

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIA POLÍTICA**

LEILA ELIANE AIZZA

**PARTIDOS POLÍTICOS E A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA POLÍTICA
DE SAÚDE BRASILEIRA: ANÁLISE DAS MEDIDAS PROVISÓRIAS E
DECRETOS (1989-2018)**

**SÃO CARLOS – SP
2024**

LEILA ELIANE AIZZA

**PARTIDOS POLÍTICOS E A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE
BRASILEIRA: ANÁLISE DAS MEDIDAS PROVISÓRIAS E DECRETOS (1989-
2018)**

Texto de Defesa de Tese de Doutorado
apresentado ao Programa de Pós-Graduação em
Ciência Política da Universidade Federal de São
Carlos como requisito parcial para a obtenção do
título de Doutora em Ciência Política.

Orientadora: Profa. Dra. Maria do Socorro Sousa
Braga

**São Carlos - SP
2024**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Educação e Ciências Humanas
Programa de Pós-Graduação em Ciência Política

Folha de aprovação

Assinatura dos membros da comissão examinadora que avaliou e aprovou a Defesa de Tese de Doutorado da candidata Leila Eliane Aizza, realizada em 24/11/2023:

Profa. Dra. Maria do Socorro Sousa Braga
UFSCar

Prof. Dr. Gabriel Ávila Casalecchi
UFSCar

Prof. Dr. José Raulino Chaves Pessoa Júnior
UFSCar

Profa. Dra. Katia Alves Fukushima
UFRJ

Prof. Dr. Rogério Schelesel
UNIFESP

Certifico que a defesa se realizou com a participação à distância dos membros: Profa. Dra. Maria do Socorro Sousa Braga, Prof. Dr. Gabriel Ávila Casalecchi, Prof. Dr. José Raulino Chaves Pessoa Júnior, Profa. Dra. Katia Alves Fukushima e Prof. Dr. Rogério Schelesel, depois das arguições e deliberações realizadas, os participantes à distância estão de acordo com o conteúdo do parecer da banca examinadora redigido neste relatório de defesa.



Profa. Dra. Maria do Socorro Sousa Braga

À Célio, com quem eu compartilhei as
agruras e alegrias desta pesquisa.

AGRADECIMENTOS

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo período que concedeu a bolsa de estudos.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Ciência Política (PPGPol) pelo aprendizado.

Aos professores que participaram da banca pelas contribuições.

À minha orientadora, profa. Dra. Maria do Socorro, pela dedicação, respeito e parceria durante essa trajetória. Gratidão.

Aos meus amigos e familiares pelo carinho.

Aos meus pais, exemplos de amor e respeito. Sou grata por vocês existirem.

RESUMO

Após a redemocratização do país, os principais atores que deram continuidade à institucionalização das políticas públicas foram os partidos políticos. Dentre os institutos de iniciação legislativa garantidos ao Executivo, as medidas provisórias e os decretos, são recursos institucionais exclusivos dos presidentes. Ao mesmo tempo, são estratégias capazes de mudar rapidamente a pauta congressual e garantir a efetivação de suas preferências sobre os demais atores políticos. Nesse sentido, esta tese pretende responder a questão central de como o Poder Executivo formado por governos de diferentes matizes ideológicas institucionalizou a política de saúde. Nessa direção, a hipótese que norteia o desenvolvimento desta pesquisa é a de que os partidos à direita do espectro político apresentam a tendência a mercantilizar o acesso, através do incremento da saúde complementar em detrimento da saúde pública, visto que a consideram dispêndio ou gasto que compromete o orçamento público. Por outro lado, os partidos à esquerda tendem a priorizar na destinação dos recursos do fundo público a ampliação de políticas redistributivas e universalistas. Teoricamente, partimos do Institucionalismo Histórico para o desenvolvimento da pesquisa quantitativa, qualitativa e a análise dos documentos programáticos dos governos. A principal conclusão é a de que os partidos à esquerda do espectro político promoveram a universalização do Sistema Único de Saúde, porém não se tornaram um óbice à expansão da saúde privada no país.

Palavras-chave: institucionalização da Saúde; SUS; partidos políticos; presidencialismo de coalizão.

ABSTRACT

After the country's redemocratization, the main actors who continued the institutionalization of public policies were political parties. Among the legislative initiation institutes guaranteed to the Executive, provisional measures and decrees are institutional resources exclusive to presidents. At the same time, they are strategies capable of quickly changing the congressional agenda and guaranteeing the implementation of their preferences over other political actors. In this sense, this thesis aims to answer the central question of how the Executive Branch formed by governments of different ideological hues institutionalized health policy? In this sense, the hypothesis that guides the development of this research is that parties on the right of the political spectrum tend to commodify access, through the increase in complementary health to the detriment of public health, as they consider it an expense or expense that compromises the public budget. On the other hand, parties on the left tend to prioritize the expansion of redistributive and universalist policies when allocating public funds. Considering the theoretical contribution of Historical Institutionalism for the development of quantitative and qualitative research and the analysis of government programmatic documents. The main conclusion is that parties on the left of the political spectrum promoted the universalization of the Unified Health System but did not become an obstacle to the expansion of private healthcare in the country.

Keywords: institutionalization of Health; SUS; political parties; coalition presidentialism.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Medidas provisórias anuais (1989-2018)	128
Tabela 2 - Medidas provisórias por governos (1989-2018)	130
Tabela 3 - Temas das medidas provisórias (1989-2018)	131
Tabela 4 - Decretos anuais (1989-2018)	177
Tabela 5 - Medidas provisórias e decretos por governos (1989-2018)	178
Tabela 6 - Temas dos decretos por governos (1989-2018)	179

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Medidas provisórias do governo Sarney (01/01/1989 a 14/03/1990)	132
Quadro 2 - Medidas provisórias do governo Collor (15/03/1990 a 01/10/1992)	133
Quadro 3 - Medidas provisórias do governo Itamar (02/10/1992 a 01/01/1995)	134
Quadro 4 - Medidas provisórias dos governos FHC (01/01/1995 a 01/01/2003)	137
Quadro 5 - Medidas provisórias dos governos Lula (01/01/2003 a 01/01/2011)	144
Quadro 6 - Medidas provisórias dos governos Dilma (01/01/2011 a 11/05/2016)...	157
Quadro 7 - Medidas provisórias do governo Temer (12/05/2016 a 01/01/2019)	165
Quadro 8 - Decretos do governo Sarney (01/01/1989 a 14/03/1990)	180
Quadro 9 - Decretos do governo Collor (15/03/1990 a 01/10/1992).....	182
Quadro 10 - Decretos do governo Itamar (02/10/1992 a 01/01/1995).....	184
Quadro 11 - Decretos dos governos FHC (01/01/1995 a 01/01/2003)	186
Quadro 12 - Decretos dos governos Lula (01/01/2003 a 01/01/2011).....	192
Quadro 13 - Decretos dos governos Dilma (01/01/2011 a 11/05/2016)	200
Quadro 14 - Decretos do governo Temer (12/05/2016 a 01/01/2019).....	206

LISTA DE SIGLAS

ABRASCO - Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
ACS - Agente Comunitário de Saúde
ADCT - Ato das Disposições Constitucionais Transitórias
ADI - Ação Direta de Inconstitucionalidade
ANATEL - Agência Nacional de Telecomunicações
ANC - Assembleia Nacional Constituinte
ANS - Agência Nacional de Saúde
ASSETANS - Associação dos Servidores e demais Trabalhadores da Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BA - Base Aérea
CAPs - Caixas de Aposentadorias e Pensões
CCVISA - Comissão Científica em Vigilância Sanitária
CEBAS - Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social
CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEME - Central de Medicamentos
CEOs - Centro de Especialidades Odontológicas
CIB - Comissão Intergestores Bipartite
CICOM/UNITAID - Central Internacional para a Compra de Medicamentos contra a AIDS
CIT - Comissão Intergestores Tripartite
CMED - Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos
CMO - Comissão Mista de Planos, Orçamentos Públicos e Fiscalização
CNBioética - Comissão Nacional de Bioética
CNRM - Comissão Nacional de Residência Médica
CNRS - Comissão Nacional de Reforma Sanitária
CNS - Conselho Nacional de Saúde
CODASP - Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária
COMAR – Comando Aéreo Regional
CONASP - Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária
Conass - Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
Conasems - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONITEC - Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias
CONSU - Conselho Nacional de Saúde Suplementar
Cosems - Conselho de Secretários Municipais de Saúde
CPCSP - Comitê Gestor do Plano de Carreiras e Cargos de Ciência e Tecnologia, Produção e Inovação em Saúde Pública
DATAPREV - Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social
DPVAT - Seguro Obrigatório de Danos Pessoais causados por Veículos Automotores de Vias Terrestres
DSEIs - Distritos Sanitários Especiais Indígenas
EBSERH - Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EM - Exposição dos Motivos
ENSP - Escola Nacional de Saúde Pública
ESF - Estratégia de Saúde da Família
ESPIN - Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional
FAB - Força Aérea Brasileira

FEDPs - Fundações Estatais de Direito Privado
FGTS - Fundo de Garantia do Tempo de Serviço
FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz
FN - Força Nacional
FNS - Fundação Nacional de Saúde
FNS - Fundo Nacional de Saúde
FPR - Fórmula Paramétrica de Reajuste
FSESP - Fundação Serviços de Saúde Pública
FUNAI - Fundação Nacional do Índio
FUNASA - Fundação Nacional de Saúde
GECIS - Grupo Executivo do Complexo Industrial da Saúde
HEMOBRÁS - Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia
IAPs - Institutos de Aposentadorias e Pensões
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IFES - Instituições Federais de Ensino Superior
INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INAN - Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição
INPS - Instituto Nacional de Previdência Social
IPCA - Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo
LDO - Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA - Lei Orçamentária Anual
LOS - Lei Orgânica da Saúde
LOPS - Lei Orgânica da Previdência Social
MINTER – Ministério do Interior
MPS - Ministério da Previdência Social
MP - Medida Provisória
MS - Ministério da Saúde
MST - Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra
NCM - Nomenclatura Comum do Mercosul
NOBs - Normas Operacionais Básicas
OGM - Organismos Geneticamente Modificados
OMS - Organização Mundial da Saúde
ONU – Organização das Nações Unidas
OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde
OS - Organização Social
OSCIPs - Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público
PAC – Programa de Aceleração do Crescimento
Pasei - Programa de Apoio Social Especial Integrado
PBF - Programa Bolsa Família
PDV - Plano de Desligamento Voluntário
PIASS - Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento
PIB - Produto Interno Bruto
PLC - Projeto de Lei de Conversão
PMM - Programa Mais Médicos
PMMB – Projeto Mais Médicos para o Brasil
PNITS - Política Nacional de Inovação Tecnológica
PNP - Programa Nacional de Publicização
PNS - Pesquisa Nacional de Saúde
PNSST - Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho
PPA - Plano de Pronta Ação

PPA - Plano Plurianual
PPP - Parceria Público-Privada
PROFAE - Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores de Enfermagem
PRONON - Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica
PRONAS/PCD - Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência
PSE - Programa Saúde na Escola
PSF - Programa Saúde da Família
REHUF - Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais
RENASSA - Rede Nacional de Serviços de Saúde
SAMDU - Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência
SAMU - Serviço de Atendimento Médico de Urgência
SESP - Serviço Especial de Saúde Pública
SESAI - Secretaria Especial de Saúde Indígena
SESAU - Secretaria de Saúde
SICON - Sistema de Informações do Senado Federal
SINASAN - Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados
SIOPS - Sistema de Informações Sobre Orçamento Público em Saúde
SNT - Sistema Nacional de Transplantes
STE - Superior Tribunal Eleitoral
SUCAM - Superintendência de Campanhas de Saúde Pública
SUS - Sistema Único de Saúde
SUSEP - Superintendência de Seguros Privados
UNA-SUS - Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde
UPA - Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	15
CAPÍTULO 1 O PROCESSO DE INSTITUCIONALIZAÇÃO E A ATUAÇÃO DOS PARTIDOS E COALIZÕES	20
1.1 Elementos para a análise da mudança institucional.....	20
1.1.1 Os agentes institucionais.....	21
1.1.2 A importância das decisões passadas.....	24
1.1.3 A mudança institucional.....	26
1.2 O que sabemos sobre a relação entre partido e política de saúde	30
1.3 Mudanças constitucionais para o sistema político.....	39
1.4 A imprescindibilidade das coalizões	43
1.5 Disciplina partidária e a garantia da governabilidade	47
1.6 Partido no governo, ideologia e políticas públicas	51
1.7 Considerações parciais	56
CAPÍTULO 2 A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE E OS AGENTES SOCIAIS E INSTITUCIONAIS	59
2.1 Saúde no Brasil	59
2.2 Pela defesa da saúde universal	62
2.3 A discussão da saúde na Constituinte	65
2.4 A saúde na Constituição.....	69
2.5 O Sistema Único de Saúde	71
2.6 A proteção social brasileira	74
2.7 Os desafios para o SUS	80
2.8 Considerações parciais	85
CAPÍTULO 3 A SAÚDE NAS PROPOSTAS DE GOVERNO (1994-2014)	87
3.1 A importância das propostas de governo	87
3.2 A comunicação política.....	88
3.3 As propostas para a saúde nos governos FHC.....	91
3.4 As propostas para a saúde nos governos Lula da Silva.....	96
3.5 As propostas para a saúde nos governos Dilma Rousseff	101

3.6 Considerações parciais	107
----------------------------------	-----

CAPÍTULO 4 AS MEDIDAS PROVISÓRIAS E OS DECRETOS PRESIDENCIAIS DA SAÚDE..... 111

4.1 Medidas nada provisórias.....	111
-----------------------------------	-----

4.2 Governar por medidas provisórias	112
--	-----

4.3 Os decretos presidenciais	115
-------------------------------------	-----

4.4 Abertura de créditos extraordinários: medidas provisórias ou decretos?	118
--	-----

4.5 A institucionalização da saúde via medidas provisórias	124
--	-----

4.6 Os decretos e a institucionalização da saúde	176
--	-----

CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 214

REFERÊNCIAS..... 221

INTRODUÇÃO

A saúde é direito de todos e dever do Estado. Esse princípio constitucional, em tese, deve orientar os atores sociais e políticos na continuidade da institucionalização dessa política. Partindo dessa premissa institucionalista histórica, esse estudo se volta aos partidos políticos que fizeram a gestão federal do país, a saber: o PMDB, PRN, PSDB e PT e assim deram continuidade à normalização do Sistema Único de Saúde. Dada a relevância do presidente brasileiro na produção legislativa em determinadas áreas como tributação e orçamento, além da capacidade propositiva por meio de emenda constitucional, medidas provisórias, decretos, projetos de lei, leis ordinárias e o poder de veto total ou parcial nas matérias de seu interesse, a questão central a ser respondida é: como o Poder Executivo formado por governos de diferentes matizes ideológicas institucionalizou a política de saúde?

Nesse sentido, o foco é a atuação legislativa do Executivo mediante dois institutos de iniciação legislativa exclusiva, as medidas provisórias e os decretos que, embora distintos, são fundamentais à implementação de políticas públicas. A centralidade do Executivo no sistema político brasileiro (AMORIM NETO, 2007) não é restrita à *proposição legislativa*, cabe ao presidente a indicação de membros para a burocracia estatal e a formação dos ministérios, permitindo ao presidente negociar seu apoio no Legislativo.

É preciso ressaltar que o presidencialismo de coalizão (ABRANCHES, 1988) estruturou a formação dos governos após a promulgação da Constituição Federal de 1988, e garantiu em boa medida aos presidentes o apoio a sua agenda legislativa. Num contexto de multipartidarismo, como é o caso do Congresso brasileiro, considerado o mais fragmentado do mundo, essa prerrogativa pode garantir a disciplina partidária necessária à aprovação de sua pauta através da formação de coalizões entre partidos de diferentes matizes ideológicas, que vão do espectro da esquerda à direita.

Os termos direita e esquerda, remetem à Revolução Francesa, após a tomada da Bastilha em 1789, já que na Assembleia Constituinte, os defensores do Antigo Regime sentavam-se à direita e os defensores do novo regime à esquerda (SADER, 1995). Durante o período da Convenção Nacional a esquerda, composta por uma aliança entre jacobinos e *sans-culottes*, reclamavam o direito à vida mediante legislação protetiva, sob argumento de que a liberdade e a igualdade inexistiam diante

do aprofundamento da desigualdade social. Para superá-la, propunham a regulação dos preços dos alimentos, a nacionalização da propriedade de instituições, o confisco de propriedades dos suspeitos, nacionalização do auxílio, estabelecendo o princípio da seguridade social com a assistência médica com saúde domiciliar, pensões para idosos, auxílio para mães com muitos filhos e escolas primárias compulsórias, gratuitas e seculares (LEFEVBRE, 1989).

Na atualidade, o debate sobre essa díade está relacionado à concepção de mais ou menos Estado e à formação de programas para questões que envolvem decisões políticas, portanto, são portadoras de ideais e valores que consolidam projetos de sociedade distintos. Assim, o termo esquerda está associado à redução das desigualdades sociais, embora “[...] não se deseja dizer que ela pretende eliminar todas as desigualdades ou que a direita pretende conservá-las todas, mas no máximo que a primeira é mais igualitária e a segunda é mais inigualitária.” (BOBBIO, 2011, p. 119).

A tese defendida aqui é que os partidos à esquerda, movidos pelo ideal de igualdade e justiça social, têm na sua dimensão política estratégias programáticas de mudanças do *status quo*, privilegiando políticas sociais universais, cuja lógica é amparada na perspectiva do investimento social. Dessa forma, políticas de distribuição de renda, ampliação dos espaços de participação social na gestão pública e o aprofundamento das reformas democráticas voltadas à ampliação dos direitos sociais orientam a implementação das políticas públicas e, conseqüentemente, a condução da coisa pública. Sendo assim, espera-se que o Partido dos Trabalhadores mesmo à frente de coalizões de centro-esquerda, tenha privilegiado a constitucionalização da política de saúde e garantiu, conseqüentemente, iniciativas políticas voltadas à universalização da política em relação ao PMDB, PRN e PSDB no período estudado.

É preciso ressaltar que à medida que os constituintes asseguraram direitos sociais na carta magna, tornaram-na programática ao estabelecer que deveriam ser regulamentados por normalizações específicas, após a promulgação da carta constitucional. Dessa forma, coube aos governos democráticos dar continuidade à constitucionalização das políticas públicas, entre elas, a política de saúde, referendada pela agenda constituinte como um direito social, política pública, gratuita e dever do Estado.

Em tese, as medidas provisórias e os decretos deveriam ser orientados por essa agenda que previu a oferta majoritariamente estatal e em caráter complementar à iniciativa privada. Contudo, as agendas dos partidos são distintas e, dada a atuação legislativa do Executivo, é suposto que implementem políticas públicas baseadas em seu conteúdo ideológico-programático, podendo dar continuidade à constitucionalização ou ignorá-la, reforçando a perspectiva privatista para a oferta dessa política. Dessa forma, o estudo desses institutos muito utilizados por partidos de matrizes ideológicas distintas é o desafio que esta tese se propõe.

Nesse sentido, nossa hipótese está relacionada à constitucionalização, portanto institucional e reputa aos partidos à direita do espectro político a tendência a mercantilizar o acesso através do incremento da saúde complementar em detrimento da saúde pública, considerada dispêndio ou gasto que compromete as contas públicas, fundamental para o equilíbrio fiscal. Constituindo, sob tal interpretação, parâmetro importante para a decisão de investir dos agentes de mercado. Por outro lado, os partidos à esquerda tendem a priorizar na destinação dos recursos do fundo público a ampliação de políticas redistributivas e universalistas. Nessa perspectiva, o gasto social é sinônimo de investimento cujo objetivo é a redução das desigualdades sociais e regionais, podendo assim, reverter a marginalização em que grande parte da população vive.

Dessa forma, a atuação estatal se dá na provisão, manutenção e regulação de bens e serviços sociais. Diante disso, têm-se perspectivas distintas quanto à atuação do Estado na provisão de políticas públicas, a primeira como subsidiário e em parceria com a iniciativa privada e a segunda como principal mantenedor do sistema de proteção social como estabeleceu a carta constitucional. Para verificarmos essa hipótese esta tese focará na atuação dos partidos desde a promulgação da carta constitucional até o governo Temer. Para isso, será fundamental a análise do poder Executivo por meio do exame dos documentos editados pelos presidentes à frente das coalizões governamentais.

Outrossim, serão analisadas as medidas provisórias e os decretos da saúde publicados no período 1989-2018, tendo como referência inicial para análise o texto constitucional promulgado em 1988, especificamente os artigos 194-200 que tratam da política de saúde. Considerando o aporte teórico do Institucionalismo Histórico para o desenvolvimento desta tese, a análise inicial do texto constitucional se faz necessária pois, todo o arcabouço institucional para essa política foi estruturado pela

carta magna, através de princípios e diretrizes que norteiam essa institucionalidade, cujos preceitos devem orientar os governos democráticos.

Além disso, as propostas de governo dos partidos constituem outro objeto de análise, uma vez que demonstram as preferências desses atores políticos sobre os mais variados aspectos da vida social, cujo foco são as proposituras para a saúde. Especificamente, a análise desse material identificará se os preceitos constitucionais orientaram as escolhas das agremiações partidárias em suas propostas programáticas. Portanto, a análise institucional aqui proposta se divide em três momentos.

O primeiro é voltado à análise da carta constitucional, a fim de evidenciar o arranjo institucional estabelecido para a saúde naquela conjuntura que preconizou o acesso universal e gratuito, e coube ao governo federal, que detém o comando único, a continuidade da institucionalização. O segundo é direcionado à análise dos documentos programáticos dos partidos, com o fito de identificar se a institucionalidade dada pela carta magna determinou as decisões dos atores políticos em suas propostas programáticas para a saúde. E o terceiro corresponde ao levantamento e a análise das medidas provisórias e decretos da saúde publicados no período 1989-2018, compreendendo oito legislaturas.

Assim, o arranjo institucional aqui proposto para análise é formado pela Constituição Federal, propostas de governo, medidas provisórias e decretos, fundamentais para compreender o processo de institucionalização da saúde brasileira que ao longo das décadas tornou-se mais complexo e abrangente por meio da atuação dos partidos que fizeram a gestão federal dessa política. Além disso, a análise temporal permitirá mapear cada legislatura e verificar se ocorreu a estabilidade ou mudança institucional, tema que será aprofundado no capítulo 1.

Destarte, a análise institucional guiará a análise dos documentos editados pelo Executivo, de modo que será possível identificar em cada gestão federal os encaminhamentos dados à política de saúde brasileira, e compreender em cada período como foi o controle estabelecido pelos presidentes. Em outras palavras, poderemos compreender o que cada gestão priorizou na institucionalização dessa política. Levando em consideração a literatura e poucos estudos que tratam dessa temática, visto que a maioria das análises se concentram sobre a atuação de Legislativo e Executivo, esta tese se propõe a contribuir para o debate sobre a atuação dos partidos na implementação das políticas públicas. Para além disso, esta tese

pretende verificar qual o legado dos partidos políticos de matrizes ideológicas distintas para a política de saúde destinada à população brasileira, majoritariamente usuária desse serviço.

Nesse sentido, no capítulo 1 apresentamos os principais conceitos do Institucionalismo Histórico que estruturam o desenvolvimento desta tese e subsidiam a análise das principais mudanças institucionais promulgadas pela carta magna para o sistema político brasileiro que garantiram o poder de agenda ao Executivo. Também são discutidos estudos relevantes que abordaram a atuação dos partidos políticos em nível federal e subnacional na implementação da política de saúde.

No capítulo 2 discutimos os pontos fundamentais relativos à saúde no período pré-constituente e, nesse cenário, são retomadas as diferenças ideológicas entre os principais partidos, bem como os embates sobre a oferta da saúde no país. Esses eventos são importantes para reconstruir o processo de institucionalização dessa política e entender a constante tensão que envolve sua oferta na atualidade, permeada pela lógica universalista e, concomitantemente, privatista.

No capítulo 3 apresentamos a análise das propostas de governo dos partidos que fizeram a gestão nacional da política de saúde com o objetivo de compreender se o processo de constitucionalização estabelecido pela agenda constituinte figura nas propostas apresentadas pelos partidos políticos durante as campanhas eleitorais.

No capítulo 4 são apresentados os resultados da pesquisa empírica, podendo assim mapear e entender como cada gestão federal conduziu a institucionalização da política de saúde brasileira. E, por último, as considerações finais com a apresentação dos principais resultados encontrados, indicação das lacunas a serem pesquisadas para aprofundar a temática e o levantamento de questões pertinentes ao campo.

CAPÍTULO 1 O PROCESSO DE INSTITUCIONALIZAÇÃO E A ATUAÇÃO DOS PARTIDOS E COALIZÕES

Como o Poder Executivo formado por governos de diferentes matizes ideológicas institucionalizou a política de saúde? Qual foi a participação dos partidos nesse processo? Para responder tais questões esta tese se baseará em fundamentos e pressupostos teóricos do Institucionalismo Histórico. O objetivo na primeira seção deste capítulo é apresentar a base teórica que subsidiará nossa argumentação. Na segunda seção, realizamos a incursão nos principais trabalhos analíticos sobre a relação entre instituições políticas e política de saúde.

Dada a importância da história para a análise institucional aqui proposta, apresentamos também as principais mudanças realizadas pela carta magna para o sistema político que determinaram a relação entre Executivo e Legislativo. Nesse contexto, abordamos as prerrogativas legislativas garantidas ao Executivo, que desde a redemocratização têm sido utilizadas pelos presidentes para garantir a efetivação de sua agenda de políticas públicas, em especial a política de saúde brasileira.

1.1 Elementos para a análise da mudança institucional

As normas, as regras e os procedimentos são importantes instituições que produzem modelos morais e cognitivos que são incorporados pelos agentes institucionais, em tese, isso levaria a um ambiente de estabilidade institucional. Contudo, como produto da interação humana, as instituições estão sujeitas a mudanças, e para compreendê-las é necessário que determinada institucionalidade seja analisada em perspectiva histórica. Tal análise só é possível por meio do Institucionalismo Histórico que, além de considerar esses fatores, incorpora a distribuição desigual de poderes entre os agentes institucionais e grupos sociais, aspecto fundamental para compreender a ocorrência da mudança ou estabilidade institucional. Assim, a “[...] mudança institucional molda a maneira pela qual as sociedades evoluem no decorrer do tempo e por isso é a chave para a compreensão da mudança histórica.” (NORTH, 2018, p. 13). A análise dos diferentes grupos de interesses e seu poder de interferir ou determinar as decisões institucionais é fundamental para compreender as rotas assumidas por determinada

institucionalidade. Levando em consideração tais fatores, para o Institucionalismo Histórico a institucionalização ocorre quando:

[...] os indivíduos aderem a esses modelos de comportamento porque o indivíduo perderá mais ao evitá-los do que ao aderir a eles. Segue-se disso que, quanto mais uma instituição contribui para resolver dilemas relativos à ação coletiva, ou quanto mais ela torna possíveis os ganhos resultantes de trocas, mais ela será robusta [...] (HALL, TAYLOR, 2003, p. 198).

Diante disso, o percurso aqui proposto envolve a análise da institucionalização da política de saúde, tendo como ponto de partida a Constituição Federal de 1988, resultante do debate e discussão de diferentes segmentos, partidos e organizações sociais. Produto, portanto, da ação coletiva que, através de consensos, estabeleceu uma institucionalidade para essa política.

1.1.1 Os agentes institucionais

Nesse contexto, outro aspecto que assume relevância são os atores institucionais, neste caso os partidos políticos que, em tese, orientados e constrangidos pelas instituições, teriam dado continuidade à institucionalização da política de saúde, organizada a partir de um sistema único e regida pela universalidade do acesso, cabendo ao Estado o papel de principal executor e financiador dessa política. O Institucionalismo Histórico é fundamental para essa análise, uma vez que através desse referencial será possível compreender até que ponto as decisões passadas determinaram as escolhas presentes e futuras. Outro aspecto relevante dado por essa vertente é a análise da divisão dos poderes entre os agentes e grupos sociais distintos, ocasionando mudanças importantes que devem ser consideradas no estudo desta institucionalidade.

Ter como objeto de estudo um processo político, nesse caso o processo de institucionalização da política de saúde, nos leva a dar atenção, de acordo com o Institucionalismo Histórico, tanto às relações de poder e às disputas entre os atores políticos envolvidos, quanto à análise do encadeamento dos eventos históricos. Estes nos permite reconstruir aqueles momentos cruciais que envolveram as tomadas de decisões que resultaram na implantação daquela política. Também será possível identificar e classificar a ocorrência de mudança institucional. Dessa forma, será possível compreendermos como os atores políticos, constrangidos pelas instituições e preferências sociais, atuaram no processo de institucionalização da política de

saúde. Dado o longo período de vigência desse processo, um dos pressupostos a ser considerado nessa análise é o de que as decisões passadas determinaram em boa medida os resultados verificados no presente e, possivelmente, naqueles que ainda estão por vir no futuro.

O processo de institucionalização da política de saúde, como veremos nos capítulos seguintes, colocou em confronto diversas forças políticas representativas de interesses coletivos e individuais, redundando em conflitos que acabaram postergando a implantação do sistema universal de saúde. Assim, o foco do estudo não são as preferências individuais, mas as regras estabelecidas pelas instituições formais que fornecem o contexto para que os atores políticos façam suas escolhas. Segundo Codato (2009):

Fatores institucionais são particularmente importantes já que definem ou modelam as preferências, os objetivos e os interesses dos agentes sociais (e não apenas “estratégias” de ação); eles distribuem desigualmente o poder entre cada um deles (medido por suas influências respectivas sobre um determinado processo decisório, por exemplo), estabelecendo, a partir daí, uma determinada hierarquia entre os agentes sociais [...] (CODATO, 2009).

Essa assimetria de poderes possibilita a determinados grupos uma capacidade maior de barganha, restringindo a escolha dos demais atores políticos. Tal aspecto é fundamental para compreender a atuação dos partidos na tentativa de manter o *status quo*, recorrendo à formação de coalizões no período democrático e, acima de tudo, verificar o legado dessas decisões para a política de saúde brasileira.

Nesse contexto, o estudo de Immergut (1996), tendo por aporte teórico o Institucionalismo Histórico, busca explicar a institucionalização da política de saúde na França, Suíça e Suécia. Está no centro dessa análise a atuação dos agentes envolvidos nesse processo desses países e nas relações desiguais de poder e influência entre os diversos grupos de interesse. A autora, por meio da reconstrução das trajetórias institucionais comparadas, verificou que a atuação corporativa dos médicos, contrários à oferta majoritária da saúde pelo Estado, se deu em arenas distintas. Na Suécia, a principal arena foi a executiva, na França os embates se deram no Parlamento e na Suíça as decisões foram por referendo. Esses trajetos distintos resultaram em traçados institucionais diversos, com implicações na oferta diferenciada da política de seguro: o sueco de caráter mais socializado, o suíço mais privatizado e o francês com características de ambos. Este estudo, além de nos levar a compreender como as categorias analíticas do Institucionalismo Histórico nos ajudam

a interpretar esse mesmo processo da política em outro contexto, como o brasileiro, também nos auxilia na operacionalização de indicadores necessários à demonstração da hipótese desta tese.

Outra premissa importante neste estudo é a de que as instituições são produtos da ação humana engendradas na vida em sociedade, mas que ao mesmo tempo em que estabelecem parâmetros de conduta para os indivíduos, também impõem restrições, atribuindo significados sociais. Assim, analisar um processo tão longo e conflituoso como o processo de institucionalização da política de saúde pela perspectiva da atuação dos seus atores em ambiente institucional com essas características, ou seja, em constante interação e modificação, em que algumas evoluem tornando-se seculares enquanto outras simplesmente deixam de existir nos leva a concordar com North:

[...] Ao passo que as regras formais podem mudar da noite para o dia em virtude de decisões políticas ou judiciais, as restrições informais incorporadas nos costumes, tradições e códigos de conduta são bem mais impermeáveis às políticas deliberadas. Essas restrições culturais não somente ligam o passado ao presente e ao futuro, como também nos proporcionam uma chave para explicar a trajetória da mudança histórica (NORTH, 2018, p. 18-19).

Destaca-se ainda que, segundo essa abordagem, um mecanismo fundamental para compreender os momentos de estabilidade ou de mudanças institucionais nesse processo será a dependência da trajetória ou *path dependence*. Por meio desse método, o tempo e a sequência dos eventos são fundamentais para entender os percursos iniciados por determinada institucionalidade, uma vez que as decisões inicialmente tomadas em determinada direção tendem a conduzir as decisões posteriores no mesmo sentido por meio de retornos crescentes. Estes, tendem a assegurar que determinada trajetória se torne mais interessante do que outras, gerando um processo de autorreforço.

De uma forma geral, os processos políticos são dependentes da trajetória, assim transverter “[...] ou destruir instituições é geralmente uma tarefa árdua. [...]” (LEVI, 1991, p. 79). Nesse contexto, conseguiremos identificar o itinerário percorrido pela institucionalidade da política de saúde a partir da análise do desenvolvimento histórico, quando poderemos demonstrar que decisões passadas, possivelmente no momento de gestação dessa política na Constituinte em meados dos anos 1980, foram fundamentais para escolhas presentes e, muitas vezes, determinam a ação dos atores políticos e a própria trajetória institucional.

1.1.2 A importância das decisões passadas

Dessa forma, outra dimensão importante nesta análise será a incorporação dos retornos crescentes, por indicarem, em boa medida, dificuldades nesse trajeto para alterar determinadas rotas institucionais, uma vez que estas podem ter se adaptado a mudanças ao longo do tempo. Nesse sentido, outro pressuposto fundamental para esta análise é o de que as instituições são compostas por:

[...] procedimentos, protocolos, normas e convenções oficiais e oficiosas inerentes à estrutura organizacional da comunidade política ou da economia política. Isso se estende-se das regras de uma ordem constitucional ou dos procedimentos habituais de funcionamento de uma organização até às convenções que governam o comportamento dos sindicatos ou as relações entre bancos e empresas. [...] (HALL, TAYLOR, 2003, p. 196).

Dessa forma, “[...] as políticas adotadas no passado condicionam as políticas ulteriores, ao encorajarem as forças sociais a se organizar segundo certas orientações de referência a outras, a adotar identidades particulares, ou a desenvolver interesses em políticas cujo abandono envolveria um risco eleitoral. [...]” (HALL, TAYLOR, 2003, p. 201). Isso não significa que uma trajetória não possa ser alterada ou até mesmo interrompida. Por isso, a análise em perspectiva histórica é fundamental a fim de compreender quais estágios podem ser classificados de estabilidade institucional dos momentos “críticos”. Dessa forma, as mudanças institucionais podem ser exógenas, resultantes de um processo revolucionário ou uma guerra (PIERSON, 2004, 2015) ou endógenas por meio de alterações sutis (MAHONEY, THELEN, 2010; STREECK, THELEN, 2005), evidenciando que embora “[...] grandes choques, como guerras e epidemias, provoquem reconfigurações dos arranjos institucionais de uma *polity*, eles não respondem pelas mudanças mais constantemente observadas.” (LIMA, MÖRSCHBÄCHER, 2007, p. 110). Dessa forma:

[...] Grande parte das instituições formais são estabelecidas por lei. A incorporação de empresas e negócios e a regulamentação pública para o estabelecimento de serviços de bem-estar e de saúde são exemplos de como a lei e, conseqüentemente, o governo fazem valer a própria existência da instituição. Isto torna a dissolução de uma instituição deste tipo algo difícil – embora isto não seja impossível. Todavia, ela permanece suscetível à mudança, sendo esta produto, por sua vez, de decisões institucionais internas que alteram, em geral de forma sutil, a distribuição de recursos (LEVI, 1991, p. 91).

Nesse sentido, a dependência da trajetória e os retornos crescentes, ou autorreforço, ou *feedback* positivos, são importantes para compreender a

interdependência das ações na esfera política, uma vez que trata da coisa pública onde as decisões são coletivas. Outrossim, a densidade institucional dada pelas regras formais estabelece critérios e normas que obrigam a sua observância e, ao mesmo tempo, garantem a estabilidade e a longevidade institucionais. Segundo Pierson (2015), as instituições estão sujeitas a mecanismos de *inflexibilidade* que desestimulam a mudança de determinado percurso quanto mais longa for sua existência, à *imprevisibilidade* demonstrando que decisões iniciais são importantes e estão sujeitas a resultados que não podem ser previstos, *não-ergodicidade*, evidenciando que simples eventos de uma trajetória não podem ser desconsiderados na análise, uma vez que podem realimentar escolhas futuras e, ainda, a *ineficiência potencial da trajetória*, demonstrando que determinadas escolhas efetuadas num longo espaço de tempo podem apresentar resultados aquém do esperado entre outras preferências que poderiam ter sido realizadas.

Destarte, o sequenciamento dos eventos em diferentes legislaturas é fundamental para compreender como a interação entre distintas conjunturas podem ter levado a encadeamentos desiguais daqueles inicialmente estabelecidos e, assim, distinguir quais períodos foram formativos de determinada institucionalidade daqueles que reforçaram caminhos distintos. É importante salientar que a dependência da trajetória nos auxilia também a compreender que a política e as políticas públicas são propensas a retornos crescentes, por um lado, e que os custos social e político de reverter um curso já iniciado tende a ser evitado pelos agentes, por outro. Sendo assim, esta análise vai considerar o tempo e a sequência dos eventos para identificar as ações e decisões institucionais dos atores partidários e sociais a fim de detectar quais eventos caracterizaram as mudanças institucionais no processo de institucionalização da política de saúde nacional. E nesse aspecto, consideramos as contribuições de Levi (1991) na qual estabelece que:

[...] Por mudança institucional entendo uma alteração nas regras e nos procedimentos de implementação destas, levando a que comportamentos alternativos passem a ser ou estimulados ou reprimidos. Dada a minha caracterização de instituições formais como regras socialmente construídas que refletem uma distribuição particular de recursos de poder, segue-se que instituições formais tornam-se suscetíveis à mudança na medida em que esta distribuição mude. A mudança é mais provável quando se verifica um aumento da eficiência de indivíduos que buscam a mudança e uma diminuição no poder de veto de indivíduos cujos interesses são servidos pelos arranjos institucionais correntes (LEVI, 1991, p. 84).

Portanto, como vimos, a temporalidade é fundamental para o Institucionalismo Histórico, pois à medida em que complexas mudanças ocorrem, muitas vezes por meio de pequenas alterações quase imperceptíveis que, somadas a outras de mesma dimensão resultam em processos importantes que podem alterar o percurso de determinada institucionalidade ou, ainda, concluir que determinados arranjos institucionais para serem alterados denotam grande custo de reversão. Assim, o tempo e a sequência são imprescindíveis para classificar de que forma as mudanças, mesmo as mais sutis, foram importantes e determinaram a trajetória institucional. Nesse aspecto, Streeck e Thelen (2005) definem cinco tipos modais de mudanças institucionais, sendo elas: *displacement, layering, drift, conversion e exhaustion*, ou seja, deslocamento, camada, deriva, conversão e exaustão. Essas categorias serão fundamentais para este estudo, uma vez que contribuirão para aprofundar o aporte teórico, mas também para instrumentalizar a análise evitando a possibilidade de ocorrer “esgarçamento conceitual” no sentido sartoriano¹ (SARTORI, 1970).

1.1.3 A mudança institucional

Antes de tratarmos desses tipos ideais de mudanças precisamos definir instituição, recorreremos nesta tese a definição conceitual desenvolvida por Streeck e Thelen (2005). As instituições são:

[...] definidas como blocos de construção da ordem social: representam regras socialmente sancionadas, isto é, expectativas fiscalizadas coletivamente com relação ao comportamento de categorias específicas de agentes ou ao desempenho de certas atividades. Normalmente, elas envolvem direitos mutuamente relacionados e obrigações para os agentes, distinguindo entre apropriado e inapropriado, ações "certas" e "erradas", "possíveis" e "impossíveis" e, assim, organizam o comportamento em padrões previsíveis e confiáveis (STREECK, THELEN, 2005, p. 9, tradução nossa²).

¹ Sartori (1970) destaca que todo conceito é uma medida empírica e para utilizá-lo adequadamente é preciso verificar suas propriedades, no caso a extensão e intensão. A primeira diz respeito a especificidade do conceito adotado, ou seja, se ele pode ser utilizado na comparação com outros países ou o termo é tão específico e restrito a determinado contexto político que uma vez transposto para outros cenários perde a clareza. Relacionada a primeira propriedade, a intensão corresponde ao número de atributos utilizados para definir determinado conceito, quanto mais atributos forem envolvidos na definição, menos geral será a categoria, portanto, em menos casos ela será aplicada à medida que força a medição para baixo na escala de generalidade. Para superar essas barreiras, é necessário que o pesquisador tenha equilíbrio ao estabelecer os critérios de medição a fim de que os conceitos e as medidas não sejam amplos demais e, ao mesmo tempo, consigam captar as especificidades de um sistema político particular.

² No original: [...] defined as *building-blocks of social order*: they represent socially sanctioned, that is, collectively enforced expectations with respect to the behavior of specific categories of actors or to the

Sendo assim, as mudanças podem ocorrer por meio de deslocamento, camada, deriva, conversão e exaustão, respectivamente. Em outras palavras, as regras sociais traduzidas em cartas constitucionais, leis, medidas provisórias, decretos, ou seja, transformadas em ordenamento jurídico sofrem mudanças por meio de *deslocamento*, que é a redescoberta ou ativação de possibilidades anteriormente suprimidas ou suspensas, ela se efetiva pela remoção das regras existentes para a introdução de novas. De forma distinta, a mudança institucional pode ocorrer por meio de *camadas*, resultante da transformação gradual dada pela introdução de novas regras às existentes, colocando em movimento uma dinâmica institucional transformativa (STREECK, THELEN, 2005).

No que tange à *deriva*, embora as regras permaneçam as mesmas, as mudanças são resultantes de fatores externos, quando os agentes optam por não responder a esse ambiente de mudanças pela própria inação ou negligência, ou seja, a mudança resulta de não-decisões. De forma distinta, a *conversão* compreende a permanência das regras, porém as “lacunas” existentes são exploradas pelos atores ao serem reinterpretadas e promulgadas de forma distinta, convertendo para novos objetivos, funções ou propósitos institucionais. Isso é possível, pois a regra social nunca é perfeita e sempre há uma “lacuna” entre o que poderia ser considerado um padrão ideal de uma regra e o padrão real. E, por último, a *exaustão* institucional que, diferentemente dos outros processos que envolvem mudanças, esse fenômeno leva gradualmente ao colapso institucional (STREECK, THELEN, 2005).

Mesmo que os defensores do *status quo* tentem manter as regras originais, eles não podem impedir alterações e, a cada novo elemento introduzido, caracterizando uma pequena mudança em si, tende a acumular-se a outras que somadas podem levar a grandes alterações institucionais. Contudo, “[...] os atores sociais assumem compromissos com base nas instituições e políticas existentes, o custo de saída dos arranjos preestabelecidos aumenta dramaticamente.” (PIERSON, 2015, p. 29). Por isso, a importância do estudo dos traçados institucionais para a compreensão das consequências das decisões políticas e, nesse sentido, o debate

performance of certain activities. Typically they involve *mutually related rights and obligations* for actors, distinguishing between appropriate and inappropriate, ‘right’ and ‘wrong’, ‘possible’ and ‘impossible’ actions and thereby organizing behavior into predictable and reliable patterns (STREECK, THELEN, 2005, p. 9).

sobre os partidos políticos e as políticas públicas assume centralidade nesta tese, em especial a política de saúde brasileira.

Dada a relevância do Institucionalismo Histórico para esta tese, ressaltamos agora seus principais pressupostos que orientam o desenvolvimento desta pesquisa como as *decisões passadas*, o *tempo e a sequência dos eventos*, os *retornos crescentes* e o *sequenciamento dos eventos em diferentes legislaturas*, fundamentais para compreender o processo de institucionalização da política de saúde brasileira. Esse encadeamento é necessário, já que a construção desta tese está estruturada com base nesses pressupostos que se interrelacionam ao longo dos capítulos.

Para o estudo da institucionalização da política de saúde impõe-se a necessidade de olhar para o passado e entender os determinantes de dada conjuntura que ocasionaram mudanças importantes. Nesse caso, nos referimos a carta magna, uma instituição formal estabelecida por lei que há mais de trinta anos regula o processo democrático brasileiro. Embora o foco seja a atuação dos partidos na institucionalização da saúde, merece atenção também as mudanças políticas introduzidas em 1988 que reorientaram a relação entre Executivo e Legislativo e garantiram poderes de agenda aos presidentes.

Essa discussão apresenta subsídios importantes para embasar a questão norteadora: *Como o Poder Executivo formado por governos de diferentes matizes ideológicas institucionalizou a política pública de saúde?* E, para respondê-la, é necessário aprofundar o debate sobre a predominância legislativa do Executivo, fragmentação ideológica, partidária e formação de coalizões. Com esse intuito, a terceira seção do capítulo 1 promove esse debate a fim de compreender a importância dessas prerrogativas para a institucionalização da saúde brasileira.

Nesse sentido, as *decisões passadas* relativas ao período anterior e a própria Constituinte também são retomados em nossa análise, em virtude da atuação de diversos atores centrais nesse processo, destacamos em nosso estudo os partidos políticos. Esse período é marcado pelo amplo debate social sobre a oferta da saúde e o estabelecimento das bases para o texto constitucional. Logo, o capítulo 2 aborda as principais discussões que redundaram em disputas partidárias em torno de propostas que vão fortalecer duas perspectivas distintas para a oferta dessa política: a universalização e a privatização.

Esse retorno é fundamental para entender as tensões ainda presentes sobre a oferta da saúde no país, bem como sobre o formato que essa política assumiu nos

anos posteriores, uma vez que o processo de institucionalização é constante e dinâmico e está sujeito às mudanças conjunturais. Isso ocorre através da alternância de legislaturas ou aos componentes ideológicos e programáticos que orientam os partidos que fizeram a gestão federal dessa política. Assim, a perspectiva institucionalista histórica considera que as decisões passadas tendem a constranger as preferências dos atores e a reforçar determinada rota assumida anteriormente. Por isso, retomar aos aspectos centrais do período é fundamental para reconstruir momentos importantes que envolveram o processo de institucionalização da saúde.

No sentido de complementar essa discussão, no capítulo 3 abordaremos os aspectos ideológicos e programáticos dos partidos que fizeram a gestão nacional da política de saúde, tendo como referência de análise o texto constitucional. Espera-se que a partir da análise das propostas de governo seja possível identificar se os partidos levaram em consideração os princípios constitucionais para propor ações para essa política.

Esse mapeamento é necessário para verificar se as decisões constitucionais foram referendadas nos documentos programáticos daqueles partidos. Esse percurso orientará a análise entre as diferentes legislaturas e, portanto, o *tempo e sequência dos eventos* são primordiais para entender se as preferências constituintes dadas pela carta magna ao serem confrontadas com cada legislatura promoveram traçados institucionais homogêneos ou distintos. E aqui as categorias analíticas do Institucionalismo Histórico são essenciais para entender de que forma essas mudanças ocorreram ou simplesmente a dependência da trajetória foi determinante e o percurso iniciado em 1988 condicionou as decisões posteriores. Essa análise será apresentada no capítulo 4.

Dessa forma, poderemos verificar se os *retornos crescentes*, ou seja, se as decisões passadas asseguraram durante toda a trajetória analisada que os preceitos constitucionais fossem mais interessantes, gerando um processo de autorreforço. Embora os processos políticos sejam dependentes da trajetória, consideramos que os partidos políticos são distintos do ponto de vista ideológico e programático e, como sabemos, mudar ou destruir instituições envolve um custo altíssimo, inclusive perdas eleitorais que tendem a ser evitadas. Nesse contexto, consideramos que essas mudanças foram incrementais, sutilmente introduzidas durante as legislaturas, através das medidas provisórias e decretos aqui analisados. Nesse sentido, o capítulo 4 discute com mais profundidade esses institutos e apresenta as divergências

existentes quanto à interpretação e ao uso tendo como referência para análise o texto constitucional. Esse caminho é fundamental para testar nossa hipótese:

Os partidos à direita do espectro político apresentam a tendência a mercantilizar o acesso através do incremento da saúde complementar em detrimento da saúde pública, visto que a consideram dispêndio ou gasto que compromete as contas públicas. Por outro lado, os partidos à esquerda tendem a priorizar na destinação dos recursos do fundo público à ampliação de políticas redistributivas e universalistas.

Dessa forma, a estruturação empírica dos capítulos aqui apresentada oferece subsídios teóricos fundamentais à instrumentalização da análise proposta para o *sequenciamento dos eventos em diferentes legislaturas*. Dado o volume de medidas provisórias e decretos levantados ao longo do período analisado, os diferentes temas serão classificados de modo que seja possível compreender o que cada governo privilegiou ao longo de cada legislatura evidenciando, de fato, qual foi a agenda implementada pelos presidentes para essa política.

A partir desses achados será possível compreender se as diferenças ideológicas se mantêm na institucionalização da saúde. Nosso argumento é que o Partido dos Trabalhadores, mesmo à frente de coalizões de centro-esquerda, tenha privilegiado a constitucionalização dessa política e garantiu, conseqüentemente, iniciativas políticas voltadas à universalização em relação ao PMDB, PRN e PSDB no período estudado. Mas, antes de abordarmos esses temas é necessário revisitar os trabalhos que trataram do partido no governo e a implementação de políticas públicas e apresentaram importantes contribuições que justificam a pertinência e a relevância desta tese.

1.2 O que sabemos sobre a relação entre partido e política de saúde

A produção brasileira sobre a política de saúde é ampla e envolve diferentes áreas de estudo, metodologias e enfoques. Contudo, estudos que tratam da atuação dos partidos políticos na institucionalização dessa política é um campo ainda pouco explorado pela literatura. Destaca-se nessa linha de pesquisa, o estudo de Rosário (2019) que aprofunda as discussões sobre a atuação do Movimento Sanitário em sua tese intitulada “Partidos políticos e a política de saúde no Brasil: uma análise das narrativas do ‘partido sanitário’”. O trabalho está em fase de desenvolvimento e trata

da atuação dos partidos na Constituinte e identifica o “partido sanitário” que concentrou diversos atores e partidos que propunham uma perspectiva de saúde contra hegemônica contribuindo significativamente para o processo de institucionalização dessa política.

Nessa perspectiva, um dos achados iniciais revela que embora o “partido sanitário” tenha se tornado um ator importante ao tomar os espaços institucionais, simultaneamente acabou se distanciando de suas bases sociais, tão caras ao próprio Movimento. Esse dado é importante para a tese aqui proposta, pois trata de atores relevantes que atuaram na Constituinte, os movimentos sociais. Estes atores, juntamente com os partidos à esquerda do espectro político, defenderam um projeto de saúde universalista, enquanto os partidos de centro e direita, apoiados por segmentos do setor privado de saúde defendiam o empresariamento da saúde. Embora as conclusões sejam ainda parciais, elas oferecem novos elementos para compreender o processo de institucionalização da política de saúde, que será aprofundado no capítulo 2.

Outro estudo relevante que trata dos partidos políticos e a atuação na política de saúde foi desenvolvido por Bravo *et al.* (2012), cujo período estudado compreende os dois mandatos do governo Lula e é centrado em 14 partidos políticos (PCB, PPS, PCdoB, PSTU, PSOL, PMDB, DEM, PSDB, PDT, PSB, PT, PV, PRB e PCO). As fontes para o desenvolvimento da pesquisa foram os estatutos, programas, resoluções, além de consultas em sítios eletrônicos, bibliografia sobre a temática e entrevistas a fim de compreender o espaço da saúde nos documentos veiculados por esses partidos. O argumento defendido pelas autoras é que o projeto proposto pela Reforma Sanitária, na qual os partidos políticos são atores centrais, foi impactado por projetos societários individualistas que estão na contramão das propostas universalistas como é o caso da saúde e destacam a importância dos movimentos sociais junto às agremiações partidárias para a efetivação da garantia constitucional da oferta da saúde pública no país.

Dentre as principais conclusões apresentadas pelas autoras, no que se refere ao conceito de saúde e sobre o SUS, somente o PCB apresentou uma definição objetiva enquanto política pública que deva ser ofertada pelo Estado em todos os níveis de governo, além disso o partido defendeu a estatização total da oferta no país. Outro aspecto importante é que todos os partidos, exceto PPS que não fez referência, defenderam a política pública de saúde e o Estado como principal responsável.

No que diz respeito à terceirização e à privatização, o PPS, PSDB e DEM não se posicionaram contrários a essa iniciativa, já o PDT apoiou e se reportou às parcerias público-privadas desenvolvidas na Itália e França, enquanto o PV fez a defesa das Organizações Sociais (OSs) em seu programa. Contudo, os demais partidos foram contrários a essas propostas. Segundo as autoras, PT e PSB em seus respectivos sítios eletrônicos defenderam as Fundações Estatais de Direito Privado (FEDPs), enquanto DEM, PSOL e PCB foram manifestamente contrários às OSs.

Outro dado significativo é referente ao financiamento da saúde e referendam o disposto na EC nº 29/2000 que estipulou percentuais mínimos de gastos para as esferas federal, estaduais e municipais, na qual a maioria dos partidos estudados são favoráveis ao seu cumprimento. Contudo, destacam que na contemporaneidade o projeto da Reforma Sanitária defendido pelos partidos à esquerda na Constituinte não foi retomado por nenhuma agremiação partidária, inclusive o PCB, que fez uma defesa enfática na Constituinte.

Esse estudo converge com esta tese à medida que se atém às diferenças ideológicas e programáticas dos partidos sobre diversos temas, sinalizando-as. Essas conclusões reforçam o argumento central desta tese de que elas não só existem como orientam posicionamentos quanto à institucionalização da saúde. Nesse sentido, a análise dos documentos vai evidenciar posicionamentos favoráveis e contrários sobre sua concepção e chama a atenção o apoio do PT às parcerias público-privadas. Esse dado é relevante, visto que na Constituinte o partido defendia a estatização total da oferta da saúde no país, como veremos no capítulo 2. Tal fato ratifica a importância desta tese a fim de verificar se essa mudança encontrada na análise documental realizada pelas autoras se reflete nas políticas públicas implementadas pelo partido, uma vez que defendemos que os partidos à esquerda, movidos pelo ideal de igualdade e justiça social, tenham preconizado na edição das medidas provisórias e decretos voltados à expansão da universalidade do acesso à saúde.

Além dos estudos dos partidos políticos em âmbito nacional, outras investigações vão enfatizar a atuação nas esferas subnacionais, foco também pouco explorado pela literatura brasileira e importante para esta tese, pois tratam do partido no governo e a implementação das políticas públicas, objeto de nossa análise. Nesse contexto, Ribeiro (2005) trata dos partidos e o provimento de gastos nas políticas sociais no período 1993 e 2003 referentes aos exercícios financeiros de 3.213 municípios, a partir dos dados da Secretaria do Tesouro Nacional.

O autor destaca as mudanças constitucionais como a descentralização que garantiu protagonismo aos estados e municípios, principalmente na provisão de políticas sociais. A questão que se coloca a partir disso é sobre o impacto dessas mudanças no sistema político democrático e o incremento das políticas sociais. Dessa forma, a análise se deteve nos partidos políticos que estiveram à frente das administrações municipais e o gasto em políticas sociais.

As principais conclusões indicam que há uma relação incremental entre fatores políticos e gastos com políticas sociais e, quando considerada a área social em conjunto, os governos petistas apresentaram uma provisão maior em relação aos demais partidos. No que tange à educação, os gastos próprios do PT são também superiores em relação aos governos do PSDB, PMDB, PFL e PTB. A análise dos gastos da função saúde revelou ainda que todos os partidos tem gastos inferiores em relação ao PT, exceto pequenos partidos de esquerda além de PSB e PPS. A tese corrobora a literatura que afirma que o efeito dos fatores políticos é incremental e que os partidos à esquerda apresentam um esforço maior na provisão de políticas sociais.

Essa conclusão é fundamental ao ratificar que as diferenças partidárias não se atêm ao campo ideológico e demonstra que a atuação do partido no governo se difere também no direcionamento dos recursos, fortalecendo a tese de que os partidos à esquerda priorizam o gasto social, sendo o Estado o principal indutor nesse processo. Outro estudo relevante sobre a atuação dos partidos em nível municipal foi desenvolvido por Moreira (2016) e trata da implementação da política de assistência social nos anos 2005 e 2012. O objetivo foi compreender se o partido do prefeito ao compor a coalizão do partido do presidente apresenta alguma diferença no desenvolvimento da política de assistência social em relação àqueles partidos que não fazem parte da base aliada.

Outro objetivo foi verificar se o fato de o partido do prefeito ser do Partido dos Trabalhadores tem alguma diferença na implementação dessa política e, por último, se a ideologia do partido do prefeito é um fator importante para verificar o nível de desenvolvimento da política de assistência social. Partindo da literatura sobre ideologia e políticas sociais que reporta aos partidos à esquerda maior provisão na implementação de políticas sociais, a hipótese é de que governo do PT tenha alguma deferência em relação aos demais partidos em relação ao desenvolvimento da política de assistência social no país.

As principais conclusões indicam que o fato de o prefeito fazer parte da base aliada do governo tem efeito positivo sobre a política na esfera municipal, tanto em relação ao gasto quanto aos recursos humanos empenhados. Embora as diferenças sejam sutis, é possível afirmar que ao não compor a base aliada ao governo, o efeito é negativo em relação ao PT, isso foi observado em relação ao PR, PSDB, DEM e PPS que se posicionam ideologicamente à direita. Contudo, não se verificou diferença em relação ao PT e os demais partidos quando pesquisado se haveria maior impacto na política de assistência social municipal. Esses achados são importantes, pois correlacionam ideologia, partido no governo e coalizões do Executivo federal e o reflexo em nível municipal e demonstram a aderência dos prefeitos, cujo partido compõe a base de apoio do governo federal na provisão de políticas sociais municipais.

Essas conclusões reforçam nosso argumento de que as diferenças ideológicas, quando submetidas à coalizão, tendem a seguir o posicionamento do partido formador do governo. Ao mesmo tempo, esses achados suscitam o desenvolvimento de análises que agreguem dados qualitativos a fim de compreender o conteúdo dessas políticas que são implementadas em nível municipal, lacuna a ser explorada por esta tese tendo como referência a análise para o Executivo federal.

Nessa linha de estudo, Leal e Peixoto (2018) investigaram os partidos políticos e a provisão de gastos em saúde, cuja análise envolveu os prefeitos eleitos em 2012. O objetivo foi verificar ao longo de uma legislatura o empenho do Executivo municipal no pagamento das despesas em saúde, podendo assim entender o impacto dos partidos na gestão dessa política. A questão que se coloca diante disso é se o partido do prefeito tem relevância em relação ao gasto em saúde. Nesse sentido, os autores destacam a EC nº 29/2000 que estabeleceu percentuais mínimos para cada esfera governamental, sendo 15% para os municípios brasileiros. A fonte de pesquisa é o Sistema de Informações Sobre Orçamento Público para Saúde (SIOPS). Os dados revelam que não houve variação do percentual gasto entre as regiões, variando entre 20% e 25%, sendo a média nacional de 22%, isso demonstra que todos os municípios aplicam acima do percentual exigido.

Outro dado relevante é que em média não houve diferenças percentuais entre os partidos e em relação ao gasto da receita municipal em saúde, o partido que empenhou maior provisão foi o PSDB e o que menos empreendeu recursos foi o PP. Considerando as disparidades regionais, a região Sudeste apresentou o volume maior

de gasto, seguido por Centro-Oeste, Sul, Nordeste e, por último, a região Norte. Além dessas conclusões, os autores demonstram que ao considerar na análise a faixa populacional, os municípios menores, com uma população de até 5.000 habitantes em média, aplicam valores mais baixos quando comparados com municípios com índices populacionais acima de 500.000 habitantes.

Essas conclusões são importantes e nos levam a questionar a forma como esses recursos têm sido direcionados para a implementação da política de saúde em nível municipal. Além da importância de análises que correlacionem o montante de gastos com o conteúdo das políticas implementadas. A partir disso, esta tese se propõe a entender não só o conteúdo das políticas implementadas pelas agremiações que conduziram a gestão federal, mas o legado dos partidos para a política de saúde brasileira. E vai além, no sentido de dialogar com alguns estudos transversais, com destaque para a tese de Baptista (2003) intitulada “Políticas de saúde no pós-constituente: um estudo da política implementada a partir da produção normativa dos poderes executivo e legislativo no Brasil”. A análise é voltada às políticas públicas aprovadas pelo Legislativo e as que foram editadas pelo Executivo através de normativas expedidas pelo Ministério da Saúde no período 1990-2002. O objetivo da autora foi entender a dinâmica entre Executivo e Legislativo para o estabelecimento das políticas de saúde no país. A hipótese é que a proposta reformista para o setor saúde não encontrou possibilidades de efetivação devido ao padrão político estatal estabelecido que fortaleceu o projeto conservador da elite brasileira.

As principais conclusões desse estudo, demonstram o protagonismo institucional do Executivo na aprovação célere de sua pauta legislativa. E nesse aspecto, a autora destaca a capacidade de negociação com grupos de interesse e com os partidos como exemplos de recursos utilizados pelo chefe do Executivo, enquanto o Legislativo apresentou um tempo maior para a aprovação das políticas públicas propostas, uma vez que segue um trâmite mais prolongado. Outro dado relevante para esta tese diz respeito à superioridade das proposições de políticas públicas pelo Legislativo e a conclusão de que a aprovação de sua pauta está atrelada ao apoio do Executivo, ou de outros segmentos sociais.

Segundo ela, as proposições individuais dos congressistas tendem a não ser aprovadas e o “[...] Executivo não só concentra poder institucional e político, mas, principalmente concentra poder técnico.” (BAPTISTA, 2003, p. 283). Essas conclusões reforçam a literatura sobre a dominância do Executivo na produção

legislativa congressual e, vai além, no sentido de evidenciar o protagonismo na institucionalização da política de saúde brasileira. Outro dado relevante que nos chama a atenção é que, no período estudado, o Executivo foi responsável pela autoria de 724 documentos enquanto o Legislativo aprovou apenas 37.

Além disso, as políticas aprovadas pelo Legislativo sofreram modificações, uma vez que as medidas provisórias poderiam ser reeditadas até 2001, permitindo aos presidentes modificá-las de acordo com os seus interesses. Outro ponto destacado pela autora foi a predileção do Executivo em legislar através de documentos que não apresentam tramitação sequencial, como é o caso de medidas provisórias, decretos e leis orçamentárias, demonstrando que os presidentes legislaram praticamente sozinhos no campo da saúde. Esse aspecto é fundamental, pois ratifica a importância dos institutos do decreto e da medida provisória para a institucionalização da política de saúde, validando a proposta desta tese em analisar seu conteúdo.

Por conseguinte, as contribuições do referido estudo vão além do enfoque na produção legislativa de Executivo e Legislativo, já que a autora demonstra que no período estudado houve a composição de três grupos de interesse distintos, o Executivo Sanitário, o Executivo Saúde e o Executivo Presidência. O primeiro de caráter reformista, o segundo tecnocrático e o terceiro vinculado aos projetos específicos de cada governo, que de forma distinta atuaram na institucionalização da política de saúde brasileira. Esses achados oferecem subsídios importantíssimos para a compreensão da institucionalização da saúde, a partir dos atores centrais que estabelecem as diretrizes para a implementação da política para estados e municípios.

Em trabalho mais recente Baptista (2010) propôs o estudo da produção legislativa em saúde do Congresso Nacional no período 1990-2006, a análise envolveu a atuação de Legislativo e Executivo na definição dessa política. A literatura reforça a tese da predominância legislativa do Executivo e a questão que se coloca a partir disso é “[...] em que medida a concentração de poder pode igualmente ser uma estratégia para a garantia de políticas distributivas e democráticas? [...]” (BAPTISTA, 2010, p. 105). O estudo revela 914 documentos editados no período que corresponderam a resoluções, medidas provisórias, decretos, leis ordinárias e emendas constitucionais. Desse montante, 821 proposições foram de autoria do Executivo, correspondendo a 89,8% da produção legislativa.

Segundo ela, em sua maioria as medidas provisórias e os decretos foram os institutos mais utilizados pelo Executivo e conclui que os presidentes do período optaram por excluir o Congresso desse processo decisório. O estudo evidencia ainda que a agenda predominante no período estudado não foi a do Ministério da Saúde, órgão responsável pela regulação da saúde, mas a agenda do presidente da república. Isso denota um desequilíbrio entre esses poderes, dada a prevalência da pauta legislativa do Executivo.

Tais fatos demonstram a importância de estudos longitudinais que incidam sobre o conteúdo desses documentos a fim de compreender as consequências para a institucionalização da política de saúde brasileira. Nesse sentido, esta tese também se inscreve neste debate e se propõe a esse desafio, ao considerar as medidas provisórias e decretos, institutos que possuem vigência imediata capazes de alterar os *status quo*.

Ainda no debate transversal com o nosso objeto de estudo, a análise de Zauli e Rodrigues (2002) apresenta conclusões importantes sobre um instituto relevante para esta tese: as medidas provisórias. O estudo envolveu ainda o poder de veto, projetos de lei e PECs do Executivo e Legislativo na área da saúde entre 1985-1998. Os questionamentos dos autores são voltados à agenda de políticas públicas para a saúde a fim de compreender quais os recursos foram priorizados para a formação de coalizões. Além disso, quais institutos foram privilegiados por Legislativo e Executivo para legislar no campo da saúde e, por último, como essa dinâmica decisória influencia o processo democrático.

Dentre as principais contribuições, destacamos que no período estudado os presidentes legislaram através do uso das MPs, reeditando-as. Os autores apresentam uma série de argumentos que poderiam levar a atonia congressual como a dificuldade do Congresso em formar comissões especiais para apreciar as MPs. Outro aspecto relacionado seria o decurso dos prazos das leis ordinárias propostas pelo Congresso, cujo trâmite é quatro vezes superior em relação às MPs e mensagens encaminhadas pelo poder Executivo.

Outro fator tratado é o poder de veto parcial ou total garantido aos presidentes, visto que dentre as 55 proposições aprovadas pelos congressistas, 11 receberam vetos totais e 21 parciais, permitindo ao Executivo moldá-las de acordo com os seus interesses. Além disso, no que concerne ao conteúdo dos institutos, destacam que as

proposições do Executivo estão relacionadas a questões de interesse nacional, enquanto as congressuais são de caráter mais particularista.

Acresce-se a essa explicação a atuação dos presidentes antes das matérias irem ao plenário, junto às comissões ou aos líderes partidários que pautam os temas que serão apreciados, além dos pedidos de urgência. Os autores destacam ainda que os presidentes, ao encaminharem apenas 15% de propostas legislativas, esse percentual correspondeu a 62% das leis aprovadas pelo Congresso, enquanto das 976 proposições apresentadas pelos congressistas, apenas 21 tornaram-se leis, isso representou 38%. Contudo, demonstram que essa predominância poderia levar à conclusão que somente o Executivo exerce protagonismo legislativo.

Todavia, ao tratar das proposições na área social entre 1995 e 1986, destacam que 57% correspondeu ao Legislativo e 43% ao Executivo. Outro dado relevante é sobre as quatro PECs aprovadas entre 1985 e 1998, sendo três apresentadas pelo Congresso, demonstrando a capacidade de formar maiorias em torno de questões nacionais e concluem que os presidentes possuem prerrogativas constitucionais e regimentais que permitem ostracizar o Congresso.

Além disso, as medidas provisórias proporcionaram o esvaziamento da participação congressual, fundamental ao processo de discussão democrático, permitindo que o Executivo fosse praticamente o único legislador na área da saúde. Embora os autores concluam que a tese da predominância do Executivo deva ser relativizada, não é possível refutar a importância das MPs como uma estratégia importante do jogo político utilizado pelos agentes institucionais. Neste caso, o Executivo como forma de contornar a atuação congressual e mudar o *status quo*, daí a relevância desta tese.

Dada a relevância desses trabalhos e visando superar a fragmentação dessas análises, o foco desta tese é a dinâmica legislativa do Executivo, tema pouco explorado pela literatura. Dessa forma, o estudo longitudinal aqui proposto compreende a institucionalização de um dos maiores sistemas de saúde pública do mundo, o SUS. A análise documental das medidas provisórias e decretos sob o enfoque institucionalista histórico pretende trazer novos elementos para a compreensão dessa institucionalidade ao lançar luz sobre os partidos no governo e a implementação da política de saúde. E ao tratar do processo de institucionalização é fundamental retomar o debate sobre as mudanças trazidas pela carta constitucional

para o sistema político brasileiro, que garantiu aos presidentes o poder de agenda, tema que abordaremos na próxima seção.

1.3 Mudanças constitucionais para o sistema político

O debate sobre as mudanças constitucionais é crucial para a tese aqui proposta, uma vez que recursos institucionais garantiram a predominância legislativa do Executivo mesmo diante da proliferação de partidos e a fragmentação ideológica que marca o período pós-redemocratização. Para a incursão nesse debate é necessário nos reportamos à carta magna e referendarmos as principais mudanças introduzidas para o sistema político que orienta a relação entre Executivo e Legislativo no que diz respeito à proposição de políticas públicas, já que ela inaugura uma nova institucionalidade no país. Ao mesmo tempo, preserva aparatos institucionais que eram resguardados aos presidentes ainda no período ditatorial e foram transmutados através das medidas provisórias, demonstrando que o legado do passado ainda pesa sobre o presente.

Nossa reconstrução retoma a Constituição Federal de 1988 que consolidou uma série de avanços no campo social e tornou determinadas políticas públicas obrigação do Estado, como veremos na sequência, também promoveu mudanças para o sistema político brasileiro que incidiram sobre o Executivo e Legislativo e reorientaram aspectos importantes de suas atribuições. Dessa forma, coube ao primeiro opor vetos parciais e total a projetos de lei, propor políticas públicas e formar ministérios. Por outro lado, ao Legislativo foi garantida a prerrogativa de apreciação do orçamento, a análise das finanças que até então foram restringidas no período militar. Além disso, coube ao Congresso a anulação de vetos presidenciais com adesão da maioria absoluta. Todavia, esse aparente equilíbrio de forças não se manteve diante do poder de agenda e a consequente patronagem exercida pelo Executivo, possibilitando a formação de maiorias legislativas que garantiram a governabilidade necessária através de alianças multipartidárias a fim de que sua agenda legislativa prevalecesse sobre a congressional.

O estudo seminal de Limongi e Figueiredo (1998) revela essa predominância e destaca que a carta magna manteve aspectos da legislação eleitoral da carta de 1946 que previu a proporcionalidade e a lista aberta, isso poderia conduzir a um poder Executivo fraco e, concomitante, um Legislativo formado por partidos pouco

disciplinados. Porém, dois aspectos são relevantes nesse processo, o primeiro se refere à capacidade legislativa do Executivo, ampliada no período militar através da Constituição de 1967 que garantiu a edição de decretos-leis publicados em casos considerados de relevância e urgência com vigência imediata que foram mantidos pela carta de 1988 através das MPs. O segundo diz respeito aos líderes dos partidos das duas casas que, por meio dos seus respectivos regimentos internos, centralizaram e ampliaram seus poderes sobre as bancadas, operando de forma distinta daquela estabelecida em 1946. Isso possibilitou a negociação dos interesses do partido diretamente com o chefe do Executivo, garantindo assim a cooperação parlamentar necessária à aprovação da agenda executiva.

Por conseguinte, o poder de agenda é uma garantia institucional que permite ao Executivo influenciar o processo decisório e assegurar suas preferências diante dos interesses dos outros atores políticos. A partir da cooptação dos partidos que passam a fazer parte de sua coalizão, tornando-a majoritária frente aos partidos que fazem oposição à sua agenda de políticas públicas. Importa-nos salientar que as escolhas firmadas pelos constituintes em 1988 no que se refere à implementação de políticas públicas foram em sua maioria estabelecidas no art. 84 que dispõe vinte e sete atribuições privativas ao presidente da república. Para a reconstrução dessa institucionalidade estabelecida em 1988, destacamos abaixo as relativas à capacidade legislativa do Executivo:

[...] I - nomear e exonerar os Ministros de Estado; [...] IV - sancionar, promulgar e fazer publicar as leis, bem como expedir decretos e regulamentos para sua fiel execução; [...] V - vetar projetos de lei, total ou parcialmente; [...] VI - dispor sobre a organização e o funcionamento da administração federal, na forma da lei; [...] XXIII - enviar ao Congresso Nacional o plano plurianual, o projeto de lei de diretrizes orçamentárias e as propostas de orçamento previstas nesta Constituição; [...] XXV - prover e extinguir os cargos públicos federais, na forma da lei; [...] XXVI - editar medidas provisórias com força de lei, nos termos do art. 62; [...] (BRASIL, 1988a).

Assim, os presidentes apresentam grande capacidade de negociar suas pautas com o Congresso, pois dispõem de vários recursos dados pelos constituintes para garantir a prevalência de sua agenda. São os poderes proativos para iniciar políticas públicas, através da edição de medidas provisórias, decretos, emendas à constituição, projetos de lei, propostas orçamentárias, leis ordinárias e os poderes reativos que asseguram o veto total ou parcial em matérias de seu interesse. É através desses recursos institucionais que a distribuição desigual de poderes entre os partidos passa

a ser coordenada de modo a estabelecer um equilíbrio de forças pelo Executivo, que domina a produção legislativa sobrepondo sua agenda de políticas públicas.

Nesse sentido, o processo de formação da agenda nada mais é do que a deferência a determinados temas frente a outros de igual relevância, fazendo com que determinadas matérias ganhem centralidade ao despertar o interesse governamental e dos atores sociais, tornando-se um problema a ser enfrentado mediante o estabelecimento de políticas públicas num cenário político receptivo à tomada de decisões para a resolução da temática em tela (KINGDON, 2006a e 2006b; CAPELLA, 2006). Essa janela de oportunidades opera através de um processo de inclusão e exclusão dos temas. E, dada a complexidade social, assuntos importantes que muitas vezes despertam comoção social como a fome ou o desmatamento, por exemplo, deixam de ser pautados e recebem a devida importância diante de outros temas que passam a compor a agenda presidencial em determinada legislatura. Aqui cabe a discussão sobre as ênfases partidárias e o conteúdo ideológico dos partidos, que os diferenciam em relação às prioridades governamentais que será aprofundada neste capítulo.

Desse modo, as prerrogativas legislativas asseguradas ao Executivo garantiram seu poder de agenda que é a capacidade de definir os interesses de seu partido ao concentrar poderes decisórios que são comumente negociados com outros partidos em troca de cargos na burocracia estatal. O presidente pode ainda utilizar estrategicamente o pedido de urgência que obriga o Congresso a apreciação célere de matérias de seu interesse no prazo máximo de quarenta e cinco dias. Assim, consegue pautar a agenda legislativa ou pode ainda negociar diretamente com os líderes partidários as matérias de seu interesse, diminuindo o número de atores na negociação. A aparente tensão resultante da distribuição desigual de poderes frente ao poder impositivo dado ao Executivo é superada quando as diferentes preferências são acomodadas na formação da coalizão.

Nesse sentido, a proposta de análise sob o enfoque institucionalista histórico adotado para o estudo de caso da política de saúde brasileira nos condiciona a entender esses aparatos institucionais constitucionalmente garantidos, pois eles são capazes de modificar a estrutura de determinadas políticas. E, acima de tudo, vão orientar a relação entre os atores políticos, uma vez que “[...] assumem compromissos com base nas instituições e políticas existentes, o custo de saída dos arranjos preestabelecidos aumenta dramaticamente.” (PIERSON, 2015, p. 29). Isso revela o

peso das escolhas iniciais dada pelos constituintes atribuindo ao Executivo poderes legislativos que foram amplamente utilizados pelos presidentes para sobrepor sua agenda à congressual.

Isso ocorreu, por exemplo, via emendamento constitucional no governo FHC, que ampliou os poderes jurisdicionais assegurados à União em 1988, mediante a formação de uma ampla coalizão que promoveu alterações no texto constitucional através da aprovação de emendas constitucionais ao longo da década de 1990. Isso permitiu ao governo federal legislar sobre impostos e políticas públicas de estados e municípios, contrariando seus interesses (ARRETCHE, 2009). Além de modificar o sistema tributário brasileiro, as emendas constitucionais promoveram alterações no modelo econômico (SOUZA, 2008).

É necessário destacar que as regras institucionais, em tese, são criadas para garantir a estabilidade, como é o caso de uma constituição que tem a nobre tarefa de manter a coesão social. Contudo, uma regra social não pode prever as situações futuras, uma vez que o processo de implementação é uma etapa posterior e os atores também não são os mesmos. Segundo Streeck e Thelen (2005), as instituições carregam em si o princípio da mudança e o que determina essa possibilidade é o grau de discricionariedade dessas regras, uma vez que os atores possuem interesses divergentes e irão explorar quaisquer aberturas dadas pela ambiguidade, interpretação ou implementação.

Nesse contexto, as alterações constitucionais no governo FHC, citadas anteriormente, tratam da ocorrência da mudança institucional por *deslocamento* dada pela remoção das regras existentes para a introdução de novas, alterando a estrutura da *policy*. Em tese, o processo de constitucionalização imposto pela carta magna deveria orientar os agentes institucionais a referendar os preceitos constitucionais estabelecidos em 1988 e não os alterar. Essa discussão é pertinente para o desenvolvimento desta tese a fim de identificar se os partidos ao darem continuidade a esse processo estabeleceram outro traçado institucional. Consideramos que o poder de agenda é um elemento decisivo, por isso, a necessidade de retomar esse debate que é a chave para entender a formação das coalizões que sustentaram a união de várias agremiações em torno do partido formador do governo.

A partir disso, poderíamos então afirmar que a capacidade legislativa outorgada ao Executivo permitiria aos presidentes optarem por legislar sem a participação do Congresso, mediante a expedição de medidas provisórias e decretos, visto que seu

mandato independe do Legislativo. Contudo, no caso das MPs, o Executivo corre o risco de que elas sejam barradas pelo Congresso que pode modificá-las ou deixar de apreciá-las, tornando-as nulas. Esse fato revela que a adesão dos parlamentares é fundamental para a aprovação de matérias executivas relevantes, e demonstra que a necessidade de compor alianças é imprescindível para garantir a governabilidade.

Dessa forma, as peculiaridades do presidencialismo brasileiro condicionam Executivo e Legislativo, de modo que ambos devem formar consensos em torno de pautas minimamente comuns, daí a resultante desse processo o presidencialismo de coalizão. Dados os recursos institucionais que garantem o poder de agenda do Executivo, abordaremos agora a lógica que permeia a formação das coalizões, primeiro porque foi uma estratégia recorrente desde a redemocratização e em segundo, e não menos importante, sua estruturação envolve cálculos políticos dos presidentes ao constituírem sua base aliada.

1.4 A imprescindibilidade das coalizões

O termo cunhado por Abranches (1988), deixa evidente a peculiaridade política nacional, a formação de coalizões como forma de garantir a sustentação política necessária para que o Executivo possa governar, demonstrando que o estabelecimento de alianças é imprescindível no presidencialismo de coalizão. É necessário enfatizar que um partido opta por formar uma coalizão porque não atingiu a bancada necessária, ou seja, o número de votos fundamentais à aprovação das matérias legislativas no Congresso. Segundo Mainwaring (2011) todos os governos eleitos democraticamente no país foram minoritários em relação ao apoio congressional, exceto o governo Dutra.

Nesse sentido, na formação de seus ministérios os presidentes comumente sustentam suas escolhas em dois critérios básicos, o primeiro é regional e o segundo partidário. Considerando o federalismo brasileiro e as diferenças entre as regiões, os interesses dos entes subnacionais são relevantes, à medida que os governadores possuem poder e influência em seus respectivos colégios eleitorais. Embora esse *status* seja considerado no cálculo governamental, Amorim Neto (2007) destaca que o aspecto partidário tende a prevalecer, pois trata diretamente da base de apoio legislativa necessária à aprovação da agenda governamental.

Outro aspecto fundamental sobre a formação das coalizões é que elas podem ser legislativas ou coalizões de governo. A primeira tem caráter mais temporário e é composta em função de determinado tema ou fim específico, a segunda envolve os atores e a negociação de cargos na estrutura burocrática estatal a fim de garantir o apoio necessário às pautas legislativas do Executivo (FIGUEIREDO, 2012). Nesse contexto, o princípio do estabelecimento das coalizões obedece primeiramente a formação de uma ampla pauta programática comum. Vencidas as eleições, ocorre a negociação entre os partidos para a formação do governo e o estabelecimento de um programa básico. Em seguida, tem-se a composição da coalizão governamental com a definição da agenda a ser implementada (ABRANCHES, 1988). Nessa direção, o estudo de Figueiredo e Limongi (2001) demonstra que:

[...] o apoio ao Executivo pode ser organizado em bases partidárias. Não há razões para acreditar, como normalmente se afirma, que o Executivo prefira a formação de coalizões *ad hoc* e circunstanciais a um apoio consistente e permanente (FIGUEIREDO, LIMONGI, 2001, p. 117).

Contudo, as coalizões são dinâmicas, pois o número de partidos aliados pode aumentar ou diminuir ao longo de uma legislatura, posto que um gabinete de coalizão é resultante do acordo entre o Executivo e vários partidos. Assim, a definição da distribuição dos ministérios está sujeita às divergências de interesses que são submetidos à coalizão e seu sucesso ou fracasso depende dessas trocas. Segundo Amorim Neto (2000), uma vez composta a coalizão, a disciplina pode ser claramente identificada na atuação dos parlamentares tanto nas comissões quanto em plenário.

Logo, o papel dos líderes partidários é imprescindível na condução das matérias de interesse do Executivo estabelecendo consensos necessários. Dessa forma, o colégio de líderes negocia diretamente com o Executivo, o que demonstra sua capacidade decisória impedindo, muitas vezes, que a votação vá ao plenário. Com isso, os parlamentares têm reduzida sua capacidade de ação individual e tendem a votar disciplinadamente com o seu respectivo partido seguindo a orientação do líder, à vista disso, o Congresso não configura um entrave ao Executivo (LIMONGI, FIGUEIREDO, 1998).

Essa constatação empírica contraria parte da literatura que considera o multipartidarismo, a migração partidária, a alta fragmentação ideológica, o baixo enraizamento social, o fisiologismo e o clientelismo como geradores de instabilidade e debilidades no sistema político, ofuscando a percepção do eleitorado quanto as

diferenças programáticas entre os partidos (PALERMO, 2000; BALBACHEVSKY, 1992), levando a incapacidade de estabelecer identidades partidárias (KINZO, 2004) devido ao sistema partidário fragmentado formado por partidos gelatinosos (MAINWARRING, 2011). Além do rebaixamento na estrutura de clivagens e a redução do componente ideológico, podendo levar os eleitores a frustrarem-se com a democracia representativa (KIRCHHEIMER, 2012).

Por conseguinte, tais fatores levariam a um cenário em que seria impossível estabelecer consensos e, conseqüentemente levaria à ingovernabilidade. Todavia, a patronagem do Executivo e as trocas derivadas permitem que essas dificuldades sejam contornadas e sua agenda seja aprovada. Assim, as instituições forjadas em 1988 garantiram poderes institucionais ao Executivo e ofereceram através da formação das coalizões a estabilidade das dinâmicas políticas, garantindo a previsibilidade necessária para a manutenção do sistema político. Esses fatos denotam a dependência da trajetória e processos de retornos crescentes ou autorreforço ou *feedback* positivos que levaram à estabilidade institucional (PIERSON, 2004).

A partir disso, podemos considerar que a capacidade legislativa outorgada constitucionalmente ao Executivo garantiu o poder de agenda para a formação de coalizões que ao longo das legislaturas garantiram a disciplina e votos necessários à aprovação de sua agenda. Essa estratégia foi adotada pela maioria dos presidentes no período estudado, evidenciando a legitimação das coalizões multipartidárias no sistema político brasileiro, uma vez que elas têm administrado os conflitos, distribuído recursos e conferido a estabilidade necessária. Dessa forma, a relação entre poder de agenda e disciplina partidária, fortalece nosso argumento de que as diferenças ideológicas e programáticas uma vez submetidas à coalizão garantem que a agenda de políticas públicas do Executivo se sobreponha aos interesses dos demais aliados. Assim:

[...] a formação de coalizões tem um significado muito concreto. Quando coalizões se formam, elas aumentam o número de cadeiras que o Executivo controla no Legislativo. Ou seja, coalizões são constituídas para diminuir a barreira numérica imposta pela regra de maioria. Coalizões são formadas por razões pragmáticas e óbvias: aumentar as chances de aprovar projetos ou uma agenda no Legislativo. São, portanto, e por si só, um forte indicativo de que há uma preocupação com a aprovação de políticas (FREITAS, 2016, p. 31).

Outra questão importante sobre a formação das coalizões, segundo Abranches (1988), se refere a contextos sociais mais homogêneos cuja tendência é que as alianças se formem em torno de um número reduzido de partidos e que sejam consensuais do ponto de vista ideológico. Por outro lado, em sociedades mais complexas e heterogêneas, a tendência é a formação de coalizões mais amplas com um número maior de partidos de diferentes espectros ideológicos, onde os consensos são mais específicos em torno de pautas mais restritas. O caso brasileiro assemelha-se à segunda tendência, visto que possui um Congresso altamente fragmentado ideológica e partidariamente, em que os presidentes tendem a compor coalizões multipartidárias para garantir a sustentação política. Sobre esse aspecto, Figueiredo e Limongi (2001) destacam que:

[...] os presidentes do período pós-1988 comandaram coalizões partidárias e que estas foram responsáveis, em última análise, pela aprovação da agenda legislativa do governo. Em outras palavras, o sistema político brasileiro não opera de forma muito diferente dos regimes parlamentaristas. Os presidentes “formam o governo” da mesma forma que os primeiros-ministros em sistemas multipartidários, isto é, distribuem ministérios aos partidos e formam assim uma coalizão que deve assegurar os votos necessários no Legislativo. [...] (FIGUEIREDO, LIMONGI, 2001, p. 101).

Cabe aqui citar como exceção o governo Collor, que ao contrário dos outros presidentes governou sem coalizões majoritárias e apoiado por partidos minoritários que lhe garantiram entre 33,94% a 43,54% de cadeiras na Câmara dos Deputados (FIGUEIREDO, 2012), fazendo uso de suas prerrogativas legislativas ao editar medidas provisórias. Segundo Amorim Neto (2000), foram 163 MPs entre o primeiro e início do segundo ano de mandato. Como resposta à tentativa de governar sem a participação do Legislativo, o Congresso reagiu propondo a limitação do número de edições fazendo com que em 1991 somente 8 MPs fossem publicadas, mesmo assim o presidente manteve-se sem negociar com o Legislativo. Porém, a baixa popularidade, inflação alta e denúncias de corrupção fizeram com que em fins de 1992 o governo Collor tentasse formar uma maioria legislativa, estratégia tardiamente adotada, pois logo tornou-se o primeiro presidente pós-redemocratização a passar por um processo de *impeachment*.

Todavia, o presidente é o protagonista principal, pois distribui estrategicamente os ministérios priorizando quais políticas são mais relevantes para o partido, ao mesmo tempo, consegue centralizar na Casa Civil as proposições das outras pastas que fazem parte da coalizão. E cabe a ela analisar o mérito e a compatibilidade das

propostas ministeriais, uma vez que os ministros não tem autonomia para encaminhar proposições ao Legislativo (SILVA, 2014). Além disso, o estudo da composição partidária dos ministérios no período 1990-2007 revela que 73% das pastas foram ocupadas pelas agremiações que apoiaram o partido durante o período eleitoral, e posteriormente quando eleito compoendo o governo (BRAGA, 2010, p. 59).

Destarte, além do poder de agenda, os presidentes tem a centralização decisória do processo de formação da agenda e implementação de políticas públicas. Tais aspectos reforçam a tese do domínio legislativo do Executivo no estabelecimento de políticas públicas.

[...] o Executivo é o principal legislador *de jure* e de fato. Isso significa que, em boa medida, o Legislativo vota a agenda do Executivo. Portanto, cabe esperar que o Executivo procure organizar uma maioria partidária que o apoie de maneira consistente. [...] (FIGUEIREDO, LIMONGI, 2001, p. 117).

Nesse contexto, a formação de maiorias para garantir a governabilidade e a aprovação da agenda legislativa do Executivo se dá a partir da formação de coalizões heterogêneas do ponto de vista ideológico e programático. Tais distinções poderiam gerar instabilidade institucional, contudo como veremos na próxima seção a resultante das coalizões é a disciplina partidária, que tem garantido aos presidentes a capacidade legislativa necessária à governabilidade.

1.5 Disciplina partidária e a garantia da governabilidade

Dada a perspectiva institucionalista histórica para o mapeamento longitudinal dessa institucionalidade, *o tempo e a sequência dos eventos* são relevantes para detectar a estabilidade ou a mudança institucional. Nesse sentido, retomaremos aspectos relevantes da Assembleia Nacional Constituinte, uma vez que os maiores partidos do período, à exceção o PRN, participaram do processo de sistematização do texto constitucional e estiveram à frente da gestão nacional da saúde, daí a importância da reconstrução dessa trajetória a fim de destacar a composição das coalizões nesse período. O capítulo 2 também retoma essa conjuntura para tratar das diferenças ideológicas entre os partidos em relação à oferta da saúde no país.

Por conseguinte, cabe aqui destacar a disciplina partidária no contexto da ANC que tinha o relevante papel de sistematizar o texto constitucional depois de vinte e um anos de ditadura militar e supressão de direitos. A união de esforços para a retomada

da democracia contou com a participação de 559 congressistas constituintes, sendo 487 deputados e 82 senadores, havendo ainda 35 parlamentares suplentes. O trabalho foi dividido em oito comissões com diferentes temáticas, cada uma delas se subdividiu em outras três, perfazendo vinte e quatro subcomissões. Os constituintes provinham de treze partidos políticos³ dos mais variados espectros ideológicos como PMDB, PFL, PDS, PDT, PTB, PT, PL, PDC, PCB, PCdoB, PSB, PSC e PMB (GUIMARÃES, 2020).

Além dos partidos políticos, foi garantida ampla participação da sociedade civil através de plenárias, movimentos sociais, propostas de emendas populares e organizações dos mais variados segmentos sociais, como veremos no capítulo 2. A abertura dos trabalhos teve início em 01/02/1987 e o encerramento se deu com a promulgação da carta constitucional em 05/10/1988. É preciso destacar que nessa fase de discussão e redação da ANC, divergências internas ocasionaram a saída dos congressistas mais progressistas do PMDB para o fundar o PSDB em 25 de junho 1988.

Se as análises sobre as agremiações partidárias na atualidade vão demonstrar a aproximação dos partidos de direita e esquerda do centro do espectro político, na ANC os campos ideológicos estavam muito bem marcados e diferenciados entre si. À esquerda estavam PCB, PC do B, PSB e PT, centro-esquerda PDT e PSDB, centro-direita PMDB, centro PDC e PTB, direita PDS, PFL e PL (MAINWARING, LIÑAN, 1998). Entre os partidos, a maior representação foi do PMDB, que concentrou o maior número de constituintes com 303 deputados e 50 senadores. São muitos os estudos que vão incidir sobre esse grupo que popularmente ficou conhecido como “Centrão” que segundo Munhoz (2011) era formado por 126 congressistas do PMDB, 105 constituintes do PFL, 32 do PDS, 15 do PTB, 5 PL, 4 do PDC e 3 do PDT.

A coerência ideológica desse bloco foi significativa na Constituinte, visto que 84,3% dos membros do Centrão apoiaram a duração de 5 anos do governo Sarney, enquanto 80,2% deles foram favoráveis ao sistema presidencialista. No que diz respeito à estabilidade, apenas 8% do bloco foi favorável, enquanto o apoio da

³ [...] Outros importantes partidos tiveram papel decisivo na Constituinte: Partido da Frente Liberal (PFL), com 135 Deputados e 17 Senadores; PDS, com 38 Deputados e 7 Senadores; PDT, com 26 Deputados e 1 Senador; PTB com 18 Deputados e 1 Senador; PT, com 16 Deputados; PL, com 7 Deputados e 1 Senador; PDC, com 6 Deputados; PCB, com 3 Deputados; PCdoB, com 3 Deputados; PSB, com 2 Deputados e 1 Senador; PSC, com 1 Deputado; e PMB, com 1 Deputado e 2 Senadores (GUIMARÃES, 2020, p. 79).

esquerda representou 98,2%. Outro dado importante, referente aos direitos, trata das comissões de fábrica que receberam 5,8% de votos do Centrão, por outro lado, foram 92,7% de apoio da esquerda. No que tange ao monopólio da distribuição do petróleo 7,7% do bloco posicionou-se favorável, enquanto 89,1% de apoio da esquerda, já a reforma agrária concentrou 98,2% destes parlamentares, enquanto o Centrão representou apenas 15,3% (MARCELINO; BRAGA; DOMINGOS, 2009).

Desse modo, o Centrão concentrava 290 congressistas numa Constituinte que redefiniria os rumos da nação. Nesse sentido, as forças políticas se dividiram em dois blocos, um minoritário formado pelo bloco progressista com PCB, PC do B, PSB, PDT, PT e parlamentares mais progressistas do PMDB. Do outro lado, o bloco majoritário e conservador composto pelo PMDB, PFL, PL, PDS, PTB e PDC. Embora o desequilíbrio de forças fosse evidente, não impediu a composição de um texto considerado progressista. Destaca-se nesse processo, a atuação do líder do PMDB, Mário Covas que garantiu a presidência das comissões aos parlamentares mais progressistas do partido e setores à esquerda (PERLATTO, 2019).

Contudo, o conflito de interesses em relação à duração do tempo de mandato do presidente da república e o debate sobre o sistema presidencialista ou parlamentarista a ser adotado são pontos tratados pela literatura como responsáveis pelas maiores divergências do período. A resultante desse processo foi a atuação do Centrão para alterar o regimento interno e realizar mudanças no texto sistematizado pelas comissões, levando a votação ao plenário. Essas questões são importantes e serão aprofundadas no capítulo 2, quando abordaremos as questões relativas à saúde e as diferenças ideológicas entre os partidos. Interessa-nos aqui as coalizões e a disciplina partidária desse período, tendência presente no período posterior à ANC.

Nesse contexto, a análise das votações demonstra que a disciplina partidária foi outro aspecto relevante no processo Constituinte, uma vez que os dados computados das 309 votações entre as 1.011 realizadas apontam o percentual de apenas 3% de oposição. Outro aspecto relevante se refere aos partidos individualmente, que em ordem decrescente apresentaram maior disciplina PC do B, PT, PCB, PSB, PDT, PDC, PFL, PDS, PL, PTB, PMDB e PSDB (MAINWARING, LIÑAN, 1998). Esses achados, quando confrontados com os dados de Figueiredo e Limongi (2001) sobre os governos pós 1988, apresentam constância. A análise das legislaturas de Sarney a FHC vai evidenciar a importância das coalizões para sustentar a pauta do Executivo e a disciplina partidária durante todo o período,

principalmente no último governo FHC, que compôs coalizão com PMDB e apresentou uma disciplina média de 84%, considerado o menos disciplinado em relação aos partidos de centro.

A partir destes fatos, podemos considerar que as coalizões têm garantido ao Executivo a sustentação política necessária para governar e a patronagem garante aos partidos da base aliada a indicação às pastas ministeriais, ocupação de postos nas burocracias, além da visibilidade e o prestígio oriundo desses cargos. Esses recursos são atrativos e muito disputados pelos partidos, pois permitem controlar grandes orçamentos, por exemplo, os das políticas de saúde e de educação, que concentram grande número de eleitores, podendo resultar em ganhos eleitorais futuros.

É preciso destacar que desde a redemocratização o número de partidos aumentou significativamente no país. Aparentemente, o multipartidarismo e a fragmentação ideológica poderiam representar um óbice à governabilidade, contudo a orientação do líder tem prevalecido nas votações congressuais, cujo êxito é de 85% de aprovação de leis pelo Executivo (FIGUEIREDO, LIMONGI, 2001).

Diante disso, consideramos que os recursos institucionais constituem num dos fatores da mudança à medida que tem garantido aos presidentes mudarem o *status quo* e sobrepor sua agenda à congressual. E como resultado desse processo, o número expressivo de coalizões formadas pelo partido gestor na tentativa de manter seus interesses assegurados. A exemplo dessa articulação política, o governo Dilma II 1 (PT-PMDB-PSD-PR-PP-PDT-PCdoB-PRB-PTB-PROS) (LUZ; AFLALO; DUTRA, 2018) que compôs sua base aliada com dez partidos políticos de espectros ideológicos distintos, caracterizando a maior coalizão do período democrático. Logo, entendemos que as coalizões não impediram que o Executivo colocasse em prática sua agenda de políticas para a saúde, institucionalizando-a de acordo com os princípios, diretrizes e a orientação ideológica do partido. Os dados sobre disciplina partidária sustentam nossa tese.

A partir disso, consideramos que as legislaturas de PMDB, PRN, PSDB e PT estabeleceram contornos específicos em cada período, uma vez que a literatura indica que as diferenças ideológicas entre os partidos se traduzem em perspectivas distintas quanto à atuação do Estado, direcionamento dos recursos públicos e em relação a priorizar determinadas políticas públicas em detrimento de outras. Os estudos que tratam sobre o partido no governo e a implementação de políticas públicas, discutidos

anteriormente, também corroboram a tese de que essas mudanças se refletem no esforço de implementação e destinação de recursos. Todavia, estudos que analisem o conteúdo dessas políticas são raros na literatura e constituiu o nosso esforço de análise.

Nesse contexto, os estudos sobre as agremiações partidárias tendem a concentrar os partidos maiores em diferentes gradientes ideológicos poucos distintos daqueles compostos na ANC. Para nossa análise, consideramos o estudo de Tarouco e Madeira (2013) que situa PT e PDT à esquerda do espectro ideológico, já no centro estão PMDB e PSDB e à direita PDS, PPR, PPB, PP, PTB, PFL e DEM. Outra referência é a classificação de Figueiredo e Limongi (2001) cujo gradiente da esquerda à direita é formado por PT, PDT, PSDB, PMDB, PTB, PFL e PPB. Nesse sentido, consideramos que as diferenças ideológicas se refletem em diferenças programáticas e, a partir disso, pretende-se observá-las também nas propostas de governo apresentadas pelos partidos políticos durante o período eleitoral.

A partir delas será possível entender o direcionamento proposto para a política de saúde durante as promessas de campanha e, posteriormente, quais ações foram efetivadas ao longo de cada legislatura pelo partido formador do governo. E, para isso, é necessário primeiro discutirmos a lógica que permeia as ações do partido no governo para implementação de políticas públicas, que será apresentada na próxima seção.

1.6 Partido no governo, ideologia e políticas públicas

Como vimos nas seções anteriores, as mudanças constitucionais para o sistema político foram fundamentais, pois permitiram aos presidentes a formação de maiorias para a aprovação da pauta legislativa, além de vários institutos para a proposição de políticas públicas. Ao tratar da produção legislativa do Executivo na política de saúde, Baptista (2003 e 2010) demonstrou a predileção dos presidentes pelo uso de iniciativas legislativas exclusivas, neste caso, as medidas provisórias e os decretos para a normalização da saúde.

Esses fatos nos levam a supor que tamanho protagonismo tenha permitido aos presidentes legislarem no campo da saúde, segundo os preceitos ideológicos do partido. Nesse sentido, é preciso ressaltar que as agremiações partidárias têm funções importantes na sociedade, à medida que organizam a vida política antes e

depois das eleições, e cabe a elas desempenharem importantes papéis em diferentes arenas. Interessa-nos aqui o partido no governo e a atuação na arena legislativa, locus privilegiado para a implementação de políticas públicas. Além disso, a ideologia é outro elemento importante para compreender o conteúdo das políticas implementadas pelas agremiações partidárias, principalmente no período pós-redemocratização do país. Assim, propomos nessa seção a discussão sobre a atuação dos partidos no governo e a importância da ideologia para orientar as decisões governamentais.

Primeiramente, é necessário ressaltar que os partidos foram se complexificando ao longo das décadas, suplantando os modelos de “partido de massa” e “partido de quadros” propostos por Duverger (1957) questionando a lei de ferro da oligarquia de Michels (1966), demonstrando que são instituições formais capazes de arregimentar, ampliar e formar lideranças capazes de retratar os interesses do grupo social que representa (GRAMSCI, 2016). Dada a complexidade social, política e econômica que marca a sociedade contemporânea, os estudos de Gunther e Diamond (2002) vão incorporar novas tipologias além daquelas construídas nos modelos da Europa Ocidental do séc. XIX e início do séc. XX para compreender as agremiações na contemporaneidade. A análise envolve os países em desenvolvimento, cujas multiplicidades cultural, étnica, religiosa e linguística são marcantes, chegando a quinze “espécies” ou tipos de partidos.

Nesse contexto, o aspecto mais relevante desse estudo para esta tese é que o conteúdo programático e ideológico é uma categoria fundamental para compreender os partidos na atualidade. Esse fato é importante, uma vez que muitos estudos vão demonstrar o contrário, ao destacar o rebaixamento na estrutura de clivagens, a redução do componente ideológico e pouco aprofundamento do debate, atestando a crise das instituições partidárias contemporâneas. Nesse cenário, os partidos estariam perdendo sua identidade tornando-se *catch-all*, voltados apenas à conquista do maior número de eleitores.

Contrariamente a essa tese, vários estudos vão demonstrar que os partidos são fundamentais numa democracia representativa, à medida que agregam os interesses dos cidadãos e desempenham um papel fundamental na formulação de políticas públicas, tornando-se instituições participativas que vinculam os cidadãos ao Estado (GAUJA, 2013). Além disso, “[...] perseguem objetivos políticos comuns, que se assentam em um programa e princípios comuns sobre como estruturar a ordem social [...]” (HOFMEISTER, p. 29). Nesse aspecto, muitos estudos vão enfatizar as

diferenças ideológicas entre os partidos (ROMA, 2002; SINGER, 2012) e, acima de tudo que elas tendem a se refletir na implementação de políticas públicas nas diferentes instâncias de governo (MOREIRA, 2016; RIBEIRO, 2005). Essa relação também foi verificada nos documentos programáticos no que diz respeito às prioridades partidárias, distinguindo-as (TAROUCO, MADEIRA, 2013; GUIOT, 2006).

Outro aspecto importante sobre a atuação dos partidos políticos, principalmente nos governos federais, se refere ao período pós 1985, considerado por Meneguello (1996) importante para a consolidação partidária. Segundo ela, o processo de democratização possibilitou a interação entre os partidos e a sociedade e os partidos e o Estado, através da participação na burocracia estatal. Esses fatos estabeleceram “[...] uma dinâmica circular entre o impacto da participação dos partidos no governo sobre a arena eleitoral, e o impacto da arena eleitoral sobre a relevância dos partidos para os governos, observado através da composição do Congresso [...]” (MENEGUELLO, 1996, p. 211).

É preciso considerar que numa democracia as eleições selecionam o governo cujo objetivo final é a reeleição (DOWNS, 2013). Assim, quando um partido ganha a eleição além de compor o gabinete deve coordenar os diferentes partidos que compõem sua base aliada no parlamento. Como tratado anteriormente, os partidos dos presidentes eleitos no período pós-redemocratização eram minoritários, daí a necessidade da formação das coalizões. E uma vez compostas, o desafio passa a ser a acomodação entre as preferências políticas do Executivo e os demais partidos que fazem parte da coalizão.

O estudo de Tavits (2009), embora voltado para sistemas parlamentares, traz importantes contribuições sobre o tema ao destacar que as restrições institucionais e partidárias desempenham um papel importante na determinação da capacidade dos presidentes serem politicamente ativos, podendo limitar suas preferências na institucionalização das políticas públicas. Nesse aspecto, ressalta-se o papel desempenhado pela oposição política no governo e no parlamento. Todavia, se essas instituições são fragmentárias ou ainda polarizadas, a ação coordenada a fim de combater o ativismo presidencial é mais difícil. Tal fato possibilita aos presidentes condições vantajosas para influenciar a formulação de políticas públicas.

Ainda sobre a atuação do Executivo, Lindblom (1991) destaca que o presidente usa sua autoridade para intervir em todos os assuntos da nação. Para tanto, são necessárias habilidade e liderança para contornar controvérsias e identificar os

interesses comuns entre os grupos divergentes que estão em conflito, evitando polêmicas desnecessárias. Nesse contexto, o estudo de Silva (2014) destaca o papel dos ministérios e da Casa Civil, órgão diretamente ligado ao Executivo e fundamental na formulação da agenda legislativa do presidente, evidenciando que não é um processo unitário, ou seja, que dependa exclusivamente do presidente. Sua análise revela que embora os ministérios tenham participação expressiva na produção legislativa do Executivo, ela está centralizada naqueles coordenados pelo partido do presidente. Outro dado importante e significativo para esta tese se refere ao aspecto ideológico, e demonstra que quanto maior a distância do partido do presidente menor é sua influência nas proposições legislativas do Executivo.

Diante disso, é possível afirmar que o Executivo exerce protagonismo na arena legislativa ao deter o controle das iniciativas que serão encaminhadas ao Congresso. Assim, esta tese considera que o conteúdo ideológico e programático se reflete nas políticas implementadas pelos partidos formadores do gabinete no período pós-redemocratização, no caso, PMDB, PRN, PSDB e PT. E considera que a ideologia está relacionada a:

[...] concepção do mundo, de toda filosofia que se transformou em um movimento cultural, em uma “religião”, em uma “fé”, ou seja, que produziu uma atividade prática e uma vontade nas quais ela esteja contida como “premissa” teórica implícita (uma “ideologia”, pode-se dizer, desde que se dê ao termo “ideologia” o significado mais alto de uma concepção do mundo, que se manifesta implicitamente na arte, no direito, na atividade econômica, em todas as manifestações de vida individuais e coletivas) isto é, o problema de conservar a unidade ideológica em todo bloco social que está cimentado e unificado justamente por aquela determinada ideologia. [...] (GRAMSCI, 1999, p. 104).

Dada a importância da ideologia para compreender a sociedade, destacamos o estudo de Bobbio (2011) que aprofunda esse debate ao tratar da distinção entre os posicionamentos políticos entre esquerda e direita, tendo como referência de análise a igualdade e a desigualdade. Segundo ele, alguns consideram que os homens seriam mais iguais do que desiguais, por outro lado, há aqueles que acreditam que os homens seriam mais desiguais do que iguais. A partir dessas duas visões distintas, os primeiros partem do princípio que as desigualdades sociais devem ser extintas, enquanto o segundo grupo crê que as desigualdades são naturais, portanto, não podem ser eliminadas. Assim, “[...] o igualitário condena a desigualdade social; em nome da desigualdade natural, o inigualitário condena a igualdade social. [...]” (BOBBIO, 2011, p. 122).

Ao tratar dos conceitos de esquerda e direita, Bresser-Pereira (1997), dialoga com a conceituação proposta por Bobbio (2011) e desenvolve sua definição a partir dos elementos analisados pelo autor, que considera à esquerda aqueles que defendem a igualdade e, portanto, a redistribuição de renda cujo objetivo é a justiça social. Por outro lado, os que se consideram de direita não preceituam desses valores e, muitas vezes, entendem que a desigualdade social é inevitável ou necessária. A suposta imparcialidade de Bobbio é para ele dicotômica, assim, eleger a justiça social como elemento central de sua análise. A partir disso, considera que aqueles que se identificam à esquerda estão dispostos a arriscar a ordem em nome da justiça social e, de modo contrário, os de direita defendem a preservação da ordem em detrimento da justiça social.

Nessa direção, Tarouco e Madeira (2013), ao tratar das concepções sobre esquerda e direita, destacam outro aspecto relevante que se refere ao gasto social e à ampliação de políticas redistributivas. Sendo assim, os partidos de esquerda privilegiariam a destinação de recursos e o investimento em políticas sociais, atendendo aos interesses da classe trabalhadora. Já os partidos de direita e centro primariam por políticas de ajuste fiscal que se assentam na redução dos gastos estatais. Isso demonstra que esquerda “[...] e direita ainda estão claramente associadas à maior e menor intervenção do Estado na Economia [...]” (ZUCCO JR., 2011, p. 38).

Outro ponto fundamental é o conceito de austeridade que recorrentemente é acionado pelos partidos à direita ou conservadores ao considerar que o governo deve restringir os gastos e aumentar os impostos. Tais medidas, aumentariam a confiança dos agentes econômicos e, ao mesmo tempo, criariam as condições necessárias para a retomada do crescimento (ROSSI; DWECK; ARANTES, 2018).

Portanto, a austeridade é “[...] uma política de classe ou uma resposta dos governos às demandas do mercado e das elites econômicas à custa dos direitos sociais da população e dos acordos democráticos. [...]” (ROSSI; DWECK; ARANTES, 2018, p. 27). E ainda uma reorientação dos gastos principalmente para aqueles que estão diretamente relacionados à efetivação dos direitos sociais. Sendo assim, o “[...] Estado típico do neoliberalismo não é um Estado menor ou com menos gastos, seus gastos no setor de segurança são muito significativos, assim como as desonerações fiscais e financiamentos direcionados para as classes mais altas. [...]” (HEINEN, 2020, p. 17).

Depreende-se, a partir disso, que igualdade e desigualdade são termos correlatos aos posicionamentos entre esquerda e direita e orientam o estabelecimento das prioridades programáticas das agremiações partidárias e, acima de tudo, definem a ação do Estado na implementação das políticas públicas. Esse aspecto é fundamental e orientou o desenvolvimento de nossa hipótese de que os partidos à direita do espectro político apresentam a tendência a mercantilizar o acesso, através do incremento da saúde complementar em detrimento da saúde pública. Isso decorre da consideração de que se trata de dispêndio ou gasto que compromete as contas públicas, fundamental para o equilíbrio fiscal. Essa hipótese será testada no capítulo 4.

Nesse debate, o estudo de Esping-Andersen (1991) é referência para a análise da atuação do Estado na implementação das políticas públicas e traz elementos importantes para a análise institucionalista histórica aqui proposta. Sua contribuição vai além do estudo do gasto social e incorpora à investigação o conteúdo das políticas sociais implementadas pelos partidos políticos, tema caro a esta tese. E demonstra que é necessário verificar se levam à autonomia dos beneficiários, atendendo às suas reais necessidades ou estão voltadas aos interesses econômicos ao não interferirem no *status quo*. Além disso, aponta que o baixo investimento em determinados programas pode indicar um Estado envolvido com políticas de pleno emprego. Outro aspecto destacado é a análise da correlação de forças políticas e a organização dos trabalhadores, indicadores importantes para identificar o tipo de proteção social ofertado pelo Estado.

Ao nosso ver, a maior contribuição desse estudo é sobre os conceitos de mercadorização e desmercadorização dos serviços sociais, que revelam três tipos de proteção social: a liberal, a corporativista e a social-democrata. Essas diferentes concepções se refletem na defesa de projetos distintos, que será abordado no capítulo 2.

1.7 Considerações parciais

A discussão apresentada neste capítulo demonstra que o legado do passado tem um peso importante sobre o presente, visto que a carta constitucional garantiu ao Executivo recursos institucionais importantes para centralizar o poder de formação da agenda política diante de um Congresso altamente fragmentado do ponto de vista

ideológico e partidário. O poder do presidente de propor políticas públicas, somado a capacidade reativa de vetar trechos das matérias de seu interesse, definir o orçamento, além da possibilidade de formar ministérios, negociar cargos na burocracia federal e estadual e discutir suas pautas com os líderes partidários, são estratégias que asseguram a prevalência de suas preferências. Diante disso, podemos considerar que não há governabilidade no contexto brasileiro sem coalizões e elas são responsáveis pela disciplina partidária necessária, uma vez que os congressistas votam com base nos interesses de seus respectivos partidos.

Estes fatos corroboram dois argumentos desta tese: o primeiro é que as identidades programáticas estão resguardadas quando submetidas à coalizão majoritária; e o segundo é que a agenda de políticas públicas do Executivo tende a prevalecer sobre a congressual. Considerando que as decisões políticas estão sujeitas a dependência da trajetória, portanto, são mais difíceis de serem mudadas, visto que são regras constitucionais, socialmente aceitas e apresentam um consenso social em torno delas. Os agentes institucionais têm que desenvolver estratégias de ação levando em conta as regras estabelecidas pelo jogo político.

Logo, a partir disso, supõe-se que as mudanças institucionais na política de saúde ocorreram de forma gradativa sendo sutilmente introduzidas ao longo de cada legislatura pelo partido/coalizão do presidente. Nesse sentido, espera-se encontrá-las na análise das medidas provisórias e decretos. Dessa forma, partimos do pressuposto que a proposição expressa de alguma forma a preferência presidencial para aquela política, daí a opção por essas medidas unilaterais ao invés da negociação. Ao dispor da maioria dos votos no Congresso por meio das coalizões majoritariamente constituídas, entende-se que não existiram entraves para legislar na área da saúde.

Dessa forma, acreditamos que a mudança institucional da política de saúde possa ocorrer através da alternância de grupos políticos ideologicamente distintos nos poderes. Portanto, a primeira explicação é institucional, dada pelo jogo democrático, já que o processo eleitoral pressupõe a alternância de poderes e o partido eleito tem a prerrogativa de formar o gabinete. É preciso considerar que durante todo o período democrático a maioria das coalizões apresentou alta fragmentação ideológica e partidária. Todavia, garantiram a estabilidade necessária à aprovação da agenda do Executivo.

Os estudos sobre o partido no governo e o esforço em implementar políticas públicas, anteriormente apresentados e discutidos, ratificam as diferenças

programáticas e ideológicas entre as agremiações, demonstrando que se materializam na efetivação de políticas públicas. Isso ocorre através do estabelecimento de quais políticas são prioritárias para o partido e na destinação de recursos para a execução. Portanto, consideramos que a mudança institucional tem relação direta com a localização ideológica do partido e constitui a segunda possibilidade de mudança. Esses aspectos serão aprofundados no capítulo 2, quando resgatamos a discussão da saúde na ANC.

Nesse sentido, para a análise longitudinal aqui proposta tendo como aporte teórico o Institucionalismo Histórico é necessária a incursão em estudos sobre a Constituinte, período importante de discussão sobre a oferta da saúde no país que contou com a participação de grupos sociais, partidos políticos de diferentes matrizes ideológicas, movimentos sociais, organizações e setores da sociedade num amplo debate que deu origem ao texto constitucional. O esforço de retomada desse momento se faz necessário para compreender duas lógicas do período ainda presentes na contemporaneidade, a discussão sobre a oferta da saúde no país que envolve a disputa entre a lógica privatista e a universalista.

CAPÍTULO 2 A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE E OS AGENTES SOCIAIS E INSTITUCIONAIS

As instituições formais estão no centro de análise desta tese, contudo o processo de institucionalização da política de saúde demanda o resgate de momentos importantes e anteriores à ANC. Isso pode parecer uma incoerência visto que a análise compreende a Constituição Federal de 1988, as medidas provisórias, os decretos da saúde e as propostas de governo dos partidos que fizeram a gestão nacional dessa política. Contudo, a proposta institucionalista histórica aqui adotada requer a inclusão dos agentes sociais que foram importantes para o estabelecimento dessa institucionalidade e atuaram de diversas formas na defesa de seus projetos para a saúde brasileira. Nesse sentido, destacamos nesse capítulo o *tempo* e a *sequência* dos eventos anteriores à ANC e os efeitos da interação entre essas sequências causais distintas que se juntam em determinados momentos no tempo, unindo os atores com preferências semelhantes.

Resgatar essa trajetória é fundamental para entender o legado desse período. Nos referimos aqui às mudanças externas dada pela abertura política do país, criando um ambiente propício para que diferentes atores sociais influenciassem o processo de institucionalização da política de saúde que culmina na promulgação da carta constitucional como política pública universal. Considerando que as instituições estabelecem as regras sociais, reduzem incertezas, modelam as interações entre os atores institucionais, estabelecendo restrições para os mesmos. Entendemos que as políticas públicas também são instituições que estabelecem as regras do jogo, pois estão fundamentadas em leis e são apoiadas pelo Estado, ao mesmo tempo, sinalizam aos atores o que tem que ser feito e o que deve ser evitado.

Diante disso, propomos neste capítulo esse debate mas, antes destacaremos brevemente a oferta da saúde no país antes da Constituição Federal de 1988 para que possamos identificar os avanços conquistados por essa nova institucionalidade e ainda compreender os desafios postos ao SUS na atualidade.

2.1 Saúde no Brasil

Nosso objetivo nessa seção é destacar os principais momentos da atuação do Estado na oferta da saúde no país. Nesse contexto, é preciso destacar que o seguro

social se estrutura no Brasil em 1923, por meio da Lei Eloy Chaves que instituiu as Caixas de Aposentadorias e Pensão (CAPs). Através delas os ferroviários puderam contar com pensão, assistência médica e auxílio farmacêutico, em seguida foram os marítimos e os estivadores (MERCADANTE, 2002). Dessa forma, o *status* de cidadania no Brasil estava vinculado à ocupação funcional, restrita a diferentes grupos ou estratos profissionais que, de forma distinta, tiveram seus direitos garantidos mediante lei. Todavia, aqueles que não possuísem esse vínculo formal estavam numa condição de pré-cidadãos, mesmo que desempenhassem alguma atividade laboral não regulamentada, característica de parcela significativa dos trabalhadores urbanos e de todos os empregados na zona rural (SANTOS, 1979).

Posteriormente foram criados os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) que reuniam os empregados por categoria profissional, superando o fracionamento presente nas CAPs. Alguns IAPs garantiam além de provisões previdenciárias a assistência médica. Um marco importante para a saúde foi a criação em 1949 do Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU) normatizado pelo Decreto nº 27.664, de 30 de dezembro de 1949 que regulava a assistência médica domiciliar e situações de emergência para os trabalhadores vinculados as CAPs e IAPs. Posteriormente, por meio da Lei nº 3.807, de 26 de agosto de 1960 foi estabelecida a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), fazendo com que as regras fossem unificadas.

Outro aspecto importante no campo da saúde foi a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) em 1942, por meio de um acordo entre Brasil e Estados Unidos. O objetivo era promover o saneamento nas regiões do Amazonas e Vale do Rio Doce, locais produtores de borracha, minério de ferro e mica, áreas de interesse americano. Outro objetivo seria a promoção da saúde à população local, por meio da capacitação técnica e a formação dos agentes em saúde sanitária, posteriormente as ações se ampliaram para a região Nordeste (CAMPOS, 2008).

Em 1960, o SESP se tornou uma fundação do Ministério da Saúde (MS), recentemente criado em 1953 e numa sobreposição de ações entre 1966 ao decênio seguinte, o MS e o Ministério da Previdência Social (MPS), administraram a saúde no país. Com a unificação das instituições de seguros, a previdência integrou os IAPs por meio do recém-criado Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em 1966 (MERCADANTE, 2002).

O INPS foi o resultado da fusão dos institutos de aposentadorias e pensões (os denominados IAPs) de diferentes categorias profissionais organizadas (bancários, comerciários, industriários, dentre outros), que posteriormente foi desdobrado em Instituto de Administração da Previdência Social (IAPAS), Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Este último, tinha a responsabilidade de prestar assistência à saúde de seus associados, o que justificava a construção de grandes unidades de atendimento ambulatorial e hospitalar, como também da contratação de serviços privados nos grandes centros urbanos, onde estava a maioria dos seus beneficiários (SOUZA, 2002, p. 11).

O Ministério da Previdência, estabeleceu o Plano de Pronta Ação (PPA), cujo objetivo era a ampliação de seu atendimento, isso fez com que se desvinculasse ainda mais o atendimento à saúde da política de previdência. E estabelecia que “[...] a determinação de que os casos de emergência deveriam ser atendidos por todos os serviços próprios e contratados independentemente do paciente ser ou não um beneficiário (segurado ou dependente) da previdência. [...]” (MERCADANTE, 2002, p. 242).

Dentre as políticas sociais, a Lei nº 6.229, de 17 de julho de 1975, organizou o Sistema Nacional de Saúde que compreendia tanto o setor público como o privado e estabeleceu as competências do Ministério da Saúde. Entre elas, formular planos de proteção à saúde, normas técnico-científicas, ações de vigilância, entre outras. Enquanto ao Ministério da Previdência e Assistência Social coube ações mais específicas, relacionadas aos indivíduos como o desenvolvimento de planos de serviços de saúde, estruturação do subsistema e a sua coordenação nacional, etc (BRASIL, 1975).

Ainda no âmbito da saúde, por meio do Decreto nº 76.307, de 24 de agosto de 1976, foi instituído o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) que inicialmente seria voltado à região Nordeste, sendo gradativamente ampliado para as outras regiões do país.

O objeto central do Programa era dotar as comunidades do Nordeste - cidades, vilas e povoados até 20 mil habitantes - de uma estrutura básica e permanente de saúde pública capaz de contribuir na solução dos problemas médico-sanitários de maior reflexo social. A rede de serviços, fundamentalmente estadual e municipal, se desdobrava em três níveis de atuação: elementar, intermediário e de apoio. Os dois primeiros estavam constituídos por unidades operadas por pessoal de nível elementar. As unidades de apoio, estrategicamente localizadas, estavam formadas por unidades integradas de saúde, dispondendo de recursos humanos de nível profissional e, em alguns casos, de facilidades para hospitalização (MERCADANTE, 2002, p. 245).

Em 1979 foi realizado o I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde organizado pela Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, destaca-se nesse evento a atuação do médico sanitarista Sérgio Arouca do Partido Comunista Brasileiro que em nome do Centro de Estudos Brasileiros em Saúde (CEBES) fez a defesa da “democratização e saúde” seguindo as pautas do Movimento Sanitário. Ainda no mesmo evento, Hesio Cordeiro fez importantes críticas ao regime e ao processo de privatização da saúde e a defesa da criação de um sistema único e universal de saúde (RODRIGUES, 2021). Com a crise da Ditadura, começam a emergir os movimentos pela abertura democrática do país, novos atores começam a ganhar a cena política como os movimentos sociais, partidos políticos e sociedade civil, como veremos a seguir. Esse período foi muito importante e profícuo em discussões para o estabelecimento do SUS.

2.2 Pela defesa da saúde universal

Nosso objetivo nessa seção é lançar luz sobre os diferentes agentes que participaram do processo de discussão da política de saúde, consideramos que o envolvimento desses atores sociais foi decisivo para a institucionalização da saúde enquanto política pública. O maior legado desse período é a proposta de institucionalização de um sistema único de saúde universal, custeado pelas três esferas de governo e organizado de forma descentralizada e democrática com ampla participação social no controle dessa política.

Os partidos políticos, grupos sociais e os atores coletivos vindos de contextos sociais distintos e com preferências conflitantes se concentraram em duas arenas importantes, a 8ª Conferência Nacional de Saúde e a Comissão Nacional de Reforma Sanitária, espaços de debate que contribuiram para a estruturação das estratégias e a articulação política para a preparação para a arena principal, a Constituinte.

Nosso propósito aqui é entender os conflitos desses períodos substanciais de tempo, destacando as dimensões temporais da vida social para a compreensão de importantes resultados políticos. Neste caso, a institucionalização da política de saúde no texto constitucional. Para isso, destacamos o Movimento Sanitário surgido ainda no período do regime militar, caracterizado pela ampla participação social de professores, pesquisadores, usuários da saúde, movimento estudantil, médicos e

sindicatos na militância pela democracia e a institucionalização da saúde enquanto direito de cidadania.

Dentre as instituições criadas no período, destacam-se o CEBES em 1976, importante para a discussão e a divulgação da reforma, posteriormente é fundada a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), estabelecida em 1979. Essas instituições de ensino e pesquisa tiveram importante papel na divulgação e na discussão da democratização do acesso à saúde no país.

Entre os eventos mais importantes do período, destaca-se a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília entre 17 a 21 de março de 1986. O evento garantiu pela primeira vez o acesso da população às discussões e proposições, reunindo mais de quatro mil pessoas, cujo tema central para discussão foi “Democracia é Saúde”. Nesse cenário, é relevante destacar que o setor privado se absteve de participar do debate.

As discussões que nortearam a 8ª Conferência estavam voltadas a três eixos: “A saúde como dever do Estado e direito do cidadão”, “A reformulação do Sistema Nacional de Saúde” e “O financiamento setorial”. O relatório final da conferência faz menção à estatização total da saúde, porém a falta de consenso sobre essa questão foi solucionada ao indicar a participação estatal progressiva. O documento cita ainda a importância da mobilização social frente à Constituinte para que a saúde seja um direito universal, posicionando-se claramente contra a mercantilização dessa política. Outro ponto fundamental foi a separação entre previdência e saúde, a criação do Sistema Único de Saúde e a instituição de um ministério específico. Além da fixação de orçamento para a execução dessa política e a indicação de criação de fundos nas três esferas de governo (BRASIL, 1986).

Uma das ações desse evento foi a proposta de emenda popular⁴ da saúde que estabelecia a destinação de recursos para financiamento entre as três esferas de governo. Além da proposta de composição da Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS), posteriormente criada pela Portaria Interministerial MEC/MS/MPAS nº 02/86, de 22/8/86. Coube a essa comissão, levando em consideração as

⁴ O Senado Federal, ainda em 1986, previu a participação da sociedade na Constituinte, possibilitando que o cidadão enviasse suas propostas pelo correio. Na ANC, o regimento interno permitia a participação social, através de emendas populares que deveriam ser apresentadas por três entidades e conter 30.000 assinaturas de eleitores.

deliberações da 8ª Conferência sistematizar uma proposta⁵ para ser entregue aos constituintes, cujo objetivo era a criação de um sistema nacional de saúde. Segundo Rodriguez Neto (2019), o PT, PDT e a Central Única dos Trabalhadores defendiam a estatização imediata da saúde na plenária final da conferência que foi derrotada, mesmo assim esses partidos passaram a defender as propostas do denominado Movimento pela Reforma Sanitária.

Nesse contexto, a CNRS desenvolveu os trabalhos entre agosto de 1986 a maio de 1987, através de oito grupos técnicos subdivididos em torno dos temas: 1. Proposta para a Constituição, 2. Arcabouço Institucional, 3. Financiamento, 4. Recursos Humanos, 5. Ciência e Tecnologia, 6. Informação em Saúde, 7. Saúde do Trabalhador e 8. Saneamento e Meio Ambiente. A resultante desse processo foi a elaboração do documento intitulado “III Comissão Nacional de Reforma Sanitária” que serviria de base para o debate sobre a saúde na ANC. O texto referencia o apoio do presidente Sarney à época, em discurso proferido aos ministros numa reunião em que avaliou seu governo, que reproduzimos abaixo:

[...] Considero um dever do Estado proporcionar meios para que a saúde seja efetivamente um direito de todos. Faz-se necessária uma ampla reforma sanitária que expanda a capacidade de bom atendimento a toda população, proporcione o acesso aos medicamentos essenciais e a vacinação, combata as grandes endemias, como a doença de Chagas, a malária e a esquistossomose, assim como elimine o risco de outras como a dengue e a própria febre amarela (CNRS, 1987, p. 8).

A importância desse documento pode ser verificada de diversas formas, a primeira se refere as diretrizes propostas para a saúde como a universalização, equidade, integralidade das ações, descentralização e participação. Como veremos adiante, essas dimensões foram incorporadas ao texto constitucional. Outro ponto importante é a proposta de uma política nacional de saúde que leve em consideração a integração institucional por meio do comando único entre as três instâncias de governo, além da regionalização e hierarquização, gestão colegiada e ainda a distritalização da saúde. Além da proposta de seis artigos para compor o texto constitucional, com destaque para a saúde como direito de todo cidadão brasileiro e o dever do Estado no custeio dessa política.

Nesse contexto, Rodriguez Neto (2019) destaca a crítica documentada e entregue à comissão pela representante da Confederação Nacional da Indústria

⁵ Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_08.pdf>. Acesso em: 04 ago. 2021.

quanto ao documento sistematizado que previa a exclusividade da oferta da saúde pelo Estado. Outro ponto abordado era a igualdade de atendimento em todos os níveis, bem como os serviços de proteção, recuperação e reabilitação a serem ofertados pelo Estado, uma vez que a iniciativa privada também poderia fazê-lo. Também foi tecida crítica contundente à criação de um sistema único de saúde público que, segundo a representante, não poderia impedir o desenvolvimento simultâneo de outro sistema privado.

Todavia, embora o documento defendesse a saúde pública, também reconhecia a saúde privada e propunha sua incorporação por meio de três modalidades de oferta, sendo o sistema público formado pelas instituições de saúde nas três esferas de atendimento. Em seguida, o setor privado contratado composto por pessoas físicas ou jurídicas de caráter privado e financiados com recursos públicos e, por último, o setor privado autônomo. O documento previa ainda a formação de uma rede de serviços de saúde a partir da primeira e segunda modalidades, regidas pelo direito público que iria compor a Rede Nacional de Serviços de Saúde (RENASSA) (CNRS, 1987).

Dessa forma, no período de sistematização da CNRS as divergências entre os que defendiam as decisões da 8ª Conferência e aqueles que representavam as demandas dos setores ligados à saúde privada se evidenciaram. A disputa pela ampliação da participação privada, associada à necessidade de estabelecer consensos, permitiu a participação desse setor considerado por grupos mais à esquerda como concessões a esse segmento (RODRIGUEZ NETO, 2019). Na ANC, esse debate se estendeu e dividiu grupos de interesse e partidos em defesa da saúde pública e custeada pelo Estado, enquanto grupos ligados ao setor privado apoiados pelo Centrão, vão reivindicar a redução da participação do Estado em detrimento da ampliação do setor privado na oferta de saúde no país, como veremos na próxima seção.

2.3 A discussão da saúde na Constituinte

Como vimos anteriormente, enquanto o Movimento Sanitário propunha uma saúde mais abrangente e universalista. O setor privado, contrário a essa perspectiva, atuava no sentido de ampliar sua participação subsidiada por recursos estatais. Destaca-se nesse período a atuação efetiva dos partidos PT, PCB, PC do B e

instituições como ABRASCO e CEBES nas plenárias em defesa da saúde pública. Segundo Rodriguez Neto (2019), a proposta para a saúde entregue à Constituinte já havia sido debatida e legitimada anteriormente. Contudo, a maior disputa travada naquela conjuntura foi a defesa entre mais ou menos Estado na provisão dessa política.

A partir disso, destacamos os momentos relevantes para o resultado final desse processo que é a institucionalização da política de saúde no texto constitucional. A importância dessa conjuntura se revela na defesa de projetos distintos quanto à oferta da saúde no país que irão nortear a institucionalização dessa política no período pós-redemocratização. Nesse aspecto, é importante destacar que a discussão sobre a elaboração da carta constitucional teve início em julho de 1985, através da Comissão Provisória de Estudos Constitucionais, convocada pelo poder Executivo. Sendo composta por 50 membros e presidida pelo senador Afonso Arinos de Melo Franco, conhecida como “Comissão Arinos”. A minuta resultante desse debate, concluída em setembro de 1986, não foi encaminhada à ANC por ser considerada uma extrapolação do poder Executivo, uma vez que cabia ao Legislativo a edição da nova carta magna.

Diante disso, a ANC foi formalmente estabelecida através da emenda constitucional nº 26 de 27 de novembro de 1985. Os trabalhos foram divididos em 8 comissões temáticas, 24 subcomissões e 1 comissão de redação⁶. O perfil profissional dos 559 constituintes era composto por 189 advogados, 99 empresários, 65 engenheiros, 58 médicos (sendo 8 empresários hospitalares, além de empresários rurais), 43 jornalistas, 36 economistas, 12 sindicalistas e 57 classificados na categoria outros. Outro aspecto importante se refere à distribuição ideológica, caracterizada por 200 constituintes classificados no espectro da direita, 210 de centro, 97 de centro-esquerda e 52 de esquerda (RODRIGUEZ NETO, 2019).

É importante para esta tese a VII Comissão da Ordem Social, responsável pela discussão da saúde na Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente (subcomissão 7-b) que foi presidida pelo constituinte José Elias Murad (PTB-MG),

⁶ I - Comissão da Soberania e dos Direitos e Garantias do Homem e da Mulher; II - Comissão da Organização do Estado; III - Comissão da Organização dos Poderes e Sistema de Governo; IV - Comissão da Organização Eleitoral, Partidária e Garantia das Instituições; V - Comissão do Sistema Tributário, Orçamento e Finanças; VII - Comissão da Ordem Social; VIII - Comissão da Família, da Educação, Cultura e Esportes, da Ciência e Tecnologia e da Comunicação e Comissão de Redação. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/legislacao/Constituicoes_Brasileiras/constituicao-cidada/o-processo-constituente/lista-de-comissoes-e-subcomissoes>. Acesso em: 06 ago. 2021.

composta por dois vice-presidentes, Fábio Feldmann (PMDB-SP) e Maria de Lourdes Abadia (PFL-DF) e o relator Carlos Mosconi (PMDB-MG). E nesse aspecto, é importante destacar que:

A subcomissão foi presidida pelo deputado José Elias Murad, do PTB de Minas Gerais, farmacêutico e médico, ligado especialmente aos temas da indústria farmacêutica e ao problema das drogas, com uma perspectiva nacionalista. O relator, na prática o papel mais relevante, foi o deputado Carlos Mosconi, do PMDB de Minas Gerais, ex-presidente da Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, ex-secretário de Saúde do Distrito Federal, médico, ligado à Saúde na perspectiva do *movimento sanitário*, embora originalmente nefrologista e proprietário de serviço médico privado (RODRIGUEZ NETO, 2019, p. 106).

A distribuição partidária concentrava uma maioria do PMDB com doze membros, seguido pelo PFL com cinco constituintes, enquanto os demais partidos PDS, PDT, PTB, PT e PL contavam com apenas um constituinte, respectivamente. Havia, portanto, vinte e três constituintes e ainda vinte e dois suplentes, sendo onze do PMDB, cinco do PFL, dois do PDS e PDT, PTB, PT e PL com um membro respectivamente. Como é possível verificar, PMDB e PFL concentravam o maior número de constituintes.

O debate centrou-se em três grupos distintos, sendo um deles composto pelo Movimento Sanitário, cuja pauta era assentada numa perspectiva universalista e visava o fortalecimento do setor público de saúde. O segundo grupo, formado pelo setor privado, claramente posicionado em defesa da lógica privatista da saúde e apoiado por segmentos empresariais. E, por último, um “grupo institucional” formado pelos Ministérios da Saúde e o Ministério de Previdência Social, que concentravam esforços através do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) em manter a administração da saúde no país (COSTA, 2017).

Nesse contexto, a questão da estatização da saúde acabou unindo “[...] os setores hospitalar privado, da medicina de grupo, das cooperativas médicas e o setor liberal de medicina [...]” (RODRIGUEZ NETO, 2019, p. 135). O ponto fundamental do debate foi em torno do “espectro da estatização” que uniu à esquerda aqueles que defendiam a estatização total da saúde, sem qualquer tipo de participação da iniciativa privada. Todavia, o setor público não conseguiria atender toda a demanda, uma vez que já existiam convênios com instituições privadas, portanto, isso poderia ocorrer de forma gradativa. No centro da escala, estavam aqueles que defendiam a associação do setor público com instituições filantrópicas e na extrema direita, a defesa se

concentrava na associação do setor público com o setor privado lucrativo (COSTA, 2017).

Nesse contexto, é preciso considerar que o senador Fernando Henrique Cardoso foi o responsável pela normatização do regimento interno, coordenação dos trabalhos e a elaboração do documento. O senador Mário Covas, líder do PMDB, ficou responsável pela indicação de presidentes e relatores das comissões e subcomissões, ampliando a presença da ala progressista do partido nesses espaços. A resultante desse processo foi um texto avançado que contemplava os interesses da esquerda, contrariando a maioria conservadora (PRAÇA, NORONHA, 2012). Por conseguinte, a atuação orquestrada do Centrão foi apresentar um projeto de resolução, uma vez que dispunha da maioria dos votos para conseguir mudar o regimento interno. Isso permitiu a incorporação de substitutivos ao texto apresentado pela comissão de sistematização. Diante disso, alguns estudiosos consideram a intervenção do Centrão no regimento interno como uma tentativa de mudar trechos do texto sistematizado e aprovado pelas comissões a fim de:

[...] atender aos *lobbies* do setor privado, o Centrão manteve um sistema único de saúde, mas minimizou sua importância ao suprimir os artigos que determinavam a atenção integral à saúde, a descentralização político-administrativa, a participação de Estados e municípios no financiamento e a proibição de investimento de recursos públicos nos organismos privados lucrativos de saúde. Além disso, ele acordou ao setor privado o direito de vender serviços de saúde, bem como o de participar do sistema público e complementá-lo, recebendo, para tanto, subvenções estatais (BOSCHETTI, 2006, p. 171).

Numa perspectiva distinta, Praça e Noronha (2012), destacam que mais da metade do texto já havia sido sistematizado nas comissões seguindo a orientação do primeiro regimento. Dessa forma, as mudanças em plenário não alteraram substantivamente o texto do anteprojeto. Todavia, Rodriguez Neto (2019) destaca que:

Os aplausos da galeria provindos de lado a lado podiam confundir alguns, mas não confundiam os analistas que tinham uma relação efetiva com o capital, como revelava a reportagem de capa da revista *Visão* na sua edição semanal: “Constituinte: o fim da medicina privada” (RODRIGUEZ NETO, 2019, p. 150).

Contudo, a maior derrota dos sanitaristas com a mudança regimental foi a retirada do dispositivo que previa a desapropriação pelo poder público de serviços de saúde de natureza privada, emenda apresentada pelo constituinte Gastone Righi (PTB-SP), representando os interesses do setor privado. De uma forma geral, os

dispositivos sistematizados pela Comissão da Ordem Social à relatoria foram preservados. Dessa forma, o *lobby* sanitaria na Constituinte prevaleceu e estabeleceu as bases do SUS, dentre as oito comissões compostas, os progressistas se concentraram na subcomissão da saúde (COSTA, 2017).

Nesse aspecto, é importante destacar o legado do passado para entender a atuação dos grupos de interesse na ANC, quando ainda na década de 1960 o modelo de políticas de saúde garantiu a prestação da assistência médica empresarial. Isso ocorreu através de cooperativas médicas, medicina de grupo, entre outras instituições empresariais que se estruturaram ao longo dos anos, formando grupos de interesse que passaram a se organizar politicamente a fim de garantir suas preferências. Essa condição impossibilitou o estabelecimento de uma identidade universalista sobre a oferta da saúde. Dessa forma, prevaleceram identidades corporativas que impactaram na construção de um Sistema Único de Saúde, público, gratuito e de qualidade (MENICUCCI, 2007).

Diante disso, é preciso enfatizar que os interesses centrais de progressistas e conservadores sobre a prestação da saúde no país foram assegurados. Esse legado é fundamental para o estudo aqui proposto, uma vez que a tensão entre a oferta pública e privada irá prevalecer durante toda a trajetória da institucionalização do SUS, como veremos adiante. No entanto, é importante ressaltar a nova institucionalidade dada pela carta constitucional para a saúde brasileira.

2.4 A saúde na Constituição

O trabalho desenvolvido pela Assembleia Nacional Constituinte entre 1987-1988 se legitima com a promulgação da carta constitucional brasileira, que ao longo de mais de trinta anos tem garantido a estabilidade das instituições que regulam nossa democracia. Ela consolida as preferências sociais dos constituintes, e não à toa foi intitulada pelo presidente da ANC, o Sr. Ulisses Guimarães, de “Constituição Cidadã” ao incorporar direitos de cidadania.

No que diz respeito aos direitos constitucionalmente garantidos, há uma vasta literatura que trata do novo constitucionalismo na América Latina como uma recusa à tradição jurídico-constitucional europeia e o rechaçamento do modelo neoliberal, caracterizando o neoconstitucionalismo, como é o caso do Brasil em 1988, Colômbia em 1991, Equador em 2008 e Bolívia em 2009 que promulgaram novas constituições

(VILLABELLA ARMENGOL, 2010) garantindo a soberania popular (FREITAS, WOLKMER, 2017) e os interesses dos grupos subalternos através de ações de caráter descolonial (PAROLA, COSTA, 2019).

Nesse sentido, é preciso ressaltar que a Constituição Federal de 1988, a sétima adotada no país, originalmente continha 245 artigos e ainda outros 70 que dispunham sobre as regras de transição no Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT). O estudo de Arantes e Couto (2009) revela que dentre os 1.627 dispositivos analisados, 69,5% estavam relacionados às normas constitucionais, enquanto 30,5% tratavam de políticas públicas. Ou seja, um terço da constituição condicionou os governos à implementação dessas políticas. Tal aspecto é relevante, pois consideramos que as decisões passadas tendem a orientar os agentes institucionais na continuidade da institucionalização das políticas públicas, em especial, a política de saúde constitucionalmente universal e dever do Estado.

Em tese, caberia a carta constitucional brasileira estruturar a *polity* e *politics*, uma vez que as *policies* são resultantes das decisões governamentais e estão sujeitas a questões conjunturais. Segundo Arantes e Couto (2001), enquanto a *polity*, constitui as regras para os atores e as instituições, simultaneamente estrutura o aparato estatal ou a politeia, já a *politics* estabelece as regras relacionadas ao funcionamento do jogo político. O produto derivado dos embates e interesses que permeiam esse jogo resulta em decisões políticas e constituem as *policies*, que possuem um caráter mais conjuntural, fruto de decisões governamentais.

Esse aspecto demonstra que os constituintes delegaram as gestões democráticas futuras à continuidade do processo de institucionalização da saúde e estabelecerem o arcabouço institucional básico que deveria orientar e constranger as decisões. Tal fato ratifica a importância de estudos que analisem as políticas públicas implementadas pelos partidos políticos. Como sabemos, desde a redemocratização a saúde tem sido regulamentada, e a atuação dos partidos políticos tem sido decisiva nesse processo que é constante. Ressaltamos aqui também o protagonismo dado pela carta magna ao fixar o comando único dessa política à esfera federal, direcionando as ações para estados e municípios. Dada essa relevância, passamos a discutir o legado constituinte para a política de saúde ao destacar os principais aspectos dessa institucionalidade que orientará nossa análise das propostas de governo, que será apresentada no capítulo 3 e a análise das medidas provisórias e decretos da saúde, que serão apresentadas no capítulo 4.

2.5 O Sistema Único de Saúde

Nosso objetivo aqui é enfatizar os principais aspectos institucionais do SUS que traduziram uma nova institucionalidade para a saúde. Considerando que as constituições são estruturadas por intensas interações entre os agentes políticos, econômicos e sociais, portanto, a representação dos interesses é definida por atores coletivos e instituições que trazem consigo suas próprias histórias (IMMERGUT, 2006). A pergunta que norteia essa análise é se essa institucionalidade coletivamente debatida e institucionalizada em 1988 seguiu orientando os agentes políticos. No caso, as agremiações partidárias através de processo de autorreforço ou as medidas provisórias e decretos da saúde, incrementalmente constituíram um novo traçado para a política de saúde brasileira? Essa resposta pretende ser apresentada no capítulo 4 desta tese. É relevante aqui destacar esse arcabouço institucional que orientará a análise das propostas de governo que será apresentada no capítulo 3.

Nesse sentido, o texto constitucional em seu art. 6º elevou a saúde ao *status* de direito social, ou seja, os constituintes consideraram que dentre os direitos fundamentais que uma sociedade deve assegurar aos seus cidadãos, a saúde é um bem essencial. Além disso, os artigos 194 e 195 a tornaram política integrante da seguridade social brasileira, juntamente com a previdência e a assistência social. Isso revela um patamar mínimo de protetividade social, financiado por toda a sociedade, através de recursos oriundos da união, estados, distrito federal e municípios.

Os artigos 196-200 vão tratar especificamente da forma como a saúde deve ser ofertada no país. Nesse sentido, os artigos 196 e 197 ratificam a saúde como direito universal e responsabilidade do Estado no desenvolvimento de ações que visem à promoção, proteção e recuperação da saúde, além da normalização, fiscalização e o controle dessa política. Dessa forma, o principal executor é o Estado, todavia a oferta poderia ser realizada por terceiros ou ainda pessoa física ou jurídica de direito privado.

O artigo 198 estabeleceu as principais diretrizes como a *descentralização*, cabendo a cada esfera de governo o financiamento e a execução dessa política, isso constitui num grande avanço, uma vez que responsabiliza todos os entes federados mediante ações pactuadas, cujas diretrizes são estabelecidas pela esfera federal. Além disso, o *atendimento integral* a todas as ações em saúde que privilegiem as atividades preventivas e a garantia da *participação da comunidade* na gestão do SUS. Nesse contexto, destacamos a vinculação dos gastos da saúde entre união, estados,

distrito federal e municípios e a luta do Movimento Sanitário que resultou na primeira emenda popular. Posteriormente, transformada na EC nº 29, de 13 de setembro de 2000 que estabeleceu recursos mínimos para o financiamento da saúde.

O artigo 199 garantiu à iniciativa privada a participação em caráter complementar da prestação de serviços de saúde, mediante convênio ou contrato de direito público, privilegiando as instituições filantrópicas e aquelas consideradas sem fins lucrativos. Já o artigo 200 trata das atribuições do SUS, ao estabelecer os parâmetros para produção, fiscalização de medicamentos, imunobiológicos e insumos. Além de formar recursos humanos, exercer a vigilância sanitária, epidemiológica, saúde do trabalhador, saneamento básico, desenvolvimento científico e tecnológico, inspeção de alimentos, controlar a produção de psicoativos e radioativos e proteção ao meio ambiente (BRASIL, 1988a).

Como dissemos anteriormente, os constituintes estabeleceram a institucionalidade fundamental para a saúde, cabendo aos governos democráticos a continuidade da normalização dessa política. Nesse sentido, a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 normatizou o SUS, ampliando o conceito de saúde para além da relação saúde-doença, estabelecendo uma série de determinantes e condicionantes como “[...] a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.” (BRASIL, 1988b). Esses aspectos, demonstram a importância da interface com outras políticas públicas para o estabelecimento de patamares básicos de bem-estar.

Quanto à diretriz constitucional que trata da efetivação da participação da sociedade na gestão e controle social do SUS a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 regulamentou e estabeleceu os parâmetros para a composição dos conselhos e as transferências intergovernamentais de recursos financeiros para a saúde. Destacamos que os conselhos são instâncias consultivas, deliberativas e fiscalizadoras da política de saúde e a instalação nas esferas federal, estaduais, distrital e municipais devem garantir a paridade de representação na participação social. O ordenamento foi regulado pela Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012 do CNS que garantiu a “[...] a) 50% de entidades e movimentos representativos de usuários; b) 25% de entidades representativas dos trabalhadores da área de saúde; c) 25% de representação de governo e prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos. [...]” (BRASIL, 2012).

O papel dos conselhos é o de atuar na implementação e no controle social da política de saúde, uma vez que há destinação de recursos via respectivos fundos⁷ entre as três esferas de governo, sendo fundamental a fiscalização das ações. Assim, o “[...] tripé ‘conselho, conferência, fundo’ espalhou-se pela institucionalidade política brasileira e passou a constituir a ‘ossatura’ participativa de um conjunto amplo e diversificado de políticas públicas.” (RAICHELIS, 2015, p. 345). A descentralização e o controle social mediante a atuação dos conselhos, garante a participação popular na gestão e implementação da política de saúde, além da destinação do recurso para áreas prioritárias de estados, municípios e distrito federal.

Dessa forma, as instâncias de participação dessa política são integradas pelo Ministério da Saúde (MS), Conselho Nacional de Saúde (CNS), Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) e o Conselho de Secretários Municipais de Saúde (Cosems). Além desses espaços democráticos foi criada a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) composta pelo MS, Conass e Conasems. Em âmbito estadual, estabeleceu-se a Comissão Intergestores Bipartite (CIB), composta por representantes das secretarias estaduais e municipais de saúde indicados pelo Cosems. As CITs e CIBs, são responsáveis pela pactuação e a organização da saúde em suas respectivas esferas.

Outro aspecto da referida política foi a definição de níveis de atenção em básica, média e alta complexidades⁸. A atenção básica é voltada à promoção e a proteção da saúde, através de ações que visem a prevenção de agravos, através de consultas e exames. A média complexidade é composta por ações ou serviços que demandam a atuação especializada e equipamentos tecnológicos para diagnose e

⁷ [...] Para receber uma transferência Fundo a Fundo, o município deve fazer um Pacto de Gestão com seu Estado, por meio das Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e homologar esse pacto junto a Comissão Intergestores Tripartite (CIT). Os repasses são organizados e transferidos na forma de blocos de financiamento que deverão ter conta única e específica. São também, constituídos por componentes, conforme as especificidades de suas ações e dos serviços de saúde pactuados (BRASIL, 2009, p. 23).

⁸ A clássica figura de uma pirâmide, representando um modelo de saúde, em cuja base estariam as unidades básicas de saúde, cobrindo grupos populacionais definidos (área adstrita), na parte intermediária a atenção secundária, com as especialidades clínicas e cirúrgicas e o apoio diagnóstico e terapêutico, serviços de urgência e emergência e hospitais gerais, e no topo os hospitais com alta densidade tecnológica, tenta traduzir a proposta de regionalização e hierarquização dos serviços, em que o espaço da rede básica seria o local privilegiado para superar o modelo hegemônico do pronto atendimento, da queixa-conduta, que além de caro e pouco efetivo, é pouco resolutivo, impessoal, deseducador, não cria vínculos e banaliza a assistência (BRASIL, 2022, p. 26).

outros recursos terapêuticos. A alta complexidade envolve procedimentos de alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados (BRASIL, 2009).

Além desses aspectos, é preciso ressaltar que “[...] 59,7 milhões de pessoas, o correspondente a 28,5% da população residente do País, possuíam algum plano de saúde, médico ou odontológico [...]” (IBGE, 2020, p. 29), o restante desse contingente depende do atendimento garantido pelo SUS. Esses dados demonstram a relevância desse sistema público de saúde para a maioria dos cidadãos brasileiros, usuários dessa política. Dessa forma, destacamos na próxima seção os aspectos centrais que envolveram o estabelecimento do sistema de proteção social no país, composto pelas políticas de saúde, previdência e assistência social, que compõem a seguridade social brasileira e as condições contraditórias que permeiam sua oferta.

2.6 A proteção social brasileira

A proposta de analisar uma política pública em perspectiva histórica pressupõe a reconstrução dos principais momentos que levaram ao processo de institucionalização da saúde. Para tanto, é relevante destacar que o texto constitucional conciliou interesses divergentes quanto à oferta dessa política. Além disso, outro ponto importante está ligado à conjuntura do período e à lógica neoliberal que estava presente no cenário mundial e reorientava a oferta das políticas públicas, evidenciando que o Brasil estabeleceu o seu Sistema Único de Saúde através de um reformismo tardio. Dessa forma:

A reforma sanitária brasileira pode ser considerada tardia. Quando já havia um declínio das concepções socialistas ou de estado de bem-estar em todo o mundo, houve no Brasil o apogeu do reformismo em saúde. Em todo mundo se falava e se praticava o neo-reformismo liberal e, aqui, no campo da saúde, firmou-se, política e gerencialmente, o que viria a se constituir em um sistema público de saúde com várias características consideradas ultrapassadas e incapazes de assegurar eficiência e equidade ao sistema em saúde (CAMPOS, 2000, p. 135-136).

Portanto, enquanto os países desenvolvidos estabeleceram políticas de bem-estar em fins do séc. XIX e início do séc. XX, o Brasil instituiu a seguridade social praticamente no final do séc. XX, quando as políticas sociais já estavam em declínio nos países centrais. Por conseguinte, é comum a literatura associar as políticas sociais asseguradas no texto constitucional ao desenvolvimento de um sistema de

bem-estar brasileiro. Destacamos que o período áureo das políticas sociais se constituiu nos países desenvolvidos através da combinação de vários fatores importantes como políticas de pleno emprego ou Keynesianas e incentivos estatais que proporcionaram, por um determinado período denominado “anos gloriosos”, o crescimento econômico com redistribuição de renda e riqueza, permitindo a expansão da cobertura dos seguros, até então, restritos aos trabalhadores.

Essa discussão é fundamental para esta tese, uma vez que as políticas sociais adotadas nesse período vão configurar distintos sistemas de proteção social, tornando-se referência para outros países, como é o caso do Brasil, que a partir da promulgação da carta magna estabeleceu seu sistema de seguridade social híbrido, ou seja, combinou vários modelos de sistemas de proteção social que serão discutidos a seguir. Contudo, para tratar da realidade brasileira é necessário nos reportarmos brevemente à origem das políticas sociais a fim de circunscrevê-las historicamente, visto que sua ampliação irá configurar o Estado de Bem-Estar Social, um conceito histórico ligado à realidade de outros países.

Nesse sentido, o período que caracteriza o Estado de Bem-Estar Social ou *Welfare State* não é uma unanimidade entre os teóricos. Sua expansão teve início em 1910 até 1960, atingindo o auge de desenvolvimento entre 1945 a 1960 período significativo de aumento da cobertura (ISUANI, 1991). Segundo Castel (2012), na França entre 1953 e 1975 o crescimento anual era de 5 a 6%, ocasionando o aumento da produtividade, renda e consumo, estabelecendo as condições ideais para o desenvolvimento do Estado Social ou Estado Providência que atuou em três campos fundamentais, articulando-os. Em primeiro, através da seguridade social estabelecida por decreto em 1945 que previu seguros sociais aos trabalhadores extensivos aos seus familiares. Em segundo, a intervenção do Estado na economia a partir de 1950 com investimento maciço em indústrias de insumos de bens de produção em detrimento das empresas privadas, consolidando “[...] uma propriedade-proteção e o desenvolvimento de uma propriedade de uso público. [...]” (CASTEL, 2012, p. 488-489). E, por último, a mediação estatal na relação conflituosa entre capitalistas e trabalhadores através da relação contratual, possibilitando a fixação de uma espécie de salário mínimo interprofissional, integrando o trabalhador à condição salarial.

Outro elemento importante para compreender a expansão do Estado de Bem-Estar Social é a concepção de cidadania desenvolvida por Marshall (1967) ao tratar do desenvolvimento dos direitos civis, políticos e sociais na Inglaterra. Embora haja

críticas à perspectiva adotada, à medida que apresenta uma espécie de evolucionismo como se todos os países percorressem o mesmo trajeto. Por outro lado, sua análise é fundamental para entender a importância dos direitos civis, ao retirar os homens da condição de servidão e garantir-lhes a liberdade individual, outra conquista foi a expansão dos direitos políticos, inicialmente assentados no *status* econômico tornando-se universal. Essa trajetória foi importante para a ampliação da participação política e a garantia de direitos sociais que vão estabelecer padrões básicos de igualdade social entre os cidadãos.

Presume-se a partir disso que o desenvolvimento das políticas de bem-estar social são resultantes do desenvolvimento econômico das sociedades capitalistas avançadas. Somada à capacidade organizativa da classe trabalhadora para o estabelecimento de suas demandas, transformando-as em pautas políticas e, conseqüentemente ampliando os direitos de cidadania.

[...] à crescente organização das classes trabalhadoras através de sindicatos, a constituição de partidos políticos de inspiração socialista, comunista ou laborista, no bojo da expansão dos direitos políticos – evidenciaria, no plano das visões de mundo de então, que a pobreza não era uma decorrência dos méritos (ou deméritos) e performances pessoais, mas um fenômeno ligado a uma relação muito estreita com as condições de vida e, particularmente, de trabalho. Ou pelo menos, que se estava diante de um outro tipo de pobreza: não aquela dos párias, dos loucos e doentes, mas a pobreza paradoxal daqueles que trabalham (DI GIOVANNI, 1998, p. 15-16).

É necessário salientar que a efetivação dos direitos civis, políticos e sociais garantiu a cada indivíduo, independentemente de sua condição social, o *status* de cidadão e afirmou apenas uma igualdade no plano formal que não havia em outras sociedades. Ao incorporar os direitos sociais ao conceito de cidadania foram estabelecidas as bases para o desenvolvimento dos sistemas de bem-estar. Contudo, essa igualdade garantida pelo direito civil e político não se estendeu ao campo social, visto que os sistemas de bem-estar não visaram a superação das desigualdades sociais e somente incorporaram socialmente os desiguais, promovendo a coesão social. Esse fato, levou muitos estudiosos a questionarem o papel da cidadania na sociedade capitalista e a compreendê-la como um mecanismo de regulação dos conflitos sociais.

Dessa forma, o Estado de Bem-Estar Social, *Welfare State*, Estado Social ou Estado Providência é produto histórico que marca o abandono da ortodoxia liberal e a adoção de políticas Keynesianas, através do incentivo estatal ao pleno emprego e a ampliação de políticas sociais que extrapolaram a lógica dos seguros por meio de

políticas universalistas, estendidas a todos os cidadãos, assumindo contornos distintos entre os países ao garantirem maior ou menor cobertura. Esse padrão de desenvolvimento marcado pelo crescimento econômico e redistribuição de renda é abandonado na década de 1970, mediante a retomada de políticas liberais, comumente denominado neoliberalismo⁹.

Dessa forma, o Estado assumiu papel relevante no processo de expansão da proteção social, sendo o principal estimulador do emprego por meio da estatização de indústrias e incentivando o consumo. Isso constituiu uma propriedade social para aquela “[...] ‘classe não proprietária’ condenada a insegurança social permanente, concedendo-lhe o mínimo de recursos, de oportunidade e de direitos necessários para poder constituir, na falta de uma sociedade de iguais, uma ‘sociedade de semelhantes’.” (CASTEL, 2005, p. 37).

Sendo assim, constituem-se duas referências históricas sobre o desenvolvimento de sistemas de proteção social o Bismarckiano, desenvolvido na Alemanha em 1880, e o Beveridgiano que se instituiu na Inglaterra no pós-Segunda Guerra Mundial. O primeiro estruturado em um sistema contributivo que disponibilizava aos trabalhadores um sistema de seguridade social em casos de acidente, doença e velhice. A oferta desses seguros estava assentada numa prática paternalista que permitiu ao chanceler Otto Von Bismarck ampliar sua ditadura e manter o controle dos trabalhadores por meio de uma política típica da social democracia (FRIEDMAN, 2016).

No pós-Segunda Guerra Mundial, o servidor público liberal Sir Willian Beveridge, responsável pelo sistema de seguridade na Inglaterra, propôs uma série de reformas que popularmente ficaram conhecidas como Plano Beveridgiano. As mudanças previam a ampliação da oferta de seguros estabelecendo uma seguridade nacional que garantia pensão por invalidez, aposentadoria e pensão para viúvas. Além disso, o Estado garantia renda àqueles que perdiam o vínculo de trabalho, além de custear algumas despesas provisórias relativas à morte ou nascimento. Além disso, “[...] Beveridge fez do pleno emprego, do Serviço Nacional de Saúde e do abono de família os três pilares do seu Plano.” (FARIA, 1998, p. 52).

⁹ [...] O neoliberalismo nasceu logo depois da II Guerra Mundial, na região da Europa e da América do Norte onde imperava o capitalismo. Foi uma reação teórica e política veemente contra o Estado intervencionista e de bem-estar (ANDERSON, 1995, p. 1).

Diante disso, o Estado de Bem-Estar Social é uma resposta à insegurança social gerada pela sociedade industrial (CASTEL, 2012) quando o Estado passa a regular as ações no campo social e econômico. Nesse aspecto, o estudo de Esping-Andersen (1991) é basilar para entender os diferentes sistemas de proteção social desenvolvidos pelos países caracterizando três sistemas distintos, o liberal, o corporativista e o social-democrata.

No primeiro caso a referência são os Estados Unidos, Austrália e Canadá, onde o Estado atende aos que comprovem necessidade, isso ocorre por meio do repasse de recursos reduzidos como forma de incentivo ao trabalho, fortalecendo a lógica do mercado que oferta planos de previdência privados. Nesse caso, prevalece a mercadorização dos serviços e o estigma, à medida que classifica e estereotipa seus usuários que não podem pagar pelos serviços sociais. Outro tipo de atuação estatal se fez presente na Alemanha, Áustria, França e Itália, denominada corporativista. Nesse caso o Estado atende de forma distinta os diferentes segmentos profissionais, os direitos ficaram vinculados ao *status* social e a atuação do mercado é complementar.

No terceiro modelo, denominado social-democrata, a questão dos direitos se tornou central, permitindo o atendimento de diferentes estratos sociais por meio da oferta de serviços de qualidade. Assim, ao invés da focalização e estigmatização de seus usuários, a lógica da desmercadorização e a universalidade do atendimento são prementes, ao excluir a atuação do mercado através de um sistema de solidariedade que conta com a contribuição de todos. Portanto, o compromisso com políticas de pleno emprego, são fundamentais para garantir a manutenção do sistema, nesse sentido, os países escandinavos são em sua maioria social-democratas (ESPING-ANDERSEN, 1991).

Destacamos a relevância das análises de Esping-Andersen (1991) ao destacar a atuação do Estado para a garantia da desmercadorização dos serviços a fim de que os benefícios sociais sejam ofertados a todos os cidadãos de forma equânime, independente do mercado, tendo como referência o direito universal. Portanto, segue a ordem contrária do modelo bismarckiano que está assentado na lógica securitária. Assim, só ocorre a desmercadorização quando os indivíduos são liberados da dependência do mercado ou de contrapartidas e o serviço público é ofertado a todos igualmente. É nessa direção que a universalidade se localiza visto que não opera

sobre ela qualquer critério de elegibilidade, além de constituir um rol de direitos comuns a determinada sociedade elegendo condições básicas a serem garantidas.

Todavia, a seguridade social brasileira inaugurada com o texto constitucional, apresenta três lógicas distintas quanto à oferta, visto que a saúde se tornou universal, portanto, segue os moldes Beveridgianos. No caso da previdência social, a lógica adotada foi a securitária baseada no modelo bismarckiano e a assistência social ofertada através de critérios de elegibilidade que estigmatiza seus beneficiários, à medida que devem comprovar necessidade. Dessa forma, a seguridade social brasileira é marcada por um sistema híbrido e, como veremos na próxima seção, o SUS foi deixando de ser majoritariamente estatal, à medida que as parcerias público-privadas se tornaram mais “vantajosas” para o Estado.

Essas questões são importantes, pois demonstram que a intervenção estatal foi fundamental para promover as políticas de bem-estar que romperam com a lógica do seguro social, voltada somente aos trabalhadores. Sendo assim, além da atuação no campo social, o Estado incentivou políticas de pleno emprego promovendo o crescimento econômico. Contudo, essas condições históricas não se efetivaram no Brasil e, nesse aspecto, concordamos com Aureliano e Draibe (1989) ao afirmarem que:

[...] essa situação é inteiramente distinta do quadro histórico do **Welfare State** dos países desenvolvidos. Como se sabe, as políticas de bem-estar surgem simultaneamente à uma situação de pleno-emprego que, acompanhada de uma subida persistente do salário real, eleva os níveis de vida da esmagadora maioria da população. Aqui, não. Para a grande maioria, os salários são baixos e para uma parte expressiva não há emprego regular. [...] (AURELIANO, DRAIBE, 1989, p. 150, grifos do autor).

Além disso, estudos seminais que dialogaram com o conceito de cidadania marshalliana trazem elementos importantes para entender a realidade brasileira, cujo processo de desenvolvimento dos direitos ocorreu a partir de uma cidadania regulada (SANTOS, 1979) ou estadania (CARVALHO, 2016). Isso revela que a constituição dos direitos no Brasil é corolário de um poder Executivo centralizador e os direitos foram uma espécie de cessão para conter os conflitos sociais. Nesse sentido, Carvalho (2016) destaca a inversão, ao considerar a cidadania na encruzilhada:

[...] Aqui, primeiro vieram os direitos sociais, implantados em período de supressão dos direitos políticos e de redução dos direitos civis por um ditador que se tornou popular. Depois vieram os direitos políticos, de maneira também bizarra. A maior expansão do direito do voto deu-se em outro período ditatorial, em que os órgãos de representação política foram transformados em peça decorativa do regime. Finalmente, ainda hoje muito dos direitos civis, a base da sequência de Marshall, continuam inacessíveis à maioria da

população. A pirâmide dos direitos foi colocada de cabeça para baixo (CARVALHO, 2016, p. 219-220).

Para Carvalho (2016), a perspectiva marshalliana fortalecia a democracia. No caso do Brasil, o direito social como base dessa pirâmide representaria o predomínio do poder Executivo. Isso reflete a adoção do presidencialismo em relação ao parlamentarismo, reforçando a negociação com o Estado, ao invés de ser orientada para a representação. Ou seja, a supremacia da “estadania”, marcadamente patrimonialista, carismática e messiânica. Nesse contexto, Menicucci e Gomes (2018), enfatizam que a qualidade da democracia está diretamente relacionada à forma como os direitos civis, políticos e sociais estão vinculados. E, nessa perspectiva, o desenvolvimento das políticas sociais se relaciona aos valores morais e políticos que uma sociedade considera justo a ser assegurado aos seus cidadãos. Essas questões nos desafiam à compreensão do direito universal à saúde como direito de cidadania, assegurado constitucionalmente e as questões que são colocadas à efetivação dessa política que serão abordadas na próxima seção.

2.7 Os desafios para o SUS

Embora o texto constitucional tenha estabelecido a saúde enquanto dever do Estado e, de forma complementar, as instituições privadas participariam do atendimento realizado pelo SUS, o processo de contrarreforma do Estado brasileiro impactou a consolidação dessa política através do fortalecimento das organizações do terceiro setor e a destinação de recurso público para essas entidades. Segundo Ocké-Reis:

[...] a alegação de que o modelo desafogou financeiramente o SUS serve de apoio ideológico aos interesses liberais e capitalistas, porém, na verdade, esconde a história que permitiu a criação do mercado pelo Estado, estruturando um modelo de proteção social de matriz liberal em contraposição ao modelo de atenção à saúde pública, definido na Constituição de 1988 (OCKÉ-REIS, 2012, p. 15).

Destacamos assim o Consenso de Washington que, em 1989, um ano após a promulgação da constituição brasileira, propôs medidas para a América Latina para a superação das crises. Tal perspectiva era partilhada pelas “[...] agências multilaterais em Washington, o Tesouro, o FED e o Departamento de Estado dos Estados Unidos, os ministérios das finanças dos demais países do G-7 e os presidentes dos 20 maiores

bancos internacionais [...]” (BRESSER-PEREIRA, 1991, p. 5). Segundo esses organismos, as crises seriam provocadas pela expansão do Estado e a predominância de empresas do setor público, consideradas ineficientes. Outro aspecto ressaltado era a incapacidade de o Estado estabelecer o controle entre as despesas e as receitas. Como consequência, a forma de extinguir tais problemas seria a redução do Estado e os ajustes fiscais a fim de assegurar a estabilidade financeira (BRESSER- PEREIRA, 1991).

A partir dessa avaliação, as reformas no curto prazo deveriam combater o populismo econômico e lograr o equilíbrio fiscal e a estabilização. A médio prazo ou estruturalmente a receita é adotar uma estratégia de crescimento *market oriented* ou seja, uma estratégia baseada na redução do tamanho do Estado, na liberalização do comércio internacional e na promoção das exportações (BRESSER PEREIRA, 1991, p. 6).

Além desses aspectos, destacamos o estudo do Banco Mundial publicado em 1991 sobre os desafios para a saúde brasileira, propondo a “[...] redução dos déficits fiscais, mediante a redução dos gastos do governo; e atendimento das “dívidas” econômicas, sociais e ambientais contraídas nas décadas anteriores [...]” (BANCO MUNDIAL, 1991, p. 8). O relatório considerava que os recursos eram limitados, e orientava que a oferta da saúde fosse focalizada nos segmentos mais pobres, e aqueles que pudessem pagar pelo atendimento deveriam ser atendidos pela rede privada. O documento destaca que as “[...] fontes filantrópicas e as fontes ‘com finalidade de lucro’ devem competir em terreno igual. Se puderem ser tão eficientes como as fontes de serviço privados, então as fontes filantrópicas dominarão essas últimas (porque não pagam lucros) [...]” (BANCO MUNDIAL, 1991, p. 120).

Dessa forma, o Consenso de Washington e as orientações do Banco Mundial, são consensuais em relação ao Estado mínimo, que desenvolve ações pontuais em segmentos pauperizados. Portanto, o Estado transfere suas ações e financia o setor privado que passa a ser responsável pela execução de suas atividades. Assim, “[...] parcelas importantes das respostas à “questão social” são privatizadas e transferidas ao mercado (quando lucrativas) e à “sociedade civil” ou “terceiro setor (quando deficitárias), que vende ou fornece “gratuitamente” os serviços sociais [...]” (MONTAÑO, 2002, p. 3).

Dagnino (2004) trata da confluência perversa entre o projeto neoliberal e o projeto democratizante e participativo que emerge com o fim dos regimes autoritários tanto no Brasil quanto na América Latina. Sua análise envolve a disputa político-

cultural entre esses projetos e os deslocamentos a partir das noções de sociedade civil, participação e cidadania. Segundo ela, ambos projetos requerem uma sociedade civil atuante, uma vez que os espaços de participação foram ampliados com a promulgação da carta magna. Por outro lado, ocorreu a diminuição da ação estatal, que passa a transferir suas atribuições sociais à sociedade civil, ofuscando as reais intenções que vão envolver o conceito de participação social.

Outro ponto fundamental relacionado a essa perspectiva de atuação estatal é o discurso da austeridade como uma resposta ao Estado Keynesiano, gastador, burocrático e populista que supostamente teria levado à crise fiscal. Isto justificará a reforma do Estado inspirada no modelo gerencial a fim de tornar a administração pública mais eficiente e moderna. Para isso, é necessário a diminuição do quadro de funcionários, exonerações e desligamento voluntário a fim de fortalecer o núcleo central, responsável pela tomada de decisões. Ao mesmo tempo, o Estado deverá delegar responsabilidades às agências autônomas e organizações sociais. Esse modelo de atuação governamental encontrou adeptos e defensores no país.

Na União os serviços não exclusivos do Estado mais relevantes são as universidades, as escolas técnicas, os centros de pesquisa, os hospitais e os museus. A reforma proposta é a de transformá-los em um tipo especial de entidade não-estatal, as organizações sociais. A idéia é transformá-los, voluntariamente, em “organizações sociais”, ou seja, em entidades que celebrem um contrato de gestão com o Poder Executivo e contem com autorização do parlamento para participar do orçamento público. Organização social não é, na verdade, um tipo de entidade pública não estatal, mas uma qualidade dessas entidades, declarada pelo Estado. O aumento da esfera pública não-estatal aqui proposto não significa em absoluto a privatização de atividades do Estado. Ao contrário, trata-se de ampliar o caráter democrático e participativo da esfera pública, subordinada a um Direito Público renovado e ampliado (BRESSER-PEREIRA, 1996, p. 29).

Essas propostas vão incidir diretamente na efetivação da saúde, constitucionalmente pública, universal e dever do Estado, ao sugerir a focalização e a redução da atuação estatal, mediante a composição de parcerias com entidades filantrópicas e setor privado. Nesse aspecto, é preciso considerar o Programa Comunidade Solidária, instituído no governo Fernando Henrique Cardoso, por meio do Decreto nº 1.366, de 12 de janeiro de 1995 que institucionaliza essas parcerias com a administração pública. Embora o Programa Comunidade Solidária¹⁰ seja

¹⁰ Art. 3º Compete ao Conselho do Programa Comunidade Solidária: I - propor e opinar sobre ações prioritárias na área social; II - incentivar na sociedade o desenvolvimento de organizações que realizem, em parceria com o governo, o combate à pobreza e à fome; III - incentivar a parceria e a integração entre os órgãos públicos federais, estaduais e municipais, visando à complementariedade das ações

voltado ao combate à pobreza e à fome, o MS juntamente com mais dez ministérios compunha o conselho do programa para o desenvolvimento de ações de combate à fome no país. Além disso, esse decreto irá fazer parte do arcabouço institucional das parcerias público-privadas e, como veremos adiante, elas se tornarão relevantes para a oferta nacional da saúde.

Nessa perspectiva, as demandas da população devem ser socializadas com a sociedade civil que articulada às organizações do terceiro setor desempenhariam ações sociais. Todavia o programa irá estabelecer parcerias com entidades filantrópicas que são “neocaritativas”, em detrimento de instituições de caráter contestatório como o Movimento dos Trabalhadores Sem Terra (MST), o Greenpeace, entre outros (ABRAMOV, 2016). Além da formação de convênios que vão configurar os “novos modelos de gestão” (BRAVO, CORREIA, 2012). Como:

[...] Organizações Sociais (OSs), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscips), Fundações Estatais de Direito Privado (Fedps) e Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), além do incremento das parcerias público privadas. Trata-se da privatização do que é público, na medida em que o Estado abdica de ser o executor dos serviços públicos, por meio da abertura à iniciativa privada como fornecedora desses serviços, mediante repasse de recursos, de equipamento, instalações públicas e de pessoal para entidades privadas (BRAVO, CORREIA, 2012, p. 138-139).

É necessário ressaltar que as entidades pertencentes a esse campo possuem isenção fiscal como preconiza o artigo 150 da Constituição Federal de 1988¹¹. Além disso, por meio das parcerias público-privadas passam a receber recursos públicos para a execução de suas atividades. Destacamos que a normatização das entidades do terceiro setor é regida pelo Código Civil, Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002¹², além de leis específicas que foram normatizando o setor, como é o caso das fundações, normatizadas pela Lei nº 13.151, de 28 de julho de 2015¹³ que previu:

desenvolvidas; IV - promover campanhas de conscientização da opinião pública para o combate à pobreza e à fome, visando à integração de esforços do governo e da sociedade (BRASIL, 1995).

¹¹ Art. 150. Sem prejuízo de outras garantias asseguradas ao contribuinte, é vedado à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios [...] VI - instituir impostos sobre [...] c) patrimônio, renda ou serviços dos partidos políticos, inclusive suas fundações, das entidades sindicais dos trabalhadores, das instituições de educação e de assistência social, sem fins lucrativos, atendidos os requisitos da lei [...] (BRASIL, 1988b).

¹² Art. 44. São pessoas jurídicas de direito privado: I - as associações; II - as sociedades; III - as fundações. IV - as organizações religiosas; V - os partidos políticos. VI - as empresas individuais de responsabilidade limitada (BRASIL, 2002a).

¹³ Proposta mediante projeto de lei pelo senador Tasso Jereissati (PSDB/CE) em 11/05/2011. Disponível em: <<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=501948>>. Acesso em: 28 mar. 2023.

Parágrafo único . A fundação somente poderá constituir-se para fins de: I – assistência social; II – cultura, defesa e conservação do patrimônio histórico e artístico; III – educação; **IV – saúde**; V – segurança alimentar e nutricional; VI – defesa, preservação e conservação do meio ambiente e promoção do desenvolvimento sustentável; VII – pesquisa científica, desenvolvimento de tecnologias alternativas, modernização de sistemas de gestão, produção e divulgação de informações e conhecimentos técnicos e científicos; VIII – promoção da ética, da cidadania, da democracia e dos direitos humanos; IX – atividades religiosas [...] (BRASIL, 2015a, grifo nosso).

Ao analisar apenas o campo de atuação das fundações, é possível constatar a capilaridade dessas parcerias com diferentes áreas e políticas públicas, incluindo a saúde. Diante disso, as pautas do Movimento Sanitário pela garantia da saúde pública, gratuita e de qualidade seguem atuais na luta pela reafirmação do texto constitucional. Nesse aspecto, Ocké-Reis (2012) destaca que o SUS é resultante de concepções democráticas e socialistas que marcaram a redemocratização do país, apoiado por partidos políticos e intelectuais do campo progressista e movimentos sociais que se articularam, tendo como referência a justiça social. A lógica seria o rompimento com o sistema de seguro social no qual o trabalhador contribui para ter acesso, garantindo de forma igualitária a saúde a toda população.

Entretanto, desde a sua criação, o sistema foi impactado pela política fiscal e, conseqüentemente o baixo financiamento que favoreceu a lógica da “expansão por baixo”, através do acesso da população de baixa renda e a “exclusão por cima”, à medida que a classe média passou a contratar planos privados, ocasionando o deslocamento do público do seguro social para planos privados de saúde, ocasionando a privatização do seguro social (OCKÉ-REIS, 2012).

Outro aspecto importante sobre a reorientação da oferta da saúde se deu mediante a Lei nº 13.714 de 24 de agosto de 2018, aprovada no governo Temer que altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993 que normatiza a assistência social. O objetivo é “[...] assegurar o acesso das famílias e indivíduos em **situações de vulnerabilidade ou risco social e pessoal à atenção integral à saúde [...]**” (BRASIL, 2018a, grifo nosso). Essa medida, é contrária à universalidade do atendimento, uma vez que cria critérios de acesso a uma política que é destinada a todo cidadão brasileiro, independentemente de sua condição social.

Dessa forma, a saúde universal é impactada pelo redirecionamento do orçamento para estabelecimento de parcerias público-privadas que transfere as ações do Estado para a sociedade civil, voluntariado e focalização em segmentos mais

pobres, em detrimento da ampliação de direitos universais, ocasionando, a mercadorização dos serviços e a estigmatização dos beneficiários.

2.8 Considerações parciais

Este capítulo demonstrou que a oferta da saúde no Brasil nunca foi consensual e desde a ANC os grupos sociais e políticos divergiram sobre o acesso operando entre a lógica do fortalecimento do setor privado em detrimento do público, ou seja, entre menos e mais Estado. Embora o texto constitucional tenha garantido a universalidade não excluiu a oferta privada, essa ambiguidade permeia a defesa de projetos de saúde divergentes na atualidade. Desse fato deriva a discussão sobre a destinação de recursos à operacionalização da saúde, demonstrando que essa política está sujeita aos reflexos das concepções ideológicas dos gestores que enquanto governam determinam sua institucionalização, podendo fortalecer o setor estatal ou diminuir sua ação.

Dessa forma, é preciso considerar que o processo de institucionalização é contínuo e coube aos partidos políticos que fazem a gestão federal dar continuidade a normalização da saúde. Ressaltamos a importância de incluir as propostas de governo em nossa análise a fim de compreender quais são as orientações programáticas dos partidos para essa política. É necessário enfatizar que esses documentos não obrigam o cumprimento, embora já existam propostas que tramitam no Congresso Nacional a fim de torná-las passíveis de cobrança pela sociedade. Contudo, são importantes, pois espelham as prioridades dadas pelas instituições partidárias a cada política pública, além disso, geram no eleitor uma expectativa de que sejam efetivadas, muitas vezes orientando o voto naquele candidato cujas propostas correspondam aos seus anseios.

Chamamos a atenção às questões de temporalidade e a necessidade de situar historicamente as decisões sobre a política de saúde a fim de compreender se as instituições formais estabelecidas em 1988 ganharam legitimidade. Elas são referência para os partidos que estiveram na Constituinte e fizeram a gestão dessa política? As instituições estabelecidas pela carta magna produziram efeitos de aprendizagem e autorreforço orientando a construção das propostas de governo? Esse desenvolvimento inicial gerou um *feedback* positivo, institucionalizando um

conjunto de arranjos em um momento posterior? Pretendemos responder a essas questões no próximo capítulo através da análise das propostas de governo.

CAPÍTULO 3 A SAÚDE NAS PROPOSTAS DE GOVERNO (1994-2014)

Este capítulo apresenta e discute as propostas de governo dos candidatos que foram eleitos e fizeram a gestão federal da política de saúde, a saber: Fernando Henrique Cardoso (1994-2002), Lula da Silva (2003-2010) e Dilma Rousseff (2011-2015)¹⁴. Considerando a análise institucionalista histórica para o desenvolvimento desta pesquisa, partimos do pressuposto que o arcabouço institucional regulamentado em 1988 se tornou referência para os governos que deram continuidade à normalização da política de saúde brasileira.

Esse caminho metodológico foi imprescindível para que pudéssemos compreender até que ponto as decisões iniciais dadas pela carta magna moldaram as decisões posteriores. Isso pode ser verificado a partir da investigação das propostas de governo que serão discutidas neste capítulo e as medidas provisórias e decretos da saúde, editados ao longo de várias legislaturas que serão apresentados no capítulo 4. Pretendeu-se com isso compreender o legado desses governos e seus respectivos partidos políticos para a política de saúde brasileira. Logo, passamos a analisar se os preceitos constitucionais orientaram os documentos programáticos dos partidos políticos, principais agentes institucionais, responsáveis pela continuidade da institucionalização da saúde brasileira.

3.1 A importância das propostas de governo

Primeiramente, é preciso ressaltar que a apresentação das propostas de governo para o registro da candidatura é uma exigência recente na história democrática do país. Essa obrigatoriedade foi introduzida pela Lei nº 12.034, de 29 de setembro de 2009 que alterou o art. 11, § 1º, IX da Lei nº 9.504, de 30 de setembro de 1997 que estabelece as normas para a eleição. A partir disso, os postulantes ao cargo do Executivo nas três instâncias de governo devem apresentar seus programas. Com essa mudança, as propostas de governo ganharam centralidade, uma vez que

¹⁴ É preciso ressaltar que para o período estudado, não há registro da proposta de governo das gestões Sarney, Collor, Itamar e Temer. O governo Sarney, eleito indiretamente por um colégio eleitoral foi responsável pela transição democrática do país, portanto, é anterior à carta magna. Além disso, o registro das propostas de governo tornou-se obrigatório somente em 2009. Assim, para os governos Sarney e Collor não há proposta catalogada junto ao TSE, já os governos Itamar e Temer foram resultantes de processos de impedimento, portanto, como vice-presidentes sucederam os chefes do Executivo que não puderam permanecer na gestão do país.

explicitam as principais diretrizes, projetos e o posicionamento das agremiações partidárias sobre temas relevantes à sociedade brasileira, transformando-se num compromisso com os eleitores. São na realidade “[...] manifestações públicas de candidatos e partidos políticos, os programas de governo podem ajudar a elucidar o posicionamento desses atores no sistema político. [...]” (JORGE; FARIA; SILVA, 2020, p. 32).

Embora, a exigência de registro das propostas seja obrigatória para que os candidatos possam validar sua candidatura junto ao Supremo Tribunal Eleitoral (STE). É sabido que não há nenhuma obrigatoriedade de cumprimento desses compromissos públicos, mesmo que o postulante seja eleito. Diante disso, várias matérias tramitam no Congresso Nacional no sentido de torná-las passíveis de punição quando não efetivadas¹⁵. Tais iniciativas, denotam o interesse social sobre a coisa pública e a tentativa de obrigar os partidos a apresentarem propostas claras que correspondam às reais demandas da sociedade e, acima de tudo, que sejam executáveis.

Nesse contexto, as propostas analisadas correspondem aos governos FHC, Lula e Dilma. Mas, antes de apresentá-las, consideramos pertinente procedermos à discussão da análise das propostas de governo para a saúde aqui apresentadas.

3.2 A comunicação política

Com o passar dos anos, a comunicação política tornou-se cada vez mais difusa. Os veículos utilizados para isso foram incorporados e massificados junto aos eleitores ao longo das décadas. Isso ocorreu mediante a expansão da radiofusão sonora que superou o jornal impresso, ganhando ainda mais expectadores com a chegada da televisão. Afora a revolução da informação com o advento da internet que

¹⁵ Nesse sentido, o Projeto de Lei (PL) 3453/2004 propõe a tipificação do estelionato eleitoral que é “[...] o crime no qual o candidato promete, durante campanha eleitoral, realizar projetos de investimento sabendo que é inviável a concretização da promessa.” A proposta inclui que seja acrescentado o art. 323-A ao Código Eleitoral, Lei nº 4.737, de 15 de julho de 1965, atualmente o PL aguarda designação do relator na Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania (CCJC). Outra proposta no mesmo sentido é a PEC 10/2011 que propõe a alteração dos arts. 28, 29 e 84 da Constituição Federal, o objetivo é tornar obrigatória a definição e posterior cumprimento do plano de metas nos três níveis: municipal, estadual e federal, tendo como referência as propostas da campanha do período eleitoral. Outra iniciativa é o Projeto de Lei Complementar (PLP) 151/2015 que propõe a alteração da Lei Complementar nº 64, de 18 de maio de 1990, que trata da inelegibilidade. Essa medida visa punir ex prefeitos, governadores e presidentes, em cujo mandato não cumpriram mais de 50% das propostas de governo, tornando-os inelegíveis. Disponível em: <<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=251286>>. Acesso em: 04 jun. 2023.

disseminou ainda mais as informações políticas. Estes e outros meios são muito importantes para que os partidos políticos divulguem informações e estabeleçam os vínculos com o eleitorado. Dada a importância de veicular as ações e posicionamentos sobre várias questões defendidas, ganha relevância em nossa análise uma forma específica de comunicação que de forma muito direta tem o objetivo de traduzir o posicionamento partidário sobre temas específicos e muito caros aos eleitores brasileiros, as propostas de governo.

Sempre muito divulgadas pelos canais acima citados, são responsáveis por revelar o posicionamento político-ideológico e programático das agremiações frente a diferentes temáticas, cujo objetivo primordial é ganhar a adesão e os votos do eleitorado. Além disso, o conteúdo desses documentos manifesta quais políticas públicas serão prioritárias e quais programas e projetos serão desenvolvidos, evidenciando um planejamento para a sociedade. Nesse contexto, interessa-nos a proposta para a política de saúde, cujo objetivo é verificar se o arcabouço institucional, dado pela carta constitucional, referendou o seu desenvolvimento. Dito de outra forma, pretende-se analisar se as propostas de governo legitimaram os dispositivos constitucionais e tornaram-se referência para a elaboração das proposituras partidárias no campo da saúde. Para isso, faz-se necessária a análise documental das propostas de governo, medidas provisórias e decretos da saúde, compreendida nesta tese como o:

[...] tratamento da informação contida nos documentos acumulados, a análise documental tem por objectivo dar forma conveniente e representar de outro modo essa informação, por intermédio de procedimentos de transformação. O propósito a atingir é o armazenamento sob uma forma variável e a facilitação do acesso ao observador, de tal forma que este obtenha o máximo de informação (aspecto quantitativo), com o máximo de pertinência (aspecto qualitativo). [...] (BARDIN, 1977, p. 45-46).

É preciso considerar que as propostas de governo são documentos objetivos e concisos que vão expressar intenções e compromissos das instituições partidárias sobre assuntos importantes que dizem respeito tanto à sociedade civil quanto política. Outro ponto relevante de nossa análise é que o estudo das medidas provisórias, decretos e propostas de governo para o período (1989-2018) envolve num primeiro momento uma análise quantitativa. Como veremos no capítulo 4, em que as palavras-chave escolhidas para o levantamento das MPs e decretos foram os vocábulos *saúde* e *“saude”*. Contudo, para a análise das propostas de governo nossa análise se volta para várias palavras-chave que serão detalhadas a seguir.

É importante deixar claro que para responder à questão central desta tese: de como o Poder Executivo formado por governos de diferentes matizes ideológicas institucionalizou a política de saúde, esta análise torna-se fundamentalmente qualitativa. Uma vez que não é suficiente quantificar o material empírico, é necessário compreendê-lo em perspectiva histórica a fim de verificar se o legado do passado orientou o desenvolvimento dos traçados institucionais derivados da promulgação da carta constitucional.

Daí a importância da perspectiva institucionalista histórica aqui adotada para a reconstrução do arcabouço constitucional e institucional juridificado na carta magna. Dessa forma, o estudo dessa institucionalidade exige uma abordagem qualitativa para o mapeamento, seleção e, acima de tudo, a análise do que foi institucionalizado em diferentes legislaturas. Nesse sentido, é preciso destacar que os programas de governo apresentam uma série de compromissos relacionados ao desenvolvimento de programas ou projetos voltados a vários segmentos sociais como criança, adolescente, mulheres, idosos, entre outros grupos. Embora, essas informações sejam relevantes e dado o enfoque estabelecido, a institucionalização da política de saúde, a investigação foi centrada nos preceitos constitucionais, elencados abaixo.

Dessa forma, para o estudo do legado dos partidos para a política de saúde, a análise das propostas de governo considerou vários preceitos estabelecidos no texto constitucional que foram discutidos no capítulo 2. Destacamos aqui a organização dessa política por meio de um *sistema* único de caráter *universal*, bem como os parâmetros estabelecidos como a *descentralização*, a *integralidade* do atendimento e a *participação* social que foram institucionalizados com a promulgação da carta constitucional. Outro ponto fundamental está relacionado ao *financiamento*, majoritariamente estatal. Por outro lado, foi garantida a participação da iniciativa *privada* em caráter *complementar* na oferta da saúde no país.

Além desses preceitos, a formação de recursos *humanos* para a execução dessa política é competência do *SUS*. Portanto, os traçados institucionais foram firmados com a carta magna e coube aos gestores federais legitimá-los ou não. Considerando esses aspectos fundamentais, elegemos como palavras-chave e suas respectivas sinónimas os vocábulos que seguem abaixo:

- a) *Constituição e constitucional;*
- b) *Sistema e SUS;*
- c) *Universal, universalidade e universalização;*

- d) *Descentralização, descentralizar e descentralizada;*
- e) *Integral e integralidade;*
- f) *Participação, participativa, conselhos e controle;*
- g) *Financiamento, recursos e gastos;*
- h) *Profissionais, humanos, trabalhadores, servidores e pessoal;*
- i) *Complementar, supletiva, privado e suplementar.*

É necessário destacar que as palavras-chave, acima elencadas, são categorias estruturantes do SUS. Sendo assim, esperamos encontrar essa institucionalidade nas propostas específicas para a saúde. Dessa forma, optamos pela apresentação dos excertos em sua integralidade a fim de compreender o contexto das propostas e compromissos governamentais para a saúde. Assim, a partir da identificação das palavras-chave, os trechos anteriores e posteriores foram considerados, podendo assim, verificar a informação completa referente aquele preceito constitucional. Outro ponto fundamental é que os excertos apresentados foram aqueles considerados mais significativos à análise proposta por esta tese, como poderemos verificar na sequência da apresentação das propostas dos governos FHC, Lula e Dilma.

3.3 As propostas para a saúde nos governos FHC

A disputa à presidência da república em 1994 foi definida em segundo turno com a vitória de FHC (PSDB) contra Lula da Silva (PT). Todavia, quando ainda postulante ao cargo de presidente da república, FHC apresentou à nação brasileira o programa elencado “Mãos à obra Brasil: proposta de governo”. E dentre as mais de trezentas páginas dedicadas às proposições políticas para o país, especificamente o capítulo III tratava das cinco metas prioritárias e setores complementares, onde foram estabelecidas as propostas para a política de saúde, objeto da análise. A fim de tornar mais claro o conteúdo expresso na comunicação política, apresentamos abaixo os trechos mais significativos com as palavras-chave destacadas em negrito.

Por meio da análise verificamos que os eixos estruturantes do SUS foram referência para a proposição das ações para essa política. Pudemos verificar a diretriz à carta constitucional e os princípios por ela regulamentados como a descentralização, o atendimento integral e a participação social nessa política.

O compromisso do Governo Fernando Henrique é o de criar as condições necessárias para a implantação e consolidação do **SUS**, removendo os obstáculos que têm prejudicado o seu desenvolvimento. Isso significa reiterar fidelidade aos mandamentos **constitucionais** da saúde como integrante da seguridade social; da saúde como direito de todos e dever do Estado; da relevância pública das ações e dos serviços de saúde. E, ainda, consolidar os princípios de organização do **SUS**: a **descentralização**, o atendimento **integral** e a **participação** da comunidade (CARDOSO, 1994, p. 151, grifo nosso).

Ao ressaltar a saúde como direito de todos e responsabilidade estatal, a universalidade de acesso é outra categoria central da análise aqui proposta que é ratificada na proposta governamental analisada. Como pode ser verificada abaixo.

Cabe ressaltar, contudo, alguns avanços recentes da saúde pública no Brasil, como a **universalização** do acesso através do **Sistema Único de Saúde - SUS**, o início do processo de municipalização dos serviços e a **participação** democrática da comunidade através dos **conselhos** nacional, estaduais e municipais (CARDOSO, 1994, p. 148, grifo nosso).

Além da universalização do acesso, a descentralização é outro ponto fundamental para o fortalecimento do sistema como estabelecido pela carta magna e corroborado na proposta apresentada pelo candidato FHC em 1994. Assim como a articulação entre as três esferas de governo, tanto no que diz respeito à execução quanto no custeio da saúde, identificados no excerto abaixo.

Descentralizar significa deixar que os municípios, em consonância com as políticas nacional e estadual, assumam, além da execução das ações de saúde, a gestão dos **recursos** e a autonomia para planejar, contratar, controlar e avaliar as ações e serviços do **SUS** (CARDOSO, 1994, p. 153, grifo nosso).

Os recursos humanos, fundamentais a execução do SUS, também é outro ponto abordado na proposta de governo do candidato. Assim:

[...] À União e aos estados caberão, em suas respectivas esferas: a definição das políticas; o planejamento de caráter redistributivo; a normatização dos processos de trabalho em saúde; o desenvolvimento científico e tecnológico; o desenvolvimento de recursos **humanos**; a operação de serviços e programas estratégicos; a coordenação e prestação da cooperação técnica; e a auditoria do **SUS** (CARDOSO, 1994, p. 152, grifo nosso).

Além desses aspectos, outro eixo estruturante do SUS é o financiamento tripartite entre as esferas de governo. Esse preceito constitucional orientou a proposta partidária para essa política, o que permite afirmar que a carta magna contribuiu para a formação das preferências dos atores políticos, estruturando as propostas políticas.

É necessário, também, estimular os estados e municípios a aumentarem significativamente seus **gastos** em saúde, de acordo com as competências definidas para cada esfera de governo. Esse **sistema** de **financiamento** compartilhado deverá funcionar através de mecanismos automáticos de

repases entre as instâncias governamentais, segundo critérios redistributivos. Os planos estaduais de saúde, elaborados levando em conta os planos municipais, definirão onde e como **gastar**. [...] (CARDOSO, 1994, p. 150, grifo nosso).

Além do financiamento, a participação do setor privado na oferta de saúde no país é outra questão importante na qual o candidato dedicou três parágrafos apresentados na íntegra.

Nos anos 80 consolidou-se, no Brasil, paralelamente ao **SUS**, um **sistema privado** de atenção médica **supletiva** composto por cinco modalidades assistenciais: a medicina de grupo, a autogestão, as cooperativas médicas, os planos administrados e o seguro-saúde. Este **sistema**, que atende a cerca de 35 milhões de brasileiros, funciona sem qualquer regulação estatal, à exceção do seguro-saúde, supervisionado pela Superintendência de Seguros **Privados**. Além disso, vem apresentando uma série de problemas, como aumento dos custos, exclusão do atendimento de várias doenças, longos prazos de carência, constrangimentos à liberdade de escolha tanto dos **profissionais**, quanto dos hospitais e clínicas, o que tem gerado insatisfação entre os usuários e os profissionais de saúde. Por isso, e obedecendo à tendência universal, o Governo Fernando Henrique vai implantar a necessária regulação sobre o **sistema** de atenção médica **supletiva**, após ampla discussão com todos os segmentos interessados (CARDOSO, 1994, p. 154, grifo nosso).

A discussão sobre o papel da saúde complementar no país nunca foi consensual. Esse debate, aprofundado no capítulo 2, demonstra que a necessidade premente de estabelecer consensos no sentido consolidar um novo texto constitucional para que finalmente pudéssemos retomar o ambiente democrático, orientou os atores políticos a evitarem conflitos sobre temas polêmicos, o financiamento da saúde foi um deles. Todavia, veremos que os governos Sarney, Collor e Itamar não enfrentaram o problema e embora seja reconhecido na proposta do candidato FHC em 1994, a normalização desse setor foi protelada para o seu segundo mandato, como veremos no capítulo 4. Considerados esses aspectos, podemos afirmar que programa de governo ora analisado faz referência direta à carta magna, demonstrando que a estrutura institucional forjada em 1998 limitou as possibilidades de escolhas, moldando o comportamento dos atores ao reforçar a trajetória inicialmente estabelecida.

No pleito de 1998, o candidato à reeleição FHC, apresentou o seu programa à nação em “Avança, Brasil: proposta de governo” e, por meio de mais de trezentas páginas, estabeleceu suas principais proposituras. Dessa forma, o item “Saúde pública – acesso assegurado e humanização do atendimento” tratou das questões relativas a essa política. Embora, a palavra-chave constituição não tenha sido

encontrada, os demais temas foram abordados. Primeiramente, é possível verificar que os preceitos constitucionais continuam a nortear a proposta apresentada à sociedade brasileira ao referendar as palavras-chave sistema, SUS e descentralização. Assim, o candidato afirma que a “[...] descentralização do Sistema Único de Saúde - SUS se consolida, capacitando-se o sistema para responder às necessidades da população, com a transferência de poder e responsabilidade ao município (CARDOSO, 1998, p. 158).

Outro ponto fundamental está relacionado à universalidade de acesso, aspecto fundamental dessa política pública, também ratificada em sua segunda proposta. “[...] Além disso, será preciso mobilizar todos os esforços para racionalizar o uso de recursos do setor, evitando a multiplicidade de ações e a superposição de competências, de forma coerente com a **universalização** desse serviço.” (CARDOSO, 1998, p. 177, grifo nosso).

Nesse contexto, o artigo 198 da carta constitucional previu um sistema regionalizado e hierarquizado de saúde, tendo como diretrizes a descentralização, o atendimento integral e a participação da comunidade. Tais diretrizes, foram referendadas, à medida que a proposta indica que “[...] avanços já ocorreram no setor da saúde. A **descentralização** do **Sistema Único de Saúde - SUS** se consolida, capacitando-se o **sistema** para responder às necessidades da população, com a transferência de poder e responsabilidade ao município” (CARDOSO, 1998, p. 158, grifo nosso). Adiante, o texto ratifica que a “[...] atenção **integral** é um dos princípios do SUS. [...]” (CARDOSO, 1998, p. 159, grifo nosso). E, por fim, atesta que o “[...] **controle social** é um dos pilares do **SUS**. Em um país com as dimensões e a diversidade do Brasil, as iniciativas que garantam a transparência e a moralidade no **gasto** dos **recursos** devem ser permanentes e estruturadas.” (CARDOSO, 1998, p. 173, grifo nosso).

Em relação ao financiamento, a participação do governo federal por meio de repasses como previu o texto constitucional, mantém-se na proposta a fim de “[...] assegurar a estabilidade de **recursos** federais que **financiem** as ações e serviços de saúde a serem executados de forma **descentralizada** [...]” (CARDOSO, 1998, p. 166, grifo nosso). Como dito anteriormente, coube ao SUS o papel de qualificar seus recursos humanos para a execução da política e como proposta para os próximos quatro anos, o governo FHC conclui que:

A consolidação do **sistema** público de saúde no Brasil requer a superação de todas as dificuldades no desenvolvimento e gestão de recursos **humanos**. Sem a valorização desses **profissionais**, não se obterá a almejada qualidade dos serviços nem a humanização do atendimento, cobrada com inteira justiça pela população (CARDOSO, 1998, p. 175, grifo nosso).

Em relação à saúde complementar, o texto constitucional deixa claro que coube ao poder público sua regulação. Além disso, o artigo 199, estabelece que as instituições privadas poderão participar de forma complementar do SUS por meio de contratos de direito público ou, ainda, mediante convênios nos quais serão prioritariamente firmados entre instituições filantrópicas e aquelas consideradas sem fins lucrativos. Contudo, o setor não havia sido normatizado, portanto, uma lei específica seria necessária a fim de atender os ditames constitucionais.

Essa diretriz dada pela carta magna, orientou a proposta do candidato ao afirmar que seria necessária a “[...] definição clara dos papéis dos setores público e privado [...]” (CARDOSO, 1998, p. 167). Nessa direção, o candidato considerou que “[...] regulamentar os planos de saúde, garantindo transparência, fiscalização e, conseqüentemente, maior credibilidade ao setor. A regulamentação será benéfica para usuários, operadoras e para a relação entre o setor público e o setor privado.” (CARDOSO, 1998, p. 177). Nesse sentido, a proposta deixa clara a atenção a essa questão que requer uma atuação do poder público para garantir a normalização como pode ser observada abaixo:

O governo do presidente Fernando Henrique Cardoso tem firmes compromissos com o avanço em matéria de garantia dos direitos dos cidadãos. Isso inclui a regulamentação dos planos de saúde – uma questão de grande interesse para quarenta milhões de brasileiros. A inexistência de regulamentação desses planos durante muito tempo abrigou distorções e, sobretudo, causou graves prejuízos aos usuários. As reclamações estão centradas principalmente nas questões de reajuste, problemas de cobertura, exclusão de tratamentos. A regulamentação amplia e esclarece os direitos dos usuários. Estabelece ainda os requisitos de funcionamento das operadoras, cria concorrência no mercado, em condições mais favoráveis aos usuários, e assegura o ressarcimento ao SUS, quando o sistema público for utilizado para o atendimento de pacientes com cobertura de planos privados (CARDOSO, 1998, p. 176-177).

A partir disso conclui que:

Merece destaque especial no elenco de medidas com o objetivo de promover a qualidade em saúde a criação da Agência Nacional de Saúde - ANS. Este será um instrumento fundamental para garantir, de maneira mais ampla e permanente, a qualidade dos produtos e serviços de saúde. Será também um marco na vigilância sanitária brasileira, reduzindo as incertezas da população quanto aos produtos e serviços de saúde que utiliza (CARDOSO, 1998, p. 171).

Como veremos no capítulo 4, o governo FHC, concretiza essa proposta por meio da MP 2.012-2, de 30.12.1999 que criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), convertida na Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, e passa a regular esse segmento no país. Diante do exposto, podemos concluir que a análise aqui proposta tendo como referência a carta constitucional orientou os documentos programáticos apresentados pelo Partido da Social Democracia Brasileira no período que fez a gestão nacional da política de saúde. O que nos interessa agora é verificar se os preceitos constitucionais ratificados nessas propostas se efetivaram em medidas provisórias e decretos da saúde no período estudado. Essa questão será abordada na apresentação e discussão dos dados no capítulo 4, cabe agora a análise da proposta de governo do Partido dos Trabalhadores.

3.4 As propostas para a saúde nos governos Lula da Silva

Após oito anos de gestão nacional pelo PSDB, os governos petistas assumem a presidência por uma década e meia. Primeiramente, o candidato Luiz Inácio Lula da Silva que participou de todos os pleitos pós-redemocratização, venceu em 2002 em segundo turno o tucano José Serra com a coligação “Lula Presidente”, composta pelos partidos PT-PL-PCdoB-PMN-PCB (MENDES, 2019). Sua proposta de governo à nação brasileira, denominada “Programa de governo 2002 coligação Lula presidente: um Brasil para todos”, continha pouco mais de setenta páginas. No eixo “Inclusão Social” foi dedicada uma seção denominada “A Política de Saúde”. Inicialmente, a proposta faz um diagnóstico da saúde no país e reitera a importância da institucionalidade firmada em 1988.

No fim da década de 1980, com a **Constituição Federal** e a Lei Orgânica da Saúde, o Brasil montou um **sistema** único e nacional de saúde, que integrou os subsistemas de saúde pública e previdenciária, assim como os serviços públicos e **privados**, em regime de contrato ou convênio. Trata-se do **Sistema Único de Saúde (SUS)**, que está organizado de forma regionalizada e hierarquizada, sob comando único em cada nível de governo e segundo as diretrizes da **descentralização** administrativa e operacional, do atendimento **integral** à saúde e da **participação** para o **controle** social. O SUS representa a conquista de uma forma ampla de entender a saúde, definida **constitucionalmente** como direito de todos e dever do Estado (LULA DA SILVA, 2002, p. 47, grifo nosso).

Como dito anteriormente, embora a carta magna tenha previsto a saúde pública, determinou que lei complementar deveria regulamentar o sistema único. Nesse sentido, a proposta do candidato à presidência, Lula, remete não só à carta

constitucional, mas também a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 que estabelece a Lei Orgânica da Saúde (LOS), juntamente com a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 que vão regulamentar os artigos 196-200 da carta constitucional. E, ao tratar das proposições para o SUS, cita ainda a regionalização e a hierarquização, componentes da descentralização, assim como o atendimento integral e a participação social como diretrizes fundamentais da saúde pública brasileira. E conclui que seu “[...] governo vai se empenhar no cumprimento da **Constituição** Federal e da Lei Orgânica da Saúde, respeitando a boa gestão e as fontes de **financiamento** especificadas no Orçamento da União. [...]” (LULA DA SILVA, 2002, p. 50, grifo nosso).

Outro eixo estruturante da saúde pode ser verificado quando o candidato menciona que em “[...] defesa da vida e de um direito fundamental da pessoa humana, nosso governo trabalhará para garantir acesso **universal**, equânime e **integral** às ações e serviços de saúde [...]” (LULA DA SILVA, 2002, p. 47, grifo nosso). Ou seja, a universalidade do acesso é fundamental para efetivar o atendimento a todo cidadão brasileiro.

Outro ponto fundamental diz respeito à descentralização, preceito constitucional presente na proposta apresentada pelo candidato ao demonstrar que ao “[...] fortalecer o planejamento local, o Ministério da Saúde estabelecerá mecanismos de acompanhamento da gestão **descentralizada**. [...]” (LULA DA SILVA, 2002, p. 48, grifo nosso). Tais aspectos corroboram a tese institucionalista aqui adotada de que os traçados institucionais delineados em 1988 orientaram as propostas dos partidos políticos para a saúde, legitimando o texto constitucional.

Dessa forma, a participação social, outra diretriz constitucional para essa política, pode ser verificada quando o candidato afirma que:

[...] Nosso governo adotará as Conferências de Saúde como prática regular para a avaliação da situação de saúde, de discussão e deliberação de diretrizes para a formulação das políticas setoriais, respeitando os encaminhamentos das mesmas e adotando medidas para fortalecer os **Conselhos** de Saúde. O respeito às prerrogativas do **controle** social por parte de todos os gestores e do **sistema** de saúde será uma das metas prioritárias a serem pactuadas pelo Ministério da Saúde com os estados e municípios (LULA DA SILVA, 2002, p. 50, grifo nosso).

É preciso considerar que as conferências nos três níveis de governo são fundamentais para que o SUS garanta a participação social, ampliando a universalidade de acesso, a partir das contribuições dos seus usuários e o respeito às

especificidades regionais e culturais, característicos da sociedade brasileira. Outro ponto importante dessa política, majoritariamente estatal, diz respeito ao financiamento e execução, cabendo o comando único à esfera federal. Essa relação pode ser verificada no trecho abaixo:

49. Os **recursos financeiros** do **SUS** devem ser repassados diretamente do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde, que devem ser geridos pelo respectivo Gestor do **SUS**, **gastos** em conformidade com os Planos de Saúde (estadual ou municipal), com acompanhamento e fiscalização dos respectivos **Conselhos** de Saúde. Além disso, serão estabelecidos instrumentos e mecanismos de **controle** da aplicação dos **recursos**. Um **controle** que transcende o critério contábil, o fluxo de caixa e o balancete do fundo de saúde e requer uma análise de impacto, de resultado, da modificação dos indicadores e da qualidade de vida [...] (LULA DA SILVA, 2002, p. 50, grifo nosso).

Ainda em relação ao financiamento, a proposta de governo ratifica os artigos 194 e 195 da carta magna que vão estabelecer a seguridade social brasileira e as fontes de custeio, respectivamente.

[...] Em nosso governo, a saúde será entendida e gerenciada no contexto dos direitos sociais compreendidos na Seguridade Social, devendo ser **financiada** por toda a sociedade, mediante **recursos** provenientes dos orçamentos da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, além de contribuições sociais e outras fontes. [...] (LULA DA SILVA, 2002, p. 47, grifo nosso).

Mais uma vez, os ditames constitucionais estão presentes na proposta para a gestão da saúde no país. O mesmo pode ser verificado no que tange à política de recursos humanos, outra atribuição constitucionalmente estabelecida ao SUS no artigo 200 da carta magna.

[...] A política de **pessoal** do SUS será fundamentada na humanização do atendimento, na implantação do sistema democrático de relações de trabalho, na formação **profissional** e na valorização **profissional**. Será implantada uma mesa nacional permanente de negociação, com representação das três esferas de governo e dos **trabalhadores** para implantar um **sistema** democrático de relações de trabalho no **SUS**. Essa mesa de negociação deverá elaborar uma política de **pessoal** que contemple o acúmulo de discussões sistematizadas atualmente pelo **controle** social do **SUS** e que atenda aos interesses da população, articulando-se continuamente com os **Conselhos** de Saúde (LULA DA SILVA, 2002, p. 49, grifo nosso).

A proposta do candidato é estabelecer uma política que vise a formação e valorização profissional dos recursos humanos do SUS. Além disso, outro tema foi destacado em sua proposta, a regulação da saúde suplementar no país. E nesse aspecto, a proposta estabelece que:

[...] A relação do **SUS** com os serviços **privados** de saúde respeitará a prioridade definida legalmente para os serviços de natureza filantrópica e será

formalizada mediante contratos e convênios, que deverão estabelecer metas físicas, de resolubilidade e de qualidade assistencial. Os contratos e convênios estabelecerão mecanismos e fluxos de acompanhamento do poder público e de **controle** social sobre sua vinculação ao **SUS**, inclusive nos aspectos financeiros (LULA DA SILVA, 2002, p. 49, grifo nosso).

Ainda no campo da regulação desse setor:

[...] A regulação das ações e serviços **suplementares** na instância federal será subordinada integralmente ao Ministério da Saúde e englobará todos os aspectos econômicos, jurídicos e assistenciais, com ação sobre as operadoras e todos os seus prestadores credenciados. O funcionamento da saúde **suplementar** deve pressupor a busca contínua do bem-estar de seus usuários, pois cerca de 40 milhões de brasileiros encontram-se sem a efetiva garantia da qualidade da assistência prestada. A saúde **suplementar** deve operar preservando o **SUS** de ações predatórias em que o alto custo dos procedimentos mais complexos é transferido para o **sistema**. O ressarcimento ao **SUS** deve ser imediatamente expandido para todos os procedimentos hospitalares e ambulatoriais (LULA DA SILVA, 2002, p. 50, grifo nosso).

Diante do exposto, a proposta ratifica o texto constitucional ao fazer referência aos princípios e diretrizes estabelecidos para a política de saúde. Isso demonstra que os incentivos constitucionais estruturaram as regras do jogo político, demonstrando que o legado do passado delineou o desenvolvimento futuro. Nesse contexto, nas eleições de 2006 o Partido dos Trabalhadores disputava a reeleição do presidente Lula com a coligação “A força do Povo” composta pelos partidos PT-PRB-PCdoB (MENDES, 2019). E apresentou a proposta de governo intitulada “Lula de novo com a força do povo” assumindo o compromisso junto à população brasileira por meio de pouco mais de trinta páginas que compunham o seu programa de governo. A proposta reservou um tópico para tratar do tema denominado “Saúde”.

A partir das palavras-chave *Constituição e constitucional, sistema e SUS, universal, universalidade e universalização, descentralização, descentralizar e descentralizada, integral e integralidade, participação, participativa, conselhos e controle, financiamento, recursos e gastos, profissionais, humanos, trabalhadores, servidores e pessoal* e, por último, *complementar, supletiva, privado e suplementar* que estruturaram a análise aqui desenvolvida. Constatamos que na segunda proposta apresentada à nação brasileira, as palavras-chave *constituição e constitucional, descentralização, descentralizar e descentralizada, profissionais, humanos, trabalhadores, servidores e pessoal* e, por último, *complementar, supletiva, privado e suplementar* não foram encontradas no tópico dedicado à saúde. Todavia, o candidato

ao tratar do SUS, discute os demais aspectos dessa política como pode ser verificado abaixo:

Fortalecer a gestão do **SUS**, pública e democrática, com **controle** social, como instrumento de identificação das necessidades da população, atendimento ao interesse público e combate à corrupção. • Organizar as ações e serviços em rede nacional única e integrada de atenção à saúde. • **Universalizar** o cartão **SUS**, que se constituirá no carro chefe da informatização do acesso e dos atendimentos. Assegurar a **universalização** do acesso às ações e serviços de atenção básica, por meio das equipes de saúde da família e das unidades básicas de saúde. • Criar os Centros de Atendimentos Especializados de média complexidade, para assegurar o tratamento completo dos usuários do **SUS** (LULA DA SILVA, 2006, p. 26, grifo nosso).

A universalização citada acima é um princípio fundamental do SUS e um direito de cidadania que garante a todo cidadão brasileiro a gratuidade de atendimento em toda a complexidade que possa versar sobre o processo saúde-doença, cabendo ao Estado o dever de assegurá-la. Daí a importância da integralidade do atendimento que se manifesta, segundo o candidato, mediante o apoio para “[...] estados e municípios na criação das Centrais de Regulação, garantindo o acesso dos cidadãos, de forma mais rápida e humanizada, à rede hierarquizada de atenção **integral** à saúde.” (LULA DA SILVA, 2006, p. 27, grifo nosso). E, ainda na “[...] continuidade à implantação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, considerando os princípios de **universalidade** e da **integralidade**, priorizando o acesso aos medicamentos de alto custo. [...]” (LULA DA SILVA, 2006, p. 27, grifo nosso). E no que diz respeito ao financiamento ou gastos em saúde:

[...] permitindo que equipes de saúde de qualquer parte do país falem com centros de especialidades do **SUS** e dos Hospitais Universitários para discutir casos clínicos e demais procedimentos, aumentando a eficiência na gestão, evitando o transporte de pacientes e eliminando **gastos** desnecessários (LULA DA SILVA, 2006, p. 26-27, grifo nosso).

A partir dos excertos apresentados e discutidos, podemos afirmar que a carta magna, instituição formalmente estabelecida, orientou as escolhas políticas não só estabelecendo as regras do jogo político como também estruturando e limitando o comportamento dos atores, uma vez que as propostas do governo Lula foram caudatárias do texto constitucional. Isso demonstra que essa institucionalidade tem modelado a interação entre os agentes políticos legitimando o texto constitucional e, ao mesmo tempo, evidencia que o percurso iniciado pelos constituintes conduziu as decisões posteriores, gerando um processo de autorreforço, demonstrando a dependência da trajetória. Nesse sentido, nossa análise ainda é voltada ao Partido

dos Trabalhadores que permaneceu a frente da gestão federal da saúde nos governos Dilma.

3.5 As propostas para a saúde nos governos Dilma

De forma distinta aos programas anteriormente analisados, a candidata Dilma, por meio da coligação “Para o Brasil seguir mudando” formada pelos partidos PT-PMDB-PCdoB-PDT-PRB-PR-PSB-PSC-PTC-PTN (MENDES, 2019), estruturou o seu projeto para à sociedade brasileira em propostas objetivas. O plano de governo, intitulado “Os 13 compromissos programáticos de Dilma Rousseff para debate na sociedade brasileira” apresentado em 2010, continha apenas onze páginas e reiterava as ações desenvolvidas pelo governo Lula e propunha a continuidade das ações para continuar avançando. Diante disso, o nono compromisso cujo título era “Universalizar a saúde e garantir a qualidade do atendimento do SUS” a candidata ao planalto apresentava sua proposta, ressaltando a importância da universalização do SUS.

Outro preceito importante, pode ser verificado no trecho em que afirma que o “[...] governo Dilma terá como preocupação fundamental o aperfeiçoamento do **Sistema Único de Saúde** e de seus mecanismos de gestão, de fiscalização e de **controle** de qualidade dos serviços prestados. [...]” (ROUSSEFF, 2010, p. 15, grifo nosso). Além da participação da sociedade no controle da política de saúde, a universalização foi outro tema abordado pela candidata que considera que:

[...] A **universalização** da saúde dar-se-á também pela oferta gratuita de remédios contra a hipertensão e o diabetes e pelo desenvolvimento de programas nacionais de prevenção do câncer, de reabilitação de pessoas com deficiência e de atenção aos idosos. A saúde do trabalhador e a prevenção de acidentes terão lugar de destaque nas políticas governamentais (ROUSSEFF, 2010, p. 15, grifo nosso).

No que diz respeito às ações voltadas aos trabalhadores, como dito anteriormente, cabe ao Sistema Único de Saúde desenvolver a qualificação desse segmento. Nesse sentido, a proposta demonstra que:

[...] A saúde do **trabalhador** e a prevenção de acidentes terão lugar de destaque nas políticas governamentais. Em consonância com a política de Ciência e Tecnologia, haverá o desenvolvimento do complexo produtivo da saúde para avançar em direção à auto-suficiência científica e tecnológica na produção de fármacos e na ampliação da fabricação de genéricos. [...] (ROUSSEFF, 2010, p. 15, grifo nosso).

Dada a concisão da proposta programática, ampliamos nossa análise ao trazer outras partes do documento que vão tratar da saúde tendo como referência para a seleção, as palavras-chave propostas para a análise aqui desenvolvida. Consideradas as devidas ressalvas em relação ao financiamento, a proposta indica já no início da apresentação:

As descobertas do PRÉ-SAL, além de apontarem para a transformação do Brasil em grande potência petrolífera, tem e terão impacto direto na industrialização do País, especialmente nos setores naval, de máquinas e equipamentos e petroquímico, além de contribuir para a formação de um Fundo de Longo Prazo que ampliará o **financiamento** das políticas sociais, educacionais, de saúde, científico-tecnológicas e culturais para a atual e às futuras gerações (ROUSSEFF, 2010, p. 3, grifo nosso).

Ainda sobre o financiamento da saúde, a proposta destaca que:

Apesar do boicote de nossos adversários, que apoiaram ativamente a extinção da principal fonte de **financiamento** da saúde, houve substancial elevação dos **recursos** orçamentários anuais para o setor: de 29 bilhões de reais em 2002, no governo FHC-Serra, para 63 bilhões de reais, em 2010, no Governo Lula--Dilma. Esses **recursos** permitiram desenvolver novos programas, como Samu, Brasil Sorridente, Unidades de Pronto Atendimento, e viabilizaram a ampliação das equipes do Saúde da Família, o acesso a medicamentos e a Farmácias Populares (ROUSSEFF, 2010, p. 5, grifo nosso).

Os temas participação social e a política voltada aos recursos humanos foram ressaltados pela candidata ao tratar das conferências, espaços importantes para o debate sobre as políticas públicas. A participação social nas conferências permite que as especificidades regionais e culturais sejam conhecidas, respeitadas e, acima de tudo, contempladas pelas políticas públicas. Assim:

Mais de 70 conferências nacionais, cobrindo distintas áreas da vida da sociedade, permitiram que milhões de brasileiros participassem na formulação das políticas públicas do Governo. Houve significativo esforço de reforma e fortalecimento do Estado brasileiro, por meio da realização de concursos públicos e da valorização dos **servidores**, do incentivo à transparência [...] (ROUSSEFF, 2010, p. 5, grifo nosso).

Dado os excertos acima apresentados, destacamos que as palavras-chave constituição, constitucional, descentralização, descentralizar, descentralizada, integral, integralidade e, por último, complementar, supletiva, privado e suplementar não foram encontradas no documento em análise. Contudo, a proposta referenda as ações desenvolvidas pelo governo anterior e propõe a continuidade, explicitando que a trajetória iniciada pelo partido tende a ser seguida. Esse aspecto, ratifica a análise institucionalista aqui proposta, uma vez que segundo esse paradigma os processos políticos são dependentes da trajetória.

Nesse contexto, com a coligação “Com a força do povo” composta pelos partidos PT-PMDB-PSD-PP-PR-PROS-PDT-PCdoB-PRB (MENDES, 2019) a presidenta concorreu novamente à presidência da república. Nesse sentido, apresentou a proposta de governo intitulada “Mais mudanças, mais futuro” no pleito de 2014 nos quais foram dedicadas pouco mais de quarenta páginas a sua exposição. Diferentemente dos programas analisados anteriormente, onde havia uma seção na qual eram abordadas as questões relativas à saúde, esse documento programático propunha o diálogo com o eleitor ao apresentar e debater vários temas que se interrelacionavam.

Diante disso, foram selecionados os trechos que tratavam da saúde ao longo do documento, e depois submetidos à análise. Inicialmente, a candidata menciona o reconhecimento e o acesso a direitos até então inacessíveis à população brasileira como “[...] morar, comer, estudar, ter acesso a serviços de **saúde**, ao saneamento básico, à casa própria, ao emprego a um patamar mínimo de renda para ter uma vida digna.” (ROUSSEFF, 2014, p. 7, grifo nosso). Já no início de sua proposta, a presidenta faz referência aos doze anos de transformação do Brasil referendando as ações dos governos petistas e, dentre elas, a política de saúde.

Pouco mais de uma década de profundas transformações econômicas e sociais tornaram o **Brasil mais justo**. Ao longo de três gestões comprometidas com a garantia do direito de cidadania a todos, houve um salto inegável de melhoria nas condições de vida da população. Nenhum país conseguiu, em tão pouco tempo, tirar um contingente tão grande de pessoas da miséria. Um período tão continuado de políticas distributivistas produziu algo inédito: milhões de jovens cresceram em melhores condições que seus pais, tiveram acesso à educação e à saúde como nenhum de seus antepassados, vivem um período prolongado de contínua ascensão social e construíram uma imensa confiança no futuro [...] (ROUSSEFF, 2014, p. 5, grifos do autor).

No que diz respeito ao SUS e a universalização do acesso, o documento vai enfatizar que:

O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) É, HOJE, A MAIOR REDE DE SAÚDE PÚBLICA DO MUNDO, e tem cumprido um importante papel na universalização do acesso. Reafirmamos nosso compromisso com seu contínuo fortalecimento e aprimoramento, necessário devido a seu tamanho, à extensão dos serviços envolvidos e às sobreposições de atribuições entre os entes federativos (ROUSSEFF, 2014, p. 37, grifos do autor).

Além desses aspectos, a candidata volta a citar o SUS e ressalta a ampliação do acesso da população aos serviços ofertados por essa rede regionalizada e hierarquizada de serviços, juntamente com outras políticas estruturantes.

[...] A melhoria das condições de saúde do povo brasileiro, nos últimos anos, explica-se tanto pela expansão das ações e serviços garantidos pelo **SUS** como pelo crescimento econômico, pela implementação de políticas sociais de combate à pobreza, e pelo aumento do acesso a esgoto e água tratada durante os Governos Lula e Dilma (ROUSSEFF, 2014, p. 22, grifo nosso).

Como pode ser observado no excerto acima, a candidata menciona o governo anterior e não dissocia as ações do governo Lula de sua gestão, ao contrário, adjetiva sua administração ao transformá-la numa palavra composta o “[...] governo Lula-Dilma [...]” (ROUSSEFF, 2014, p. 5), demonstrando a continuidade das ações. Dessa forma, as palavras-chave, SUS e universalização, presentes em sua segunda proposta para os eleitores brasileiros, vão evidenciar que a carta magna referenda seu conteúdo programático para essa política. Isso demonstra em linhas gerais que o Partido dos Trabalhadores reiterou os princípios constitucionais e o legado do passado tem ratificado as propostas para a política de saúde brasileira.

Por conseguinte, a análise das propostas de governo a partir das palavras-chave que tratam dos eixos estruturantes do SUS vão demonstrar que as orientações programáticas dos partidos PSDB e PT se fundamentaram no texto constitucional. Isso evidencia que os efeitos de aprendizagem e autorreforço produziram um *feedback* positivo, legitimando o arranjo institucional dado pelos constituintes. Todavia, para além das similitudes partidárias, a análise proporcionou a identificação de dissemelhanças importantes que vão particularizar as agremiações partidárias e traduzir suas diferenças ideológicas e programáticas.

O ponto fundamental diz respeito ao papel do Estado na condução da política de saúde, como já discutido no capítulo 2. Os partidos de direita e centro-direita defendem a redução da estrutura estatal, acompanhada do corte de gastos em políticas sociais, isso nada mais é que a redução da máquina pública, considerada ineficiente. Por outro lado, o Estado deve ser forte principalmente em sua capacidade regulatória, tais prerrogativas podem ser verificadas abaixo na proposta do candidato FHC (1994), na disputa à presidência da república:

Para exercer essas funções, serão necessárias reformas de estruturas e processos nos âmbitos federal e estadual. Essas mudanças devem tornar as instituições mais ágeis e menores e, ao mesmo tempo, mais fortes e eficazes, constituindo um Estado forte na regulação e ágil na atuação. A reforma do Estado no campo da saúde significa: agilização do processo de descentralização para estados e municípios; fortalecimento do governo federal para o exercício de suas funções regulatórias e de auditoria; implantação de um programa conseqüente de qualificação dos servidores públicos para esses novos papéis; e manutenção de uma burocracia estável. Isso será feito com a diminuição dos cargos de livre provimento, a estrita

obediência ao princípio do mérito na carreira, oferta regular de programas de treinamento e melhoria salarial vinculada a padrões de desempenho. [...] (CARDOSO, 1994, p. 152).

Nesse contexto, a análise das propostas de governo apenas no que diz respeito à política de saúde vai evidenciar o embate ideológico entre direita e esquerda. Essa conexão, pode ser claramente constatada quando o candidato Lula da Silva (2002) enfatiza uma outra forma de atuação estatal, voltada a uma gestão mais compartilhada opondo-se às iniciativas, segundo ele, impostas pelo antecessor de “cima para baixo” como pode ser visto no excerto abaixo.

40. Nosso governo fortalecerá a cultura e a prática de gestão solidária entre as três esferas de governo, com a formalização legal e o respeito às instâncias de pactuação das políticas de saúde entre os gestores. No plano nacional, além da construção consensual das estratégias para todo o País, serão discutidas e pactuadas formas de monitoramento de metas e resultados a serem alcançados, substituindo as atuais formas de controle centralizado e exclusivamente administrativo do Ministério da Saúde. Essa pactuação da gestão substituirá as numerosas e fragmentadas iniciativas impostas de cima para baixo, como têm sido as campanhas e os programas do atual governo, que desrespeitam a realidade dos municípios e não atendem às necessidades da população que procura os serviços de saúde (LULA DA SILVA, 2002, p. 48).

Ao tratar das instâncias de pactuação entre os gestores, a proposta dá ênfase as decisões tomadas pelas CIB's e CIT's, legitimando a participação dessas instâncias na gestão da saúde no país. E ao criticar a atuação centralizada do governo federal, propõe a reorientação da atuação do Ministério da Saúde, um dos principais reguladores dessa política. Este ensejo pode ser verificado abaixo quando apresenta uma proposta de gestão que fortaleça as decisões tomadas de “baixo para cima” numa contraposição à atuação do governo anterior.

41. O Ministério da Saúde, em nosso governo, fará efetivamente a gestão nacional do SUS, sem concorrer com os estados e municípios. Uma das estratégias fundamentais para induzir a implementação do SUS será capacitar estados e municípios para planejar o sistema de saúde no âmbito de suas competências, de forma a identificar corretamente os problemas e prioridades, ordenar e tornar mais eficientes os recursos financeiros e assistenciais existentes, ampliar os serviços nas áreas de carência, avaliar e regular as ações e os serviços oferecidos. Além de fortalecer o planejamento local, o Ministério da Saúde estabelecerá mecanismos de acompanhamento da gestão descentralizada. Para um Brasil mais saudável, os serviços de saúde precisam ser organizados e controlados de baixo para cima, facilitando a participação e o controle da sociedade. Em nosso governo, ações firmes impedirão a exposição dos usuários dos serviços de saúde aos riscos de tecnologias desnecessárias e à sua incorporação indiscriminada (LULA DA SILVA, 2002, p. 48-49).

As diferenças entre direita e esquerda também podem ser observadas em relação à ênfase dada à economia, principalmente ao seu aspecto orçamentário, a importância da continência de gastos e a necessidade de realizar reformas a fim de garantir a estabilidade monetária, fundamental para o equilíbrio fiscal. Essa defesa pode ser constatada nos trechos das propostas do candidato FHC (1994) e, contrariamente a esse posicionamento, as manifestações do candidato Lula (2006). Nesse sentido, para o primeiro:

A saúde decorre da conjugação de padrões aceitáveis de emprego e segurança, de educação básica para todos, de alimentação adequada, da disponibilidade de água, esgoto e coleta de lixo, de um meio ambiente saudável e do acesso aos serviços de saúde. Mudar essa realidade requer, a partir de uma economia estabilizada, novas estratégias de desenvolvimento que contemplem ações firmes e harmoniosas nas áreas social e econômica (CARDOSO, 1994, p.149-150).

Além disso, o candidato ressalta que a mudança é necessária:

[...] Será rompido, assim, o mecanismo perverso da descentralização tutelada, expresso por transferências negociadas através de convênios e por intermediações clientelistas entre os níveis de governo. Contudo, não basta aumentar os recursos para saúde, porque além de gastar pouco, o Brasil gasta mal. É preciso fazer render ao máximo cada Real aplicado no setor. Paralelamente à garantia de recursos estáveis e suficientes, serão promovidas profundas mudanças para assegurar a boa utilização do dinheiro público na saúde (CARDOSO, 1994, p. 150-151).

De forma distinta, o candidato Lula da Silva (2006), ao fazer o balanço de sua gestão, se reporta ao governo anterior e, a partir disso, classifica seu antecessor como um representante dos interesses da direita levando em consideração suas ações no campo da saúde. Além disso, destaca a importância do investimento social e critica a tese do equilíbrio fiscal defendida pelos partidos que considera de direita ou conservadores, ao defenderem que o gasto público em políticas universalizantes, como é o caso da saúde, são dispêndios de recursos que devem ser evitados.

Na verdade essa oposição busca ocultar seu projeto conservador, mas não consegue encobrir seus preconceitos. Qualificam de “populistas” ou “assistencialistas” às políticas de cunho universal do atual Governo. Não reconhecem esses direitos, que têm melhorado as condições de vida de dezenas de milhões de brasileiras e brasileiros, permitindo-lhes mandarem seus filhos à escola, beneficiarem-se de cuidados mínimos da saúde e inclusive acederem ao mercado de consumo. A direita vê esses investimentos sociais, assim como os aumentos do salário mínimo acima da inflação, como “ameaças ao equilíbrio fiscal”, tese que foi desmentida pela realidade nos últimos três anos. Avançará na consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), centrando esforços na universalização dos serviços e melhoria do atendimento ao cidadão (LULA DA SILVA, 2006, p. 8).

Outro ponto fundamental que particulariza os partidos, distinguindo-os do ponto de vista ideológico e programático é a defesa da igualdade e justiça sociais pelas instituições partidárias à esquerda ou progressistas. Dessa forma, a análise das propostas de governo aqui apresentadas e discutidas vão demonstrar que o tema igualdade é uma categoria presente nos documentos programáticos e foi acionada no sentido de orientar a atuação estatal no campo da saúde na proposta da candidata Dilma Rousseff (2014).

Chegou a hora de alçarmos o Brasil à condição de país desenvolvido e justo, uma Nação em que todas as pessoas tenham as mesmas oportunidades: de estudar, trabalhar, de cuidar da sua saúde, ter casa para morar, condições dignas de viver nas cidades e no campo. Um país onde todas as pessoas tenham os mesmos direitos: à liberdade de informação e de opinião, à cultura, ao mercado de consumo; à dignidade, à igualdade de condições, independentemente de sua raça, credo ou cor. É isso o que diz nossa Constituição, e é assim que deve ser uma verdadeira democracia (ROUSSEFF, 2014, p. 25).

Mesmo com as diferenças ideológicas aqui apontadas e discutidas, é possível afirmar que as instituições formais, ou seja, a Constituição Federal de 1988 e seu arranjo institucional para a política de saúde limitou as ações dos agentes institucionais orientando suas propostas para a saúde. Nesse sentido, a dependência da trajetória esteve presente nas propostas programáticas, uma vez que as escolhas do passado dadas pelos constituintes modelaram as preferências de PSDB e PT.

3.6 Considerações parciais

O sequenciamento das propostas de governo em diferentes legislaturas revelou que os partidos políticos fizeram referência aos princípios do SUS e assumiram compromissos públicos, mediante suas respectivas propostas quanto à efetivação desse sistema. Tais aspectos, legitimam o texto constitucional, ao torná-lo uma orientação programática e demonstra que os traçados institucionais foram capazes de constranger os atores políticos condicionando suas preferências. Como dito anteriormente, as instituições são produto da interação humana, no caso, a Constituição Federal de 1988 assegurou parâmetros de conduta ao iniciar determinada rota que foi incorporada socialmente, ligando o passado ao presente nas propostas apresentadas à sociedade brasileira pelos partidos PSDB e PT.

Todavia, se os ditames constitucionais estiveram presentes nessas propostas, as diferenças ideológicas e programáticas também. A análise evidenciou que PSDB e

PT assumiram o compromisso social com a concretização dos eixos estruturantes do SUS. Depreende-se, para além disso, que embora o conteúdo seja o mesmo, a forma é distinta. A proposta peessedebista evidencia a atuação centralizadora do governo federal ao tomar as principais decisões e transferi-las para estados e municípios.

Por outro lado, o PT prima pela pactuação ao citar indiretamente as decisões tomadas nas demais esferas, como as CIB's e CIT's, espaços importantes de discussão, planejamento e implementação de ações para a saúde. Ao privilegiar essas arenas políticas descentralizadas, deixa clara a predileção por uma gestão compartilhada com as demais esferas de governo.

Ao mesmo tempo que o Estado deve ser forte ao centralizar o processo decisório, a proposta peessedebista considera que as instituições para se tornarem mais eficientes devem ser menores. Como exemplo desse processo, a diminuição dos cargos de livre provimento, a meritocracia, a avaliação de desempenho e a boa gestão do recurso público ganham centralidade. Esse direcionamento vai enfatizar a atuação estatal fortemente baseada na perspectiva da austeridade e num Estado gerencial que adota a lógica privada para gerir a máquina pública, deriva disso a defesa da eficiência no gasto público.

Essas evidências vão manifestar a influência das ideologias partidárias no direcionamento da ação estatal. Esse aspecto é ratificado pela retomada do debate sobre a igualdade como um valor a ser efetivado pela proposta petista. O último excerto apresentado na análise reforça a importância da ampliação do acesso às políticas sociais igualitárias. Esse fato ratifica o nosso argumento de que o Partido dos Trabalhadores, mesmo à frente de coalizões de centro-esquerda, tenha privilegiado a constitucionalização da política de saúde e garantiu, conseqüentemente, iniciativas políticas voltadas à universalização em relação ao PMDB, PRN e PSDB no período estudado.

Assim, cabe aqui estabelecer algumas relações importantes a partir dos achados da literatura que trata sobre o tema, abordado nos capítulos anteriores. O primeiro ponto a ser destacado, diz respeito à Constituição Federal de 1988 ao institucionalizar vários poderes legislativos do Executivo com destaque a prerrogativa de opor vetos parciais e totais a projetos de lei, a capacidade de iniciar políticas públicas, formar ministérios, além do pedido de urgência de quarenta e cinco dias, podendo assim, sobrestar a pauta congressional.

O segundo aspecto relevante é que a maioria dos governos eleitos democraticamente no país foram minoritários em relação ao apoio congressional. Esse fato obrigou os presidentes a estabelecerem coalizões, cujo principal critério de escolha se ampara na relação direta entre o percentual de representatividade do partido no parlamento. Em grande medida, as coalizões do período pós-redemocratização foram multipartidárias e fragmentárias ideologicamente.

E para administrar os conflitos oriundos dessa profusão de interesses, a distribuição de recursos institucionais entre os partidos da coalizão tem possibilitado a estabilidade necessária para garantir a governabilidade e, acima de tudo, a aprovação da pauta legislativa do Executivo. Dessa necessidade resulta o percentual de postos ocupados pelos partidos nos ministérios e o tamanho da estrutura do poder Executivo nas burocracias estaduais. Portanto, as coalizões são alianças pragmáticas que merecem atenção do presidente a fim de garantir a governabilidade.

Em terceiro, o presidente, ao compor seus ministérios, irá privilegiar as pastas mais importantes para o partido. Já os partidos que fazem parte da coalizão muitas vezes estão distantes da concepção ideológica do partido formador do gabinete, vão através de suas pastas ministeriais atuar no sentido de influenciar ideológica e programaticamente o processo de proposição de políticas públicas.

Todavia, os ministérios estão vinculados à Casa Civil, que desempenha um papel fundamental nessa etapa, ao realizar uma espécie de triagem levando em consideração o mérito e a compatibilidade dessas iniciativas para o governo. É necessário destacar que um ministro não possui prerrogativa legislativa, condicionando suas proposituras à anuência do Executivo que, nesse caso, concentra o poder decisório ao definir quais políticas públicas serão encaminhadas ao Congresso.

Diante disso, o poder de agenda dado pelo texto constitucional e a disciplina partidária consequente da patronagem exercida pelo governo central, permitem ainda que os presidentes negociem diretamente suas pautas legislativas com os líderes partidários reduzindo o número de atores no processo decisório. A partir dessas evidências empíricas, abordadas pela literatura sobre o tema, leva-nos a considerar que os interesses ideológicos e programáticos do partido formador do gabinete estão resguardados diante da coalizão.

Além disso, os estudos que tratam da institucionalização da política de saúde vão demonstrar a predileção dos governos por prerrogativas legislativas quase que

exclusivas para a institucionalização da saúde. No caso, MPs e decretos, como pode ser observado num dos trabalhos já debatidos anteriormente:

[...] Talvez uma análise mais interessante sobre a atuação do Executivo seria pensar que o uso desses instrumentos – MPs e DECs - serve como uma estratégia para adiar o debate político e controlar o processo de negociação, de modo a aguardar o momento mais propício para a aprovação de uma lei, o que Kingdon (1984) chamaria de uma “janela de oportunidade”. O que denotaria uma concentração decisória do Executivo frente ao Legislativo mas com uma estratégia mais sofisticada no processo político. [...] (BAPTISTA, 2003, p. 78).

As conclusões de Baptista (2003) são relevantes para esta tese, à medida que demonstra o predomínio desses institutos exclusivos na institucionalização da saúde no período 1990-2002. E evidencia a importância da análise dessas iniciativas que institucionalizaram a saúde por mais de duas décadas, a fim de compreender o legado dos partidos para essa política. Não obstante, sua análise volta-se também para as proposições do Legislativo que vão exigir uma tramitação sequencial, portanto, mais negociada, demonstrando que a produção do Legislativo é sutilmente superior ao Executivo.

Nessa direção, nossa análise irá verificar se os partidos e suas respectivas ideologias fizeram alguma diferença ao normatizar a saúde e quais as implicações para essa política no período estudado. Sendo assim, a análise das propostas de governo possibilitou a confirmação de que essas diferenças ocorrem no campo programático.

Nesse contexto, o último ponto de nossa reflexão volta-se às instituições, uma vez que são portadoras da mudança e podem ser reinterpretadas pelos atores institucionais. Portanto, nossa hipótese considera que os partidos à direita do espectro político apresentam a tendência a mercantilizar o acesso, através do incremento da saúde complementar em detrimento da saúde pública, considerada dispêndio ou gasto que compromete as contas públicas, fundamental para o equilíbrio fiscal.

Resta-nos agora, no capítulo 4, na análise empírica das MPs e decretos compreender se essas deduções construídas a partir dos achados da literatura e confirmados na análise das propostas de governo, de fato, se coadunam. E como essa institucionalidade iniciada em 1988 foi reforçada ou não pelas decisões políticas nos governos da sexta república brasileira? Afinal, por quais meios buscou-se aprofundar essa rota institucional previamente assumida? Essas questões serão respondidas no próximo capítulo, que será apresentado na sequência.

CAPÍTULO 4 AS MEDIDAS PROVISÓRIAS E OS DECRETOS PRESIDENCIAIS DA SAÚDE

Dada a contribuição da literatura para a discussão até aqui apresentada, concentramos nossos esforços neste capítulo para responder à questão central desta tese: como o Poder Executivo formado por governos de diferentes matizes ideológicas institucionalizou a política de saúde? A partir disso, defendemos a hipótese que os partidos à direita do espectro político apresentam a tendência a mercantilizar o acesso através do incremento da saúde complementar em detrimento da saúde pública, visto que consideram dispêndio ou gasto que compromete as contas públicas. Por outro lado, os partidos à esquerda tendem a priorizar na destinação dos recursos do fundo público à ampliação de políticas redistributivas e universalistas. Nessa linha, consideramos que o Partido dos Trabalhadores mesmo à frente de coalizões de centro-esquerda, tenha privilegiado a constitucionalização dessa política através da universalização em relação aos partidos PMDB, PRN e PSDB no período estudado. Mas, antes de testar nossa hipótese, é necessário discutir algumas peculiaridades das MPs e decretos que, ao mesmo tempo em que os assemelha, os particulariza.

4.1 Medidas nada provisórias

As medidas provisórias, ao contrário do que o nome indica, não possuem o caráter de provisoriedade, elas têm a capacidade de mudar o *status quo*, a exemplo da MP nº 168, de 15/03/1990, transformada na Lei nº 8.024, de 12 de abril de 1990 editada pelo governo Collor com o objetivo de conter a hiperinflação. Além de mudar o nome da moeda nacional, à época Cruzado Novo para Cruzeiro, reteve no Banco Central 80% das aplicações dos cidadãos na poupança por 18 meses e limitou os saques a 50 mil cruzeiros, tal medida ficou popularmente conhecida como confisco da poupança. Tais fatos, demonstram que as MPs permitem aos partidos políticos e seus representantes na arena executiva a faculdade de mudar toda a conjuntura política, econômica e social do país, uma vez que através delas o Executivo pode legislar sobre todas as matérias de políticas públicas.

Assim, a relevância do estudo do conteúdo das MPs está relacionada à compreensão das políticas implementadas pelos partidos políticos e as consequências econômicas, sociais e políticas por elas desencadeadas. Nesse

contexto, é necessário ressaltar que entre 1989-2001 a edição de medidas provisórias pelo Executivo garantiu não só a proposição de políticas públicas cujo trâmite da matéria era de trinta dias, mas a constante reedição. E caso o Congresso não apresentasse nenhuma modificação no prazo, os presidentes do período puderam reeditá-la quantas vezes quisessem, modificando o texto da propositura de acordo com os seus interesses.

Dessa forma, no período 1989-94 a edição e reedição de MPs foram fundamentais para efetivar a agenda econômica do Executivo, a média de encaminhamentos foi de 11 medidas provisórias por mês. Nesse interregno, foram aprovadas 230 MPs e apenas 14 rejeitadas, a metade desse montante foi aprovado sem alteração, a outra parte sofreu modificações transformando-se em Projeto de Lei de Conversão (PLC) (FIGUEIREDO, LIMONGI, 2001). Nesse sentido, é possível afirmar que:

As taxas de aprovação anual de medidas provisórias variaram de 68 a 100% no período, apresentando tendência de queda a partir de 1994. Esse declínio, porém, não se deve a possíveis resistências do Legislativo. Ao contrário, não houve medida provisória rejeitada desde 1992, e as taxas de aprovação caíram porque o Congresso passou a não votar as MPs enviadas, aceitando suas sucessivas reedições. [...] (FIGUEIREDO, LIMONGI, 2001, p. 104).

Dada a relevância desse tema, este capítulo tem o objetivo de discutir o uso das MPs e decretos pelos partidos políticos que estiveram à frente da gestão federal da política de saúde brasileira e garantiram a normalização em suas respectivas legislaturas.

4.2 Governar por medidas provisórias

A vida política é mediada por instituições e são elas que norteiam o processo decisório, estabelecendo as regras e as possibilidades de ação para os agentes institucionais. Como vimos anteriormente, a carta magna garantiu dois institutos exclusivos de iniciativa do Executivo que o habilita a legislar: a edição de medidas provisórias e decretos. Assegurada pelo art. 62 da Constituição, as medidas provisórias são recursos utilizados em questões relevantes e urgentes, e embora a proposição seja unilateral é fundamental a aprovação pelas duas casas legislativas através do voto da maioria simples, ou seja, a metade mais um. Diante disso, os congressistas podem aprovar o texto na íntegra, rejeitá-lo, suspendendo seus efeitos

imediatamente ou, ainda, aprová-lo com alterações passando a tramitar por meio de Projeto de Lei de Conversão.

O protagonismo garantido institucionalmente ao Executivo pela carta constitucional tanto na edição quanto na reedição das MPs permitiu aos presidentes por mais de uma década a prerrogativa de alterarem o texto das MPs de acordo com os seus interesses por meio da constante reedição. Todavia, a reação do Legislativo ocorreu somente no início dos anos 2000 com a aprovação da emenda constitucional nº 32/2001 que alterou a carta magna ao promover restrições significativas em vários aspectos. Primeiramente, estabeleceu uma série de controles em relação aos temas a serem abrangidos, sendo vedado ao presidente propor medidas provisórias sobre questões relativas à nacionalidade e aos direitos: políticos, eleitorais, penal, processual penal, processual civil, a organização do judiciário, ministério público, entre outros.

Além disso, o tempo de tramitação foi ampliado de trinta para sessenta dias, podendo ser prorrogado por igual período, garantindo um tempo maior para a deliberação congressual. Porém, se no prazo máximo de tramitação de cento e vinte dias a MP não for votada, perde a eficácia e impede a reedição pelo Executivo. Tal medida encerrou definitivamente a possibilidade de os presidentes alterarem o texto das MPs como acontecia anteriormente. Entretanto, se o Executivo solicitar urgência, o Congresso tem quarenta e cinco dias para se manifestar e, caso não o faça, a pauta de ambas as casas é sobrestada até a apreciação, e uma vez aprovada a MP torna-se lei permanente.

Outro objetivo da EC nº 32/2001 foi vincular a participação do Congresso na apreciação das matérias e, ao mesmo tempo, isso estimularia o Executivo a utilizar os recursos ordinários para legislar, ou seja, projetos de lei e leis complementares, cujo processo de tramitação é mais extenso quando comparado ao trâmite da medida provisória. Contudo, tal perspectiva não se efetivou, uma vez que no período posterior à vigência da EC nº 32/2001 que compreendeu os quinze meses do segundo mandato do governo FHC e os três anos do governo Lula até dezembro de 2005, a média mensal que anteriormente era de três MPs passou para cinco. Antes da reforma, 28% das propostas legislativas do Executivo que exigiam maioria simples correspondiam a MPs, após a aprovação da referida emenda a porcentagem subiu para 52% demonstrando a predileção do Executivo por esse instituto. Além disso, 79% delas

foram aprovadas em plenário, evidenciando que a regulamentação via legislação extraordinária foi adotada nesse período (PEREIRA; POWER; RENNÓ, 2006).

De uma forma geral, a literatura indica que o uso de MPs está relacionado à celeridade e à eficácia, já que uma vez editadas entram em vigor imediatamente, diferentemente do processo do projeto de lei que deve ser analisado pelas comissões do Congresso prolongando o tempo de tramitação. Outro fator importante que justifica o uso da MP está relacionado à urgência de implementar alguma política pública menos complexa que não gere muitos embates políticos, oposição ou custos de negociação, permitindo aos presidentes sobrepor sua agenda aos interesses congressuais. Porém, nesse caso, é fundamental que o Executivo mantenha uma ampla base de apoio, uma vez que o êxito das proposições depende do aval da maioria de deputados e senadores.

Outra questão relacionada ao uso desse instituto é o de que o Executivo exclui o Congresso do debate ao optar pela juridificação de políticas públicas via medidas provisórias. Por outro lado, medidas impopulares que envolvam altos custos eleitorais aos parlamentares podem ser evitadas através da delegação ao presidente. Além disso, o Congresso pode ter uma postura reativa, à medida que as MPs que tramitam sem caráter de urgência podem ser simplesmente levadas ao prazo máximo de prorrogação perdendo a eficácia, tornando-se nulas. Como vimos, o Executivo não possui nenhum outro recurso, pois a emenda nº 32/2001 impediu a reedição.

Dessa forma, a produção legislativa de Executivo e Legislativo na área da saúde no período 1985-1998 demonstra que os governos legislaram mediante a reedição de MPs. O êxito do Executivo pode ser explicado pela dificuldade do Congresso em organizar comissões especiais, diminuindo a capacidade reativa. Somado a isso, um dos recursos legislativos mais utilizados pelos congressistas é a proposição de leis ordinárias, cujo processo de tramitação tende a ser moroso quando comparado ao curso da medida provisória (ZAULI, RODRIGUES, 2002). Além disso, o Executivo dispõe de outro recurso institucional importante que são os vetos presidenciais que permitem a alteração de pontos fundamentais da legislação e garantem ao final da tramitação mudanças unilaterais que atendam especificamente aos seus interesses.

Outro ponto fundamental que evidencia o sucesso presidencial na aprovação de sua agenda está relacionado aos temas, já que as proposições do Executivo são voltadas a “[...] ‘questões nacionais’ –, no caso do Legislativo, o poder de propor

projetos de lei no Congresso é individual – na medida em que os parlamentares são movidos pelo interesse próprio de reeleição [...]” (ZAULI, RODRIGUES, 2002, p. 192). Dessa forma, têm-se um grande número de projetos propostos pelos parlamentares a fim de atender aos interesses de sua base eleitoral e, em contrapartida, uma baixa aprovação em plenário. Desse modo, embora o volume de proposições congressuais seja muito superior ao do Executivo, o sucesso na aprovação é dominado pelos presidentes.

Nesse contexto, ao Executivo foram garantidos poderes institucionais que o colocaram acima do Legislativo, Judiciário e até mesmo da sociedade, sendo a MP um desses recursos (ARANTES, 1997). Todavia, o presidente depende do consenso e o apoio da maioria para a aprovação de suas matérias legislativas. Como vimos no capítulo 1, o poder de agenda assegura a disciplina parlamentar necessária à aprovação de sua agenda de políticas públicas, uma vez que os congressistas tendem a seguir a orientação dos líderes partidários da coalizão nas votações em plenário, impedindo-os de agir individualmente na defesa de pautas de interesse dos seus eleitores. Dada a importância da medida provisória como recurso para a implementação de políticas públicas, serão apresentadas e discutidas aquelas relativas à saúde. Mas, antes é fundamental tratarmos sobre as peculiaridades que envolvem a edição de decretos.

4.3 Os decretos presidenciais

A Constituição Federal de 1988 é a lei suprema que rege o país e submete todas as outras normas jurídicas ao seu cumprimento, caso contrário, qualquer normativa torna-se inconstitucional, portanto, nula. Além disso, a carta magna hierarquiza as normas quanto à abrangência e à complexidade. Assim, dentre a medida provisória e o decreto, a primeira ocupa um *status* superior no ordenamento jurídico e uma vez aprovada torna-se lei, já os decretos são atos administrativos complementares. Contudo, a aparente circunscrição legal não impede que o chefe do Executivo altere o *status quo* ao implementar políticas públicas consideradas relevantes por seu partido via decreto presidencial.

É preciso ressaltar que a Constituição Federal de 1988, ao estabelecer as atribuições privativas do presidente da república, previu a formação dos ministérios, a prerrogativa de nomear ou destituir os ministros de Estado, a capacidade de iniciar o

processo legislativo, a possibilidade de alterar aspectos relevantes de determinada norma através dos vetos presidenciais sobre projetos de lei, seja de forma parcial ou total, além disso, atribuiu única e exclusivamente a faculdade de editar decretos. Ou seja, foi garantido ao presidente da república um recurso institucional que tem a capacidade de garantir a mudança unilateral do *status quo* por meio da proposição de leis e políticas públicas sem a participação do Congresso Nacional, portanto, estamos nos reportando ao único instituto exclusivo com vigência imediata.

Todavia, existem mecanismos para evitar possíveis arbitrariedades, caso o presidente se exceda. Assim, a carta magna em seu artigo 49, inciso V, garantiu ao Congresso Nacional em casos que extrapolem o poder regulamentar, ou ainda, os limites dados pela delegação legislativa presidencial, anular esses atos. Isso se dá por meio de decreto legislativo, ou ainda, o STF por meio de Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) que pode sustar os atos normativos do presidente. Dessa forma, no sistema de freios e contrapesos, o Judiciário tem papel importante no controle das ações do Executivo, a fim de garantir a supremacia constitucional frente a maiorias políticas ou aos imperativos presidenciais, podendo coibir qualquer “impulso autoritário”.

O estudo de Porfiro (2021) demonstra que “[...] dos mais de quatro mil decretos editados por presidentes entre 1990 e 2020, apenas 68 ações contra decretos presidenciais foram objeto de análise pelo Plenário do Supremo Tribunal Federal. Dessas, 48 não ultrapassaram o juízo de admissibilidade e, das ações conhecidas, apenas 11 tiveram seus pedidos julgados procedentes.” (PORFIRO, 2021, p. 91). Tais fatos, demonstram o baixo controle do STF e a alta capacidade que o chefe do Executivo goza para mudar de forma unilateral a conjuntura. Isso deixa claro que desde que não haja violação dos preceitos constitucionais, o presidente via decreto pode ocasionar a mudança na estrutura de determinada política pública, configurando novos arranjos institucionais.

É necessário salientar que é prerrogativa exclusiva dos presidentes, mediante o uso de decretos encaminhar o Plano Plurianual (PPA), o projeto de Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA), ou seja, o Executivo tem um papel primordial na definição da dinâmica orçamentária do país. Como discutido anteriormente, o processo de proposição de políticas públicas é centralizado no Executivo através da Casa Civil ou até mesmo pelo próprio presidente. Pode-se afirmar que a proposta de previsão orçamentária também é monopólio do presidente,

evidenciando o protagonismo institucional. Nessa direção, estudos sobre essa temática revelam que, para além de uma peça contábil, na contemporaneidade o orçamento tornou-se um espaço de disputas políticas, uma vez que garante “[...] concretude a ação planejada do Estado e espelha as prioridades das políticas públicas que serão priorizadas pelo governo [...]” (SALVADOR, 2012, p. 124).

O PPA é um recurso institucional do Executivo e estabelece a previsão orçamentária que será executada durante um quadriênio o que corresponde aos três anos da gestão de um governo e um ano do mandato do presidente eleito. E cabe ao Congresso Nacional a competência de apreciar e aprovar as leis orçamentárias por meio da Comissão Mista de Planos, Orçamentos Públicos e Fiscalização (CMO) como previu a carta constitucional:

Art. 70. A fiscalização contábil, financeira, orçamentária, operacional e patrimonial da União e das entidades da administração direta e indireta, quanto à legalidade, legitimidade, economicidade, aplicação das subvenções e renúncia de receitas, será exercida pelo Congresso Nacional, mediante controle externo, e pelo sistema de controle interno de cada Poder (BRASIL, 1988a).

Dessa forma, a disputa política dos agentes institucionais pelo recurso público se dá nas reuniões da CMO, considerada uma das comissões mais concorridas pelos parlamentares, dados o prestígio e o montante de recursos que operacionaliza. Nessa arena, as relações de poderes e interesses dos partidos políticos são confrontadas no interior do Estado, lócus onde se explicitam as negociações sobre a divisão dos recursos públicos. Considerando o presidencialismo de coalizão e o poder de agenda do Executivo é possível supor que mais uma vez as prioridades orçamentárias do presidente, já dispostas no PPA, prevaleçam na destinação orçamentária.

Assim, os decretos garantem ao presidente um poder institucional capaz de colocar em prática as promessas assumidas no período eleitoral ou ainda dar continuidade à constitucionalização de uma política ou até mesmo estabelecer novos contornos, daí a importância do estudo deste instituto. Alfim, os decretos garantem aos presidentes meios para regulamentar e mudar leis já existentes, retirando o Congresso Nacional do debate sobre temas relevantes à sociedade brasileira. Dessa forma, o estudo aqui proposto sobre as “canetadas presidenciais” na área da saúde pretende revelar o direcionamento dado pelo chefe do Executivo para essa política durante sua gestão federal.

Como vimos nos capítulos anteriores, o texto constitucional incumbiu ao chefe do Executivo a definição da regulamentação da saúde, neste caso destacamos o papel do Ministério da Saúde como importante órgão ligado à arena executiva e responsável pela normatização dessa política. Além disso, coube ao Estado a fiscalização e o controle, à medida que é o principal executor e mantenedor dessa política. Portanto, cabe ao governo federal na figura do presidente estabelecer os critérios sobre a atuação de terceiros, ou seja, pessoa física ou jurídica de direito privado. Tais fatos demonstram a importância do Executivo no processo de institucionalização da saúde brasileira.

Portanto, os decretos são importantes instrumentos que possibilitam ao presidente mudar unilateralmente a política e normatizar a participação desse setor. Dado o protagonismo do Executivo, compreende-se que a orientação ideológica do partido gestor irá estabelecer os contornos para essa política, podendo priorizar os preceitos universalistas dado pelos constituintes ou fortalecer a prestação de serviços pelo setor privado favorecendo o empresariamento da saúde. Isso demonstra que a institucionalização da política de saúde é um processo dinâmico e diretamente relacionado às disputas e interesses de grupos sociais e políticos distintos em relação à sua oferta.

Para além disso, pretendemos apresentar e discutir na próxima seção, os aspectos constitucionais que envolvem as escolhas presidenciais quanto ao uso de decretos ou MPs para abertura de créditos adicionais. Afinal, qual é a relação desse tema com a saúde? A resposta é simples, os créditos adicionais permitem que despesas que não foram previstas na lei de orçamento ou mesmo aquelas provisionadas que foram consideradas insuficientes para a execução de determinada ação ou política pública possam ser implementadas mediante a abertura desses créditos. Portanto, estamos falando de destinação de recurso público para a execução da política de saúde.

4.4 Abertura de créditos extraordinários: medidas provisórias ou decretos?

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988 a saúde passa a ser política pública, portanto, coube ao Estado o papel principal na institucionalização e custeio dessa política. Nesse aspecto, os governos pós-redemocratização puderam recorrer ao uso dos créditos adicionais para garantir orçamento para as ações em saúde. Essa modalidade de abertura orçamentária é utilizada no Brasil desde o Império, regulada pela Lei nº 589, de 9 de setembro de 1850, posteriormente

normatizada pela Lei nº 4.320, de 17 de março de 1964 que estabeleceu as normas para elaboração, controle e balanço do orçamento de todos os entes federados.

É importante esclarecer que os créditos adicionais são utilizados para corrigir distorções do orçamento. Visto que a previsão orçamentária pode ser considerada insuficiente para determinada atividade já prevista ou até mesmo situações em que não foram calculadas, demandando recursos urgentes para sua execução como uma situação de guerra. Portanto, são recursos que podem ser acionados por meio de decretos presidenciais.

Dessa forma, os créditos adicionais são divididos em suplementares, especiais e extraordinários, todavia existem diferenças importantes entre eles. Os créditos suplementares, são voltados ao reforço da dotação orçamentária, ou seja, já havia uma previsão de recurso no orçamento para uma determinada ação, porém durante o exercício financeiro os recursos disponibilizados mostraram-se insuficientes para executá-lo. Sendo assim, o presidente envia ao Legislativo um projeto de lei para a abertura de crédito suplementar que, após deliberação, permitirá ou não sua abertura.

Já os créditos especiais são utilizados quando não há dotação orçamentária específica, à medida que durante o exercício financeiro situações não previstas podem surgir ou até mesmo pode ocorrer erros de provisionamento das despesas, daí a necessidade de retificar o orçamento. Nesse sentido, os créditos suplementares e especiais devem ser autorizados por lei e abertos mediante decreto do chefe do Executivo e dependem de prévia autorização legislativa. Além disso, é necessário que haja recurso para a execução, portanto, é importante que o presidente faça uma exposição dos motivos que justifiquem sua abertura, além de indicar os recursos disponíveis para a execução.

Quanto aos créditos extraordinários, estes são voltados a despesas consideradas urgentes e relevantes que não foram previstas no orçamento, isto é, situações de guerra, calamidade pública ou, ainda, comoção intestina que permite ao chefe do Executivo disponibilizar recursos para situações que exigem ação imediata e justifiquem despesas extraordinárias. Portanto, cabe ao presidente mediante decreto dispor de créditos extraordinários, porém é necessária a imediata ciência ao poder Legislativo. Segundo a Lei nº 4.320, de 17 de março de 1964 em seu artigo 43, os recursos para custear as despesas dos créditos adicionais provêm de:

§ 1º Consideram-se recursos para o fim deste artigo, desde que não comprometidos: I - o superávit financeiro apurado em balanço patrimonial do exercício anterior; II - os provenientes de excesso de arrecadação; III - os

resultantes de anulação parcial ou total de dotações orçamentárias ou de créditos adicionais, autorizados em Lei; IV - o produto de operações de crédito autorizadas, em forma que juridicamente possibilite ao poder executivo realiza-las (BRASIL, 1964).

Diante do exposto, fica claro que os presidentes além de fazer toda a previsão orçamentária para um quadriênio, anualmente podem fazer mudanças orçamentárias e destinar recursos para ações ou políticas públicas através de créditos adicionais. Todavia, os créditos suplementares e especiais dependem da participação do Congresso no caso dos créditos extraordinários, os congressistas são posteriormente comunicados.

Além disso, a abertura dos créditos especiais e extraordinários são válidas somente para o exercício financeiro em que foram abertos, a exceção ocorre e permite a aplicação no orçamento do ano seguinte se a edição do decreto ocorreu nos últimos quatro meses daquele exercício financeiro sendo incorporado no subsequente. Como veremos nessa seção, essas peculiaridades relativas aos créditos extraordinários foram estrategicamente utilizadas pelos presidentes. Mas, antes disso, precisamos nos reportar a relação controversa que envolvem os créditos extraordinários e a edição de MPs e decretos.

Para isso, é interessante destacar o entendimento jurídico legitimado desde 1850 e, posteriormente ratificado em 1964 sobre o uso dos decretos para a abertura de crédito extraordinário que foi abrigado pela carta constitucional no art. 167 como segue abaixo:

§ 3º A abertura de crédito extraordinário somente será admitida para atender a despesas imprevisíveis e urgentes, como as decorrentes de guerra, comoção interna ou calamidade pública, **observado o disposto no art. 62** (BRASIL, 1988a, grifo nosso).

Como exposto acima, a carta constitucional considerou os três motivos que justificam a abertura de tais créditos, já legitimados anteriormente no ordenamento jurídico. Ou seja, os créditos extraordinários seriam utilizados para atender despesas imprevisíveis e urgentes envolvendo situações de guerra, comoção interna e calamidade pública, até esse ponto não há nenhuma novidade. Contudo, a carta constitucional inovou ao incorporar a necessidade de levar em consideração o que foi disposto no art. 62. Dessa forma, retomemos o que dispõe o referido artigo que trata exclusivamente sobre o uso das medidas provisórias.

Art. 62. **Em caso de relevância e urgência**, o Presidente da República poderá adotar medidas provisórias, com força de lei, devendo submetê-las

de imediato ao Congresso Nacional, que, estando em recesso, será convocado extraordinariamente para se reunir no prazo de cinco dias (BRASIL, 1988a, grifo nosso).

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, os presidentes puderam editar decretos ou medidas provisórias em situações emergenciais. Sabendo que ambos são atos unilaterais garantidos ao Executivo e com força de lei e vigência imediatas, o decreto exclui a participação do Congresso que posteriormente tem de ser comunicado, enquanto a MP depende da apreciação urgente. Isso significa que ambas as casas devem apreciar a matéria e, caso haja recesso, o Congresso deve ser convocado extraordinariamente com o prazo de cinco dias para deliberação.

Dessa forma, uma medida de caráter urgente que até 1988 era rapidamente solucionada com a edição de decreto passa a partir da promulgação da carta constitucional a ser resolvida também através da edição de MP. Assim, o Congresso Nacional tem até cinco dias para se reunir e deliberar, tornando o processo mais complexo ou até mesmo moroso. “[...] Isso fica bem evidente quando se considera que, no período 1997 a 2000 (últimos quatro anos), foram editadas 24 medidas provisórias para a abertura de créditos extraordinários, as quais, no seu conjunto, foram reeditadas 211 vezes.” (SANCHES, 2000, p. 4).

À medida que a carta constitucional garantiu que em casos urgentes e relevantes poderão ser editadas medidas provisórias, o entendimento consagrado e normatizado desde 1850 e ratificado em 1964 de que a abertura de créditos extraordinários se daria por meio de decretos presidenciais gerou divergências quanto à interpretação e ao uso desse recurso institucional pelos presidentes. Segundo Sanches (1995 e 2000), o entendimento de que os constituintes primaram por garantir o controle do Legislativo se exaure, à medida que a MP tem vigência imediata, um entendimento razoável seria o desestímulo à edição de medidas provisórias em períodos de recesso parlamentar, uma vez que cabe ao chefe do Executivo convocar o parlamento nesse período.

Dada a contradição institucional, tratada pela literatura sobre o uso das MPs e decretos para a abertura desses créditos, adentramos num outro aspecto a ser considerado quanto ao uso dos créditos extraordinários. Nesse sentido, consideramos que uma previsão orçamentária é uma antecipação de receita e despesa e como uma presciência, está sujeita a uma série de intercorrências, como erros de previsão ou ainda situações imprevistas que exigem rapidamente a retificação orçamentária.

Sendo assim, o uso de créditos extraordinários seria o remédio jurídico eficaz em situações urgentes como uma resposta efetiva do Estado brasileiro. Contudo, o estudo de Rocha, Marcelino e Santana (2013), evidencia que para além de uma excepcionalidade, o uso de créditos extraordinários entre 1995 a 2010 ampliou “[...] o montante de despesa aberta por esse tipo de crédito passou de R\$ 350 milhões (em 1995) para R\$ 35,31 bilhões (em 2010), tendo atingindo o pico em 2007, com a abertura de R\$ 60,72 bilhões. [...]” (ROCHA; MARCELINO; SANTANA, 2013, p. 814).

Nesse contexto, poderíamos supor que os créditos extraordinários poderiam ser utilizados como estratégia política para defraudar o orçamento? Assim, essas e outras questões foram abordadas por Rocha, Marcelino e Santana (2013) que ao tratar das motivações para o uso dos créditos extraordinários revelaram uma série de fatores. Segundo eles, seu uso está vinculado à celeridade processual, à efetividade da ação mediante a destinação rápida do recurso, ao esvaziamento do debate congressional, à ampliação dos objetivos que suscitaram a abertura desse crédito, entre outros. Além da morosidade processual que envolve a abertura de outras modalidades de créditos adicionais, a ineficiência na condução da previsão orçamentária, levando a constante abertura creditícia e a alta capacidade de engessamento presente no rito orçamentário, dificultando sua alteração.

Tais achados demonstram que os créditos extraordinários são recursos importantes e disponíveis aos presidentes e coube a eles usá-los de acordo com a conveniente participação do Congresso quando aberto por MP ou a imediata exclusão via decreto. Sanches (1995 e 2000) considera errônea a interpretação expressa no texto constitucional para a abertura de créditos extraordinários mediante MPs e defende o disposto na Lei nº 4.320, de 17 de março de 1964 que previu em seu art. 42 que somente os créditos suplementares e especiais sejam autorizados por lei e abertos via decreto expedido pelo Executivo. No caso da abertura de créditos extraordinários que prevaleça o disposto na referida lei que assegura ao Executivo essa prerrogativa mediante decreto e posterior comunicação ao Legislativo e conclui que a edição de medidas provisórias para abertura de créditos extraordinários sobrecarrega a pauta do Congresso.

Para além dessas questões, o autor sugere que o Congresso Nacional mediante decreto legislativo da CMO restabeleça a interpretação referente à abertura de créditos extraordinários por meio de decreto do poder Executivo. Além disso, que

sejam respeitados os preceitos constitucionais de que as despesas atendam aos critérios de imprevisibilidade e urgência que justifiquem sua abertura.

A prática pouco racional de passar a autorizar a abertura de créditos extraordinários por medida provisória, implementada a partir de 1989, ao que parece, decorreu de uma equivocada interpretação da parte final do dispositivo acima, isto é, da ressalva “observado o disposto no art. 62”. Quem analisa o texto da Carta de 1988 observa que os Constituintes tiveram grande preocupação em resguardar as prerrogativas do Poder Legislativo, a fim de que este pudesse assumir, no contexto da Nação, a condição de um autêntico Poder. [...] (SANCHES, 2004, p. 2).

Dado o debate sobre o tema, podemos considerar que em caso de abertura de créditos adicionais, o presidente pode optar pela participação congressual mediante a edição de MPs e a abertura de créditos suplementares ou especiais. E caso considere pertinente, pode excluir o Congresso ao optar pelo decreto e recorrer aos créditos extraordinários, realocando os recursos orçamentários à revelia congressual. Mas, os créditos extraordinários não são previstos somente em casos urgentes e relevantes? Isso não seria contraditório? Em tese sim, na prática não.

Segundo Rocha, Marcelino e Santana (2013), os principais fatores que levam à utilização desse mecanismo são: a facilidade e a conveniência quanto ao seu uso, a baixa oposição congressual, a aclimatação de pressões políticas, inflexibilidade processual orçamentária, ineficiência na planificação orçamentária, morosidade processual congressual e restabelecimento de principalidades. Dessa forma, mesmo que os presidentes escolham a MP para abertura de tais créditos, não há resistência congressual, uma vez que:

[...] os resultados apontam para a desobediência aos pressupostos constitucionais. Salvo os anos de 2000 e de 2009, em que os percentuais de despesas consideradas imprevisíveis e urgentes ficaram em 18% e 10%, nos demais casos, de maneira geral, 100% dos créditos extraordinários abertos por medida provisória, no período compreendido entre janeiro de 1995 e dezembro de 2010, não obedeceram aos requisitos constitucionais da imprevisibilidade e da urgência (ROCHA, MARCELINO, SANTANA, 2013, p. 821).

Essa discussão é pertinente, pois demonstra a outorga constitucional ao chefe do Executivo para fixar as prioridades orçamentárias por meio do PPA, a abertura de créditos extraordinários que excluem a negociação congressual para a alocação de recursos imediatos em ações ou políticas públicas que, em tese, deveriam priorizar questões urgentes e relevantes. A partir dessas constatações, podemos concluir que os presidentes brasileiros além de exercerem protagonismo na produção legislativa detêm também o monopólio do orçamento público? O governo federal através da

arrecadação de impostos diretos e indiretos concentra recursos orçamentários vultosos dos quais pode “escolher” quais políticas públicas irá priorizar?

Destarte, o debate supostamente democrático e a disputa de recursos do orçamento público pelos partidos políticos que ocorre na CMO é esvaziado diante da concentração do poder decisório do presidente da república ao utilizar o decreto ou a MP para incluir prioridades orçamentárias? Considerando tamanho protagonismo presidencial e, como vimos anteriormente, a orientação ideológica do partido norteia o estabelecimento das prioridades governamentais. A institucionalização das políticas públicas e a destinação de recursos para sua execução estão sujeitas aos conteúdos programáticos dos partidos que fizeram a gestão nacional da saúde? Tais questionamentos, serão considerados na apresentação dos resultados da pesquisa.

4.5 A institucionalização da saúde via medidas provisórias

A reconstrução da institucionalização da política de saúde envolveu a discussão sobre os atores constituintes e as principais tensões do período principalmente sobre a oferta dessa política. Como vimos, o texto constitucional garantiu a oferta majoritariamente estatal e de forma complementar à iniciativa privada, porém não estabeleceu parâmetros sobre esta oferta. Dessa forma, coube aos agentes pós-redemocratização a continuidade da normalização da saúde brasileira, ou seja, os partidos políticos. Nessa direção, a perspectiva institucionalista histórica aqui adotada atribui o peso das escolhas passadas como vinculantes às decisões futuras. Nesse sentido, defendemos que a constitucionalização e consequente ampliação da universalização da saúde tornou-se pauta dos partidos progressistas, neste caso, o Partido do Trabalhadores em relação aos partidos do campo conservador.

Assim, as bases institucionais estabelecidas em 1988 são um marco constitucional e institucional importantes que constituem também um direcionamento para o futuro, fornecendo a estabilidade necessária à ação dos atores institucionais. Por conseguinte, nossa pesquisa se volta agora para a análise das medidas provisórias e decretos da saúde publicados pelos chefes do Executivo que estiveram à frente da gestão federal do país. A reconstrução e a análise desses institutos vão evidenciar quais decisões foram tomadas, de fato, ao longo dessas legislaturas,

permitindo verificar se o arcabouço institucional estabelecido pela carta magna orientou as decisões futuras.

Destarte, a análise para o período 1989-2018 envolveu à consulta ao Sistema de Informações do Senado Federal (SICON) e o confronto com as MPs disponibilizadas *online* no sítio eletrônico do governo federal. Para além da pesquisa das palavras-chave foi realizada a leitura do conteúdo de todas as ementas disponibilizadas ano a ano no sítio do governo federal. Assim, foram selecionadas aquelas que vão institucionalizar o SUS, ou seja, regulamentar o sistema único, atribuir competências ao Ministério da Saúde, dispor sobre a política de recursos humanos e da saúde propriamente dita que foram categorizadas de acordo com os temas¹⁶.

Além dessas questões, é preciso considerar que uma MP pode alterar uma lei por meio de acréscimos ou mudanças de alguns dispositivos ou ainda estabelecer uma nova institucionalidade, convertendo-se em uma lei específica. Outro dado relevante diz respeito aos temas, ou seja, uma única medida provisória pode versar sobre várias questões envolvendo vários ministérios, assim foram consideradas as que se reportaram à saúde e ao MS.

¹⁶ Para o levantamento das medidas provisórias foram consultados os sítios eletrônicos do SICON e o sítio da Presidência da República que disponibiliza também as medidas provisórias. Primeiramente foi realizado o levantamento anual das MPs no SICON. É necessário destacar que para cada ano o sistema gera um documento em formato pdf que contém as seguintes informações padronizadas: código, identificação, apelido, data de assinatura, ementa, publicação, observação, vide, catálogo e indexação. A partir dessas informações, foram pesquisadas e selecionadas as MPs que apresentavam as palavras “saúde” e “saude”. Após essa primeira triagem no SICON, as MPs selecionadas foram confrontadas com a relação de medidas provisórias disponibilizadas no sítio eletrônico do governo federal. As MPs deste sítio, são apresentadas apenas no formato *online* e em bloco da seguinte forma: medidas provisórias “Anteriores à emenda nº 32/2001 (1988 a 1991, 1992 a 1995, 1996 a 1999 e 2000 a 2001)” e “Posteriores à emenda nº 32/2001 (2001 a 2002, 2003 a 2006, 2007 a 2010, 2011 a 2014, 2015 a 2018)”. É importante ressaltar também que na apresentação das MPs posteriores à EC nº 32 com vigência a partir de 12/09/2001, é possível visualizar a Exposição dos Motivos (EM) que lhes deram origem. Nesse sentido, consultamos esse material a fim de trazer mais subsídios a nossa análise, principalmente no que tange a abertura de créditos extraordinários que serão apresentados na análise dos dados. Outro dado importante sobre o sítio eletrônico do governo federal se refere ao acesso completo ao conteúdo de cada medida provisória, dado fundamental que não é possível na apresentação dos documentos gerados pelo SICON que se restringem apenas à ementa de cada documento. Diante disso, é possível verificar no acesso *online* não só o conteúdo das MPs, mas àquelas que foram transformadas em lei ou PLC e acessá-las digitalmente. É possível ainda identificar as reedições, aquelas que perderam a eficácia e outras que continuam em tramitação. É necessário salientar que o recorte proposto por esta tese - 1989-2018 - envolveu o período anterior a EC nº 32/2001, isso significa que entre 1989-2001 elas eram reeditadas. Diante disso, foram consideradas apenas as MPs que se tornaram lei, projeto de lei de conversão e as que estão em tramitação. As MPs podem ser acessadas em: <<http://www4.planalto.gov.br/legislacao/portal-legis/legislacao-1/medidas-provisorias>>. Acesso em: 02 fev. 2022.

Outra dimensão importante que cabe esclarecimentos metodológicos está relacionada à gestão da política de saúde dos governos do período estudado. Primeiramente, o governo Sarney (PMDB – 15/03/1985 a 14/03/1990). Nesse caso, foram analisadas as medidas provisórias que corresponderam ao período 01/01/1989 a 14/03/1990, uma vez que após a promulgação da carta magna em 1988, a saúde tornou-se um direito social (art. 6º), política pública e dever do Estado (artigos 194-200).

Outro ponto relevante se refere à gestão Collor (15/03/1990 a 01/01/1995) interrompida por denúncias de corrupção que geraram o afastamento no dia 02/10/1992, data em que o vice Itamar Franco assume interinamente. Diante disso, esta data será considerada como início da gestão do governo Itamar (02/10/1992 a 31/12/1995), uma vez que editou medidas provisórias nesse período. Essa ressalva é importante, pois somente em 29/12/1992 o presidente afastado, Fernando Collor, renuncia ao cargo e o vice torna-se presidente da república, de fato.

Quanto à gestão da presidenta Dilma, que em 12/05/2016 é afastada devido a denúncias de crime de responsabilidade, no mesmo dia o vice, Michel Temer, torna-se presidente em exercício e passa a praticar todos os atos que competem à presidência da república, inclusive a edição de medidas provisórias e decretos. Embora torne-se oficialmente presidente do país somente em 31/08/2016, quando o processo de *impeachment* é finalizado e a presidenta é definitivamente afastada, a análise do governo Temer incluiu o período de afastamento da presidenta, uma vez que o levantamento demonstrou a edição de MPs e decretos pelo vice nesse período como é o caso da MP 726, de 12.5.2016 no qual reorganizou a presidência da república.

Diante desse contexto, o recorte (1989-2018) compreende oito legislaturas, a saber: o governo Sarney (PMDB - 01/01/1989 a 14/03/1990), governo Collor (PRN - 15/03/1990 a 01/10/1992), governo Itamar Franco (PMDB – 02/10/1992 a 01/01/1995), governos FHC (PSDB - 01/01/1995 a 01/01/1999 primeiro mandato e 01/01/1999 a 01/01/2003 segundo mandato), governos Lula (PT – 01/01/2003 a 01/01/2007 primeiro mandato e 01/01/2007 a 01/01/2011 segundo mandato), governos Dilma (PT – 01/01/2011 a 01/01/2015 primeiro mandato e 01/01/2015 a 11/05/2016 segundo mandato) e Temer (PSDB – 12/05/2016 a 01/01/2019)¹⁷.

¹⁷ Disponível em: <<https://www.gov.br/secretariageral/pt-br/centrais-de-conteudo/biblioteca-da-pr/galeria-dos-ex-presidentes/>>. Acesso em: 01 out. 2022.

Sendo assim, o período estudado compreende a atuação de sete presidentes da república, pertencentes aos partidos mais expressivos do país do ponto de vista numérico, à exceção do PRN de Collor. Outro aspecto importante está relacionado ao período pós-redemocratização, especificamente às eleições do período que envolveram sete pleitos. E destes, somente dois presidentes eleitos conseguiram levar seus respectivos mandatos a termo, a saber os governos FHC e Lula, ambos reeleitos para o segundo mandato.

Dessa forma, torna-se importante verificar o número total anual de MPs editadas pelos presidentes do período identificadas pelo SICON. Embora, nosso foco seja as MPs da saúde, consideramos importante demonstrar o levantamento anual para o período estudado a fim de que seja possível visualizar o montante de documentos registrados em cada gestão federal entre 1989-2018. Salientamos que o SICON apresenta o número de documentos registrados anualmente, isso compreende as MPs reeditadas, as que perderam a eficácia, edição única, aquelas que se transformaram em PLC e as que foram rejeitadas pelo Congresso Nacional. Assim, utilizaremos a mesma nomenclatura informada pelo sistema “MPs documentadas ou registradas” a fim de que essas peculiaridades sejam preservadas, uma vez que nem todas as medidas provisórias catalogadas tiveram vigência.

Tabela 1 - Medidas provisórias anuais (1989-2018)

Ano	MPs anuais
1989	103
1990	163*
1991	11
1992	10**
1993	96
1994	405
1995	437
1996	649
1997	720
1998	803
1999	1.087
2000	1.111
2001	511
2002	82
2003	58
2004	73
2005	42
2006	67
2007	70
2008	40
2009	27
2010	42
2011	36
2012	45
2013	35
2014	29
2015	43
2016	56***
2017	50
2018	54
Total	6.955

Fonte: SICON. Elaboração própria.

* Sendo 20 MPs do governo Sarney e 143 MPs do governo Collor

** Sendo 6 MPs do governo Collor e 4 MPs do governo Itamar

*** Sendo 16 MPs do governo Dilma e 40 MPs do governo Temer

Como exposto na tabela 1, ao longo dos primeiros vinte e nove anos de redemocratização do país, os presidentes Sarney, Collor, Itamar, FHC, Lula, Dilma e

Temer foram responsáveis pela edição de 6.955 medidas provisórias. Podemos verificar que o período 1989-2001 correspondeu ao maior volume de documentos registrados pelo SICON com 6.106 MPs catalogadas. No período seguinte, 2002-2018, o número de documentos cai significativamente para 849 registros. Essa discrepância se deve à vigência da emenda constitucional nº 32/2001 que definitivamente anulou uma estratégia presidencial garantida constitucionalmente, a reedição de MPs.

E como podemos analisar, foi muito explorada pelos presidentes Sarney, com 123 documentos contabilizados, Collor, que no primeiro ano de mandato editou 143 documentos e em 1991 e 1992 apresentou uma redução drástica com o menor número registrado para todo o período estudado, sendo 11 e 6, respectivamente. Neste caso, é necessário considerar o desgaste com o Congresso e as denúncias de crime de responsabilidade que já evidenciavam o declínio de seu governo, cujo desfecho culmina no processo de *impeachment* em dezembro de 1992.

Na sequência, o último ano do governo Itamar apresenta um número expressivo de 405 MPs documentadas. Todavia, podemos afirmar que o governo FHC deteve o domínio da produção das medidas provisórias para todo o recorte de estudo. Isso pode ser verificado em seu primeiro mandato (01/01/1995 a 01/01/1999) para o qual foram registrados 2.609 documentos. E cabe aqui destacar a importância da emenda nº 32/2001 que começava a tramitar no Senado por meio da PEC 1/1995¹⁸ proposta pelo senador Espiridião Amim (PPR/SC) e, posteriormente, remetida à Câmara dos Deputados em 18/11/1998 onde recebeu a nomenclatura de PEC 472/1997 até ser aprovada em 2001.

O debate no Congresso Nacional sobre como limitar os temas e o período de vigência sobre os quais as medidas provisórias poderiam versar compreendeu longos seis anos. Isso correspondeu ao primeiro ano do governo FHC com o aumento gradativo de MPs no segundo mandato (01/01/1999 a 01/01/2003) registrando entre 1999 e 2000 o montante de 1.087 e 1.111 documentos reciprocamente, perfazendo o total de 2.198 MPs. É necessário destacar que a vigência da EC nº 32/2001 se deu em 11 de setembro daquele ano, o que garantiu ainda o número significativo de 511 MPs registradas ainda no mesmo ano. Nesse sentido, somados os três últimos anos do governo FHC foram registrados 3.120 documentos.

¹⁸ Disponível em: <<https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/807>>. Acesso em: 21 mar. 2023.

É necessário destacar que no período anterior à EC nº 32/2001 as MPs poderiam ser constantemente reeditadas. Isso ocorria quando transcorridos os trinta dias de tramitação sem que o Congresso Nacional se manifestasse. A partir disso, os presidentes poderiam alterá-la de acordo com os seus interesses num processo contínuo até que seus objetivos fossem atingidos. Com a vigência da referida emenda, podemos constatar ainda no último ano do governo FHC que os objetivos para os quais foi aprovada se cumpriu. Visto que em 2002 foram registradas apenas 82 MPs, esses dados correspondem ao menor número de documentos registrados durante os oito anos de gestão.

Dada a importância desse instituto para os governos pós-redemocratização legislarem sobre os mais variados temas, interessa-nos aqui aquelas que corresponderam à política de saúde brasileira. Considerando o recorte de estudo desta tese, 1989-2018, dentre os 6.955 documentos registrados pelo SICON que vão envolver as MPs reeditadas, aquelas que perderam a eficácia, edição única, aquelas que se transformaram em PLC e as que foram rejeitadas pelo Congresso Nacional. Após a análise desse material foi constatado que 105 medidas provisórias trataram da estruturação do SUS.

Diante disso, nossa incursão agora é sobre o conteúdo dessas MPs a fim de compreender se incrementaram os arranjos institucionais já existentes ou estabeleceram outros contornos para essa política. Consideramos que o conteúdo desses documentos evidencia as preferências dos partidos que estiveram à frente da gestão federal da saúde, uma vez que a literatura demonstra que o Congresso Nacional não se tornou um óbice tanto no período anterior quanto posterior à aprovação da EC nº 32/2001. Mas, antes disso, apresentamos na tabela abaixo as medidas provisórias da saúde por governos.

Tabela 2 - Medidas provisórias por governos (1989-2018)

Período	Governo	MPs da saúde
01/01/1989 a 14/03/1990	Sarney	5
15/03/1990 a 01/10/1994	Collor	3
02/10/1994 a 01/01/1995	Itamar	9
01/01/ 1995 a 01/01/2003	FCH	27
01/01/2003 a 01/01/2011	Lula	42
01/01/2011 a 11/05/2016	Dilma	12
12/05/2016 a 01/01/2019	Temer	7
Total		105

Fonte: Senado Federal. SICON. Governo Federal. Elaboração própria.

Se a tabela 1, revela o predomínio da edição de medidas provisórias nos governos FHC I e II. No que tange ao tema saúde, a tabela 2 demonstra que os governos Lula I e II publicaram 42 medidas provisórias, seguidos pelos governos FHC I e II com 27 MPs homologadas, acompanhado pelos governos Dilma I e II com 12 medidas provisórias editadas. Já em seu breve mandato, o presidente Itamar publicou 9 MPs superando os governos anteriores, Sarney e Collor, com 5 e 3 MPs, respectivamente. E, por último, o governo Temer editou 7 medidas provisórias.

Na sequência, são apresentadas as medidas provisórias da saúde classificadas por assunto como pode ser observado na tabela 3 que segue abaixo, cujos temas foram: Organização da Presidência da República (OPR), Carreira, Vencimentos e Salários (CVS), Ministério da Saúde (MS), Créditos Extraordinários (CE), Sistema Único de Saúde (SUS) e Saúde Suplementar (SS).

Tabela 3 - Temas das medidas provisórias por governos (1989-2018)

Governos	OPR	CVS	MS	CE	SUS	SS	Total
Governo Sarney	1	2	0	0	2	0	5
Governo Collor	1	0	2	0	0	0	3
Governo Itamar	1	1	2	4	1	0	9
Governo FHC	2	2	15	1	4	3	27
Governo Lula	2	13	7	18	1	1	42
Governo Dilma	0	2	5	4	1	0	12
Governo Temer	2	2	3	0	0	0	7
Total	9	22	34	27	9	4	105

Fonte: Senado Federal. SICON. Governo Federal. Elaboração própria.

Os governos pós-redemocratização legislaram sobre diferentes temas que vão desde a organização da presidência da república, a carreira dos recursos humanos do SUS, ações, programas e projetos vinculados ao Ministério da Saúde, sobre o

sistema único, abertura de créditos extraordinários e, ainda a regulação da saúde suplementar no país. Com o objetivo de trazer maior subsídio à análise da institucionalização da política de saúde, na sequência, apresentamos os quadros e os temas das MPs nos quais os governos legislaram, destacando os principais traçados institucionais desenvolvidos nas diferentes legislaturas do período estudado.

Quadro 1 - Medidas provisórias do governo Sarney (01/01/1989 a 14/03/1990)

Temas	Medidas provisórias
POR	39, de 15.2.1989
CVS	106, de 20.11.1989 – Servidores civis e militares do poder executivo 121, de 06.12.1989 – Remuneração servidores civis e militares
SUS	59, de 26.5.1989 – Serviços médico-hospitalares como atividade essencial 116, de 29.11.1989 – Multas por infração à legislação sanitária

Fonte: Governo Federal. Senado Federal. Elaboração própria.

Organização da Presidência da República (OPR), Carreira, Vencimentos e Salários (CVS) e Sistema Único de Saúde (SUS).

As medidas provisórias da saúde do governo Sarney, são em sua maioria administrativas, uma vez que vão tratar da reorganização da presidência da república, definir atividades essenciais, estabelecer multas, além de tratar da carreira dos recursos humanos do SUS como pode ser observado no quadro acima. No que tange à estrutura ministerial, a MP 39, de 15.2.1989 estabeleceu a composição dos ministérios com dezessete pastas, dentre elas, o Ministério da Saúde.

Ressaltamos que a carta magna assegurou por meio do art. 84 a autonomia ao chefe do Executivo para formar seus ministérios. Consideramos relevante em nossa análise, a importância dada pelo Executivo ao preservar o MS como uma pasta unitária e, embora não seja o foco desta tese, o referido ministério é um órgão regulador da política de saúde. Sendo responsável pela normalização através de resoluções e Normas Operacionais Básicas (NOBs) que vão instruir estados e municípios na gestão da saúde. Além de ser responsável juntamente com o Conselho Nacional da Saúde (CNS) pela gestão do Fundo Nacional de Saúde (FNS) e as transferências de recursos públicos para os respectivos fundos estaduais e municipais de saúde.

Já as MPs 106, de 20.11.1989 e 121, de 06.12.1989 trataram respectivamente das gratificações e remunerações dos servidores pertencentes a tabela emergencial

da Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM)¹⁹. No que diz respeito ao SUS, as MPs nº 59 e nº 116 editadas pelo governo Sarney vão definir as atividades essenciais em casos de greve e a aplicação de multas, respectivamente. Assim, a MP nº 59 estabeleceu as atividades essenciais e, dentre elas, os serviços médico-hospitalares. Como dito anteriormente, uma MP pode versar sobre várias questões, assim a mesma tratou também da produção, transporte, distribuição e a comercialização de remédios. Já a MP nº 116 alterou a Lei nº 6.437 de 20 de agosto de 1977 trata da legislação sanitária federal e estabeleceu sanções relativas ao seu descumprimento.

Dentre as penas previstas, estão a advertência, multa, apreensão de produto até a suspensão de propaganda e publicidade. Estabeleceu ainda, os valores das multas relativas as infrações leves, graves e gravíssimas. De forma semelhante, o governo Collor, atuou no campo regulatório dessa política como podemos observar abaixo.

Quadro 2 - Medidas provisórias do governo Collor (15/03/1990 a 01/10/1992)

Temas	Medidas provisórias
POR	150, de 15.3.1990
MS	151, de 15.3.1990 - Extinção e dissolução de entidades 261, de 8.11.1990 - Fundação Nacional de Saúde

Fonte: Governo Federal. Senado Federal. Elaboração própria. Organização da presidência (OPR) e Ministério da Saúde (MS).

O governo Collor também reorganizou a presidência da república via MP 150, de 15.3.1990, preservando a pasta unitária da saúde, todavia reduziu seu gabinete contando com apenas doze ministérios. Dentre as ações voltadas ao Ministério da Saúde, as MPs nº 151 e 261, são correlatas e tratam da dissolução de entidades e a criação da Fundação Nacional de Saúde (FNS). Assim, a MP nº 151 extinguiu várias autarquias e fundações e previu em seu art. 7º que tanto as atribuições, o acervo e os recursos orçamentários que pertenciam à SUCAM fossem incorporados à Fundação Serviços de Saúde Pública (FSESP), posteriormente designada Fundação Nacional

¹⁹ Criada pelo Decreto nº 66.580, de 15 de maio de 1970, a SUCAM atuava no combate e controle de endemias no território nacional, através de campanhas, estudos epidemiológicos, educação sanitária, entre outras atribuições. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1970-1979/decreto-66580-15-maio-1970-408143-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 20 fev. 2023.

de Saúde (FNS). Tanto a SUCAM e a FSESP, desenvolviam ações em território nacional no campo da educação, combate e controle de endemias, além de pesquisas científicas que foram incorporadas pela FNS. Outro ponto importante dessa MP foi tornar pública a Central de Medicamentos (CEME) que passou a integrar o Ministério da Saúde. A CEME foi criada pelo Decreto nº 68.806, de 25 de junho de 1971, ligada à presidência da república, responsável pela assistência farmacêutica a valores acessíveis à população de baixa renda.

Dessa forma, a MP nº 151 foi convertida na Lei nº 8.029, de 1990 que instituiu a FNS e em complementaridade a MP nº 261 se transformou na Lei nº 8.101, de 6/12/1990 que trata também da criação da FNS e incluiu ainda as atividades de informática do SUS que eram desenvolvidas pela Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (DATAPREV).

Com a abertura do processo de *impeachment* do presidente Collor em 02/10/1992, seu vice Itamar assume interinamente. Para além da regulação, o governo Itamar irá privilegiar outros campos da política de saúde para legislar via MP, como pode ser observado abaixo.

Quadro 3 - Medidas provisórias do governo Itamar (02/10/1992 a 01/01/1995)

Temas	Medidas provisórias
OPR	309, de 16.10.1992
CVS	311, de 26.11.1992 - Pagamento de vantagens
CE	364, de 28.10.1993 – Assistência médica e odontológica ambulatorial e de internação 447, de 10.3.1994 – Saúde e saneamento 625, de 23.9.1994 – Saúde e saneamento 699, de 4.11.1994 – Saúde e saneamento
MS	410, de 6.1.1994 – Competências ao ministro da saúde 515, de 27.5.1994 – Extinção do Inamps
SUS	446, de 9.3.1994 – Hospitais contratados ou conveniados

Fonte: Governo Federal. Senado Federal. Elaboração própria.
Organização da Presidência da República (OPR), Carreira, Vencimentos e Salários (CVS), Créditos Extraordinários (CE), Ministério da Saúde (MS) e Sistema Único de Saúde (SUS).

O governo Itamar edita a MP nº 309 em 16/10/1992 e reorganiza seu gabinete ampliando a composição ministerial. Enquanto o governo Collor, contava com uma

estrutura mais enxuta, composta por doze ministérios, o governo Itamar fez várias mudanças e aumenta para vinte gabinetes, preservando a pasta unitária da saúde. Além da reorganização ministerial, ainda no campo administrativo e ligado aos recursos humanos, a MP nº 311, de 26.11.1992 estabeleceu a gratificação de atividades aos servidores efetivos de nível superior da Fundação Nacional de Saúde (FNS). No que tange ao Ministério da Saúde, abriu créditos extraordinários para garantir recursos para ações em saúde por meio das MPs 364, 447, 625 e 699²⁰. Contudo, somente a partir de 2001 o governo federal passou a publicar em seu sítio eletrônico a “Exposição dos Motivos” que vão justificar a abertura de tais créditos. No entanto, os anexos às MPs, demonstram ao menos quais ações foram implementadas.

Dessa forma, a MP 364, de 28.10.1993 garantiu recursos para a execução da assistência médica e sanitária e a operacionalização do Sistema Único de Saúde, através de ações de assistência médica e odontológica em regime ambulatorial e de internação, bem como a execução e o controle das doenças infectocontagiosas e parasitárias. Outro aspecto elencado no anexo, foram as internações na rede hospitalar contratada e conveniada de estados e atendimentos ambulatoriais de estados e municípios.

No ano seguinte, o governo Itamar por meio da MP 447, de 10.3.1994 previu ações semelhantes que justificaram a abertura de tais créditos ao Ministério da Saúde. As ações foram voltadas à saúde e saneamento, assistência médica e sanitária, contribuição a fundos, além da complementação de recursos para a consecução de objetivos definidos pelo órgão. Além da operacionalização do SUS e a manutenção da rede própria de atendimento e internações na rede hospitalar contratada e conveniada de vários estados como o atendimento em regime ambulatorial.

De forma semelhante, as MPs 625, de 23.9.1994²¹ e 699, de 4.11.1994²² justificaram a abertura de créditos extraordinários para a operacionalização da rede

²⁰ O acesso aos anexos das referidas MPs está disponível em: <<http://www4.planalto.gov.br/legislacao/portal-legis/legislacao-1/medidas-provisorias/1992-a-1995>>. Acesso em 03 jan. 2022.

²¹ Saúde e Saneamento. Assistência Médica e Sanitária. Contribuição a fundos. Promover a complementação de recursos para a consecução de objetivos definidos pelo órgão. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/mpv/1990-1995/625.htm>. Acesso em: 02 jan. 2022.

²² Saúde e Saneamento. Assistência Médica e Sanitária. Operacionalização do Sistema Único de Saúde. Apoiar o desenvolvimento de ações de assistência médica e odontológica em regime ambulatorial e de internação, bem como executar o controle das doenças infecto-contagiosas e parasitárias. Observando a disponibilidade tecnológica de cada unidade prestadora de serviços de saúde do SUS. Manutenção da rede própria de atendimento. Internação na rede hospitalar contratada

de atendimento do SUS. Como tratado anteriormente, os créditos extraordinários são destinados a despesas consideradas urgentes e que não foram previstas no orçamento nos seguintes casos: situações de guerra, calamidade pública ou ainda comoção intestina. Isso permite que o chefe do Executivo disponibilize orçamento para situações que exigem ação imediata e justifiquem tais despesas extraordinárias, sendo necessária a imediata ciência ao poder Legislativo.

Como pode ser observado, as ações descritas estão ligadas ao atendimento contínuo em regime ambulatorial e internações que foram executadas pela rede própria, bem como a contratada e a conveniada evidenciando que o financiamento também foi direcionado a ações no campo da saúde pública e privada. Além desse aspecto, os objetivos para os quais esses recursos foram acionados estão além dos motivos para os quais foram abertos evidenciando que foram destinados a continuidade do atendimento do SUS.

Além da abertura de créditos extraordinários, destaca-se a edição da MP nº 446, de 9.3.1994²³ que trata do SUS e faz referência aos hospitais conveniados ou contratados pelo sistema único e, no caso, apresentam contribuições devidas. Diante disso, o governo Itamar estabeleceu que os prazos para pagamento dessas contribuições serão monitorados pelos conselhos estaduais e municipais de saúde:

Art. 17. A partir da vigência desta medida provisória, até 28 de fevereiro de 1994, os débitos dos hospitais contratados ou conveniados com o Sistema Único de Saúde (SUS), relativos a contribuições devidas ao INSS, referentes a competências anteriores a 1º de agosto de 1993, ajuizados ou não, inclusive os não notificados, poderão ser objeto de acordo para pagamento parcelado na forma do disposto nos parágrafos deste artigo (BRASIL, 1994).

É importante ressaltar que a referida medida provisória trata das parcerias entre o poder público e o setor privado não-lucrativo na oferta da saúde. Como veremos, os governos do período vão atuar expressivamente no fortalecimento dessas parcerias. Esses traçados institucionais são importantes, à medida que vão incentivar a destinação de recursos públicos para entidades assistenciais em detrimento do investimento estatal no aprimoramento do atendimento realizado pelo sistema único.

Antes de nos reportarmos as MPs do governo FHC, é importante ressaltar que outros traçados institucionais foram regulamentados ao longo dessa trajetória por

e conveniada em vários estados. Atendimento em regime ambulatorial em vários estados. Atendimento em regime ambulatorial e vários municípios. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/mpv/1990-1995/699.htm>. Acesso em: 02 jan. 2022.

²³ Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/mpv/1990-1995/446.htm>. Acesso em: 02 fev. 2022.

meio de outras arenas, destacamos a Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 e a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Ambas propostas pelo governo Sarney, mediante projeto de lei e sancionadas no governo Collor, elementares à estruturação do sistema único. Apresentamos agora, as MPs editadas e regulamentadas no governo FHC, expostas abaixo.

Quadro 4 - Medidas provisórias dos governos FHC (01/01/1995 a 01/01/2003)

Temas	Medidas provisórias
OPR	1.651-43, de 5.5.1998 * 2.216-37, de 31.8.2001
CVS	1.644-41, de 17.3.1998 – Diferença de vencimentos cargo de odontólogo FNS * 2.174-28, de 24.8.2001 – Programa de Desligamento Voluntário
CE	2.207-4, de 10.8.2001
MS	862, de 27.1.1995 – Inventário INAMPS 895, de 16.2.1995 – Iodação do sal no país 1.631-10, de 13.3.1998 – Extinção do INAN 1.791, de 30.12.1998 – Sistema Nacional de Vigilância Sanitária 1.887-46, de 24.9.1999 – Saúde Indígena 2.070-28, de 25.1.2001 – Implementação de ações de saúde 2.083-32, de 22.2.2001 – Remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano 2.138-4, de 23.2.2001 – Regulação do setor de medicamentos * 2.180-35, de 24.8.2001 – Autarquias ou fundações * 2.190-34, de 23.8.2001 – Agência Nacional de Vigilância Sanitária * 2.206-1, de 6.9.2001 – Programa Bolsa-Alimentação 2.230, de 6.9.2001 – Regula o setor de medicamentos 21, de 8.1.2002 – Institui o auxílio-aluno no âmbito do PROFAE 41, de 20.6.2002 – Rol dos produtos para tratamento de patologias crônicas e degenerativas 91, de 23.12.2002 – Concessão de registro para medicamento genérico, inclusive importado
SUS	1.494-13, de 7.11.1996 – Atendimento ambulatorial e internações hospitalares 1.608-14, de 28.4.1998 – Hospitais contratados ou conveniados 1.648-7, de 23.4.1998 – Qualifica entidades como organizações sociais 1.729, de 2.12.1998 – Entidades sem fins lucrativos
SS	2.012-2, de 30.12.1999 – Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar 2.122-2, de 26.1.2001 – Sociedades seguradoras em planos privados * 2.177-44, de 24.8.2001 – Sociedades seguradoras em planos privados

Fonte: Governo Federal. Senado Federal. Elaboração própria.

Organização da Presidência da República (OPR), Carreira, Vencimentos e Salários (CVS), Créditos Extraordinários (CE), Ministério da Saúde (MS), Sistema Único de Saúde (SUS) e Saúde Suplementar (SS).

* Em tramitação, pois estão em regulação.

O governo FHC ao longo de oito anos de mandato, editou 27 medidas provisórias relativas à saúde. Por meio das MPs 1.561-43 de 5.5.1998 e 2.216-37 de 31.8.2001 reestruturou seu gabinete ministerial duas vezes. Ambas as composições contaram com vinte gabinetes respectivamente, preservando a pasta unitária da

saúde. No que diz respeito aos recursos humanos do SUS, o governo legislou via MP 1.644-41, de 17.3.1998 ao tratar da diferença de vencimentos dos ocupantes de cargo odontólogo²⁴ da Fundação Nacional de Saúde.

Ainda sobre esse tema, lançou o Programa de Desligamento Voluntário (PDV) por meio da MP 2.174-28, de 24.8.2001 que estabeleceu prazos para que funcionários aderissem à proposta. Essa medida, estimulava a exoneração voluntária de servidores e aqueles que optassem pelo desligamento poderiam participar de treinamento para o empreendedorismo. Além disso, havia uma linha de crédito especial para os que desejassem empreender ou expandir seus negócios.

O texto da MP em seu art. 23 deixava claro que os cargos que ficassem em vacância, em função do PDV, seriam extintos. Essa iniciativa incentivada pelo governo FHC, tinha a perspectiva de tornar a administração pública mais eficiente e moderna, através da redução de quadros de servidores efetivos do Estado e fazia parte de seu programa de governo que previa a modernização do Estado.

Outros campos de atuação do governo Fernando Henrique foram direcionados ao Ministério da Saúde, SUS e saúde complementar. É necessário ressaltar que o texto das referidas MPs, ora direciona as competências ao MS e ora ao SUS, tais aspectos foram considerados na organização dos temas.

O governo, mediante o uso de medidas provisórias, criou o Programa Bolsa-Alimentação, através da MP 2.206-1, de 6.9.2001 e atribuiu ao Ministério da Saúde a coordenação, o acompanhamento e a avaliação junto a estados e municípios. As ações são voltadas à promoção da saúde e a nutrição de gestantes, nutrizes e crianças de seis meses a seis anos e onze meses de idade²⁵. De forma correlata, a abertura de crédito extraordinário por meio da MP 2.207-4, de 10.8.2001²⁶, para o Ministério da Saúde e Fundo Nacional de Saúde, previu várias ações e, dentre elas, a execução do Programa Bolsa-Alimentação.

²⁴ Art. 17. A parcela dos vencimentos decorrente da carga horária complementar comprovadamente cumprida pelos servidores ocupantes de cargo efetivo de Odontólogo da Fundação Nacional de Saúde, em função de contrato de trabalho anterior à Lei nº 8.112, de 1990, será considerada, para todos os efeitos, como diferença de vencimentos (BRASIL, 1998c).

²⁵ O referido programa foi unificado com outros para compor o Programa Bolsa Família, criado no governo Lula, portanto, continua em tramitação.

²⁶ Ressaltamos que esse período é anterior a vigência da EC 32/2001, portanto, o sítio eletrônico do governo federal não disponibiliza a "Exposição dos Motivos". Nesse caso, recorreremos ao anexo da referida MP. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/mpv/Antigas_2001/2207-4.htm>. Acesso em: 02 fev. 2022.

Destacamos a criação de agências como é o caso da MP 1.791, de 30.12.1998 que criou a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), autarquia vinculada ao MS. Posteriormente, a referida MP foi convertida na Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999 que estabeleceu o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Sua importância está na definição de normas para regulação, controle e fiscalização da vigilância sanitária no país. Ulteriormente, alterada pela MP 2.190-34, de 23.8.2001 definiu infrações à legislação sanitária federal. A agência regulamenta e estabelece a execução da vigilância sanitária, epidemiológica e as relativas à saúde do trabalhador no país em consonância com os preceitos constitucionais, especificamente o art. 200 do texto constitucional que atribuiu essa competência ao SUS.

Como pode ser observado no quadro acima, através de MPs, o governo FHC promoveu uma série de ações vinculadas ao Ministério da Saúde. Na saúde indígena, o governo federal tratou de contratos celebrados por tempo determinado pela Fundação Nacional de Saúde, voltados às atividades da saúde indígena no Distrito Sanitário Yanomami, prorrogando tais contratos até 30 de junho de 1999. Ao regular o setor de medicamentos, por meio da MP 2.138-4, de 23.2.2001 instituiu a Fórmula Paramétrica de Reajuste (FPR) de Preços de Medicamentos que passou a orientar as empresas produtoras na estipulação dos valores a serem cobrados.

Ainda no âmbito do MS, o governo federal estabeleceu o auxílio-aluno no Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores de Enfermagem (PROFAE) para custeio de despesas com transporte e alimentação fora do município. Esta iniciativa foi voltada à qualificação dos recursos humanos do SUS, segundo a exposição dos motivos:

Avaliada a primeira fase de implantação do Projeto, verifica-se que o principal problema para a manutenção do aluno em sala está relacionado às dificuldades enfrentadas por estes profissionais para sustentarem as despesas com transporte e alimentação. O monitoramento realizado mensalmente junto às instituições que oferecem os cursos demonstra que o índice de evasão varia de 5.1% no primeiro trimestre a 12.2% nos trimestres seguintes, em alguns estados. Impõe-se, diante desse quadro, a urgência na tramitação da Medida Provisória, a fim de evitar prejuízos irreparáveis na consecução dos objetivos do Projeto, decorrentes de um indesejável alto grau de evasão dos alunos, o que traria impactos negativos para o erário sob diversos aspectos (EM Interministerial nº 00083/MS/ME/MF).

O governo FHC atuou na ampliação do rol dos produtos para tratamento de patologias crônicas e degenerativas e medicamentos genéricos, inclusive importados, competências já designadas no art. 200 da carta magna. Além da alocação de recursos para pagamento de serviços assistenciais do SUS já executados, prestados

em regime de atendimento ambulatorial e de internações hospitalares e outras ações do Ministério da Saúde. Por meio da MP 91, de 23.12.2002 concedeu registro para medicamento genérico, inclusive importado por meio de ensaios de bioequivalência, a fim de garantir o acesso à população brasileira, como pode ser observado na exposição dos motivos²⁷ que segue abaixo:

[...] Com essa mudança o Poder Público estará assegurando, à população brasileira, disponibilidade exclusiva de medicamentos genéricos intercambiáveis com medicamentos de referência comercializados no Brasil, com a mesma eficácia, segurança e qualidade inerente a esses medicamentos e valorizando o parque industrial brasileiro (EMI nº 74/MS).

No que diz respeito às atribuições específicas do SUS, as medidas provisórias vão dar continuidade a institucionalização do sistema. Dentre elas, a MP 1.648-7, de 23.4.1998 versou sobre vários temas, nos interessa aqui sua importância para qualificar as organizações sociais. Posteriormente, convertida na Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998²⁸ designa as pessoas jurídicas de direito privado para a prestação de serviços junto ao SUS. Lembrando que o texto constitucional estabelece que o Estado é o principal financiador e executor da saúde. A referida lei qualifica as organizações sociais, como pode ser verificado em seu art. 1º:

Art. 1º O Poder Executivo poderá qualificar como organizações sociais pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde, atendidos aos requisitos previstos nesta Lei (BRASIL, 1998a).

Dessa forma, a Organização Social (OS) pode estabelecer contratos de gestão compondo parcerias para a execução das atividades fundamentais como ensino, pesquisa, tecnologia, meio ambiente, cultura e saúde. Uma vez intituladas como OSs, tais entidades passam a ser declaradas de interesse social e por meio de parcerias passam a receber recursos públicos como pode ser verificado no art. 12 da referida lei:

Art. 12. Às organizações sociais poderão ser destinados recursos orçamentários e bens públicos necessários ao cumprimento do contrato de gestão. § 1º São assegurados às organizações sociais os créditos previstos no orçamento e as respectivas liberações financeiras, de acordo com o cronograma de desembolso previsto no contrato de gestão (BRASIL, 1998a).

²⁷ A exposição dos motivos que vão justificar as MPs do Governo FHC pode ser acessada em: <<http://www4.planalto.gov.br/legislacao/porta1-legis/legislacao-1/medidas-provisorias/2001-e-2002>>. Acesso em: 02 fev. 2022.

²⁸ Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9637.htm>. Acesso em: 02 fev. 2022.

Essa discussão é fundamental, pois reflete diretamente na oferta da saúde prestada no país e o fortalecimento do campo de atuação desenvolvido pelo terceiro setor. Trata-se da destinação de recurso público para a execução da política de saúde para o setor privado não-lucrativo em desgabo do investimento na prestação estatal²⁹. Já a MP 1.729, de 2.12.1998 alterou a Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991 e trata da organização da seguridade social e versa sobre isenções às entidades sem fins lucrativos que atendam ao SUS.

Outra atuação expressiva do governo FHC se estruturou na saúde suplementar, nesse caso, a MP 2.012-2, de 30.12.1999 criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), convertida na Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000. Como vimos no capítulo anterior, na análise dos documentos programáticos, a criação da Agência Nacional de Saúde era uma promessa de campanha em 1994 do então candidato FHC, efetivada somente em sua segunda gestão governamental. É importante ressaltar que as autarquias são criadas na década de 1990 no governo FHC no contexto da reorganização do Estado brasileiro a fim de exercer sua capacidade regulatória por meio da delegação de algumas funções que anteriormente eram exercidas diretamente pelo Estado via ministérios. Nesse sentido, por meio da MP 2.012-2, de 30.12.1999 foi criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), convertida na Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000 que dispõe sobre a criação da ANS:

Art. 1º É criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, autarquia sob o regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, com sede e foro na cidade do Rio de Janeiro - RJ, prazo de duração indeterminado e atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde. Parágrafo único. A natureza de autarquia especial conferida à ANS é caracterizada por autonomia administrativa, financeira, patrimonial e de gestão de recursos humanos, autonomia nas suas decisões técnicas e mandato fixo de seus dirigentes (BRASIL, 2000b).

²⁹ Embora o nosso objetivo seja a análise das MPs e decretos, cabe aqui um breve parêntese para tratar da Lei nº 9.790, de 23 de março de 1999 que dispõe sobre as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs). Proposta pelo poder Executivo por meio do Projeto de Lei (PL) 4690 de 28/07/1998 permitiu o estabelecimento de parcerias com o poder público, tendo como exigência o período de funcionamento regular de no mínimo três anos. Se a lei das OSs atuava sobre um número específico de políticas públicas, a lei das OSCIPs apresenta uma capilaridade maior. E, embora não seja uma proposição do Executivo, cabe destaque também a Lei nº 9.608, de 18 de fevereiro de 1998 que normatizou o trabalho voluntário no país, institucionalizando a atuação do terceiro setor no país. Disponível em: <<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=38135>>. Acesso em: 24 ago. 2023.

Ressaltamos, no excerto acima, a autonomia administrativa, financeira, patrimonial e dos recursos humanos dessa autarquia. As mudanças trazidas pela lei que cria a ANS irão estabelecer novos arranjos institucionais, ao eleger uma diretoria colegiada, composta por cinco diretores indicados pelo presidente da república, após aprovação do Senado. Entre eles, é nomeado um diretor para um mandato de cinco anos, vedada a recondução. Embora, a agência conte com uma Câmara de Saúde Complementar³⁰ permanente e com ampla representação social, tem apenas caráter consultivo. Dessa forma, o desenho institucional regulatório da ANS garante aos seus agentes a independência decisória inclusive do Legislativo e Executivo para definir a política do setor no país.

Na prática, os atores que definem a atuação da ANS são os membros diretores. E ao longo das diversas gestões, as denúncias sobre agentes que atuaram no mercado da saúde privada e tornaram-se diretores tem sido recorrente, levando a questionar a isonomia da agência. Nesse contexto, outras indicações presidenciais foram manifestamente questionadas pela Associação dos Servidores e demais Trabalhadores da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ASSETANS)³¹ e entidades que atuam na defesa da saúde como direito.

Como exemplo, a indicação do governo Temer para a nova diretoria da ANS, levou a ASSETANS publicar um manifesto. Segundo a entidade, os indicados apresentavam conflito de interesse, ausência de *expertise* e conduta ilibada para o

³⁰ Art. 13. A Câmara de Saúde Suplementar será integrada: I - pelo Diretor-Presidente da ANS, ou seu substituto, na qualidade de Presidente; II - por um diretor da ANS, na qualidade de Secretário; III - por um representante de cada Ministério a seguir indicado: a) da Fazenda; b) da Previdência e Assistência Social; c) do Trabalho e Emprego; d) da Justiça; e) da Saúde; IV - por um representante de cada órgão e entidade a seguir indicados: a) Conselho Nacional de Saúde; b) Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde; c) Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde; d) Conselho Federal de Medicina; e) Conselho Federal de Odontologia; f) Conselho Federal de Enfermagem; g) Federação Brasileira de Hospitais; h) Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços; i) Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas; j) Confederação Nacional da Indústria; l) Confederação Nacional do Comércio; m) Central Única dos Trabalhadores; n) Força Sindical; o) Social Democracia Sindical; p) Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização q) Associação Médica Brasileira; V - por um representante de cada entidade a seguir indicada: a) do segmento de autogestão de assistência à saúde; b) das empresas de medicina de grupo; c) das cooperativas de serviços médicos que atuem na saúde suplementar; d) das empresas de odontologia de grupo; e) das cooperativas de serviços odontológicos que atuem na área de saúde suplementar; VI - por dois representantes de entidades a seguir indicadas: a) de defesa do consumidor; b) de associações de consumidores de planos privados de assistência à saúde; c) das entidades de portadores de deficiência e de patologias especiais. § 1º Os membros da Câmara de Saúde Suplementar serão designados pelo Diretor-Presidente da ANS. § 2º As entidades de que tratam as alíneas dos incisos V e VI escolherão entre si, dentro de cada categoria, os seus representantes e respectivos suplentes na Câmara de Saúde Suplementar (BRASIL, 2000b).

³¹ Disponível em: < <http://www.assetans.org.br/social/wp-content/uploads/2018/05/Manifesto-Indicac%CC%A7o%CC%83es-ANS.pdf>>. Acesso em: 24 ago. 2023.

cargo. Tais fatos levam a considerar que a agência está imune aos interesses políticos que poderiam comprometer sua atuação. Contudo, a autonomia reservada a autarquia não garantiu a independência necessária de seus agentes para garantir que o interesse público se sobreponha ao privado que visa lucro.

Nesse sentido, duas MPs são correlatas, a MP 2.122-2, de 26.1.2001 convertida na Lei nº 10.185 de 12 de fevereiro de 2001 trata da especialização das sociedades seguradoras em planos privados de assistência à saúde e definiu que aquelas que atuassem em vários ramos ou atividades teriam o prazo limite de até 01/07/2001 para que se adequassem às novas exigências de distinção de atuação. Em complementaridade, a MP 2.177-44, de 24.8.2001 trata das sociedades seguradoras em planos privados e altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998 que dispõe sobre os planos privados.

Todavia, a literatura especializada sobre o crescimento da saúde privada é extensa e demonstra o aumento expressivo desse setor ao longo das décadas. As exigências regulatórias, no sentido de garantir uma estabilidade institucional em decorrência de conflitos entre beneficiários e empresas da saúde, teve um efeito perverso à medida que levou à especialização dessas empresas e a concentração de mercado, diminuindo o número de operadas em atividade. Isso ocasionou a formação de conglomerados com a participação de grupos internacionais que operam no país, concentrando o maior número de beneficiários, fazendo da mercadorização da saúde um setor altamente lucrativo no país.

A inação governamental perpetrada no controle desse setor, agravada pela autonomia dada à agência pelo governo FHC, conduziu ao crescimento e fortalecimento da saúde privada, contraditoriamente estimulada pelo próprio Estado. Como pode ser observado no quadro abaixo, o governo petista também atuou na saúde supletiva via MP. Diante desse fato, leva-nos a questionar se seu governo teria suplantado a lógica regulatória de seu antecessor? Ou, ainda, mudado os arranjos institucionais diminuindo a autonomia dada às autarquias? Para responder a essas questões, apresentamos na sequência a análise das MPs do governo Lula.

Quadro 5 - Medidas provisórias dos governos Lula (01/01/2003 a 01/01/2011)

Temas	Medidas provisórias
OPR	103, de 1.1.2003 483, de 24.3.2010
CVS	155, de 23.12.2003 – Criação de carreiras e organização de cargos efetivos ANVISA/ANS 170, de 4.3.2004 – Cria o Plano Especial de Cargos da ANVISA e gratificação temporária 198, de 15.7.2004 – Plano Especial de Cargos da ANVISA e da Gratificação Temporária 231, de 29.12.2004 – Institui a GIAAS 269, de 15.12.2005 – Criação de carreiras e organização de cargos efetivos da ANVISA/ANS 295, de 29.5.2006 – Cria a Gratificação de Desempenho de Atividade de Execução e Apoio Técnico à Auditoria no Departamento Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde (GDASUS) 297, de 9.6.2006 – Atividades de Agente Comunitário de Saúde e de Agente de Combate às Endemias 301, de 29.6.2006 – Criação da carreira da Saúde, do Plano de Carreiras e Cargos de Ciência, Tecnologia, Produção e Inovação em Saúde Pública da FIOCRUZ 341, de 29.12.2006 – Dispõe sobre o Plano de Carreiras e Cargos de Ciência, Tecnologia, Produção e Inovação em Saúde Pública da FIOCRUZ 386, de 30.8.2007 – Cargos de Provimento Efetivo de Nível Superior, Intermediário e Auxiliar integrantes do Plano de Classificação de Cargos e de planos correlatos dos Quadros de Pessoal do MPS, do MS, do MTE e da FUNASA. 431, de 14.5.2008 – Estrutura remuneratória dos servidores integrantes da Carreira da Previdência, da Saúde e do Trabalho 441, de 29.8.2008 – Plano de Carreiras e Cargos da FIOCRUZ, Instituto Evandro Chagas 479, de 30.12.2009 – Gratificação de Desempenho de Atividade de Ciência, Tecnologia, Produção e Inovação em Saúde Pública – GDACTSP do Ministério da Saúde, FIOCRUZ e da FUNASA
CE	230, de 22.12.2004 – Auxílio à família na condição de pobreza extrema 261, de 30.9.2005 – Auxílio à família na condição de pobreza extrema 268, de 5.12.2005 – Ações desenvolvidas pelos Agentes de Saúde e outros 310, de 13.7.2006 – Recursos à Hemobrás 333, de 14.12.2006 – Prevenção à Pandemia de Influenza 337, de 28.12.2006 – Atendimentos realizados pelo SUS 381, de 5.7.2007 – Saneamento básico 402, de 23.11.2007 – Combate a doenças infecciosas 406, de 21.12.2007 – combate a doenças infecciosas 408, de 26.12.2007 – Custeio da atenção de média e alta complexidade 448, de 26.11.2008 – Adequação de estruturas físicas e logísticas 463, de 20.5.2009 – Combate à Pandemia de Influenza 469, de 5.10.2009 – Combate à Pandemia de Influenza 477, de 29.12.2009 – Implantação das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) 473, de 15.12.2009 – Adequação de estruturas físicas e logísticas 480, de 26.1.2010 – Causa humanitária 486, de 30.3.2010 – Vacinação contra a gripe A H1N1 498, de 29.7.2010 – Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras drogas
MS	118, de 3.4.2003 – Veiculação pelas emissoras de televisão de mensagens de advertência sobre os malefícios do fumo 123, de 26.6.2003 – Define normas de regulação para o setor farmacêutico, cria a Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED) 154, de 23.12.2003 – Permite que a FIOCRUZ disponibilize o excedente de produção de medicamentos, visando assegurar à população o acesso a produtos básicos e essenciais à saúde, a baixo custo.

	203, de 28.7.2004 – Trata da composição e atribuição dos Conselhos de Medicina 259, de 21.7.2005 - Prorroga em até 24 meses contratos temporários da FUNASA 323, de 14.9.2006 – Contribuição à Organização Mundial da Saúde - OMS, destinada a apoiar a viabilização da Central Internacional para a Compra de Medicamentos contra a AIDS, malária e tuberculose (CICOM/UNITAID) 358, de 16.3.2007 – Destinação de recursos do Fundo Nacional de Saúde para Santas Casas de Misericórdia e entidades hospitalares sem fins lucrativos
SUS	451, de 15.12.2008 – Indenizações do DPVAT para o FNS custear despesas incorridas pelo SUS
SS	148, de 15.12.2003 – Atribui competências à ANS e fixa diretrizes

Fonte: Governo Federal. Senado Federal. Elaboração própria.

Organização da Presidência da República (OPR), Carreira, Vencimentos e Salários (CVS), Créditos Extraordinários (CE), Ministério da Saúde (MS) e Saúde Suplementar (SS).

O governo Lula reestruturou seus ministérios via MP duas vezes ao longo de sua gestão. A primeira por meio da MP 103, de 1.1.2003 editada no primeiro dia de mandato, no qual instituiu um gabinete formado por 23 ministérios e preconizou a pasta unitária da saúde. Já a MP 483 de 24.3.2010 aumentou a estrutura básica do Ministério da Saúde, composto pelo Conselho Nacional de Saúde, Conselho Nacional de Saúde Suplementar e cinco secretarias. A referida medida provisória ampliou o número de secretarias ao criar a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI). Os motivos que justificaram a reorganização podem ser verificados abaixo na Exposição dos Motivos (EM):

A modificação do inciso XX do art. 29 da Lei nº 10.683, de 2003, permitirá que o Ministério da Saúde possa contar com até seis Secretarias em sua estrutura básica - atualmente são cinco - viabilizando, assim, a instituição da Secretaria Especial de Saúde Indígena - SESAI na estrutura regimental daquele órgão. A implementação da presente proposta permitirá que o Ministério da Saúde recepcione as competências e atribuições exercidas hoje pela Fundação Nacional de Saúde - FUNASA, por meio do Departamento de Saúde Indígena (DESAI), conforme a Portaria GM/MS nº 70, de 20 de janeiro de 2004, que estabelece as diretrizes do modelo de gestão da saúde indígena, no que se refere à coordenação, normatização, planejamento e execução das ações de atenção à saúde dos povos indígenas, observados os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). [...] (EM nº 00041/2010/MP).

Outro argumento que justificou a expansão da estrutura do MS está relacionado à Lei nº 9.836, 23 de setembro de 1999, que institui o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e acresceu artigos na lei que criou o SUS. Nesse sentido, coube à União o papel de custear o referido subsistema. Nessa direção, foram criados os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), previstos na Política Nacional de Atenção à

Saúde dos Povos Indígenas³² cujo principal papel é promover a oferta da atenção primária nas comunidades. Portanto, os DSEIs devem ser instalados nos territórios a fim de atender os membros da comunidade e desenvolver ações em saúde. É pertinente a ênfase na exposição dos motivos para a criação da secretaria, uma vez que incide diretamente na efetivação do acesso universal das comunidades indígenas ao SUS.

Além disso, a atuação do governo Lula se concentrou principalmente na criação de carreiras, plano especial de cargos, gratificações, organização de cargos efetivos em nível superior e intermediário, consolidando os recursos humanos na área da saúde e em várias agências como a FUNASA, ANS, ANVISA e FIOCRUZ, por exemplo. Demonstrando que parte significativa de MPs editadas em seu governo foram voltadas à expansão do funcionalismo, contrariando o caminho adotado por seu antecessor que incentivou o PDV.

Outro campo de atuação a ser destacado foi a abertura de créditos extraordinários para a execução das ações em saúde, superando os demais governos estudados. Nesse sentido, passamos a apresentar trechos da explicação dos motivos³³ a fim de compreender quais áreas foram priorizadas pelo governo Lula. Assim, a abertura de créditos extraordinários via MP 230, de 22.12.2004 destinou recursos para o "Auxílio à Família na Condição de Pobreza Extrema, com crianças de idade entre 0 e 6 anos, para Melhoria das Condições de Saúde e Combate às Carências Nutricionais", a fim de dar segmento ao Programa Bolsa Família (PBF). Como pode ser observado abaixo:

7. Nos Ministérios da Saúde e do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, os recursos destinam-se ao "Programa Bolsa Família - PBF", tendo em vista a inclusão de 1,5 milhão de famílias e a migração de 1,4 milhão de grupos familiares dos antigos "Programa Nacional de Renda Mínima Vinculado à Educação - Bolsa Escola" e "Programa Auxílio - Gás", cujas metas foram acordadas com o Banco Internacional para a Reconstrução e o Desenvolvimento - BIRD. Cabe ressaltar que os prazos para pagamento da Bolsa Família relativos ao mês de dezembro já se encontram esgotados. O não acatamento do pleito resultará em solução de continuidade do programa (EM nº 00455/2004/MP).

³² Aprovada pela Portaria do Ministério da Saúde nº 254, de 31 de janeiro de 2002. Disponível em: <https://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/Pm_254_2002.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2023.

³³ Exposição dos motivos que vão justificar a abertura de créditos extraordinários pelo governo Lula. Disponível em: <<http://www4.planalto.gov.br/legislacao/portal-legis/legislacao-1/medidas-provisorias/2003-a-2006>>. Acesso em: 03 mar. 2023.

É importante destacar que o PBF foi criado pela Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004. Portanto, era o primeiro ano de implementação e tal fato justificou no ano seguinte a abertura da MP 261, de 30.9.2005 para efetuar novamente o pagamento do "Auxílio à Família na Condição de Pobreza Extrema, com Crianças de Idade entre 0 e 6 anos, para a Melhoria das Condições de Saúde e Combate às Carências Nutricionais" (EM nº 00201/2005-MP). É importante ressaltar que o Programa Bolsa Família é resultante da unificação de vários programas e benefícios sociais, como o Bolsa-Escola, Bolsa-Alimentação, Cartão-Alimentação e o Auxílio-Gás, além do Cadastro Único do governo federal. Segundo a explicitação dos motivos que justificaram sua abertura, destaca-se que:

[...] a participação do Ministério da Saúde neste Programa é oriunda do remanescente Bolsa-Alimentação, cujo objetivo é promover a complementação da renda familiar para a melhoria da alimentação e das condições de saúde e nutrição de crianças de seis meses a seis anos e onze meses de idade e mulheres gestantes e nutrizes. [...] (EM nº 00201/2005-MP).

De forma distinta, a relevância e a urgência que justificaram a abertura de créditos extraordinários via MP 268, de 5.12.2005 foram voltadas às ações desenvolvidas pelos agentes comunitários e profissionais que atuam no Programa Saúde da Família. Além disso, o recurso foi destinado às transferências de recursos para estados, municípios e distrito federal, no intuito de garantir a prestação de serviços à população em 6.142 hospitais integrantes da rede assistencial do SUS, inclusive às instituições filantrópicas (Santas Casas de Misericórdia) e os hospitais universitários e de ensino e a rede ambulatorial que conta com 56 mil unidades.

Outro ponto destacado na justificativa dos motivos se refere à intervenção federal nos hospitais do Rio de Janeiro que apresentava sobrecarga no atendimento, principalmente nos setores de emergência e a transferência de recursos para aquisição de medicamentos pelas 27 Unidades da Federação (EM nº 00287/2005/MP). Além disso:

4. O crédito é necessário, ainda, para custear despesas com o pagamento de pessoal e encargos sociais no mês de novembro e décimo terceiro salário de milhares de profissionais de saúde que atendem aos usuários dos hospitais e ambulatorios do SUS; atendimento hospitalar da população indígena e dos usuários submetidos ao tratamento de hemodiálise; aquisição de medicamentos para o tratamento de pacientes portadores de câncer, doença de Alzheimer, Parkinson e Gaucher, esclerose múltipla, hepatite B e C, osteoporose e outras; além de imunossuppressores para os transplantados. [...] 7. No âmbito das Operações de Oficiais de Crédito, o crédito proposto destina-se à liquidação de operadoras de planos privados de saúde (EM nº 00287/2005/MP).

Como pode ser observado acima, os créditos extraordinários foram destinados à rede de serviços SUS, pública e privada, além do direcionamento para estados e municípios brasileiros a fim de dar continuidade ao atendimento da saúde. Tais fatos, demonstram a dependência da rede pública e privada do recurso público para desenvolver as ações em saúde. Outro recurso via MP 310, de 13.7.2006 foi destinado à Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia (HEMOBRÁS), a exposição dos motivos traz subsídios importantes para a compreensão dos motivos que irão justificar a urgência e relevância.

2. A HEMOBRÁS teve sua criação autorizada pela Lei nº 10.972, de 2 de dezembro de 2004, e seu Estatuto Social foi aprovado pelo Decreto nº 5.402, de 28 de março de 2005. A empresa tem por objetivo primordial a fabricação de fatores de coagulação para abastecimento do Sistema Único de Saúde - SUS, em benefício de toda a comunidade hemofílica do País, a um custo infinitamente menor que aquele que se gasta atualmente na aquisição desses produtos. Sua diretoria foi nomeada em 31 de agosto de 2005, com a publicação dos respectivos atos no Diário Oficial da União de 1º de setembro do mesmo ano e a posse do Diretor-Presidente ocorreu em 6 de setembro de 2005. Por essa razão, não foi possível à diretoria da HEMOBRÁS enviar a este Ministério sua proposta orçamentária para o corrente ano, de modo a constar do Projeto da Lei Orçamentária para 2006, encaminhado à consideração do Congresso Nacional no dia 31 de agosto de 2005, conforme determina a Constituição. [...] (EM nº 00121/2006/MP).

Uma das atribuições do SUS, prevista no art. 200, inciso I é “[...] controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, **hemoderivados** e outros insumos [...]” (BRASIL, 1988a, grifo nosso). Dada a importância dessa instituição para garantir o atendimento do público-alvo, ressalta-se na justificativa que poderia haver a paralisação do atendimento motivada pela ausência de recurso para a execução de suas atividades, podendo colocar a vida dos pacientes em risco (EM nº 00121/2006/MP).

7. Acrescenta-se, ainda, que a cada dia aumentam as dificuldades para aquisição no mercado mundial de alguns dos produtos que serão produzidos pela HEMOBRÁS, como tem ocorrido ultimamente com a diminuição do número de empresas multinacionais nos pregões do Ministério da Saúde, bem como pelo gradual e consistente aumento dos preços (EM nº 00121/2006/MP).

Outro motivo que justificou a abertura de créditos extraordinários via MP 333, de 14.12.2006 foi a prevenção e combate à Pandemia de Influenza. Nesse sentido, as ações foram voltadas à aquisição do medicamento antiviral Tamiflu. Além disso, a exposição dos motivos destaca a compra de equipamentos para sua encapsulação,

adequação de laboratórios, bem como a aquisição de equipamentos de proteção individual (EM nº 00304/2006/MP). Além dessas situações, os créditos extraordinários disponibilizados pela MP 337, de 28.12.2006 foram destinados à continuidade de vários atendimentos realizados pelo SUS, como exposto abaixo:

3. Em relação ao Ministério da Saúde, o presente crédito extraordinário tem como objetivo viabilizar o pagamento do mês de dezembro do custeio da atenção de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, incluídos: teto financeiro mensal, manutenção dos Serviços de Atendimento Médico de Urgência - SAMUs e dos Centros de Especialidades Odontológicas - CEOs, nos estados/municípios, custeio de cirurgias eletivas, e recursos para manutenção de Hospitais de Ensino e Hospitais de Pequeno Porte.[...] (EM nº 00320/2006/MP).

Como exposto acima, a descontinuidade do atendimento torna-se uma ameaça constante aos atendimentos efetuados pelo sistema. Tendo como referência os trechos apresentados, podemos afirmar que toda a rede SUS convive com a iminência de colapsar. Além dos atendimentos emergenciais, a MP 381, de 5.7.2007 visou o atendimento em ações urgentes de saneamento básico em municípios com até cinquenta mil habitantes, comunidades indígenas, quilombolas e populações rurais que apresentam elevadas taxas de malária e Doença de Chagas. Segundo a exposição dos motivos:

47. No tocante ao Ministério da Saúde, a relevância e urgência do presente crédito decorre da necessidade de reduzir o grau de vulnerabilidade a doenças entre a população de baixa renda residente em áreas carentes de zonas rurais e de cidades de pequeno porte, devido a precárias condições sanitárias e ambientais. Essa situação vem gerando, de forma persistente, grande quantidade de perdas humanas em consequência da proliferação e disseminação de doenças infecciosas, tais como cólera, tifo, esquistossomose, malária, doença de chagas, entre outras, cujos efeitos mais devastadores em termos de morbimortalidade atingem principalmente crianças menores de um ano de idade (EM nº 00151/2007/MP).

A urgência no combate às doenças infecciosas em municípios pequenos e pobres do país também justificaram a abertura das MPs 402, de 23.11.2007 e 406, de 21.12.2007. Contudo, outra necessidade premente se deu na operacionalização do sistema que pode ser verificada na exposição dos motivos que justificaram a abertura de créditos extraordinários via MP 408, de 26.12.2007.

8. Quanto ao Ministério da Saúde, a solicitação em pauta tem por objetivo viabilizar o custeio da atenção de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, recompondo o teto financeiro de Estados e Municípios, ampliar o acesso da população a medicamentos básicos e os ofertados pelas farmácias populares, promover a assistência à saúde dos servidores da Fundação Oswaldo Cruz, ampliar o programa saúde da família, bem como garantir a manutenção do hospital geral dos servidores (EM nº 00361-2007/MP).

O trecho acima, em linhas gerais, enfatiza a necessidade de recurso para toda a rede que compõe o SUS, uma vez que o Programa Saúde da Família é voltado à saúde primária. Todavia, a referida MP iria provisionar recursos para a atenção de média e alta complexidades, explicitando a necessidade de recursos para o custeio da saúde no país. Outro aspecto que justificou a abertura de créditos extraordinários pelo governo Lula ocorreu mediante a MP 448, de 26.11.2008 que garantiu recursos para a melhoria das estruturas físicas e logísticas em decorrência das chuvas.

9. Em relação ao Ministério da Saúde, a relevância e urgência do presente crédito decorrem da necessidade de reduzir o elevado potencial de disseminação e/ou riscos à saúde pública da população residente nas áreas atingidas, evitando efeitos mais devastadores em termos de mortalidade na população nacional, principalmente em crianças (EM nº 00345/2008/MP).

Se as MPs anteriores foram voltadas à rede de atendimento do SUS, outro aspecto relevante tratado via MP 463, de 20.5.2009 foi o combate à pandemia de Influenza, fazendo com que o governo federal recorresse à abertura de créditos extraordinários. Além dos aspectos emergenciais, a MP 448, de 26.11.2008 abriu recursos para melhorar a estrutura física para o atendimento à saúde. Todavia, novamente as questões relativas à pandemia voltam a agenda do governo que via MP 469, de 5.10.2009 previu recursos para ações emergenciais a fim de diminuir o contágio.

3. No âmbito do FNS, os recursos viabilizarão a aquisição de vacina, compra, produção e distribuição dos medicamentos Osetalmivir e Zetamivir, ampliação do número de leitos de UTI, fortalecimento das Equipes de Saúde da Família, adequação de laboratórios públicos para produção de medicamentos, aquisição de equipamentos de proteção individual e de insumos diversos, realização de campanhas publicitárias, além da capacitação de recursos humanos. Em relação à ANVISA, o crédito possibilitará o fortalecimento do controle em portos, aeroportos e fronteiras (EM nº 00228/2009/MP).

Assim como a recorrência das gripes justificaram a abertura de tais créditos, a MP 477, de 29.12.2009 amplia o atendimento da população nos serviços de urgência e emergência por meio da implantação das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) como pode ser verificado abaixo:

5. Possibilitará, ainda, no âmbito do Ministério da Saúde, a implantação de diversas Unidades de Pronto Atendimento - UPA, especializadas no atendimento de urgência e emergência em Municípios brasileiros, beneficiando a população na medida em que reduz a demanda pelo atendimento na rede hospitalar, que se encontra sobrecarregada, poupando os usuários do Sistema Único de Saúde de longas esperas por atendimento, o que minimiza o sofrimento de milhares de pessoas, entre as quais crianças, idosos, gestantes e portadores de doenças. Além disso, possibilitará a construção de unidades de saúde e a aquisição de equipamentos em áreas

carentes que apresentam déficit na oferta de serviços de saúde, tais como salas de cirurgia, unidades de tratamento intensivo, entre outros (EM nº 373/2009 – MP).

As justificativas para a abertura de créditos revelam as fragilidades do sistema único que se propõe igualitário e universal, mas que está muito aquém de atender os principais usuários dessa política, ou seja, a população pobre. Todavia, a reincidência das chuvas também ocasionara medidas urgentes e justificaram a abertura de créditos via MP 473, de 15.12.2009 a fim de combater possíveis riscos à saúde pública. Outro tema que justificou a abertura de créditos extraordinários foi a questão humanitária³⁴. Nesse aspecto, é importante salientar que o texto constitucional garantiu em seu artigo “[...] 4º A República Federativa do Brasil rege-se nas suas relações internacionais pelos seguintes princípios: [...] IX – cooperação entre os povos para o progresso da humanidade.” (BRASIL, 1988a). Nesse caso, a MP 480, de 26.1.2010 em consonância com esse dispositivo constitucional previu que:

2. Em relação à Presidência da República - PR, os recursos viabilizarão a aquisição de insumos necessários aos trabalhos da área de inteligência, com o objetivo de coordenar as ações a serem realizadas pelo Governo Brasileiro no Haiti, tendo em vista o tremor de terra de alta magnitude ocorrido no último dia 12 de janeiro (EM nº 00014/2010/MP).

É preciso ressaltar que a MP 480/2010 abriu créditos para a Presidência da República, Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento, Ministério das Relações Exteriores, Ministério da Defesa, Ministério da Integração Nacional, Ministério das Cidades, MS e transferiu recursos a estados, distrito federal e municípios. No que tange ao MS:

[...] os recursos viabilizarão a ajuda ao Haiti na construção e manutenção de Unidades de Pronto Atendimento, na aquisição de ambulâncias, na estruturação do sistema de saúde, no deslocamento de profissionais de saúde para a realização de serviços imediatos de assistência à saúde e nas atividades de prevenção e controle de doenças transmissíveis, além das respectivas despesas de manutenção destes profissionais no exterior. [...] **14.**

³⁴ As Ações Humanitárias consistem principalmente no apoio logístico e material às pessoas afetadas por catástrofes naturais ou de origem humana, tais como: conflitos armados, guerras, secas, sismos, inundações, tsunamis, furacões, emergências sanitárias ou por crises políticas, institucionais e socioeconômicas. As pessoas que necessitam dessas ações são populações vítimas de má nutrição, de fome e, de modo geral, consideradas vulneráveis dentro de uma sociedade. Tais ações são realizadas por diversos agentes: Governos, Organizações Não Governamentais (ONGs), Organismos Internacionais, Empresas Multinacionais e civis voluntários. Dessa forma, as Ações Humanitárias são projetadas para salvar vidas, aliviar o sofrimento, manter e proteger a dignidade humana durante e após as crises provocadas pelo ser humano e por desastres naturais, bem como prevenir e fortalecer a preparação para a ocorrência de tais situações. Disponível em: <<https://www.gov.br/defesa/pt-br/assuntos/exercicios-e-operacoes/acoes-humanitarias>>. Acesso em: 19 ago. 2023.

Em relação ao MS, a urgência e relevância do crédito decorrem da necessidade de reduzir o risco iminente das graves ameaças à vida e à saúde do povo do Haiti, em função da catástrofe ocorrida, evitando efeitos ainda mais devastadores em termos de morbimortalidade na população daquele País (EM nº 00014/2010/MP).

Para além das questões humanitárias, a análise das justificativas de abertura de créditos extraordinários via MPs em casos considerados urgentes e relevantes vai evidenciar um problema recorrente que se tornou comum em território nacional, as epidemias virais que ocasionaram a morte prematura de muitos brasileiros. Tais fatos, justificaram a abertura da MP 486, de 30.3.2010. Outra questão nacional que justificou a abertura da MP 498, de 29.7.2010 foi o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas:

[...] instituído pelo Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010, no âmbito da Presidência da República, dos Ministérios da Justiça, da Saúde e do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, com o objetivo de estruturar, integrar, articular e ampliar ações voltadas à prevenção do uso, ao tratamento e à reinserção social de usuários de crack e outras drogas. [...] 13. A urgência e relevância do presente crédito justificam-se: a) pela necessidade de atuação imediata e incisiva do Governo Federal em resposta aos desafios impostos ao País frente ao fenômeno do uso do crack, cujo aumento tem trazido efeitos danosos à saúde e à sociedade brasileira [...] (EM nº 00200/2010/MP).

Diante das justificativas apresentadas para a abertura de créditos extraordinários no governo Lula, é possível afirmar que as ações compreenderam toda a rede de atendimento do SUS. Primeiramente, a atenção básica ou primária, ao tratar do Programa Saúde da Família (PSF), ações de vacinação, combate às carências nutricionais, vigilância alimentar e nutricional, medicamentos, além da destinação de recursos para pagamento dos recursos humanos do SUS, resumidamente. Além da atenção de média complexidade, realizada pela rede ambulatorial, hospitalar e serviços especializados voltados à população indígena, entre outros. Para além disso, os Serviços de Atendimento Médico de Urgência (SAMUs), e o Centro de Especialidades Odontológicas (CEOs) que desempenham papel importante na rede de atendimento de urgência e referência, além de recursos para o Programa Bolsa Família (PBF) que prevê ações na saúde.

A atenção da alta complexidade também justificou a abertura de tais créditos e envolve procedimentos mais caros como é o caso de diálise, quimioterapia, transplantes e outras doenças. Tais fatos, revelam a importância dos recursos para o atendimento do SUS, uma vez que a carta constitucional estabeleceu a integralidade de atendimento. Ou seja, ações de prevenção, promoção, tratamento e reabilitação

da saúde envolvendo todo o processo saúde-doença de forma gratuita a todo cidadão brasileiro.

A partir da análise da exposição dos motivos que justificaram a abertura de tais créditos é possível concluir que toda a rede de atendimento pode a qualquer momento sofrer descontinuidade de atendimento, precarizando o atendimento à população usuária. As ações que envolveram a abertura de créditos extraordinários evidencia que a maior urgência a ser enfrentada pelo Estado é a execução de toda a rede SUS que necessita de recursos públicos para a execução, ou seja, financiamento.

No que tange ao Ministério da Saúde, o governo Lula legislou via MP sobre diferentes temas. No campo regulatório, preconizou a advertência sobre os malefícios do fumo em eventos realizados no país. Por meio da MP 123, de 26.6.2003 regulou o setor farmacêutico ao criar a Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED), cuja incumbência é de adotar, implementar e coordenar a regulação dos medicamentos no país, tendo como referência os interesses da população. Ao mesmo tempo, favoreceria o estímulo à concorrência do setor. Tais ensejos podem ser verificados na exposição dos motivos abaixo:

Tendo em vista a necessidade de provocar a geração ou fortalecimento da concorrência em mercados específicos do setor farmacêutico, o Governo Federal deverá dispor de medidas adicionais ao novo modelo de regulação. Dentre estas, haverá, por exemplo, o incremento da política de medicamentos genéricos, produtos que comprovadamente geram ou fomentam a concorrência nas subclasses terapêuticas em que atuam, provocando, em consequência, a diminuição do preço médio dos tratamentos dos consumidores. [...] Sendo assim, o novo modelo de regulação econômica ora apresentado permitirá a adoção de uma série de políticas públicas que atuarão diretamente em todas as etapas da cadeia produtiva, com vistas a implementar o direito ao acesso a medicamentos pela população brasileira, objetivando o seu bem-estar (E.M. nº 28/2003).

Ressalta-se nessa atuação regulatória do setor de medicamentos, a ênfase no fortalecimento do sistema único na perspectiva de tornar os medicamentos mais acessíveis à população usuária. Nessa rota, o governo Lula via MP 154, de 23.12.2003 estabeleceu que a FIOCRUZ disponibilizasse produtos básicos e essenciais à saúde, a baixo custo.

Pela proposta, as "Farmácias Populares" serão geridas pela FIOCRUZ, e nelas serão distribuídos os produtos medicamentosos básicos e essenciais a baixo custo. As ações ora propostas dar-se-ão mediante mero ressarcimento pelos custos de produção, distribuição e dispensação, o que elimina qualquer caráter lucrativo da atividade, algo que não é intenção deste Governo nem seria possível por se tratar a FIOCRUZ de fundação pública. Ademais, a referida distribuição dar-se-á sem prejuízo do abastecimento da rede pública, que continuará a ser suprida em sua integralidade, de forma que os

medicamentos a serem distribuídos serão aqueles excedentes da produção destinada ao Sistema Único de Saúde (E.M. nº 00097/GM/MS).

Essa atuação estatal amplia o acesso da população, principalmente de baixa renda, à medicação necessária ao tratamento. Destaca-se sobre esse tema a criação do Programa “Farmácia Popular do Brasil”³⁵ no segundo ano do governo Lula, cujo objetivo foi promover a universalização do acesso a medicamentos a baixos custos a fim de reduzir os gastos com esses itens no orçamento familiar. A lei e o decreto que regulamenta o programa previram a disponibilização gratuita dos medicamentos aos beneficiários do Programa Bolsa Família e às populações indígenas. Nesse sentido, destacamos alguns aspectos relevantes que justificaram a referida MP.

[...] A medida se justifica em face da necessidade de promover a ampliação do acesso da população a medicamentos como insumos estratégicos da Política de Saúde do Governo. A meta é assegurar medicamentos básicos e essenciais à população, garantindo, ainda, remédios a baixo custo. No contexto da Constituição de 1988 e da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90), que consagram a saúde como direito de todos e dever do Estado, reafirmam-se os princípios da universalidade, integralidade e equidade. [...] A relevância do tema é evidente. De fato, trata-se de produtos necessários às atividades do Ministério da Saúde, às necessidades do País e às exigências da Segurança Nacional (artigo 2º do Decreto nº 66.624/70). Ademais, o Projeto Farmácia Popular permitirá à população brasileira reduzir despesas com medicamentos, que, não raro, respondem por considerável parcela do orçamento familiar (E.M. Nº 00097/GM/MS).

Como pode ser observado acima, os princípios constitucionais orientaram o desenvolvimento do projeto que privilegia o acesso na perspectiva da saúde como um direito social. Numa outra dimensão, a MP 203, de 28.7.2004 alterou a composição do Conselho Federal de Medicina, cujo objetivo foi garantir a representatividade de estados e distrito federal em sua composição. Essa medida visou também o aumento do número de conselheiros a fim de contribuir para o exercício efetivo de suas atribuições e a participação ativa nas comissões da administração pública, inclusive nos ministérios³⁶.

³⁵ Criado pela Lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004 que autoriza a Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz a disponibilizar medicamentos, mediante ressarcimento e normatizado pelo Decreto nº 5.090, de 20 de maio de 2004 que regulamenta a referida lei e institui o Programa “Farmácia Popular do Brasil”.

³⁶ Registre-se, além disso, que houve aumento significativo do número de sindicâncias e de processos disciplinares e, no período compreendido entre 1990 e 2003, o número de processos disciplinares julgados pelo Conselho Federal de Medicina aumentou de 412 para 1.876, ou seja, houve um aumento de 985% no número de processos disciplinares julgados pelo Conselho Federal de Medicina. No mais, é importante destacar que os Conselheiros do Conselho Federal de Medicina o representam em diversas comissões internas em órgãos da Administração Federal, tais como a Comissão Nacional de Residência Médica do Ministério da Educação, a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico e o Conselho Nacional de Saúde. Assim, em função da participação ativa do Conselho Federal de Medicina nas questões que envolvem a classe médica e a sociedade, é necessário que

Dentre outras medidas adotadas pelo presidente da república, a MP 259, de 21.7.2005 prorrogou em até 24 meses contratos temporários da FUNASA em decorrência do quadro epidêmico de dengue que justificou também a abertura de créditos extraordinários, discutidos anteriormente. Outra atuação do governo Lula se deu mediante a MP 323, de 14.9.2006 visando a ampliação do acesso à medicação com vistas a compor junto à Organização Mundial da Saúde (OMS), a Central Internacional para a Compra de Medicamentos contra a AIDS, malária e tuberculose (CICOM/UNITAID).

Essa iniciativa permitiu que as populações pobres passem a ter acesso a esses medicamentos. No caso do Brasil, está em consonância com o art. 196 da carta magna que estabelece que o Estado deve garantir o acesso universal e igualitário a políticas visando a promoção, proteção e recuperação da saúde. Nesse sentido:

5. A Central Internacional para a Compra de Medicamentos contra a AIDS, malária e tuberculose (CICOM/UNITAID) viabilizará processos de compras agrupadas de medicamentos, favorecendo a queda nos preços e a diversificação de produtos no mercado, inclusive mediante incentivo ao uso das flexibilidades em matéria de propriedade intelectual previstas no Acordo de TRIPS da OMC, o que tenderá a favorecer o aumento da oferta de medicamentos genéricos nos segmentos de atuação da Central (EM Interministerial nº 00363/2006 - MRE/MP).

No que diz respeito ao SUS, a MP 451, de 15.12.2008 previu várias ações, dentre elas, destaca-se as indenizações do Seguro Obrigatório de Danos Pessoais causados por Veículos Automotores de Vias Terrestres (DPVAT) para o FNS custear despesas incorridas pelo SUS. Dentre as medidas adotadas pelo governo Lula sobre esse tema, destaca-se a correção de arbitrariedades ao proibir que clínicas e hospitais privados conveniados ao SUS façam o pedido de indenização junto ao sistema único. Como pode ser observado abaixo.

[...] Estes estabelecimentos obtêm a cessão dos direitos da vítima do acidente de trânsito e deixam de buscar o ressarcimento junto ao SUS, pleiteando a indenização junto ao Seguro DPVAT, porque a tabela por este utilizada para o ressarcimento de DAMS é 30% maior que a do SUS. 32. Para solucionar esta situação que gera grande distorção em relação aos objetivos do seguro que prevê o reembolso diretamente à vítima, o projeto acrescenta o §2º no artigo 3º da mencionada Lei, vedando que estabelecimentos ou hospitais conveniados ao SUS possam valer-se do mencionado artifício para obter, em nome da vítima, reembolso das despesas médico-hospitalares, junto ao Seguro DPVAT. 33. Além disso, com propósito de facilitação operacional, o mesmo artigo 20 do projeto altera a redação original do § 5º, do Art. 5º da lei

disponha efetivamente da representação dos Estados, pautando-se, para tanto, no princípio federativo estabelecido na atual Constituição (EM nº 00024/GM/MS). Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2004/Mpv/203.htm>. Acesso em: 20 fev. 2023.

6.194, de 19 de dezembro de 1974, estabelecendo que é o Instituto Médico Legal, da jurisdição do acidente ou da residência da vítima, o responsável pelo fornecimento do laudo à vítima, no prazo de até 90 dias (EM Nº 00212/2008 – MF).

Além de correções de recebimento indevido, como exposto acima, o governo Lula atuou no campo da saúde complementar. Por meio da MP 148, de 15.12.2003 atribuiu competências à ANS a fim de fixar diretrizes para a saúde suplementar no sentido de criar opções mais acessíveis aos consumidores de planos privados de saúde.

A medida prevê que esses programas de oferecimento coletivo serão definidos pela ANS, em condições especialmente estabelecidas para essa finalidade, com regras que definam as condições de transição das condições contratuais de mais impacto, como as carências, reajustes, cobertura obrigatória, doenças preexistentes, preços por faixa etária. Também poderão ser definidos pela ANS vinculação dos preços propostos a um índice mínimo de adesão aos programas, de forma a permitir a adoção de metodologia de cálculos para diluição de risco que obtenham preços mais vantajosos para o consumidor (EM nº 099/2003/MS).

Contudo, a atuação do governo Lula no campo da saúde suplementar diz respeito à normatização dos planos como o governo anterior. Embora tenha atuado no sentido de reduzir a cobrança abusiva desse segmento, nominando a ANS como reguladora e representante dos interesses dos consumidores, não contrariou a lógica de seu antecessor. Dessa forma, a análise das MPs da saúde em relação à saúde complementar, revela a inércia dos governos Sarney, Collor e Itamar na regulação desse setor no país. Essas gestões, são marcadas pela *deriva*, uma vez que esses agentes institucionais optaram por não efetivar a normatização como preconizado pelo texto constitucional, devendo ainda considerar as diretrizes do SUS para o estabelecimento desses parâmetros. Esse somatório de não-decisões foi explorado pelo governo FHC, que opta pela mudança institucional por *camadas*.

Nesse sentido, é no governo FHC que a saúde suplementar vai ganhando uma institucionalidade própria e alijada do SUS. A transformação gradual, através do incentivo ao mercado na oferta da saúde se deu pela criação da ANS e a garantia da autonomia necessária à expansão do setor. A introdução de novas regras às existentes e a mitigação do sistema único colocou em movimento uma dinâmica institucional que deixou em segundo plano a proposta constitucional, universalizante e igualitária que estrutura o SUS.

O governo Lula herda o legado do governo FHC. A expectativa da mudança e a retomada constitucional por um governo de centro-esquerda na ampliação da atuação estatal e no aprofundamento do universalismo da saúde se evidencia. Todavia, os traços mercantis continuaram coexistindo e operando de forma excludente, resultando em um sistema precário e público e outro caro e privado. A ambiguidade quanto à oferta da saúde permanece na trajetória dessa política que não foi alterada por mudanças estruturantes no governo Lula. Ao contrário, depois da promulgação da carta constitucional, tem-se a expansão desse setor fortemente impulsionado pelo governo FHC, tanto o privado filantrópico quanto o lucrativo. Nesse contexto, o governo Dilma teria alterado esses arranjos institucionais consolidados pelo governo FHC? Para responder a essa questão é necessária a discussão das MPs da saúde editadas durante seu governo.

Quadro 6 - Medidas provisórias dos governos Dilma (01/01/2011 a 11/05/2016)

Temas	Medidas provisórias
CVS	568, de 11.5.2012 – Institui o Plano de Carreiras e Cargos do Instituto Evandro Chagas, Centro Nacional de Primatas e FIOCRUZ 632, de 24.12.2013 – Dispõe sobre remuneração das Carreiras e dos Planos Especiais de Cargos das Agências Reguladoras
CE	573, de 27.6.2012 – Compra de ambulância – SAMU e unidades odontológicas móveis 637, de 30.12.2013 – Unidades de atenção básica e especializada em saúde 702, de 17.12.2015 – Demandas da média e alta complexidade 709, de 30.12.2015 – Programa “Farmácia Popular do Brasil”
MS	536, de 24.6.2011 – Residência médica 563, de 3.4.2012 – Institui o PRONON e PRONAS/PCD 621, de 8.7.2013 – Institui o Programa Mais Médicos 658, de 29.10.2014 – Parcerias entre a administração pública e as organizações da sociedade civil 723, de 29.4.2016 – Prorroga o prazo de dispensa de revalidação do diploma dos médicos que participam do Programa Mais Médicos
SUS	712, de 29.1.2016 - Vigilância em saúde quando verificada situação de iminente perigo à saúde pública pela presença do mosquito transmissor do Vírus da Dengue, do Vírus Chikungunya e do Zika Vírus.

Fonte: Governo Federal. Senado Federal. Elaboração própria.
Carreira, Vencimentos e Salários (CVS), Créditos Extraordinários (CE), Ministério da Saúde (MS) e Sistema Único de Saúde (SS).

O governo Dilma deu continuidade à normatização do funcionalismo público e por meio da MP 568, de 11.5.2012 tratou das carreiras de pesquisa e investigação

biomédica do Instituto Evandro Chagas, Centro Nacional de Primatas e FIOCRUZ, bem como estabeleceu várias gratificações a diversas especialidades médicas. Tais medidas foram justificadas por meio da exposição dos motivos que segue abaixo:

2. As medidas propostas buscam suprir demanda dos órgãos e entidades da Administração Pública Federal por atrair, valorizar e reter profissionais de alto nível de qualificação, compatíveis com a natureza e o grau de complexidade das atribuições das carreiras e dos cargos objeto da proposta, em consonância com os parâmetros estabelecidos no art. 39, § 1º, da Constituição Federal, na continuidade da política de recursos humanos no âmbito do Governo Federal para a construção de um serviço público profissionalizado e eficiente, que visa fomentar uma inteligência permanente no Estado para o desenvolvimento das políticas públicas e a prestação de serviços públicos de qualidade para a sociedade brasileira (EM nº 00093/2012).

Como vimos no capítulo 3, ordenar a formação dos recursos humanos do SUS é uma diretiva da carta constitucional imprescindível à execução da política de saúde. Nesse sentido, os governos Lula e Dilma vão atuar na composição dos recursos humanos para executar a oferta da saúde, fortalecendo o setor estatal na implementação do SUS. Outra atuação relacionada à política de recursos humanos, se deu por meio da MP 632, de 24.12.2013, que trata das carreiras e planos especiais de cargos das agências reguladoras e estabelece os vencimentos básicos dos cargos de Especialista em Regulação e Vigilância Sanitária e Especialista em Regulação de Saúde Suplementar³⁷.

Assim, é necessário destacar que a política de recursos humanos foi referendada no texto constitucional no art. 200, inciso III³⁸ como uma das atribuições do SUS. Isso envolve a formação dos trabalhadores da saúde, a regulação do exercício profissional, a administração das carreiras, entre outras dimensões relacionadas à execução do trabalho. A formação de recursos humanos, está diretamente relacionada à operacionalização do SUS, ou seja, trata-se dos profissionais que irão executar a política em toda a rede de atendimento prevista.

³⁷ 3. Pela medida, propõem-se aumento na remuneração para as Carreiras e Plano Especial de Cargos do Departamento Nacional de Produção Mineral - DNPM, Plano de Carreiras e Cargos do Hospital das Forças Armadas – PCCHFA, Carreiras e Planos Especiais de Cargos das Agências Reguladoras, Carreiras e Plano Especial de Cargos do DNIT e Carreira de Perito Federal Agrário. São propostos também ajustes na remuneração dos cargos de nível auxiliar do Quadro de Pessoal da Fundação Nacional do Índio – FUNAI, de que trata a Lei no 11.907, de 2 de fevereiro de 2009 (BRASIL, 2013a).

³⁸ Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei: [...] III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde; [...] (BRASIL, 1988a).

Além desses aspectos, o governo Dilma também procedeu à abertura de créditos extraordinários por meio das MPs 573, 637, 702 e 709³⁹ ao longo do seu mandato. Nesse sentido, apresentamos abaixo os principais motivos que justificaram a abertura. No caso da MP 573, de 27.6.2012 o recurso foi destinado à compra de ambulâncias cuja meta era ampliar a capacidade de operação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Além disso, o outro ponto que justificou sua concessão foi o aumento da capacidade de atendimento odontológico gratuito pelas Equipes de Saúde Bucal do PSF. Como exposto abaixo:

4. No que tange ao Ministério da Saúde, o crédito possibilitará a aquisição de ambulâncias e de unidades odontológicas móveis, a fim de permitir a ampliação da cobertura do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192, componente primário da Rede de Urgência e Emergência, além de viabilizar a ampliação da oferta dos serviços de atendimento odontológico prestados pelas Equipes de Saúde Bucal, no âmbito do Programa Saúde da Família, oferecendo gratuitamente tratamento clínico odontológico à população (EM nº 00138/2012 MP).

Os recursos da MP 637, de 30.12.2013 foram destinados à redução das desigualdades regionais por meio da estruturação de unidades de atenção básica e especializada em saúde a fim de qualificar os serviços oferecidos pelo SUS (EM nº 290 /MP-2013). De forma distinta, a abertura da MP 702, de 17.12.2015 direcionou recursos ao atendimento das demandas de média e alta complexidades, ambulatorial e dos hospitais no âmbito do SUS em decorrência das epidemias de dengue, chikungunya e zika vírus que marcaram aquele ano.

Já a MP 709, de 30.12.2015, teve o propósito de ressarcir as farmácias que fazem parte do Programa Farmácia Popular, referente aos medicamentos que possuem a contraparte de copagamento pelo usuário. Segundo a justificativa, foram três milhões de usuários atendidos mensalmente pelo programa para o tratamento de rinite, glaucoma, osteoporose, dislipidemia e de doença de Parkinson, bem como de utilização de fralda geriátrica (EM nº 00243/2015 MP).

De uma forma geral, as MPs que trataram da abertura de créditos extraordinários foram voltadas também à continuidade de programas e serviços de toda a rede de atendimento do SUS, com destaque para o SAMU e PSF. Além da continuidade do atendimento da atenção básica e de média complexidades, evidenciando a necessidade de recursos públicos para a execução de todo o sistema.

³⁹ As exposições dos motivos que justificaram a abertura de créditos extraordinários podem ser acessadas em: <<http://www4.planalto.gov.br/legislacao/portal-legis/legislacao-1/medidas-provisorias/2011-a-2014>>. Acesso em: 20 fev. 2023.

Tais medidas demonstram a centralidade em programas que vão atender a toda a população, evidenciando que a universalização, a integralidade do atendimento e a diminuição das desigualdades regionais quanto à oferta da saúde no país tem orientado a gestão petista.

No que tange à atuação governamental via Ministério da Saúde, a MP 536, de 24.6.2011 garantiu a atualização do valor da bolsa de residência médica defasada há anos. Contudo, há deficiências a serem supridas no que diz respeito às especialidades em consonância com a demanda de profissionais para atuarem no sistema único, como pode ser observado abaixo.

7. Este número vem crescendo anualmente, em cumprimento à política governamental de expansão de vagas de residência médica, com vista à cobertura da necessidade de médicos especialistas detectada em estudo realizado conjuntamente pelos Ministérios da Saúde e da Educação, e também de implementação da residência multiprofissional da saúde, necessária para a qualificação dos demais profissionais que compõem o quadro de recursos humanos do SUS. Para 2011, está prevista a meta de oferta de 6.092 bolsas de residência médica e 1.174 bolsas de residência multiprofissional, totalizando 7.270 bolsas. No âmbito desta política interministerial, o Ministério da Saúde também vem expandindo o pagamento de bolsas de residência, não apenas nas suas unidades próprias, mas também nas de unidades estaduais, municipais e hospitais filantrópicos, com uma previsão de financiamento de um total de 1862 bolsas para 2011, tanto em programas médicos como de outras profissões (E.M. nº 027/MEC/MP).

A partir da análise das MPs, é possível afirmar que os governos petistas têm orientado suas ações ao longo das gestões Lula-Dilma no sentido de planificar uma política de recursos humanos do SUS, tendo como referência as necessidades do sistema na perspectiva da saúde como direito social fundamental. Nesse sentido, a referida MP ao permitir o reajuste da bolsa de residência alterou a Lei nº 6.932, de 07 de julho de 1981 que trata sobre o tema. Outra atuação do governo Dilma se deu por meio da MP 563, de 3.4.2012 que instituiu o Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (PRONON) e o Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência (PRONAS/PCD) e atribuiu ao Ministério da Saúde o acompanhamento destes. Resgatamos abaixo os argumentos que justificam a implementação desses programas:

8. A urgência e a relevância se justificam por ser o câncer uma das doenças que mais mata no Brasil, as medidas propostas conferirão de imediato às pessoas físicas, na qualidade de incentivadores, a possibilidade de efetuarem doações e patrocínios em prol de aumentar a captação de recursos para estimular e desenvolver a prevenção e o combate ao câncer, englobando a promoção, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e cuidados paliativos, referentes às neoplasias malignas e afecções correlatas. [...] 10. Na outra ponta, a urgência da medida pode ser estabelecida meramente observando-se um preceito constitucional: o da dignidade da pessoa humana, que

demanda, necessariamente, a integração de todos na sociedade (EM nº 00025/2012-MF/MDIC/MCTI/MEC/MC/SEP/MS/MPS).

Destaca-se nessa iniciativa, o acesso aos bens e serviços sociais através da inclusão social das pessoas com deficiência no país na perspectiva da integralidade e universalidade do atendimento. Ainda sobre essa temática, o governo Dilma atuou via MP 621, de 8.7.2013 na criação do Programa Mais Médicos (PMM) convertido na Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013 que previu em seu art. 13 o Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB) e estabeleceu a modalidade de médicos intercambistas. Isso permitiu aos profissionais de outros países o visto temporário de três anos, prorrogável por igual período, a fim de ocupar vagas na atenção básica em saúde. Segundo a justificativa para a criação do programa, o objetivo era a diminuição das desigualdades regionais na atenção à saúde primária no país. Como pode ser observado nos argumentos que justificaram sua criação:

11. O Brasil possui 359.691 médicos ativos e apresenta uma proporção de 1,8 médicos para cada 1.000 (mil) habitantes, conforme dados primários obtidos no Conselho Federal de Medicina (CFM) e na estimativa populacional do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). 12. A proporção de médico/1.000 habitantes constatada no Brasil é menor do que em outros países latino-americanos com perfil socioeconômico semelhante ou países que têm sistemas universais de saúde, a saber: Canadá 2,0; Reino Unido 2,7; Argentina 3,2; Uruguai 3,7; Portugal 3,9; Espanha 4,0 e Cuba 6,7 (*Estadísticas Sanitarias Mundiales* de 2011 e 2012 – Organização Mundial da Saúde – OMS) (EM nº 00024/2013/MS/MEC/MP).

Dada a constatação do governo Dilma, exposta acima, referente ao número insuficiente de médicos para o atendimento da proteção básica. A exposição dos motivos para a criação do PMMB destacou a falta de atendimento à população em áreas prioritárias do SUS que vão se concentrar em pequenos municípios, onde a maioria dos habitantes vivem em extrema pobreza ou em áreas vulneráveis de grandes capitais e metrópoles e, ainda os DSEIs. Ou seja, comunidades indígenas que não possuem o atendimento médico em seus territórios como a lei assegura (EM nº 00024/2013 MS/MEC/MP).

É preciso salientar que a implementação do PMMB ocasionou amplo debate social e o argumento da escassez desses profissionais no país mobilizou o Conselho Federal de Medicina, que se posicionou contrariamente à implementação do programa. De uma forma geral, a sociedade dividiu opiniões sobre o PMMB estabelecendo defensores e opositores. Outro ponto fundamental, que gerou muitas

controvérsias, tratou da modalidade médico intercambista que permitiu a atuação de profissionais formados em outros países a fim de atender a demanda brasileira.

Contudo, o ponto fulcral foi o convênio entre o Ministério da Saúde e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), ligada à Organização das Nações Unidas (ONU) que mediou a contratação e o repasse de recursos para o governo de Cuba. Tal medida possibilitou a entrada massiva dos médicos cubanos no país.

Numa publicação da OPAS e Organização Mundial da Saúde (OMS), a avaliação do PMMB entre 2013 até setembro de 2017, ou seja, quatro anos de execução do programa, demonstrou que o Brasil recebeu 18.665 médicos que se concentraram nas regiões Nordeste, Sudeste, Sul, Norte e Centro-Oeste do país. Estes profissionais passaram a atuar em periferias de cidades, comunidades quilombolas, além disso, 519 deles passaram a atender os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs). Dentre os 5.570 municípios que compõe a federação brasileira, 3.544 receberam médicos cubanos (OPAS, 2018).

É preciso salientar que a Declaração Universal dos Direitos Humanos em seu artigo 25, estabeleceu a saúde como um direito humano fundamental, o Brasil como signatário a regulamentou como direito social e política de seguridade. Considerando um dos eixos estruturantes do SUS, a universalidade de atendimento, o PMMB alterou profundamente o atendimento médico no país, incidindo diretamente na redução das desigualdades regionais de atendimento. Por meio da oferta dos recursos humanos médicos, proporcionando a igualdade no atendimento a todo cidadão brasileiro, uma vez que desconcentrou o atendimento das regiões mais desenvolvidas ou capitais.

Nesse contexto, o PMMB assegurou o atendimento da rede de atenção básica ou primária do SUS, ou seja, aquela ofertada a todo cidadão no local onde vive. Posteriormente, a MP 723, de 29.4.2016 prorrogou o prazo de dispensa de revalidação do diploma dos médicos que participavam do Programa Mais Médicos. O governo Dilma, ao justificar a prorrogação dos contratos e, conseqüentemente, dos vistos desses profissionais por mais três anos enfatizou os motivos que ensejaram a prorrogação. Os dados apresentados vão evidenciar o baixo interesse dos profissionais brasileiros em participar do programa.

[...] Evidencia-se na Lei PMM a preferência nas seleções aos médicos com registro profissional no Brasil. Contudo, tendo em vista a inicial baixa procura dos médicos com registro profissional no Brasil, foram necessários 12.966 médicos com registro no exterior para possibilitar a ocupação das 18.240 vagas do Programa, que representam 71% dos médicos do Programa, sem os quais não teria sido possível suprir a necessidade por assistência à saúde

de uma parcela importante da população brasileira. Todos os médicos com registro no exterior são intercambistas no Programa, sendo que 1.537 ingressaram individualmente através de edital, originários de mais de 40 países, sendo denominados intercambistas individuais, e 11.429 ingressaram por meio da Cooperação Internacional com a OPAS/OMS, de nacionalidade cubana, sendo denominados cooperados (EM nº 00018/2016 MS MEC).

Ao fazer um breve diagnóstico do PMMB para justificar sua prorrogação, o governo Dilma destaca a baixa adesão de médicos brasileiros na participação no PMMB. E para evitar a descontinuidade do atendimento à saúde primária em áreas prioritárias do SUS, apresenta alguns dados sobre o andamento do PMMB.

[...] O edital de janeiro de 2016 é bastante representativo dessa tendência. Apesar do recorde de mais de 13 mil médicos brasileiros inscritos e ocupação por esses profissionais de 100% das vagas, somente 72% dos brasileiros iniciaram efetivamente as atividades, deixando com isso 684 vagas em aberto logo na primeira semana em que deveriam estar nas Unidades Básicas de Saúde. Essas vagas estão predominantemente em periferias de capitais e regiões metropolitanas e nos municípios com mais de 20% da população em extrema pobreza (EM nº 00018/2016 MS MEC).

Nesse contexto, o governo Dilma justifica a prorrogação dos contratos dos médicos participantes do PMMB.

9. Com isso, na prática, quem não tiver se submetido e sido aprovado no exame não poderá permanecer no Brasil. Considerando que 12.966 médicos do Programa são médicos com registro no exterior, a interrupção da participação deste no programa trará grandes implicações para o atendimento à população já no ano de 2016, quando 7.005 profissionais poderão vir a ter encerrada a sua participação. [...] 18. Também é importante ressaltar que o último edital contou com menos de 3 mil brasileiros, o que reforça a constatação de que não seriam suficientes para preencher o total de vagas que ficariam disponíveis com a saída dos médicos com registro no exterior gerando interrupção do atendimento à população (EM nº 00018/2016 MS MEC).

Diante do exposto, é possível afirmar que o programa levou o atendimento médico em áreas prioritárias do SUS. A universalidade, de fato, ocorreu. Não cabe aqui discutir seu aspecto paliativo, uma vez que os contratos têm prazo determinado e a demanda do país se mantém. Embora o programa desenvolva ações nesse campo como a exigência de que parte das atividades de internato sejam cumpridas na atenção básica e serviços de urgência e emergência do SUS, por exemplo, o fato é que o PMMB, pela primeira vez efetivou um direito elementar de cidadania, o atendimento à saúde.

Além da criação dos programas citados, as parcerias entre a administração pública e as organizações da sociedade civil foi outro tema tratado via MP 658, de 29.10.2014 pelo governo Dilma que altera a Lei nº 13.019, de 31 de julho de 2014,

que estabelece o regime jurídico dessas parcerias. Nesse sentido, é importante salientar que a referida lei foi proposta pelo senador Aloysio Nunes Ferreira (PSDB/SP) em 19/02/2014⁴⁰, mediante projeto de lei que amplia e consolida o arcabouço institucional do terceiro setor no país, já tratado anteriormente. Nesse sentido, a MP aumentou o prazo de adequação das parcerias público-privadas em atendimento às entidades que representam o setor.

Além desse tema, o governo Dilma adotou medidas de caráter urgentes nos anos 2015 e 2016 quando o Brasil enfrentou um quadro epidêmico de dengue, chikungunya e zika vírus. Nesse contexto, a MP 712, de 29.1.2016 tratou especificamente dessa temática, ao propor ações voltadas à vigilância epidemiológica. Dessa forma, a MP garantiu que os agentes públicos pudessem acessar os imóveis a fim de combater o mosquito transmissor do vírus, mediante a realização de visitas, além do acesso forçado a imóveis públicos ou particulares que estivessem abandonados (EM nº 00008/2016 MS).

De uma forma geral, o governo Dilma, atuou em diversos campos da política de saúde. Todavia, a saúde complementar é marcada pela inação em seu governo. Já em seu segundo mandato enfrentou o processo de impedimento, sendo definitivamente afastada da presidência da república em 31/08/2016. Embora, seu vice assumira a presidência, a agenda de programas e projetos na área da saúde é impactada pelo governo Temer que via MP retoma o projeto do governo FHC, como veremos na sequência.

40

Disponível

em:

<<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=606626>>. Acesso em: 20 fev. 2023.

Quadro 7 - Medidas provisórias do governo Temer (12/05/2016 a 01/01/2019)

Temas	Medidas provisórias
POR	726, de 12.5.2016 782, de 31.5.2017
CVS	765, de 29.12.2016 – Reorganiza cargos e carreiras 827, de 19.4.2018 – Direitos dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias
MS	851, de 10.9.2018 – Autoriza a administração pública a firmar parcerias com organizações gestoras de fundos patrimoniais 848, de 16.8.2018 – Operações de crédito destinadas às entidades filantrópicas e sem fins lucrativos que participam do SUS 859, de 26.11.2018 – Operações de financiamento de entidades hospitalares filantrópicas que participem do SUS

Fonte: Governo Federal. Senado Federal. Elaboração própria.

Organização da Presidência da República (OPR), Carreira, Vencimentos e Salários (CVS), e Ministério da Saúde (MS)

No mesmo dia em que a presidenta Dilma é afastada, seu vice, Michel Temer, reorganiza o gabinete ministerial por meio da MP 726, de 12.5.2016, cuja composição contou com vinte ministérios, preservando uma pasta unitária para a saúde⁴¹. É interessante destacar os motivos que irão justificar a reorganização de seus ministérios⁴².

Ao adotar a presente medida provisória, temos dois propósitos básicos, urgentes e relevantes. De um lado, pretendemos reorganizar a estrutura da administração pública federal direta, notadamente de seus ministérios e dos órgãos que integram a Presidência da República. A ideia é recombinar competências e atribuições, de modo a propiciar melhor organicidade, sistemática e eficiência às atividades desempenhadas, permitindo que as unidades administrativas, operando isoladamente ou trabalhando entre si, sejam capazes de atuar de forma tão racional quanto eficaz. Por outro lado, entendemos ser necessário adequar a estrutura da administração à realidade econômica do País, reduzindo o número de unidades administrativas e criando condições para a diminuição das despesas públicas (BRASIL, 2016, p. 1).

⁴¹ Posteriormente, transformada na Lei nº 13.341, de 29 de setembro de 2016 que definiu a estrutura ministerial composta pelas pastas: Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações; Defesa; Cultura; Fazenda; Indústria, Comércio Exterior e Serviços; Integração Nacional; Justiça e Cidadania; Saúde; Transparência, Fiscalização e Controladoria-Geral da União (CGU); Cidades; Relações Exteriores; Minas e Energia; Desenvolvimento Social e Agrário; Esporte; Meio Ambiente; Planejamento, Desenvolvimento e Gestão; Trabalho; Turismo; Transportes, Portos e Aviação Civil e Educação. Posteriormente, por meio da MP 728, de 23.5.2016, os Ministérios da Educação e Cultura foram desmembrados. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2016/Mpv/mpv728.htm>. Acesso em: 23 mar. 2023.

⁴² Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2016/Mpv/mpv726.htm>. Acesso em: 23 mar. 2023.

Como pode ser observado acima, o governo Temer ao justificar sua mudança recorre ao argumento da racionalidade e eficácia na gestão pública e remete abaixo ao argumento da austeridade frente à gestão estatal. De modo que:

Foi a partir desses propósitos que demos início às providências com vistas à extinção de alguns órgãos. Esses órgãos são o Ministério da Cultura, o das Comunicações, o do Desenvolvimento Agrário e o das Mulheres, da Igualdade Racial e dos Direitos Humanos. Além desses ministérios, também providenciamos a extinção das Secretarias de Aviação Civil, de Portos e de Comunicação Social da Presidência da e, lado a elas, a da Controladoria-Geral da União (CGU). [...] (BRASIL, 2016, p. 1).

Os argumentos para tais mudanças vão remeter à eficácia e a racionalização da administração pública no governo Temer⁴³, temas caros ao governo FHC. A reorganização dos ministérios, demonstra uma reorientação da administração pública pautada na lógica empresarial peessedebista. E, embora não seja o foco desta tese, é interessante destacar quais ministérios foram extintos e, ao mesmo tempo, quais pautas perderam centralidade em seu governo.

No caso, Cultura, Comunicações, Desenvolvimento Agrário e o das Mulheres, Igualdade Racial e dos Direitos Humanos, mesmo com a fusão de algumas pastas ministeriais. No ano seguinte, por meio da medida provisória 782, de 31.5.2017, o presidente Temer reorganizou novamente seus gabinetes e recorreu ao argumento da eficiência e economicidade na gestão pública para definir suas pastas:

6. A relevância está evidenciada pela natureza da própria organização básica da Presidência da República e dos Ministérios que se pretende implementar, voltada aos princípios da eficiência e economicidade administrativas. 7. Já a urgência está caracterizada pela premente necessidade de racionalizar a estrutura da Presidência da República e dos ministérios, de modo que não só a Administração, mas também os cidadãos, ao consultarem a lei de regência tenham exata e correta compreensão acerca da estrutura e competência de cada um dos órgãos. Assim, justifica-se a adoção da presente Medida Provisória, que não somente consolida imediatamente a estrutura governamental num único instrumento, como lhe garante a organicidade e coerência necessárias (EM Interministerial nº 00128/2017/MP/CC-PR).

Embora o argumento utilizado para excluir determinadas pastas seja o da eficiência, economicidade e racionalidade da organização pública. Posteriormente, a estrutura ministerial é contraditoriamente ampliada para vinte e dois ministérios⁴⁴.

⁴³ As exposições dos motivos das MPs do governo Temer estão disponíveis em: <<http://www4.planalto.gov.br/legislacao/portal-legis/legislacao-1/medidas-provisorias/medidas-provisorias-2015-a-2018>>. Acesso em: 23 mar. 2023.

⁴⁴ Posteriormente, convertida na Lei nº 13.502, de 1º de novembro de 2017 que estabelece a organização básica da presidência da república e dos ministérios da Agricultura, Pecuária e Abastecimento; Cidades; Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações; Cultura; Defesa; Desenvolvimento Social; Direitos Humanos; Educação; Esporte; Fazenda; Indústria, Comércio Exterior

Outra ação no campo administrativo foi voltada aos recursos humanos por meio da MP 765, de 29.12.2016, que reorganizou cargos e carreiras de servidores da saúde. Neste caso, a MP tratou da revisão remuneratória da Carreira de Perito Médico Previdenciário e da Carreira de Supervisor Médico-Pericial amparados pela Lei nº 11.907, de 2 de fevereiro de 2009. É preciso ressaltar que tal medida é resultante da negociação das entidades representativas dos profissionais como pode ser observado abaixo:

35. Por fim, quanto aos requisitos de urgência e relevância para adoção de Medida Provisória, considera-se que se encontram atendidos, frente à necessidade de dar resposta efetiva aos acordos firmados na Mesa Nacional de Negociação Permanente com as entidades representativas dos cargos e carreiras alcançados pela proposta, que estabeleçam a entrada em vigor de medidas ajustadas entre as partes ainda no exercício de 2016 (EM nº 00360/2016 MP).

Ainda no que tange aos recursos humanos, a MP 827, de 19.4.2018 alterou a Lei nº 11.350, de 2006 que trata das atividades dos Agentes Comunitários de Saúde e de Agentes de Combate às Endemias e estabeleceu que na estrutura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) seja obrigatória a presença desses profissionais para atuarem no combate às endemias e na vigilância epidemiológica. Outro aspecto diz respeito ao estabelecimento de cursos de aperfeiçoamento a cada dois anos e jornada de trabalho de quarenta horas semanais. É importante destacar que a referida MP também é resultante de negociações coletivas (EMI nº 00016/2018 MS MP).

Já as MPs que tratam da atuação do Ministério da Saúde versaram sobre a doação de fundos privados a instituições e, de forma correlata, sobre entidades filantrópicas que compõem a rede SUS. Nesse sentido, a MP 851, de 10.9.2018, autorizou a administração pública a firmar parcerias com organizações gestoras de fundos patrimoniais, sob o argumento do gasto público com pessoal e encargos sociais serem onerosos aos cofres públicos.

Como forma de suprir essa “falta de recursos”, propõe a composição de fundos com a iniciativa privada para custear ações de várias políticas públicas, inclusive a saúde. Isso pode ser constatado no trecho abaixo que justifica a pertinência da MP:

2. O financiamento das instituições públicas tem enfrentado dificuldades nos últimos anos. A maior parte do orçamento público é alocada em despesas de

e Serviços; Integração Nacional; Justiça e Segurança Pública; Meio Ambiente; Minas e Energia; Planejamento, Desenvolvimento e Gestão; Trabalho; Transportes, Portos e Aviação Civil; Turismo; Relações Exteriores; Saúde e Transparência e Controladoria-Geral da União. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2017/Lei/l13502.htm>. Acesso em: 23 mar. 2023.

custeio, especialmente pessoal e encargos sociais, sobrando pouco espaço para conservação patrimonial e investimento em pesquisa, desenvolvimento e inovação. Essas instituições possuem pouca tradição na captação de recursos privados, como também enfrentam a inexistência de normas específicas sobre o tema, que confirmam segurança jurídica e as incentivem, de modo a promover o desenvolvimento de suas atividades finalísticas (EM nº 00041/2018 MEC MP MinC).

E como forma de suprir essa defasagem, o governo destaca a importância de tais fundos para custear a saúde que constitucionalmente deve ser ofertada e custeada pelo Estado. Têm-se a partir disso, a reorientação da atuação estatal em parcerias com instituições “[...] ligadas à educação, à ciência, tecnologia, pesquisa e inovação, à cultura, à saúde, ao meio ambiente, à assistência social e ao desporto.” (EM nº 00041/2018 MEC MP MinC). E para isso, a MP 851/2018 define juridicamente: instituição apoiada, organização gestora de fundo patrimonial, organização executora, fundo patrimonial, principal, rendimentos, instrumento de parceria, termo de execução de programas, projetos, e demais finalidades de interesse público e termo de execução de programas, projetos e demais finalidades de interesse público em pesquisa, desenvolvimento e inovação⁴⁵.

Alfim, a MP 848, de 16.8.2018 e a MP 859, de 26.11.2018 são correlatas, pois vão alterar a Lei nº 8.036, de 11 de maio de 1990 que trata do Fundo de Garantia do

⁴⁵ Art. 2º Para fins do disposto nesta Medida Provisória, consideram-se: I - instituição apoiada - instituição pública ou privada sem fins lucrativos e seus órgãos vinculados dedicados à consecução de finalidades de interesse público e beneficiários de programas, projetos ou atividades financiados com recursos de fundo patrimonial; II - organização gestora de fundo patrimonial - instituição privada, sem fins lucrativos, instituída na forma de associação ou fundação privada, para atuar exclusivamente para um fundo na captação e na gestão das doações oriundas de pessoas físicas e jurídicas e do patrimônio constituído; III - organização executora - instituição sem fins lucrativos ou organização internacional reconhecida e representada no País, que atua em parceria com instituições apoiadas e que é responsável pela execução dos programas, dos projetos e demais finalidades de interesse público; IV - fundo patrimonial - conjunto de ativos de natureza privada instituído, gerido e administrado pela organização gestora de fundo patrimonial com o intuito de constituir fonte de recursos de longo prazo, a partir da preservação do principal e da aplicação de seus rendimentos; V - principal - somatório da dotação inicial do fundo e das doações supervenientes à sua criação; VI - rendimentos - o resultado auferido do investimento dos ativos do fundo patrimonial; VII - instrumento de parceria - acordo firmado entre a organização gestora do fundo patrimonial e a instituição apoiada, que estabelece o vínculo de cooperação entre as partes e determina a finalidade de interesse público a ser apoiada, nos termos desta Medida Provisória; VIII - termo de execução de programas, projetos e demais finalidades de interesse público - acordo firmado entre a organização gestora do fundo patrimonial, a instituição apoiada e, quando necessário, a organização executora, que define como serão despendidos os recursos destinados a programas, projetos ou atividades de interesse público; e IX - termo de execução de programas, projetos e demais finalidades de interesse público em pesquisa, desenvolvimento e inovação - acordo firmado entre a organização gestora do fundo patrimonial e a empresa que possui obrigação legal ou contratual de investimentos em pesquisa, desenvolvimento e inovação, que define as condições de aporte de recursos para a consecução da finalidade de interesse do setor da empresa originária. Parágrafo único. A atuação como organização gestora de fundo patrimonial ou como instituição apoiada é vedada às fundações de apoio de que trata a Lei nº 8.958, de 20 de dezembro de 1994 (BRASIL, 2018b).

Tempo de Serviço (FGTS). A primeira tem o objetivo de “[...] possibilitar melhor taxas de juros para as operações de financiamento destinadas às entidades hospitalares filantrópicas e sem fins lucrativos que participem de forma complementar do Sistema Único de Saúde (SUS) [...]” (EM nº 00033/2018 MS MTB).

Segundo o governo Temer a “[...] história da assistência à saúde no Brasil confunde-se com a das Santas Casas de Misericórdia. Antes da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), somente tinha acesso aos serviços públicos de assistência à saúde quem contribuísse com a previdência social.” (EM nº 00033/2018 MS MTB). Nesse sentido, destacamos os argumentos da exposição dos motivos que vão justificar a edição da MP 848, de 16.8.2018 a fim de compreender a extensão da prestação dos serviços de média e alta complexidades pela saúde supletiva no país.

4. Mesmo com a universalização da assistência à saúde, a partir da Constituição de 1988 e da Lei nº 8.080, de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), essas entidades continuaram a desempenhar importante função no sistema de saúde. 5. Trata-se de uma rede hospitalar estruturada e dotada de grande capilaridade pelo País, sendo responsável por um percentual significativo de internações e atendimentos de média e alta complexidade. 6. Em muitas regiões do país, especialmente em municípios de pequeno porte, os únicos serviços hospitalares existentes são os das Santas Casas. O reconhecimento dado à importância dessas entidades veio por intermédio de convênios celebrados com o poder público, que as admitiu como parceiras dos serviços públicos municipais, estaduais e federais. 7. Por sua natureza e pelas condições impostas pela legislação, as entidades hospitalares beneficentes se transformaram em entidades complementares ao SUS, com obrigação contratual de oferecer prestação de, no mínimo, 60% de seus serviços ambulatoriais e hospitalares ao sistema público de saúde, conforme disposto na Lei nº 12.101/2009 (EM nº 00033/2018 MS MTB).

Nesse diapasão, o governo Temer, além de estimar a participação ativa e efetiva da saúde complementar, mediante contratos ou convênios com o SUS, demonstra em sua explicação o aporte de recursos públicos destinados para essas entidades.

10. Os recursos de financiamento das instituições filantrópicas são originários, em sua maioria, do Poder Público, especialmente aquelas instituições cujo atendimento dos serviços de saúde é 100% SUS, ou seja, toda a remuneração depende do pagamento do Governo Federal. Muitas instituições sem fins de lucros, especialmente, as Santas Casas de Misericórdia, já estão em situação insustentável e acumulam dívidas na ordem de 21 bilhões de reais. Nesse sentido, é urgente que sejam adotadas medidas para socorrer essas instituições, pois essas exercem papel fundamental e estratégico na assistência à saúde, uma vez que representam 31% do total dos leitos do Brasil e são responsáveis por quase metade das cirurgias do SUS. 11. Considerando que o setor hospitalar filantrópico no Brasil responde por aproximadamente 1/3 dos leitos existentes no país; que o setor se apresenta como importante prestador de serviços ao SUS, especialmente na Média e Alta Complexidade, pois quase metade das cirurgias é realizada nessas instituições; que o setor dispõe de altos índices de endividamento, é notório que o segmento necessita de maior aporte de

recursos, com vistas a contribuir para a sua manutenção. O risco de paralisação de grande parte dos serviços, ofertados pelas instituições sem fins de lucro ao SUS, justifica a urgência da edição de Medida Provisória que viabilize a oferta de crédito a essas instituições, dado que se trata de um caso de saúde pública (EM nº 00033/2018 MS MTB).

Dada a importância desse segmento para viabilizar o atendimento público, temas debatidos na Constituinte sobre a estatização da saúde parecem ainda pertinentes na atualidade, uma vez que o Estado exerce papel expressivo no financiamento do setor privado não-lucrativo, como exposto acima. Tais fatos, levam a questionar o caráter e a atuação suplementar desse setor como preconizado pelo texto constitucional.

Nessa direção, e em complementaridade à medida provisória anterior, a MP 859, de 26.11.2018 define que o Ministério da Saúde deverá assessorar o Conselho Curador do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS) a fim de organizar as metas a serem alcançadas nas operações de crédito das entidades que participam de forma complementar ao SUS (EMI nº00038/2018 MTB MS).

De uma forma geral, as justificativas às MPs do governo Temer vão revelar as fragilidades do SUS na oferta da rede de média e alta complexidades da saúde no país, significativamente contratada ou conveniada ao sistema único. Portanto, dependentes do repasse do Estado para a continuidade do atendimento e, ao mesmo tempo, demonstra que a oferta da saúde pública enfrenta os mesmos gargalos, o financiamento.

A partir da análise das MPs da saúde, podemos considerar que os governos Sarney e Collor, ao contrário de seus sucessores, apresentaram uma atuação tímida na edição desses institutos. O governo Sarney (01/01/1989 a 14/03/1990), atuou administrativamente ao definir seus ministérios, regulação do SUS e o estabelecimento de gratificações dos recursos humanos. Também no campo administrativo, o governo Collor (15/03/1990 a 01/10/1992), reduziu seu gabinete ministerial e atuou na reorganização de entidades para a criação da Fundação Nacional da Saúde.

O governo Itamar (02/10/1992 a 01/01/1995) numa gestão diligente editou um número maior de MPs em relação ao governo Collor. Assim, ampliou sua estrutura ministerial, desenvolveu ações em vários setores da política de saúde como recursos humanos e abriu créditos extraordinários para dar continuidade ao atendimento dos

serviços. Em relação às parcerias público-privadas, tratou dos hospitais conveniados ou contratados pelo sistema único que apresentavam contribuições devidas.

De forma semelhante aos seus antecessores, o governo FHC (01/01/1995 a 01/01/2003) atuou administrativamente, reorganizando seus ministérios, direcionando a atuação estatal para a regulação, tal ensejo já havia sido considerado em seu programa de governo. Contudo, três pontos fundamentais vão marcar sua gestão frente à política de saúde no país: os recursos humanos do SUS, as parcerias público-privadas e a criação das agências reguladoras.

No que diz respeito aos recursos humanos, o governo FHC incentivou através do Programa de Desligamento Voluntário a demissão de servidores públicos. O objetivo era a redução dos gastos estatais com encargos sociais, veladamente o argumento que fundamenta a atuação é o da austeridade. Além disso, a contenção de gastos e as reformas seriam fundamentais a fim de garantir a modernização do Estado que se tornou sob sua gestão cada vez mais gerencial e regulacionista. Tais mudanças são afeitas aos partidos de centro-direita que preconizam o compromisso com o pagamento da dívida pública, ou seja, os gastos devem ser reorientados para os interesses do mercado, dando ênfase à pauta econômica em detrimento da social.

Como vimos, no capítulo 3, a política de recursos humanos é uma das competências do SUS e eixo estruturante do sistema. Em sentido contrário, o governo FHC ampliou o arcabouço institucional das entidades sociais que compõe o campo de atuação do terceiro setor, incentivando as Parcerias Público-Privadas (PPP). Diante desse fato, o Estado delega a essas instituições suas atribuições e por meio de novos arranjos institucionais foi legitimando e ampliando suas atividades para a execução de várias políticas públicas, dentre elas, a saúde.

Nesse campo, destacamos as OSs e as parceiras estatais, tanto na execução de determinada política pública como também na contratação de pessoal. Além disso, estão dispensadas de processo licitatório, prerrogativa que rege os contratos com a administração pública, uma vez que lhes foi garantido o estabelecimento de convênios com o poder público. Com isso, o investimento em carreiras no setor público da saúde não recebeu incentivos do governo FHC, que delegou às “instituições parceiras” a contratação dos recursos humanos.

Diante de tamanha autonomia conferida a essas entidades, o Partido dos Trabalhadores e o Partido Democrático Trabalhista questionaram o apanágio jurídico conferido a essas organizações por meio de Ação Direta de Inconstitucionalidade

(ADI). Todavia, o Superior Tribunal Federal definiu apenas que a celebração do convênio seja conduzida de forma pública, objetiva e impessoal, como previsto no *caput* do art. 37 da Constituição Federal⁴⁶. Embora a entrada da ADI no STF ocorreu em 01/12/1998, a data da publicação da decisão final só ocorreu em 17/12/2015. Nesse sentido, cabe destaque o entendimento do STF sobre a participação privada na administração pública, como segue abaixo:

15. As organizações sociais, por integrarem o Terceiro Setor, não fazem parte do conceito constitucional de Administração Pública, razão pela qual não se submetem, em suas contratações com terceiros, ao dever de licitar, o que consistiria em quebra da lógica de flexibilidade do setor privado, finalidade por detrás de todo o marco regulatório instituído pela Lei. Por receberem recursos públicos, bens públicos e servidores públicos, porém, seu regime jurídico tem de ser minimamente informado pela incidência do núcleo essencial dos princípios da Administração Pública (CF, art. 37, *caput*), dentre os quais se destaca o princípio da impessoalidade, de modo que suas contratações devem observar o disposto em regulamento próprio (Lei nº 9.637/98, art. 4º, VIII), fixando regras objetivas e impessoais para o dispêndio de recursos públicos (BRASIL, 2015).

Com isso, tem-se garantida a gestão e a contratação de pessoal por instituições privadas para a execução da política pública. Dessa forma, a precarização do SUS ocorre de duas formas, institucionalmente estruturadas pelo governo FHC. Primeiro, através do fortalecimento das PPP, promovendo o estrangulamento do sistema público ao concentrar recurso estatal nessas organizações ao invés de investir na ampliação da oferta pública de média e alta complexidades, por exemplo. Em segundo, a alicantina com os recursos humanos que passa a ser contratado, ou melhor, terceirizado para a rede privada via OSs.

Tais fatos evidenciam que a janela de oportunidades que se teria configurado ainda no período da CNRS, que culmina no processo Constituinte e o possível avanço na efetivação de um texto constitucional que assegurasse efetivamente uma saúde pública e estatal, sucumbiu aos interesses contraditórios. O efeito foi pernicioso ao institucionalizar as demandas de privatistas e universalistas, isso permitiu que os governos pós-redemocratização dessem continuidade à institucionalização da saúde de acordo com os seus interesses ideológicos e programáticos. Essa afirmação se assenta na ampliação do setor privado na oferta da saúde pelo governo peessedebista

46

Disponível

em:

<<https://portal.stf.jus.br/peticaoInicial/verPeticaoInicial.asp?base=ADI&numProcesso=1923>>. Acesso em: 30 ago. 2023.

e, por outro lado, na ampliação de programas e projetos universalistas nos governos petistas.

Por conseguinte, a análise histórica da trajetória da política de saúde a partir das MPs estudadas é marcada por inações. No que diz respeito à definição e extensão do papel privado na participação do SUS, constitucionalmente chancelado como dever do Estado, público e gratuito, deslindando a relação parasitária do setor privatista. Dessa forma, o Estado deixa de ser o principal executor da saúde, todavia continua sendo o principal financiador que destina recurso para entidades sociais.

Nessa direção, retomamos a proposta programática do então candidato FHC ao se comprometer publicamente com a criação de agências regulatórias, no caso da saúde, a ANVISA e a ANS. Como dito anteriormente, essas agências são autogestionárias, com isso, abandona-se a regulação direta do Executivo via ministérios pela atuação indireta via agências. Tem-se a partir disso a execução, contratação de funcionários e agora a regulação da política por organizações.

De forma distinta, os governos petistas, vão extrapolar o campo administrativo de seus antecessores ao criar vários programas e projetos via MP no sentido de universalizar cada vez mais o acesso à saúde no país. Retomemos essa análise ao que diz respeito aos recursos humanos do SUS, as parcerias público-privadas e a criação das agências. Destarte, é preciso resgatar as propostas do candidato Lula, principalmente ao destacar a “valorização profissional por meio de uma política de pessoal do SUS”.

Outrossim, as MPs do governo Lula (01/01/2003 a 01/01/2011), voltadas aos recursos humanos vão viabilizar a criação de carreiras, ou seja, a organização de cargos efetivos do funcionalismo público, gratificações, entre outros, promovendo a expansão e a estabilidade desses profissionais para atuarem na oferta da saúde pública no país. O caminho percorrido pela gestão petista é o da ampliação da atuação estatal na formação de recursos humanos para o SUS e, conseqüentemente o fortalecimento do setor público na oferta da saúde.

Essa alteração da trajetória na administração da saúde pública no país se concretiza à medida que o governo Lula poderia ter privilegiado a participação das OSs para o provimento dos cargos na burocracia estatal, traçado institucional legitimado por seu antecessor. Todavia, opta pela ampliação da estrutura estatal, mediante a expansão de cargos públicos, ou seja, o fortalecimento do setor público em relação ao setor privado na oferta da saúde no país. Essa rota foi seguida pelo

governo Dilma (01/01/2011 a 11/05/2016) na ampliação dos recursos humanos do SUS.

Em relação às parcerias público-privadas, embora os governos petistas não tenham sido os principais legisladores, também não se tornaram um óbice, uma vez que regularam essas parcerias. E embora o PT tenha questionado por meio de ADI a autonomia jurídica dadas às OSs via convênios, amplamente apoiadas no governo FHC, a resultante desse processo foi contrária a intenção inicial, já que o STF legitima a atuação das OSs para a execução de políticas públicas, dentre elas, a saúde.

O mesmo ocorreu no campo da saúde privada lucrativa via ANS, cuja inação dos governos petista é notória. Destaca-se nesse tema a atuação do governo Lula para restringir abusos cometidos por essas operadas, porém é uma resposta dentro da ordem e não para subvertê-la aos interesses do SUS. Todavia, o governo Temer (12/05/2016 a 01/01/2019) retoma e aprofunda a trajetória do governo FHC ao reforçar o apanágio jurídico do campo do terceiro setor, autorizando a administração pública a firmar parcerias com organizações gestoras de fundos patrimoniais.

Nesse contexto, essas instituições passam a arrecadar, a gerir e a destinar doações tanto de pessoas jurídicas quanto físicas para o desenvolvimento de programas e projetos de interesse público nas áreas de educação, ciência, tecnologia, pesquisa, inovação, cultura, meio ambiente, desporto, segurança pública, direitos humanos e saúde. Essa iniciativa governamental poderia ser direcionada aos conselhos de direitos que atuam no controle social das políticas públicas e contam com a destinação do imposto de renda para a execução dessas políticas.

Além disso, é preciso considerar que os governos petistas promoveram a ampliação da atuação estatal no período estudado, mediante a provisão de programas e projetos voltados à universalização da saúde. Caberia aqui uma agenda de pesquisa sobre o orçamento, a fim de analisar o gasto público em saúde pelos governos pós-redemocratização. De qualquer forma, dentre os partidos que fizeram a gestão federal da saúde, apenas o PSDB atuou timidamente via MP ao criar o Programa Bolsa-Alimentação e o fortalecimento do PROFAE.

Contudo, o protagonismo do Partido dos Trabalhadores se deu na ampliação da atuação estatal na saúde primária, de média e alta complexidades. Primeiramente, com a formação dos recursos humanos do SUS, já discutido anteriormente. Além de medidas que visaram o acesso da população a medicamentos básicos a partir do excedente produzido pela FIOCRUZ. Outra medida nesse campo se deu no apoio à

viabilização da Central Internacional para a Compra de Medicamentos contra a AIDS, malária e tuberculose (CICOM/UNITAID), ampliando o acesso a esses medicamentos internamente e para outros países.

Essas medidas remetem claramente às diferenças entre esquerda e direita, anteriormente abordadas, ou seja, entre mais e menos Estado, entre ampliação e restrição do gasto público para a área social, neste caso, a saúde. Tais evidências empíricas confirmam nosso argumento central de que o Partido dos Trabalhadores mesmo à frente de coalizões de centro-esquerda, privilegiou a constitucionalização da saúde e garantiu, conseqüentemente, iniciativas políticas voltadas à universalização em relação ao PMDB, PRN e PSDB no período estudado.

Outro ponto relevante dessa atuação ocorreu mediante a abertura de créditos extraordinários, que garantiu recursos para a execução do auxílio à família na condição de pobreza e extrema pobreza do Programa Bolsa Família. Além de ações desenvolvidas pelos agentes de saúde, recursos à Hemobrás, prevenção à pandemia de Influenza, atendimentos realizados pelo SUS, custeio da atenção de média e alta complexidades, adequação de estruturas físicas e logísticas, causa humanitária, vacinação e, ainda, o desenvolvimento do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras drogas.

O governo Dilma seguiu a mesma rota, ao abrir créditos extraordinários para a compra de ambulância para o SAMU e unidades odontológicas móveis, investiu recursos na estruturação das unidades de atenção básica e especializada em saúde e demandas da média e alta complexidades. Além disso, destinou recursos para o Programa “Farmácia Popular do Brasil”, fortaleceu o programa de residência médica ao aumentar o valor da bolsa, defasada há anos. Instituiu o PRONON e PRONAS/PCD que garantiu a inclusão social e criou o Programa Mais Médicos que ampliou o atendimento à saúde no país.

Diante do exposto, podemos afirmar que a análise das MPs da saúde ratifica nossa hipótese de que os partidos à direita do espectro político apresentam a tendência a mercantilizar o acesso, através do incremento da saúde complementar em detrimento da saúde pública, visto que a consideram dispêndio ou gasto que compromete as contas públicas. E dada a relevância das MPs para compreender o legado dos partidos políticos para a política de saúde brasileira, passamos agora a apresentar a análise dos decretos da saúde do período.

4.6 Os decretos e a institucionalização da política de saúde

Outro recurso institucional utilizado pelos governos pós-redemocratização para legislar no campo da saúde foram os decretos que possibilitaram a alteração de alguns dispositivos legais e ainda o estabelecimento de políticas públicas. É importante ressaltar que a pesquisa foi realizada no sítio eletrônico do governo federal, que disponibiliza os decretos na íntegra. É possível encontrá-los categorizados por períodos “Anteriores a 1960”, “1969 a 1960”, “1979 a 1970”, e posterior a essa classificação a apresentação é anual para o período 1980 a 2023⁴⁷.

Além disso, é possível visualizar o número de cada decreto, a data de publicação no Diário Oficial da União e as respectivas ementas e, ao clicar sobre o número de cada decreto, é possível acessar o seu conteúdo. Nesse sentido, primeiramente, foram pesquisadas as palavras-chave “saúde” e “saude” e uma vez encontradas foram selecionadas. Após essa primeira triagem foi realizada a leitura de todas as ementas de cada decreto, ano a ano, de acordo com o recorte de estudo e a seguir foram selecionadas e categorizadas por temas.

Ao considerar que nosso objetivo é investigar como e em que direção os governos e respectivos partidos políticos à frente das administrações federais institucionalizaram a política de saúde, verificamos que além das MPs, esses gestores também recorreram à edição de decretos presidenciais. Como pode ser observado na tabela abaixo, todos os governos editaram decretos ao longo de suas gestões presidenciais.

⁴⁷ Disponível em: <<http://www4.planalto.gov.br/legislacao/portal-legis/legislacao-1/decretos1/decretos-1>>. Acesso em: 23 mar. 2023.

Tabela 4 - Decretos anuais (1989-2018)

Ano	Decretos anuais
1989	1.358
1990	1.189*
1991	440
1992	305**
1993	320
1994	325
1995	408
1996	345
1997	337
1998	472
1999	404
2000	387
2001	356
2002	493
2003	383
2004	383
2005	328
2006	351
2007	330
2008	385
2009	338
2010	362
2011	240
2012	220
2013	297
2014	207
2015	245
2016	318***
2017	309
2018	399
Total	12.234

Fonte: SICON. Elaboração própria.

* Sendo 395 decretos do governo Sarney e 794 do governo Collor

** Sendo 256 decretos do governo Collor e 49 decretos do governo Itamar

*** Sendo 146 decretos do governo Dilma e 172 decretos do governo Temer

Se a edição de medidas provisórias para o período estudado (1989-2018) foi de 6.955 MPs, a publicação de decretos quase dobrou, isso correspondeu a 12.234

documentos editados. Essa discrepância na edição desses institutos também pode ser verificada na publicação das MPs e decretos da saúde expostos na tabela abaixo.

Tabela 5 - Medidas provisórias e decretos por governos (1989-2018)

Período	Governo	MPs da saúde	Decretos da saúde
01/01/1989 a 14/03/1990	Sarney	5	9
15/03/1990 a 01/10/1994	Collor	3	19
02/10/1994 a 01/01/1995	Itamar	9	17
01/01/ 1995 a 01/01/2003	FCH	27	62
01/01/2003 a 01/01/2011	Lula	42	64
01/01/2011 a 11/05/2016	Dilma	12	40
12/05/2016 a 01/01/2019	Temer	7	15
Total		105	226

Fonte: Senado Federal. SICON. Governo Federal. Elaboração própria.

Como pode ser observado acima, o governo Lula liderou a edição de decretos da saúde com 64 documentos publicados, seguido por seu antecessor FHC com 62 documentos editados ao longo de sua gestão governamental. Na sequência, a presidenta Dilma publicou 40 decretos, seguida pelo governo Sarney e Collor com 9 e 19 decretos, respectivamente. E, alfin o governo Itamar e Temer apresentaram uma produção legislativa semelhante com 17 e 15 decretos editados em seus respectivos governos.

É importante ressaltar que na organização dos decretos foi considerado o conteúdo do documento que estabelece certo direcionamento ora ao SUS, ora ao Ministério da Saúde que foram considerados na organização e categorização dos documentos. Diante disso, os decretos foram relacionados de acordo com os temas: Carreiras, Vencimentos e Salários (CVS), Organização da Presidência da República (OPR), Conselho Nacional de Saúde (CNS), Ministério da Saúde (MS), Sistema Único de Saúde (SUS), Saúde Complementar (SC) e Outros (O).

Tabela 6 - Temas dos decretos por governos (1989-2018)

Governos	CVS	OPR	CNS	MS	SUS	SS	O	Total
Governo Sarney	3	0	1	4	0	0	1	9
Governo Collor	7	1	3	7	0	0	1	19
Governo Itamar	5	0	3	7	0	0	2	17
Governo FHC	23	0	7	25	3	2	2	62
Governo Lula	29	0	8	25	2	0	0	64
Governo Dilma	9	0	0	25	6	0	0	40
Governo Temer	4	0	1	8	1	0	1	15
Total	80	1	23	101	12	2	7	226

Fonte: Governo Federal. Decretos. Elaboração própria.

Como exposto na tabela acima, os principais temas tratados pelos presidentes no campo da saúde foram os relativos à carreira, vencimentos e salários, Ministério da Saúde e Conselho Nacional de Saúde, dominando a produção legislativa para o período. Considerando a abordagem institucionalista histórica adotada para o desenvolvimento desta tese, a reconstrução dos traçados institucionais dados pelas legislaturas do período pressupõe o resgate e a descrição dos decretos a fim de compreender o direcionamento dado à política de saúde pelos governos do período. Nesse contexto, apresentamos abaixo os decretos por governos e os temas privilegiados em cada gestão governamental.

Quadro 8 - Decretos do governo Sarney (01/01/1989 a 14/03/1990)

Temas	Decretos
CVS	97.595, de 29.3.89 – Proíbe a acumulação de cargos, empregos ou funções 97.721, de 5.5.89 - Concessão de diárias a servidores da SUCAM 99.011, de 5.3.90 - Extinção de cargos e empregos
CNS	99.045, de 7.3.90 - Convoca a IX Conferência Nacional de Saúde
MS	98.478, de 7.12.89 - Plano Emergencial de Atenção à Saúde Yanomami 98.935, de 8.2.90 - Altera a sigla do CONASP 98.942, de 12.2.90 - Saúde pública em razão do uso da mistura álcool-metanol-gasolina 99.060, de 7.3.90 - Vincula o INAMPS ao Ministério da Saúde
O	98.022, de 3.8.89 - Declara de utilidade pública as instituições que menciona

Fonte: Governo Federal. Decretos. Elaboração própria.

Carreira, Vencimentos e Salários (CVS), Conselho Nacional de Saúde (CNS), Ministério da Saúde (MS) e Outros (O).

Como pode ser observado acima, os decretos do governo Sarney versaram sobre vários temas. Em relação à carreira, vencimentos e salários, o Decreto nº 97.595, de 29 de março de 1989⁴⁸ proibiu a acumulação de cargos:

Art. 1º É vedada a acumulação remunerada de cargos públicos, exceto, quando houver compatibilidade de horários: I - a de dois cargos de professor; II - a de um cargo de professor com outro técnico ou científico; III - a de dois cargos privativos de médico (BRASIL, 1989a).

Ainda no campo normativo, garantiu o pagamento de diárias a servidores da SUCAM e via decreto extinguiu 80% dos cargos e empregos vagos em órgãos e entidades voltadas à área de saúde, ensino e segurança pública a partir de 1º de janeiro de 1990. Todavia, o Decreto nº 99.011, de 5.3.90 não especifica quais cargos e as razões que levaram à extinção.

Ainda sob sua gestão, convoca a IX Conferência Nacional de Saúde⁴⁹, cujo tema central foi “Municipalização é o caminho” e temas específicos: 1. Sociedade, governo e saúde; 2. Implantações do SUS; 3. Controle social e 4. Outras deliberações e recomendações. No que tange ao Ministério da Saúde, regulou várias questões ao incumbir o MS de coordenar atividades preventivas visando a proteção da saúde, em função da mistura álcool-metanol-gasolina. Além disso, alterou a sigla do Conselho

⁴⁸ Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/D97595.htm>. Acesso em: 23 mar. 2023.

⁴⁹ Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/linha-do-tempo-conferencias-nacionais-de-saude>>. Acesso em: 23 mar. 2023.

Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP) para CODASP e, ainda vinculou o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) ao Ministério da Saúde.

No que diz respeito à saúde indígena, o Decreto nº 98.478, de 7.12.89 destaca a precariedade em que se encontra o povo Yanomami no estado de Roraima. Dessa forma, prevê uma ação conjunta entre Ministério da Saúde, Ministério do Interior (MINTER), Fundação Nacional do Índio (FUNAI), Ministério da Aeronáutica, VII Comando Aéreo Regional (COMAR VII), Base Aérea de Boa Vista (BA e BV), Governo do Estado de Roraima, Gabinete do Governador e Secretaria de Saúde (SESAU/RR) (BRASIL, 1989b), estabeleceu como objetivo:

Executar uma ação governamental de atenção à saúde das comunidades indígenas Yanomami do Estado de Roraima, combater e controlar o atual surto de endemias e levantar as condições médico-sanitárias dessa população indígena, criando as condições para a implantação, sob a coordenação do Ministério da Saúde e execução dos demais órgãos e entidades do setor Saúde, de um programa permanente de atenção à saúde dos Yanomami, a fim de conter a evolução das endemias, proteger e recuperar a saúde do Grupo Yanomami (BRASIL, 1989b).

Além de ações emergenciais, voltadas às comunidades indígenas, o governo Sarney decretou que várias entidades sem fins lucrativos de vários estados da federação como São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais e Paraná fossem declaradas de utilidade pública. É importante destacar que uma vez intituladas, tais instituições podem receber doações de pessoas jurídicas, subvenções ou auxílios estatais, uma vez que seu trabalho passa a ser reconhecido pelo poder público como relevantes à coletividade.

Após cinco anos de gestão do governo Sarney por sucessão, em razão da morte de Tancredo Neves, os eleitores brasileiros novamente puderam eleger seus representantes em 1989. O governo Collor inicia em 15/03/1990 e no mesmo dia em que assume publica o Decreto nº 99.180 e reorganiza seus ministérios e estrutura seu gabinete com doze pastas, entre elas, o Ministério da Saúde. Na sequência, apresentamos os decretos da saúde editados durante seu governo.

Quadro 9 – Decretos do governo Collor (15/03/1990 a 01/10/1992)

Temas	Decretos
CVS	99.195, de 28.3.90 - Distribuição do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores MS 99.189, de 17.3.90 - Distribuição do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores MS 99.335, de 20.6.90 - Declara a desnecessidade de cargos e empregos do MS 99.371, de 3.7.90 - Declara a desnecessidade de cargos e empregos do MS 99.401, de 18.7.90 - Excluiu os servidores não estáveis do quadro da SUCAM 233, de 22.10.91 - Dispõe sobre funções gratificadas 462, de 27.2.92 – Estabelece o custo/cargos-funções do MS
POR	99.180, de 15.3.90
CNS	99.438, de 7.8.90 - Organização e atribuições do Conselho Nacional de Saúde 99.445, de 9.8.90 - Transfere a realização da IX Conferência Nacional de Saúde 571, de 22.6.92 - Dispõe sobre a composição do CNS
MS	99.240, de 7.5.90 - Dispõe sobre a extinção de autarquias e fundações públicas 99.683, de 8.11.90 - Dispõe sobre o Projeto "Ministério da Criança" 99.956, de 28.12.90 – Prorrogação do Programa de Apoio Social Especial Integrado (Pasei) 99.957, de 28.12.90 – Atribui competências ao Ministro de Estado da Saúde 23, de 4.2.91 - Prestação de assistência à saúde das populações indígenas 100, de 16.4.91 - Institui a Fundação Nacional de Saúde 109, de 2.5.91 - Aprova a Estrutura Regimental do Ministério da Saúde
O	99.489, de 30.8.90 - Declara de utilidade pública o Hospital de Caridade Nossa Senhora das Graças (Bossoroca/RS) e outras entidades

Fonte: Governo Federal. Decretos. Elaboração própria.

Carreira, Vencimentos e Salários (CVS), Organização da Presidência da República (OPR), Conselho Nacional de Saúde (CNS), Ministério da Saúde (MS) e Outros (O).

No que tange aos recursos humanos, o governo Collor expediu vários decretos que corresponderam à distribuição de funções entre vários ministérios, entre eles o MS. Dessa forma, definiu cargos ligados à presidência da república, portanto, trata-se de reorganizar funções e não criar novas. Por meio dos Decretos nº 99.335, de 20.6.90 e nº 99.371, de 3.7.90 declarou a desnecessidade de cargos e empregos do quadro e tabela permanentes do Ministério da Saúde. Sendo os agentes de saúde pública, auxiliar de enfermagem, médico de saúde pública e auxiliar de radiologia que ficaram em disponibilidade remunerada. Embora essa medida tenha amparo constitucional⁵⁰, não foi possível verificar se permaneceram na mesma pasta.

⁵⁰ Art. 41. São estáveis após três anos de efetivo exercício os servidores nomeados para cargo de provimento efetivo em virtude de concurso público. [...] § 3º Extinto o cargo ou declarada a sua desnecessidade, o servidor estável ficará em disponibilidade, com remuneração proporcional ao tempo de serviço, até seu adequado aproveitamento em outro cargo (BRASIL, 1988b).

Entre os decretos voltados ao Conselho Nacional de Saúde, destaca-se o Decreto nº 99.438, de 7.8.90 que definiu as atribuições e a composição do CNS, garantindo a ampla participação social como preconizou a carta magna. Em relação ao Ministério da Saúde, destaca-se o Decreto nº 99.240, de 7.5.90, que trata da dissolução e extinção da FSESP e SUCAM que ficaram sob responsabilidade do Ministério da Saúde.

Em complementaridade, o Decreto nº 100, de 16.4.91, instituiu a Fundação Nacional de Saúde, instituição importante com atuação expressiva em território nacional com a atribuição de executar ações e serviços de saúde, voltados ao controle de doenças, estudos, pesquisas, apoio ao desenvolvimento de ações de saneamento, entre outras. Além de criar a FNS, por meio do Decreto nº 99.683, de 8.11.90, o governo Collor instituiu o Projeto "Ministério da Criança" voltado ao atendimento integral desse segmento, incorporando todas as ações desenvolvidas pelo governo federal voltadas às crianças e adolescentes. Como pode ser observado abaixo, várias ações foram integradas, inclusive as relativas à saúde:

Art. 1º Fica instituído o Projeto Ministério da Criança com o objetivo de dar atendimento integrado à criança e ao adolescente no que concerne aos múltiplos aspectos de sua formação e desenvolvimento, mediante: I - a promoção e a proteção da saúde materno-infantil e do adolescente; II - o desenvolvimento infanto-juvenil; III - a promoção da criança e do adolescente como sujeitos de direito; IV - a prevenção e o atendimento de deficiência; e V - o apoio ao desenvolvimento comunitário (BRASIL, 1990).

Posteriormente, o Decreto nº 99.957, de 28.12.90, atribuiu ao ministro de estado da saúde o papel de acompanhar e supervisionar as atividades do Conselho Diretor do Projeto "Ministério da Criança". Além disso, o governo Collor por meio do Decreto nº 99.956, de 28.12.90, prorrogou a vigência do Programa de Apoio Social Especial Integrado (Pasei), criado em 1986, voltado à população pobre das regiões Norte, Centro Oeste e Nordeste. As ações desenvolvidas pelo programa integravam vários ministérios, entre eles, o MS. O programa teve vigência até 31 de janeiro de 1991 e as ações em saúde foram incorporadas ao SUS.

Outro decreto do governo Collor foi direcionado à saúde indígena. É importante destacá-lo, à medida que essas ações do Estado brasileiro vão ao longo das décadas constituir novos arranjos institucionais para além daqueles assegurados nos artigos 231 e 232 da carta magna, voltados à comunidade indígena. Dessa forma, o Decreto nº 23, de 4.2.91, dispôs sobre a criação de projetos visando:

[...] Art. 3º Os projetos objetivarão: I - o desenvolvimento de esforços que contribuam para o reequilíbrio da vida econômica, política e social das comunidades indígenas; II - a redução da mortalidade geral, em especial a materna e a infantil; III - a interrupção do ciclo de doenças transmissíveis; IV - o controle da desnutrição; V - a restauração das condições ambientais cuja violação se relacione diretamente com o surgimento de doenças e de outros agravos à saúde; VI - a assistência médica integral. Parágrafo único. A persecução dos objetivos previstos neste artigo não prejudica a prestação individualizada de assistência médica, pela rede de serviços do Sistema Único de Saúde, de qualquer esfera de poder, a membros das comunidades indígenas (BRASIL, 1991).

Como veremos ao longo desta tese, as medidas provisórias e decretos dos governos do período estudado garantiram várias ações em saúde à população indígena, promovendo a formação no âmbito do SUS do atendimento especializado a esse público. Todavia, no segundo ano de mandato, o governo Collor enfrenta denúncias de corrupção, à medida que é afastado seu vice Itamar torna-se chefe do Executivo. Em seu breve mandato, irá editar decretos para regular vários campos da política de saúde como pode ser verificado no quadro abaixo.

Quadro 10 - Decretos do governo Itamar (02/10/1992 a 01/01/1995)

Temas	Decretos
CVS	809, de 24.4.93 - Cargos em comissão e funções de confiança INAMPS 864, de 9.7.93 - Cargos em comissão e funções de confiança no âmbito do MS 1.209, de 3.8.94 - Transferência de cargos em comissão e funções do MS 1.226, de 17.8.94 - Transferência de cargos em comissão e funções do INAMPS 1.286, de 21.10.94 - Transferência de cargos em comissão e funções de confiança do MS
CNS	806, de 24.4.93 - Reorganiza o Fundo Nacional de Saúde 1.232, de 30.8.94 – Repasse regular e automático de recursos via FNS 1.353, de 29.12.94 - Altera a composição do Conselho Nacional de Saúde
MS	752, de 16.2.93 - Concessão do Certificado de Entidade de Fins Filantrópicos 879, de 22.7.93 - Retirada e o transplante de tecidos, órgãos e partes do corpo humano 907, de 31.8.93 - Extinção do INAMPS 987, de 17.11.93 - Extinção do INAMPS 793, de 5.4.93 – Regulamenta o comércio de medicamentos e correlatos 1.105, de 6.4.94 – Trata das atribuições SNA do SUS 1.141, de 19.5.94 - Proteção ambiental e saúde das comunidades indígenas
O	801, de 20.4.93 - Vinculação das entidades à Administração Pública Federal indireta 822, de 17.5.93 - Programa Nacional de Desestatização

Fonte: Governo Federal. Decretos. Elaboração própria.

Carreira, Vencimentos e Salários (CVS), Conselho Nacional de Saúde (CNS), Ministério da Saúde (MS) e Outros (O).

Em relação aos recursos humanos, o governo Itamar centrou suas ações no campo regulatório como pode ser observado acima, ao reestruturar cargos em comissão, funções de confiança do INAMPS e também técnica e administrativamente de outras entidades e órgãos do Ministério da Saúde. A regulação também se estendeu ao Conselho Nacional de Saúde, uma vez que os decretos vão estabelecer critérios sobre várias questões como certificação, vinculação de entidades, repasse de recursos via respectivos fundos e a reorganização do CNS.

No que tange ao Ministério da Saúde, merece destaque o Decreto nº 752, de 16.2.93 que estabeleceu os critérios para a certificação de Entidades de Fins Filantrópicos, ou seja, instituições beneficentes que desempenham ações nas áreas educacional, de assistência social e saúde. Essa medida garante que entidades privadas sem fins lucrativos possam celebrar contratos com o poder público, obter imunidade tributária, entre outros. O referido decreto é importante para as entidades que compõem o Terceiro Setor, uma vez que reconhece e regula sua atuação em âmbito nacional. Destaca-se também a atuação normativa do governo, ao regular via Decreto a Lei nº 8.489, de 18 de novembro de 1992 a retirada e o transplante de tecidos, órgãos e partes do corpo humano.

Já o Decreto nº 907, de 31.8.93, atribuiu ao Ministério da Saúde a competência de executar as atividades que cabiam ao INAMPS quando da sua reestruturação. E, de forma correlata, o Decreto nº 987, de 17.11.93, atribuiu competência ao ministro de Estado da Saúde os atos que dizem respeito à continuidade dos serviços desenvolvidos pelo extinto Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social.

Além disso, o governo regulou o comércio de medicamentos e correlatos e estabeleceu que as farmácias reservassem espaços visíveis aos genéricos, permitiu ainda a venda fracionada de medicamentos às farmácias, desde que preservadas a qualidade e eficácia. No que diz respeito à população indígena, o Decreto nº 1.141, de 19.5.94, previu ações em saúde, proteção ambiental e apoio às atividades produtivas a essas comunidades.

Art. 11. As ações de saúde para as comunidades indígenas destinam-se ao alcance do equilíbrio biopsicossocial e dar-se-ão para valorizar e complementar as práticas da medicina indígena, tendo como finalidades: I - redução da mortalidade geral, em especial a materno-infantil; II - interrupção do ciclo de doenças transmissíveis; III - combate à desnutrição. Art. 12. Será garantido aos índios e às comunidades indígenas o acesso às ações de nível primário, secundário e terciário do Sistema Único de Saúde. Art. 13. São assegurados os serviços de atenção primária à saúde no interior das terras

indígenas. Art. 14. O órgão federal de assistência ao índio integrará o Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da utilização da rede pública e conveniada, bem como dos seus mecanismos de financiamento, para assegurar meios outros que viabilizem assistência integral e diferenciada, consideradas as especificidades das comunidades indígenas (BRASIL, 1991).

Além da questão indígena, destaca-se no campo “Outros”, o Decreto nº 801, de 20.4.93, no qual o governo Itamar vinculou várias entidades à administração federal indireta, no caso do MS, foram o Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição, Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, Fundação Oswaldo Cruz, Fundação Nacional de Saúde, Hospital Nossa Senhora da Conceição, Hospital Fêmea e Hospital Cristo Redentor (BRASIL, 1993). Já o Decreto nº 822, de 17.5.93, estabeleceu que os recursos provenientes de ações e bens alienados em decorrência do Programa Nacional de Desestatização, sejam direcionados a programas e projetos nas áreas da ciência e tecnologia, saúde, segurança pública e meio ambiente.

Já no final do governo Itamar são realizadas eleições e o candidato Fernando Henrique é eleito. Como podemos verificar no quadro abaixo, o governo FHC ao longo dos oito anos de gestão irá editar vários decretos relacionados à política de saúde.

Quadro 11 - Decretos dos governos FHC (01/01/1995 a 01/01/2003)

Temas	Decretos
CVS	1.613, de 29.8.95 - Transferência de cargos 1.529, de 21.6.95 - Sobre a criação do cargo em comissão 2.205, de 9.4.97 - Remanejamento de cargos 2.383, de 12.11.97 - Assistência à saúde dos servidores e dependentes 2.443, de 23.12.97 – Remanejamento de cargos 2.477, de 28.1.98 - Cargos em comissão e gratificação 2.540, de 8.4.98 - Remanejamento comissão e funções gratificadas 2.640, de 29.6.98 – Remaneja cargos em comissão 2.704, de 3.8.98 - Remanejamento dos cargos em comissão 2.922, de 31.12.98 - Remanejamento dos cargos em comissão 3.141, de 16.8.99 - Remanejamento dos cargos em comissão 3.365, de 16.2.2000 - Remanejamento de cargos em comissão 3.496, de 1º.6.2000 - Funções gratificadas MS 3.450, de 9.5.2000 - Cargos e funções gratificadas da FUNASA 3.862, de 9.7.2001 - Remanejamento dos cargos em comissão 3.876, de 24.7.2001 - Remanejamento dos cargos em comissão 3.921, de 17.9.2001 - Remanejamento dos cargos em comissão 3.863, de 9.7.2001 - Remanejamento de funções comissionadas técnicas 3.774, de 15.3.2001 - Regimento, cargos comissão e funções gratificadas 4.409, de 4.10.2002 - Funções comissionadas técnicas para MS e FUNASA 4.365, de 6.9.2002 - Funções comissionadas técnicas para o MS 4.194, de 11.4.2002 - Cargos em comissão e funções gratificadas MS 4.547, de 27.12.2002 - Extinção de cargos efetivos no âmbito da Administração Pública Federal
CNS	

	<p>1.448, de 6.4.95 - Altera a composição do CNS 1.727, de 4.12.95 - Convoca a X Conferência Nacional de Saúde 1.841, de 21.3.96 - Altera a data da X CNS 1.974 de 5.8.96 - Organização e atribuições do CNS 2.284, de 24.7.97 - Altera a estrutura regimental do CNS 2.979, de 2.3.99 - Altera organização e atribuições do CNS 3.964, de 10.10.2001 - Dispõe sobre o Fundo Nacional de Saúde</p>
SUS	<p>1.934, de 18.6.96 - Cria a Comissão de Erradicação do Aedes Aegypti do Brasil 3.189, de 4.10.99 - Diretrizes Agente Comunitário de Saúde (ACS) 4.481, de 22.11.2002 - Define os hospitais estratégicos no âmbito do SUS</p>
MS	<p>1.479, de 2.5.95 - Saúde e apoio a atividades produtivas povos indígenas 1.651, de 27.9.95 - Regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria do SUS 2.018, de 1º.10.96 - Restrições ao uso e à propaganda de fumígenos e outros 2.268, de 30.6.97 - Remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano 2.283, de 24.7.97 - Extinção do INAN e a desativação da CEME 2.536, de 6.4.98 - Concessão do Certificado de Entidade de Fins Filantrópicos 3.029, de 16.4.99 - Regulamento da Agência Nacional de Vigilância Sanitária 3.156, de 27.8.99 - Prestação de assistência à saúde indígena SUS/CNS 3.181, de 23.9.99 - Vigilância Sanitária - medicamento genérico 3.571, de 21.8.2000 - Regulamento da Agência Nacional de Vigilância Sanitária 3.718, de 3.1.2001 - Registro de medicamentos genéricos 3.745, de 5.2.2001 - Cria o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde 3.799, de 19.4.2001 - Saúde e apoio a atividades produtivas dos povos indígenas 3.841, de 11.6.2001 - Registro de medicamentos genéricos 3.934, de 20.9.2001 - Regulamenta o Programa Nacional de Renda Mínima 3.960, de 10.10.2001 - Registro de medicamentos genéricos 3.961, de 10.10.2001 - Medicamentos e outros submetidos à Vigilância Sanitária 3.990, de 30.10.2001 - Coleta, processamento, estocagem, distribuição do sangue 4.045, de 6.12.2001 - Dá nova organização à Câmara de Medicamentos 4.436, de 23.10.2002 - Cria a Comissão Nacional de Bioética (CNBioética) 4.143, de 25.2.2002 - Institui o Programa de Fomento à Pesquisa em Saúde 4.123, de 13.2.2002 - Institui o Auxílio-Aluno no âmbito do PROFAE 4.173, de 21.3.2002 - Registro de medicamentos genéricos 4.220, de 7.5.2002 - Regulamento da Agência Nacional de Vigilância Sanitária 4.327, de 8.8.2002 - Certificado de entidade beneficente de assistência social para entidades de saúde</p>
SS	<p>3.327, de 5.1.2000 - Aprova regulamento da ANS 4.044, de 6.12.2001 - Nova organização do Conselho de Saúde Suplementar</p>
O	<p>3.131, de 9.8.99 - Vinculação de entidades à Administração Pública Federal indireta 2.923, de 1º.1.99 - Reorganização de órgãos e entidades do Poder Executivo Federal</p>

Fonte: Governo Federal. Decretos. Elaboração própria.

Carreira, Vencimentos e Salários (CVS), Conselho Nacional de Saúde (CNS), Sistema Único de Saúde (SUS), Ministério da Saúde (MS), Saúde Suplementar (SS) e Outros (O).

Como pode ser observado no quadro acima, a atuação do governo FHC relacionada aos recursos humanos foi centrada na reorganização de funções comissionadas e remanejamento de cargos entre os ministérios a fim de suprir demandas do MS. Estabeleceu ainda funções gratificadas de acordo com as exigências técnicas para os cargos e extinguiu outros por meio do Decreto nº 4.547,

de 27.12.2002, sendo 97 cargos de nível auxiliar do MS e 59 cargos nível auxiliar da FUNASA, perfazendo o montante de 156 cargos efetivos vagos extintos.

Em relação ao Conselho Nacional da Saúde, os decretos foram normativos e trataram da alteração da composição, estrutura regimental, organização e atribuições do CNS, além da convocação da X Conferência Nacional de Saúde⁵¹ que abordou os temas: 1. Saúde, cidadania e políticas públicas; 2. Gestão e organização dos serviços de saúde; 3. Controle social na saúde; 4. Financiamento da saúde; 5. Recursos humanos para a saúde; e 6. Atenção integral à saúde. Outra atuação sobre essa temática se deu mediante a organização do Fundo Nacional de Saúde (FNS), segundo diretrizes do SUS.

Em relação ao SUS, o Decreto nº 1.934, de 18.6.96, estabeleceu a Comissão de Erradicação do *Aedes Aegypti* do Brasil e o Decreto nº 3.189, de 4.10.99 fixou as diretrizes para a atuação do Agente Comunitário de Saúde (ACS). Embora tais decretos tenham sido editados em anos distintos, eles estão correlacionados, pois vão tratar das ações coordenadas de combate ao mosquito transmissor e orientar a execução de ações educativas individuais, coletivas nos domicílios visitados ou ainda junto à comunidade. Já o Decreto nº 4.481, de 22.11.2002, definiu os hospitais estratégicos no âmbito do SUS⁵². Essa categorização é importante, pois estabelece

⁵¹ Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/linha-do-tempo-conferencias-nacionais-de-saude>>. Acesso em: 23 mar. 2023.

⁵² Art. 1º São definidos como hospitais estratégicos, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, aqueles que preencham, pelo menos, uma das condições abaixo relacionadas: I - ser hospital-geral que preste serviços ao SUS em todas as áreas assistenciais de que disponha e que comprove, anualmente, a prestação de serviços ao SUS, medida por paciente-dia, no percentual mínimo de trinta por cento, nos sistemas de alta complexidade que integrem pelo menos quatro grupos constantes do art. 2º deste Decreto, sendo um deles, obrigatoriamente, de realização de transplantes de órgãos; II - ser hospital-geral que disponha de pelo menos dois programas de ensino na área da saúde em nível de pós-graduação, reconhecidos pelo Ministério da Educação, desenvolva atividades de pesquisa na área da saúde, e que comprove, anualmente, a prestação de serviços ao SUS, medida por paciente-dia, no percentual mínimo de trinta por cento, nos sistemas de alta complexidade que integrem pelo menos três grupos constantes do art. 2º deste Decreto; III - ser hospital especializado que disponha de pelo menos um programa de ensino na área da saúde em nível de pós-graduação, reconhecido pelo Ministério da Educação, desenvolva atividades de pesquisa na área da saúde, e que comprove, anualmente, a prestação de serviços ao SUS em alta complexidade, medida por paciente-dia, no percentual mínimo de trinta por cento no sistema da sua especialidade; IV - ser hospital-geral ou especializado que preste serviço ao SUS em todas as áreas assistenciais de que disponha, medido por paciente-dia, no percentual mínimo de trinta por cento, e que comprove o enquadramento no Sistema Estadual de Referência Hospitalar para Atendimento à Urgência e Emergência ou Geração de Alto Risco; V - ser hospital-geral ou especializado que disponha de pelo menos um programa de ensino na área da saúde em nível de pós-graduação, reconhecido pelo Ministério da Educação, desenvolva atividades de pesquisa em uma das áreas abaixo identificadas, que preste serviço ao SUS, em todas as áreas assistenciais de que disponha, medido por paciente-dia, no mínimo de trinta por cento, e que seja reconhecido pelo Ministério da Saúde como centro de referência em uma das seguintes áreas: a) pesquisa, diagnóstico e tratamento da tuberculose; b) pesquisa, diagnóstico e tratamento da hanseníase; ou c) pesquisa, diagnóstico e tratamento da AIDS; VI - ser hospital-geral que disponha de

as características da rede privada sem fins lucrativos que presta serviços ao SUS, o decreto define que:

Art. 4º Observado o disposto nos §§ 1º e 2º do art. 199 da Constituição Federal, os hospitais enquadrados como estratégicos terão prioridade no estabelecimento de parcerias, contratos, convênios, acordos técnicos e operacionais, financiamentos e outras medidas ou atividades voltadas para o incremento ou o aperfeiçoamento da capacidade assistencial do SUS. Parágrafo único. O hospital beneficente que tenha sido declarado como estratégico em função do atendimento das condições estabelecidas no art. 1º deste Decreto somente fará jus ao recebimento do Programa Nacional de Incentivo à Parceria entre os Hospitais Beneficentes sem fins Lucrativos com o Sistema Único de Saúde - INTEGRASUS, nos termos do regulamento próprio do Ministério da Saúde, se, adicionalmente ao estabelecido neste Decreto, prestar serviço ao SUS em todas as áreas assistenciais de que disponha, medido por paciente-dia, no percentual mínimo de sessenta por cento (BRASIL, 2002b).

Nesse contexto, a análise em perspectiva histórica da política de saúde é fundamental para entender como as diferentes gestões contribuíram ora ampliando as parcerias com as instituições do terceiro setor e ora ampliando a atuação estatal na oferta da saúde que é constitucionalmente pública, gratuita e dever do Estado. Esses arranjos institucionais foram mapeados na análise das MPs e de forma análoga os decretos da gestão Itamar e FHC vão consubstanciar ainda mais esses traçados institucionais, legitimando-os.

Nessa direção, é importante destacar que o governo Itamar, por meio do Decreto nº 752, de 16.2.93 tratou da concessão do certificado de entidades de fins filantrópicos para as instituições que atuavam nas áreas de educação, assistência social e saúde. Através do Decreto nº 2.536, de 6.4.98, o governo FHC continuou normatizando a concessão do certificado de entidade de fins filantrópico. Ainda sobre essa temática, o Decreto nº 4.327, de 8.8.2002 estabeleceu especificamente às entidades de saúde que entre 1998 a 2001 que não tivessem preenchido o requisito de ofertar 60% de todos os seus serviços anualmente ao SUS, a possibilidade de concessão ou renovação do certificado àquelas que atendessem ao menos o disposto no art. 3º, inciso VI do Decreto nº 2.536, de 6.4.98 que segue abaixo:

VI - aplicar anualmente, em gratuidade, pelo menos vinte por cento da receita bruta proveniente da venda de serviços, acrescida da receita decorrente de aplicações financeira, de locação de bens, de venda de bens não integrantes

pelo menos um programa de ensino na área da saúde em nível de pós-graduação, reconhecido pelo Ministério da Educação, desenvolva atividades de pesquisa na área da saúde, preste serviço ao SUS, medido por paciente-dia, no percentual mínimo de trinta por cento, e que execute ações estratégicas na área da saúde, de interesse do gestor de sua jurisdição, devidamente formalizado, em termo de acordo, e homologado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2002b).

do ativo imobilizado e de doações particulares, cujo montante nunca será inferior à isenção de contribuições sociais usufruída (BRASIL, 1998b).

Dessa forma, o Decreto nº 752, de 16.2.93 do governo Itamar, o Decreto nº 2.536, de 6.4.98, que normatiza a concessão de certificado de entidade de fins filantrópicos, o Decreto nº 4.327, de 8.8.2002, que normatiza também a certificação dessas entidades e o Decreto nº 4.481, de 22.11.2002, que define os hospitais estratégicos no âmbito do SUS do governo FHC, vão garantir ao longo do tempo a atuação cada vez mais efetiva desse segmento. Com destaque para a média e alta complexidades no que se refere ao serviço médico-hospitalar, contribuindo para a expansão das parcerias entre o poder público e o setor privado não-lucrativo. Como veremos na análise dos governos seguintes, esses traçados serão retomados consolidando as parcerias entre o poder público e as entidades sociais.

Ainda no que tange ao Ministério da Saúde, o governo FHC editou três decretos ao longo de sua gestão governamental voltados à saúde indígena. Dentre eles, destacamos o Decreto nº 3.156, de 27.8.99⁵³, que irá propor ações no âmbito do SUS para o atendimento às comunidades indígenas e determina que:

Art. 1º A atenção à saúde indígena é dever da União e será prestada de acordo com a Constituição e com a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, objetivando a universalidade, a integralidade e a equanimidade dos serviços de saúde. Parágrafo único. As ações e serviços de saúde prestados aos índios pela União não prejudicam as desenvolvidas pelos Municípios e Estados, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Art. 2º Para o cumprimento do disposto no artigo anterior, deverão ser observadas as seguintes diretrizes destinadas à promoção, proteção e recuperação da saúde do índio, objetivando o alcance do equilíbrio bio-psico-social, com o reconhecimento do valor e da complementariedade das práticas da medicina indígena, segundo as peculiaridades de cada comunidade, o perfil epidemiológico e a condição sanitária [...] (BRASIL, 1999).

O referido decreto é importante, à medida que irá compor, juntamente com outras leis, o arcabouço institucional para a elaboração da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, aprovada pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria nº 254, de 31 de janeiro de 2001⁵⁴. Através dessa política são estabelecidos princípios e diretrizes para o atendimento desse segmento, além da preparação dos recursos humanos para atuarem em contexto intercultural, respeitando os saberes e a tradição dos povos originários.

⁵³ Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D3156.htm>. Acesso em: 23 mar. 2023.

⁵⁴ Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf>. Acesso em: 23 mar. 2023.

Ainda no campo regulatório, o governo FHC normatizou os medicamentos genéricos e, nesse aspecto, ganha relevância o fortalecimento institucional da ANVISA e sua atuação no estabelecimento de regras, terminologias e normatização quando à produção, comercialização e importação de medicamentos no país.

Como tratado anteriormente, o governo FHC mediante MP 21, de 8.1.2002, instituiu o auxílio-aluno no âmbito do PROFAE e, posteriormente via Decreto nº 4.123, de 13.2.2002, regulamentou a referida MP. O mesmo ocorreu com a MP 2.206-1, de 6.9.2001, que instituiu o Programa Bolsa-Alimentação, posteriormente foi regulada pelo Decreto nº 3.934, de 20.9.2001, que regulamenta o Programa Nacional de Renda Mínima vinculado à saúde “Bolsa-Alimentação”.

Ainda por meio do Decreto nº 3.745, de 5.2.2001, o governo Fernando Henrique criou o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde, desenvolvido mediante o estabelecimento de parcerias com estados e municípios e coube ao Ministério da Saúde o papel de acompanhar e executar a implementação do programa.

Art. 2º Constituem objetivos do Programa: I - ampliar a cobertura das ações e serviços do Sistema Único de Saúde (SUS); II - impulsionar a reorganização da atenção básica de saúde no País; III - fortalecer o Programa de Saúde da Família; e V - estimular a fixação de médicos e enfermeiros, em municípios carentes de assistência à saúde, na forma de treinamento em serviço. Art. 3º O Ministério da Saúde é o responsável pela coordenação das atividades e pela execução do Programa ora instituído (BRASIL, 2001a).

Outra atuação do governo FHC se deu mediante o Decreto nº 4.143, de 25.2.2002, que regulamenta a Lei nº 10.332, de 19 de dezembro de 2001, que trata do financiamento do fomento à pesquisa em saúde, visando o desenvolvimento tecnológico para o setor. Ainda no campo da pesquisa, o Decreto nº 4.436, de 23.10.2002, estabeleceu a Comissão Nacional de Bioética (CNBioética) com a competência de estabelecer padrões relacionados à pesquisa em serviços de saúde⁵⁵.

⁵⁵ Art. 1º Fica instituída, no âmbito do Ministério da Saúde, a Comissão Nacional de Bioética em Saúde (CNBioética), com a finalidade de: I - acompanhar a evolução das questões de bioética, no cenário científico nacional e internacional; II - assessorar, por meio da realização de estudos e elaboração de pareceres, o Ministro de Estado da Saúde quanto aos assuntos relacionados com os aspectos éticos do progresso do conhecimento científico e tecnológico no campo das ciências da saúde e da vida humana, bem como quanto ao estabelecimento de políticas de saúde e prioridades para a alocação de recursos; III - emitir recomendações sobre os temas que lhe forem submetidos; IV - propor a realização de fóruns de discussão; V - assessorar os demais órgãos governamentais em questões éticas relacionadas com as ciências da saúde; VI - apresentar ao Ministro de Estado da Saúde relatório anual de suas atividades; e VII - elaborar seu regimento interno, que será aprovado em ato do Ministro de Estado da Saúde (BRASIL, 2002c).

Ainda no âmbito do Ministério da Saúde, por meio do Decreto nº 3.990, de 30.10.2001, o governo regulou a coleta, processamento, estocagem e distribuição do sangue no país. Isso ocorreu mediante a regulamentação da Lei nº 10.205, de 21 de março de 2001, popularmente conhecida como “Lei do Sangue” ou “Lei Betinho”, resultante de ampla mobilização social na luta pela oferta gratuita de sangue e hemoderivados para tratamento. Destaca-se a importância dessa lei ao estabelecer a Política Nacional de Sangue, Componentes e Hemoderivados no âmbito do SUS, voltada à captação de doação, processamento e estocagem. Além do desenvolvimento de centros de produção de hemoderivados a fim de promover a autossuficiência do país nessa matéria.

Além disso, o governo FHC atuou via decreto na saúde complementar, o protagonismo governamental se manteve na edição de decretos. Todavia, foram atos regulatórios, visto que o Decreto nº 3.327, de 5.1.2000, aprovou o regulamento da ANS e o Decreto nº 4.044, de 6.12.2001, dispôs sobre a nova organização do Conselho de Saúde Suplementar. No que tange ao campo “Outros”, ambos decretos vão dispor sobre a vinculação de entidades à administração pública indireta. De forma semelhante, o governo Lula durante os oito anos de governo irá expedir uma série de decretos sobre diversos temas como pode ser observado no quadro abaixo.

Quadro 12 - Decretos dos governos Lula (01/01/2003 a 01/01/2011)

Temas	Decretos
CVS	4.615, de 18.3.2003 – Altera o estatuto e institui funções gratificadas da FUNASA 4.656, de 28.3.2003 - Remanejamento de cargos em comissão 4.726, de 9.6.2003 - Cargos em comissão e funções comissionadas MS 4.725, de 9.6.2003 - Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas FIOCRUZ 4.727, de 9.6.2003 - Cargos em comissão e funções gratificadas FUNASA 4.771, de 30.6.2003 - Remanejamento de Funções Comissionadas Técnicas 4.907, de 3.12.2003 - Cargos em comissão e funções gratificadas MS 4.931, de 23.12.2003 – Prorroga prazos dos remanejamentos dos cargos 5.084, de 17.5.2004 - Funções comissionadas MS 5.126, de 1º.7.2004 - Funções Comissionadas ANVISA 5.321, de 27.12.2004 - Remanejamento dos cargos 5.678, de 18.1.2006 - Cargos em comissão e funções gratificadas MS 5.778, de 17.5.2006 - Remanejamento de funções comissionadas MS 5.737, de 29.3.2006 - Remanejamento de funções comissionadas para a FUNASA 5.841, de 13.7.2006 - Cargos em comissão e funções gratificadas MS 5.822, de 29.6.2006 - Remanejamento de cargos 5.974, de 29.11.2006 - Cargos em comissão e funções gratificadas MS 6.239, de 16.10.2007 - Remanejamento dos cargos em comissão 6.280, de 3.12.2007 – Remanejamento de cargos em comissão 6.552 de 1º.9.2008 - Gratificação de Desempenho de Atividade de Execução e Apoio Técnico à Auditoria – GDASUS

	<p>6.860, de 27.5.2009 - Cargos em comissão e função gratificada MS 6.878, de 18.6.2009 - Cargos em comissão e função gratificadas FUNASA 7.063, de 13.1.2010 - Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas 7.100, de 4.2.2010 - Funções comissionadas técnicas FUNASA 7.133, de 19.3.2010 - Pagamento das gratificações de desempenho 7.135, de 29.3.2010 - Cargos em comissão e funções gratificadas MS/FUNASA 7.335, de 19.10.2010 - cargos em comissão e funções gratificadas FUNASA 7.336, de 19.10.2010 - cargos em comissão e funções gratificadas MS 7.171, de 6.5.2010 - Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas da FIOCRUZ</p>
CNS	<p>4.878, de 18.11.2003 - Composição CNS 4.699, de 19.5.2003 - Composição CNS 4.583, de 3.2.2003 - Composição CNS 5.485, de 4.7.2005 - Composição CNS 5.389, de 7.3.2005 - Composição CNS 5.839, de 11.7.2006 - Organização do processo eleitoral CNS 5.692, de 6.2.2006 - Mandato provisório de membros CNS 6.955, de 8.9.2009 - Prorroga o mandato dos membros CNS</p>
SUS	<p>4.588, de 7.2.2003 - Revoga decreto sobre hospitais estratégicos no SUS 7.227, de 1º.7.2010 - Remuneração do pessoal temporário de organizações hospitalares</p>
MS	<p>4.766, de 26.6.2003 - Regulamenta a criação e funcionamento da CMED 4.937, de 29.12.2003 – Critérios para reajuste de medicamentos 5.022, de 23.3.2004 - Regulamenta a criação da CMED 5.044, de 8.4.2004 - Competências e o funcionamento da CMED 5.045, de 8.4.2004 – Gestão e coordenação do SINASAN 5.055, de 27.4.2004 - Institui o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) 5.090, de 20.5.2004 - Institui o programa "Farmácia Popular do Brasil" 5.348, de 19.1.2005 - Controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos 5.402, de 28.3.2005 - Aprova o Estatuto da HEMOBRÁS 5.591, de 22.11.2005 – Estabelece normas de segurança sobre OGM 5.775, de 10.5.2006 - Dispõe sobre o fracionamento de medicamentos 5.821, de 29.6.2006 - Reduz alíquotas da Contribuição para o PIS/PASEP/COFINS 6.017, de 17.1.2007 - Normas gerais de contratação de consórcios públicos 6.170, de 25.7.2007 - Transferências de recursos da União mediante convênios e contratos 6.172, de 30.7.2007 - Autoriza o aumento do capital da HEMOBRÁS 6.186, de 13.8.2007 – Regula os mandatos do CPCSP no âmbito da FIOCRUZ 6.286, de 5.12.2007 - Cria o Programa Saúde na Escola (PSE) 6.329, de 27.12.2007 - Transferências de recursos da União mediante convênios e contratos 6.337, de 31.12.2007 – Importação de produtos 6.426, de 7.4.2008 - Reduz a zero as alíquotas da Contribuição para o PIS/PASEP 7.082, de 27.1.2010 - Cria o REHUF 7.237, de 20.7.2010 - Certificação das entidades beneficentes de assistência social 7.385, de 8.12.2010 - Cria UNA-SUS 7.408, de 28.12.2010 - Autoriza o aumento de capital da HEMOBRÁS 7.395, de 22.12.2010 - Contratações temporárias para assistência à saúde indígena</p>

Fonte: Governo Federal. Decretos. Elaboração própria.

Carreira, Vencimentos e Salários (CVS), Conselho Nacional de Saúde (CNS), Sistema Único de Saúde (SUS) e Ministério da Saúde (MS).

O governo Lula normatizou os recursos humanos ao estabelecer cargos em comissão, remanejou outros em função das necessidades do MS e também estabeleceu funções gratificadas de várias carreiras da saúde. Atuando mais

expressivamente nessa área do que seu antecessor na efetivação de profissionais para o SUS. Ainda no campo normativo, regulou através do Conselho Nacional de Saúde as recomposições do próprio conselho e o processo eleitoral.

Em relação ao SUS, destaca-se já no início do primeiro mandato o Decreto nº 4.588, de 7.2.2003, do governo Lula que revoga integralmente o Decreto nº 4.481, de 22.11.2002, do governo FHC que define os hospitais estratégicos no âmbito do SUS. De forma correlata, o Decreto nº 7.227, de 1º.7.2010, estabeleceu a remuneração do pessoal temporário das organizações hospitalares.

No que tange ao Ministério da Saúde, o Decreto nº 6.170, de 25.7.2007, trata das transferências de recursos da união mediante convênios e contratos entre a administração pública federal com outras entidades públicas ou privadas que não visem lucro para o desenvolvimento de programas, projetos ou outras atividades de interesse público. Posteriormente, o Decreto nº 6.329, de 27.12.2007, alterou alguns dispositivos do decreto anterior. Já o Decreto nº 7.237, de 20.7.2010, regulou a certificação das entidades beneficentes de assistência social ao regulamentar a Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009, que trata do tema. Isso evidencia que o governo petista deu continuidade aos traçados institucionais apoiados pelos governos Itamar e FHC, anteriormente discutidos.

Ainda no primeiro ano de mandato, por meio do Decreto nº 4.766, de 26.6.2003, o governo criou a Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED) sendo uma de suas atribuições implementar uma política de acesso aos medicamentos no país. Além de estabelecer mecanismos para estimular a oferta e a competitividade do setor, caberia ainda a definição de critérios de reajuste dos medicamentos. Posteriormente, o Decreto nº 4.937, de 29.12.2003, estabeleceu tais critérios, tendo como referência para o reajuste dos preços dos medicamentos o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), proposto pela CMED.

Já o decreto seguinte do governo Lula, amplia a composição do Conselho de Ministros da Câmara por meio do Decreto nº 5.022, de 23.3.2004, com a participação do Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior. Anteriormente, a estrutura era composta pelos ministros da Saúde que preside, Chefe da Casa Civil, Justiça e Fazenda. Já o Decreto nº 5.044, de 8.4.2004, tratou das competências e o funcionamento da CMED. Nessa direção, o Decreto nº 5.348, de 19.1.2005, estabeleceu que o fracionamento dos medicamentos só poderá ser efetuado por

farmacêutico habilitado e, por último, o Decreto nº 5.775, de 10.5.2006, previu normas sobre o fracionamento de medicamentos.

Ainda nesse campo, o Decreto nº 5.090, de 20.5.2004, instituiu o programa "Farmácia Popular do Brasil"⁵⁶ ao regulamentar a Lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004, que trata sobre o tema. Tal iniciativa é derivada da MP 154, de 23.12.2003, analisada anteriormente que permitiu que a FIOCRUZ disponibilizasse o excedente da produção de medicamentos à população garantindo o acesso a produtos básicos considerados fundamentais à saúde com baixo custo. O governo federal esclarece no referido Decreto os motivos da importância da lei:

[...] Considerando a necessidade de implementar ações que promovam a universalização do acesso da população aos medicamentos; considerando que a meta de assegurar medicamentos básicos e essenciais à população envolve a disponibilização de medicamentos a baixo custo, para os cidadãos que são assistidos pela rede privada; e Considerando a necessidade de proporcionar diminuição do impacto causado pelos gastos com medicamentos no orçamento familiar, ampliando o acesso aos tratamentos [...] (BRASIL, 2004a).

Além do programa de acesso a medicamentos a baixo custo, outro programa implementado pelo governo via Decreto nº 5.055, de 27.4.2004, foi o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). O referido decreto se reporta ao art. 197⁵⁷ da carta constitucional. Atendendo a esse preceito constitucional, o SAMU, regionaliza e hierarquiza a rede de atendimento médico de urgência, anteriormente realizada pelos prontos-socorros cujo fim seria disponibilizar o atendimento integral às urgências e, ao mesmo tempo, diminuir a demanda concentrada nesse serviço. Além disso, integrou ações junto à Agência Nacional de Telecomunicações (ANATEL) para a definição do serviço de chamadas urgentes 192 no país. O serviço foi desenvolvido juntamente com estados e municípios por meio de convênios, cabendo aos Ministérios da Saúde e Comunicação o trabalho articulado na viabilização do serviço.

Por meio do Decreto nº 6.017, de 17.1.2007, o governo Lula regulamentou normas gerais para contratação de consórcios públicos. Essa possibilidade prevista no art. 141 do texto constitucional permitiu que a União celebrasse convênios com os demais entes federados. E independente de consorciarem-se com a União, os

⁵⁶ Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/D5090.htm>. Acesso em: 23 mar. 2023.

⁵⁷ Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado (BRASIL, 1988a).

municípios podem estabelecer consórcios entre si, outra possibilidade se dá mediante os municípios e o estado, somente entre os estados, entre estados e o distrito federal ou ainda entre o distrito federal e os municípios. No que tange à saúde, o referido decreto institui em seu art. 3º que:

§ 1º Os consórcios públicos poderão ter um ou mais objetivos e os entes consorciados poderão se consorciar em relação a todos ou apenas a parcela deles. § 2º Os consórcios públicos, ou entidade a ele vinculada, poderão desenvolver as ações e os serviços de saúde, obedecidos os princípios, diretrizes e normas que regulam o Sistema Único de Saúde -SUS (BRASIL, 2007a).

Tal medida, possibilita a descentralização dos serviços e a formação de redes no setor público para o atendimento em saúde, favorecendo o planejamento intergovernamental e a redução da fragmentação ou dualidade na prestação dos serviços ofertados por esses entes federados. Além dessa temática, o Decreto nº 5.591, de 22.11.2005⁵⁸, regulamentou dispositivos da Lei nº 11.105, de 24 de março de 2005 que estabelece parâmetros de segurança sobre Organismos Geneticamente Modificados (OGM), proposta pelo Executivo ficou popularmente conhecida como a Lei de Biossegurança. E tornou-se marco sobre o tema ao estabelecer normas para a “[...] fiscalização sobre a construção, o cultivo, a produção, a manipulação, o transporte, a transferência, a importação, a exportação, o armazenamento, a pesquisa, a comercialização, o consumo, a liberação no meio ambiente e o descarte [...]” (BRASIL, 2005) de organismos geneticamente modificados.

Já o Decreto nº 5.821, de 29.6.2006, reduz a zero as alíquotas da contribuição para o PIS/PASEP e da COFINS para a importação ou venda no mercado interno dos produtos destinados ao uso em hospitais, em clínicas e consultórios médicos e odontológicos e em campanhas de saúde realizadas pelo poder público. Outra medida nessa direção se deu mediante o Decreto nº 6.337, de 31.12.2007, que ampliou os produtos destinados aos laboratórios de anatomia patológica, citológica ou de análises clínicas, classificados nas posições do referido decreto. Já o Decreto nº 6.426, de 7.4.2008, versou sobre a redução a zero as alíquotas à importação dos produtos farmacêuticos classificados na Nomenclatura Comum do Mercosul (NCM). Essas medidas, de uma forma geral, vão baratear os custos, promover o acesso e impedir o desabastecimento interno de produtos essenciais à promoção da saúde.

⁵⁸ Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/decreto/D5591.htm>. Acesso em: 23 mar. 2023.

Por meio do Decreto nº 6.286, de 5.12.2007, o governo Lula criou o Programa Saúde na Escola (PSE) voltado à educação básica que articula ações dos Ministérios da Saúde e Educação, envolvendo o atendimento integral dos estudantes. A atuação do programa envolve uma equipe multidisciplinar para o desenvolvimento de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde como preconiza o SUS, organizadas a partir do desenvolvimento do trabalho em rede⁵⁹. Outro programa criado mediante o Decreto nº 7.082, de 27.1.2010⁶⁰, foi o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF), voltado a revitalização dessas unidades pertencentes às universidades federais que fazem parte da rede SUS, aprimorando a qualidade do ensino, pesquisa e extensão. Cabe destaque que:

Art. 3º O REHUF orienta-se pelas seguintes diretrizes aos hospitais universitários federais: I – instituição de mecanismos adequados de financiamento, igualmente compartilhados entre as áreas da educação e da saúde, progressivamente, até 2012; II – melhoria dos processos de gestão; III – adequação da estrutura física; IV – recuperação e modernização do parque tecnológico; V – reestruturação do quadro de recursos humanos dos hospitais universitários federais (BRASIL, 2010a).

Nessa rota, o Decreto nº 7.385, de 8.12.2010⁶¹, estabeleceu o Sistema Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS) voltado à capacitação dos recursos humanos da saúde na modalidade à distância. Assim, é importante destacar que uma das competências atribuídas ao SUS é “[...] ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde [...]” (BRASIL, 1988a). Diante disso, a coordenação coube ao Ministério da Saúde, juntamente com a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) em integração com o Ministério da Educação por meio de instituições públicas de ensino superior credenciadas para tanto.

⁵⁹ Art. 2º São objetivos do PSE: I - promover a saúde e a cultura da paz, reforçando a prevenção de agravos à saúde, bem como fortalecer a relação entre as redes públicas de saúde e de educação; II - articular as ações do Sistema Único de Saúde - SUS às ações das redes de educação básica pública, de forma a ampliar o alcance e o impacto de suas ações relativas aos estudantes e suas famílias, otimizando a utilização dos espaços, equipamentos e recursos disponíveis; III - contribuir para a constituição de condições para a formação integral de educandos; IV - contribuir para a construção de sistema de atenção social, com foco na promoção da cidadania e nos direitos humanos; V - fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da saúde, que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar; VI - promover a comunicação entre escolas e unidades de saúde, assegurando a troca de informações sobre as condições de saúde dos estudantes; e VII - fortalecer a participação comunitária nas políticas de educação básica e saúde, nos três níveis de governo. (BRASIL, 2007b). Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/D6286.htm>. Acesso em: 23 mar./2023.

⁶⁰ Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/decreto/D7082.htm>. Acesso em: 23 mar. 2023.

⁶¹ Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/decreto/D7385.htm>. Acesso em: 23 mar. 2023.

[...] São objetivos do UNA-SUS: I - propor ações visando atender às necessidades de capacitação e educação permanente dos trabalhadores do SUS; II - induzir e orientar a oferta de cursos e programas de especialização, aperfeiçoamento e outras espécies de qualificação dirigida aos trabalhadores do SUS, pelas instituições que integram a Rede UNA-SUS; III - fomentar e apoiar a disseminação de meios e tecnologias de informação e comunicação que possibilitem ampliar a escala e o alcance das atividades educativas; IV - contribuir para a redução das desigualdades entre as diferentes regiões do País, por meio da equalização da oferta de cursos para capacitação e educação permanente; e V - contribuir com a integração ensino-serviço na área da atenção à saúde (BRASIL, 2010b).

Ainda voltado aos recursos humanos do SUS, o Decreto nº 6.186, de 13.8.2007, estabeleceu a indicação e a duração dos mandatos do Comitê Gestor do Plano de Carreiras e Cargos de Ciência e Tecnologia, Produção e Inovação em Saúde Pública (CPCSP) no âmbito da FIOCRUZ. Nesse caso, é preciso salientar que o CPCSP foi criado pela MP 301, de 29.6.2006, do governo Lula, discutida anteriormente. E, posteriormente, convertida na Lei nº 11.355, de 19 de outubro de 2006, que previu atribuições ao referido comitê, entre elas, estabelecer regras de acesso ao serviço público, parâmetros para promoção, progressão, capacitação dos recursos humanos, além de monitorar a implantação de planos de carreira e cargos.

Dessa forma, as medidas tomadas pelo governo Lula via Decreto nº 7.385, de 8.12.2010, que trata da UNA-SUS e o Decreto nº 6.186, de 13.8.2007, que se refere ao plano de carreira, cargos e salários, ambos com ativa participação do Ministério da Saúde, vão desenvolver conjuntamente ações de coordenação, planificação e aprimoramento dos recursos humanos do SUS, configurando uma política estatal para o setor.

Já os Decretos nº 6.172, de 30.7.2007, e nº 7.408, de 28.12.2010, embora sejam de anos distintos, vão autorizar o aumento de capital da Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia (HEMOBRÁS), criada por meio da Lei nº 10.972, de 2 de dezembro de 2004⁶², vinculada ao Ministério da Saúde. Segundo a referida lei em seu art. 1º “[...] § 1º A função social da HEMOBRÁS é garantir aos pacientes do Sistema Único de Saúde - SUS o fornecimento de medicamentos hemoderivados ou produzidos por biotecnologia.” (BRASIL, 2004b).

⁶² Art. 4º A União integralizará no mínimo 51% (cinquenta e um por cento) do capital social da HEMOBRÁS, podendo o restante ser integralizado por Estados da Federação ou entidades da administração indireta federal ou estadual. § 1º A integralização poderá se dar por meio de incorporação de bens móveis ou imóveis. § 2º O aumento do capital social não poderá importar em redução da participação da União definida no caput deste artigo. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/110.972.htm>. Acesso em: 23 mar. 2023.

Além do acesso aos hemoderivados do sangue aos pacientes do SUS, o Decreto nº 5.402, de 28.3.2005, do governo Lula aprovou o estatuto da Hemobrás. De forma correlata, o Decreto nº 5.045, de 8.4.2004, dá nova redação aos dispositivos da Lei nº 10.205, de 21 de março de 2001, que estabeleceu o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados (SINASAN), cabendo à coordenação ao MS, além do desenvolvimento de uma Política Nacional de Sangue, Componentes e Hemoderivados.

Também no campo regulatório, o Decreto nº 7.395, de 22.12.2010, previu a contratação temporária de agentes para assistência à saúde indígena, envolvendo vários profissionais da saúde. Ao encerrar seu mandato de oito anos, o governo Lula, deixa a presidência com alto nível de aprovação da população brasileira. Isso garantiu a continuidade do partido na gestão federal com a eleição da presidenta Dilma em 2010, cuja proposta seria dar continuidade as ações de seu antecessor, como vimos no capítulo 3.

Quadro 13 - Decretos dos governos Dilma (01/01/2011 11/05/2016)

Temas	Decretos
CVS	7.429, de 17.1.2011 - Remanejamento de cargos em comissão 7.530, de 21.7.2011 - Cargos em comissão e funções gratificadas MS 7.797, de 30.8.2012 - Cargos em comissão e funções gratificadas MS 7.876, de 27.12.2012 - Regulamenta as Gratificações de Qualificação 7.771, de 29.6.2012 – Remanejamento de cargos em comissão 7.779, de 31.7.2012 – Prorroga prazo de remanejamento de cargos em comissão 7.930, de 18.2.2013 - Competência para a concessão de diárias de colaboradores ANVISA 8.065, de 7.8.2013 - Remaneja cargos em comissão MS 8.490, de 13.7.2015 - Remaneja cargos em comissão MS
SUS	7.508, de 28.6.2011 - Regulamenta a organização do SUS 7.807, de 17.9.2012 - Definição de produtos estratégicos para o SUS 7.958, de 13.3.2013 - Diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual no SUS 8.474, de 22.6.2015 - Agente Comunitário de Saúde e de Agente de Combate às Endemias 8.612, de 21.12.2015 - Institui a Sala Nacional de Coordenação e Controle, da Dengue 8.662, de 1º.2.2016 - Adoção de prevenção e eliminação do mosquito Aedes Aegypti
MS	7.562, de 15.9.2011 - Dispõe sobre a Comissão Nacional de Residência Médica 7.568, de 16.9.2011 - Transferências de recursos da União mediante convênios e contratos 7.592, de 28.10.2011 - Contratos com entidades privadas sem fins lucrativos 7.646, de 21.12.2011 - Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias CONITEC) 7.616, de 17.11.2011 - Declaração de Emergência em Saúde Pública e institui a FN-SUS 7.602, de 7.11.2011 - Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST) 7.661, de 28.12.2011 - Aprova o Estatuto Social da EBSERH 7.713, de 3.4.2012 – Licitações para aquisição de fármacos e medicamentos 7.827, de 16.10.2012 - Transferências voluntárias da União 7.461, de 18.4.2011 - Transição da gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena 7.767, de 27.6.2012 - Licitações para aquisição de produtos médicos 7.988, de 17.4.2013 - Dispõe sobre o PRONON e o PRONAS/PCD 8.041, de 9.7.2013 - Outras instituições que poderão integrar o UNA-SUS 8.037, de 28.6.2013 - Dispõe sobre a Comissão Científica em Vigilância Sanitária 8.040, de 8.7.2013 - Comitê Gestor e o Grupo Executivo do Programa Mais Médicos 8.077, de 14.8.2013 – Funcionamento de empresas no âmbito da vigilância sanitária 8.081, de 23.8.2013 - Comitê Gestor e o Grupo Executivo do Programa Mais Médicos 8.126, de 22.10.2013 - Registro único e da carteira de identificação médicos do PMMB 8.201, de 6.3.2014 - Transferências voluntárias da União 8.225, de 3.4.2014 - Margens de preferência na aquisição de fármacos e medicamentos 8.242, de 23.5.2014 - Certificação das entidades beneficentes de assistência social 8.262, de 31.5.2014 – Proíbe o uso de fumígeno em locais fechados 8.497, de 4.8.2015 - Regulamenta a formação do Cadastro Nacional de Especialistas 8.516, de 10.9.2015 - Regulamenta a formação do Cadastro Nacional de Especialistas 8.587, de 11.12.2015 - Dispõe sobre a execução do REHUF

Fonte: Governo Federal. Decretos. Elaboração própria.

Carreira, Vencimentos e Salários (CVS), Sistema Único de Saúde (SUS) e Ministério da Saúde (MS).

O governo Dilma continuou regulando sobre carreira, vencimentos e salários dos recursos humanos ao remanejar cargos, estabelecer gratificações e competências para várias carreiras. No que tange ao SUS, o Decreto nº 7.508, de

28.6.2011, regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que trata da organização do sistema único. Nesse sentido, incorpora a referida lei as definições de região de saúde, contrato organizativo da ação pública da saúde, portas de entrada, comissões intergestores, mapa da saúde, rede de atenção à saúde, serviços especiais de acesso aberto e protocolo clínico e diretriz terapêutica, cujo objetivo é o planejamento da saúde por meio da articulação interfederativa.

Ainda no campo regulatório, o Decreto nº 7.807, de 17.9.2012, estabeleceu que os produtos estratégicos para o SUS devem ser definidos pelo Grupo Executivo do Complexo Industrial da Saúde (GECIS)⁶³ voltado ao desenvolvimento de estratégias de inovação em saúde. Outra atuação no âmbito do SUS se deu mediante o Decreto nº 7.958, de 13.3.2013, que estabeleceu parâmetros para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais do SUS, visando a humanização do atendimento⁶⁴.

O governo federal também previu ações voltadas ao combate do mosquito *Aedes Aegypti* transmissor da Dengue, do Vírus Chikungunya e do Zika Vírus. Nesse sentido, os três decretos do governo Dilma vão tratar da contratação de Agentes Comunitários de Saúde e de Agentes de Combate às Endemias. Por meio do Decreto nº 8.474, de 22.6.2015, estabeleceu a assistência financeira aos estados, distrito federal e municípios no que compete à União, a fim de garantir o piso salarial profissional e contratação desses profissionais.

Dada a relevância e urgência de ações no combate ao mosquito no país, o Decreto nº 8.612, de 21.12.2015, previu a criação da Sala Nacional de Coordenação

⁶³ A criação do GECIS ocorreu mediante o Decreto 12 de maio de 2008, editado pelo governo Lula. Contudo, esse documento não consta na base de dados do governo federal. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2008/Dnn/Dnn11578.htm>. Acesso em: 07 set. 2023.

⁶⁴ Art. 2º O atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do SUS observará as seguintes diretrizes: I - acolhimento em serviços de referência; II - atendimento humanizado, observados os princípios do respeito da dignidade da pessoa, da não discriminação, do sigilo e da privacidade; III - disponibilização de espaço de escuta qualificado e privacidade durante o atendimento, para propiciar ambiente de confiança e respeito à vítima; IV - informação prévia à vítima, assegurada sua compreensão sobre o que será realizado em cada etapa do atendimento e a importância das condutas médicas, multiprofissionais e policiais, respeitada sua decisão sobre a realização de qualquer procedimento; V - identificação e orientação às vítimas sobre a existência de serviços de referência para atendimento às vítimas de violência e de unidades do sistema de garantia de direitos; VI - divulgação de informações sobre a existência de serviços de referência para atendimento de vítimas de violência sexual; VII - disponibilização de transporte à vítima de violência sexual até os serviços de referência; e VIII - promoção de capacitação de profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do SUS para atender vítimas de violência sexual de forma humanizada, garantindo a idoneidade e o rastreamento dos vestígios coletados. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/decreto/D7958.htm>. Acesso em: 23 mar. 2023.

e Controle, para o enfrentamento da Dengue, do Vírus Chikungunya e do Zika Vírus. Sendo desenvolvida no Centro Nacional de Gerenciamento de Riscos e Desastres da Secretaria Nacional de Defesa Civil do Ministério da Integração Nacional que contou com a participação dos seguintes órgãos: Ministério da Saúde, a quem coube a coordenação, Ministério da Integração Nacional, Casa Civil da Presidência da República, Ministério da Defesa, Ministério da Educação, Ministério do Desenvolvimento Social e Secretaria de Governo da Presidência da República. A ação integrada da sala nacional, contou com ações coordenadas por meio do Decreto nº 8.662, de 1º.2.2016, que previu a adoção de providências na eliminação de focos do mosquito *Aedes Aegypti* com o apoio da comunidade no desenvolvimento de ações para eliminação de criadouros do mosquito.

No que diz respeito ao Ministério da Saúde, o Decreto nº 7.827, de 16.10.2012, regulamentou os procedimentos e condicionamentos das transferências de recursos voltados à promoção, proteção e recuperação da saúde. O referido decreto versa também sobre o Sistema de Informações Sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) que disponibiliza dados de todos os entes federados dos recursos aplicados em serviços de saúde. A importância desse sistema se encontra na disponibilidade dos dados, garantindo a transparência dos repasses públicos e o controle social. Posteriormente, o Decreto nº 8.201, de 6.3.2014, alterou alguns dispositivos que tratam do sistema.

Já o Decreto nº 7.646, de 21.12.2011, estabeleceu a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (CONITEC) no Sistema Único de Saúde, órgão colegiado que tem a competência de auxiliar o Ministério da Saúde na inclusão de tecnologias mais adequadas a serem ofertadas pelo SUS. Além da comissão, o governo Dilma estabeleceu por meio do Decreto nº 7.602, de 7.11.2011, a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST), de caráter intersetorial envolvendo o Ministério do Trabalho e Emprego, Saúde e Previdência Social.

Em consonância com o art. 200 da carta constitucional que previu ao SUS “[...] executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador [...]” (BRASIL, 1988a). Coube ao Ministério da Saúde várias atribuições, dentre elas, estruturar ações voltadas ao trabalhador, ao ambiente de trabalho, assistência à saúde, reabilitação, estruturar uma rede de informações e promover pesquisas sobre o tema.

Além disso, através do Decreto nº 7.616, de 17.11.2011, a presidenta Dilma instituiu os condicionantes para caracterizar Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) e instituiu a Força Nacional (FN) do SUS. Nesse caso, é declarada a ESPIN em decorrência de situações epidemiológicas, desastres e desassistência à população. Em relação à FN-SUS coube a gestão ao MS que é responsável pela definição das diretrizes, convocação da FN, manter o cadastro dos profissionais e a formação constante.

Já o Decreto nº 8.587, de 11.12.2015, trata da execução do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF), criado pelo governo Lula por meio do Decreto nº 7.082, de 27.1.2010. Nesse sentido, o governo Dilma, através do referido decreto irá dispor sobre a dotação orçamentária para dar continuidade ao processo de revitalização e investimento nos hospitais universitários, dando prosseguimento as ações de seu antecessor. Contudo, o governo Dilma, mediante Decreto nº 7.661, de 28.12.2011 aprova o estatuto social da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), criada pela Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011.

Dessa forma, coube à gestão das Instituições Federais de Ensino Superior (IFES) aderir ou não à EBSERH. É importante ressaltar que o governo Dilma institui uma empresa de personalidade jurídica de direito privado e patrimônio próprio que passa a gerir os hospitais universitários que prestam atendimento à saúde. Tal medida, representa um retrocesso para o SUS e impacta diretamente nos recursos humanos, contrariando a política voltada à formação de carreiras, fortemente impulsionada no governo Lula, substituída por outras formas de contratação.

Tem-se a dupla terceirização, a primeira das atribuições do Estado na oferta da saúde pública que é delegada a essas instituições que passam a administrar instalações, recursos humanos e materiais, além de vultosos recursos públicos. E a do trabalho propriamente dita, através da contratação de pessoal por essas entidades. Sem pormenorizar a perda da autonomia universitária sobre decisões relativas ao planejamento institucional e investimentos.

Nessa direção, por meio do Decreto nº 8.242, de 23.5.2014, o governo Dilma deu continuidade à regulação da certificação das entidades beneficentes de assistência social e dispôs sobre àquelas que atuam no campo da saúde. Nesse sentido, o Decreto nº 7.568, de 16.9.2011, tratou das normas relativas às transferências de recursos da União mediante convênios e contratos. E, ainda o

Decreto nº 7.592, de 28.10.2011, tratou da regularidade e estabeleceu sanções, entre eles, a suspensão de repasse de recurso público para entidades privadas⁶⁵, reforçando a rota dos governos Itamar, FHC e Lula.

Além do mais, os decretos do governo Dilma também foram voltados ao campo regulatório dos medicamentos a fim de estabelecer regras para a aquisição desses produtos. Como o Decreto nº 7.713, de 3.4.2012, que estabeleceu as normas de licitação de fármacos e medicamentos, o Decreto nº 7.767, de 27.6.2012, trata da licitação para a compra de produtos médicos. Já o Decreto nº 8.225, de 3.4.2014, estabelece as margens de preferência para a aquisição de fármacos e medicamentos.

Ainda no campo regulatório no âmbito da ANVISA, o Decreto nº 8.037, de 28.6.2013, estabeleceu a Comissão Científica em Vigilância Sanitária (CCVISA) com o objetivo de assessorar a agência sobre novas tecnologias, estudos, pareceres, entre outros. Já o Decreto nº 8.077, de 14.8.2013, trata das condições para o funcionamento de empresas condicionadas à licença sanitária.

Como discutido anteriormente, a presidenta por meio da MP 563, de 3.4.2012, criou o PRONON e PRONAS/PCD convertido na Lei nº 12.715, de 17 de setembro de 2012. Posteriormente, o Decreto nº 7.988, de 17.4.2013, regulamentou dispositivos da referida lei. Nessa orientação, a MP 621, de 8.7.2013, criou o Programa Mais Médicos, convertida na Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Diante disso, o Decreto nº 8.040, de 8.7.2013, estabeleceu o Comitê Gestor e o Grupo Executivo do Programa Mais Médicos, formado pelo Ministério da Saúde a quem coube a coordenação, Ministério da Educação, Casa Civil da Presidência da República e Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão com a competência de acompanhar e avaliar o PMM.

⁶⁵ Art. 1º Os órgãos e entidades da administração pública federal deverão avaliar a regularidade da execução dos convênios, contratos de repasse e termos de parceria celebrados até a data de publicação do Decreto nº 7.568, de 16 de setembro de 2011, com entidades privadas sem fins lucrativos. § 1º A avaliação de regularidade da execução deverá ser realizada no prazo de até trinta dias, contado a partir da data de publicação deste Decreto, período no qual ficam suspensas as transferências de recursos a entidades privadas sem fins lucrativos por meio dos instrumentos referidos no **caput**. § 2º A suspensão prevista no § 1º não se aplica às seguintes situações: I - para a realização de programas de proteção a pessoas ameaçadas ou em situação que possa comprometer sua segurança; II - nos casos em que o projeto, atividade ou serviço objeto do convênio, contrato de repasse ou termo de parceria já seja realizado adequadamente mediante colaboração com a mesma entidade há pelo menos cinco anos e cujas respectivas prestações de contas tenham sido devidamente aprovadas; e III - às transferências do Ministério da Saúde destinadas a serviços de saúde integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS (BRASIL, 2011). Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7592.htm>. Acesso em: 23 mar. 2023.

Ainda sobre o PMM, o Decreto nº 8.081, de 23.8.2013, regula o pedido de registro provisório para os médicos intercambistas que desejam participar do programa, já o Decreto nº 8.126, de 22.10.2013, trata do registro único e da carteira de identificação para os médicos intercambistas do PMMB. Além disso, a MP 536, de 24.6.2011, do governo Dilma regulou a residência médica, nesse sentido o Decreto nº 7.562, de 15.9.2011, versou sobre o estabelecimento da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) a quem coube o papel de acompanhar e avaliar as instituições que disponibilizam essa formação, sendo responsabilidade do Ministério da Educação. Contudo, as diretrizes devem estar em consonância com o sistema único, assim o Ministério da Saúde participa da referida comissão que tem o papel de regular a formação médica no país, promovendo o credenciamento e dispondo sobre o funcionamento dessas instituições.

Ainda sobre esse tema, o Decreto nº 8.497, de 4.8.2015, instituiu a formação do Cadastro Nacional de Especialistas cujo objetivo é planejar e regular a formação médica no país, podendo conhecer as necessidades regionais, além de padronizar as informações sobre as especialidades existentes, por meio da atuação conjunta entre os Ministérios da Educação e Saúde. Cabe destaque aqui, a perspectiva de planificação estatal para a elaboração de políticas públicas como preconiza o art. 4º do referido decreto:

I - subsidiar o planejamento, a regulação e a formação de recursos humanos da área médica no Sistema Único de Saúde - SUS e na saúde suplementar; II - dimensionar o número de médicos, sua especialização, sua área de atuação e sua distribuição em todo o território nacional, de forma a garantir o acesso ao atendimento médico da população brasileira de acordo com as necessidades do SUS; III - estabelecer as prioridades de abertura e de ampliação de vagas de formação de médicos e especialistas no País (BRASIL, 2015b, grifo nosso).

Essa iniciativa pressupõe o mapeamento, monitoramento e avaliação dos recursos humanos médicos e nessa direção, o Decreto nº 8.516, de 10.9.2015, estabeleceu a Comissão Mista de Especialidades, composta por dois representantes do Conselho Nacional Residência Médica, dois representantes do Conselho Federal de Medicina e dois representantes da Associação Médica Brasileira a fim de definir as especialidades médicas no país.

Em relação à formação dos recursos humanos do SUS, o Decreto nº 8.041, de 9.7.2013⁶⁶, definiu que “[...] em caráter excepcional, outras instituições públicas que obtiverem credenciamento especial para a oferta de cursos de pós-graduação **lato sensu** e para educação a distância, na forma da legislação vigente” (BRASIL, 2013b, grifo do autor), poderão participar do UNA-SUS.

Todavia, o governo Dilma passa por um processo de impedimento no segundo mandato. Diante disso, o vice assume a presidência da república e passa a editar vários decretos que vão reorientar a trajetória iniciada pelos governos petistas, voltada à universalização e a ampliação de programas e projetos da saúde.

Quadro 14 - Decretos do governo Temer (12/05/2016 a 01/01/2019)

Temas	Decretos
CVS	8.867, de 3.10.2016 - Cargos em Comissão e das Funções de Confiança da FNS 8.901, de 10.11.2016 - Funções de confiança MS 8.932, de 14.12.2016 - Cargos em Comissão da FIOCRUZ 9.320, de 27 .3.2018 - Cargos em comissão e funções de confiança MS
CNS	9.463, de 8.8.2018 - convoca a 16ª Conferência Nacional de Saúde
SUS	9.380, de 22 .5.2018 - Readequação da rede física do SUS
MS	8.783, de 6.6.2016 - Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano 9.175, de 18.10.2017 - Disposição de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano 9.190, de 1º.11.2017 - Regulamenta art. 20 da Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998 (OSs) 9.245, de 20 .12.2017 - Instituiu a Política Nacional de Inovação Tecnológica na Saúde 9.307, de 15 .3.2018 - Altera a Política Nacional de Inovação Tecnológica na Saúde 9.361, de 8 .5.2018 - Cria a Assembleia Geral na Hemobrás e na EBSERH 9.469, de 14.8.2018 - Dispõe sobre diretrizes e critérios para a qualificação de OSs 9.579, de 22 .11.2018 - Dispõe sobre a temática do lactente
O	8.872, de 10.10.2016 - Dispõe sobre a vinculação das entidades da administração pública federal indireta

Fonte: Governo Federal. Decretos. Elaboração própria.

Carreira, Vencimentos e Salários (CVS), Sistema Único de Saúde (SUS), Ministério da Saúde (MS) e Outros (O).

Em relação aos recursos humanos, o governo Temer atuou na definição de cargos de confiança e funções comissionadas dos trabalhadores do SUS. No que tange ao CNS, destacamos a 16ª Conferência Nacional de Saúde⁶⁷ que resgatou o

⁶⁶ Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/decreto/D8041.htm>. Acesso em 23 mar. 2023.

⁶⁷ Disponível em: <<https://conselho.saude.gov.br/16cns/>>. Acesso em: 23 mar. 2023.

tema e os debates da 8ª Conferência, cujo eixo central era “Democracia é Saúde”. Além de três temáticas: “A saúde como dever do Estado e direito do cidadão”, “A reformulação do Sistema Nacional de Saúde” e “O financiamento setorial”. De forma simbólica, a 16ª CNS (=8ª+8) debateu as mesmas pautas ao definir como tema central “Democracia e Saúde” e três eixos de discussão: “Saúde como direito”, “Consolidação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS)” e o “Financiamento adequado e suficiente para o SUS”, demonstrando que os desafios para o sistema único ainda são os mesmos.

Em relação ao SUS, o Decreto nº 9.380, de 22 .5.2018, previu a readequação da rede física do sistema único ao alterar o Decreto nº 7.827, de 16.10.2012, do governo Dilma que trata da transferência de recursos em ações e serviços de saúde e normas para que estados e municípios apliquem os recursos disponibilizados via fundo⁶⁸.

Em relação ao Ministério da Saúde, o governo Temer através do Decreto nº 8.783, de 6.6.2016, e o Decreto nº 9.175, de 18.10.2017, regulou a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano. O primeiro disponibiliza o apoio da Força Aérea Brasileira (FAB) para transporte de órgãos, tecidos e partes do corpo humano, bem como o transporte do receptor ao local do transplante, previu ainda que o MS possa requisitar outras aeronaves se necessário, ficando a cargo da FAB verificar a disponibilidade. Já o segundo estabelece o Sistema Nacional de Transplantes (SNT), que coube ao Ministério da Saúde a função de órgão central na definição e execução do sistema.

⁶⁸ Art. 2º São condições para a readequação da rede física do Sistema Único de Saúde - SUS, de que trata o inciso IX do **caput** do art. 3º da Lei Complementar nº 141, de 2012 , oriunda de investimentos realizados pelos entes federativos com recursos repassados, até a data de publicação deste Decreto, pelo Fundo Nacional de Saúde diretamente aos fundos de saúde: I - aplicação dos recursos repassados até a data da publicação deste Decreto em conformidade com o objeto de saúde originalmente pactuado, de acordo com o disposto na Lei Complementar nº 141, de 2012 , e nas normas orçamentárias; II - justificativa da necessidade de readequação do planejamento inicial; III - demonstração de que o espaço do imóvel será plenamente utilizado em ações e serviços de saúde previstos no art. 3º da Lei Complementar nº 141, de 2012 , ainda que o tipo de estabelecimento de saúde seja diferente do inicialmente pactuado; IV - que o imóvel construído com recursos repassados pelo Fundo Nacional de Saúde ainda não tenha sido utilizado para o objeto de saúde originalmente pactuado; V - na hipótese de terem sido repassados recursos para a aquisição de equipamentos, deverão ser demonstrados: a) a aplicação dos recursos em conformidade com a legislação vigente; e b) que os equipamentos serão plenamente utilizados, ainda que de forma regionalizada; e VI - pactuação da nova utilização do imóvel nas instâncias deliberativas do SUS pertinentes, em consonância com o Plano de Saúde do ente federativo, submetido ao Conselho de Saúde. (BRASIL, 2018c). Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_Ato2015-2018/2018/Decreto/D9380.htm>. Acesso em: 23 mar. 2023.

O Decreto nº 9.245, de 20 .12.2017, institui a Política Nacional de Inovação Tecnológica (PNITS) que estabelece estratégias e ações voltadas à sustentabilidade tecnológica a fim de ampliar o acesso ao SUS, além da criação de centros de pesquisa. Já o Decreto nº 9.307, de 15 .3.2018, altera alguns dispositivos da PNITS.

Todavia, o campo do terceiro setor é retomado com o Decreto nº 9.190, de 1º.11.2017, que regulamenta o art. 20 da Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998, que trata das OSs e previu que seja criado o Programa Nacional de Publicização (PNP). Diante disso, se enfatiza a apresentação de resultados quantitativos e qualitativos por essas entidades com o objetivo de estabelecer PPP de interesse público de longo prazo, segundo o documento.

Nessa direção, o Decreto nº 9.469, de 14.8.2018, trata dos documentos provisórios para que as entidades privadas possam ser qualificadas como OSs. Dessa forma, mais arranjos institucionais que privilegiam as parcerias com o Estado no sentido de deixar de ser o gestor para tornar-se fiscalizador dos serviços prestados por essas entidades são legitimados na gestão Temer. De forma correlata, o governo cria a assembleia geral no âmbito da Hemobrás e da EBSERH por meio do Decreto nº 9.361, de 8 .5.2018. Além disso, o Decreto nº 8.872, de 10.10.2016, vinculou entidades da administração pública federal indireta ao Ministério da Saúde.

Todavia, a análise dos decretos da saúde dos governos pós-redemocratização, apresenta similaridades em relação à rota assumida pelos partidos na edição das MPs editadas no mesmo período. Cabe destacar que a análise dos decretos demonstrou que o governo Sarney (01/01/1989 a 14/03/1990), não estabeleceu programas, projetos ou leis que possam indicar alguma alteração de rota para a política de saúde, apenas dão continuidade à normalização daquelas já existentes. Contudo, é preciso considerar que leis fundamentais estavam em discussão durante sua gestão como a lei que regulamenta o SUS. De autoria do Executivo, proposta mediante projeto de lei foi publicada somente no final da década de 1990 sob a gestão Collor, demonstrando outras arenas para a implementação de políticas públicas.

Nesse contexto, o governo Collor (15/03/1990 a 01/10/1992), para além da regulação, instituiu o projeto “Ministério da Criança” que unifica todas as ações desenvolvidas para esse segmento pelo governo federal em um só programa. Nessa direção, destaca-se a criação da Fundação Nacional da Saúde (FNS), voltada a ações de combate às endemias e com foco na saúde pública e saneamento básico em áreas rurais.

Outrossim, os decretos do governo Itamar (02/10/1992 a 01/01/1995) também são voltados ao campo regulatório. Entretanto, ao dispor sobre a certificação das entidades filantrópicas, reforça uma trajetória institucional que ao longo das gestões seguintes serão aprofundadas e legitimadas institucionalmente. Obviamente, o governo Itamar não é o precursor desse caminho, essa rota já havia sido iniciada muito antes da constituição. E aqui a abordagem institucionalista de Menicucci (2007) é fundamental para entender a trajetória de como a assistência à saúde não negou o legado de 1930 e reestruturou sua oferta na década de 1960, quando o Estado transfere cada vez mais para o setor privado a prestação de serviços. Isso ocorreu mediante o estabelecimento de convênios e repasses de recursos, desenvolvendo instituições e atores do mercado na provisão da saúde, tornando as decisões cada vez mais dependentes da trajetória.

Além disso, seria uma afirmação inócua atribuir tamanha responsabilidade ao seu governo, dado o recorte de pesquisa - MPs e decretos da saúde - uma vez que há uma complexidade de atores e interesses imersos numa assimetria de poderes que dispõem de vários recursos de iniciação legislativa. Ademais, os traçados institucionais que vão incentivar a mercadorização da saúde são um emaranhado de leis, portarias, normas, emendas e outros documentos, todos imbricados e adstritos a diversos atores institucionais, extrapolando o estudo aqui proposto.

O fato é que não é possível subestimar os decretos e considerá-los apenas atos normativos que vão tratar de pontos específicos das leis. São tessituras importantes que dão a coesão necessária, formando camadas sobrepostas que oferecem a estabilidade necessária para a tomada de decisões dos agentes institucionais, no caso, os partidos políticos. Nesse aspecto, o governo FHC (01/01/1995 a 01/01/2003) sinaliza um ponto de inflexão, à medida que sua gestão privilegia a expansão dos traços mercantis, mitigando o SUS ao fortalecer o mercado na oferta da proteção social.

Essa rota se subdividiu em dois caminhos simultâneos, um deles por meio da criação da ANS desvinculada dos interesses do sistema único. E, nesse sentido, o Estado através da agência promoveu a regulação constante desse setor levando à especialização de algumas operadoras. Evidenciando que o empresariamento da saúde se tornou altamente lucrativo no país, ao absorver uma camada da população apta a contratar planos privados.

O outro caminho se consolida em regras formais, institucionalizando via decreto o terceiro setor, isso permitiu a expansão das entidades sem fins lucrativos que administram recursos públicos avultados a fim de prestar assistência que foi deixando de ser complementar ao SUS. Principalmente na oferta da assistência de média e alta complexidades, levando o governo a definir os hospitais estratégicos do SUS. Tais fatos evidenciam a agenda marginal que o sistema único assumiu em seu governo. Portanto, a oferta da saúde operou em dois sentidos paralelos, através do incentivo governamental ao setor privado lucrativo e ao privado filantrópico em desgabo do SUS. Todavia, não significa que o governo FHC não tenha atuado na saúde pública, talvez a regulação seja também o seu legado.

De mais a mais, estabeleceu via decretos projetos importantes como o Programa Renda Mínima, vinculado à saúde “Bolsa-Alimentação”, o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde e o Programa de Fomento à Pesquisa em Saúde. Contudo, tais programas não foram capazes de ofuscar o seu maior legado, a desestatização e a privatização da saúde, entendidas aqui como o processo de delegação das atribuições do Estado para o terceiro setor.

Dessa forma, é preciso ressaltar que em seu governo houve o incremento da rota bifurcada que impacta o SUS. Primeiramente, porque deixa de ser o caminho principal, à medida que a trajetória privatista é retomada e os recursos públicos são orientados para o trabalho executado por essas entidades. Ao mesmo tempo, o desprestígio do sistema único se estende aos recursos humanos que passa a ser contratado mediante regime celetista e, ainda subcontratado a partir do trabalho terceirizado e voluntário absorvido por essas entidades. Aliás, tem-se em seu governo a terceirização da proteção social para instituições beneficentes e OSs, e aqui restringimos nossa afirmação, aos achados da análise dos decretos.

Todavia, sua atuação governamental foi mais ampla ao orientar o Estado a uma perspectiva gerencial que o assemelha a uma empresa que na tentativa de reduzir gastos, passa a contratar serviços e vai terceirizando suas atividades e, nesse processo, a oferta da saúde deixa de ser majoritariamente estatal. E, nesse aspecto, é preciso voltar ao passado, para compreender o presente, uma vez que o texto constitucional previu a participação do setor privado de forma complementar ao sistema único.

E já que estamos nos reportando às instituições formais, essa rota dada pelo texto constitucional deveria ter sido seguida pelos atores institucionais, neste caso, os

partidos políticos que fizeram a gestão federal da saúde. E aqui é preciso afirmar que as diferenças ideológicas e programáticas se refletiram tanto nas MPs como nos decretos da saúde. Nesse contexto, os decretos do governo Lula (01/01/2003 a 01/01/2011), vão ampliar o acesso à saúde na perspectiva da universalidade e integralidade do atendimento.

Por meio deles, não apenas regulou a saúde na efetivação dos recursos humanos para o SUS, como também complementou o sistema único nos serviços emergenciais através do SAMU, criou a CMED que passou a regular o preço dos medicamentos a fim de torná-los mais disponíveis à população principalmente a de baixa renda. E para esse público, o programa “Farmácia Popular do Brasil” garantiu a expansão do acesso aos medicamentos. Nessa direção, criou a HEMOBRÁS, consórcios públicos, Programa Saúde na Escola, REHUF, UNA-SUS, entre outros.

Seguindo essa trajetória, o governo Dilma (01/01/2011 a 11/05/2016) estabeleceu, via decreto, a ESPIN e instituiu a Força Nacional (FN-SUS), dispôs ainda, sobre o PRONON e o PRONAS/PCD e instituiu o Comitê Gestor e o Grupo Executivo do Programa Mais Médicos. Estes são alguns exemplos dos programas implementados pelos partidos de centro-esquerda na ampliação da atuação do Estado na condução da política de saúde brasileira. Tais fatos corroboram nosso argumento que considera que o Partido dos Trabalhadores, mesmo à frente de coalizões de centro-esquerda, tenha privilegiado a constitucionalização dessa política e garantiu, conseqüentemente, iniciativas políticas voltadas à universalização do sistema único em relação ao PMDB, PRN e PSDB no período estudado.

Isso se ratifica também quando o vice da presidenta, Michel Temer (12/05/2016 a 01/01/2019), ao assumir a presidência da república deixa a rota da ampliação de programas e projetos voltados à saúde em estado inercial para revigorar outra, já consolidada por seus antecessores. Nessa direção, seus decretos vão corroborar os traçados mercantis na continuidade da regulamentação das OSs. Embora não seja o foco desta tese, é inegável o retrocesso desse governo no que diz respeito a essa política, mediante a aprovação da EM nº 95/2016 que estabeleceu o teto de gastos por vinte anos e contribuiu significativamente para o agravamento do subfinanciamento do SUS.

Tais fatos confirmam nossa hipótese de que os partidos à direita do espectro político, apresentam a tendência a mercantilizar o acesso, através do incremento da saúde complementar em detrimento da saúde pública. Visto que a consideram

dispêndio ou gasto que compromete as contas públicas, portanto, devendo ser evitado. Isso pode ser verificado na edição de medidas provisórias e decretos da saúde.

Todavia, o mapeamento da política de saúde contribuiu para outros achados importantes dessa pesquisa que precisam ser pontuados. Um deles é que ao mesmo tempo que os partidos à direita do espectro político incrementaram a oferta da saúde complementar, os partidos à esquerda não conseguiram vetar sua ampliação. Considerando que desde as plenárias da 8ª Conferência Nacional da Saúde defendiam a estatização total dessa política, conseqüentemente caberia a esses atores oponentes a essa trajetória reforçar a rota do universalismo a caminho da desmercadorização da saúde.

Entretanto, a análise evidenciou que os governos petistas acabaram acomodando interesses divergentes e embora tenham aprofundado a trajetória do fortalecimento do sistema único, também reforçaram traçados privatistas ao legislar nesse campo e, como exemplo, o governo Dilma ao criar a EBSERH. E aqui cabe um parêntese em relação aos esforços do Partido dos Trabalhadores e do Partido Democrático Trabalhista no governo Lula para vetar as OSs, por meio de ADI. E, embora saia do escopo desta tese, a indicação de sanitaristas para a presidência da ANS durante a gestão Lula a fim de mitigar os interesses privatistas. Contudo, tais ações não foram capazes de desestimular os atores a mudarem o caminho, a trajetória privatista já contava com retornos crescentes, gerando um processo de autorreforço. Essa rota já se constituía.

Somados a esses achados da pesquisa, outros pontos fundamentais revelados por ela precisam ser discutidos. Para isso é preciso retomar a literatura que trata das MPs e decretos para a abertura de créditos extraordinários indicando o uso desses recursos, inclusive contrariando os preceitos constitucionais para os quais foram assegurados em casos de guerra, comoção intestina e calamidade pública.

Além disso, a pesquisa inicial indicou 6.955 medidas provisórias e 12.234 decretos editados para o período estudado. Levando a concernir que haveria uma produção legislativa expressiva para a política de saúde, já que a literatura também indicava a predileção do Executivo pelo uso desses recursos para legislar na área da saúde. Nesse sentido, os achados de Baptista (2003) sugerem ainda o uso das MPs e decretos como uma forma sofisticada para contornar o debate congressional até que surja uma janela de oportunidades para a propositura de uma lei.

Dado esse direcionamento, esperava-se encontrar tanto na edição das medidas provisórias quanto dos decretos da saúde um número substancial de documentos para a abertura de créditos extraordinários, principalmente. No caso das medidas provisórias, destacam-se os governos Lula com 18 créditos extraordinários abertos no período estudado, seguido por Itamar e Dilma com 4 créditos, respectivamente e o governo FHC com 1 crédito extraordinário. Em relação aos decretos, os achados da pesquisa apontam no sentido contrário, ou seja, nenhum presidente editou decretos para solicitar créditos extraordinários para a saúde no período estudado. Tais fatos merecem uma agenda de pesquisas a fim de compreender quais temas e pastas foram privilegiadas pelos presidentes para justificar a abertura de créditos extraordinários no período pós-redemocratização.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A retomada dos arranjos institucionais e a reconstrução dos diferentes momentos da política de saúde a partir dos dois institutos exclusivos que permitem ao Executivo legislar demonstrou que vários caminhos foram percorridos ao longo da trajetória dessa política, marcada por não-decisões e retornos crescentes que ao longo das décadas conformou atores e preferências divergentes em relação a sua oferta. A abordagem institucionalista histórica nos possibilitou o mapeamento e o sequenciamento dos eventos que estabeleceram os contornos do SUS, dados pelos principais atores institucionais que deram continuidade à normalização da saúde. A saber, os partidos políticos que fizeram a gestão nacional dessa política a partir das medidas provisórias e decretos, por eles publicados desde a redemocratização do país.

Sem desconsiderar o legado do passado, o mapeamento teve como ponto de partida as garantias estabelecidas pelo texto constitucional de 1988 para a saúde. Uma vez que é nesse momento que é tornada pública, universal e dever do Estado. Em tese, essa orientação se desdobraria em normas, protocolos, leis, decretos medidas provisórias, ou seja, num arcabouço institucional mais amplo que reforçaria a rota dada pelos constituintes. Todavia, desde a sua origem, o caminho do sistema não foi único, o movimento conciliatório expresso pelos constituintes ao admitir a saúde privada em caráter complementar no texto constitucional permitiu a participação efetiva de outros atores importantes nessa trajetória.

Todavia, ao termo complementar não foram acrescentados preceitos que norteassem a extensão desse papel. Dessa forma, os constituintes não deixaram apenas uma lacuna que poderia ser explorada e reinterpretada pelos atores institucionais, mas a ausência de parâmetros normativos que, de fato, subsidiassem e moldassem as decisões institucionais a fim de circunscrevê-las apenas ao seu aspecto supletivo. Isso permitiu que os governos legislassem no campo da saúde privada de acordo com seus princípios ideológicos, ora ampliando a atuação estatal na oferta do sistema único, ora terceirizando para o setor filantrópico e privado lucrativo.

É importante destacar que os atores que vão promover a institucionalização da saúde brasileira, após a redemocratização do país participaram ativamente do momento de definição e sistematização dessa política na Constituinte. E são os

partidos políticos PMDB, PRN, PSDB e PT, responsáveis pela continuidade dessa institucionalidade, uma vez que fizeram a gestão nacional do país. E, dada as contingências históricas, a obrigatoriedade para as agremiações apresentarem suas propostas de governo para o registro de candidaturas ocorreu somente em 2009. Contudo, os governos peessedebistas e petistas apresentaram à sociedade brasileira compromissos públicos, mediante respectivos programas, limitando nossa análise a essas legislaturas.

O resultado da análise revela que o conteúdo, ou seja, os princípios constitucionais para a saúde estavam presentes nas propostas programáticas de PSDB e PT, contudo foram interpretados de forma distinta. O “Estado forte na função regulatória” que delega suas atribuições a outras organizações, se concretiza na gestão peessedebista, por um lado. Mas, por outro, o Estado promotor de programas e projetos visando à igualdade e à integralidade das ações em saúde se objetiva na gestão petista. E nesse aspecto, esse caminho se aprofunda nos governos Lula, cuja ampliação é expressiva no estabelecimento de programas e projetos que garantiram o acesso à saúde em relação aos governos Dilma. A discussão célebre sobre igualdade e desigualdade, entre direita e esquerda, entre mais Estado e menos Estado, entre mais gastos e austeridade foi acionada nas propostas de governo e ao longo dessas legislaturas e manifestas na edição de decretos e medidas provisórias da saúde.

Todavia, as agremiações partidárias não são vozes uníssonas, e os governos, através das medidas provisórias e decretos, deram continuidade a vários traçados para o sistema que deveria ser único. Nesse sentido, a análise das medidas provisórias e decretos da saúde considerou o material coletado ao longo dessas legislaturas e, após a análise e discussão, afluiu para quatro grandes temas nos quais esses partidos legislaram: a regulação do sistema, os recursos humanos, o setor privado e a expansão de programas e projetos no âmbito do SUS. Obviamente, a regulação esteve presente em todas essas áreas, e são elas que permitiram captar as diferenças ideológicas e programáticas de tais partidos.

Nesse sentido, é possível afirmar que todos os presidentes do período estabeleceram normas para o sistema único, mediante o desenvolvimento de parâmetros de atuação que vão efetivar formas de controle, armazenamento, estocagem, fiscalização, protocolos, desenvolvimento de campanhas, ações em saúde, auditorias, entre outras. Destaca-se nessa temática o estabelecimento de

várias políticas que vão cada vez mais complementar o SUS, bem como o desenvolvimento de sistemas no sentido de agregar novas tecnologias. Além disso, a formação de comissões para atuar na orientação de decisões em várias instâncias de governo com forte presença do Ministério da Saúde atuando ativamente nesse processo.

Dessa forma, a regulação esteve presente durante toda a trajetória até aqui percorrida, e para reconstruí-la foi necessária a imersão no conteúdo das medidas provisórias e decretos. Portanto, o caminho descritivo foi necessário e superado pelo mapeamento e resgate desses traçados institucionais que caracterizaram essas conjunturas institucionais dadas por várias legislaturas. Assim, é através da regulação que os presidentes do período vão demonstrar suas predileções por determinados temas em detrimento de outros. É importante destacar que as estratégias adotadas são as mesmas, não-decisões na condução de alguns temas, deixando determinada rota inercial. Em contrapartida, o incremento de traçados institucionais em outra rota distinta, demonstrando trajetórias institucionais paralelas e contraditórias no processo de conformação do SUS.

Todavia, os achados se restringem ao recorte da pesquisa, portanto, não é possível estabelecer qualquer generalização, visto que vários institutos e atores são partícipes da institucionalização dessa política. Além disso, medidas provisórias e decretos são apenas mais uma estratégia legislativa, relevantes e fundamentais nessa trajetória. Uma vez que são a normalização do próprio sistema único e espera-se com eles contribuir para uma discussão tão fundamental e pouco explorada pela literatura sobre o legado dos partidos para as políticas públicas, em especial a saúde.

E juntos, MPs e decretos, permitiram ao Executivo dar continuidade à regulação dos recursos humanos, ao setor privado e à expansão de programas e projetos no âmbito do sistema único. E no que diz respeito aos recursos humanos, ou melhor, aos trabalhadores do SUS, os documentos editados pelos presidentes demonstram o ordenamento e a expansão nos governos petistas da formação de carreiras e o desenvolvimento de uma política orientada para a formação e aprimoramento de servidores públicos na prestação dos serviços de saúde. Enquanto os demais governos vão apenas regular o setor mediante a realocação desses profissionais nas diversas instâncias e organizações do Ministério da Saúde ou ainda estimular plano de desligamento voluntário, como é o caso do governo FHC.

Em relação ao setor privado, à exceção de Sarney e Collor, os demais governos legislaram sobre esse tema. E nesse aspecto, assume centralidade o governo FHC que atua significativamente no sentido de qualificar e firmar as parcerias público-privadas, com destaque para as OSs, garantindo a gestão privada do interesse público. Por outro lado, os demais governos continuaram esses traçados, supunha-se que haveria atores opositoristas capazes de reduzir as preferências na continuidade dessa rota. Os governos petistas não foram capazes de vetar esse caminho, isso se evidencia principalmente no estabelecimento da EBSERH pelo governo Dilma. Tais fatos, impactaram diretamente a universalização do sistema, à medida que o investimento estatal que deveria ser direcionado para à saúde pública, fortaleceu a mercantilização da saúde.

Nesse sentido, a desmercantilização da saúde é o caminho inverso e proposto para o sistema único, ocorre quando sua oferta é equânime e independente do mercado uma vez que é considerada um direito social universal. E por falar em mercado, a delegação das ações do Estado através da gestão indireta por meio de autarquias é outro ponto fundamental da atuação do governo FHC, ao instituir a ANS e garantir à organização a autonomia completa e desvinculada do sistema único. Nesse sentido, o Estado atua de forma indireta por meio da autarquia no empresariamento ou comércio da saúde no país.

A análise institucionalista histórica que orienta esta pesquisa impõe o resgate da institucionalidade que dispõe sobre essa política e, nesse aspecto, dois pontos do texto constitucional são fundamentais sobre essa questão. O primeiro, ao estabelecer que a saúde é direito de todos e dever do Estado e, em segundo, ao garantir a atuação privada em caráter complementar, segundo diretrizes do sistema único. E as diretrizes promulgadas com a carta constitucional são fundamentais para nortear sua oferta de forma descentralizada, visando o atendimento integral e a participação da comunidade a fim de exercer o controle social dessa política.

E embora não seja o foco desta tese, em relação ao art. 196, é preciso destacar a atuação direta do governo FHC, mediante PEC 32/1995 de sua autoria, cujo fim era alterar o referido artigo. Ao retirar os preceitos da universalização e gratuidade da oferta da saúde como direito do cidadão e dever do Estado para outro que seria posteriormente criado, mediante lei. Dessa forma, o governo FHC por meio da PEC propunha a mudança institucional de *deslocamento* que se objetiva pela remoção das regras existentes para a introdução de novas. Todavia, a referida PEC foi arquivada e

a estratégia foi reorientada para a legislação infraconstitucional, como exemplo, as MPs e decretos, no sentido de criar organizações indiretas e estabelecer parcerias público-privadas delegando a prestação da saúde para outras entidades.

Nesse momento, o governo FHC opta pela mudança institucional incremental, através de camadas, produzindo a transformação gradual das instituições a partir da introdução de novas regras às existentes, dando espaço para uma dinâmica institucional transformativa lenta. E a via escolhida deu certo, uma vez que já havia instituições e atores muito antes do texto constitucional promulgado em 1988 que estavam nessa trajetória, que foi cada vez mais pavimentada, regulada e institucionalizada, enfim, tornada mais interessante sob seu governo. Tais fatos, confirmam nossa hipótese de que os partidos à direita do espectro político apresentam a tendência a mercantilizar o acesso através do incremento da saúde complementar em detrimento da saúde pública, visto que a consideram dispêndio ou gasto que compromete as contas públicas.

Conclui-se, a partir disso, que em relação à saúde suplementar os governos do período optaram pela deriva, dada pela inação ou negligência, resultante de não-decisões que foram exploradas pelo governo FHC ao estabelecer a regulação via autarquia. Dessa forma, o termo complementar mais confunde do que esclarece. No que diz respeito à saúde pública, os preceitos constitucionais são claros. Nessa direção, não há sobre a agência qualquer controle social, somente o distanciamento do Ministério da Saúde que tem apenas caráter consultivo. Dessa forma, é necessário destacar a importância da ANS e resgatar seu papel como integrante do SUS e condicionada ao interesse público, tendo como referência de atuação a saúde pública enquanto direito social.

Nesse sentido, a ANS, o SUS e o MS devem estar articulados para o desenvolvimento de políticas públicas efetivas que garantam à integralidade do atendimento. E não da forma como ocorre, de um lado o MS atuando na regulação da saúde pública e por outro, a ANS garantindo a mercadorização da saúde, que sob a gestão FHC favoreceu a especialização, a concentração e a oligopolização das operadoras.

Ou seja, o Estado atuou no empresariamento da saúde e, simultaneamente, fragilizou a estruturação estatal da oferta da média e alta complexidades por meio da participação das entidades filantrópicas e rede privada lucrativa. Ambas, direta e indiretamente controladas pelo Estado. E nesse aspecto, a análise dos argumentos

da exposição dos motivos que justificaram a abertura das MPs, revela que a atenção dos governos petistas se deu principalmente na oferta da saúde primária para justificar a abertura de créditos extraordinários para a saúde, além da média e alta complexidades. Ao extrapolar a previsão orçamentária para além das questões emergenciais para efetivar atendimentos contínuos do sistema único, indicando a dificuldade orçamentária que permeia sua oferta.

Nesse processo, cabe ressaltar o legado petista na expansão de programas e projetos na ampliação do acesso à saúde na perspectiva da universalidade. Isso demonstra a prevalência das identidades ideológicas e programáticas mesmo assujeitadas à coalizão majoritária. Esses achados corroboraram nosso argumento de que o Partido dos Trabalhadores mesmo à frente de coalizões de centro-esquerda privilegiou a constitucionalização dessa política e garantiu, conseqüentemente, iniciativas políticas voltadas à universalização em relação ao PMDB, PRN e PSDB no período estudado.

Todavia, os argumentos que justificaram as MPs do governo Temer, demonstram que as entidades filantrópicas concentram a prestação das ações dos serviços de média e alta complexidades que disponibilizam os atendimentos mais caros quando comparados à saúde primária. E nesse aspecto, é preciso resgatar a importância da saúde básica, uma vez que dispõe de ações no campo preventivo que vão incidir na qualidade de vida dos cidadãos e, conseqüentemente, na redução das ações curativas e paliativas que envolvem a oferta da média e alta complexidades, conveniadas à rede SUS. E, para isso, é fundamental o investimento público no sistema único estatal para que se constitua numa rede própria de atendimento, capaz de ofertar a saúde primária, de média e alta complexidades de qualidade.

O direcionamento dado à política de saúde ao longo das legislaturas estudadas demonstrou que o Poder Executivo formado por governos de diferentes matizes ideológicas institucionalizou a política de saúde segundo suas preferências, assegurando a expansão da saúde privada nos governos FHC e a ampliação da oferta estatal nos governos petistas. Dessa forma, o mapeamento das medidas provisórias e decretos da saúde revelou o encadeamento de vários arranjos institucionais dados pelos presidentes do período que foram moldando o sistema único. Considerando a importância das instituições e as decisões do passado como estruturantes do presente e futuro é necessário retomar o SUS como uma política de Estado, acima das políticas de governos.

Dessa forma, a análise do legado dos partidos a partir da atuação legislativa do Executivo suscita uma agenda de pesquisa sobre o orçamento público destinado pelos partidos para a efetivação da política de saúde. Outro ponto importante dado pelos achados da pesquisa é a análise dos decretos que abriram créditos extraordinários a fim de compreender quais áreas foram prioritárias para os governos estudados. Além disso, a análise das coalizões do período constitui outro estudo importante contribuindo para a discussão sobre o presidencialismo de coalizão. E ainda, a análise institucionalista histórica da atuação legislativa do governo Bolsonaro, eleito sob o discurso da austeridade. Todavia, este teve que responder às mudanças externas, advindas com a pandemia de COVID-19, levando o governo a editar decretos e medidas provisórias da saúde, podendo assim, compreender quais contornos foram dados a essa política por essa gestão governamental.

REFERÊNCIAS

ABRAMOV, Oleg. Governo FHC e estratégia de parceria: retomando a análise crítica do Programa Comunidade Solidária. **Revista Eletrônica de Ciência Política**, vol. 7, nº 2, 2016.

ABRANCHES, Sérgio Henrique Hudson de. Presidencialismo de coalizão: o dilema institucional brasileiro. **Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro. vol. 31, nº 1, 1988.

AMORIM NETO, Octavio. O Poder Executivo, centro de gravidade do sistema político brasileiro. In: AVELAR, Lúcia; CINTRA, Antônio Octávio. (orgs.). **Sistema Político Brasileiro: uma introdução**. 2ª ed. Editora Unesp, 2007.

_____. Gabinetes presidenciais, ciclos eleitorais e disciplina legislativa no Brasil. **DADOS. Revista de Ciências Sociais**. vol. 43, nº 3, 2000.

ANDERSON, Perry. Balanço do neoliberalismo. In: SADER, Emir. GENTILI, Pablo (orgs.). **Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995, p. 9-23.

ARANTES, Rogério Bastos. COUTO, Cláudio Gonçalves. Uma constituição incomum. In: CARVALHO, Maria Alice Rezende de. ARAUJO, Cícero Romão Resende de. SIMÕES, Júlio Assis. **A Constituição de 1988: passado e futuro**. São Paulo: Hucitec: Anpocs, 2009, p. 17-51.

_____. **Judiciário e Política no Brasil**. São Paulo, Idesp/Ed. Sumaré/Fapesp/Educ, 1997.

ARRETCHE, Marta Teresa da Silva. Continuidades e discontinuidades da federação brasileira: de como 1988 facilitou 1995? **Dados**, (522): 377-423, 2009.

AURELIANO, Liana. DRAIBE, Sônia. A Especificidade do 'welfare state' brasileiro. In: MPAS/CEPAL. **Projeto A Política social em tempo de crise: articulação institucional e descentralização**. vol. 3. Brasília, 1989.

BALBACHEVSKY, Elizabeth. Identidade Partidária e Instituições Políticas no Brasil. **Lua Nova**, nº 26, 1992.

BANCO MUNDIAL. **Um ajuste justo: análise da eficiência e equidade do gasto público no Brasil**. Revisão das despesas públicas. Volume I: Síntese. 2017.

BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. **Políticas de saúde no pós-constituente: um estudo da política implementada a partir da produção normativa dos poderes**

executivo e legislativo no Brasil. Tese (Doutorado). Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social, 2003.

_____. Análise da produção legislativa em saúde no Congresso Nacional brasileiro 1990-2006). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, (261):97-109, jan., 2010.

BARDIN, Laurence. Análise de conteúdo. Tradução: Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Capa de Edições 70: Portugal, 1977.

BOBBIO, Norberto. **Direita e esquerda: razões e significados de uma distinção política**. 3ª ed. São Paulo: Editora Unesp, 2011.

BOSCHETTI, Ivanete. **Seguridade social e trabalho: paradoxos na construção das políticas de previdência e assistência social no Brasil**. Brasília: Letras Livres: Editora UNB, 2006.

BRAGA, Maria do Socorro Sousa. Eleições e democracia no Brasil: a caminho de partidos e sistema partidário institucionalizados. **Revista Brasileira de Ciência Política**, nº 4. Brasília, jul./dez., 2010, p. 43-73.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. 17 a 21 de março de 1986. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf>. Acesso em: 03 out. 2020.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012**. Diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2012/res0453_10_05_2012.html>. Acesso em: 03 mai. 2020.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 1988. (1998a). Texto constitucional de 5 de outubro de 1988. Legislação informatizada. Publicação original. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/consti/1988/constituicao-1988-5-outubro-1988-322142-publicacaooriginal-1-pl.html>>. Acesso em: 03 out. 2020.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 1988. (1998b). Texto constitucional de 5 de outubro de 1988 - Texto consolidado até a Emenda Constitucional nº 64 de 04 de fevereiro de 2010.

_____. **Decreto nº 97.595, de 29 de março de 1989**. (1989a). Dispõe sobre a acumulação de cargos, empregos ou funções na Administração Federal. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/D97595.htm>. Acesso em: 24 jun. 2023.

_____. **Decreto nº 98.478, de 7 de dezembro de 1989.** (1989b). Aprova o Plano Emergencial de Atenção à Saúde Yanomami, e dá outras providências. Disponível em: < <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1989/decreto-98478-6-dezembro-1989-448838-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 24 jun. 2023.

_____. **Decreto nº 99.683, de 8 de novembro de 1990.** Dispõe sobre o Projeto "Ministério da Criança", define procedimentos organizacionais para sua execução, e dá outras providências. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/D99683.htm>. Acesso em: 24 jun. 2023.

_____. **Decreto nº 23, de 4 de fevereiro de 1991.** Dispõe sobre as condições para a prestação de assistência à saúde das populações indígenas. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/D0023.htm>. Acesso em: 20 jun. 2023.

_____. **Decreto nº 801, de 20 de abril de 1993.** Dispõe sobre a vinculação das entidades integrantes da Administração Pública Federal indireta aos órgãos da Presidência da República e aos Ministérios. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/D0801.htm>. Acesso em: 24 jun. 2023.

_____. **Decreto nº 1.366, de 12 de janeiro de 1995.** Dispõe sobre o Programa Comunidade Solidária e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1995/D1366.htm>. Acesso em: 24 jun. 2020.

_____. **Decreto nº 2.536, de 6 de abril de 1998.** (1998b). Dispõe sobre a concessão do Certificado de Entidade de Fins Filantrópicos a que se refere o inciso IV do art. 18 da Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D2536.htm>. Acesso em: 20 jun. 2023.

_____. **Decreto nº 3.156, de 27 de agosto de 1999.** Dispõe sobre as condições para a prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no âmbito do Sistema Único de Saúde, pelo Ministério da Saúde, altera dispositivos dos Decretos nºs 564, de 8 de junho de 1992, e 1.141, de 19 de maio de 1994, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D3156.htm>. Acesso em: 20 jun. 2023.

_____. **Decreto nº 3.745, de 5 de fevereiro de 2001.** (2001a). Institui o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2001/D3745.htm>. Acesso em: 20 jun. 2023.

_____. **Decreto nº 4.436, de 23 de outubro de 2002.** (2002c). Cria, no âmbito do Ministério da Saúde, a Comissão Nacional de Bioética em Saúde (CNBioética), e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/D4436.htm>. Acesso em: 20 jun. 2023.

_____. **Decreto nº 4.481, de 22 de novembro de 2002.** (2002b). Dispõe sobre os critérios para definição dos hospitais estratégicos, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/D4481.htm>. Acesso em: 20 jun. 2023.

_____. **Decreto nº 6.017, de 17 de janeiro de 2007.** (2007a). Regulamenta a Lei nº 11.107, de 6 de abril de 2005, que dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/D6017.htm>. Acesso em: 20 jun. 2023.

_____. **Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007.** (2007b). Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/D6286.htm>. Acesso em: 20 jun. 2023.

_____. **Decreto nº 7.082, de 27 de janeiro de 2010.** (2010a). Institui o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais- REHUF, dispõe sobre o financiamento compartilhado dos hospitais universitários federais entre as áreas da educação e da saúde e disciplina o regime da pactuação global com esses hospitais. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/decreto/D7082.htm>. Acesso em: 20 jun. 2023.

_____. **Decreto nº 7.385, de 8 de dezembro de 2010.** (2010b). Institui o Sistema Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde - UNA-SUS, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/decreto/D7385.htm>. Acesso em: 20 jun. 2023.

_____. **Decreto nº 7.592, de 28 de outubro de 2011.** Determina a avaliação da regularidade da execução dos convênios, contratos de repasse e termos de parceria celebrados com entidades privadas sem fins lucrativos até a publicação do Decreto nº 7.568, de 16 de setembro de 2011, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7592.htm>. Acesso em: 20 jun. 2023.

_____. **Decreto nº 8.041, de 9 de julho de 2013.** (2013b). Altera o Decreto nº 7.385, de 8 de dezembro de 2010, que institui o Sistema Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde - UNA-SUS. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/decreto/D8041.htm>. Acesso em: 20 jun. 2023.

_____. **Decreto nº 8.497, de 4 de agosto de 2015.** (2015b). Regulamenta a formação do Cadastro Nacional de Especialistas de que tratam o § 4º e § 5º do art. 1º da Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e o art. 35 da Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/decreto/D8497.htm>. Acesso em: 20 jun. 2023.

_____. **Decreto nº 9.380, de 22 de maio de 2018.** (2018c). Altera o Decreto nº 7.827, de 16 de outubro de 2012, e dispõe sobre a readequação da rede física do Sistema Único de Saúde oriunda de investimentos realizados pelos entes federativos com recursos repassados pelo Fundo Nacional de Saúde. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_Ato2015-2018/2018/Decreto/D9380.htm>. Acesso em: 24 jun. 2023.

_____. **Decreto nº 66.580, de 15 de maio de 1970.** Concede autonomia administrativa e financeira à Superintendência de Campanhas de Saúde Pública, e dá outras providências. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1970-1979/decreto-66580-15-maio-1970-408143-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 24 jun. 2023.

_____. **Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000.** (2000a). 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. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm>. Acesso em: 20 abr. 2020.

_____. Governo Federal. Legislação. Exposição dos Motivos. (EM Interministerial no 00083/MS/ME/MF). **Medida provisória nº 21, de 1º de janeiro de 2002.** Institui o Auxílio-Aluno no âmbito do Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores de Enfermagem – PROFAE. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Exm/2001/exm-83-mpv-21.pdf>. Acesso em: 03 mai. 2023.

_____. Governo Federal. Legislação. Exposição dos Motivos. (EMI nº 74/MS). **Medida provisória nº 91, de 23 de dezembro de 2002.** Altera a Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, que dispõe sobre a vigilância sanitária a que ficam sujeitos, as drogas, os insumos farmacêuticos e correlatos, cosméticos, saneantes e outros produtos. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Exm/2002/MS-74-02.htm>. Acesso em: 03 mai. 2023.

_____. Governo Federal. Legislação. Exposição dos Motivos. (E.M. nº 28/2003). **Medida provisória nº 123, de 26 de junho de 2003.** Define normas de regulação para o setor farmacêutico, cria a Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos - CMED, altera a Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Exm/2003/EMI28-CCV-MS-MF-MJ-03.htm>. Acesso em: 03 mai. 2023.

_____. Governo Federal. Legislação. Exposição dos Motivos. (EM nº 099/2003/MS). **Medida provisória nº 148, de 15 de dezembro de 2003.** Atribui competências à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e fixa as diretrizes a serem observadas na definição de normas para implantação de programas especiais de incentivo à adaptação de contratos anteriores à Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Exm/2003/EM99-MS-03.htm>. Acesso em: 03 mai. 2023.

_____. Governo Federal. Legislação. Exposição dos Motivos. (E.M. nº 00097/GM/MS). **Medida provisória nº 154, de 23 de dezembro de 2003.** Autoriza a Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ a disponibilizar medicamentos, mediante ressarcimento, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Exm/2003/EM00097-GM-MS-03.htm>. Acesso em: 03 mai. 2023.

_____. Governo Federal. Legislação. Exposição dos Motivos. (EM nº 00455/2004/MP). **Medida provisória nº 230, de 22 de dezembro de 2004.** Abre crédito extraordinário, em favor dos Ministérios da Saúde, da Defesa e do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, no valor global de R\$ 569.100.000,00, para os fins que especifica e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2004/Exm/EM-455-MP-230-04.htm>. Acesso em: 03 mai. 2023.

_____. Governo Federal. Legislação. Exposição dos Motivos. (EM nº 00201/2005-MP). **Medida provisória nº 261, de 30 de setembro de 2005.** Abre crédito extraordinário, em favor dos Ministérios da Previdência Social e da Saúde e de Encargos Financeiros da União, no valor global de R\$ 2.133.400.000,00, para os fins que especifica. Disponível em: <<http://www4.planalto.gov.br/legislacao/portal-legis/legislacao-1/medidas-provisorias/2003-a-2006>>. Acesso em: 03 mai. 2023.

_____. Governo Federal. Legislação. Exposição dos Motivos. (EM nº 00287/2005/MP). **Medida provisória nº 268, de 5 de dezembro de 2005.** Abre crédito extraordinário, em favor dos Ministérios da Educação, da Saúde e da Defesa e de Operações Oficiais de Crédito, no valor global de R\$ 1.498.314.101,00, para os fins que especifica. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Exm/EM-0287-MP.htm>. Acesso em: 03 mai. 2023.

_____. Governo Federal. Legislação. Exposição dos Motivos. (EM nº 00121/2006/MP). **Medida provisória nº 310, de 13 de julho de 2006.** Abre crédito extraordinário ao Orçamento de Investimento para 2006, em favor da Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia - HEMOBRÁS, no valor total de R\$ 14.875.000,00, para os fins que especifica. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Exm/EM-121-MP.htm>. Acesso em: 03 mai. 2023.

_____. Governo Federal. Legislação. Exposição dos Motivos. (EM Interministerial nº 00363/2006 - MRE/MP). **Medida provisória nº 323, de 14 de setembro de 2006.** Autoriza a União a efetuar contribuição à Organização Mundial da Saúde - OMS, destinada a apoiar a viabilização da Central Internacional para a Compra de Medicamentos contra a AIDS, malária e tuberculose (CICOM/UNITAID), no valor de até R\$ 13.200.000,00. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Exm/EMI-363-MRE-MP.htm>. Acesso em: 03 mai. 2023.

_____. Governo Federal. Legislação. Exposição dos Motivos. EM nº 00304/2006/MP). **Medida provisória nº 333, de 14 de dezembro de 2006.** Abre crédito extraordinário, em favor da Presidência da República e dos Ministérios da Fazenda, da Educação, do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior, da Justiça, da Previdência Social, da Saúde, do Planejamento, Orçamento e Gestão, da Defesa e da Integração Nacional, no valor global de R\$ 690.987.595,00, para os fins que especifica. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Exm/EM-304-MP.htm>. Acesso em: 03 mai. 2023.

_____. Governo Federal. Legislação. Exposição dos Motivos. (EM nº 00320/2006 – MP). **Medida provisória nº 337, de 28 de dezembro de 2006.** Abre crédito extraordinário, em favor dos Ministérios da Educação, da Saúde, dos Transportes e das Cidades, no valor de R\$ 506.528.000,00, para os fins que especifica. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Exm/EM-320-MP.htm>. Acesso em: 03 mai. 2023.

_____. Governo Federal. Legislação. Exposição dos Motivos. (EM nº 00151/2007 - MP). **Medida provisória nº 381, de 5 de julho de 2007.** Abre crédito extraordinário, em favor de diversos órgãos do Poder Executivo, no valor global de R\$ 6.334.721.758,00, para os fins que especifica. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Exm/EM-151-MP.htm>. Acesso em: 03 mai. 2023.

_____. Governo Federal. Legislação. Exposição dos Motivos. (EM nº 00361-2007/MP). **Medida provisória nº 408, de 26 de dezembro de 2007.** Abre crédito extraordinário, em favor de diversos órgãos do Poder Executivo, no valor global de R\$ 3.015.446.182,00, para os fins que especifica. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Exm/EM-361-MP.htm>. Acesso em: 03 mai. 2023.

_____. Governo Federal. Legislação. Exposição dos Motivos. (EM nº 00345/2008/MP). **Medida provisória nº 448, de 26 de novembro de 2008.** Abre crédito extraordinário, em favor da Presidência da República e dos Ministérios da Saúde, dos Transportes, da Defesa e da Integração Nacional, no valor global de R\$ 1.600.000.000,00, para os fins que especifica. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2008/Exm/EM-345-MP-MPV-448.htm>. Acesso em: 03 mai. 2023.

_____. Governo Federal. Legislação. Exposição dos Motivos. (EM Nº 00212/2008 – MF). **Medida provisória nº 451, de 15 de dezembro de 2008.** Altera a legislação tributária federal, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2008/Exm/EM-212-MF-Mpv-451-08.htm>. Acesso em: 03 mai. 2023.

_____. Governo Federal. Legislação. Exposição dos Motivos. (EM nº 00228/2009/MP). **Medida provisória nº 469, de 5 de outubro de 2009.** Abre crédito extraordinário, em favor dos Ministérios da Saúde e dos Transportes, no valor global de R\$ 2.168.172.000,00, para os fins que especifica. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Exm/EM-00228-MP-09-Mpv-469.htm>. Acesso em: 03 mai. 2023.

_____. Governo Federal. Legislação. Exposição dos Motivos. (EM nº 373/2009 – MP). **Medida provisória nº 477, de 29 de dezembro de 2009.** Abre crédito extraordinário, em favor de diversos órgãos e entidades do Poder Executivo, no valor global de R\$ 18.191.723.573,00, e reduz o Orçamento de Investimento de diversas empresas no valor global de R\$ 5.736.743.280,00, para os fins que especifica. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Exm/EM-373-MP-09-Mpv-477.htm>. Acesso em: 03 mai. 2023.

_____. Governo Federal. Legislação. Exposição dos Motivos. (EM nº 00014/2010/MP). **Medida provisória nº 480, de 26 de janeiro de 2010.** Abre crédito extraordinário, em favor da Presidência da República, dos Ministérios da Agricultura, Pecuária e Abastecimento, das Relações Exteriores, da Saúde, da Defesa, da Integração Nacional e das Cidades, e de Transferências a Estados, Distrito Federal e Municípios, no valor global de R\$ 1.374.057.000,00, para os fins que especifica. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Exm/Exm14MP-mpv480-10.htm>. Acesso em: 03 mai. 2023.

_____. Governo Federal. Legislação. Exposição dos Motivos. (EM nº 00041/2010/MP). **Medida provisória nº 483, de 24 de março de 2010.** Altera as Leis nos 10.683, de 28 de maio de 2003, que dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios, e 8.745, de 9 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a contratação por tempo determinado para atender a necessidade temporária de excepcional interesse público, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Exm/Exm41MP-mpv483-10.htm>. Acesso em: 03 mai. 2023.

_____. Governo Federal. Legislação. Exposição dos Motivos. (EM nº 00200/2010/MP). **Medida provisória nº 498, de 29 de julho de 2010.** Abre crédito extraordinário, em favor de diversos órgãos do Poder Executivo, no valor global de R\$ 1.978.448.870,00, para os fins que especifica. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Exm/EM200-MP-498-10.htm>. Acesso em: 03 mai. 2023.

_____. Governo Federal. Legislação. Exposição dos Motivos. (E.M. nº 027/MEC/MP). **Medida provisória nº 536, de 24 de junho de 2011.** Dá nova redação ao art. 4º da Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981, que dispõe sobre as atividades do médico-residente. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Exm/EM-027-MEC-MP-Mpv536.htm>. Acesso em: 03 mai. 2023.

_____. Governo Federal. Legislação. Exposição dos Motivos. (EM nº 00025/2012-MF/MDIC/MCTI/MEC/MC/SEP/MS/MPS). **Medida provisória nº 563, de 3 de abril de 2012.** Altera a alíquota das contribuições previdenciárias sobre a folha de salários devidas pelas empresas que especifica, institui o Programa de Incentivo à Inovação Tecnológica e Adensamento da Cadeia Produtiva de Veículos Automotores, o Regime Especial de Tributação do Programa Nacional de Banda Larga para Implantação de Redes de Telecomunicações, o Regime Especial de Incentivo a Computadores para Uso Educacional, o Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica, o Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência, restabelece o Programa Um Computador por Aluno, altera o Programa de Apoio ao Desenvolvimento Tecnológico da Indústria de Semicondutores, instituído pela Lei nº 11.484, de 31 de maio de 2007, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2012/Mpv/563.htm>. Acesso em: 03 mai. 2023.

_____. Governo Federal. Legislação. Exposição dos Motivos. (EM nº 00093/2012). **Medida provisória nº 568, de 11 de maio de 2012.** Dispõe sobre servidores do Instituto Nacional de Meteorologia, da Comissão Executiva do Plano da Lavoura Cacaueira, da Agência Brasileira de Inteligência, da Comissão de Valores Mobiliários, do Instituto Evandro Chagas, do Centro Nacional de Primatas, da Fundação Oswaldo Cruz, do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, do Instituto Nacional do Seguro Social, da Superintendência de Seguros Privados, do Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia, da Superintendência Nacional de Previdência Complementar, do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, do Fundo Nacional de Desenvolvimento para a Educação, do Departamento Nacional de Obras Contra as Secas, do Serviço Exterior Brasileiro, do Instituto Brasileiro de Turismo, da Superintendência da Zona Franca de Manaus, do ex-Território de Fernando de Noronha e do Ministério da Fazenda, sobre os ocupantes de cargos de Médico do Poder Executivo, de cargos de Especialista em Infraestrutura Sênior, de cargos de Agente de Combate às Endemias e de cargos das carreiras de Magistério Superior e do Ensino Básico, Técnico e Tecnológico, de Analista de Infraestrutura, de Ciência e Tecnologia, de Tecnologia Militar, de Desenvolvimento de Políticas Sociais e de Finanças e Controle, sobre as gratificações e adicionais que menciona, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2012/Mpv/568.htm>. Acesso em: 03 mai. 2023.

_____. Governo Federal. Legislação. Exposição dos Motivos. (EM nº 00138/2012 MP). **Medida provisória nº 573, de 27 de junho de 2012.** Abre crédito extraordinário, em favor dos Ministérios da Justiça, da Educação, da Saúde, dos Transportes, do Planejamento, Orçamento e Gestão, do Desenvolvimento Agrário, da Defesa, da Integração Nacional e das Cidades, no valor global de R\$

6.843.701.650,00, para os fins que especifica. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2012/Mpv/572.htm>. Acesso em: 03 mai. 2023.

_____. Governo Federal. Legislação. Exposição dos Motivos. (EM nº 00024/2013/MS/MEC/MP). **Medida provisória nº 621, de 8 de julho de 2013.** Institui o Programa Mais Médicos e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Mpv/mpv621.htm>. Acesso em: 02 fev. 2022.

_____. Governo Federal. Legislação. Exposição dos Motivos. (EM nº 290 /MP-2013). **Medida provisória nº 637, de 30 de dezembro de 2013.** Abre crédito extraordinário, em favor de diversos órgãos do Poder Executivo, no valor de R\$ 1.978.600.000,00, para os fins que especifica. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Mpv/mpv637.htm>. Acesso em: 03 mai. 2023.

_____. Governo Federal. Legislação. Exposição dos Motivos. (EM nº 00243/2015 MP). **Medida provisória nº 709, de 30 de dezembro de 2015.** Abre crédito extraordinário, em favor dos Ministérios da Agricultura, Pecuária e Abastecimento, da Saúde, da Cultura, do Esporte, da Defesa, da Integração Nacional e do Turismo, da Secretaria de Aviação Civil, da Secretaria de Portos e de Transferências a Estados, Distrito Federal e Municípios, no valor de R\$ 1.318.639.330,00, para os fins que especifica. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Exm/Exm-MP%20709-15.pdf>. Acesso em: 03 mai. 2023.

_____. Governo Federal. Legislação. Exposição dos Motivos. (EM nº 00008/2016 MS). **Medida provisória nº 712, de 29 de janeiro de 2016.** Dispõe sobre a adoção de medidas de vigilância em saúde quando verificada situação de iminente perigo à saúde pública pela presença do mosquito transmissor do Vírus da Dengue, do Vírus Chikungunya e do Zika Vírus. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2016/Exm/Exm-MP-712-16.pdf>. Acesso em: 02 fev. 2022.

_____. Governo Federal. Legislação. Exposição dos Motivos. (EM nº 00018/2016 MS MEC). **Medida provisória nº 723, de 29 de abril de 2016.** Prorroga o prazo de dispensa de que trata o caput do art. 16 da Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2016/Exm/Exm-MP-723-16.pdf>. Acesso em: 02 fev. 2022.

BRASIL. Governo Federal. Exposição dos Motivos. **Medida provisória nº 726, de 12 de maio de 2016.** Altera e revoga dispositivos da Lei nº 10.683, de 28 de maio de 2003, que dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2016/Exm/Exm-MP-726-16.pdf>. Acesso em: 02 fev. 2022.

_____. Governo Federal. Legislação. Exposição dos Motivos. (EM nº 00360/2016 MP). **Medida provisória nº 765, de 29 de dezembro de 2016.** Altera a remuneração de servidores de ex-Territórios e de servidores públicos federais; reorganiza cargos e carreiras, estabelece regras de incorporação de gratificação de desempenho a aposentadorias e pensões, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2016/Exm/Exm-MP-765-16.pdf>. Acesso em: 02 fev. 2022.

_____. Governo Federal. Legislação. Exposição dos Motivos. (EM Interministerial no 00128/2017/MP/CC-PR). **Medida provisória nº 782, de 31 de maio de 2017.** Estabelece a organização básica dos órgãos da Presidência da República e dos Ministérios. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2017/Exm/Exm-MP-782-17.pdf>. Acesso em: 02 fev. 2022.

_____. Governo Federal. Legislação. Exposição dos Motivos. (EMI nº 00016/2018 MS MP). **Medida provisória nº 827, de 19 de abril de 2018.** Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, quanto a direitos dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2018/Exm/Exm-MP-827-18.pdf>. Acesso em: 02 fev. 2022.

_____. Governo Federal. Legislação. Exposição dos Motivos. (EM nº 00033/2018 MS MTB). **Medida provisória nº 848, de 16 de agosto de 2018.** Altera a Lei nº 8.036, de 11 de maio de 1990, que dispõe sobre o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço, para possibilitar a aplicação de recursos em operações de crédito destinadas às entidades hospitalares filantrópicas e sem fins lucrativos que participem de forma complementar do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2018/Exm/Exm-MP-848-18.pdf>. Acesso em: 02 fev. 2022.

_____. Governo Federal. Legislação. Exposição dos Motivos. (EM nº 00041/2018 MEC MP MinC). **Medida provisória nº 851, de 10 de setembro de 2018.** Autoriza a administração pública a firmar instrumentos de parceria e termos de execução de programas, projetos e demais finalidades de interesse público com organizações gestoras de fundos patrimoniais e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2018/Exm/Exm-MP-851-18.pdf>. Acesso em: 02 fev. 2022.

_____. Governo Federal. Legislação. Exposição dos Motivos. (EMI nº00038/2018 MTB MS). **Medida provisória nº 859, de 26 de novembro de 2018.** Altera a Lei nº 8.036, de 11 de maio de 1990, que dispõe sobre o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço, para viabilizar a aplicação de recursos do Fundo em operações de crédito destinadas às entidades hospitalares filantrópicas e sem fins lucrativos que participem de forma complementar do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2018/Exm/Exm-MP-859-18.pdf>. Acesso em: 02 fev. 2022.

_____. **Lei nº 4.320, de 17 de março de 1964.** Estatui Normas Gerais de Direito Financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l4320.htm>. Acesso em: 02 mai. 2020.

_____. **Lei nº 6.229, de 17 de julho de 1975.** Dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6229.htm>. Acesso em: 02 mai. 2020.

_____. **Lei nº 6.439, de 1º de setembro de 1977.** Institui o sistema Nacional de Previdência e Assistência Social e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6439.htm>. Acesso em: 20 jun. 2023.

_____. **Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998.** (1998a). Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9637.htm>. Acesso em: 16 jun. 2020.

_____. **Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.** (1998d). Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9656compilado.htm>. Acesso em: 20 jun. 2023.

_____. **Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000.** (2000b). Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e dá outras providências. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9961.htm>. Acesso em: 16 jun. 2020.

_____. **Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002.** (2002a). Institui o Código Civil. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10406.htm>. Acesso em: 29 jun. 2020.

_____. **Lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004.** (2004a). Autoriza a Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz a disponibilizar medicamentos, mediante ressarcimento, e dá outras providências. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/l10.858.htm>. Acesso em: 20 jun. 2023.

_____. **Lei nº 10.972, de 2 de dezembro de 2004.** (2004b). Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia - HEMOBRÁS e dá outras providências. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/l10.972.htm>. Acesso em: 20 jun. 2023.

_____. **Lei nº 11.105, de 24 de março de 2005.** Regulamenta os incisos II, IV e V do § 1º do art. 225 da Constituição Federal, estabelece normas de segurança e

mecanismos de fiscalização de atividades que envolvam organismos geneticamente modificados – OGM e seus derivados, cria o Conselho Nacional de Biossegurança – CNBS, reestrutura a Comissão Técnica Nacional de Biossegurança – CTNBio, dispõe sobre a Política Nacional de Biossegurança – PNB, revoga a Lei nº 8.974, de 5 de janeiro de 1995, e a Medida Provisória nº 2.191-9, de 23 de agosto de 2001, e os arts. 5º, 6º, 7º, 8º, 9º, 10 e 16 da Lei nº 10.814, de 15 de dezembro de 2003, e dá outras providências. Disponível em: < https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11105.htm>. Acesso em: 29 jun. 2020.

_____. **Lei nº 13.151, de 28 de julho de 2015.** (2015a). Altera os arts. 62, 66 e 67 da Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 - Código Civil, o art. 12 da Lei nº 9.532, de 10 de dezembro de 1997, o art. 1º da Lei nº 91, de 28 de agosto de 1935, e o art. 29 da Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009, para dispor sobre a finalidade das fundações, o prazo para manifestação do Ministério Público sobre suas alterações estatutárias e a remuneração dos seus dirigentes; e dá outras providências. Disponível em: < https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13151.htm>. Acesso em: 29 jun. 2020.

_____. **Lei nº 13.502, de 1º de novembro de 2017.** Estabelece a organização básica dos órgãos da Presidência da República e dos Ministérios; altera a Lei nº 13.334, de 13 de setembro de 2016; e revoga a Lei nº 10.683, de 28 de maio de 2003, e a Medida Provisória nº 768, de 2 de fevereiro de 2017. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2017/Lei/l13502.htm>. Acesso em: 02 mai. 2020.

_____. **Lei nº 13.714 de 24 de agosto de 2018.** (2018a). Altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, para dispor sobre a responsabilidade de normatizar e padronizar a identidade visual do Sistema Único de Assistência Social (Suas) e para assegurar o acesso das famílias e indivíduos em situações de vulnerabilidade ou risco social e pessoal à atenção integral à saúde.

_____. **Medida provisória nº 446, de 9 de março de 1994.** Altera dispositivos das Leis nºs 8.212 e 8.213, de 24 de julho de 1991, e dá outras providências. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/mpv/1990-1995/446.htm>. Acesso: 20 jan. 2023.

_____. **Medida provisória nº 1.644-41, de 17 de março de 1998.** (1998c). Altera dispositivo da Lei nº 8.911, de 11 de julho de 1994, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/mpv/Antigas/1644-41.htm>. Acesso em: 20 fev. 2023.

_____. **Medida provisória nº 2.207-4, de 10 de agosto de 2001.** (2001b). Abre crédito extraordinário, em favor do Ministério da Integração Nacional, do Ministério da Agricultura e do Abastecimento, do Ministério do Desenvolvimento Agrário, do Ministério do Meio Ambiente e do Ministério da Saúde, no valor global de R\$ 484.000.000,00, para os fins que especifica. Disponível em: <

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/mpv/Antigas_2001/2207-4.htm>. Acesso em: 20 jan. 2023.

_____. **Medida provisória nº 632, de 24 de dezembro de 2013.** (2013a). Dispõe sobre remuneração das Carreiras e dos Planos Especiais de Cargos das Agências Reguladoras, das Carreiras e do Plano Especial de Cargos do Departamento Nacional de Infraestrutura de Transportes - DNIT, das Carreiras e do Plano Especial de Cargos do Departamento Nacional de Produção Mineral - DNPM, da Carreira de Perito Federal Agrário, das Carreiras do Hospital das Forças Armadas, da Fundação Nacional do Índio - FUNAI, dos empregados de que trata a Lei nº 8.878, de 11 de maio de 1994; autoriza a prorrogação de contratos por tempo determinado; altera a Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, a Lei nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, a Lei nº 12.800, de 23 de abril de 2013; e dá outras providências. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Mpv/mpv632.htm>. Acesso em: 20 fev. 2023.

_____. **Medida provisória nº 851, de 10 de setembro de 2018.** (2018b). Autoriza a administração pública a firmar instrumentos de parceria e termos de execução de programas, projetos e demais finalidades de interesse público com organizações gestoras de fundos patrimoniais e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2018/Mpv/mpv851.htm>. Acesso em: 20 fev. 2023.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **O SUS no seu município: garantindo saúde para todos.** 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Regulação Assistencial e Controle.** Curso I: Regulação de Sistemas de Saúde do SUS: módulo 4: Redes de Atenção à Saúde [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, Departamento de Regulação Assistencial e Controle. – 1. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRAVO, Maria Inês Souza. *et al.* Partidos políticos e a luta por saúde. In: BRAVO, Maria Inês Souza. MENEZES, Juliana Souza Bravo de. (orgs.). **Saúde, Serviço Social, movimentos sociais e conselhos: desafios atuais.** São Paulo: Cortez Editora, 2012.

_____. CORREIA, Maria Valéria Costa. Desafios do controle social na atualidade. **Revista Serviço Social e Sociedade.** São Paulo, nº 109, p. 126-150, jan./mar. 2012.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. Por um partido democrático, de esquerda e contemporâneo. **Lua Nova: Revista de Cultura e Política,** São Paulo: Lua Nova, nº 39, 1997, p. 53-71.

_____. Da administração pública burocrática à gerencial. **Revista do Serviço Público**, ano 47, vol. 120, no 1, jan./abr. 1996.

_____. A crise da América Latina: Consenso de Washington ou crise fiscal? **Pesquisa e Planejamento Econômico**, 21 (1), abr. 1991, p. 3-23.

CAMPOS, André Luiz Vieira de. Cooperação internacional em saúde: o Serviço Especial de Saúde Pública e seu programa de Enfermagem. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.13, nº 3, p.879-888, 2008.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Reflexões sobre a construção do Sistema Único de Saúde (SUS): um modo singular de produzir política pública. **Revista Serviço Social & Sociedade**. nº 87, set. 2000.

CAPELLA, Ana Cláudia Niedharth. Perspectivas Teóricas sobre o Processo de Formulação de Políticas Públicas. **Revista Brasileira de Informações Bibliográficas em Ciências Sociais - BIB**, nº 61, São Paulo, ANPOCS, 2006.

CARDOSO, Fernando Henrique. **Avança, Brasil**: proposta de governo. Brasília: s. ed., 1998. Disponível em: <<http://acervo.ifhc.org.br/>>. Acesso em: 23 set. 2020.

_____. **Mãos à obra Brasil**: proposta de governo. Brasília: s. ed., 1994. Disponível em: <<http://acervo.ifhc.org.br/>>. Acesso em: 23 set. 2020.

CARVALHO, José Murilo de. **Cidadania no Brasil**: o longo caminho. 21ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2016.

CASTEL, Robert. **As metamorfoses da questão social**: uma crônica do salário. Petrópolis, RJ: Vozes, 10ª ed. 2012.

_____. **A insegurança social**: o que é ser protegido? Rio de Janeiro: Vozes, 2005.

CNRS. **Comissão Nacional de Reforma Sanitária**. Síntese da coordenação dos grupos técnicos como contribuição ao documento final a ser elaborado pela Comissão Nacional da Reforma Sanitária. 1987. Documentos III. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_08.pdf>. Acesso em: 03 out. 2020.

CODATO, Adriano. **O neo-institucionalismo histórico**: uma definição e uma explicação. Disponível em: <<https://adrianocodato.blogspot.com/2009/02/o-neo-institucionalismo-historico-uma.html>>. Acesso em: 04 jul. 2022.

COSTA, Lucas Nascimento Ferraz. **Os lobbies no processo constituinte 1987-88**. Tese (Doutorado)-Universidade Federal de São Carlos, campus São Carlos, 2017.

DAGNINO, Evelina. Construção democrática, neoliberalismo e participação: os dilemas da confluência perversa. **Política & Sociedade**. nº 5, out. 2004.

DI GIOVANNI, Geraldo. Sistemas de proteção social: uma introdução conceitual. In: OLIVEIRA, Marco Antonio de. (org.). **Reforma do Estado e políticas de emprego no Brasil**. Campinas, SP: Unicamp-IE, 1998.

DOWNS, Anthony. **Uma teoria econômica da democracia**. São Paulo: EdUSP, 2013.

DUVERGER, Maurice. **Los partidos políticos**. México: FCE, 1957.

ESPING-ANDERSEN, Gosta. As três economias políticas do welfare state. **Lua Nova**, nº 24, p. 85-117, set. 1991.

FARIA, Carlos Aurélio Pimenta de. **Uma genealogia das teorias e modelos do Estado de Bem-Estar social**. BIB: Boletim Bibliográfico de Ciências Sociais, nº 46, 1998, p. 39-71.

FIGUEIREDO, Argelina Maria Cheibub. Coalizões governamentais na democracia brasileira. **Primeiros Estudos**, São Paulo, nº 3, p. 159-196, 2012.

_____. LIMONGI, Fernando de Magalhães Papaterra. **Executivo e Legislativo na Nova Ordem Constitucional**. 2ª ed. São Paulo: Editora FGV, 2001.

FREITAS, Andréa. **O presidencialismo de coalizão**. Rio de Janeiro: Fundação Konrad Adenauer, 2016.

FREITAS, Raquel Coelho de. WOLKMER, Antonio Carlos. O impacto do novo constitucionalismo nos processos de construção da democracia na América Latina. **Rev. Fac. Direito UFMG**, Belo Horizonte, no 70, jan./jun. 2017, p. 595-631.

FRIEDMAN, Milton. FRIEDMAN, Rose. **Livre para escolher: um depoimento pessoal**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Record, 2016.

GAUJA, Anika. **The polictis of party policy: from members to legislators**. Houndmills, Palgrave Macmillan, 2013.

GRAMSCI, Antonio. **Cadernos do cárcere**. v. 3, 7ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2016.

_____. **Cadernos do cárcere**. vol. 1, Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.

GUIMARÃES, Luís Gustavo Faria. **O presidencialismo de coalizão no Brasil**. 1ª ed. São Paulo: Blucher Open Access, 2020.

GUIOT, André Pereira. Um “moderno príncipe” para a burguesia brasileira: o PSDB (1988-2002). **‘Usos do Passado’ - XII Encontro Regional de História ANPUH-RJ**, 2006.

GUNTHER, Richard. DIAMOND, Larry. Espécies de partidos políticos: uma nova tipologia. **Paraná Eleitoral**. vol. 4, nº 1, 2015.

HALL, Peter. TAYLOR, Rosemary. As três versões do neo-institucionalismo. **Lua Nova**, Issue 58, 2003, p. 193-223.

HOFMEISTER, WILHELM. **Os partidos políticos e a democracia**: seu papel, desempenho e organização em uma perspectiva global. Rio de Janeiro: Konrad Adenauer Stiftung, 2021.

HEINEN, Luana Renostro. O neoliberalismo e a reengenharia do Estado. In: HEINEN, Luana Renostro. (org.). **Estado e direitos no contexto de neoliberalismo**. org.). 1ª ed. Florianópolis: Habitus, 2020.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa nacional de saúde 2019**: informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde: Brasil, grandes regiões e unidades da federação/IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro: IBGE, 2020.

IMMERGUT, Ellen Margaretha. O núcleo teórico do novo institucionalismo. In: SARAIVA, Enrique. FERRAREZI, Elisabete. (orgs.). **Políticas Públicas**. Coletânea, vol. 1. Brasília: ENAP, 2006, p. 152-195.

_____. As regras do jogo: a lógica da política de saúde na França, na Suíça e na Suécia. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, vol. 30, nº 11, 1996.

ISUANI, Ernesto Aldo. Bismarck o keynes: ¿Quién es el culpable? Notas sobre la crisis de acumulación. In: ISUANI, Ernesto Aldo; LO VUOLO, Rubén M. FANFANI, Emilio Tenti. **El Estado benefactor**. Un paradigma en crisis. Ed. Miño y Dávila. CIEPP: Buenos Aires, 1991.

JORGE, Vladimyr Lombardo; FARIA, Alessandra Maia Terra de.; SILVA, Mayra Goulart da. Posicionamento dos partidos políticos brasileiros na escala esquerda-direita: dilemas metodológicos e revisão da literatura. **Revista Brasileira de Ciência Política**, 2020.

KINGDON, John. Como chega a hora de uma ideia? In: SARAVALIA, Enrique. FERRAREZI, Elisabete. (orgs.). **Políticas Públicas**. Coletânea, vol. 1. Brasília: ENAP, 2006a, p. 219-224.

_____. Juntando as coisas. In: SARAVALIA, Enrique. FERRAREZI, Elisabete. (orgs.). **Políticas Públicas**. Coletânea, vol. 1. Brasília: ENAP, 2006b, p. 225-245.

KINZO, Maria D'Alva G. Partidos, eleições e democracia no Brasil pós-1985. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**. vol. 19, nº 54, fev. 2004.

KIRCHHEIMER, Otto. A transformação dos sistemas partidários da Europa Ocidental. **Revista Brasileira de Ciência Política**, nº 7. Brasília, jan./abr. 2012, p. 349-385.

LEAL, João Gabriel Ribeiro Pessanha. PEIXOTO, Vitor. Partidos políticos e sistema único de saúde: o impacto dos partidos políticos nos valores gastos na saúde nos municípios brasileiros. **III Encontro Nacional de Políticas Públicas**. Políticas públicas em contexto de instabilidade política: crise e retrocessos no horizonte. EACH-USP, 17.18 e 19 de abril de 2018.

LEFEVBRE, Georges. **A Revolução Francesa**. São Paulo: IBRASA, 1989.

LEVI, Margaret. Uma lógica da mudança institucional. **DADOS – Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, vol. 34, nº 1, 1991, p. 79-99.

LIMA, Enzo L. MÖRSCHBÄCHER, Melina. Contribuições e desafios do institucionalismo histórico na Ciência Política contemporânea. **BIB**, nº 81, 2007, p. 103-122.

LIMONGI, Fernando. A democracia no Brasil: presidencialismo, coalizão partidária e processo decisório. **Novos Estudos**, nº 76, nov. 2006.

_____. FIGUEIREDO, Argelina Cheibub. Bases institucionais do presidencialismo de coalizão. **Lua Nova**, Cidade, [on line]. nº 44, v. X, p. 81-106, 1998.

LULA DA SILVA. Luiz Inácio. **Lula de novo com a força do povo**: programa de governo 2007-2010, 2006. Disponível em: <https://fpabramo.org.br/csbnh/wp-content/uploads/sites/3/2017/04/Programa_de_governo_2007-2010.pdf>. Acesso em: 23 set. 2020.

_____. **Um Brasil para todos**: programa de governo. Coligação Lula Presidente, 2002. Disponível em: <<https://fpabramo.org.br/csbnh/wp-content/uploads/sites/3/2017/04/14-programagoverno.pdf>>. Acesso em: 23 set. 2020.

LUZ, Joice. AFLALO, Hannah Maruci. DUTRA, Ana Beatriz. A relação Executivo-Legislativo revisitada: a governabilidade da coalizão no Brasil. In: DANTAS, Humberto. (org.). **Governabilidade: para entender a política brasileira**. Rio de Janeiro: Konrad Adenauer Stiftung, 2018.

MAHONEY, J. THELEN, K. A Theory of Gradual Institutional Change. In: MAHONEY, J. THELEN, K. (orgs.). **Explaining Institutional Change: Ambiguity, Agency and Power**. Cambridge: Cambridge University Press, 2010, p. 1-37.

MAINWARRING, Scott. Democracia presidencialista multipartidária: o caso do Brasil. **Lua Nova**. (28-29), jan. 1993. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ln/a/jNSnyNhFWxkHKVvNDdj94zD/?lang=pt#>>. Acesso em: 03 fev. 2023.

_____. LIÑAN, Aníbal Pérez. **Disciplina partidária: o caso da constituinte**. Lua Nova, nº 44, 1998.

LINDBLOM, Charles E. **El proceso de elaboración de políticas públicas**. Ministerio para las Administraciones Públicas, 1991.

MARCELINO, Daniel. BRAGA, Sérgio. DOMINGOS, Luiz. Parlamentares na Constituinte de 1987/1988: uma contribuição à solução do “enigma do Centrão”. **Revista Política Hoje**, vol. 18, nº 2, 2009.

MARSHALL, Thomas Humphrey. **Cidadania, classe social e status**. Rio de Janeiro: Zahar, 1967.

MENDES, José Eduardo da Silva. **O presidencialismo de coalizão: limites ou continuidade**. Dissertação. Programa de Pós-Graduação em Gestão de Organizações e Sistemas Públicos. Universidade Federal de São Carlos, 2019.

MENEGUELLO, Rachel. **Partidos e governos no Brasil contemporâneo 1985-1995**. Tese (Doutorado). Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas IFCH, Campinas, 1996.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. **Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil** [livro eletrônico]: atores, processos e trajetória. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.

_____. GOMES, Sandra. **Políticas sociais: conceitos, trajetórias e a experiência brasileira**. Rio de Janeiro: Editora FioCruz, 2018.

MERCADANTE, Otávio Azevedo. (coord.). Evolução das políticas e do sistema de saúde no Brasil. In: JACOBO, Finkelman. (org.). **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FioCruz, 2002.

MICHELS, Robert. A lei de ferro da oligarquia. In: SOUZA, Amaury de. (org.). **Sociologia Política**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1966.

MONTAÑO, Carlos. O projeto neoliberal de resposta à “questão social” e a funcionalidade do “Terceiro Setor”. **Lutas Sociais**. nº 8, 2002. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/ls/article/view/18912>>. Acesso em: 23 jul. 2020.

MOREIRA, Maíra dos Santos. Partidos políticos e política de assistência social nos municípios brasileiros: uma análise do impacto dos partidos no período entre 2005 e 2012. **10º Encontro da Associação Brasileira de Ciência Política (ABCP)**. Ciência Política e a Política: memória e futuro. Belo Horizonte, de 30 de agosto a 02 de setembro de 2016.

MUNHOZ, Sara Regina. A atuação do “Centrão” na Assembleia Nacional Constituinte de 1987/1988: dilemas e contradições. **Revista Política Hoje**, vol. 344 20, nº 1, 2011.

NORTH, Douglass Cecil. **Instituições, mudança institucional e desempenho econômico**. São Paulo: Três Estrelas, 2018.

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. **SUS: o desafio de ser único**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. 2018. **Interações socioculturais dos médicos cubanos participantes do Programa Mais Médicos no Brasil**. Brasília: OPAS, 2018.

PALERMO, Vicente. Como se governa o Brasil? O debate sobre instituições políticas e gestão de governo. **Dados**. 43(3), 2000.

PAROLA, Giulia. COSTA, Loyuá Ribeiro Fernandes Moreira da. Novo constitucionalismo latino-americano: um convite a reflexões acerca dos limites e alternativas ao direito. **Teoria Jurídica Contemporânea**, 3:2, jul./dez., 2018.

PEREIRA, Carlos. POWER, Timothy J. RENNÓ, Lucio. A novela sem fim das medidas provisórias. *Valor Econômico, Opinião*, 20/03/2006, p. A14. Disponível em: <<https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/458121/noticia.htm?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 12 fev. 2023.

PERLATTO, Fernando. **As disputas políticas e a constituinte brasileira de 1987-1988: projetos, sonhos e utopias**. *Ler História*, [s. l.], n. 75, p. 89-109, 2019. Disponível em: <<https://journals.openedition.org/lerhistoria/5588>>. Acesso em: 27 jan. 2023.

PIERSON, Paul. **Politics in time: history, institutions and social analysis**. Princeton: Princeton University Press, 2004.

_____. Retornos crescentes, dependência da trajetória (*path dependence*) e o estudo da política. Tradução Paula Regina de Jesus Pinsetta Pavarina. Idéias – **Rev. Inst. Filos. Ciênc. Hum. UNICAMP**, v.6, nº 2, p.335-392, jul/dez. 2015.

PORFIRO, Camila Almeida. **Decretos presidenciais: limites constitucionais e dimensões de controle**. Belo Horizonte: Fórum, 2021.

PRAÇA, Sérgio. NORONHA, Lincoln. Políticas Públicas e a descentralização legislativa da assembleia constituinte brasileira, 1987-1988. **Revista Brasileira de Ciência Política**. vol. 27, nº 78, fev. 2012.

RAICHELIS, Raquel. **Esfera pública e conselhos de assistência social: caminhos da construção democrática**. 7ª ed. São Paulo: Cortez, 2015.

RIBEIRO, Leandro Molhano. **Partidos e políticas sociais nos municípios brasileiros (1996-2003)**. Tese (Doutorado) - Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

ROCHA, Diones Gomes da. MARCELINO, Gileno Fernandes, SANTANA, Cláudio Moreira. **Orçamento público no Brasil: a utilização do crédito extraordinário como mecanismo de adequação da execução orçamentária brasileira**. R. Adm., São Paulo, vol. 48, nº 4, p. 813-827, out./nov./dez. 2013.

RODRIGUES, Paulo Henrique de Almeida. Hesio Cordeiro no I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde da Câmara dos Deputados, 1979. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 313, e310303, 2021.

RODRIGUEZ NETO, Eleutério. **Saúde: promessas e limites da Constituição [recurso eletrônico]**. Rio de Janeiro: Fiocruz: Edições Livres, 2019. Disponível em: < <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/36610/Saude-promessas-e-limites.pdf?sequence=2&isAllowed=y>>. Acesso em: 12 fev. 2023.

ROMA, Celso. A institucionalização do PSDB entre 1988 e 1999. **Revista Brasileira de Ciência Sociais**. vol. 17, nº 49, jun. 2002.

ROSSI, Pedro. DWECK, Esther. ARANTES, Flávio. Economia política da austeridade. In: ROSSI, Pedro. DWECK, Esther. OLIVEIRA, Ana Luiza Matos de. (orgs.). **Economia para poucos: impactos sociais da austeridade e alternativas para o Brasil**. São Paulo: Autonomia Literária, 2018.

ROSÁRIO, Celita Almeida. Partidos políticos e a política de saúde no Brasil: uma análise das narrativas do 'partido sanitário'. **Anais do 8º Congresso Brasileiro de**

Ciências Sociais e Humanas em Saúde, 2019. Disponível em: <<https://proceedings.science/8o-cbcshs/papers/partidos-politicos-e-a-politica-de-saude-no-brasil--uma-analise-das-narrativas-do---partido-sanitario---?lang=pt-br>>. Acesso em: 22 ago. 2022.

ROUSSEFF, Dilma Vana. **Mais mudanças, mais futuro**: programa de governo Dilma Rousseff, 2014. Disponível em: <<https://fpabramo.org.br/csbn/wp-content/uploads/sites/3/2017/05/Prog-de-Governo-Dilma-2014-INTERNET1.pdf>>. Acesso em: 23 set. 2020.

_____. **Os 13 compromissos programáticos de Dilma Rousseff para debate na sociedade brasileira**. 2010. Disponível em: <<https://fpabramo.org.br/csbn/wp-content/uploads/sites/3/2017/04/programadegovernoDilma.pdf>>. Acesso em: 23 set. 2020.

SADER, Emir. **O anjo torto**: esquerda (e direita) no Brasil. São Paulo: Brasiliense, 1995.

SALVADOR, Evilasio. Financiamento tributário da política social no pós-Real. In: SALVADOR, Evilasio. [et al.] (orgs.). **Financeirização, fundo público e política social**. São Paulo: Cortez, 2012.

SANTOS, Vanderlei Guilherme dos. **Cidadania e justiça**: a política social na ordem brasileira. Rio de Janeiro: Campus, 1979.

SANCHES, Maldonado Osvaldo. **Créditos extraordinários por medidas provisórias: até quando a irracionalidade?** Questão Crítica. Sinopse da execução orçamentária. Consultoria de Orçamento da Câmara dos Deputados, nº 2, jan./jun. 01, 2001. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/orcamento-da-uniao/estudos/artigos/antes-de-2005/Artigo090.pdf>>. Acesso em: 23 set. 2020.

_____. **Abertura de créditos extraordinários por medidas provisórias: equívoco e irracionalidade**. Questão Crítica. Sinopse da execução orçamentária. Consultoria de Orçamento da Câmara dos Deputados, nº 4, 2000.

_____. **Processo orçamentário federal**: problemas, causa e indicativos de solução. Rio de Janeiro 29 (3): 122-56. jul.set. 1995

SARTORI, Giovanni. **Concept Misformation in Comparative Politics**. In: The American Political Science Review. vol. 64, nº 64, 1970, p. 1033-1053.

SILVA, Mariana Batista da. **O mistério dos ministérios**: a governança da coalizão no presidencialismo brasileiro. Tese (Doutorado). Universidade Federal de Pernambuco, 2014.

SINGER, André Vitor. **Os sentidos do lulismo: reforma gradual e pacto conservador**. 1ª ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2012.

SOUZA, Celina. Regras e contexto: as reformas da Constituição de 1988. **DADOS. Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, vol. 51, nº 4, 2008, p. 791-823.

SOUZA, Renilson Rehem de. O sistema público de saúde brasileiro. **Seminário Internacional Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas**. São Paulo, Brasil, 11 a 14 de agosto de 2002.

STREECK, W. THELEN, K. Introduction: Institutional Change in Advanced Political Economies. In: STREECK, W. THELEN, K. eds. **Beyond Continuity: Institutional Change in Advanced Political Economies**. Oxford: Oxford University Press, 2005, p. 1-39.

TAROUCO, Gabriela da Silva. MADEIRA, Rafael Machado. Partidos, programas e o debate sobre esquerda e direita no Brasil. **Revista de Sociologia e Política**, vol. 21, nº 45, p. 149-165, 2013.

TAVITS, Margit. **Presidents with prime ministers: do direct elections matter?** Nova York: Oxford University Press, 2009.

VILLABELLA ARMENGOL, Carlos Manuel. Constitución y democracia en el nuevo constitucionalismo latinoamericano. In: lus. Revista del Instituto de Ciencias Jurídicas de Puebla. nº 25, 2010, p. 49-76.

ZAULI, Eduardo Meira. RODRIGUES, Marta M. Assumpção. **De José Sarney a Fernando Henrique Cardoso: relação executivo-legislativo e política de saúde no Brasil**. Planejamento e Políticas Públicas. nº 25, jun./dez. 2002.

ZUCCO JUNIOR, C. Esquerda, direita e governo: a ideologia dos partidos políticos brasileiros. In: POWER, Timothy. ZUCCO JR., Cesar. (ed.). **O Congresso por ele mesmo: autopercepções da classe política brasileira**. Belo Horizonte: UFMG, 2011. p. 37-60. Disponível em: <
<https://professor.fgv.br/sites/default/files/users/user62/ChapterEsquerdaDireitaeGoverno.pdf>>. Acesso em: 23 jul. 2021.