5.2 Análise da situação de tramitação das políticas

Quanto à análise da distribuição da situação da tramitação em janeiro de 2020 (aprovada, em tramitação, tramitação encerrada, rejeitada e vetada) dos PLs constantes da amostra, conforme o tipo de política, segundo a tipologia adaptada de Wilson (1973), observou-se baixo percentual tanto de projetos de lei aprovados como de projetos rejeitados (Tabelas 20 e 21). Assim, da mesma forma que foi verificado para as vias constitucional e complementar, a proporção de PLs efetivamente deliberados pelos colegiados da Câmara dos Deputados é efetivamente pequena, tanto por aprovação quanto por rejeição. A maior parte dos projetos permaneceram em tramitação ou tiveram sua tramitação encerrada, principalmente em decorrência de arquivamento em final de legislatura, prejudicialidade, devolução ou retirada pelo autor.

O encerramento de tramitação foi a principal forma de liquidação de PLs, em particular dos regulatórios; isso justifica, em parte, o fato do alto percentual verificado para as políticas regulatórias na atividade de iniciação não ter sido refletido, na mesma proporção, nas políticas aprovadas. É de se destacar, no entanto, que muitos desses tipos de projetos permaneceram ainda em tramitação, o que indica a possibilidade de sua deliberação futura. De todo modo, se a tendência de aprovação nos mandatos subsequentes mantiver o padrão observado de

priorização de políticas distributivistas, esse estoque tende a ter maior proporção de extinção sem deliberação do que de aprovação.

Tendo em vista o pequeno número de propostas aprovadas na amostra, representando cerca de 6%, não foi possível fazer avaliações precisas sobre a distribuição das arenas nesse conjunto, o que será feito com maior confiabilidade na seção seguinte, que analisará o conjunto das proposições aprovadas em sua totalidade. Entretanto, destaca-se que a amostra analisada reproduz o padrão de aprovação de maior percentual de políticas distributivas, observado para o universo de projetos aprovados.

A trajetória da rejeição atingiu os projetos distributivos em maior escala, nos dois mandatos, o que indica que os parlamentares, em certas ocasiões, acabam por se posicionar de forma contrária a políticas que atendem a interesses específicos. Tal postura, apesar de aparentemente incoerente com a definição estrita da conexão eleitoral, pode ser justificável, tendo em vista as restrições institucionais propiciadas pela centralização decisória nas mãos dos líderes partidários, com influência da coalizão, e a falta de interesse em matérias que Arnold (1990) define como de baixa saliência, ou seja, que não seriam tão relevantes ou visíveis aos eleitores.

Tabela 20- Distribuição da situação de tramitação da amostra dos PLs da área de saúde apresentados em Lula II, segundo a tipologia adaptada de Wilson (1973)

Tipos de Política	2007-2010										
	Aprovada		Em tramitação		Tramitação Encerrada		Rejeitada		Vetada		TOTAL
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	%
Distributiva	7	2,13	34	10,33	41	12,46	10	3,04	1	0,30	28,27
Regulatória	3	0,91	43	13,07	44	13,37	6	1,82	1	0,30	29,48
Majoritária	4	1,22	34	10,33	22	6,69	4	1,22	1	0,30	19,76
Redistributiva	2	0,61	23	6,99	10	3,04	4	1,22	0	0,00	11,85
Mista	4	1,22	16	4,86	11	3,34	4	1,22	0	0,00	10,64
Total Geral	20	6,08	150	45,59	128	38,91	28	8,51	3	0,91	100,00

Fonte: Elaborada pela autora.

Tabela 21- Distribuição da situação de tramitação da amostra dos PLs da área de saúde apresentados em Dilma I, segundo a tipologia adaptada de Wilson (1973)

Tipos de Política	Aprovada		Em tramitação		2011-2014 Tramitação Encerrada		Rejeitada		TOTAL
	N	%	N	%	N	%	N	%	%
Distributiva	3	0,91	54	16,31	23	6,95	9	2,72	26,89
Regulatória	1	0,30	61	18,43	22	6,65	5	1,51	26,89
Majoritária	1	0,30	42	12,69	18	5,44	6	1,81	20,24
Redistributiva	2	0,60	31	9,37	15	4,53	1	0,30	14,80
Mista	1	0,30	19	5,74	15	4,53	2	0,60	11,18
Total Geral	8	2,42	207	62,54	93	28,10	23	6,95	100,00

Fonte: Elaborada pela autora.

No caso das MPs (Tabelas 22 e 23), o perfil observado foi completamente oposto, uma vez que a grande maioria dessas proposições foi aprovada. Isso é facilmente explicado pelos privilégios especiais de tramitação conferidos a esse tipo de proposição, os quais contemplam o prazo máximo para deliberação e o trancamento de pauta (apesar da flexibilização do entendimento acerca do trancamento, ocorrida em 2009, cujos efeitos merecem aprofundamento)⁴. Ademais, como as MPs possuem vigência imediata após a edição e, portanto, alteram imediatamente o *status quo*, o retorno ao *status quo* anterior exigiria um esforço adicional.

Entre as MPs que não foram aprovadas, houve destaque para as que foram sujeitas ao encerramento da tramitação, por perda de vigência ou por prejudicialidade. Em Lula II, foi observado um pequeno percentual de revogação pelo Executivo e de rejeição pelo Congresso Nacional. No caso do mandato Dilma I, não se verificaram medidas revogadas ou rejeitadas. Quanto às medidas aprovadas, será observada análise mais detalhada na seção seguinte.

Observa-se que houve encerramento da tramitação de MPs de natureza benéfica (distributivas e majoritárias) em ambos os mandatos, assim como rejeição e revogação de medidas dessa natureza em Lula II, já que todas as políticas mistas contabilizadas possuíam elementos distributivos. O encerramento de tramitação certamente envolve menor custo político se comparada à revogação pelo Executivo e à rejeição pelo Congresso Nacional, haja vista que, no caso das MPs, o simples decurso do prazo constitucional leva a essa consequência. As razões

⁴ Após a decisão em sede da Questão de Ordem nº 411/2009 (BRASIL, 2009), da Câmara dos Deputados, o disposto no artigo 62, § 6º, da CF/88 passou a ser interpretado restritivamente, no sentido de que as MPs não votadas em quarenta e cinco dias impedem apenas a votação de leis ordinárias que veiculem matérias passíveis constitucionalmente de serem objeto de MPs.

para a opção de cada uma dessas trajetórias mereceriam aprofundamento; porém, considerando que os créditos pelas políticas benéficas do Executivo seriam dados a esse poder, pode ter havido dificuldade de negociação dessas matérias com o Legislativo.

Tabela 22- Distribuição da situação de tramitação das MPs da área de saúde apresentadas em Lula II, segundo a tipologia adaptada de Wilson (1973)

Tipos de Política	2007-2010								
	Aprovada		Tramitação Encerrada		Rejeitada		Revogada		TOTAL
	N	%	N	%	N	%	N	%	%
Distributiva	14	30,43	1	2,17	0	0,00	0	0,00	32,61
Regulatória	4	8,70	0	0,00	0	0,00	0	0,00	8,70
Majoritária	9	19,57	2	4,35	0	0,00	1	2,17	26,09
Redistributiva	5	10,87	0	0,00	0	0,00	0	0,00	10,87
Mista	7	15,22	1	2,17	1	2,17	1	2,17	21,74
Total Geral	39	84,78	4	8,70	1	2,17	2	4,35	100,00

Fonte: Elaborada pela autora.

Tabela 23- Distribuição da situação de tramitação das MPs da área de saúde apresentadas em Dilma I, segundo a tipologia adaptada de Wilson (1973)

Tipos de Política	2011-2014				
	Aprovada		Tramitação Encerrada		TOTAL
	N	%	N	%	%
Distributiva	9	32,14	4	14,29	46,43
Regulatória	6	21,43	0	0,00	21,43
Majoritária	2	7,14	0	0,00	7,14
Redistributiva	1	3,57	0	0,00	3,57
Mista	5	17,86	1	3,57	21,43
Total Geral	23	82,14	5	17,86	100,00

Fonte: Elaborada pela autora.

5.7 POLÍTICAS DE SAÚDE INICIADAS EM LULA II E DILMA I QUE FORAM APROVADAS

5.7.1 Vias Constitucional e Complementar

Ao classificar as proposições das vias constitucional e complementar que contemplavam políticas de saúde apresentadas durante os Governos Lula II e Dilma I e que foram convertidas em norma até janeiro de 2020, segundo a tipologia adaptada de Wilson

(1973), obtiveram-se os resultados demonstrados na Tabela 24. Observa-se que todas as normas aprovadas foram de iniciativa de parlamentares, sendo que 3 das 5 iniciadas em Lula II foram apresentadas por deputados e todas as 3 aprovadas em Dilma I foram de iniciativa de senadores.

Constatou-se uma priorização em distribuir benefícios nessas vias, uma vez que 3 das 5 normas aprovadas em Lula II eram distributivas e 1 era majoritária. Para Dilma I, da mesma forma, das 3 normas aprovadas duas eram distributivas e uma apresentava dispositivos distributivos (em uma combinação com a política redistributiva). A arena regulatória nem mesmo aparece nessas vias, o que pode decorrer da natureza conflituosa das interações decorrentes desse tipo de política e da dificuldade, portanto, de alcançar os quóruns qualificados de aprovação dessas matérias (três quintos da composição de cada Casa, para emendas constitucionais, e maioria absoluta, para leis complementares). Houve sucesso de duas proposições com matérias redistributivas (uma PEC apresentada em Lula II e um PLP apresentado em Dilma I), apesar dessa categoria de política também suscitar conflitos, uma vez que discrimina e coloca em confronto beneficiados e prejudicados. Ambas tratam de direitos dos empregados domésticos, com custos suportados pelos empregadores. Nesse caso, é possível que tenha havido maior influência das entidades representativas dos trabalhadores junto ao Congresso Nacional, em relação às entidades dos empregadores.

Tabela 24- Distribuição dos tipos de proposições das vias constitucional e complementar da área de saúde apresentadas em Lula II e Dilma I convertidas em norma, segundo a tipologia adaptada de Wilson (1973)

Tipos de Política	2007-2010		2011-2014	
	Poder Legislativo		Poder Legislativo	
	PEC	PLP	PEC	PLP
Distributiva	3		2	
Majoritária		1		
Redistributiva	1			
Mista				1 (Red/ Dis)
Total Geral	4	1	2	1

Fonte: Elaborada pela autora.

Duas das normas aprovadas consideradas neste estudo possuem impacto muito grande na política de saúde como um todo, o PLP 306/2008 (BRASIL, 2008) e a PEC 358/2013 (BRASIL, 2013), pois ambos tratavam de regras de financiamento da saúde. A primeira previa uma ampliação de recursos federais para a saúde por meio da aplicação de um piso correspondente a 10% da receita corrente bruta (RCB), conforme pleiteavam os movimentos

sociais que haviam encabeçado um projeto de iniciativa popular com esse conteúdo, o qual recebeu a denominação de Saúde +10. Como esse aumento de recursos previsto pelo PLP teria um impacto amplo e difuso pela sociedade, a proposição foi classificada como majoritária. Todavia, durante a tramitação na Câmara dos Deputados, a coalizão foi determinante para eliminar o critério da RCB e incorporar previsão de reajuste do montante a ser investido em saúde pela variação do Produto Interno Bruto (PIB), acrescido de um adicional advindo de uma Contribuição Social para a Saúde (CSS). A previsão dessa contribuição gerou grande impasse na Câmara, atrasando a deliberação da matéria, a qual só veio a ocorrer em 2011, diante da forte demanda da sociedade, resultando na Lei Complementar nº 141, de 2012 (BRASIL, 2012), que trouxe apenas o critério da variação do PIB, sem qualquer adicional, que era a regra já vigente prevista pela EC n. 29, de 2000 (BRASIL, 2000). Finalmente a tão esperada regulamentação dessa EC foi realizada, sem trazer grandes alterações ao *status quo*.

A PEC 358/2013 (BRASIL, 2013), por sua vez, foi classificada como distributiva, já que conferia aos parlamentares o poder de definir dotações de execução obrigatória por meio do orçamento impositivo, entre elas, dotações da saúde. A questão do piso de gastos com a saúde pela União foi incluída durante a tramitação da matéria, e a EC nº 86, de 2015 (BRASIL, 2015b) acabou estabelecendo os seguintes percentuais de aplicação mínima: 13,2% da RCL em 2016; 13,7% em 2017; 14,1% em 2018; 14,5% em 2019 e 15,0% em 2020, que significaram uma redução dos aportes obrigatórios do Governo Federal em relação à regra estabelecida pela Lei Complementar nº 141, de 2012 (BRASIL, 2012).

Esses exemplos são representativos de que os conteúdos das proposições são alterados durante a tramitação. Nesses dois casos, diferentemente das proposições iniciais, a questão do piso de gastos da União com a saúde acabou sendo definida com retrocessos. Como o custo da redução do piso também restou difundido por todo o sistema de saúde, com ganhos difusos para o orçamento geral, não se vislumbrou um perdedor específico, a não ser a saúde pública como um todo. Diante disso, por se tratar de um amplo campo, sem um movimento organizado de defesa suficientemente influente, não foi possível impedir as perdas.

Avaliando-se os temas das proposições das vias constitucional e complementar apresentadas durante os Governos Lula II e Dilma I e que foram convertidas em norma até janeiro de 2020, segundo a tipologia do GPE Saúde (Tabela 25), observa-se que foram aprovadas normas dos temas “Direitos”, “Gestão” e “Prevenção”, com destaque para as normas de “Gestão”, as quais representaram 4 das 8 normas aprovadas, e incluíram as duas já mencionadas proposições afetas ao financiamento da saúde, e duas relativas a carreiras de

profissionais de saúde. Como, de acordo com entendimento do Supremo Tribunal Federal, a questão da prerrogativa da iniciativa privativa do Executivo é relativizada na via constitucional para questões materialmente constitucionais, o Legislativo acabou atuando com mais liberdade nesse campo de diretrizes gerais de estruturação das carreiras, o que lhe permitiu atender a demandas corporativistas (no caso em questão, dos agentes comunitários de saúde e agentes comunitários de endemias e dos profissionais de saúde militares). As normas afetas ao financiamento, como já descrito, segundo a tipologia adaptada de Wilson (1973), foram classificadas como majoritária e distributiva. Já as normas corporativistas, por disporem sobre benefícios salariais, foram consideradas distributivas.

Em relação ao tema “Direitos” foram aprovadas duas PECs iniciadas em Lula II relativas à aposentadoria por invalidez, que beneficiavam grupos específicos, razão pela qual foram classificadas, segundo a tipologia adaptada de Wilson (1973), como distributivas. As duas proposições do tema “Prevenção” aprovadas tratavam de direitos dos empregados domésticos, relacionados à prevenção da saúde no ambiente de trabalho. Como tais proposições envolviam obrigações por parte dos empregadores, foram classificadas como redistributivas, segundo a tipologia adaptada de Wilson (1973). Não foi aprovada nenhuma norma assistencial nessas vias, provavelmente pelo fato de a previsão constitucional da integralidade da assistência já ser demasiadamente ampla (conexão normativa) e de a fragmentação da integralidade ser feita pela via ordinária. Observa-se, portanto, que as políticas distributivas, preponderantes nessas vias, permearam todos os temas da saúde abrangidos pelas normas aprovadas.

Tabela 25- Distribuição dos tipos de proposições das vias constitucional e complementar da área de saúde apresentadas em Lula II e Dilma I convertidas em norma, segundo a tipologia do GPE Saúde

Temas	2007-2010		2011-2014		Total
	Poder Legislativo		Poder Legislativo		
	PEC	PLP	PEC	PLP	
Assistência					0
Direitos	2 (Dis)				2
Gestão	1 (Dis)	1 (Maj)	2 (Dis)		4
Prevenção	1 (Red)			1 (Dis/Red)	2
Total Geral	4	1	2	1	8

Fonte: Elaborada pela autora.

5.7.2 Via Ordinária Não Orçamentária

5.7.2.1 Caracterização das políticas, segundo a tipologia adaptada de Wilson (1973) e a do GPE Saúde

Ao aplicar a tipologia adaptada de Wilson (1973) às proposições ordinárias não orçamentárias que continham políticas de saúde apresentadas durante os Governos Lula II e Dilma I e que foram convertidas em lei até janeiro de 2020, obtiveram-se os resultados demonstrados nas Tabelas 26, 27 e 28. Observa-se que, nos dois mandatos analisados, as políticas distributivas foram as que apresentaram maior proporção de aprovação, tanto ao se avaliarem conjuntamente as proposições da via ordinária não orçamentária, que incluem os projetos de lei e as MPs não orçamentárias (Tabela 26), como ao se analisarem tais proposições isoladamente (Tabelas 27 e 28). A superioridade quantitativa de tais políticas foi observada tanto para as proposições de iniciativa do Presidente da República, como para as de iniciativa parlamentar. Esse dado revelou, portanto, uma predileção às políticas que conferem benefícios concentrados a segmentos específicos da sociedade.

Entre os projetos de iniciativa parlamentar observou-se que as políticas regulatórias assumiram o segundo lugar, em termos quantitativos, na listagem das políticas bem sucedidas, nos dois mandatos analisados. Isso demonstra a ocorrência, de forma relevante, do fenômeno indicado por Arnold (1990) de aprovação de políticas de interesse geral ou difuso da sociedade pelos parlamentares, com a consequente imposição de custos concentrados a setores específicos. Segundo esse autor, isso acaba acontecendo em temas de grande saliência para um número alto de cidadãos, que exigem a tomada de decisão por parte do Congresso, e também quando se deseja atender às preferências potenciais futuras do eleitorado, construir uma imagem de representante ideal e defender valores amplamente aceitos na sociedade. A aprovação de normas majoritárias de iniciativa do Legislativo, as quais, da mesma forma, não distribuem benefícios clientelistas mas, ao contrário, possuem impacto mais amplo sobre a sociedade, também pode ser amparada nos fundamentos mencionados.

Já no caso das proposições iniciadas pelo Executivo e na ordem geral de classificação, há variação entre os diferentes tipos. No mandato Lula II, as políticas majoritárias apareceram na frente das regulatórias, o que não ocorreu no mandato Dilma I (para as proposições ordinárias não orçamentárias e para as MPs). No caso desses dois tipos de políticas, é de se supor atuação mais forte do Executivo, tendo em vista que preveem a distribuição de benefícios de forma ampla, sem focalizar em nenhum segmento específico, o que se pressupõe ser, conforme já exposto, um objetivo dos presidentes.

As políticas redistributivas, por sua vez, não obtiveram grande expressividade, apesar de terem superado a proporção das normas majoritárias de iniciativa do Legislativo em Lula II. Nesses casos, por haver grupos claramente beneficiados e prejudicados, a arena revela-se mais conflituosa e o Congresso acaba atuando como árbitro em um jogo de soma-zero, em que há um grupo ganhador e um grupo perdedor. É de se presumir, portanto, que essas políticas sejam evitadas ou que sejam de difícil aprovação. Em caso de êxito, os grupos que conferem maiores retornos eleitorais aos parlamentares tendem a ser escolhidos como beneficiários.

Tabela 26- Distribuição dos tipos de proposições ordinárias não orçamentárias da área de saúde apresentadas em Lula II e Dilma I convertidas em lei, segundo a tipologia adaptada de Wilson (1973)

Tipos de Política	2007-2010					2011-2014				
	Poder Executivo		Poder Legislativo		Total	Poder Executivo		Poder Legislativo		Total
	N	%	N	%		N	%	N	%	
Distributiva	23	15,97	33	22,92	38,89	12	15,19	18	22,78	37,97
Regulatória	7	4,86	17	11,81	16,67	9	11,39	13	16,46	27,85
Majoritária	17	11,81	10	6,94	18,75	6	7,59	5	6,33	13,92
Redistributiva	6	4,17	13	9,03	13,19	1	1,27	8	10,13	11,39
Mista	13	9,03	5	3,47	12,50	5	6,33	2	2,53	8,86
Total Geral	66	45,83	78	54,17	100,00	33	41,77	46	58,23	100,00

Fonte: Elaborada pela autora.

Tabela 27- Distribuição dos tipos de PLs da área de saúde apresentados em Lula II e Dilma I convertidas em lei, segundo a tipologia adaptada de Wilson (1973)

Tipos de Política	2007-2010					2011-2014				
	Poder Executivo		Poder Legislativo		Total	Poder Executivo		Poder Legislativo		Total
	N	%	N	%		N	%	N	%	
Distributiva	9	8,57	33	31,43	40,00	3	5,36	18	32,14	37,50
Regulatória	3	2,86	17	16,19	19,05	3	5,36	13	23,21	28,57
Majoritária	8	7,62	10	9,52	17,14	4	7,14	5	8,93	16,07
Redistributiva	1	0,95	13	12,38	13,33	0	0,00	8	14,29	14,29
Mista	6	5,71	5	4,76	10,48	0	0,00	2	3,57	3,57
Total Geral	27	25,71	78	74,29	100,00	10	17,86	46	82,14	100,00

Fonte: Elaborada pela autora.

Tabela 28- Distribuição dos tipos de MPs não orçamentárias da área de saúde apresentadas em Lula II e Dilma I convertidas em lei, segundo a tipologia adaptada de Wilson (1973)

Tipos de Política	2007-2010		2011-2014	
	N	%	N	%
Distributiva	14	35,90	9	165,00
Regulatória	4	10,26	6	110,00
Majoritária	9	23,08	2	36,67
Redistributiva	5	12,82	1	18,33
Mista	7	17,95	5	91,67
Total Geral	39	100,00	23	421,67

Fonte: Elaborada pela autora.

De forma a avaliar a influência das políticas mistas no contexto geral das políticas aprovadas, todas as proposições aprovadas foram reclassificadas em políticas sem custos concentrados, que abrangeram as políticas distributivas, majoritárias e as que apresentavam esses dois tipos de políticas combinados em uma única proposição; e as políticas com custos concentrados, que incluíram as proposições que continham, no texto formal, comandos regulatórios ou redistributivos, mesmo que apresentassem também dispositivos majoritários ou distributivos. Com essa classificação mais condensada (Tabela 29), observa-se a forte propensão do Congresso em aprovar políticas sem custos concentrados, ou seja, que não prejudicam nenhum setor específico e, desse modo, não geram conflitos durante a tramitação. Essa tendência foi verificada tanto para as propostas presidenciais como para as parlamentares.

Tabela 29- Distribuição das proposições ordinárias não orçamentárias da área de saúde apresentadas em Lula II e Dilma I convertidas em lei, de acordo com a concentração dos custos

Tipos de Política	2007-2010					2011-2014				
	Poder Executivo		Poder Legislativo		Total	Poder Executivo		Poder Legislativo		Total
	N	%	N	%		N	%	N	%	
Sem custos concentrados*	45	31,25	45	31,25	62,50	18	22,78	24	30,38	53,16
Com custos concentrados**	21	14,58	33	22,92	37,50	15	18,99	22	27,85	46,84
Total Geral	66	45,83	78	54,17	100,00	33	41,77	46	58,23	100,00

Fonte: Elaborada pela autora.

*Proposições que continham exclusivamente políticas distributivas e majoritárias;

**Proposições que continham políticas redistributivas e regulatórias.

Passando-se à análise dos temas de saúde abrangidos pelas proposições ordinárias não orçamentárias que continham políticas de saúde apresentadas durante os Governos Lula II e

Dilma I e que foram convertidas em lei até janeiro de 2020, conforme tipologia do GPE Saúde, obtiveram-se os resultados demonstrados na Tabela 30. Observa-se que as políticas de “Prevenção” dominaram a agenda de aprovação nos dois mandatos analisados, superando 50% nos dois casos. Foi o tema de política mais prevalente tanto entre as proposições de iniciativa do Presidente como entre as dos parlamentares. Depreende-se ainda, dos Gráficos 17 e 18, que esse é um tema com participação relevante em todas as categorias de políticas, em especial, na arena distributiva no mandato Lula II e na arena regulatória em Dilma I. Esse achado não apresenta coincidência com a observação feita por Gomes (2011) e por Godoi (2008) de que as normas que tratam de ações e serviços de saúde prevaleceriam. Todavia, não se pode afirmar que houve mudança no perfil de aprovação, tendo em vista as especificidades das tipologias utilizadas por cada autor em seus respectivos trabalhos, como já mencionado anteriormente.

Em seguida às proposições preventivas, na ordem de proporção geral e nas apresentadas pelo Legislativo, encontram-se as políticas do tema “Direitos” e “Gestão”. No caso das proposições de iniciativa do Executivo, essa ordem é invertida, uma vez que as políticas de “Gestão” são mais numerosas do que as que tratam de direitos. Isso faz sentido, tendo em vista que o Poder Executivo tem maior interesse, além de iniciativa exclusiva, em matérias afetas à estruturação e à organização de seus serviços. Tanto o tema “Direitos” como o da “Gestão” aparecem com maior intensidade na arena distributiva em comparação às outras arenas, conforme se depreende dos Gráficos 17 e 18. Como já mencionado na seção anterior, o tema “Direitos” é bastante utilizado para a distribuição de benefícios para grupos determinados, assim como o da “Gestão”, em especial, em políticas corporativistas.

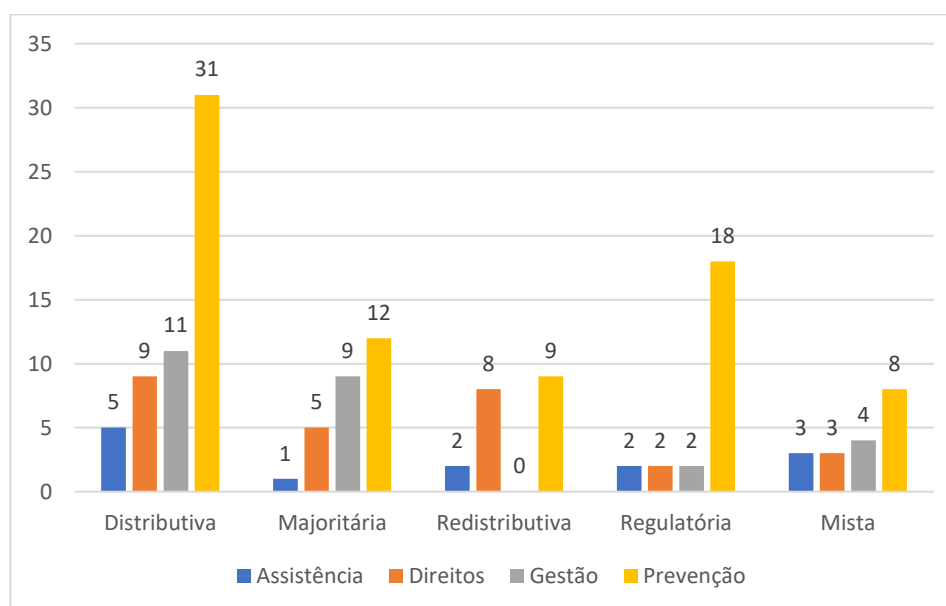
Por fim, é de observar, ainda de acordo com a Tabela 30, que as políticas assistenciais foram as menos expressivas para os dois mandatos analisados, destacando-se a maior participação do Legislativo do que do Executivo nesse tema. A baixa participação desse tema pode ser explicada em função da já mencionada conexão normativa existente no sistema jurídico brasileiro, segundo a qual as normas infraconstitucionais haveriam que ser elaboradas segundo os princípios constitucionais. Considerando a amplitude dos princípios da integralidade e da universalidade do atendimento à saúde, previstos na CF/88, pouco restaria de margem para a adoção de normas que tratem de serviços assistenciais; contudo, como já discutido na seção anterior, tem se observado um movimento no sentido de descumprimento da conexão normativa e de aprovação de políticas fragmentadoras da integralidade. O fato desse tema ter aparecido mais frequentemente na arena distributiva (Gráficos 17 e 18), muito frequentemente relacionado a políticas de disponibilização de serviços a grupos vulneráveis, corrobora com esse entendimento.

Tabela 30- Distribuição dos tipos de proposições ordinárias não orçamentárias da área de saúde apresentadas em Lula II e Dilma I convertidas em lei, segundo a tipologia do GPE Saúde

Temas	2007-2010					2011-2014				
	Poder Executivo		Poder Legislativo		Total	Poder Executivo		Poder Legislativo		Total
	N	%	N	%		N	%	N	%	
Assistência	5	3,47	8	5,56	9,03	1	1,27	10	12,66	13,92
Direitos	14	9,72	13	9,03	18,75	7	8,86	7	8,86	17,72
Gestão	22	15,28	4	2,78	18,06	9	11,39	4	5,06	16,46
Prevenção	25	17,36	53	36,81	54,17	16	20,25	25	31,65	51,90
Total	66	45,83	78	54,17	100,00	33	41,77	46	58,23	100,00

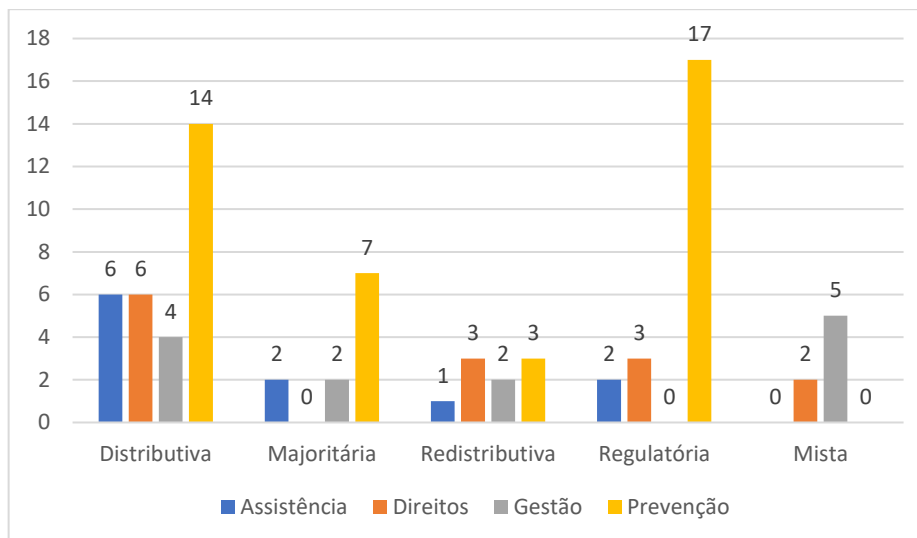
Fonte: Elaborada pela autora.

Gráfico 17- Distribuição das proposições ordinárias não orçamentárias da área de saúde apresentadas em Lula II convertidas em lei, segundo a tipologia adaptada de Wilson (1973) e do GPE Saúde



Fonte: Elaborado pela autora.

Gráfico 18- Distribuição das proposições ordinárias não orçamentárias da área de saúde apresentadas em Dilma I convertidas em lei, segundo a tipologia adaptada de Wilson (1973) e do GPE Saúde



Fonte: Elaborado pela autora.

5.7.3 Análise das políticas distributivas

Tendo em vista a constatação da predileção pela aprovação de políticas distributivas, independentemente do agente iniciador, foi realizada uma análise em separado das políticas dessa categoria de forma a atestar se as políticas aprovadas de saúde, no período analisado, apresentam o perfil previsto por Mello (2017). Segundo esse autor, as políticas distributivas propostas pelos presidentes teriam caráter programático e seriam instituídas com regramento mais complexo, com inclusão de critérios claros e objetivos de acesso. Já as de iniciativa dos congressistas, não apresentariam regramentos ou, caso existissem, revelar-se-iam simples, subjetivos e com alto nível de discricionariedade. Tendo isso em mente, todas as políticas distributivas aprovadas do período analisado foram analisadas em termos da regulamentação prevista na própria proposição e então classificadas conforme o nível de discricionariedade (Tabela 31).

Observa-se, pelos resultados obtidos, que o padrão previsto por Mello (2017) foi reproduzido para as políticas analisadas de modo a confirmar o pressuposto de que as políticas de saúde de origem presidencial aprovadas tanto em Lula II e Dilma I apresentam conteúdo mais programático, ou, no mínimo, menos sujeito a manipulações pelos gestores locais ou executores das políticas. As normas aprovadas oriundas do Legislativo, por outro lado, são menos regulamentadas e possuem menor definição de regras de acesso e de funcionamento, o

que pode gerar manipulação de sua interpretação, favorecendo seu uso com finalidades clientelistas.

Tabela 31- Distribuição das proposições ordinárias não orçamentárias com políticas distributivas da área de saúde apresentadas em Lula II e Dilma I e convertidas em lei, segundo o nível de discricionariedade

Nível de Discricionariedade	2007-2010					2011-2014				
	Poder Executivo		Poder Legislativo		Total	Poder Executivo		Poder Legislativo		Total
	N	%	N	%		N	%	N	%	
Alto	4	7,14	31	55,36	62,50	1	3,33	15	50,00	53,33
Intermediário	8	14,29	1	1,79	16,07	6	20,00	2	6,67	26,67
Baixo	11	19,64	1	1,79	21,43	5	16,67	1	3,33	20,00
Total	23	41,07	33	58,93	100,00	12	40,00	18	60,00	100,00

Fonte: Elaborada pela autora.

Aprofundando-se nos tipos de beneficiários dessas políticas distributivas (Tabela 32), a primeira questão que chama atenção é a proporção de normas simbólicas aprovadas, todas de origem do Poder Legislativo, que representam 30,43% e 22,86% de todas as normas distributivas propostas, respectivamente, durante Lula II e Dilma I que foram aprovadas. Esse poder também obteve sucesso relativamente importante em normas que beneficiam grupos vulneráveis; trata-se muitas vezes de benefícios de menor tangibilidade, que não se refletem em serviços públicos diretamente prestados ao segmento beneficiado, mas de direitos mais abstratos, ou, quando tratam de serviços, não apresentam clareza suficiente para delimitar em que condições existe ou não direito ao acesso. Observa-se, portanto, uma capacidade limitada de distribuição de benefícios pelos parlamentares. Mesmo considerando a liberdade de atuação e o maior êxito parlamentar na aprovação de propostas em comissões, a capacidade limitada para dispor de recursos orçamentários para a implementação de políticas acabou por restringir a atuação mais amplamente clientelista do parlamentar, restando-lhes a atuação em temas simbólicos ou de menor tangibilidade.

O Poder Executivo, por sua vez, foi capaz de abranger uma amplitude maior de beneficiários ao distribuir benefícios, em maior proporção, a servidores públicos, a pessoas jurídicas privadas e também a grupos vulneráveis. Os valores distribuídos nesses casos envolvem, em geral, impactos orçamentários bem mais contundentes do que os gerados pelas normas parlamentares. Da mesma forma, esse fenômeno é indicativo da atuação da coalizão

majoritária, no sentido de propiciar as condições para a maior abrangência de públicos específicos pelo Presidente da República.

Tabela 32- Distribuição das proposições ordinárias não orçamentárias com políticas distributivas da área de saúde apresentadas em Lula II e Dilma I e convertidas em lei, segundo os tipos de beneficiários

Benefícios	2007-2010					2011-2014				
	Poder Executivo		Poder Legislativo		Total	Poder Executivo		Poder Legislativo		Total
	N	%	N	%		N	%	N	%	
Corporativista	8	14,29	2	3,57	17,86	3	10,00	1	3,33	13,33
Educacional	1	1,79	0	0,00	1,79	1	3,33	0	0,00	3,33
PJ Privada	7	12,50	0	0,00	12,50	4	13,33	2	6,67	20,00
Grupos Vulneráveis	4	7,14	10	17,86	25,00	3	10,00	7	23,33	33,33
Grupo Vulnerável e PJ Privada	0	0,00	1	1,79	1,79	0	0,00	0	0,00	0,00
Simbólico	0	0,00	20	35,71	35,71	0	0,00	8	26,67	26,67
Internacional	1	1,79	0	0,00	1,79	0	0,00	0	0,00	0,00
Entes Federados	0	0,00	0	0,00	0,00	1	3,33	0	0,00	3,33
Regional	2	3,57	0	0,00	3,57	0	0,00	0	0,00	0,00
Total	23	41,07	33	58,93	100,00	12	40,00	18	60,00	100,00

Fonte: Elaborada pela autora.

5.7.3.1 Análise acerca do local de aprovação das políticas

Realizando-se uma avaliação por local de aprovação (Tabela 33), fica evidente que o Poder Legislativo se utiliza predominantemente do rito conclusivo em Comissões para aprovação das políticas de sua iniciativa. Esse padrão se repetiu para quase todos os tipos de políticas no que diz respeito aos dois mandatos estudados, com exceção apenas das políticas majoritárias e mistas iniciadas em Dilma I, as quais tiveram maior número de aprovações em plenário. No caso das propostas do Executivo, tem-se exatamente o contrário: há prevalência da votação em plenário, em todos os tipos de política. Isso demonstra que não houve especialização do *locus* de aprovação por tipo de política, ou seja, não apenas as políticas distributivas de iniciativa parlamentar foram aprovadas, em maior parte, nas comissões, como era de se prever pela vertente distributivista da escolha racional e pelo esquema de Lowi (1964, 1972), mas todos os tipos de políticas de origem congressual, na linha dos achados de Almeida (2015).

Ademais, era de se esperar que políticas que suscitassem maior nível de conflito, como as redistributivas e as regulatórias, fossem levadas até o plenário, lugar onde as incertezas no processo político são resolvidas, e onde grupos e coalizões cambiantes fazem política, compartilhando interesses (LOWI; NICHOLSON, 2009), já que as negociações em plenário são o último recurso institucional para barganhas políticas. Contudo, até mesmo esses tipos de políticas foram resolvidas predominantemente nas comissões, quando de iniciativa parlamentar. Interessante destacar que a maior parte das proposições aprovadas conclusivamente tramitaram pelas comissões permanentes; apenas duas delas tramitaram em Comissão Especial (uma de origem do Executivo, iniciada em Lula II e uma parlamentar, iniciada em Dilma I).

Esses achados são coerentes com o argumento de Amaral (2009) de que as comissões têm desempenhado papel relevante desde a instituição do poder terminativo pela CF/88, tendo sido chave para aprovação de matérias importantes, de interesse tanto do Poder Executivo quanto do Poder Legislativo, o que colabora para a descentralização dos trabalhos legislativos no Parlamento brasileiro. Na linha do estudo de Almeida (2015), trata-se da via principal de aprovação de proposições de iniciativa dos parlamentares.

Tabela 33- Distribuição dos tipos de proposições ordinárias não orçamentárias da área de saúde apresentadas em Lula II e Dilma I convertidas em lei, segundo a tipologia adaptada de Wilson (1973), por local de aprovação

Tipos de Política	2007-2010								2011-2014							
	Poder Executivo				Poder Legislativo				Poder Executivo				Poder Legislativo			
	Comissões		Plenário		Comissões		Plenário		Comissões		Plenário		Comissões		Plenário	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Distributiva	7	10,61	16	24,24	27	34,62	6	7,69	0	0,00	12	36,36	11	23,91	7	15,22
Regulatória	2	3,03	5	7,58	14	17,95	3	3,85	2	6,06	7	21,21	8	17,39	5	10,87
Majoritária	5	7,58	12	18,18	6	7,69	4	5,13	1	3,03	5	15,15	1	2,17	4	8,70
Redistributiva	0	0,00	6	9,09	10	12,82	3	3,85	0	0,00	1	3,03	5	10,87	3	6,52
Mista	2	3,03	11	16,67	2	2,56	3	3,85	0	0,00	5	15,15	1	2,17	1	2,17
Total Geral	16	24,24	50	75,76	59	75,64	19	24,36	3	9,09	30	90,91	26	56,52	20	43,48

Fonte: Elaborada pela autora.

5.7.3.2 Análise acerca do regime de tramitação das políticas

No que se refere aos regimes de tramitação (Tabela 34), observa-se que as proposições parlamentares aprovadas conclusivamente em comissões seguiram o rito ordinário ou prioritário, enquanto a maior parte das aprovadas em plenário foram objeto de requerimento de urgência, assinado pelos líderes, conforme art. 155 do Regimento Interno da Câmara dos

Deputados (RICD) (BRASIL, 2020). Trata-se de ferramenta excepcional, prevista para tratar de temas relevantes e urgentes, a “urgência urgentíssima”, que permite a aprovação acelerada dos projetos de lei. Entretanto, esse instrumento passou a ser rotineiramente utilizado sem a observância de tais critérios, muitas vezes para atender interesses individuais de parlamentares, os quais solicitam aos seus líderes que negociem a aprovação do requerimento junto aos demais líderes (FIGUEIREDO, 2012).

Já as proposições presidenciais aprovadas em comissões seguiram o rito prioritário, ao passo que as aprovadas em plenário, na maior parte, tramitaram em urgência ou se tratavam de MPs. Ressalta-se que as MPs representaram 78% e 76,7% das propostas do Executivo aprovadas em plenário nos mandatos Lula II e Dilma I, respectivamente, o que sugere que o sucesso na aprovação nesse colegiado esteve relacionado aos poderes institucionais do Executivo. A urgência requerida pelos líderes também ocorreu em 12% e 20% das propostas presidenciais aprovadas em plenário, o que indica colaboração dos líderes em questões de interesse da presidência. A urgência constitucional em projetos de sua autoria, conforme prevê o art. 64 da CF/88 (BRASIL, [2020]), foi o instrumento menos utilizado nesses casos.

Esses dados indicam que o sistema político brasileiro, marcado por fortes poderes institucionais do presidente e pela influência partidária, favoreceu, para o período estudado, a aprovação das políticas presidenciais em plenário, onde a atuação dos líderes é mais forte e coordenada. Todavia, o equilíbrio de forças acabou possibilitando uma resposta partidária à pressão individual de parlamentares para apreciação de proposições de sua iniciativa em plenário e, ao mesmo tempo, um maior espaço de atuação parlamentar nas Comissões.

Tabela 34- Distribuição dos tipos de proposições ordinárias não orçamentárias da área de saúde apresentadas em Lula II e Dilma I convertidas em lei, conforme o regime de tramitação

Regimes de Tramitação	2007-2010				2011-2014			
	Poder Executivo		Poder Legislativo		Poder Executivo		Poder Legislativo	
	Comissões	Plenário	Comissões	Plenário	Comissões	Plenário	Comissões	Plenário
Ordinária (Art. 151, III, RICD)			40				7	
Prioridade (Art. 151, II, RICD)	16	2	19		3		19	
Especial Urgência (Art. 155, RICD)		6		1		6		20
Urgência (Art. 64, CF)		3		2		1		
MP		39				23		
Total Geral	16	50	59	19	3	30	26	20

Fonte: Elaborada pela autora.

5.8 CONCLUSÃO DO CAPÍTULO

Quanto à caracterização das políticas de saúde iniciadas pelo Poder Legislativo em Lula II e Dilma I, verificou-se prevalência das políticas distributivas. Há que se fazer a ressalva acerca da via complementar em Lula II, que apresentou maior proporção de políticas redistributivas, em função da apresentação de 114 projetos dessa natureza por um único autor, e da via ordinária, em que se verificou quantitativo de políticas regulatórias bastante similar ao encontrado para as políticas distributivas.

Esses achados revelam o apreço parlamentar pela iniciação de políticas com benefícios concentrados, que poderia ser justificado pela necessidade de angariar apoio de segmentos específicos, tendo como foco a reeleição (conexão eleitoral). Entretanto, a opção por políticas com custos concentrados e benefícios difusos (políticas regulatórias) pode ser explicada pelo que chamamos neste trabalho de conexão eleitoral ampliada, que revela a intenção parlamentar de satisfazer “preferências potenciais” importantes em época de eleições, de defender valores compartilhados sobre políticas ideais para a sociedade e de construir um estereótipo que impacte na percepção do eleitorado sobre o desempenho do parlamentar (LEMOS, 2001). As hipóteses 1 e 2, previstas na seção 5.1, puderam, desse modo, ser confirmadas.

A grande quantidade de políticas redistributivas na via complementar, apesar de indicar mais um ímpeto de um parlamentar individualmente do que uma tendência, demonstra também a possibilidade de defesa, por parlamentares, de políticas com custos e benefícios concentrados com o fim de revelar apoio a um segmento ou grupo, possivelmente com maior recursos eleitorais, em detrimento de outro. A dificuldade de aprovação de políticas dessa natureza, tendo em vista o caráter conflitivo da arena, foi demonstrada pela pouca expressividade das políticas desse tipo aprovadas.

Já no caso do Poder Executivo verificou-se, da mesma forma, a tendência de priorização de políticas distributivas, tanto na iniciação de projetos de lei como das MPs não orçamentárias. Apesar da amostra reduzida de projetos do Executivo, a análise da totalidade das MPs indicou a propensão de o governo, na via ordinária, dar preferência a políticas que atendessem a demandas específicas da sociedade, que, em geral, acarretam arenas de apreciação menos conflitivas. Nas vias constitucional e complementar, a atividade propositiva do Presidente considerou políticas majoritárias e mistas (com elementos distributivos e redistributivos) e, por ter sido muito reduzida, não permitiu realizar uma caracterização acerca do perfil de iniciação, sendo possível, apenas, indicar que houve apresentação tanto de proposições benéficas como onerosas. Esses resultados levaram à rejeição da hipótese 3, prevista na seção 5.1, que previa maior iniciação de políticas de benefícios difusos pelo Executivo.

No caso das proposições que obtiveram aprovação e que foram convertidas em norma, tanto de iniciativa parlamentar como presidencial (análise, nesse caso, restrita à via ordinária não orçamentária, única via em que houve aprovação de normas presidenciais), também se destacam as políticas distributivas e as normas sem custos concentrados (majoritárias e distributivas). Esses achados corroboram a interpretação de que não apenas o Legislativo priorizou a distribuição de benefícios concentrados, mas também o Executivo, e que, em geral, as políticas pouco conflituosas dominaram as instâncias decisórias no período analisado. Esses dados também confirmaram a aprovação da hipótese 1 e a rejeição da hipótese 3, previstas na seção 5.1.

Apesar de aparentemente ter havido semelhante interesse entre os parlamentares e o Presidente da República por políticas distributivistas no período analisado, as políticas desse tipo de origem no Executivo teriam natureza mais programática e não se baseariam em gastos sociais discricionários e em conexões pessoais com uma rede clientelística, como ocorre com as políticas de iniciativa parlamentar (MELLO, 2017). Ao avaliar mais detidamente as políticas distributivas iniciadas em Lula II e Dilma I que foram aprovadas, verificou-se que as de origem

presidencial apresentaram menor nível de discricionariedade, o que confirma, para o caso estudado, a tese de Mello (2017) de que esse tipo de política, quando de origem presidencial, apesar de atingir segmentos específicos, direcionam-se ao atendimento de um objetivo de alcance nacional, como a redução das desigualdades e o desenvolvimento nacional. Dessa forma, elas apresentam regramento mais consistente, com regras de acesso bem definidas, o que impede sua manipulação pelos operadores locais. As políticas distributivas de iniciativa parlamentar, por sua vez, apresentaram para o período examinado maior nível de discricionariedade, o que, segundo Mello (2017), permitiria a adequação dessas normas aos interesses eleitorais dos operadores locais. No caso do Legislativo, esse achado está em consonância com a lógica de funcionamento da conexão eleitoral (MAYHEW, 1974), que implica a atuação orientada pela reeleição. Tais resultados indicaram a confirmação da hipótese 4, previstas na seção 5.1.

No que se refere aos beneficiários dessas políticas distributivas, observou-se que o Poder Executivo abrangeu uma amplitude maior de segmentos, alcançando, entre outros, pessoas jurídicas privadas, classes de profissionais (benefícios corporativistas), grupos vulneráveis e regiões do país. O Poder Legislativo, ao contrário, teve sua atuação restrita aos grupos vulneráveis e aos benefícios simbólicos, o que indica restrições à concessão de benefícios mais amplos e mais diversificados, possivelmente pela dificuldade desse poder em manipular recursos orçamentários.

Na via ordinária não orçamentária, verificou-se que as comissões permanentes foram a instância decisória predominante dos projetos de iniciativa do Legislativo, por meio do uso do poder conclusivo, definido constitucionalmente. As proposições do Executivo, por sua vez, tramitaram predominantemente no regime extraordinário (conduzido pelas MPs e pelos requerimentos de urgência), com conseqüente aprovação em plenário. Esses dados reforçam a existência de um maior controle da agenda de plenário pelo Poder Executivo e uma maior liberdade de atuação do Legislativo no âmbito das comissões. Os projetos distributivistas de caráter discricionário foram aprovados preferencialmente em comissões, e os projetos distributivistas mais regulamentados foram apreciados prioritariamente em plenário. Tais resultados confirmaram a hipótese 5, previstas na seção 5.1.

A principal forma de liquidação de proposições, em todas as vias, com exceção das MPs, foi por meio do encerramento de tramitação, e não pela efetiva deliberação (aprovação ou rejeição). Essa destinação, apesar de muitas vezes ocorrer em virtude da não apresentação de desarquivamento pelo autor, acabam tomando esse rumo por uma decisão de não priorização para deliberação, que também pode ser considerada como uma decisão do Parlamento. Esse

encerramento foi mais significativo nas vias constitucional e ordinária e menos na via complementar, em que se observou maior tendência de manutenção dos projetos em tramitação. Em todas as vias, observou-se o encerramento de políticas dos diversos tipos, com encerramento relevante de propostas distributivas, o que indica que o arquivamento não atinge prioritariamente políticas de arenas mais conflitivas, como as regulatórias e redistributivas, mas também políticas benéficas. Isso revela uma seletividade das políticas que beneficiam grupos específicos que permanecem ativas e chegam a ser aprovadas, provavelmente com base na saliência das questões por elas abordadas (ARNOLD, 1990) e nos acordos partidários firmados (MELLO, 2017). Esses achados ocasionaram a rejeição da hipótese 6, previstas na seção 5.1, que indicava a não deliberação predominante de políticas de arenas conflitivas.

No caso das MPs, ao contrário, houve uma prevalência de aprovação e, portanto, da efetiva deliberação das proposições. Entre as MPs não aprovadas, verificou-se que a maior parte teve sua tramitação encerrada, por perda de vigência ou prejudicialidade, cujo custo político é inferior à rejeição ou revogação pelo Executivo, mas que, de toda forma, não deixa de ser feita por uma decisão do Congresso Nacional.

No que concerne à caracterização temática das políticas iniciadas nos mandatos estudados e das convertidas em norma, verificou-se o destaque dos temas “Direitos e Responsabilidades” e “Gestão, Recursos e Pesquisa em Saúde” nas vias constitucional e complementar, consideradas as iniciativas de ambos os poderes. Essa prevalência decorre principalmente da conexão normativa de tais vias, visto que as PECs e o PLPs alcançam, de modo geral, as matérias de natureza constitucional e as que se destinam a regulamentar determinados comandos descritos na CF/88, respectivamente, e, dessa forma, abrangem prioritariamente questões relativas à organização dos serviços, ao seu financiamento, aos servidores públicos e aos direitos previdenciários e trabalhistas. Na via ordinária não orçamentária, por outro lado, dada a maior flexibilidade no alcance de matérias, houve predominância do tema da “Promoção da Saúde, Prevenção e Controle de Doenças e Agravos”. No caso dos projetos de lei, o número muito reduzido de proposições do Executivo contemplado na amostra impediu a definição do perfil temático dessas propostas; porém, as MPs não orçamentárias foram analisadas na totalidade, tendo sido verificada, da mesma forma, a preponderância das políticas desse tema específico.

O destaque do tema da “Prevenção” possivelmente decorre da sua grande abrangência; da fase contextual em que o SUS se encontrava, no período analisado; da elevada proporção de normas simbólicas, classificadas nesse tema e da conexão normativa. Como o sistema de saúde foi concebido de forma ampla pela CF/88, orientado pelos princípios da universalidade e

integralidade da assistência, e tendo em vista que a regulamentação desses dispositivos foi realizada no período imediatamente pós-constitucional (na década de 1990), a produção legislativa mais recente tem focalizado em fatores condicionantes mais abrangentes que podem ter impacto na condição de saúde da população. Esses resultados ocasionaram a rejeição da hipótese 7, prevista na seção 5.1, que indicava a predominância de normas do tema “Assistência à Saúde”, que acabou sendo o tema menos abrangido em todas as vias, o que pode ser explicado pelo alcance mais restrito dessa categoria na tipologia empregada.

Observou-se, entre os projetos de iniciativa parlamentar aprovados, quantidade expressiva de projetos simbólicos e de normas segmentadoras, destinadas a prover serviços e ações assistenciais a grupos específicos, confirmando, para os casos examinados, a predisposição do Legislativo a uma agenda mais tópica e particularista e à fragmentação da integralidade, conforme já indicavam os estudos de Godoi (2008) e de Lucchese (2009). O Poder Executivo teve maior proporção de normas de “Gestão” aprovadas, no que tange ao Legislativo, tendo em vista a prerrogativa constitucional de iniciativa exclusiva em matérias afetas à estrutura dos serviços, aos órgãos administrativos e aos servidores. Tais achados confirmaram as hipóteses 8 e 9, previstas na seção 5.1.

6 CONCLUSÃO

Apesar de não ter sido verificada queda da dominância presidencial para as políticas de saúde na via ordinária no pós-2003, verificou-se a prevalência de normas de iniciativa parlamentar na via ordinária não orçamentária (que não engloba as proposições orçamentárias de iniciativa exclusiva do Presidente) em todo o período analisado, de FHCI até Dilma I. Ademais, constatou-se redução da taxa de dominância presidencial a partir de Lula I nas vias constitucional e complementar, que chegou a ser nula em Lula II e em Dilma I, tendo em vista a baixa atividade propositiva, no primeiro caso, ou até mesmo a não apresentação de proposições, no segundo caso. A expressividade quantitativa das normas iniciadas pelos congressistas indicou a necessidade de aprofundamento acerca das características qualitativas das políticas apresentadas por cada poder e das que obtiveram sucesso na aprovação, o que foi realizado para os mandatos Lula II e Dilma I, com vistas a melhor compreender os interesses e as estratégias dos atores.

Nesse sentido, o estudo qualitativo demonstrou a relevância da apresentação e da aprovação de proposições distributivas e sem custos concentrados, por iniciativa tanto do Executivo como do Legislativo, revelando a preferência comum a esses poderes por políticas que garantem a distribuição de benefícios a segmentos específicos da sociedade e que propiciam arenas de apreciação pouco conflituosas. Essa preferência, no caso parlamentar, pôde ser facilmente explicada pela conexão eleitoral, que prevê que o comportamento parlamentar está intimamente ligado à sua intenção de reeleição, o que favorece a concentração de benefícios em determinados segmentos ou setores da sociedade, e o atendimento às demandas e às pressões de grupos organizados que possam promover algum retorno eleitoral. Isso foi confirmado pelo fato de que a maior parte das proposições distributivas de origem no Legislativo que foram aprovadas foi caracterizada por uma alta discricionariedade, ou seja, permitiam sua utilização de forma direcionada pelos gestores locais, de modo a maximizar os ganhos eleitorais. A elevada proporção de normas simbólicas de iniciativa parlamentar também foi forte indicativo de que há um grande interesse pela demonstração de defesa de segmentos específicos, apesar de não conferirem real garantia de melhoria de vida para os abrangidos pelas normas.

A participação relevante das políticas regulatórias e redistributivas de iniciativa parlamentar nas vias ordinária e complementar, por outro lado, revelam uma outra faceta da conexão eleitoral, definida neste trabalho como conexão ampliada. Segundo esse conceito, o tão almejado retorno eleitoral pode ser alcançado pelo atendimento de “preferências potenciais”

dos eleitores, pela defesa de políticas consideradas ideais para a sociedade e pela construção de um estereótipo que impacte na percepção do eleitorado sobre o desempenho do parlamentar.

Já as proposições distributivas de iniciativa do Executivo, caracterizadas pela baixa discricionariedade e pela maior amplitude de beneficiários, indicaram uma intenção mais programática pelo Presidente da República, sem que isso desconfigurasse o interesse presidencial pela reeleição ou pela eleição de outro candidato aliado. Como as eleições presidenciais são majoritárias e envolvem todo o território nacional, a busca pela resolução dos grandes problemas nacionais é considerada mais efetiva na conquista do eleitorado.

Apesar de não ter sido comprovada a existência de locais de aprovação preferenciais por tipo de política, como poderia se imaginar, pela maior aprovação de normas distributivas em comissões, e de ter sido constatado que a preferência por determinada instância decisória está mais ligada à autoria dos projetos do que ao seu tipo, a diferenciação ora abordada entre os projetos distributivos de iniciativa do Poder Legislativo e os do Poder Executivo gera uma linha divisória entre tais projetos. Dessa forma, é possível concluir que os projetos distributivistas de caráter mais discricionário foram aprovados preferencialmente em comissões, e os projetos distributivistas mais complexos e mais bem delineados e regulamentados foram apreciados prioritariamente em plenário.

O fato de o encerramento de tramitação ter sido a principal forma de extinção de proposições em todas as vias não quer dizer que tenha ocorrido arquivamento em massa, sem qualquer decisão pelo Congresso Nacional. Ao contrário, o fato de a proposição não ter despertado suficiente interesse para compor a agenda de deliberação, significa também a opção pela sua não decisão e indica também um posicionamento político. A seletividade de propostas para deliberação decorre provavelmente da saliência das questões por elas abordadas (ARNOLD, 1990), tendo em vista que as mais salientes são mais perceptíveis pelo eleitorado, e dos acordos partidários firmados (MELLO, 2017), que acabam por limitar a ampla atuação particularista dos congressistas.

A predominância das proposições e das normas aprovadas dos temas da “Gestão” e de “Direitos”, nas vias constitucional e complementar, e do tema da “Prevenção”, na via ordinária, além de demonstrar conexão normativa com os princípios constitucionais e com as naturezas das matérias próprias de cada via, trouxe indicativos acerca da fase contextual em que se encontrava a regulamentação do SUS. Tendo em vista que as normas de organização mais estruturantes do sistema de saúde foram definidas na década de 1990, com exceção das regras definitivas de financiamento, o tema da “Gestão” apareceu de forma recorrente nas vias de maior hierarquia para abordar essa questão. A constatação da busca pela ampliação de direitos

trabalhistas e previdenciários, por meio das proposições do tema “Direitos”, e da atenção aos diversos condicionantes da saúde, por meio das proposições do tema “Prevenção”, indicaram estar a saúde em uma fase de expansão da abrangência do seu arcabouço jurídico.

Tais achados indicam, portanto, um perfil de apresentação, de tramitação e de aprovação para as políticas de saúde iniciadas em Lula II e Dilma I, com delineamentos importantes acerca das diferenças de atuação e da forma de funcionamento dos poderes, que não permitem refutar a ocorrência do fenômeno do segredo ineficiente no Brasil, marcado pela divisão de tarefas entre os poderes (COX; MORGENSTERN, 2001). É possível que tais perfis sejam reproduzidos para outros campos temáticos e para outros períodos, o que somente poderá ser confirmado com a condução de novos estudos.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Acir dos Santos. **Governo presidencial condicionado**: delegação e participação legislativa na Câmara dos Deputados. 2018. 161 f. Tese (Doutorado em Ciência Política) - Instituto de Estudos Sociais e Políticos, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2018.
- ALMEIDA, Acir dos Santos. Processo legislativo: mudanças recentes e desafios. **Boletim de Análise Político-Institucional**, Brasília, n. 7, p. 45-50, jan./jun. 2015. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/boletim_analise_politico/150714_boletim_analisepolitico_07_cap6.pdf. Acesso em: 20 jan. 2020.
- AMARAL, Ana Regina Villar Peres. **O parlamento brasileiro**: processo, produção e organização legislativa: o papel das comissões em perspectiva comparada. 2009. 174 f. Dissertação (Mestrado em Ciência Política) - Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro; Centro de Formação, Treinamento e Aperfeiçoamento, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <https://bd.camara.leg.br/bd/handle/bdcamara/6504>. Acesso em: 20 jan. 2020.
- AMES, Barry. **The deadlock of democracy in Brazil**. Ann Arbor: The University of Michigan Press, 2001.
- AMORIM NETO, Octavio. Gabinetes presidenciais, ciclos eleitorais e disciplina legislativa no Brasil. **Dados**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 3, p. 479-519, 2000. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0011-52582000000300003&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 20 jan. 2020.
- AMORIM NETO, Octavio; SANTOS, Fabiano. O segredo ineficiente revisto. O que propõem e o que aprovam os deputados brasileiros. **Dados**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 4, p. 661-698, 2003. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0011-52582003000400002&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 20 jan. 2020.
- ARNOLD, R. Douglas. **The logic of congressional action**. New Haven: Yale University Press, 1990.
- BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. Análise da produção legislativa em saúde do Congresso Nacional brasileiro (1990-2006). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 97-109, jan. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n1/11.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2020.
- BERTHOLINI, Frederico; PEREIRA, Carlos. Pagando o preço de governar: custos de gerência de coalizão no presidencialismo brasileiro. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 51, n. 4, p. 528-550, ago. 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122017000400528. Acesso em: 20 jan. 2020.
- BERTINO, María Paula. Actividad legislativa, éxito e importancia como factores detrás de la producción legislativa. **Colombia Internacional**, Bogota, n. 83, p. 77-101, enero 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.7440/colombiant83.2015.04>. Acesso em: 20 jan. 2020.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2020]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 20 jan. 2020.

BRASIL. **Emenda constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000**. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Brasília, DF: Presidência da República, 2000. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm. Acesso em: 20 jan. 2020.

BRASIL. **Emenda constitucional nº 32, de 11 de setembro de 2001**. Altera dispositivos dos arts. 48, 57, 61, 62, 64, 66, 84, 88 e 246 da Constituição Federal, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc32.htm. Acesso em: .

BRASIL. **Emenda constitucional nº 85, de 26 de fevereiro de 2015**. Altera e adiciona dispositivos na Constituição Federal para atualizar o tratamento das atividades de ciência, tecnologia e inovação. Brasília, DF: Presidência da República, 2015a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc85.htm. Acesso em: 20 jan. 2020.

BRASIL. **Emenda constitucional nº 86, de 17 de março de 2015**. Altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que especifica. Brasília, DF: Presidência da República, 2015b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc86.htm. Acesso em: 20 jan. 2020.

BRASIL. **Emenda constitucional nº 100, de 26 de junho de 2019**. Altera os arts. 165 e 166 da Constituição Federal para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária proveniente de emendas de bancada de parlamentares de Estado ou do Distrito Federal. Brasília, DF: Presidência da República, 2015b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc100.htm. Acesso em: 20 jan. 2020.

BRASIL. **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. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm. Acesso em: 20 jan. 2020.

BRASIL. **Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012**. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios [...]. Brasília, DF: Presidência da República, 2012. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/LEIS/LCP/Lcp141.htm. Acesso em: 20 jan. 2020.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei Complementar nº 60, de 1999**. Dispõe sobre a aposentadoria especial para os trabalhadores que exercem atividades que prejudiquem a saúde ou a integridade física. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 1999. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=node0rhfxsjh0h9r0g3x2pewve5ve631656.node0?codteor=1747869&filename=PLP+60/1999. Acesso em: 20 jan. 2020.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Questão de Ordem 411/2009**. Defende a tese de que as resoluções previstas no inciso VII do art. 59, C.F. não estão subordinadas ao trancamento da pauta, pois não se incluíam na definição da expressão "deliberações legislativas", [...]. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 2009. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/buscaQordem/?wicket:interface=:2:::..>. Acesso em: 20 jan. 2020.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Regimento Interno da Câmara dos Deputados**. 21. ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações, 2020. Disponível em: <http://bd.camara.gov.br/bd/handle/bdcamara/18847>. Acesso em: 20 jan. 2020.

BRASIL. Senado Federal. **Projeto de Lei Complementar nº 306, de 2008**. Dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente por Estados, Distrito Federal, Municípios e União em ações e serviços públicos de saúde, os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 2008. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=394079>. Acesso em: 20 jan. 2020.

BRASIL. Senado Federal. **Proposta de Emenda à Constituição nº 358, de 2013**. Altera os arts. 165 e 166 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que especifica. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 2013. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=602633>. Acesso em: 20 jan. 2020.

CAIN, Bruce E.; FERREJOHN, John; FIORINA, Morris. **The personal vote: constituency service and electoral service**. Cambridge: Harvard University Press, 1987.

CARVALHO, Cláudio Viveiros de *et al.* **Manual para classificação de proposições legislativas relacionadas à saúde**. Brasília: Câmara dos Deputados, 2011. Disponível em: <https://bd.camara.leg.br/bd/handle/bdcamara/8330>. Acesso em: 20 jan. 2020.

CARVALHO, Nelson Rojas de. **E no início eram as bases: geografia política do voto e comportamento legislativo no Brasil**. Rio de Janeiro: Revan, 2003.

CINTRA, Antônio Octávio; LACOMBE, Marcelo Barroso. A Câmara dos Deputados na Nova República: a visão da ciência política. In: AVELAR, Lúcia; CINTRA, Antônio Octávio (org.). **Sistema Político Brasileiro: uma introdução**. 2. ed. São Paulo: UNESP, 2007. p. 143-182.

COEN, David; GRANT, Wyn. Business and government in international policymaking: the transatlantic business dialogue as an emerging business style? In: KELLY, Dominic; GRANT, Wyn (ed.). **The politics of international trade in the twenty-first century: actors, issues and regional dynamics**. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2005. p. 47-67.

COOK, Brian J. Arenas of power and new policy theory: toward a synthesis. *In: ANNUAL MEETING OF THE AMERICAN POLITICAL SCIENCE ASSOCIATION*, 106., 2010, Washington. **Meeting Paper** [...]. Washington: APSA, 2010. Disponível em: <https://ssrn.com/abstract=1643352>. Acesso em: 20 jan. 2020.

COX, Gary W. **The efficient secret: the cabinet and the development of political parties in victorian England**. Cambridge: Cambridge University Press, 1987.

COX, Gary W.; MCCUBBINS, Mathew D. **Legislative leviathan: party government in the House**. Berkeley: University of California Press, 1993.

COX, Gary W.; MORGENSTERN, Scott. Latin America's reactive assemblies and proactive presidents. **Comparative Politics**, New York, v. 33, n. 2, p. 171-189, Jan. 2001. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/422377>. Acesso em: 20 jan. 2020.

DARRIEUX, Rodolfo Scotelaro Porto. **Sucessos de governo no Brasil: habilidades ou instituições?** 2015. 84 f. Dissertação (Mestrado em Ciência Política) - Centro de Ciências Sociais, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: http://www.iesp.uerj.br/wp-content/uploads/2017/06/Dissertacao_Rodolfo-Scotelaro-Porto-Darrieux.pdf. Acesso em: 20 jan. 2020.

DUR, Andreas; BIÈVRE, Dirk de. The question of interest group influence. **Journal of Public Policy**, Cambridge, v. 27, n. 1, p. 1-12, May 2007. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/journal-of-public-policy/article/abs/question-of-interest-group-influence/1A7BC402954F23AD303BB3E77ECA5329>. Acesso em: 20 jan. 2020.

EVANS, Peter. O Estado como problema e solução. **Lua Nova**, São Paulo, n. 28-29, p. 107-157, abr. 1993. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-64451993000100006>. Acesso em: 20 jan. 2020.

FIGUEIREDO, Argelina Cheibub; LIMONGI, Fernando. Bases institucionais do presidencialismo de coalizão. **Lua Nova**, São Paulo, n. 44, p. 81-106, 1998. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-64451998000200005>. Acesso em: 20 jan. 2020.

FIGUEIREDO, Argelina Cheibub; LIMONGI, Fernando. O Congresso e as medidas provisórias: abdicação ou delegação? **Novos Estudos – CEBRAP**, São Paulo, n. 47, p. 127-154, mar. 1997. Disponível em: http://novosestudos.com.br/wp-content/uploads/2017/05/10_o_congresso_e_as_medidas.pdf.zip. Acesso em: 20 jan. 2020.

FIGUEIREDO, Argelina Cheibub; LIMONGI, Fernando. **Executivo e legislativo na nova ordem constitucional**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 1999.

FIGUEIREDO, Argelina Cheibub; LIMONGI, Fernando. Instituições políticas e governabilidade: desempenho do governo e apoio legislativo na democracia brasileira. *In: RANULFO, Carlos Melo; ALCANTARA SAEZ, Manuel (ed.). A democracia brasileira: balanço e perspectivas para o século XXI*. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2007. p. 147-198.

FIGUEIREDO, Argelina Cheibub; LIMONGI, Fernando. Mudança constitucional, desempenho do Legislativo e consolidação institucional. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 10, n. 29, p. 175-200, out. 1995. Disponível em: <https://www.anpocs.com/index.php/publicacoes-sp-2056165036/rbcs/208-rbcs-29>. Acesso em: 20 jan. 2020.

FIGUEIREDO, Argelina Cheibub; LIMONGI, Fernando. Poder de agenda na democracia brasileira: desempenho do governo no presidencialismo no presidencialismo pluripartidário. *In*: SOARES, Glaucio; RENNO, Lucio (ed.). **Reforma política: lições da história recente**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006. p. 249-280.

FIGUEIREDO, Juliana Baldoni. O colégio de líderes: surgimento e evolução. **E-Legis**, Brasília, v. 5, n. 8, p. 6-33, jun. 2012. Disponível em: <http://e-legis.camara.leg.br/cefor/index.php/e-legis/article/view/109>. Acesso em: 20 jan. 2020.

FREITAS, Andréa Marcondes de. Unboxing the active role of the Legislative Power in Brazil. **Brazilian Political Science Review**, São Paulo, v.10, n. 2, Aug. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-38212016000200004>. Acesso em: 20 jan. 2020.

GARAY, Candelaria. Associational linkages to labor unions and political parties. *In*: COLLIER, Ruth Berins; HANDLIN, Samuel (ed.). **Reorganizing popular politics: participation and the new interest regime in Latin America**. State College: Penn State University Press, 2009. p. 260-292.

GAY, Robert. Community organization and clientelist politics in contemporary Brazil: a case study from suburban Rio de Janeiro. **International Journal of Urban and Regional Research**, Hoboken, v. 14. n. 4. p. 648-666, Dec. 1990. Disponível em: <https://www.deepdyve.com/browse/journals/international-journal-of-urban-and-regional-research/1990/v14/i4>. Acesso em: 20 jan. 2020.

GODOI, Alcinda Maria Machado. **Executivo e Legislativo na produção legal em saúde, de 1988 a 2008**. 2008. 77 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Ciência Política) – Universidade do Legislativo Brasileiro, Brasília, 2008. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/161002/TCC_CIENCIA_POLITICA_ALCINDA_2008.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 20 jan. 2020.

GOMES, Fábio de Barros Correia. **Interações entre o Legislativo e o Executivo Federal do Brasil na definição de políticas de interesse amplo: uma abordagem sistêmica, com aplicação na saúde**. 2011. 338 f. Tese (Doutorado em Ciência Política) - Instituto de Estudos Sociais e Políticos, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <https://bd.camara.leg.br/bd/handle/bdcamara/6165>. Acesso em: 20 jan. 2020.

GOMES, Fábio de Barros Correia. **[Repositório digital]: congress-Br-1999-2006**. Brasília, 24 mar. 2018. Disponível em: <https://github.com/DataBrazil/Congress-Br-1999-2006>. Acesso em: 20 jan. 2020.

GOMES, Fábio de Barros Correia; CARVALHO, Eduardo Lopes de; REIS, Rodolfo. Projetos de lei ordinária apresentados na Câmara dos Deputados entre 1999 e 2006: tramitação geral e dos relacionados à saúde. **E-Legis**, Brasília, v. 2, n. 2, p. 32-44, 1. sem. 2009. Disponível em: <http://e-legis.camara.leg.br/cefor/index.php/e-legis/article/view/10>. Acesso em: 20 jan. 2020.

HALL, Peter A.; TAYLOR, Rosemary C. R. As três versões do neo-institucionalismo. **Lua Nova**, São Paulo, n. 58, p.193-223, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-64452003000100010>. Acesso em: 20 jan. 2020.

HANSEN, John Mark. **Gaining access**: Congress and the farm lobby, 1919-1981. Chicago: University of Chicago Press, 1991.

HILGERS, Tina. Causes and consequences of political clientelism: Mexico's PRD in comparative perspective. **Latin American Politics and Society**, Cambridge, v. 50, n. 4, p. 123-153, Winter 2008. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/30130897>. Acesso em: 20 jan. 2020.

IMMERGUT, Ellen M. The theoretical core of the new institutionalism. **Politics & Society**, v. 26, n. 1. p. 5-34, Mar. 1998. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0032329298026001002>. Acesso em: 20 jan. 2020.

KELLOW, Aynsley. From policy typologies to policy feedback. *In*: HOPPE, Robert; COLEBATCH, Hal K (ed.). **Handbook on policy, process and governing**. Cheltenham: Edward Elgar Publishing Ltd., 2018. p. 457-472.

KREHBIEL, Keith. **Information and legislative organization**. Ann Arbor: University of Michigan Press, 1991.

LANCASTER, Thomas D. Electoral structures and pork barrel politics. **International Political Science Review**, Newbury Park, v. 7, n. 1, p. 67-81, Jan. 1986. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/1600916>. Acesso em: 20 jan. 2020.

LASSWELL, Harold D. **Politics**: who gets what, when, how. New York: Whittlesey House, 1936.

LEMOS, Leany Barreiro de S. O Congresso brasileiro e a distribuição de benefícios sociais no período 1988-1994: uma análise distributivista. **Dados**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 3, p. 561-605, 2001. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0011-52582001000300004&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 20 jan. 2020.

LIMONGI, Fernando. A democracia no Brasil: presidencialismo, coalizão partidária e processo decisório. **Novos Estudos – CEBRAP**, São Paulo, n. 76, p. 17-41, nov. 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-33002006000300002>. Acesso em: 20 jan. 2020.

LIMONGI, Fernando. Estudos Legislativos. *In*: LESSA, Renato; MARTINS, Carlos Benedito (coord.). **Ciência política**. São Paulo: ANPOCS, 2010. p. 163-190. (Coleção Horizontes das Ciências Sociais no Brasil).

LIMONGI, Fernando. O novo institucionalismo e os estudos legislativos: a literatura norte-americana recente. **Boletim Informativo e Bibliográfico em Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, n. 37, p. 3-38, 1. sem. 1994. Disponível em: <http://www.anpocs.com/index.php/edicoes-antiores/bib-37/443-bib-37-integra/file>. Acesso em: 20 jan. 2020.

LOWI, Theodore. American business, public policy, case-studies, and political theory. **World politics**, Cambridge, v. 16, n. 4, p. 677-715, July 1964. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/2009452>. Acesso em: 20 jan. 2020.

LOWI, Theodore. Four systems of policy, politics, and choice. **Public Administration Review**, v. 32, n. 4, p. 298-310, July/Aug. 1972. Disponível em: https://perguntasaopo.files.wordpress.com/2012/02/lowi_1972_four-systems-of-policy-politics-and-choice.pdf. Acesso em: 20 jan. 2020.

LOWI, Theodore; NICHOLSON, Norman K. **Arenas of power: reflections on politics and policy**. New York: Routledge, 2009.

LUCCHESI, Geraldo. **A concretização do direito à saúde no Brasil: uma análise da legislação sobre doenças e agravos específicos**. 2009. Monografia (Especialização em Direito Sanitário) - Fundação Oswaldo Cruz, Brasília, 2009.

MAINWARING, Scott C. Politicians, parties, and electoral systems: Brazil in comparative perspective. **Comparative Politics**, New York, v. 24, n. 1, p. 21-43, Oct. 1991. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/422200>. Acesso em: 20 jan. 2020.

MARQUES, Eduardo; FARIA, Carlos Aurélio de Pimenta (org.). **A política como campo multidisciplinar**. São Paulo: Unesp, 2013.

MAYHEW, David. **Congress: the electoral connection**. New Haven: Yale University Press, 1974.

MELLO, Eduardo. **Explaining success and failure of rules-based distributive policies**. 2017. 215 f. Thesis (Doctor of Philosophy) - Department of International Development, London School of Economics and Political Science, London, 2017. Disponível em: http://etheses.lse.ac.uk/3823/1/Mello_explaining-success-and-failure--redacted.pdf. Acesso em: 20 jan. 2020.

MÉNDEZ, José Luis. La política pública como variable dependiente: hacia un análisis más integral de las políticas públicas. **Foro Internacional**, Ciudad de México, v. 23, n. 1, p. 111-144, enero/marzo 1993. Disponível em: <https://forointernacional.colmex.mx/index.php/fi/article/view/1329>. Acesso em: 20 jan. 2020.

MEZEY, Michael. **Comparative legislatures**. Durham: Duke University Press, 1979.

MOLINELLI, Guillermo; PALANZA, Valeria; SIN, Gisela. **Congreso, presidencia y justicia en Argentina: materiales para su estudio**. Buenos Aires: Temas Grupo Editorial, 1999.

OLSON, Mancur. **The logic of collective action: public goods and the theory of groups**. Cambridge: Harvard University Press, 1965.

PALMER-RUBIN, Brian. Interest organizations and distributive politics: small-business subsidies in Mexico. **World Development**, Ann Arbor, v.84, p. 97-117, Aug. 2016. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0305750X16303370>. Acesso em: 20 jan. 2020.

POWER, Timothy J. Presidencialismo de coalizão e o design institucional no Brasil: o que sabemos até agora? *In*: GUIMARÃES, André Sathler; BRAGA, Ricardo de João (org.). **Legislativo pós-1988: reflexões e perspectivas**. Brasília: Edições Câmara, 2015. p. 15-46. Disponível em: <https://bd.camara.leg.br/bd/handle/bdcamara/22179>. Acesso em: 20 jan. 2020.

RICCI, Paolo. O conteúdo da produção legislativa brasileira: leis nacionais ou políticas paroquiais? **Dados**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 4, p. 699-734, 2003. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0011-52582003000400003&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 20 jan. 2020.

ROTHSTEIN, Bo. Political institutions: an overview. *In*: GOODIN, Robert E.; KLINGEMANN, Hans-Dieter (ed.). **A new handbook of political science**. New York: Oxford University, 1998. p. 133-161.

RUA, Maria das Graças; ROMANINI, Roberta. **Para aprender Políticas Públicas**. Brasília: IGEPP, 2013.

SANTOS, Bruno Carazza. **Interesses econômicos, representação política e produção legislativa no Brasil sob a ótica do financiamento de campanhas eleitorais**. 2016. 220 f. Tese (Doutorado em Direito) – Faculdade de Direito, Universidade Federal de Minas Gerais, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/BUOS-ASNHA2>. Acesso em: 20 jan. 2020.

SANTOS, Fabiano. Instituições eleitorais e desempenho do presidencialismo no Brasil. **Dados**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, p. 111-138, 1999. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0011-52581999000100006&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 20 jan. 2020.

SANTOS, Fabiano. Patronagem e poder de agenda na política brasileira. **Dados**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 3, p. 465-492, 1997. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0011-52581997000300007&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 20 jan. 2020.

SANTOS, Fabiano. **O Poder Legislativo no presidencialismo de coalizão**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2003.

SCHNEIDER, Gerald; BALTZ, Konstantin. Specialization pays off: interest group influence in EU pre-negotiations in four member states. *In*: WARNTJEN, Andreas; WONKA, Arndt (ed.). **Governance in Europe: the role of interest groups**. Baden-Baden: Nomos, 2004. p. 130-147.

SHUGART, Matthew; CAREY, John. Incentives to cultivate a personal vote: a rank ordering of electoral formulas. **Electoral Studies**, London, v. 14, n. 4, p. 417-439, Dec. 1995. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0261379494000352>. Acesso em: 20 jan. 2020.

SHUGART, Matthew; CAREY, John. **Presidents and assemblies: constitutional design and electoral dynamics**. New York: Cambridge University Press, 1992.

SKOCPOL, Theda. Bringing the state back in: strategies of analysis in current research. *In*: EVANS, Peter B.; RUESSCHMEYER, Dietrich; SKOCPOL, Theda. (ed.). **Bringing the state back in?** Cambridge: Cambridge University Press, 1985. p 3-38.

SOUZA, Celina. Políticas Públicas: conceitos, tipologias e sub-áreas. *In*: WORKSHOP SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS E AVALIAÇÃO, 2002, Salvador. **Anais [...]**. Salvador: Fundação Luís Eduardo Magalhães, 2002. Disponível em: <http://professor.pucgoias.edu.br/SiteDocente/admin/arquivosUpload/3843/material/001-%20A-%20POLITICAS%20PUBLICAS.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2020.

SPITZER, Robert. J. **The presidency and public policy**: the four arenas of presidential power. Tuscaloosa: University of Alabama Press, 1983.

THELEN, Kathleen; STEINMO, Sven. Structuring politics: historical institutionalism in comparative analysis. *In*: STEINMO, Sven; THELEN, Kathleen; LONGSTRETH, Frank (ed.) **Structuring Politics**: historical institutionalism in comparative politics. Cambridge: Cambridge University Press, 1992. p. 1-32.

WEINGAST, Barry; MARSHALL, William. The industrial organization of Congress. **Journal of Political Economy**, Chicago, v. 96, n. 1, p. 132-163, Feb. 1988. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/1830714>. Acesso em: 20 jan. 2020.

WILSON, James Q. **Political organizations**. New York: Basic Books, 1973.

WILSON, James Q. **The politics of regulation**. New York: Basic Books, 1980.

WILSON, James Q. *et al.* **American government**: institutions and policies. 15. ed. Boston: Cengage Learning, 2017.

ANEXO A - CLASSIFICAÇÃO DO GPE

QUADRO 1 – CLASSIFICAÇÃO DO GPE SAÚDE PARA PROPOSIÇÕES LEGISLATIVAS

MACROTEMA SAÚDE

1. Assistência à Saúde (ASA)

- 1.1 Planos, programas e políticas públicas (ppp)
 - 1.1.1 Destaque: assistência farmacêutica (ppp-afc)
 - 1.1.2 Destaque: doação e transplante de órgãos e tecidos (ppp-dto)
 - 1.1.3 Destaque: assistência à saúde do trabalhador (ppp-str)
 - 1.1.4 Destaque: saúde escolar (ppp-esc)
 - 1.1.5 Destaque: ações e atividades (ppp-ads)
- 1.2 Documentação e sistemas de informação (doc)
- 1.3 Assistência em locais específicos (ale)
- 1.4 Assistência privada à saúde (pri)
- 1.5 Procedimentos e protocolos clínicos (pro)
- 1.6 Outros – Assistência à saúde (asaout)

2. Promoção da Saúde e Prevenção e Controle de Doenças e Agravos (PPC)

- 2.1 Vigilância epidemiológica (vep)
- 2.2 Vigilância sanitária (vis)
 - 2.2.1 Destaque: medicamentos (vis-med)
 - 2.2.2 Destaque: patente de produtos relevantes para saúde (vis-pps)
 - 2.2.3 Destaque: serviços de interesse à saúde (vis-sis)
- 2.3 Vigilância ambiental (vam)
- 2.4 Vigilância alimentar e nutricional (van)
 - 2.4.1 Destaque: alimentação escolar (van-esc)
- 2.5 Vigilância da saúde do trabalhador (vtr)
- 2.6 Segurança de produtos e serviços não-sanitários (sep)
- 2.7 Controle de fatores de risco comportamentais (frc)
 - 2.7.1 Destaque: trânsito (frc-trs)
 - 2.7.2 Destaque: tabaco e álcool (frc-tal)
 - 2.7.3 Destaque: drogas ilícitas (frc-dro)
 - 2.7.4 Destaque: armas e bens sensíveis (frc-arm)
- 2.8 Educação em saúde (eds)
 - 2.8.1 Destaque: datas, campanhas e homenagens (eds-dch)
- 2.9 Saneamento (san)
 - 2.9.1 Destaque: tratamento de resíduos especiais (san-res)
- 2.10 Atividade física (atf)
 - 2.10.1 Destaque: *doping* e uso de anabolizantes (atf-dop)
- 2.11 Outros – Promoção da saúde e prevenção e controle de doenças e agravos (ppcout)

3. Direitos e Responsabilidades (DIR)

- 3.1 Direitos trabalhistas e previdenciários (dtp)
 - 3.1.1 Destaque: maternidade e paternidade (dtp-mep)
- 3.2 Direitos das pessoas com deficiência (dpe)
- 3.3 Direitos dos idosos (did)
- 3.4 Direitos de portadores de doenças (ddo)
- 3.5 Direitos dos cuidadores (dpc)
- 3.6 Direitos das vítimas de acidentes e violência (dvi)

- 3.7 Direitos nos extremos da vida (dev)
- 3.8 Direitos reprodutivos (dre)
- 3.9 Direitos dos tutelados e curatelados (dtc)
- 3.10 Responsabilidade sanitária (rps)
- 3.11 Crimes e infrações contra a saúde (ccs)
 - 3.11.1 Destaque: tráfico de órgãos e tecidos (ccs-tro)
- 3.12 Direitos relacionados a documentos oficiais (dof)
- 3.13 Exames periciais (exp)
- 3.14 Vantagens ao doador (vdo)
- 3.15 Outros – direitos e responsabilidades (dirout)

4. **Gestão, Recursos e Pesquisa em Saúde (GRP)**

- 4.1 Recursos humanos (rhs)
 - 4.1.1 Destaque: formação e qualificação (rhs-foq)
 - 4.1.2 Destaque: inserção no mercado de trabalho (rhs-imt)
 - 4.1.3 Destaque: regulamentação profissional (rhs-rep)
 - 4.1.4 Destaque: serviços obrigatórios pelos profissionais de saúde (rhs-obg)
- 4.2 Gestão Administrativa (ges)
 - 4.2.1 Destaque: garantia de direitos do usuário de serviços de saúde (ges-dus)
- 4.3 Financiamento e doações (fin)
 - 4.3.1 Destaque: financiamento de filantrópica (fin-fil)
- 4.4 Infraestrutura de serviços em saúde (inf)
- 4.5 Pesquisa em Saúde (pes)
- 4.6 Outros Gestão e Recursos em Saúde (grsout)

5. **Demais temas relacionados à saúde (OUT)**

- 5.1 Demais Temas Relacionados à Saúde – outros (dtsout)

MACROTEMA NÃO-SAÚDE

1. Direitos de Grupos Vulneráveis (DGV)

- 1.1. Idosos (ido)
- 1.2. Gestantes e Lactantes (gel)
- 1.3. Pessoas com deficiência (def)
- 1.4. Crianças e adolescentes (cad)
- 1.5. Grupos em condições socioeconômicas vulneráveis (eco)
- 1.6. Direitos de outros grupos vulneráveis (dgvout)

2. Demais Temas Não-saúde (DTN)