



**PRODUÇÃO LEGISLATIVA EM SAÚDE NOS ESTADOS DE AMAPÁ, MINAS
GERAIS E PARÁ (2004-2010)**

**LEGISLATIVE PRODUCTION ABOUT HEALTH IN THE STATES OF AMAPÁ,
MINAS GERAIS AND PARÁ (2004-2010)**

**PRODUCCIÓN LEGISLATIVA EN SALUD EN LOS ESTADOS DE AMAPÁ, MINAS
GERAIS Y PARÁ (2004-2010)**

Raimunda Eliene Sousa Silva¹
Maria Dolores Lima da Silva²
Camila Maria Risso Sales³

Resumo: Os estudos sobre produção legislativa no Brasil nos permitem compreender as relações entre os poderes, assim como verificar o papel das instituições políticas na efetivação do Estado democrático de direito e na definição de políticas públicas. Este trabalho visa analisar a produção legal sobre saúde no período de 2004 a 2010 nos estados do Amapá, Minas Gerais e Pará, com o objetivo de identificar a contribuição dos poderes Executivo e Legislativo estaduais para a efetivação desses direitos dos cidadãos. Para tanto, faremos uma abordagem exploratória de dados pesquisados nas Assembleias Legislativas, especificamente os projetos leis ordinária (PLO), com o fim de identificar as propostas que tramitaram nas Assembleias Legislativas dos estados, seus ritos e tempos de tramitação. Constatamos que nos estados analisados existe uma dinâmica interna entre os poderes Executivo e Legislativo direcionada para produção legislativa em saúde.

Palavra-chave: Executivo-Legislativo; Produção Legislativa; Descentralização; Saúde.

Abstract: Researches on legislative production in Brazil allow us to understand the relationship between state powers, as well as to verify the role of political institutions in the implementation of the democratic rule of law and in the definition of public policies. This paper aims to analyze the legal production on health issues from 2004 to 2010 in the states of Amapá, Minas Gerais and Pará, with the objective of identifying the contribution of the states Executive and Legislative powers to enforce citizens' rights. Therefore, we will make an exploratory approach to data researched in the Legislative Assemblies, specifically the Ordinary Law Projects (OLP), in order to identify the proposals that were processed in the Legislative Assemblies of the states, their rites and processing times. We found that in the analyzed states there is an internal dynamic between the Executive and Legislative powers directed towards legislative production in health issues.

Keywords: Executive-Legislative; Legislative Production; Decentralization; Health.

Resumen: La investigación sobre la producción legislativa en Brasil permite comprender las relaciones entre los poderes Ejecutivo y Legislativo, así como verificar el papel de las instituciones políticas en la definición de las políticas públicas. Este trabajo académico tiene como objetivo analizar la producción de legislación sobre el tema de la salud en el período de 2004 a 2010 en los estados de Amapá, Minas Gerais

¹ Graduada em Ciências Sociais e mestranda em Ciência Política pelo Programa de Pós-Graduação em Ciência Política da Universidade Federal do Pará.

² Doutora em Ciência Política pelo IUPERJ; Professora da Faculdade de Ciências Sociais e do programa de Pós-Graduação em Ciência Política da Universidade Federal do Pará.

³ Doutora em Ciência Política, professora do curso de Bacharelado em Administração Pública da Universidade Federal de Lavras e dos Programas de Pós-Graduação em Administração Pública (UFLA) e em Estudos de Fronteira (UNIFAP).

y Pará, en Brasil, con el objetivo de identificar la contribución de los estados a la realización de estos derechos de ciudadanía. Para esto fin, realizaremos un análisis exploratorio de los datos recopilados en las Asambleas Legislativas, específicamente los proyectos de leyes ordinarias (PLO), con el objetivo de identificar las propuestas de legislación, sus ritos y tiempos de tramitación. Encontramos que en los estados analizados existe una dinámica interna entre los poderes Ejecutivo y Legislativo orientada a la producción legislativa en el tema de la salud.

Palabras clave: Ejecutivo-Legislativo; Producción Legislativa; Descentralización.

1 Introdução

O modelo de Estado acordado pelos constituintes brasileiros em 1988 instituiu a criação de programas de proteção social com escopo universalista, tendo como objetivo promover bens públicos essenciais para a população. No que diz respeito às atribuições dos poderes e suas relações, o Legislativo, em interação com o Poder Executivo, teve sua legitimidade afirmada para atuar na definição de políticas públicas, assim como também foram criados canais de interação com a sociedade civil para participar desse processo no Estado democrático de direitos.

No Brasil, o desenho de políticas públicas passa por um modelo institucional de descentralização política, contudo isto não significa que a autonomia dos governos subnacionais se converta em capacidade concreta de efetivação de políticas públicas. Os investimentos em programas sociais são decorrentes das regras constitucionais que obrigam os estados e municípios a investir determinados percentuais para diferentes setores e/ou serviços, considerados fundamentais à vida coletiva, existindo, de fato, uma restrição na criação de políticas públicas pelos governos estaduais em função dos recursos orçamentários serem limitados. Além disso, a concentração de poderes no executivo federal reduz a autonomia dos governos estaduais e municipais na criação de políticas públicas, fato destacado pelos estudiosos no caso específico da política de saúde.

Diante do exposto, este estudo analisa a produção legislativa nos estados de Minas Gerais (MG), Amapá (AP) e Pará (PA) no período de 2004 a 2010, com o intuito de entender a atuação dos deputados estaduais na criação de políticas de saúde, bem como verificar se a concentração de poder decisório em políticas de saúde no governo federal interfere nas iniciativas de produção legislativa sobre saúde em âmbito estadual (ARRETCHE; VAZQUEZ; GOMES, 2012). Procura-se verificar se os deputados estaduais têm iniciativas para criar políticas de saúde e se existe alguma diferença entre os estados em termos de produção legal voltada para essa temática.

O período de análise foi definido em função de, primeiramente, tratar-se de uma conjuntura em que a descentralização da política de saúde já está consolidada (ARRETCHE; MARQUES, 2007) e, ainda, por se iniciar em 2004 um contexto econômico e político favorável ao protagonismo em prol de políticas sociais, ao menos em nível nacional (FAGNANI, 2011; ALMEIDA, 2004), o que poderia se refletir no ambiente político estadual. Além disso, a indisponibilidade de dados no site de algumas Assembleias Legislativas determinou a limitação

do período de análise em 2010 e a apenas dois estados do Norte e Minas Gerais⁴.

O Poder Executivo concentra maior capacidade decisória em comparação ao Poder Legislativo, tanto em nível nacional como estadual, aprovando de maneira mais rápida suas propostas, o que confere maiores possibilidades para a proatividade do executivo na criação de políticas sociais. Entretanto, constatamos através da análise de proposições legislativas nas Assembleias dos estados, que os deputados se ocupam em propor leis direcionadas para áreas sociais. Todas as Casas Legislativas possuem em sua estrutura Comissões de mérito criadas para analisar propostas direcionadas para a área de saúde, por exemplo. Isto faz com que as investigações da produção legislativa nessa área específica proponham uma questão analítica relevante para a Ciência Política. Os estudos voltados para o processo de descentralização da política de saúde deixam em aberto uma análise empírica sobre a produção legal de saúde em âmbito estadual. Na segunda seção deste trabalho apresentaremos algumas reflexões que tratam do contexto institucional de produção de legislação em nível nacional e estadual.

Neste trabalho, faremos um levantamento quantitativo a partir de uma abordagem exploratória sobre os projetos de legislação voltados para a área de saúde, coletados nas Assembleias Legislativas dos estados de MG, AP e PA, observando também os ritos pelos quais passam tais projetos e o tempo de tramitação. Esta escolha levou em conta a capacidade institucional do legislativo mineiro já atestada pelos analistas, assim como o interesse das autoras pelos demais estados *locus* da pesquisa (PA, AP), em função de serem pouco expressivos os estudos sobre os Legislativos da região Norte (FUKS; FIALHO, 2009; NUNES, 2013; SILVA; FAVACHO; MORBACH, 2012). Da mesma forma, a análise a partir de dados dos legislativos de estados de diferentes regiões do país tem potencial de oferecer indicativos para futuros estudos comparados.

Analisar o processo de produção de legislação voltada para as áreas de políticas públicas sociais é importante, também, para refletirmos sobre a capacidade do Legislativo em âmbito local. Tratando-se do contexto institucional brasileiro, deve-se observar as arenas institucionais relevantes para a concretização das políticas públicas, o que faz da esfera estadual um *locus* relevante de reflexão, em função da natureza federativa do Estado Brasileiro. Nesse sentido, o escopo desta análise é afeito tanto aos interesses dos estudos legislativos, quanto a os estudos do campo de políticas públicas, visto que identificar as ações dos atores políticos no sentido da promoção de políticas amplia a compreensão a respeito da alocação de recursos públicos em benefício dos cidadãos.

⁴ Os dados foram coletados no âmbito da pesquisa “Legislativos, políticas públicas e *accountability*” (MCTI/CNPQ/Universal 14/2014 – processo 457153/2014-8) que focava toda a região norte e algumas Assembleias de outros estados, como a Assembleia de Minas Gerais, mas enfrentou dificuldades na coleta de dados nas Assembleias Legislativas dos estados do Norte, com exceção do estado do Amapá.

Nosso argumento será apresentado em duas seções, além desta introdução de das considerações finais. Na próxima seção faremos uma exposição, através de estudos bibliográficos, sobre a institucionalização da política de saúde no Brasil a partir de 1988, assim como apresentaremos as abordagens sobre o Poder Legislativo e suas relações com o Poder Executivo durante o processo de produção de legislação. Na terceira seção abordaremos, mais detidamente, a produção legislativa sobre saúde nos estados do AP, PA e MG, apresentando elementos regimentais sobre o funcionamento das respectivas Assembleias Legislativas e os resultados da pesquisa.

2 Análises institucionais e os estudos de políticas públicas de saúde no Brasil

O debate sobre políticas públicas permite várias abordagens, dentre as quais destaca-se a teoria institucionalista que oferece elementos importantes para a compreensão dos mecanismos político-institucionais mobilizados nas decisões em torno da formulação e implementação das políticas públicas (ARRETCHE; MARQUES, 2007; ARRETCHE; VAZQUEZ; GOMES, 2012; IMMERGUT, 1996). As instituições possuem características intrínsecas que influenciam no desenho das políticas bem como na orientação dos atores interessados na efetivação das mesmas. Essa perspectiva sustenta que regras formais e informais condicionam os resultados das políticas públicas por serem capazes de controlar e/ou induzir as decisões dos agentes políticos. No contexto do Brasil, a perspectiva de análise institucionalista é frutífera tanto para o entendimento da estruturação federativa da política de saúde (ARRETCHE, 2012; FORTES, 2012), quanto para a análise do processo decisório de políticas públicas no Poder Legislativo (ALMEIDA JÚNIOR, 2013; BAPTISTA, 2010), quando os atores se mobilizam no formato institucional específico do presidencialismo de coalizão brasileiro (ABRANCHES, 1988).

Uma breve síntese desse tipo de abordagem é útil na nossa análise da produção legislativa de saúde nas assembleias estaduais e será apresentada a seguir através de algumas referências do campo de políticas públicas e dos estudos legislativos. Esses mostram que tanto a estruturação da política de saúde no Brasil quanto os processos de tomada de decisão que podem alterá-la, expandi-la ou limitá-la são escolhas políticas que quando visualizadas institucionalmente nos possibilitam avaliar as possibilidades e obstáculos ao envolvimento dos atores políticos na promoção de políticas públicas.

2.1 A política de saúde no contexto institucional federativo brasileiro

Após a Constituição de 1988, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Lei 8.080/1990, o Brasil passou a organizar um sistema de saúde de caráter universal, público e gratuito. Como função intergovernamental, compete à União o papel de financiar e formular políticas de saúde nacionais e coordenar as ações dos governos subnacionais, tendo o Ministério da Saúde (MS) ampla autoridade para decidir sobre esse setor. Conforme Arretche e Marques

(2007) entre 1995 e o ano 2000 a participação dos municípios no que diz respeito a provisão de serviços ambulatoriais cresceu significativamente e, apesar do baixo crescimento dos serviços de internação hospitalar, os municípios se isolaram na dianteira da provisão destes, em comparação com os estados. Ainda, os instrumentos de coordenação do governo nacional acabam por controlar os níveis dos gastos e induzem as escolhas das instâncias subnacionais sobre os tipos de políticas a serem criadas.

Embora as instâncias de governo, nacional, estadual e municipal, detenham competências comuns na maioria dos serviços públicos, a finalidade do federalismo cooperativo esbarra nas distintas capacidades dos governos subnacionais criarem políticas públicas. Souza (2005) observa que a Carta de 1988 ao detalhar competências para as entidades subnacionais deixou pouca margem de interferência para os governos estaduais criarem políticas sociais em nível local. Estados e municípios ficariam “amarrados” pelas regras, o que dificultaria na provisão de determinados serviços públicos que atendam às demandas sociais locais.

O SUS oferece suporte ao atendimento primário, preventivo ou secundário, fazendo a articulação intergovernamental, mas os governos estaduais possuem forte dependência do governo central para cooperar. Sendo assim, a articulação se dá de modo que o MS repassa os recursos financeiros e as esferas subnacionais executam os serviços (COSTA, 2004). Como os governos estaduais dependem em grande medida dos recursos nacionais, o MS impõe regras para que todos os estados assumam compromisso com o SUS e adotem programas relacionados aos interesses locais de proteção à saúde (ARRETCHE; MARQUES, 2007).

Os gastos sociais são resultados dos princípios institucionais que estabelecem regras para cada ente federativo, determinando percentuais de investimento em programas sociais. No caso específico da saúde os instrumentos de coordenação do governo nacional induzem as escolhas dos governos sobre os tipos de políticas a serem criadas. A partir da proposta de Emenda Constitucional nº 29/2000 (EC 29/2000), houve um aumento da participação dos estados no que diz respeito ao investimento em saúde uma vez que estes foram induzidos a melhorar o compromisso com a produção de políticas voltadas para este tema. A união, deste modo, impôs para todos os estados a responsabilidade de destinarem 12% do total de seus tributos para saúde, e nos municípios esse percentual seria de 15%. Diante dessas condições as unidades subnacionais deveriam se adequar às novas regras institucionais criando soluções para as questões básicas de saúde (ARRETCHE, 2012; FORTES, 2012).

Contudo, os incentivos às políticas subnacionais, introduzidos pela EC 29/2000, não foram suficientes para um aumento efetivo de políticas de alcance mais amplo, uma vez que as circunstâncias socioeconômicas de cada estado refletem diretamente na provisão de determinados serviços públicos. Estados mais desenvolvidos economicamente têm melhores condições de criar políticas condizentes com sua realidade e promover serviços públicos de qualidade para sua população do que os estados mais pobres.

Na Carta de 1988 optou-se pelo formato de competências comuns para os entes federativos, em que todas as esferas políticas são autorizadas a criar programas de políticas sociais. No entanto, nessa perspectiva de descentralização política mesmo que os governos locais sejam eleitos diretamente e se comprometam em criar políticas que atendam às demandas locais, suas decisões são limitadas pelas regras nacionais que regulamentam financeiramente as políticas públicas subnacionais e impõem obstáculos às decisões sobre suas atividades (ARRETCHE, 2012; COSTA, 2004).

Nessa perspectiva de estruturação do federalismo brasileiro, existiria espaço para a atuação de parlamentares no que diz respeito às prerrogativas legislativas de responder às necessidades locais com iniciativas de leis voltadas para políticas de saúde? Na próxima subseção apresentamos algumas análises sobre o perfil da produção legislativa sobre saúde no contexto institucional que estrutura a divisão entre os poderes executivo e legislativo no Brasil e nas esferas de poder locais.

2.2 A promoção de políticas de saúde no contexto institucional do Poder Legislativo

Com a retomada do regime democrático no Brasil, a partir de 1988 o Poder Legislativo passou a atuar de forma mais direta no processo de produção de políticas públicas. Porém, o Poder Executivo possui forte influência sobre o Legislativo, concentrando amplos poderes para controlar os trabalhos na Câmara dos Deputados. Estudos sobre políticas de saúde na Câmara dos Deputados destacam que grande parte das políticas voltadas para área de saúde tiveram interferência direta do Executivo Federal. Essa característica demonstra a capacidade que o Executivo tem em utilizar os recursos que estão a sua disposição para implementar políticas com escopo abrangente. Amorim Neto e Santos (2002), observam que o fato do chefe do Poder Executivo ser eleito por um eleitorado nacional, lhe confere maiores incentivos para a criação de políticas públicas de alcance amplo. No mesmo sentido Sabbag (2017) aponta que os recursos de poder do Executivo enfraquecem a capacidade de produção de leis de autoria dos deputados, identificando que a maior parte da produção legislativa destes, no período 2007-2010, apesar de ser de abrangência nacional e setorial, teriam efeitos neutros, concentrando-se em temáticas honoríficas (57,8%).

Contudo, as regras institucionais asseguram ao Poder Legislativo a prerrogativa de promover políticas que atendam aos interesses dos cidadãos de forma ampliada, princípio lembrado por Cavalcante Filho (2013, p. 13) ao afirmar que “cabe ao legislativo formular políticas públicas, ao menos em linhas gerais, e ao Executivo cabe operacionalizá-las, concretizando os objetivos traçados pelo legislador”.

A abordagem institucionalista evidencia que as políticas públicas, para serem aprovadas no Legislativo, sofrem interferência das regras que moldam o comportamento dos atores políticos, em um contexto de presidencialismo de coalizão, onde aqueles que apoiam o governo tem maiores

chances de acesso a recursos de poder de barganha (ABRANCHES, 1988; FIGUEIREDO; LIMONGI, 1999). Para receber apoio da maioria dos legisladores o Executivo distribui pastas ministeriais e outros cargos na estrutura do Estado, angariando o poder de implementar sua agenda de políticas públicas. As iniciativas exclusivas do presidente da República, como a emissão de Medidas Provisórias, o controle do orçamento e criação de cargos e serviços públicos da União também induzem os legisladores a serem cooperativos com a agenda do Executivo, priorizando seus interesses, seja na definição de prazos de apreciação de matérias, como a garantia de urgência na tramitação de projetos, seja pela mobilização dos atores políticos para convergir seu apoio a essa agenda. Esses mecanismos institucionais concedem ao Executivo uma posição estratégica para aprovação de seus projetos, sem prescindir do necessário diálogo entre o Poder Executivo e Poder Legislativo (CRUZ, 2011; SANTOS, 2002; VIEIRA, 2011).

As regras constitucionais e regimentais, tanto da Câmara quanto do Senado, atribuem poderes aos líderes partidários para agir em favor dos interesses dos seus partidos e das coalizões de apoio ao presidente. Essas são formadas em torno da estrutura partidária e estão relacionadas ao êxito da agenda do executivo no campo legislativo. No parlamento, as comissões permanentes com atribuições de natureza técnica e deliberativa em matérias legislativas constituem o *locus* de avaliação onde são processadas informações especializadas e se manifestam diferentes interesses dos atores políticos (CARNEIRO, 2011; MÜLLER, 2009)⁵. A Mesa Diretora e os líderes partidários são peças importantes na condução dos trabalhos legislativos e na definição do funcionamento do sistema de comissões.

Os estudos de Gomes, Carvalho e Reis (2009), Baptista (2010) e Almeida Júnior (2013) se preocuparam em entender a atuação dos poderes Executivo e Legislativo no que se refere à criação de políticas públicas de saúde e demonstram que a produção legislativa nacional voltada para essa área foi, em grande medida, resultado da atuação do poder executivo, no contexto institucional criado pela Constituição de 1988. Contudo, ainda são poucos os trabalhos acadêmicos que tratam da temática referente à criação de políticas de saúde em governos locais no campo da produção legislativa.

Baptista (2010) observa que, nesse contexto, a discussão sobre política setorial de saúde ficou limitada pela constitucionalização dessa temática via estruturação do SUS. A Medida Provisória foi a principal ferramenta utilizada pelo Executivo para interferir no desenho da política de saúde, estabelecendo um predomínio do Poder Executivo sobre as matérias legislativas apresentadas entre 1997 a 2001. O Executivo procurou legislar em políticas voltadas para a administração, “regulação e organização da política setorial”, como prediz a Constituição, e o Poder Legislativo teve iniciativas em legislação sobre assuntos diversos.

⁵ Mecanismo importante do Regimento Interno da Câmara é o “Poder Conclusivo”, instrumento que permite que uma proposta seja apreciada em caráter final pelas Comissões, sem a necessidade de passar por discussão em plenário.

No que diz respeito à promoção de políticas de saúde, as leis aprovadas pelo Executivo apresentavam-se em três tipos de abordagens a partir de 1995, a questão do controle sanitário, de ambiente saudável e a regulamentação de áreas estratégicas da atenção à saúde. O Legislativo, com o apoio do Executivo, atuou criando leis para grupos específicos como, por exemplo, a garantia de medicamentos para pessoas portadoras de HIV e políticas públicas direcionadas para o consumidor, como “a lei de regulamentação dos planos de saúde, a lei de criação da Agência Nacional de saúde suplementar (ANS) e a lei de medicamentos genéricos” (BAPTISTA, 2010, p. 107). O maior formulador de políticas de saúde no período analisado foi o Executivo e seus projetos introduzidos na Câmara tiveram menos tempo de tramitação. Isso ocorreu porque o Executivo antecipava e negociava com os grupos de interesses no Congresso para aprovação das leis de seu interesse.

O estudo de Baptista demonstra a preponderância do Executivo em relação ao Legislativo, aprovando 89,9% das matérias legislativas em saúde no período analisado. Por meio de medida provisória, o Executivo legislou à margem do Congresso, editando projetos com força de lei bem como, modificou e implementou leis consolidadas. As propostas encaminhadas pelo Legislativo que eram de interesse do Executivo receberam apoio dos legisladores, tendo uma tramitação mais acelerada no âmbito da dinâmica interna do Congresso em que o padrão de comportamento dos deputados é voltado para aprovação dos projetos de interesses Executivo.

No mesmo sentido, Almeida Júnior (2013) ao analisar a produção legislativa de saúde mental no período de 1989 a 2001 evidencia o predomínio do poder Executivo sobre o Legislativo. A conclusão do autor sustenta que o Congresso atua nessa área apenas marginalmente, evidenciando o domínio do poder Executivo no que diz respeito à criação de políticas mais abrangentes. Focando na produção dos legisladores, Gomes, Carvalho e Reis (2009) identificaram que de um grupo de 4.358 projetos de lei sobre saúde, 95% teve origem na Câmara dos Deputados, no período de 1999 a 2006, atestando um papel relevante dos legisladores apesar de tramitação dessas propostas seguirem um padrão temporal mais lento que os projetos de autoria do Executivo⁶.

Tanto os estudos específicos sobre políticas de saúde, quanto aqueles que tratam sobre as características institucionais em que se processam os interesses do Executivo e do Legislativo, mostram que no sistema político de presidencialismo de coalizão brasileiro, deputados e governos eleitos interagem no sentido de promover políticas públicas. No contexto estadual percebe-se que o desenho institucional não sofre grandes alterações, visto que, de acordo com os regimentos internos das Assembleias estaduais, ocorre semelhante concentração de recursos institucionais à disposição do Executivo que os utiliza como instrumento de barganha com os legisladores. Conforme Anastasia (2007, p. 150) “Os governadores gozam de amplos poderes de agenda e de

⁶ A análise focaliza 15.246 projetos de leis ordinárias apresentados na Câmara dos Deputados dos quais 4.358 (28,6%) são PL relacionados a saúde.

veto e os usam para extrair obediência de suas bancadas e para aprovar seus projetos”. No plano estadual a preponderância do executivo foi afirmada como um “sistema ultrapresidencial”, onde os governadores concentrariam poderes constitucionais e orçamentários para se sobreporem a agendas específicas do legislativo (ABRUCIO, 2002). Essa tese foi relativizada com os estudos sobre as relações entre o executivo e o legislativo nos estados, que mostram variações condicionadas pela formação de maiorias parlamentares (ANASTASIA, 2007; NUNES, 2013; RICCI; TOMIO, 2012; TOMIO; RICCI, 2012).

As Assembleias Legislativas estaduais se caracterizam por serem instituições em que os governadores são atores centrais, negociando com os deputados para que suas propostas sejam aprovadas de forma mais rápida e assumindo posição de destaque na dinâmica legislativa. Apenas nas Assembleias de Santa Catarina, Acre, Piauí, Maranhão, Paraíba e Tocantins existe a prerrogativa de editar medida provisória e, ainda assim, os governadores fazem uso limitado desse recurso de poder de agenda (RICCI; TOMIO, 2012). Isso indica que os governadores utilizam outros mecanismos para acelerar a tramitação de projetos de sua autoria, dependendo de relações variáveis entre governo e oposição. Em um contexto em que o Executivo não formou maioria na Assembleia Legislativa do Pará (ALEPA), por exemplo, Silva, Favacho e Morbach (2012) mostram que, apesar de, no mandato inteiro, a governadora do Partido dos Trabalhadores (PT) ter maior número de propostas aprovadas frente ao Legislativo, em dois casos importantes de sua agenda o governo foi derrotado pelos deputados.

3 A produção Legislativa sobre saúde nos estados do Amapá, Pará e Minas Gerais

3.1 Instituições e produção legislativa sobre saúde na esfera estadual

Através da organização interna das Assembleias Legislativas Estaduais verifica-se semelhança com a esfera nacional no que diz respeito à relação entre os poderes Executivo e Legislativo na criação de políticas públicas. Assim como o Legislativo Nacional as instituições legislativas em âmbito estadual destacam-se por possuir regras internas que possibilitam o andamento dos trabalhos no interior da casa. Na Assembleia Legislativa do Amapá (ALAP) a mesa diretora possui a responsabilidade de coordenar e direcionar as atividades legislativas e os serviços administrativos. Nesse processo observa-se que as comissões seguem as mesmas classificações conferidas por Figueiredo e Limongi (2012), comissões permanentes com caráter técnico-legislativo ou especializado e comissões temporárias criadas para apreciar determinados assuntos. No estado do Amapá as comissões permanentes têm por função apreciar e deliberar sobre assuntos e proposições submetidas, acompanhar os planos e programas governamentais além da fiscalização orçamentária, dos atos do executivo e da administração pública como um todo (AMAPÁ, 2017, art. 29).

Existem algumas competências exclusivas das comissões como emitir parecer sobre assuntos de sua especialidade, discutir, votar e promover estudos sobre problemas de interesse público bem como, realizar audiências públicas. Quanto à comissão de saúde, é de sua competência a manifestação sobre temas na esfera estadual relacionados à saúde, previdência e assistência social, incluindo a organização institucional. Competem ainda à ALAP manifestar-se sobre a política de saúde e os processos de planificação desta, especialmente no âmbito do SUS e sobre ações de serviços de saúde pública em geral (AMAPÁ, 2017, art. 36, § 7).

A Comissão de Constituição, Justiça, Redação e Cidadania (CCJ) decide através de seus pareceres se uma determinada matéria segue em tramitação. Caso a comissão decida pela inconstitucionalidade de uma proposição, sua tramitação é interrompida e encaminhada à mesa diretora. A respeito do pedido de urgência, o Regimento Interno da Assembleia Legislativa do Amapá (RI ALAP) ressalta que a solicitação de urgência para proposições sujeitas à discussão em plenário dependerá de requerimento da Mesa ou da Comissão, dos líderes ou do autor da proposição com apoio de um terço dos deputados (AMAPÁ, 2017, art. 161).

A organização interna da assembleia de Minas Gerais possui características semelhantes às da ALAP. Nesse caso, a mesa diretora possui função de comissão executiva, tendo a incumbência de dirigir os trabalhos da Assembleia Legislativa. As comissões permanentes têm competências específicas descritas no regimento interno e as comissões temporárias podem ser especiais, de inquérito, de representação ou extraordinárias. As comissões permanentes apreciam as proposições submetidas, dentro de suas competências específicas. Na Assembleia Legislativa de Minas Gerais (ALMG), à Comissão de Saúde, enquanto comissão permanente, compete: a saúde, a assistência médica, hospitalar e sanitária, a prevenção das deficiências física, sensorial e mental e o saneamento básico (MINAS GERAIS, 2019, art. 102).

No que diz respeito ao regime de tramitação o art. 272 do Regimento Interno da Assembleia Legislativa de Minas Gerais (RI ALMG) dispõe que será adotado regime de urgência se solicitado pelo Governador do Estado para projetos de sua autoria respeitando o disposto nos artigos 208 e 209 do RI ALMG. O regime de urgência também poderá ser requerido pelos integrantes da casa legislativa seguindo os requisitos e trâmites descritos pelo regimento.

O Regimento Interno da Assembleia Legislativa do Estado do Pará (RI ALEPA) apresenta regras e mecanismos semelhantes aos dos outros estados analisados. A mesa diretora e o presidente da casa são dotados de poderes institucionais para controlar os trabalhos internos. Assim, na ALEPA a mesa diretora também tem a competência relativa a emissão de pareceres sobre modificações dos regimentos ou serviços administrativos além da promulgação de emendas constitucionais, resoluções e decretos legislativos (PARÁ, 2019, art. 19).

As comissões são instituições que fazem parte da dinâmica interna das Assembleias sendo espaços fundamentais para as decisões sobre políticas públicas. No Regimento Interno da ALEPA, segundo o art. 28, as comissões são divididas em permanentes, temporárias e

representativa. A comissão permanente que trata da matéria ligada à saúde, tem por competência regimental opinar sobre saúde pública, higiene e assistência sanitária (PARÁ, 2019, art. 31 § 14).

Ao analisar 12 Assembleias Legislativas estaduais, Tomio e Ricci (2012) identificaram um expressivo volume de propostas iniciadas e aprovadas pelos legisladores, afirmando que existe um “peso significativo” tanto na quantidade, quanto na definição de propostas apresentadas pelos deputados estaduais. Em função do baixo custo para um parlamentar fazer uma proposta de legislação, estas têm muito maior volume do que o número de propostas do executivo, variando em decorrência do número de cadeiras nas Assembleias. Entretanto, na prática, a produção legislativa por parte dos deputados estaduais possui relevância significativa não apenas pelo número de propostas apresentadas, mas pelo resultado final dos projetos transformados em norma jurídica. As taxas de sucesso dos legislativos indicam que o protagonismo das Assembleias varia entre os diferentes estados e legislaturas, mostrando taxas que vão de 21,2% a 97,1%. Contudo, em termos de aprovação, os projetos de iniciativa dos governadores são mais regularmente bem-sucedidos se confrontados com as propostas dos deputados, o que demonstra capacidade dos governadores em promoverem a aprovação dos seus projetos.

O desenho institucional brasileiro compreende as regras que organizam as relações intergovernamentais, no que diz respeito às competências das esferas de governo. Nesse aspecto, ao lado das competências exclusivas da União foram estabelecidas competências concorrentes, deixando aos três níveis de governo responsabilidades relativas às políticas sociais, entre elas cuidar da saúde e “legislar concorrentemente” sobre proteção e defesa da saúde (BRASIL, 1988, arts. 23, II e 24, XII). Do ponto de vista das atribuições constitucionais a Carta de 1988 detalhou competências, recursos e políticas públicas para os entes subnacionais, deixando pouca margem de atuação para que os governos estaduais criem e implementem políticas públicas mais localizadas.

A Lei nº 8.080/1990 regula as ações e serviços de saúde o território nacional, definindo no artigo 15 as atribuições comuns à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, assim como, no artigo 18, em que especifica o papel decisivo dos municípios no funcionamento na rede SUS, atribuindo sua participando no planejamento, execução de serviços e colaboração com a união e os estados, entre outras atribuições necessárias à implementação da política universal de saúde pública. Dessas determinações legais se infere que os estados e municípios estão vinculados a determinadas regras que reprimem uma atuação mais direta na criação de políticas, sendo as circunstâncias institucionais um dos fatores a dificultar a provisão direta de determinados serviços públicos ligados a demandas sociais.

Embora as três instâncias de governo detenham competências comuns na maioria dos serviços públicos existe, na prática, uma diferença de capacidade institucional na implementação da agenda. Em outras palavras, a finalidade do federalismo cooperativo esbarra nas diferenças de capacidades dos governos subnacionais em criarem políticas públicas. Entre os fatores que se

destacam podemos citar as dificuldades técnicas e de gestão e especialmente as desigualdades financeiras entre os estados. Além disso, a cooperação entre os entes federados não é estimulada por mecanismos institucionais, fazendo com que o sistema seja competitivo e não cooperativo (SOUZA, 2005).

Apesar de estados e municípios possuírem autonomia na condução de suas próprias políticas públicas, devido ao desenho federativo, dificilmente eles têm condições de criar políticas públicas concretas sem o apoio do governo federal. Isso acontece porque os governos estaduais possuem uma forte dependência do governo central para cooperar e, principalmente, dependem da capacidade e do interesse deste em estimular a coordenação entre estados e destes com os municípios através de regras e programas (COSTA, 2004).

No caso da política de saúde, o SUS pressupõe a articulação e a atuação dos diferentes níveis de governo. Nessa perspectiva, dependendo do tipo da atividade realizada, seja atendimento primário, preventivo ou secundário, o Ministério da Saúde repassa os recursos financeiros para as redes municipais e estaduais, e estas esferas subnacionais executam os serviços públicos concernentes.

Por outro lado, as dificuldades dos governos estaduais em produzir políticas públicas refletem também os ajustes macroeconômicos dos anos 1990, momento no qual o Governo Federal estabeleceu as renegociações das dívidas, limitando a participação dos estados no federalismo. Essa medida resultou em maior centralização fiscal na União. No entanto, o sucesso do federalismo depende da combinação entre autonomia e cooperação. Nesse sentido, não se pode deixar de considerar a disparidade de recursos disponíveis para estados das regiões Sul e Sudeste e para aqueles das regiões Norte e Nordeste. As desigualdades regionais são um dado e essas circunstâncias implicam diretamente no setor saúde.

3.2 A Produção legislativa em saúde na esfera estadual

A partir de dados pesquisados nas Assembleias legislativas, especificamente os Projetos de Lei Ordinária (PLO), nosso objetivo é identificar o número de propostas que tramitaram nas Assembleias Legislativas dos estados pesquisados no período de 2004 a 2010 e o desempenho dos poderes Executivo e Legislativo estaduais na pauta de projetos de lei voltados para área de saúde. Os projetos de lei serão classificados de acordo com a origem, o rito de tramitação, o tempo e a situação final a que chegaram, ou seja, se foram aprovados ou não. Por fim, são apresentadas tabelas que possibilitam comparar as produções legislativas dos estados em questão. A coleta efetivou-se através de pesquisa nas páginas eletrônicas das Assembleias Legislativas do Amapá e de Minas Gerais. No estado do Pará, a pesquisa foi realizada *in loco*, devido à falta de disponibilização dos dados pela internet⁷. Os dados foram selecionados, primeiramente, a partir

⁷ A maior dificuldade da pesquisa foi a obtenção de dados da ALEPA uma vez que os mesmos não estavam disponíveis no site da Casa. Por falta de acesso aos projetos do ano de 2003 iniciamos nossa análise pelo ano de 2004. O novo

da identificação do termo “saúde” na ementa dos projetos para, então, fazermos uma verificação mais apurada do texto e selecionar aquelas propostas voltadas para a regulamentação de ações e serviços com impacto sobre a saúde.

No período em que concentramos a análise, o executivo estadual em Minas Gerais esteve nas mãos do PSDB (duas gestões de Aécio Neves), no Pará houve uma gestão do PSDB, entre 2003 e 2006 (Simão Jatene) e uma do PT entre 2007 e 2010 (Ana Júlia Carepa), já o Amapá passou por duas gestões do PDT (Waldez Góez). A Assembleia Legislativa de Minas Gerais contava com representantes de 15 diferentes partidos no primeiro mandato de Aécio Neves e de 17 no segundo e foi presidida por Mauri Torres (PSDB) entre 2003 e 2007 e por Alberto Pinto Coelho (PP) entre 2007 e 2010. No Pará, a ALEPA teve na presidência Mário Couto (PSDB) entre 2003 e 2006 e Domingos Juvenil (MDB) de 2007 a 2010. No estado, a fragmentação da representação foi da ordem de 13 partidos tanto no período compreendido entre 2003 e 2006 quanto entre 2007 e 2010. No Amapá foi possível verificar que a composição da Assembleia Legislativa oscilou entre 12 partidos no primeiro período em que a presidência da casa esteve nas mãos de Lucas Barreto (PDT) entre 2003 e 2005 e Jorge Amanajás de 2005 a 2007 (PSDB) e 14 partidos no segundo período estudado, tempo em que houve a continuidade da presidência de Jorge Amanajás (PSDB). Nesse sentido, pode-se verificar que mesmo com bancadas de tamanhos bastante distintos, uma vez que a Assembleia mineira é composta por 77 representantes, a paraense por 41 e a amapaense por 24, que a fragmentação partidária é uma constante. A partir destas constatações é importante que a análise seja balizada proporcionalmente ao tamanho das bancadas e não apenas através de números absolutos.

Tabela 1 – Propostas na área da saúde, por origem, nos estados (2004-2010)

ESTADOS	Nº DE PROPOSTAS	%
AMAPÁ	33	100,0
Executivo	4	12,12
Legislativo	29	87,88
MINAS GERAIS	405	100,0
Executivo	72	17,78
Legislativo	333	82,22
PARÁ	71	100,0
Executivo	5	7,04
Legislativo	66	92,96

Fonte: Elaboração própria com dados extraídos das Assembleias Legislativas estaduais.

portal da ALEPA foi posto em funcionamento em janeiro de 2020, no entanto, nesse momento, a coleta de dados para esta pesquisa já estava completa. Ver: <https://www.alepa.pa.gov.br/noticia/2648/>

Na tabela 1 observamos os números de iniciativas de projetos de lei ordinária conforme a origem, se do Executivo ou do Legislativo, onde identificamos que 82% dos projetos que tramitaram, no período, em MG foram propostos pelos legisladores, enquanto no AP os deputados iniciaram 88% das propostas e no PA 93%. Nos três estados a proporção dos projetos de lei na área da saúde de iniciativa dos legisladores é alta, estando acima dos 80%. Tais informações corroboram a constatação dos analistas que demonstram que os legisladores tendem a se ocupar mais de projetos de lei relacionados a temas sociais, como é o caso da saúde, enquanto que o Executivo tende a ter mais iniciativas de projetos vinculados a questões econômicas e administrativas (FIGUEIREDO; LIMONGI, 1999).

O ativismo dos parlamentares, verificado a partir da quantidade e da proporção de projetos de lei para a área da saúde nos três estados, corrobora também com os achados de Tomio e Ricci (2012) que identificaram um expressivo volume de propostas de lei nas 12 Assembleias Legislativas, durante o período de 1999 a 2006. O volume de propostas apresentadas pelos parlamentares estaduais está também ligado ao fato de que não existem custos muito altos envolvidos na apresentação de um projeto de lei, sendo que tanto o Congresso Nacional quanto as Assembleias Legislativas dos estados têm regras permissivas nesse sentido.

As regras internas que organizam a dinâmica do processo legislativo nas Assembleias estaduais permitem, tal como em âmbito nacional, a prerrogativa de solicitação de urgência para o trâmite especial de projetos de lei. Uma vez solicitada pelo governador, a urgência pode ou não ser acatada pelas Casas Legislativas. Nos três estados analisados, os dados mostram que o mecanismo regimental de urgência foi bastante utilizado nas propostas que tiveram origem no Executivo, enquanto que nas propostas dos legisladores ela é pouco mobilizada.

Tabela 2 – Propostas legislativas por rito de tramitação (2004-2010)

ESTADOS	Nº	ORDINÁRIA	URGENTE	TOTAL
Amapá				
Executivo	4	25,0%	75,0%	100%
Legislativo	29	100%	-	100%
Minas Gerais				
Executivo	72	75,0%	25,0%	100%
Legislativo	333	99,70%	0,30%	100%
Pará				
Executivo	5	20,0%	80,0%	100%
Legislativo	66	100,0%	-	100%

Fonte: Elaboração própria com dados extraídos das Assembleias Legislativas Estaduais.

Essa prerrogativa, que favorece o protagonismo do Executivo na aprovação de legislação na Câmara dos Deputados, também se observa nas Assembleias estaduais, mas na Assembleia Legislativa de Minas Gerais houve um número bem reduzido em comparação aos outros estados, 25% dos projetos enviados pelo Executivo seguiram tramitação em regime de urgência contra 75% em tramitação normal. Nos outros estados seguiram o rito de urgência 75% das propostas do governo do Amapá e 80% das propostas do governo do estado do Pará. Já na tramitação dos projetos iniciados pelos parlamentares, nas Assembleias do PA e AP, todos seguiram o rito de tramitação normal, enquanto em Minas Gerais, 0,3% das propostas do legislativo tramitaram em regime de urgência. Nota-se um ânimo mais forte dos deputados mineiros em apressar a conclusão de suas propostas.

A literatura especializada da Ciência Política mostra que a agenda do poder executivo no Congresso Nacional prepondera sobre a agenda do poder legislativo no que diz respeito à produção de legislação o que se sustenta, pelo uso de mecanismos institucionais em seu favor, tais como o pedido de urgência na tramitação e a emissão de medidas provisórias (BAPTISTA, 2010; FIGUEIREDO; LIMONGI, 1999; SANTOS, 2002). Esses instrumentos favorecem os governos que formam coalizões de apoio para suas demandas no Legislativo, aprovando em menor tempo as propostas de seu interesse.

Apesar do modelo institucional nos estados, que espelha o modelo nacional, favorecer o protagonismo do poder executivo na produção de legislação dando força concreta aos governadores, assim como a concentração decisória da União no que diz respeito aos sistemas de políticas públicas universais, a análise empírica mostra que se deve atentar para as diferenças entre os estados no que diz respeito a uma agenda própria dos legislativos (TOMIO; RICCI, 2012). Nos casos que analisamos observa-se um significativo protagonismo da Assembleia Legislativa de Minas Gerais, que destoava do perfil observado nos dois estados do Norte, sugerindo grau maior de independência de ação dessa Casa, visto que os deputados sustentam, também, a urgência de propostas de origem no Legislativo.

A respeito do tempo de tramitação ressalta-se que a maioria das propostas que foram aprovadas, isso ocorreu em até seis meses de tramitação. No estado do Amapá as proposições iniciadas pelo executivo tiveram um tempo menor de tramitação, cerca de 66% tramitaram em menos de um mês. Esse curto tempo de tramitação relaciona-se ao uso corrente do mecanismo da urgência pelo poder executivo, visto que mostramos na tabela 2 que apenas no Legislativo mineiro 0,3% das propostas dos deputados tramitaram em regime de urgência, nas Assembleias dos demais estados todos os projetos dos deputados tramitaram por rito ordinário.

Tabela 3 – Tempo de tramitação das leis aprovadas nos estados (2004-2010)

ESTADOS	Nº	ATÉ 29 DIAS	DE 30 DIAS A 6 MESES	DE 6 M. A 2 ANOS	DE 2 A 4 ANOS
Amapá					
Executivo	3	66,67%	33,33%	36,84%	--
Legislativo	19	--	63,16%	--	--
Minas Gerais					
Executivo	53	--	71,70%	28,30%	--
Legislativo	107	--	33,64%	57,94%	8,41%
Pará					
Executivo	3	33,33%	66,67%	--	--
Legislativo	12	--	33,33%	25,0%	41,67%

Fonte: Elaboração própria com dados extraídos das Assembleias Legislativas Estaduais.

O Pará é o estado que mais apresenta propostas dos deputados tramitando até o final da legislatura, isto é, mais de 41% dos projetos de lei levaram de 2 a 4 anos para concluírem a tramitação. Em comparação com as propostas dos deputados do Amapá, nesta Assembleia, a maioria das propostas dos deputados se encerram em até seis meses, nenhuma tramitando por mais de dois anos. Interessante observar o tempo de tramitação na ALMG, neste caso, nenhum projeto, do Legislativo ou do Executivo, tramita por menos de 30 dias como ocorre com propostas do Executivo na ALEPA e ALAP, e apenas 8,41% de propostas dos deputados se encerram na metade final da legislatura. A despeito da predominância do Executivo, na Assembleia Legislativa de Minas Gerais se observa maior equilíbrio de tempo dedicado ao rito de tramitação das propostas de origem nos dois poderes.

Os estudos de âmbito nacional mostram que os deputados que conseguem aprovar seus projetos de lei são atores que possuem motivação e recursos políticos necessários para tal empreitada. A aprovação demanda dedicação ao convencimento da maioria dos deputados e a superação dos obstáculos burocráticos e legais impostos pela Constituição e pelo Regimento Interno. Um recurso importante é a experiência parlamentar, quanto mais tempo os deputados têm na Casa, mais habilidades desenvolvem para acompanhar a tramitação de projetos de sua autoria se familiarizando com as regras do processo legislativo, especializando-se em políticas públicas e aprendendo a lidar com as preferências de parlamentares e partidos (AMORIM NETO; SANTOS, 2002; ARAÚJO; SILVA, 2013). Além disso, a institucionalização de práticas regulares, publicizadas e reconhecidas fortalecem a responsabilização entre os atores que participam do processo legislativo e destes com os cidadãos. A ALMG fez investimentos nesse sentido, com isso registra e disponibiliza em seu site todas as etapas de tramitação legislativa (ANASTASIA; CORREA; NUNES, 2012; FUKS; FIALHO, 2009; NUNES, 2013).

Considerando os projetos de lei na área da saúde a partir de sua iniciativa, o número de aprovação daqueles oriundos do Executivo na ALAP foi de 75% do total submetido à apreciação

do legislativo. Em contrapartida, 65,52% dos projetos de iniciativa do próprio legislativo tiveram aprovação, observando-se certo equilíbrio entre as demandas dos dois poderes no estado do Amapá que foram atendidas no período compreendido por esta pesquisa. Já na ALMG e ALEPA vemos a prevalência dos projetos originados no executivo em termos de aprovação, respectivamente, 73,61% e 60%, contrastando com taxas de aprovação de projetos originados na casa parlamentar na ordem de 32,13% em Minas Gerais e 18,18% no Pará.

Na tabela 4 também podemos ver que os projetos dos deputados foram rejeitados em maior número na ALEPA, com 71,21%. Na ALMG foram reprovados 44,44% dos projetos de lei propostos e na ALAP o índice de rejeição foi da ordem de 27,59%⁸. Na ALAP vemos a predominância do Executivo combinada com um bom grau de resolutividade da Casa em propostas pautadas pelos legisladores visto que, como vimos na tabela 3, decidiram todas as suas propostas em até dois anos e aprovaram 64,52% das mesmas. Na ALMG a vantagem do Executivo no que diz respeito a aprovação de suas propostas não está desvinculada da resolutividade nas propostas apresentadas pelos deputados, cuja maioria tem decisão proferida até metade da Legislatura.

Tabela 4 - Situação final das propostas para a área da saúde, por autor (2004-2010)

ESTADOS	Nº	APROVADOS	REPROVADOS	OUTROS	TOTAL
Amapá					
Executivo	4	75,0%	25,0%	-	100%
Legislativo	29	65,52%	27,59%	6,90%	100%
Minas Gerais					
Executivo	72	73,61%	26,39%	-	100%
Legislativo	333	32,13%	44,44%	23,42%	100%
Pará					
Executivo	5	60,0%	40%	-	100%
Legislativo	66	18,18%	71,21%	10,61%	100%

Fonte: Elaboração própria com dados extraídos das Assembleias Legislativas Estaduais.

O que os dados sobre as iniciativas da produção legislativa sobre saúde nos mostram é que, a despeito da centralização da política de saúde na esfera federal a partir da criação do SUS, os deputados estaduais não se eximem de pautar legislação que tenha algum impacto sobre a saúde pública, atribuição legal concorrente das esferas federativas (BRASIL, 1988, art. 24, XII). Além disso, a variação no perfil das iniciativas dos legisladores estaduais mostra a possibilidade de maior autonomia do Legislativo frente ao Executivo, tal como observamos na ALAP e ALMG. Conforme Fuks e Fialho (2009), mudanças institucionais na ALMG, adotadas na década de 1990,

⁸ Na variável “outros” foram agregados os projetos que não tiveram o processo concluído, ou seja, as proposições tiradas de tramitação, vetadas pelo governador e arquivadas no final da legislatura.

visaram aproximar o cidadão comum dos assuntos legislativos, o que provavelmente está relacionada a uma ação mais fortalecida dos deputados frente aos interesses do Executivo.

Já na ALEPA, o acesso às informações sobre tramitação de projetos era apenas de acesso interno à Casa até recentemente. Os registros encontravam-se incompletos e arquivados em papel. Ainda, conforme Lovaglio (2013) mostra, quase 60% das proposições que tramitaram na Comissão de Educação, Cultura e Saúde da ALEPA no período de 2005 a 2012, tratavam de temáticas distintas dos assuntos de sua jurisdição. A falta de transparência no processo legislativo parece estar correlacionada a esse descomprometimento com os ritos institucionais definidos regimentalmente e, talvez, com maior alinhamento aos desejos do Executivo.

Por fim, temos que considerar a configuração das forças políticas existentes em cada período legislativo, o que não foi objeto da análise aqui realizada. Em contextos políticos favoráveis os deputados estaduais podem impor derrotas ao Executivo mesmo onde o perfil dominante é de forte controle da agenda por este poder. Como mostram Silva, Favacho e Morbach (2012), durante o governo do PT (2007-2010) importantes propostas do Executivo foram derrotadas na ALEPA pelos deputados, em função da existência de um grupo que se autodenominava independente e que se posicionou contrário ao governo.

4 Considerações Finais

Analisamos a produção legislativa na área da saúde no âmbito estadual levando em conta que as regras constitucionais brasileiras estabelecem prerrogativas para os entes federados sobre a provisão de políticas públicas. No sistema federativo brasileiro, o governo federal dispõe de extensos poderes para criar políticas com escopo mais amplo, por ser dotado de competências exclusivas, o que fortalece sua autonomia frente aos governos subnacionais. Isso quer dizer que, em alguma medida, as atribuições constitucionais dadas ao governo central interferem na produção legislativa dos governos locais.

Pela perspectiva da descentralização, os entes federativos possuem competências comuns para formulação de políticas públicas, as três esferas estão autorizadas constitucionalmente a criar programas e políticas sociais. Contudo, ainda que os governos locais sejam eleitos diretamente, suas decisões são fortemente condicionadas pelas regras do sistema federativo que regulamentam financeiramente os gastos sociais dos governos locais. Os mecanismos institucionais impõem obstáculos à autonomia dos governos estaduais ao concentrar recursos na esfera nacional e incentivar a adesão aos programas criados em âmbito nacional.

A respeito da política de saúde destacamos que a partir da Constituição de 1988, o Sistema Único de Saúde passou a integrar um modelo descentralizado e hierárquico. Nesse processo, as três esferas de governo passaram a ter responsabilidades diferentes quanto à provisão dos serviços de saúde prestados. Pela função intergovenamental a União possui o papel de financiar e formular políticas de saúde de alcance nacional, além de coordenar as ações dos governos subnacionais.

Nesse caso, o Ministério da Saúde tem autonomia para decidir sobre políticas de saúde em todas as esferas.

Nesse quadro institucional em que os recursos financeiros e normativos se concentram na esfera nacional, questionamos se haveria uma atuação proativa dos legisladores estaduais na área de saúde, visto que os incentivos da legislação nacional são voltados para a adesão das esferas locais aos programas criados pelo SUS. Por meio da pesquisa sobre a produção legislativa na área de saúde nos estados do Amapá, Minas Gerais e Pará verificamos que, independentemente da realidade socioeconômica dos estados existe, nas Casas Legislativas estaduais, uma dinâmica interna entre os poderes Executivo e Legislativo direcionada para produção legislativa em saúde.

No período focado, identificamos a tramitação de propostas de lei voltados para a área de saúde: 33 PLs na Assembleia Legislativa do Amapá, 71 PLs na Assembleia Legislativa do Pará e 405 PLs na Assembleia Legislativa de Minas Gerais. Constatamos que, nos três estados, existe uma atuação semelhante a dos legisladores nacionais, quanto à iniciativa de projetos de lei, ainda que no estado de Minas Gerais a atuação dos deputados seja mais acentuada. Constatamos que a ALMG se apresenta como uma Casa forte frente ao executivo, em comparação com as demais Assembleias Legislativas. Os Executivos estaduais requisitam mais urgência para suas propostas, mas no caso de Minas Gerais não existe tramitação em menos de um mês, no período analisado por esta pesquisa.

Em relação à situação final, as propostas apresentadas pelas duas esferas de poder do estado do Amapá foram aprovadas de forma equilibrada, em comparação aos dois outros estados analisados. No caso de Minas Gerais os dados apontam que o Executivo apresentou, proporcionalmente, mais propostas de lei e obteve um resultado significativo de aprovação dessas proposições. Da mesma forma, no estado do Pará, o governador foi mais bem-sucedido, quando comparado com os parlamentares, no que se refere a aprovação de projetos de lei de sua iniciativa no âmbito da saúde. Sobre o volume das reprovações, entre os três estados, o Pará apresentou a maior taxa se comparado aos estados do Amapá e Minas Gerais.

Os resultados da pesquisa corroboram o que a literatura de Ciência Política vem demonstrando sobre a variação de perfis de produção legislativa e relações entre os poderes Executivo e Legislativo no plano estadual. Além das dinâmicas características de cada contexto político desenhado pelos mandatos eleitorais podemos observar que em contextos institucionais em que as práticas legislativas tem maiores recursos para aproximá-las da vigilância dos cidadãos os deputados tem maiores incentivos para se manterem proativos na produção legislativa. Contudo, vale observar também que estudos qualitativos evidenciam melhor a atuação substantiva dos deputados, especialmente em termos de produção de legislação para área de saúde onde a esfera federal centraliza as ações decisivas dessa política pública, nos levando a questionar sobre o real teor das propostas aprovadas nas Assembleias estaduais, o que pode abrir uma nova agenda de pesquisa.

Referências

- ABRANCHES, Sérgio. Presidencialismo de coalizão: o dilema institucional brasileiro. **Dados**, 31, n. 1, p. 5-38, 1988.
- ABRUCIO, Fernando Luiz. **Os barões da federação: os governadores e a redemocratização brasileira**. São Paulo: Editora Hucitec, 2002.
- ALMEIDA, Maria Hermínia Tavares de. A política social no governo Lula. **Novos Estudos CEBRAP**, v. 70, p. 7-17, 2004.
- ALMEIDA JÚNIOR, João Cauby de. Arenas de produção de políticas públicas: a nova política nacional de saúde mental. **Revista Direito GV**, v. 9, n. 2, p. 659-680, 2013.
- AMAPÁ. [Regimento Interno (2006)]. **Regimento Interno da Assembleia Legislativa do Estado do Amapá**. Atualizado até a Resolução nº 0191, de 03 de outubro de 2017. Macapá: Assembleia Legislativa do Estado do Amapá, 2017.
- AMORIM NETO, Octávio; SANTOS, Fabiano. A produção legislativa do Congresso: entre a paróquia e a nação. In: VIANNA, Luiz Werneck (Org.). **A democracia e os três poderes no Brasil**. Belo Horizonte/Rio de Janeiro: Editora da UFMG/IUPERJ, 2002. p. 91-139.
- ANASTASIA, Fátima. Federação e relações intergovernamentais. In: AVELAR, Lúcia e CINTRA, Antônio Octávio (Org.). **Sistema Político Brasileiro: uma introdução**. Rio de Janeiro/São Paulo: Fundação Konrad Adenauer/Editora Unesp, 2007. p. 185-204.
- ANASTASIA, Fátima; CORREA, Izabela; NUNES, Felipe. Caminhos, veredas e atalhos: legislativos estaduais e trajetórias políticas. In: MENEGUELLO, Rachel (Org.). **O Legislativo brasileiro: funcionamento, composição e opinião pública**. Brasília: Senado Federal, Secretaria Especial de Comunicação Social, 2012. p. 95-120.
- ARAÚJO, Suely Mara Vaz Guimarães de; SILVA, Rafael Silveira. Titulares da agenda e carreiras políticas. **Revista Brasileira de Ciência Política**, n. 10, p. 285-311, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-33522013000100009&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 14 ago. 2020.
- ARRETCHE, Marta. **Democracia, federalismo e centralização no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FGV/Editora Fiocruz, 2012.
- ARRETCHE, Marta; MARQUES, Eduardo. Condicionantes locais da descentralização das políticas de saúde. In: HOCHMAN, Gilberto; ARRETCHE, Marta, MARQUES, Eduardo (Org.). **Políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007. p. 173-204.
- ARRETCHE, Marta; VAZQUEZ, Daniel; GOMES, Sandra. Descentralização e autonomia: deslocando os termos do debate. In: LAVALLE, Adrian Gurza. (Org.). **O Horizonte da política: questões emergentes e agendas de pesquisa**. São Paulo: Editora Unesp/Cebrap/CEM, 2012. p. 29-62.
- BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria. Análise da produção legislativa em saúde no Congresso Nacional brasileiro (1990-2006). **Cadernos de Saúde Pública**, 26, n. 1, p. 97-109, 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2010000100011&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em : 15 ago. 2020.
- BRAGA, Sérgio Soares. Podem as novas tecnologias de informação e comunicação auxiliar na consolidação das democracias? Um estudo sobre a informatização dos órgãos legislativos na América do Sul. **Opinião Pública**, v. 13, n. 1, p. 1-50, 2007. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-62762007000100001&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 15 ago. 2020.
- BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2020]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 7 dez. 2020.

BRASIL. [Lei nº 8.080 (1990)]. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Brasília, DF: Presidência da República, [2020]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 7 dez. 2020.

CARNEIRO, André Correa de Sá. Legislação Simbólica e poder de apreciação conclusiva no Congresso Nacional. In: NICOLAU, Jairo e BRAGA, Ricardo de João (Org.). **Para além das urnas: reflexões sobre a Câmara dos Deputados**. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2011. p. 177-205.

CAVALCANTE FILHO, João Trindade. Limites da iniciativa parlamentar sobre políticas públicas: uma proposta de releitura do art. 61, § 1º, II, e, da Constituição Federal. In: **Textos para Discussão**. Brasília: Núcleos de estudos e pesquisa do Senado, Consultoria Legislativa, 2013.

CORREA, Roberto R.; BARROS, Elizabeth B.; SOUZA, Carlos Augusto S. O jogo político e a produção legislativa da ALEPA na 16ª legislatura (2007-2010). In: GRILL, Igor Gastal; SANTOS, André Marengo dos, *et al* (Org.). **Peças e engrenagens dos jogos políticos no Brasil**. São Leopoldo/São Luís: Oikos/EDUFMA, 2012.

COSTA, Valeriano. Federalismo. In: AVELAR, Lúcia e CINTRA, Antônio Octávio (Org.). **Sistema político brasileiro: uma introdução**. Rio de Janeiro/São Paulo: Fundação Konrad Adenauer/Editora Unesp, 2004. p. 211-223.

CRUZ, Marcia R. As alterações do Legislativo nos projetos de lei do Executivo e o papel dos relatores neste processo. In: NICOLAU, Jairo e BRAGA, Ricardo de João (Org.). **Para além das urnas: reflexões sobre a Câmara dos Deputados**. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2011.

FAGNANI, Eduardo. A política social do Governo Lula (2003-2010): perspectiva histórica. **Ser Social**, v. 13, n. 28, p. 41-80, 2011.

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

FIGUEIREDO, Argelina Cheibub; LIMONGI, Fernando. Mudança constitucional, desempenho do Legislativo e consolidação institucional. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, 10, n. 29, p. 175-200, 2012.

FORTES, Fátima Beatriz. A emenda constitucional n. 29 de 2000 e os governos estaduais. **Lua Nova**, n. 87, p. 167-202, 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-64452012000300008&script=sci_abstract&tlng=es. Acesso em: 15 ago. 2020

FUKS, Mário; FIALHO, Fabício Mendes. Mudança institucional e atitudes políticas: a imagem pública da Assembleia Legislativa de Minas Gerais (1993-2006). **Opinião Pública**, v. 15, n. 1, p. 82-106, 2009. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-62762009000100004. Acesso em: 15 ago. 2020.

GOMES, Fábio de Barros Correia; CARVALHO, Eduardo Lopes de; REIS, Rodolfo. Projetos de lei ordinária apresentados na câmara dos deputados entre 1999 e 2006: tramitação geral e dos relacionados à saúde. **E-Legis**, v. 2, n. 2, p. 32-44, 2009. Disponível em: <http://e-legis.camara.leg.br/cefor/index.php/e-legis/article/view/10>. Acesso em: 14 ago. 2020.

IMMERGUT, Ellen. M. As regras do jogo: a lógica da política de saúde na França, na Suíça e na Suécia. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 30, n. 11, p. 139-163, 1996.

LIMA, Eduardo Martins de. O “ultrapresidencialismo estadual” no contexto das relações entre executivo e legislativo em Minas Gerais. **Revista do Legislativo**, n. 39, p. 46-57, 2005.

LOVAGLIO, Silvia Maria. **Representatividade e desempenho parlamentar: Um estudo qualitativo sobre as proposições legislativas tramitadas na Comissão de Educação, Cultura e Saúde da Assembleia Legislativa do estado do Pará, entre os anos de 2005-2012**. 2013. 147 f. (Dissertação de Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Ciência Política, Universidade Federal do Pará, Belém, PA.

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

MINAS GERAIS. [Regimento Interno (1997)]. **Regimento Interno da Assembleia Legislativa do Estado de Minas Gerais**. Atualizado até a Resolução nº 5.522, de 2018. Belo Horizonte: Assembleia Legislativa do Estado de Minas Gerais, 2019.

MONTEIRO NETO, Aristides (Org.). **Governos estaduais no federalismo brasileiro: capacidades e limitações governativas em debate**. Brasília: Ipea, 2014.

MONTESQUIEU. **O espírito das leis**. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

MÜLLER, Gustavo. Representação política: neoinstitucionalismo em perspectiva comparada. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 24, n. 69, p. 115-127, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbcsoc/v24n69/08.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2020.

NUNES, Felipe. Os determinantes dos resultados de soma positiva em Minas Gerais e no Rio Grande do Sul. **Revista de Sociologia e Política**, v. 21, n. 47, p. 91-112, 2013. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-44782013000300008&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 15 ago. 2020.

PARÁ. [Regimento Interno (1994)]. **Regimento Interno da Assembleia Legislativa do Estado do Pará**. Resolução nº 02 de 1994. Revisto e atualizado até 2019. Belém: Assembleia Legislativa do Estado do Pará, 2019.

PESSANHA, Chales. O poder Executivo e processo Legislativo nas instituições Brasileiras. *In*: VIANNA, Luiz. Werneck. (Org.). **A democracia e os três poderes no Brasil**. Belo Horizonte/Rio de Janeiro: Editora da UFMG/IUPERJ, 2002.

RAUPP, Fabiano Maury; PINHO, José Antonio Gomes de. Construindo a accountability em portais eletrônicos de câmaras municipais: um estudo de caso em Santa Catarina. **Cadernos EBAPE.BR**, v. 9, n. 1, p. 116-138, 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1679-39512011000100008&script=sci_arttext. Acesso em: 15 ago. 2020.

RICCI, Paolo; TOMIO, Fabricio. O poder da caneta: a Medida Provisória no processo legislativo estadual. **Opinião pública**, v. 18, n. 2, p. 255-277, 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-62762012000200001&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 15 ago. 2020.

SABBAG, Gustavo Reis. Características da produção legislativa da Câmara dos Deputados de 2007 A 2010. **E-Legis**, v. 10, n. 22, p. 7-24, 2017. Disponível em <http://e-legis.camara.leg.br/cefor/index.php/e-legis/article/view/300>. Acesso em: 14 ago. 2020.

SANTOS, Fabiano. Partidos e comissões no presidencialismo de coalizão. **Dados**, v. 45, n. 2, p. 237-264, 2002. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0011-52582002000200003&script=sci_arttext. Acesso em: 15 ago. 2020.

SILVA, Maria Dolores; FAVACHO, Dalton; MORBACH, Maria Conceição. O governo do PT no Pará e sua relação com a Assembleia Legislativa. *In*: GRILL, Igor Gastal; SANTOS, André Marengo dos., *et al* (Org.). **Peças e engrenagens dos jogos políticos no Brasil**. São Leopoldo/São Luís: Oikos/EDUFMA, 2012.

SOUZA, C. Estado da arte da pesquisa em políticas públicas. *In*: HOCHMAN, Gilberto.; ARRETCHE, Marta, *et al* (Org.). **Políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007. p. 65-86.

SOUZA, Celina. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, n. 16, p. 20-45, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-45222006000200003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 14 ago. 2020.

SOUZA, Celina. Federalismo, desenho contitucional e instituições federativas no Brasil pós-1988. **Revista de Sociologia e Política**, n. 24, p. 105-121, 2005. Disponível em:

https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-44782005000100008&script=sci_arttext. Acesso em: 15 ago. 2020.

TOMIO, Fabrício Ricardo de Limas; RICCI, Paolo. O governo estadual na experiência política brasileira: os desempenhos legislativos das assembleias estaduais. **Revista de Sociologia e Política**, v. 20, n. 41, p. 193-217, 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-62762012000200001&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 15 ago. 2020.

VIEIRA, Fernando Sabóia. Poderes e atribuições do presidente da Câmara dos Deputados no processo decisório legislativo. *In*: NICOLAU, Jairo. e BRAGA, Ricardo de João (Org.). **Para além das urnas**: reflexões sobre a Câmara dos Deputados. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2011.

Artigo submetido em: 2020-10-14

Artigo reapresentado em: 2020-12-07

Artigo aceito em: 2021-02-01