

# A PRODUÇÃO LEGISLATIVA SOBRE SAÚDE NO PERÍODO 2003-2010: breves notas sobre a atuação do Congresso Nacional



Ligia Bahia

Professora do Instituto de Saúde Coletiva da UFRJ

PALAVRAS-CHAVE: Políticas de Saúde; Poder Legislativo; Poder Executivo; Projetos de Lei.

**KEYWORDS:**  
*Health Policies; Legislature; Executive; Law Proposals.*

**RESUMO:** O trabalho tem caráter exploratório e objetiva problematizar acepções sobre o caráter particularista das iniciativas do Poder Legislativo relacionadas com políticas de saúde. Tomando como referencial estudos sobre o papel do Parlamento no Brasil, sugestivos da existência de tensões estabelecidas pelas iniciativas de caráter normativo do Poder Executivo na Câmara dos Deputados, foram analisados projetos de lei de integrantes do Congresso Nacional nos períodos 2003-2006 e 2007-2010. Nos dois casos preponderaram projetos de lei benéficos à saúde, mas reiterativos, redundantes e, portanto, dotados de pequeno potencial de questionamento e transformação das políticas, enquanto a elaboração pelo Executivo de leis de maior impacto sistêmico concentrou-se no primeiro mandato do presidente Lula (2003-2006).

**ABSTRACT:** *This exploratory paper seeks to call into question the meanings associated to the particularistic character of health-related initiatives taken by the Legislative. Referenced on studies of the parliament's role in Brazil, suggestive of tensions established by the normative character of the Executive's initiatives in the House of Representatives, it analyses law proposals in Congress for the periods 2003-2006 and 2007-2010. Both periods are dominated by law proposals benefitting the health system, but altogether reiterative and redundant, thus having limited potential for questioning and transforming policies, while the Executive's elaboration of laws of more systemic impact were concentrated in the first mandate of President Lula (2003-2006).*



O tema saúde, a despeito de suas múltiplas questões e abordagens no campo da saúde coletiva, tem sido examinado primordialmente a partir de ações e estatutos normativos do Poder Executivo. Hoje o conhecimento dos estudiosos e formuladores e executores de políticas sobre a situação e mudanças no âmbito do Ministério da Saúde é muito superior àquele sobre a tramitação das matérias de interesse no Judiciário e no Congresso Nacional. A centralidade do Poder Executivo no debate e definição da agenda da saúde é recente e, paradoxalmente, coincide com a democratização. As teses sobre a Reforma Sanitária<sup>1</sup> elaboradas pelo Movimento pela Democratização da Saúde/Movimento Sanitário, desde os anos 1970, foram gestadas, debatidas e legitimadas no âmbito do Congresso Nacional.

A linha de continuidade entre o documento “A Questão Democrática na Área da Saúde”, contendo as diretrizes fundamentais da Reforma Sanitária e aprovado no I Simpósio de Políticas de Saúde da Câmara de Deputados em 1979, e o texto sobre saúde na Constituição de 1988, teve como substrato o intenso fluxo de relações entre movimentos sociais, intelectuais, partidos políticos e parlamentares.

No período de crise-abertura política do regime militar à aprovação da Constituição em 1988 foram acionadas diversas estratégias para ocupar espaços de divulgação, debate e consolidação das bases jurídico-legais e técnicas de um novo sistema nacional de saúde. No contexto da formulação das alternativas para a denominada Nova República, o repertório do Movimento Sanitário incluiu atuações coordenadas de: assessoria parlamentar: elaboração da proposta de governo; encontro com prefeituras e busca

de apoio parlamentar e para a indicação do provimento de cargos para o governo que se iniciava (RODRIGUEZ NETO, 2003).

O deslocamento da proximidade com as instituições propriamente políticas (partidos e Parlamento), que marcou a fundação e a consolidação do Movimento Sanitário em direção às preocupações com a engenharia institucional do sistema, tem sido encarado ora como sintoma de despolitização do processo de mudanças na saúde, ora como decorrência quase natural dos novos ventos democráticos. Para uns o confinamento aos trâmites administrativos setoriais, no limite, descaracterizaria o projeto da Reforma Sanitária. Para outros, passado o ciclo de embates no plano formal, a ênfase nos temas e trâmites afetos ao Poder Executivo, especialmente da esfera federal, justificar-se-ia em função da importância de suas instituições e normas para a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS).

De fato, a saúde, como política pública, tem sido apresentada como ação de governo gerida pelo Executivo, ainda que grande parte das medidas tomadas, inclusive após a Constituição de 1988, tenha sido objeto de alguma manifestação do Legislativo. A par da produção legislativa típica, é amplamente reconhecido o papel dos parlamentares na resistência às sucessivas investidas para descaracterizar e restringir o orçamento da saúde.

Historicamente, a firme atuação dos parlamentares foi decisiva para encontrar fontes alternativas e transitórias de recursos como o Imposto Provisório sobre a Movimentação Financeira (IPMF)<sup>2</sup>, bem como para barrar as proposições de restrição do orçamento para a saúde. Como afirmam Marques e Mendes (2005), a insistên-

1 Definida como projeto político-cultural originado em movimentos sociais pela democratização da saúde baseados em uma plataforma integrada por: ampliação do conceito de saúde; reconhecimento da saúde como direito de todos e dever do Estado; criação de um Sistema Único de Saúde; participação popular; constituição e ampliação do orçamento da Seguridade Social.

2 Na prática, essa solução veio a vigorar a partir de 1997, sob a denominação de Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF). A CPMF foi extinta pelo Senado em 2007.

De fato, a saúde, como política pública, tem sido apresentada como ação de governo gerida pelo Executivo, ainda que grande parte das medidas tomadas, inclusive após a Constituição de 1988, tenha sido objeto de alguma manifestação do Legislativo

cia em subtrair recursos da saúde tem sido uma prática governamental reiterada. A insistência em considerar como recursos da saúde juros, despesas com inativos, programa de combate à pobreza, entre outros, não se concretizou, até o momento, por força da mobilização da Frente Parlamentar da Saúde, instituições e entidades comprometidas com a saúde pública.

Por outro lado, em dezembro de 2011, o Senado negou um projeto anteriormente aprovado por unanimidade e votou contra a ampliação dos recursos financeiros para a saúde. O que se pretendia era alterar a regra vigente para o aporte de recursos financeiros para a saúde, segundo a Emenda Constitucional nº 29, de setembro de 2000, que determina que as três esferas de governo devem contribuir com os seguintes valores mínimos: União – a cada ano um recurso equivalente ao total empenhado no ano anterior, aplicada a variação nominal

do PIB; estados – 12% de seus impostos; e municípios – 15% de seus impostos. Para tanto, a proposta era alterar a fórmula de cálculo dos recursos da União para a saúde, fixando em 10% de sua Receita Corrente Bruta para se equiparar à forma de cálculo de estados e municípios. A rejeição pelo Senado da principal bandeira que aglutinou os movimentos sociais em defesa do SUS com o Parlamento durante nove anos representa um enorme desafio para o sistema de saúde brasileiro.

Com base nessas constatações é fácil verificar certo descompasso entre o foco das atenções das vertentes técnicas e acadêmicas do Movimento Sanitário e os processos mais gerais de produção das políticas e determinação das condições de vida e saúde da população. Temas emanados do Poder Executivo e em especial de certos órgãos do Ministério da Saúde, como as normas sobre repasses de recursos, nomeações e definição de investimentos, exercem certo monopólio no debate corrente sobre as políticas de saúde e na produção científica da área.

É importante assinalar que o padrão analítico centrado quase que exclusivamente no Executivo, enquanto instância decisória que dita os rumos das políticas públicas, não é uma prerrogativa da área da saúde. Cientistas políticos como Boschi e Lima (2003) ponderam que o protagonismo do Poder Executivo na engenharia institucional republicana, especialmente a partir dos anos 1930, foi sempre tão notório que fica a impressão de que suas instituições encarnam o Estado. Subjacente à noção de Estado, estaria a figura do Poder Executivo, do qual originam-se todas as relações, inclusive aquelas que se estabelecem com os demais poderes e com a sociedade. Não é por menos que os argumentos baseados na debilidade e instabilidade das instituições da democracia representativa e da sociedade civil encontram tanta ressonância nos fóruns de debate e difusão de análises sobre a formação social brasileira. Os argumentos sobre a inocuidade e a inoperância





das denúncias de corrupção por integrantes do Congresso Nacional contribuem para difundir e reiterar os altos índices de impopularidade do Poder Legislativo.

O Poder Legislativo é um tema de estudos das ciências sociais. No Brasil, as tentativas de analisar mais profundamente os problemas e potenciais do Congresso Nacional, como instância republicana essencial ao Estado constitucional e ao equilíbrio de poderes, dissecam sua estrutura e dinâmica de funcionamento.

Encontram-se análises focadas na organização e composição da Câmara dos Deputados. O funcionamento das comissões permanentes e a adequação de seus representantes à regra democrática de “cada homem um voto” ensejaram estudos sobre as singularidades brasileiras, especialmente no que diz respeito à fixação de limite máximo e mínimo para as bancadas por unidade da federação. Além da vigência de uma representação não estritamente proporcional,

justificada em função da necessidade de compensar as grandes desigualdades federativas e regionais, registram-se estudos sobre a representação da Câmara vis-à-vis as características socioprofissionais e demográficas da população brasileira.

Segundo Rodrigues (2002), as atividades empresariais, as profissões liberais, o alto funcionalismo e o magistério constituem nessa ordem, os principais segmentos ocupacionais e profissionais que compõem a “classe política” na esfera federal. Entre os deputados profissionais liberais situam-se em primeiro lugar os advogados e a seguir médicos e engenheiros. O autor observou ainda uma pequena variação na distribuição do status sócio-ocupacional entre os partidos. Os recrutamentos partidários situados no espectro à direita possuíam uma sobrerrepresentação de empresários e sub-representação de trabalhadores industriais e lavradores.

As abordagens que têm como objeto as rela-

ções entre o comportamento dos partidos e a efetividade do Poder Legislativo representam uma segunda vertente analítica. Ao sistema de lista aberta atribuem-se incentivos eleitorais tendentes a conformar partidos pouco institucionalizados. O voto personalizado em detrimento das estratégias que enfatizariam a sigla e o programa dos partidos concorreria para a baixa organicidade dos partidos, para o comportamento paroquial dos deputados e a baixa disciplina partidária. Os deputados representariam interesses circunscritos, regionais, fisiológicos, oligárquicos em contraposição àqueles modernos e de alcance nacional que seriam mais bem conduzidos pelo Poder Executivo.

O terceiro grupo de temas privilegiado pelas análises acadêmicas é a relação, no que concerne à divisão de atribuições, entre Executivo e Legislativo. A Constituição de 1988 devolveu prerrogativas ao Congresso Nacional, mas concedeu mais poderes formais ao presidente da República do que os previstos pela Constituição de 1946. Ao chefe do Executivo compete propor leis e emendas constitucionais e, além disso, ele possui iniciativa legislativa exclusiva nas matérias relacionadas à administração pública, à criação de impostos e ao orçamento. Tem ainda a prerrogativa de vetar total ou parcialmente as leis aprovadas pelo Legislativo, embora o veto presidencial possa ser derrubado por maioria em sessão conjunta do Congresso. O presidente da República também tem o poder de editar projetos com força de lei (medidas provisórias). Essas atribuições somam-se ao comando de uma vasta rede administrativa, incluindo ministérios, empresas estatais, como a Petrobras e o BNDES, e várias agências estatais.

Estudos sobre os efeitos agregados da estrutura e o funcionamento do Poder Legislativo confirmam a forte influência do Poder Executivo como órgão de Estado na vida nacional. Segundo Figueiredo e Limongi (1999), entre 1989 e 1998 apenas 14% das leis aprovadas foram de autoria

de deputados e senadores ou de comissões parlamentares. Essa proporção contrasta com o período de 1946 e 1964, quando havia maior equilíbrio na produção legislativa e a produção do Congresso chegou a atingir 57% do total. Por outro lado, as suspeitas fortemente difundidas sobre o paroquialismo do Congresso Nacional não se confirmam, ao menos no que se refere à produção de leis. Conforme Amorim Neto e Santos (2002), o assunto predominante na produção legislativa de autoria dos integrantes do Legislativo no período 1985-1999 é o social e a abrangência das matérias é nacional. Essa performance pouco conhecida do Congresso Nacional - sua permeabilidade aos temas sociais de alcance nacional - apesar de surpreendente parece corresponder a uma vocação duradoura. A suposta divisão de trabalho entre Executivo e Legislativo, segundo a qual caberia ao Congresso patrocinar leis de abrangência subnacional e ao Executivo leis de abrangência nacional não encontra respaldo na análise da produção legislativa do Congresso Nacional. No presidencialismo brasileiro coexistem coalizões governamentais e legislativas com “transferências monetárias”, por meio da execução de emendas, com outras formas igualmente relevantes de atração dos partidos e parlamentares para conferir suporte às coalizões estáveis



– como as “transferências políticas”, mediante participação direta em postos governamentais, e a própria negociação do conteúdo das políticas (RAILE et al., 2010).

Diante da constatação sobre as prioridades sociais do Congresso Nacional, Santos (2002) sugere que a especialização dos Poderes é temática. Os legisladores tratam de temas sociais e o Executivo prepondera nas áreas econômica e administrativa. Os temas abordados pelo Legislativo têm em comum o fato de não recortarem o espectro ideológico e partidário de forma tradicional. Como ocorre, por exemplo, em relação à distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e regulamentação da doação de órgãos.

### *O Poder Legislativo e a Produção de Leis sobre Saúde*

Sem dúvida, os trabalhos acadêmicos sobre o Legislativo têm contribuído – e muito – para desmistificar imagens preconceituosas e avançar o conhecimento das instituições políticas nacionais. O papel do Legislativo na área da saúde tem sido registrado especialmente em momentos de impacto no Congresso – a própria Constituinte, a votação da Lei Orgânica da Saúde, a CPI dos planos de saúde (RODRIGUES NETO, 2003; GARCIA, 2004; PEREIRA, 1994). A natureza predominantemente social e nacional da ação legislativa cotidiana dos congressistas parece estender-se e até potencializar-se na saúde. Lemos (2001), ao examinar 817 projetos relativos às áreas de saúde e educação entre 1989 e 1999, observou que cerca de 60% deles visavam à transferência difusa de recursos ou à regulação difusa de determinadas atividades. Vargas (2003), estudando as relações entre o Poder Executivo e o Poder Legislativo no pós-Constituinte, aprofunda os conteúdos da produção legislativa sobre saúde. Esta última autora sugere uma indiferenciação entre Executivo e Legislativo na preferência por temas, uma vez

que o Executivo é autor de proposições oriundas de demandas sociais e das áreas técnicas, e ressalta o desempenho relevante do Conselho Nacional de Saúde na articulação das relações entre o Executivo e o Legislativo.

O levantamento dos projetos de lei sobre saúde no período 1999-2010, realizado pelo Laboratório de Economia Política da Saúde da UFRJ, indica que o tema preferido dos autores dos projetos de lei é o denominado código sanitário que abriga uma ampla gama de matérias como condições de higiene dos estabelecimentos, incluindo farmácias, requerimentos para o exercício profissional na área e questões relacionadas com o direito do consumidor. Em segundo lugar situam-se os que versam sobre o SUS, sua organização, programas a serem implantados e desenvolvidos no âmbito do sistema público de saúde e financiamento. Os projetos que dizem respeito à assistência suplementar referem-se à regulamentação das empresas de planos e seguros de saúde, seja mediante proposições que visam a alterar a Lei 9.656/1998, seja mediante projetos que legislam sobre a atividade das empresas de planos e seguros de saúde e/ou seus prestadores de serviços.

Durante o primeiro mandato do presidente Lula, as tensões entre Legislativo e Executivo, e também com o Judiciário, a respeito de temas da saúde adquiriram grande visibilidade. Os embates na arena do Legislativo, em relação ao orçamento da saúde e à judicialização dos conflitos sobre a intervenção do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro, ilustram as disputas pelos espaços de definição de competências. Nesse período a produção legislativa sobre saúde foi fortemente marcada pela aprovação de projetos de autoria do Executivo. Entre 2003 até meados de 2006 as leis de autoria dos parlamentares do Congresso Nacional compreenderam:

- resoluções do Senado Federal autorizando o governo da Bahia a contratar crédito junto

ao Banco Mundial (Bird) para a reorganização do sistema estadual de saúde e para a segunda etapa do VigiSUS;

- decretos legislativos relativos à concessão de serviço de radiodifusão para associações comunitárias de educação e saúde, como as de Mondubim (Fortaleza/CE) e dos municípios de Saúde (BA) e de Feijó (AC);
- decretos legislativos relativos a obras como as do Hospital Regional de Cacoal (RO);
- criação de estatutos e programas de proteção de populações vulneráveis como o Programa Nacional de Inclusão de Jovens (ProJovem), o Estatuto do Idoso, a inclusão de normas sobre atendimento no SUS no Estatuto da Criança e do Adolescente e a notificação compulsória de casos de violência contra a mulher;
- garantias da humanização do atendimento, como a obrigatoriedade do direito a acompanhante para gestantes, instalação de brinquedotecas nos hospitais pediátricos;
- normas sobre controle e fiscalização de medicamentos e alimentos, como talidomida e presença de glúten e comercialização de alimentos para lactentes e crianças;

• aprovação de convenções internacionais sobre saúde do trabalhador;

- reforço a problemas específicos de saúde, como a instituição do Dia Nacional de Conscientização sobre a Esclerose Múltipla e a definição das diretrizes sobre a atenção integral aos portadores de hepatite.

O teor cívico e a natureza incremental das proposições do Legislativo contrastam fortemente com os projetos encaminhados pelo Executivo, claramente voltados para a implementação de projetos estruturantes no sistema de saúde. Pontos da plataforma eleitoral do Partido dos Trabalhadores (PT), como o Programa Farmácia Popular, integram o vasto acervo da produção legislativa sobre saúde de autoria do Executivo. No mesmo intervalo de tempo considerado para análise da produção legislativa – 2003-2006 –, foram aprovadas as seguintes leis de autoria do Poder Executivo sobre:

- medicamentos - instituição do Programa Farmácia Popular, política nacional de fitoterápicos, alteração da legislação sobre comercialização fracionada de medica-





mentos, autorização do fracionamento de medicamentos;

- sangue e hemoderivados - aprovação do plano diretor sobre sangue e aprovação do estatuto da Hemobras;

- assistência médico-hospitalar - criação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), definição de critérios sobre os hospitais estratégicos no âmbito do SUS, grupo interministerial para a melhoria do atendimento nos hospitais conveniados ao SUS, declaração de estado de calamidade pública no Rio de Janeiro (intervenção do Ministério da Saúde);

- endemias - alteração do grupo interministerial para combate à dengue e criação de grupo interministerial para hanseníase;

- planos privados de saúde - adaptação dos contratos dos planos de saúde e assistência de saúde ao servidor público;

- riscos ambientais e estilos de vida - controle da qualidade da água, aperfeiçoamento da legislação sobre consumo e propaganda de bebidas alcoólicas, produtos fumíferos e defensivos agrícolas, promulgação da convenção-quadro sobre controle do uso do tabaco e informações à população sobre transgênicos;

- conferências e Conselho Nacional de Saúde - convocação de conferências nacionais de saúde e normas sobre composição e mandato dos membros do Conselho Nacional de Saúde;

- populações vulneráveis - serviços sentinela de atendimento a casos de violência à mulher;

- cargos e carreiras - alteração de carreiras, provimento de funções gratificadas e comissão de validação de diplomas do protocolo internacional Brasil-Cuba;

- créditos - solicitação de créditos orçamentários junto a instituições nacionais;

- a situação da saúde - comissão sobre determinantes sociais da saúde.

Esse padrão de divisão de atribuições entre Legislativo e Executivo parece ter se alterado em 2007 e 2010. A maioria dos projetos de lei apresentados pelos parlamentares do Congresso Nacional (Anexo) gravitou em torno de temas e subtemas pouco polêmicos. Parte significativa das proposições do Legislativo (especialmente aquelas referentes à ampliação de coberturas, ao aprimoramento de sistemas de informação e à restrição do uso de produtos, alimentos e bebidas) parece alheia aos graves problemas de acesso e racionamento do uso de serviços e aos conflitos que tais normas gerariam com seus fabricantes. As leis originadas no Poder Executivo tampouco responderam aos nós críticos do sistema de saúde. Embora a Lei nº 11.634/2007 tenha sido inspirada pela garantia do acesso oportuno das parturientes, é sabido que sua efetividade depende das condições da oferta local e que não houve nesse período ampliação ou melhoria substancial da rede de maternidades do SUS. Em 2010, a promulgação do Estatuto da Igualdade Racial (Lei 12.288) previu mudanças na organização dos serviços de saúde, que, no entanto, ainda não foram viabilizadas. As causas da relativa inocuidade ou, em outros termos, a imunidade das práticas da rede assistencial do SUS às normas legais, podem ser buscadas na natureza da legislação ou ainda na resiliência às alterações em serviços já existentes. As razões do sucesso de políticas como a Farmácia Popular e o Samu podem se relacionar com a inexistência de tais atividades anteriormente.

Portanto, a clara assimetria entre as proposições do Executivo e as do Legislativo, em termos do impacto sobre o sistema de saúde, suscita interrogações adicionais àquelas formuladas pelos cientistas sociais. As pistas sugerem que o padrão geral de desequilíbrio dos índices de autoria Executivo/Legislativo venha adquirindo contornos específicos na saúde. A hipótese a ser examinada é sobre os conteúdos das proposições legais e administrativas emanadas do

No momento,  
o Poder Legislativo  
se encontra  
praticamente ausente  
nas análises dos  
pesquisadores do  
campo da saúde  
coletiva

Executivo, tais como definição de programas, critérios de alocação e valores de repasse de recursos, cujos efeitos delimitam o escopo e as possibilidades do sistema público de saúde. Ademais, salta aos olhos a pergunta sobre os

critérios para que uma determinada diretriz ou política adquira o estatuto de lei.

Evidentemente, as respostas a essas e outras indagações exigem a realização de pesquisas de maior fôlego. No momento, o Poder Legislativo se encontra praticamente ausente nas análises dos pesquisadores do campo da saúde coletiva. A carência de reflexões sobre o tema é duplamente indesejável. Seja em função da validade relativa do argumento sobre a primazia do Executivo, que deve ser testado à luz da consolidação da democracia, de uma federação presidencialista, na qual o Legislativo e o Executivo se relacionam de forma nem sempre harmônica e frequentemente tensa, seja porque as pesquisas sobre as relações entre Legislativo e Executivo podem avançar o conhecimento, inclusive sobre as instituições de saúde nos governos de coalizão e o poder dos partidos políticos de nomear cargos de feição técnica-executiva.

O desenvolvimento de pesquisas sobre o tema é viável, uma vez que a interlocução com os parlamentares, especialmente com os da Frente Parlamentar da Saúde, é fluida e transparente. Em tempos de retomada do projeto da Reforma Sanitária, os subsídios de análises mais aprofundadas sobre o Poder Legislativo podem contribuir para que o SUS seja de fato uma política de Estado e não de governo.

## REFERÊNCIAS

- AMORIM NETO, O.; SANTOS, F. A. produção legislativa do Congresso: entre a paróquia e a nação. In: VIANNA, Luiz Werneck (Org.). **A democracia e os três poderes no Brasil**. Belo Horizonte: UFMG, 2002.
- GARCIA, M. **A Comissão Parlamentar de Inquérito dos planos de saúde**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)–Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <<http://bvssp.icict.fiocruz.br/pdf/garciamm.pdf>>. Acesso em: 30 jan. 2012.
- LEMOS, L. B. O Congresso brasileiro e a distribuição de benefícios sociais no período 1988–1994: uma análise distributiva. **Dados**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 3, p. 561–605, 2001. Disponível em: <[www.scielo.br/pdf/dados/v44n3/a04v44n3.pdf](http://www.scielo.br/pdf/dados/v44n3/a04v44n3.pdf)>. Acesso em: 30 jan. 2012.
- MARQUES, R. M.; MENDES, A. Lula e as políticas sociais: um passo à frente, outro atrás? **Valor Econômico**, São Paulo, 2 fev. 2005, p. A16.
- PAIM, J. S. Universidade e a Reforma Sanitária. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 15, n.1/3, p. 18-24, 1991.
- PEREIRA, C. **A política de saúde como caixa de Pandora**: organização de interesses, processo decisório e efeitos perversos da Reforma Sanitária Brasileira. Dissertação (Mestrado em Sociologia)–Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 1994.
- RAILE, E. D.; PEREIRA, C.; POWER, T. J. The executive toolbox: building legislative support in a multiparty presidential regime. **Political Research Quartely**, Pullman (WA), v. 64, n. 2, p. 323-334, Jun. 2011.
- RODRIGUEZ NETO, E. **Saúde**: promessas e limites da Constituição. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.
- RODRIGUES, L. M. **Partidos, ideologia e composição social**: um estudo das bancadas partidárias na Câmara de Deputados. São Paulo: Edusp, 2002.
- SANTOS, F. Partidos e comissões no presidencialismo de coalizão. **Dados**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 2, p. 237-264, 2002. Disponível em: <[www.scielo.br/pdf/dados/v45n2/10788.pdf](http://www.scielo.br/pdf/dados/v45n2/10788.pdf)>. Acesso em: 30 jan. 2012.

**ANEXO: Projetos de Lei sobre Saúde por Temas – 2007 e 2010**

TEMAS	SUBTEMAS	2007	2010
Proteção Social	Acréscimo no benefício de prestação continuada de deficientes físicos.	1	0
Meio Ambiente	Política Nacional de Resíduos Sólidos, lixo hospitalar, substituição de combustíveis, sacolas plásticas, incentivo fiscal para controle biológico de pragas agrícolas, cancelamento do registro de produtos agrotóxicos, emissão de raios laser.	7	2
Cobertura SUS	Idosos, pacientes graves, cirurgias reparadoras, vacinação obrigatória (hepatites, meningites, pneumococos), vasectomia e reversão de vasectomia, teste de paternidade (DNA), câncer de próstata, métodos contraceptivos, drenagem linfática, saúde auditiva, lista de medicamentos essenciais para idosos, lista de medicamentos do trabalhador, prevenção e tratamento de câncer de pele, dependentes de drogas, mulheres vítimas de violência, alimentação e pousada para pacientes tratados fora de domicílio, atendimento prioritário ao idoso, "Fila Zero" para exames (prazo 72h), tempo máximo de espera, atendimento prioritário para motoristas e cobradores de transportes públicos, fraldas e outros insumos após alta hospitalar, teste de HPV, filtro solar, diagnóstico de fimose e postectomia, assistência psicológica às gestantes, biomarcadores para detecção de câncer, medicamentos gratuitos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais para carentes.	21	13
Cobertura Planos e Seguros	Proibição de prazos de carência exceto para problemas preexistentes, vacinação, vasectomia e reversão de vasectomia, cirurgia de miopia, Centrais de Atendimento 24h, fornecimento de nomes e telefones das empresas, livre escolha de profissionais de saúde, critérios para reajuste de preços das mensalidades, política de saúde da criança e do adolescente, justificativa de negação de cobertura por escrito e migração do plano coletivo para o individual, inclusão de enteados como dependentes, proibição de exclusividade de credenciamento de hospitais, laboratórios e clínicas, despesas de acompanhante de pacientes idosos.	9	6
Informação para o Sistema	Saúde do trabalhador, mulheres vítimas de violência, violência contra idosos, maus-tratos a crianças e adolescentes, gestantes, recém-nascidos, Cadastro Nacional de Pessoas Hospitalizadas, registros clínicos gerais, Sistema Nacional de Controle de Acidentes de Consumo, vítimas de acidente com arma de fogo, localização de vagas em unidades de tratamento intensivo.	9	2
Informação para os Cidadãos	Bulas de medicamentos em braille, publicidade governamental, advertência em embalagens de bebidas alcoólicas, proibição de propaganda de medicamentos e terapias.	3	2
Prevenção de Acidentes e Violências	Acidentes em piscinas e com armas de fogo, mergulho em águas rasas.	2	0
Qualidade de Alimentos e Outros Produtos	Proteção do transporte de cargas, proibição da fabricação de alimentos com gordura hidrogenada, limites residuais toleráveis de anabolizantes, proibição do formol em produtos cosméticos, controle da propaganda de alimentos com baixo teor nutricional, alerta teor de sódio, proibição de desmineralização da água mineral.	8	3
Relações Trabalhistas	Serviço civil, atestado médico, abono de falta no dia de vacinação, perfil fisiográfico, aposentadoria especial para motoristas, trabalhadores de comunicações, limite de idade para modelos, segurança e medicina do trabalho, avaliação anual de saúde para motoristas de ônibus, vans e táxis, condições de trabalho dos motoristas, reabilitação profissional.	8	4

Continua



Continuação

TEMAS	SUBTEMAS	2007	2010
Títulos, Regulamentação dos Profissionais de Saúde	Títulos profissionais FFAA's, parteiras, perfusão circulatória, jornada de trabalho de 30 horas, inclusão de psicólogos, fonoaudiólogos e fisioterapeutas no Programa Saúde da Família, Agentes Comunitários de Saúde, piso para agentes de saúde, isonomia dos trabalhadores das empresas estatais federais, proibição da "unimilitância", participação nas perícias médicas, concessão de gratificação aos médicos pelas empresas de planos e seguros de saúde, contratos entre empresas de planos e seguros e prestadores de serviços, exigência de exames de avaliação de conhecimento dos profissionais, repasse de recursos para pagamento de agentes comunitários.	6	10
Educação para a Saúde	Drogas, obrigatoriedade de propaganda educativa nas sessões de cinema, dias e semanas nacionais, isenção de pagamento de direito autoral para execução de músicas e peças teatrais em serviços públicos ou filantrópicos, Programa Respire Bem, informação sobre relações sexuais seguras pelo telefone e internet, cultura de paz nas escolas, combate à obesidade, campanha antitabaco.	7	8
Preços de Serviços de Saúde	Reajuste periódico da tabela do SUS, tabela de honorários médicos para os contratos com empresas de planos e seguros.	2	0
Fontes de Financiamento para o SUS	Atividades aeroespaciais, Fundo de Universalização de Serviços de Telecomunicação, isenção de pagamento da previdência para Estados e Municípios e repasse para saúde e educação.	2	1
Entidades Filantrópicas	Parcelamento de débitos, isenção de impostos para doadores.	2	
Políticas Fiscais de Estímulo aos Planos e Seguros	Dedução do IRPF para plano de empregado doméstico, ampliação da abrangência das deduções de gastos com saúde, dedução do IRPF para plano de não dependentes.	3	1
Políticas Fiscais para Portadores de Patologias	Inclusão de pneumopatia e fibrose cística entre as causas de concessão de isenção de IRPF.	1	
Concessão para Prestação de Serviços Públicos	Continuidade dos serviços de saúde independente de inadimplência, proibição de corte de água, luz, gás que afetem a manutenção da vida, prestação de serviços de utilidade pública em troca de extinção de dívidas ativas, organizações sociais (OS).	3	2
Relações Intergovernamentais	Gestão cooperativa.		1
Aborto	Proibição de propaganda de substâncias abortivas, registro compulsório da gravidez.	1	1

Continua



Continuação

TEMAS	SUBTEMAS	2007	2010
Responsabilidade por Omissões e Erros Assistenciais/Direitos dos Usuários	Código Nacional de Direitos dos Usuários, responsabilidade sanitária de agentes públicos, responsabilidade solidária (contrato de prestação de serviço), punição para negligência na manutenção de órgãos para transplante, prioridade para tramitação de processos de indenização, classificação de corrupção no sistema de saúde como crime hediondo, obrigatoriedade de exibição de informações sobre profissionais de saúde dos serviços de saúde, penas diferenciadas para traficantes de entorpecentes, sanção para o descumprimento do Estatuto do Idoso.	9	3
Qualidade dos Serviços de Saúde	Obrigatoriedade da acreditação dos hospitais da Rede SUS.	0	1
Novos Serviços Públicos	Profissionais de saúde em voos comerciais, bancos de cordão umbilical, fornecimento de medicamentos para pacientes graves em domicílio e para idosos, alimentação diferenciada para crianças hipertensas e diabéticas, redução de danos para usuários de drogas, serviços de saúde nas escolas, exames anuais em escolares, estabelecimentos próprios em estabelecimentos prisionais, transporte para deficientes, manutenção de desfibrilador em unidades do INSS, comunidades terapêuticas para dependentes de drogas, serviços de referência para idosos.	10	2
Animais Domésticos	Posse Responsável.	1	0
Alteração dos Conceitos de Saúde e Avaliação de Riscos	Inclusão de atividade física na Lei 8.080/1990, redefinição dos limites para classificação de bebida alcoólica, usuários e dependentes de drogas, avaliação psiquiátrica.	2	3