

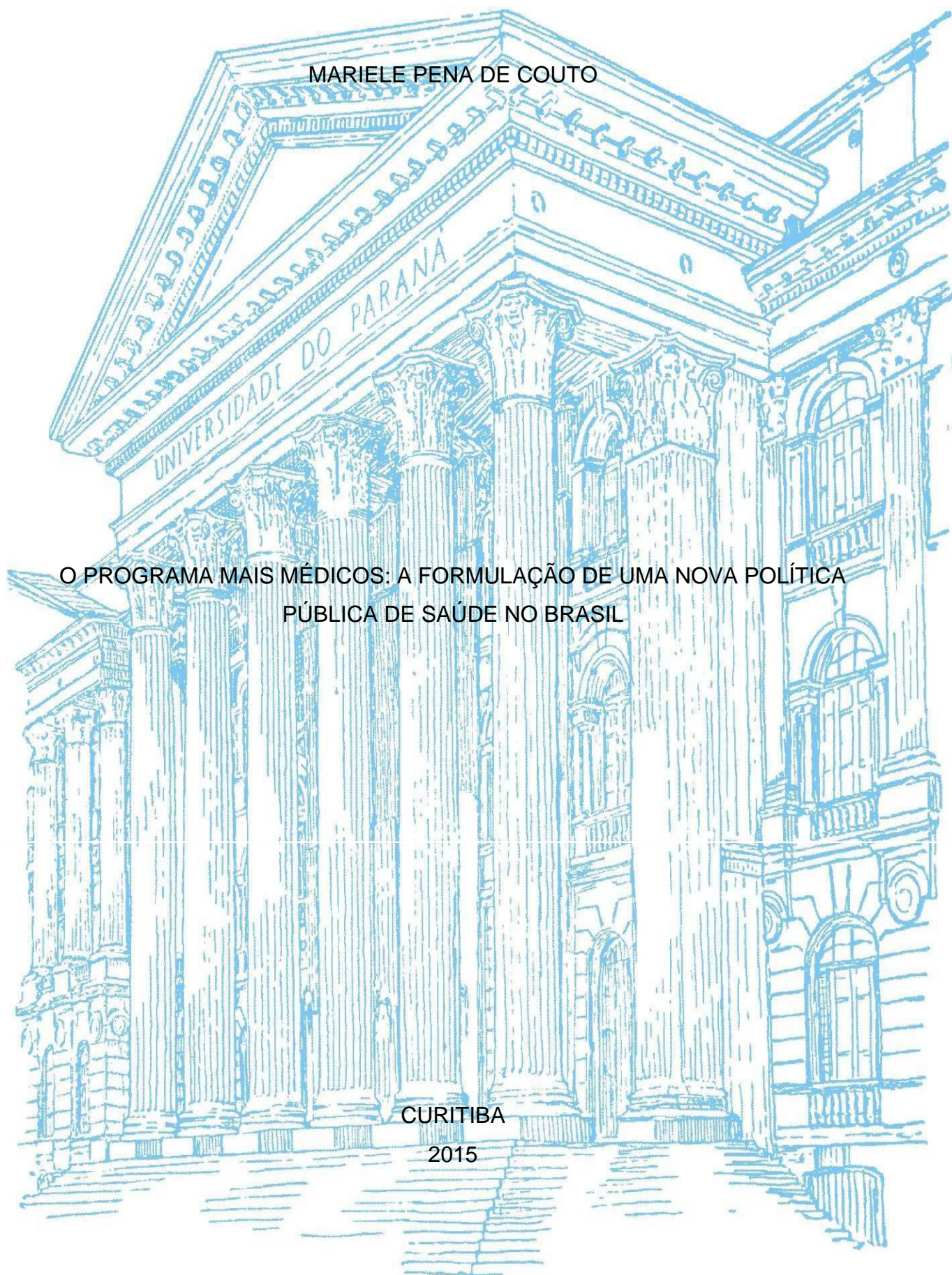
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

MARIELE PENA DE COUTO

O PROGRAMA MAIS MÉDICOS: A FORMULAÇÃO DE UMA NOVA POLÍTICA  
PÚBLICA DE SAÚDE NO BRASIL

CURITIBA

2015



MARIELE PENA DE COUTO

O PROGRAMA MAIS MÉDICOS: A FORMULAÇÃO DE UMA NOVA POLÍTICA  
PÚBLICA DE SAÚDE NO BRASIL

Dissertação apresentada como requisito parcial  
à obtenção do grau de Mestre em Políticas  
Públicas, no Curso de Pós-Graduação em  
Políticas Públicas, Setor de Ciências Sociais  
Aplicadas, Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Profa. Dra. Eneida Desiree  
Salgado

Coorientador: Prof. Dr. Alessandro Eugênio  
Pereira

CURITIBA

2015

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ. SISTEMA DE BIBLIOTECAS.  
CATALOGAÇÃO NA FONTE

Couto, Mariele Pena de.

O Programa Mais Médicos: a formulação de uma nova política pública de saúde no Brasil / Mariele Pena de Couto. - 2015.  
198f.

Orientadora: Eneida Desiree Salgado.

Coorientador: Alexsandro Eugênio Pereira

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Paraná, Setor de Ciências Sociais Aplicadas, Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas.

Defesa: Curitiba, 2015.

1. Programa Mais Médicos (Brasil). 2. Saúde pública - Brasil. 3. Política de saúde - Brasil. I. Salgado, Eneida Desirée. II. Pereira, Alexsandro Eugênio. III. Universidade Federal do Paraná. Setor de Ciências Sociais Aplicadas. Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas. IV. Título.

CDD 362.10981

## ATA

Os membros da Comissão Examinadora designados pelo Colegiado do PPPP – Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Paraná aprovaram a dissertação de Mestrado com o título "**O Programa Mais Médicos: A Formulação de uma Nova Política Pública de Saúde no Brasil**", apresentada pela mestranda **MARIELE PENA DE COUTO**, no dia 25 de fevereiro de 2015.


Seguem, em anexo, os pareceres dos integrantes da Comissão.

Curitiba, 25 de fevereiro de 2015



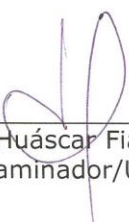
---

Prof.ª Dr.ª Eneida Desiree Salgado  
Presidente/Orientadora/UFPR




---

Prof. Dr. Alexandro Eugenio Pereira  
Co-orientador/UFPR



---

Prof. Dr. Huáscar Fialho Pessali  
Examinador/UFPR



---

Prof. Dr. Emerson Gabardo  
Examinador/PUC-PR

Aos meus pais, Expedito e Maria, porque me ensinaram que a fé, a paciência, a disciplina e a persistência podem tudo transformar.

À minha alma gêmea, J. N. Balbino, pelo exemplo de dedicação e entrega diária a todos os nossos projetos pessoais e profissionais. Pela parceria perfeita que torna possível transformar sonhos em realidade.

Aos demais membros do meu núcleo familiar que suportaram meus longos períodos de ausências por compreenderem a importância dessa conquista.

#### Agradeço

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da UFPR pelos ensinamentos transmitidos.

Aos professores Dr. Huáscar Fialho Pessali e Dr. Emerson Gabardo pela análise meticulosa do projeto de qualificação e pelas sugestões que me apresentaram novos desafios, que espero ter superado.

À orientadora professora Dra. Eneida Desiree Salgado e ao coorientador professor Dr. Alexandro Eugênio Pereira. Sou grata por me tornarem uma pessoa melhor e pelo exemplo de genialidade. Sem a participação e o apoio indispensável e solidário de ambos, este estudo não seria realizado e minha formação, inclusive pessoal, não teria sido a mesma.

## RESUMO

O Programa Mais Médicos adentrou a agenda governamental de saúde em resposta a um período de intensas disputas e conflitos sociais, com a finalidade de ampliar o acesso social aos serviços públicos de saúde, mediante a contratação de mais médicos, inclusive por intermédio de convênios internacionais. Este trabalho objetiva resgatar o processo de formulação deste programa, iniciado a partir das Manifestações de Junho de 2013, pois foi a partir deste episódio que a Presidente Dilma Rousseff promulgou Medida Provisória n.º 621/2013, instituidora do Programa Mais Médicos. Esta norma foi submetida à análise do Poder Legislativo por meio do Projeto de Lei de Conversão n.º 26/2013-CN que culminou na edição da Lei Federal n.º 12.871/2013, sendo relevante compreender os fluxos político, de problemas e de soluções formadores desta agenda política. Este processo é estudado pela perspectiva do Modelo de Múltiplos Fluxos, desenvolvido por John Kingdon, cuja atualidade do tema permite identificar a perenidade da agenda governamental de saúde, analisada por meio de pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva, por permitir identificar a atuação dos diversos atores para a formulação deste programa de saúde. A coleta de dados pautou-se em pesquisa documental, tais como documentos oficiais expedidos por órgãos públicos diretamente ligados à regulamentação da saúde pública, além de dados secundários provenientes de artigos, livros, *sites* eletrônicos, entre outros. O resultado obtido consiste na reestruturação da agenda política governamental de saúde, que culminou na formulação do Programa Mais Médicos, por meio da identificação dos atores envolvidos, seus interesses e estratégias destinadas tanto à formulação da agenda quanto à tomada de decisão pelas instâncias políticas da Administração Pública, com ênfase nos embates travados entre os Poderes Executivo e Legislativo na fase pré-decisória.

Palavras-chave: Políticas Públicas. Agenda Governamental. Saúde Coletiva. Programa Mais Médicos. Política Regulatória.

## ABSTRACT

The “Mais Médicos” (More Doctors) Program has entered the government healthy agenda in response to a period of intense disputes and social conflicts. It has the purpose of increasing the social access to healthy public services by hiring more doctors through international according. This work aims to bring through the formulation process of this program, which started in June 2013 with Manifestations that led President Dilma Rousseff to enact provisional measure number 621/2013 establishing the Mais Médicos Program. The rule was submitted by legislative analysis, assured by Conversion Act number 26/2013-CN that culminate in the issue of Federal Law number 12.871/2013, as being relevant to understand the political stream, problems and solutions which has formed this political agenda. This process was studied from the perspective of the Multiple Stream Model developed by John Kingdon. The actuality of this theme allows the recognition of the continuity of the healthy Government agenda analyzed through qualitative, exploratory and descriptive research by admitting to identify the activities of the various actors in the formulation of this healthy program. The data collection has been done in documentary research as official documents issued by public agencies directly linked to public health regulations and as secondary data from articles, books, websites, and others. The result obtained is the restructuring of government health policy agenda, which culminated in the formulation of Mais Médicos Program through the identification of its actors involved, their interests and strategies aimed at both formulation of the agenda and the decision by the political bodies of public administration, emphasizing on the differ between the Executive and legislative branches in the prior decision phase.

Keywords: Public Policy. Government Agenda. Healthy Collective. Mais Médicos Program. Regulatory Policy.



## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1	–	MODELO DE MÚLTIPLOS FLUXOS.....	24
FIGURA 2	–	FLUXO DE PROBLEMAS NA SAÚDE PÚBLICA.....	52
FIGURA 3	–	FLUXO DE SOLUÇÕES PARA A SAÚDE PÚBLICA.....	80
FIGURA 4	–	FLUXO DOS GRUPOS PARA A FORMULAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS.....	112
FIGURA 5	–	FLUXO POLÍTICO NO PROGRAMA MAIS MÉDICOS.....	123

## LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1	– PROPOSIÇÕES DE EMENDAS: ÁREAS POR UNIDADE FEDERATIVA (UF).....	89
GRÁFICO 2	– PROPOSIÇÕES DE EMENDAS: ÁREAS POR PARTIDO POLÍTICO.....	92
GRÁFICO 3	– SITUAÇÃO DAS PROPOSIÇÕES DE EMENDAS POR ÁREA.....	95
GRÁFICO 4	– SITUAÇÃO DAS PROPOSIÇÕES DE EMENDAS POR DISPOSITIVO.....	98
GRÁFICO 5	– SITUAÇÃO DAS PROPOSIÇÕES DE EMENDAS POR PARTIDO POLÍTICO.....	100
GRÁFICO 6	– PROPOSIÇÕES DE EMENDAS DOS PARTIDOS POLÍTICOS POR DISPOSITIVOS.....	102
GRÁFICO 7	– IDENTIFICAÇÃO DOS GRUPOS DE INTERESSES FORMADOS ENTRE OS PARTIDOS POLÍTICOS.....	114
GRÁFICO 8	– INFLUÊNCIA DOS GRUPOS DE INTERESSES NA PROPOSIÇÃO DE EMENDAS: ÁREAS POR PARTIDO POLÍTICO.....	117
GRÁFICO 9	– INFLUÊNCIAS DOS GRUPOS DE INTERESSE: SITUAÇÃO DAS PROPOSIÇÕES DE EMENDAS POR ÁREA.....	119
GRÁFICO 10	– INFLUÊNCIAS DOS GRUPOS DE INTERESSE: PROPOSIÇÃO DE EMENDAS POR DISPOSITIVO.....	121

## LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – QUADRO SINÓTICO EVOLUTIVO DA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA.....	45
-----------------------------------------------------------------------	----

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – QUANTITATIVO DE MÉDICO POR HABITANTE POR UF REFERENTE AO ANO DE 2012.....	62
TABELA 2 – EVOLUÇÃO DO QUANTITATIVO MÉDICO POR MIL HABITANTES.....	63

## LISTA DE SIGLAS

AB	-	Atendimento básico de saúde
ABEM	-	Associação Brasileira de Educação Médica
ADI	-	Ação Direta de Inconstitucionalidade
AGU	-	Advocacia Geral da União
AMBR	-	Associação Médica Brasileira
AMN-MF	-	Associação Médica Nacional Dra. Maíra Fachini
AMPASA	-	Associação Nacional do Ministério Público de Defesa da Saúde
CAPES	-	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CFM	-	Conselho Federal de Medicina
CNS	-	Conselho Nacional de Saúde
CNTU	-	Confederação Nacional dos Trabalhadores Liberais Universitários Regulamentados
CONASEMS	-	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONNECTAS	-	Organização Não Governamental em Defesa dos Direitos Humanos; Associação Ordem dos Bacharéis do Brasil
CRFB/1988	-	Constituição da República Federativa do Brasil de 1988
CUT	-	Confederação Única dos Trabalhadores
DEM	-	Democratas
ESF	-	Estratégia Saúde da Família
FENAM	-	Federação Nacional dos Médicos
FIES	-	Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior
FNP	-	Frente Nacional de Prefeitos
IAPS	-	Instituto de Aposentadorias e Pensões
IBGE	-	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	-	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INPS	-	Instituto Nacional de Previdência Social
IPEA	-	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LOPS	-	Lei Orgânica da Previdência Social
LOS	-	Leis Orgânicas de Saúde
MEC	-	Ministério da Educação
MPV	-	Medida Provisória
MS	-	Ministério da Saúde
OAB	-	Ordem dos Advogados do Brasil
OCDE	-	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OMS	-	Organização Mundial da Saúde
PACS	-	Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)

PCdoB	-	Partido Comunista do Brasil
PDT	-	Partido Democrático Trabalhista
PEN	-	Partido Ecológico Nacional
PLV	-	Projeto de Lei de Conversão
PMDB	-	Partido do Movimento Democrático do Brasil
PNS	-	Plano Nacional de Saúde
PP	-	Partido Progressista
PPS	-	Partido Popular Socialista
PR	-	Partido da República
PRB	-	Partido Republicano Brasileiro
PSC	-	Partido Social Cristão
PSD	-	Partido Social Democrático
PSDB	-	Partido da Social Democracia Brasileira
PT	-	Partido dos Trabalhadores
PTB	-	Partido Trabalhista Brasileiro
PV	-	Partido Verde
RAS	-	Rede de Atenção à Saúde
SciELO	-	<i>Scientific Eletronic Library Online</i>
STF	-	Supremo Tribunal Federal
SUDS	-	Sistema Único Descentralizado de Saúde
SUS	-	Sistema Único de Saúde
TCU	-	Tribunal de Contas da União
UF	-	Unidade Federativa

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>18</b>
<b>2 O MODELO DE MÚLTIPLOS FLUXOS COMO INSTRUMENTAL PARA ANÁLISE DA FORMULAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS .....</b>	<b>21</b>
2.1 COMPREENDENDO O FLUXO DE PROBLEMAS ( <i>PROBLEM STREAM</i> )	24
2.2 COMPREENDENDO O FLUXO DE ALTERNATIVAS OU SOLUÇÕES ( <i>POLICY STREAM</i> ).....	25
2.3 COMPREENDENDO O FLUXO DE POLÍTICA ( <i>POLITICAL STREAM</i> ) ....	28
2.4 COMPREENDENDO OS PARTICIPANTES ATIVOS E O ACOPLAMENTO DOS FLUXOS ( <i>COUPLING</i> ) .....	31
<b>3 O FLUXO DE PROBLEMAS (<i>PROBLEM STREAM</i>) DA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA .....</b>	<b>37</b>
3.1 A POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO BRASIL .....	40
3.2 LIMITAÇÕES À ANÁLISE DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE .....	46
3.3 AS MOBILIZAÇÕES SOCIAIS E PERENIDADE DA AGENDA DE REGULAMENTAÇÃO DA SAÚDE .....	48
<b>4 A ARTICULAÇÃO DO FLUXO DE SOLUÇÕES (<i>POLICY STREAM</i>) PELOS PODERES EXECUTIVO E LEGISLATIVO PARA A SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA .....</b>	<b>53</b>
4.1 ALTERNATIVAS E SOLUÇÕES APRESENTADAS NA EIM Nº 24/2013-MS-MEC-MP .....	57
4.2 A DINÂMICA EXERCIDA PELO PODER EXECUTIVO .....	70
4.3 A DINÂMICA POLÍTICA EXERCIDA PELO CONGRESSO NACIONAL ....	75
<b>5 O FLUXO DE POLÍTICA (<i>POLITICAL STREAM</i>) E A TRAMITAÇÃO DAS PROPOSIÇÕES DE EMENDAS PARLAMENTARES.....</b>	<b>81</b>
5.1 AS PROPOSIÇÕES DE EMENDAS APRESENTADAS AO PLV N.º 26/2013-CN .....	84

5.2 A INFLUÊNCIA EXERCIDA SOBRE A AGENDA PELOS GRUPOS DE INTERESSE, GRUPOS DE PRESSÃO, <i>LOBBIES</i> E PARTIDOS POLÍTICOS .....	104
5.3 A ATUAÇÃO DOS PARLAMENTARES PERTENCENTES A GRUPOS DE INTERESSES PARA A CONVERGÊNCIA DOS FLUXOS.....	113
<b>6 A JANELA DE OPORTUNIDADES (<i>POLICY WINDOW</i>) E O ACOPLAMENTO DOS FLUXOS (<i>COUPLING</i>): A FORMULAÇÃO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS .....</b>	<b>124</b>
6.1 O PARECER EXARADO PELA COMISSÃO MISTA DO CONGRESSO NACIONAL.....	127
6.2 OS VOTOS EM SEPARADO APRESENTADOS À COMISSÃO MISTA DO PLV N.º 26/2013-CN .....	136
6.3 INCONGRUÊNCIAS ENCONTRADAS NO PLV N.º 26/2013-CN.....	140
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>150</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>157</b>
<b>APÊNDICE A – PROPOSIÇÕES DE EMENDAS: ÁREAS POR UNIDADE FEDERATIVA (UF) .....</b>	<b>169</b>
<b>APÊNDICE B – PROPOSIÇÕES DE EMENDAS: ÁREAS POR PARTIDO POLÍTICO .....</b>	<b>170</b>
<b>APÊNDICE C – SITUAÇÃO DAS PROPOSIÇÕES DE EMENDAS POR ÁREA .....</b>	<b>170</b>
<b>APÊNDICE D – SITUAÇÃO DAS PROPOSIÇÕES DE EMENDAS POR DISPOSITIVO .....</b>	<b>171</b>
<b>APÊNDICE E – SITUAÇÃO DAS PROPOSIÇÕES DE EMENDAS POR PARTIDO POLÍTICO .....</b>	<b>172</b>
<b>APÊNDICE F – PROPOSIÇÕES DE EMENDAS DOS PARTIDOS POLÍTICOS POR DISPOSITIVOS .....</b>	<b>173</b>
<b>APÊNDICE G – PROPOSIÇÕES DE EMENDAS ACOLHIDAS DOS PARTIDOS POLÍTICOS POR DISPOSITIVOS.....</b>	<b>174</b>



<b>APÊNDICE H – PROPOSIÇÕES DE EMENDAS REJEITADAS DOS PARTIDOS POLÍTICOS POR DISPOSITIVOS.....</b>	<b>175</b>
<b>APÊNDICE I – GRUPOS DE PROPOSIÇÃO DE EMENDAS INDÊNTICAS OU SIMILARES.....</b>	<b>176</b>
<b>APÊNDICE J – RELAÇÃO ENTRE GRUPOS PARA PROPOSIÇÕES DE EMENDAS COM SIMILARIDADE NAS JUSTIFICATIVAS.....</b>	<b>180</b>
<b>APÊNDICE K – FORÇA DE RELAÇÃO ENTRE PARTIDOS .....</b>	<b>180</b>
<b>APÊNDICE L – FORÇA DE RELAÇÃO ENTRE PARLAMENTARES.....</b>	<b>181</b>
<b>APÊNDICE M – INFLUÊNCIA DOS GRUPOS DE INTERESSES NA PROPOSIÇÃO DE EMENDAS: ÁREAS POR PARTIDO POLÍTICO.....</b>	<b>183</b>
<b>APÊNDICE N – INFLUÊNCIAS DOS GRUPOS DE INTERESSE: SITUAÇÃO DAS PROPOSIÇÕES DE EMENDAS POR ÁREA.....</b>	<b>183</b>
<b>APÊNDICE O – INFLUÊNCIAS DOS GRUPOS DE INTERESSES: PROPOSIÇÃO DE EMENDAS POR DISPOSITIVO.....</b>	<b>184</b>
<b>APÊNDICE P – CLASSIFICAÇÃO DAS EMENDAS POR GRUPO, SITUAÇÃO PARTIDO E PARLAMENTAR .....</b>	<b>185</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A saúde pública brasileira sempre se posicionou na periferia dos temas recorrentes no cenário nacional, seja no que tange à formulação e implementação de ações destinadas a atender aos direitos sociais, seja no que concerne aos recursos públicos direcionados para tal finalidade.

Todavia, desde a promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CFRB/1988), que ampliou o conceito de saúde e determinou a universalização do atendimento, o sistema de saúde vem passando por um processo de reformas que pode ser analisado a partir da formulação do Programa Mais Médicos.

O referido Programa visa solucionar o problema de defasagem de pessoal na área médica, bem como objetiva ampliar do atendimento básico de saúde (AB), se voltando, especialmente, às periferias – consideradas regiões prioritárias para o Sistema Único de Saúde (SUS) – em contraposição às ações desenvolvidas até então, cujo foco estava voltado aos centros urbanos em detrimento das sociedades estabelecidas em lugares remotos (BRASIL, 2013a).

Este estudo volta-se à fase pré-decisória da formulação de um programa público de saúde e está estruturado com base no Modelo de Múltiplos Fluxos, desenvolvido por John Kingdon (2013).

Parte-se do pressuposto que a gestão da saúde pública no Brasil é um problema crônico que se arrasta por décadas, principalmente se observado pelo viés da escassez profissional e da desigualdade na distribuição de médicos no país. Para suprir esta carência profissional, revelada como uma necessidade inadiável da sociedade brasileira, o governo federal desenvolveu ações conjuntas entre os Ministérios da Saúde, da Educação e do Planejamento voltadas a realizar medidas indutoras, tais como a ampliação da oferta de vagas para ingresso na graduação nos cursos de medicina, bem como ações regulatórias da educação superior nesta área.

Estas ações voltam-se diretamente às regiões consideradas prioritárias, como aquelas que apresentem vulnerabilidade social, fornecendo cursos de especialização aos profissionais, inclusive formados no exterior,

dispostos a realizar suas atividades nestas regiões (PADILHA; OLIVA; BELCHIOR, 2013).

A alternativa eleita para ampliar o número de profissionais médicos para atendimento junto ao SUS consiste no estabelecimento de novos parâmetros para a formação médica no país. Esta prática se dará com a readequação da grade curricular dos cursos de medicina, exigindo a prestação de serviço obrigatório pelos docentes, junto à Assistência Básica de Saúde, durante o período de graduação pelo prazo mínimo de 02 (dois) anos. A implantação deste programa será progressiva, até o dia 31 de dezembro de 2018 (BRASIL, 2013a).

Ao mesmo tempo, para suprir com urgência a carência médica nas regiões consideradas prioritárias para o SUS, como aquelas que apresentam vulnerabilidade social, instituiu-se o Projeto Mais Médicos para o Brasil. Este projeto destina-se a ofertar cursos de aperfeiçoamento na área de atenção básica de saúde aos médicos formados em instituição de educação superior brasileira ou com diploma revalidado no país (médicos participantes) e aos médicos formados em instituição de educação superior estrangeira (médicos intercambistas), desde que desempenhem suas atividades no âmbito dos Municípios que aderiram ao Programa, com custeio pelo Governo Federal (BRASIL, 2013a).

Assim, o estudo em exame permite explorar o desenvolvimento dos arranjos políticos e operacionais para a formulação de um programa de saúde, diante da perenidade desta agenda governamental. Serão enfatizadas as proposições apresentadas pelos atores políticos que influenciaram no menu de opções políticas disponíveis para a formulação do Programa Mais Médicos, cuja remodelação desta agenda governamental perpassa os embates travados entre os Poderes Legislativo e Executivo (BRASIL, 2013b; BRASIL, 2013c).

Este estudo analisa detalhadamente o Projeto de Lei de Conversão (PLV) n.º 26/2013-CN, especialmente as proposições de emendas apresentadas pelos parlamentares (Senadores e Deputados Federais) em relação à Medida Provisória (MPV) n.º 621/2013, editada pela Presidência da República.

Objetiva-se, com isso, contribuir para o desenvolvimento de reflexões teóricas e práticas sobre as políticas públicas de saúde, tanto em relação à

reestruturação da formação médica nacional, quanto à ampliação da assistência médica à saúde pública.

O trabalho inicia-se pela delimitação dos contornos teóricos do Modelo de Múltiplos Fluxos – fluxo de problemas, fluxo de soluções e fluxo político – que empresta concretude aos debates trazidos nos capítulos seguintes.

Em seguida, são relacionados, na prática, os processos que integram cada um dos fluxos no que atine à formulação do Programa Mais Médicos. E, por conseguinte, apresenta-se o acoplamento destes fluxos que permite, não só, a composição da agenda governamental, como também a tomada de decisão pelos agentes políticos que resultou na publicação da Lei n.º 12.871/2013.

Ao final, como conclusão, apresentam-se algumas evidências derivadas da reestruturação do sistema de saúde nacional ante a formulação do Programa Mais Médicos, com destaque para as atuações desenvolvidas pelos Poderes Executivo e Legislativo voltadas à concretização do interesse público relacionado à ampliação do acesso à atenção básica de saúde nacional.

## 2 O MODELO DE MÚLTIPLOS FLUXOS COMO INSTRUMENTAL PARA ANÁLISE DA FORMULAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

O Modelo de Múltiplos Fluxos, desenvolvido por John Kingdon (2013) é um aperfeiçoamento do modelo lata de lixo (*garbage can*) apresentado por Cohen, March e Olsen, segundo os quais as soluções postas às demandas sociais são anteriores à definição de uma questão como problema (COHEN, MARCH, OLSEN, 1972).

A pesquisa desenvolvida por Kingdon (2013) foi concebida para acompanhar o desenvolvimento das políticas públicas ao longo do tempo, concentrando-se nas áreas de saúde e de transporte do governo federal dos Estados Unidos. O estudo explora a distinção entre a agenda governamental e a agenda de decisão e a diferença entre esses dois processos. O objetivo é tocar comunidades políticas inteiras e não apenas grupos isolados, como o Congresso, a presidência, a burocracia ou os *lobbies*.

As indagações centrais da pesquisa de Kingdon (2013) se voltam a analisar os principais problemas postos na ordem do dia das comunidades políticas, as principais propostas e as razões de sê-lo, bem como os motivos pelos quais alguns problemas e propostas não são considerados proeminentes. Sua finalidade é traçar a ascensão e queda de itens na agenda política e descobrir por que alguns temas recrudescem, enquanto outros desaparecem.

Com isso em mente, Kingdon (2013) apresenta seu entendimento sobre o que considera ser a formulação de políticas públicas, ou seja, um conjunto de processos compostos pela **(1)** definição da agenda; **(2)** especificação de alternativas a partir das quais as escolhas devam ser feitas; **(3)** tomada de decisão pela autoridade entre as alternativas específicas, como em uma votação legislativa ou uma decisão presidencial; **(4)** implementação da decisão. O sucesso num dos processos não implica, necessariamente, no sucesso dos demais<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> A respeito do tema, o autor sustenta que “Um item pode estar de forma proeminente na agenda, por exemplo, sem tornar-se, posteriormente, uma legislação; a passagem à agenda não garante necessariamente a aplicação de acordo com a intenção legislativa.” (KINGDON, 2013, p. 03 – tradução livre pela autora).

Kingdon (2013) aprofunda seus estudos sobre os dois primeiros processos, configuradores do estágio pré-decisório ao contemplar formação da agenda governamental (*agenda-setting*) e as alternativas para a formulação das políticas (*policy formulation*). O objetivo é evidenciar as razões pelas quais é atribuída relevância a determinadas questões que adentram a agenda de política pública e se tornam proeminentes em detrimento de outras, bem como entender o motivo de algumas alternativas serem seriamente consideradas enquanto outras são negligenciadas ou desprezadas (CAPELLA, 2006, p. 25).

O termo agenda, embora tenha muitos usos, para Kingdon (2013) é concebido como uma lista de temas ou problemas para os quais o governo e as pessoas de fora do governo, intimamente associadas com os funcionários governamentais, estão prestando a atenção em um determinado momento. O processo de definição da agenda restringe-se ao conjunto de temas e problemas concebíveis que se tornam foco de atenção destes funcionários do governo e dos atores extragovernamentais.

Nesse contexto, Kingdon (2013) busca compreender não só como a agenda é composta em qualquer momento no tempo, mas como e por que ela muda de uma hora para a outra. A agenda governamental, no que tange à lista de assuntos para a qual o governo e aqueles ao seu redor estão prestando a atenção, varia de uma parte do governo para outra, além de existirem agendas mais especializadas, como aquelas voltadas exclusivamente para a área da saúde (CAPELLA, 2006).

Kingdon (2013) também traça uma distinção entre a agenda governamental (consistente da lista de assuntos que estão recebendo atenção) e a agenda de decisão (composta pela lista de temas que exigem uma decisão ativa do governo), pois ambas são afetadas por processos diferentes. Além do conjunto de temas ou problemas que estão na ordem do dia, um conjunto de alternativas de ação governamental é seriamente considerada pelas autoridades governamentais e por aqueles intimamente associados a elas. Por exemplo, se a ampliação de acesso à assistência médica é um item em destaque na agenda, as autoridades poderiam considerar seriamente uma variedade de alternativas relacionadas a esse problema, inclusive ao estabelecer novos critérios para contratação de profissionais médicos, introduzir incentivos para que os profissionais da saúde prestem serviços junto

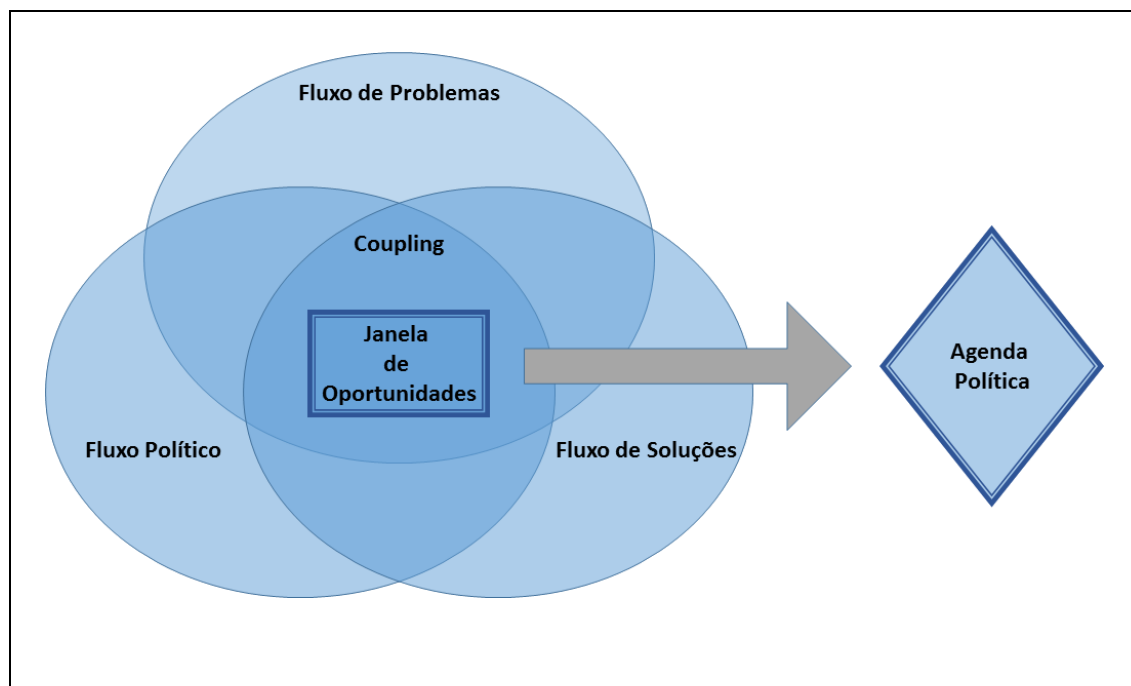
ao SUS, entre outros, capaz de instituir um sistema de medicina mais equânime e universalizado.

Assim, a geração de alternativas está mais voltada à área de atuação dos especialistas, enquanto a relevância da definição da agenda atrela-se a uma atribuição presidencial. Nesse aspecto, o chefe do Poder Executivo pode dominar as discussões que comporão a agenda. Por outro lado, os membros do Congresso Nacional possuem maior capacidade de elaborar as alternativas possíveis, reduzindo o controle presidencial sobre as alternativas consideradas pelo Poder Legislativo (CAPELLA, 2006).

Portanto, Kingdon (2013) trabalha com duas categorias de fatores que podem influenciar a definição da agenda e a especificação de alternativas: **i)** os participantes ativos (a presidência, os membros do Congresso Nacional, os burocratas do Poder Executivo e várias forças externas ao governo, como a mídia, os grupos de interesses, os partidos políticos e o público em geral), e; **ii)** os processos pelos quais os itens da agenda e as alternativas entram em destaque.

Além de buscar entender a relação estabelecida entre os participantes, é relevante compreender o processo pelo qual a agenda é definida e como são especificadas as alternativas. Este processo pode ser de três tipos: problemas (*problem*), alternativas ou soluções políticas (*policies*) e processo político (*politics*), os quais formam a estrutura de três fluxos dinâmicos: **i)** o fluxo de problemas (*problem stream*); **ii)** o fluxo de alternativas ou soluções (*policy stream*); e **iii)** o fluxo de política (*political stream*) (KINGDON, 2013), representado na Figura 1.

FIGURA 1 – MODELO DE MÚLTIPLOS FLUXOS



Fonte: A Autora (2015) com base em Kingdon (2013).

## 2.1 COMPREENDENDO O FLUXO DE PROBLEMAS (*PROBLEM STREAM*)

O problema pode decorrer de uma crise ou evento importante, bem como pela mudança de um indicador amplamente respeitado. Na saúde, um problema pode ser identificando considerando-se a questão dos custos com os cuidados médicos, a limitação orçamentária e a equidade no oferecimento dos serviços de saúde (KINGDON, 2013).

Na maioria das vezes a atenção do governo é impulsionada por indicadores, acontecimentos dramáticos ou por sugestões que apontam a necessidade de determinado tema ser abordado, cujo fluxo de problema é constituído pela distinção entre os conceitos de *situação e problema*.

As *situações* são tidas como questões cotidianamente toleradas, embora não ocupem lugar prioritário na agenda. A ocupação de um lugar de destaque ocorre quando uma *situação* passa a ser compreendida como um *problema*. Neste momento, aumenta-se a probabilidade da questão tornar-se prioridade da agenda, quando os atores envolvidos passarão a julgar pertinente de ações destinadas a alterar o curso da situação posta.



Neste fluxo, dentro do conjunto de problemas passíveis de discussão, são filtrados aqueles considerados mais relevantes num determinado período de tempo e sobre os quais as autoridades debruçarão sua atenção com a finalidade de elaborar uma lista de problemas considerados preocupantes.

Conquanto indicadores, eventos, símbolos ou *feedbacks* sinalizem as situações socialmente relevantes, esse conjunto de dados não é suficiente para elevar automaticamente a situação vivenciada à condição de um problema.

O problema é compreendido como tal em decorrência das construções sociais ou da interpretação das situações vivenciadas e consideradas importantes pelos atores relacionados à política pública. Portanto, a formulação do problema é essencial à determinação do sucesso na inclusão de uma questão na agenda política (KINGDON, 2013, p. 110).

Este quadro teórico permite perquirir, na prática, como uma determinada condição experimentada pela sociedade brasileira – referente à insuficiência de profissionais médicos para atender à demanda por assistência básica à saúde – passa a ser definida como um problema para o qual o governo voltou sua atenção, na tentativa de encontrar uma solução adequada. Este tema será aprofundado no capítulo seguinte.

Ao lado deste fluxo, mas de forma independente, posiciona-se o fluxo de alternativas e soluções (*policy stream*), adiante abordado.

## 2.2 COMPREENDENDO O FLUXO DE ALTERNATIVAS OU SOLUÇÕES (*POLICY STREAM*)

As alternativas ou soluções trazidas para a agenda governamental podem decorrer de um processo de acumulação gradual de conhecimento e de perspectivas entre os especialistas em uma determinada área política; da geração de propostas políticas por especialistas, acadêmicos, ou; de estudos que sugerem a adoção de outras práticas, até mesmo inovações tecnológicas (KINGDON, 2013).

As alternativas podem ser difundidas gradualmente entre os formuladores de políticas, mediante a constante apreciação de perspectivas

facilitadoras que podem torná-los mais receptivos a algumas propostas em detrimento de outras. Deste modo, as alternativas ou soluções consistem na formação de respostas possíveis à *situação* ou ao problema posto.

Como anteriormente referido, apenas depois de atraída a atenção dos governantes é que as *situações* passam a compor a agenda governamental. Esta translação não configura a questão automaticamente como problema, tampouco lhe concede a alternativa aplicável. Para tanto, exige-se uma sequência paulatina destinada a construir respostas possíveis à questão analisada, sendo este momento compreendido como *fluxos de alternativas e soluções*.

Diante da gama de opções disponíveis, há uma limitação à escolha do conjunto de alternativas consideradas possíveis e de onde serão derivadas as escolhas das soluções consideradas mais adequadas. Kingdon (2013) afirma que esse processo se assemelha ao processo de seleção biológica natural, porquanto as ideias<sup>2</sup> selecionadas pela comunidade de especialistas (*policy communities*<sup>3</sup>) sofrem uma depuração. Todavia, não há um consenso sobre o método de análise da situação, notadamente pela assimetria da informação.

As ideias evoluem por meio da composição de artigos científicos, da exposição e do debate entre os pares, da realização de testes científicos, entre outros. É um procedimento análogo aos organismos biológicos que permanecem e flutuam num “caldo primitivo” e eclodem em decorrência de conjunturas favoráveis associadas, como nos casos de uma mudança ou crise governamental (KINGDON, 2013).

---

<sup>2</sup> Sobre a geração de ideias, Kingdon assevera: “Os cientistas políticos estão acostumados a conceitos como poder, influência, pressão e estratégia. Se tentarmos compreender a política pública apenas em termos desses conceitos, no entanto, perdemos um grande negócio. O conteúdo das próprias ideias, longe de ser mera cortina de fumaça ou racionalização, é parte integrante da tomada de decisão realizada dentro do governo” (KINGDON, 2013, p. 125 – tradução livre pela autora), ou seja, o ponto fundamental para a disputa de poder centra-se no desenvolvimento das ideias.

<sup>3</sup> Os especialistas formam as *policy communities* em determinada área da política, tais como saúde, meio ambiente, entre outros e esta área pode ser constituída e atuar de forma dispersa tanto no âmbito interno quanto externo do governo. Essa fragmentação organizacional dos especialistas acaba sendo refletida na política pública, desmembrando-a, mormente em decorrência da assimetria das informações que circundam este ambiente. Kingdon assevera que: “A primeira consequência da fragmentação do sistema é a fragmentação política. A mão esquerda não sabe o que a mão direita está fazendo e, às vezes, o resultado decorrente da atuação da mão esquerda pode afetar profundamente a mão direita, sem que ninguém veja as implicações” (KINGDON, 2013, p. 119 – tradução livre pela autora).

As alternativas ou soluções possíveis, quando compõem o “caldo primitivo de políticas” (*policy primeval soup*) flutuam de maneira dinâmica. Muitas vezes são direcionadas por seus defensores<sup>4</sup>, que as interagem e as combinam com outras ideias, permitindo a sobrevivência de algumas e o descarte de outras.

As proposições que apresentam maior resiliência e aceitabilidade dos formuladores de políticas públicas são aquelas tecnicamente viáveis, com custos toleráveis e valores compartilhados. Assim, dentro do conjunto de ideias disponíveis, algumas propostas são alçadas à superfície do “caldo primitivo de políticas”, momento em que também emergirão as alternativas a serem analisadas por aqueles que participam do processo decisório (KINGDON, 2013).

Em relação às alternativas ou soluções apresentadas para a formulação do Programa Mais Médicos é pertinente compreender e ponderar o papel atribuído – e efetivamente desempenhado – a cada um dos processos de comunicação e difusão para a definição da agenda e a especificação de alternativas.

Interpretar este fluxo permite fazer uma incursão sobre o mundo das ideias. Torna-se possível investigar as forças que impulsionam a agenda, inclusive como a persuasão e a difusão das ideias afetam a atenção sobre determinado tema, bem como entender como a equidade e a eficiência influenciam os participantes (ZAHARIADIS, 2007).

É relevante analisar os valores que afetam o fluxo de soluções e o que estimula as pessoas a seguirem seus instintos de mudança da ordem existente para alinhá-la à sua concepção de ordem ideal. Este é o momento adequado para constatar quando as pessoas adquirem novas ideias e quais delas surgem através da experimentação. Também é possível entender como o retorno sobre

---

<sup>4</sup> Nas palavras do autor (KINGDON, 2013, p. 128 – tradução livre pela autora): “Até certo ponto, as ideias flutuam livremente na sopa primordial de política. Mas seus defensores não permitem que o processo de flutuação seja completamente livre. Além de iniciar discussões sobre as suas propostas, eles empurram as suas ideias em muitos fóruns diferentes. Esses empreendedores tentam “amolecer” ambas as comunidades políticas, os que são propensos à inércia e resistente a mudanças importantes, e os públicos maiores, conduzindo-os para as novas ideias e para aceitação de construção de suas propostas. Então, quando houver uma pequena oportunidade para lançar as suas propostas, o caminho estará pavimentado, as pessoas importantes estarão sensibilizadas. Sem este trabalho preliminar, uma proposta, mesmo que lançada em um momento propício, provavelmente cairá em ouvidos surdos.”

o funcionamento de um determinado programa afeta a agenda (FARIA, 2006). Esta apreciação é amplamente aprofundada no capítulo 4.

Por ora, estabelecidas às diretrizes do fluxo de soluções, o próximo passo destina-se a compreender o fluxo político, apresentado no próximo item.

### 2.3 COMPREENDENDO O FLUXO DE POLÍTICA (*POLITICAL STREAM*)

A influência exercida pelo fluxo de política na formulação da agenda governamental é de grande magnitude. Referido fluxo está atrelado a questões como a oscilação do humor nacional, as imprecisões da opinião pública, os resultados das eleições, as mudanças na administração e o volume de negócios no Congresso.

O “clima” ou “humor” nacional (*national mood*) consiste na percepção, pelos participantes do processo decisório, sobre o humor favorável à consecução das ações destinadas à promoção de determinadas questões ou, inclusive, à prática de atos voltados a desestimular determinadas ideias, afetando diretamente a agenda (KINGDON, 2013).

As forças políticas organizadas, por sua vez, compreendem a influência manifestada pelos grupos de pressão, presentes em estruturas extragovernamentais. Por outro lado, as alternâncias ocorridas dentro do governo (*turnover*) decorrem das mudanças estabelecidas em cargos estratégicos ou na redistribuição das competências jurisdicionais. Por isso, o início de um novo governo constitui-se período hábil às transformações na agenda governamental<sup>5</sup>.

Muitas oscilações verificadas na agenda e nas alternativas são produzidas em decorrência da instabilidade produzida no âmbito da Administração Pública, da alternância do cargo presidencial, de Comissões do Congresso, ou mesmo pelo volume de rotatividade de pessoal nos demais cargos do estamento burocrático, em razão da aposentadoria ou de derrotas nas urnas (VALLE, 2009).

---

<sup>5</sup> Para uma leitura aprofundada do tema, vide Kingdon (2013, p. 146-159).

A receptividade pelos políticos das ideias que lhes são apresentadas sofre influência direta do clima nacional, do ambiente eleitoral e das mudanças internas ao governo, como a manutenção ou a construção de coligações eleitorais, a reeleição ou a concorrência para outro cargo político mais elevado (KINGDON, 2013; HOWLETT, RAMESH, PERL, 2009).

No fluxo de política (*political stream*), os acordos são delimitados pela barganha, decorrente do convencimento estabelecido entre especialistas (*policy stream*) na busca pelo consenso. A busca pela convergência dos três fluxos elucida os motivos pelos quais determinadas situações emergem com relevante grau de importância para um governo que atuará de forma a modular as ideias para torná-las políticas públicas efetivas (KINGDON, 2013).

Em contrapartida, o processo de perda da resistência e da proeminência de determinadas ideias (*softening up*) decorre diretamente da ação dos especialistas durante a *policy primeval soup*. A concordância sobre determinados aspectos das ideias legitimam a formulação de uma política pública em detrimento de outra. Portanto, os atores atuantes no fluxo de política são determinantes para o ingresso de um tema na agenda e na consequente construção de alternativas e soluções (KINGDON, 2013; CAPELLA, 2006).

A definição dos objetivos governamentais pode ser decorrente da transferência de itens oriundos de uma organização não-governamental, partindo de uma agenda sistêmica para uma agenda formal do governo, por força da mobilização dos públicos relevantes realizada por seus líderes (DIAS; MATOS, 2012).

Assim, os fluxos de problemas e de alternativas podem atingir a agenda governamental através da difusão de ideias entre os profissionais e entre as elites políticas, em particular os burocratas. Já a alteração da agenda pode resultar de uma mudança no controle do partido ou da ideologia intrapartidária provocada pelas eleições, onde as iniciativas podem decorrer das partes diretamente interessadas, dos ocupantes de cargos políticos, entre outros. Aqui, o objetivo de Kingdon (2013) é determinar com que frequência e em que condições cada um dos participantes é considerado importante e quais os tipos de relações estabelecidas entre eles.

Neste contexto insere-se a compreensão sobre os reflexos e efeitos atribuídos à formulação do Programa Mais Médicos derivados da atuação direta dos grupos de interesses e das pessoas às quais são atribuída relevância em razão do cargo político que ocupam, sobretudo pela competição exercida entre os diversos atores pelo controle político. Aqui também cabe entender como estes agentes perceberam e julgaram um fenômeno tão vago como é a mudança no humor nacional para inferir este momento como sendo o mais adequado para a formulação do Programa nos moldes instituído.

Em busca destas respostas, o estudo apresentado no capítulo 5 aprofunda a compreensão sobre a importância atribuída à Presidente e aos membros do Congresso Nacional. Dentro do Poder Executivo, será enfatizado quão importante são os nomeados políticos em oposição aos servidores públicos de carreira e, no Congresso Nacional serão investigadas as contribuições dos funcionários de carreira e dos membros nomeados e eleitos.

De acordo com esta estrutura, a formulação da agenda governamental é mais bem compreendida numa sequência *top-down*, ao invés de *bottom-up*, especialmente pelo longo período em que o problema de déficit na quantidade de profissionais médicos ficou sem a apresentação de uma solução a ser acolhida pelas autoridades governamentais. Ainda é adequado averiguar a importância dos meios de comunicação em focar a atenção da burocracia sobre os problemas identificados e contribuir para a sua negligência em outras questões.

Assim, evidenciado cada um dos três fluxos, voltados ao reconhecimento dos problemas, à geração de alternativas, bem como os arranjos políticos, torna-se relevante compreender como se estabelece essa ação impulsionadora ou limitadora dos temas postos em discussão para a formulação da agenda política. Do mesmo modo, é preciso identificar não só como interagem os atores que compõem esta arena, como também o método pelo qual se estabelece o acoplamento dos fluxos anteriormente apresentados<sup>6</sup>, conforme se apresenta adiante.

---

<sup>6</sup> Sobre esta faceta do Modelo de Múltiplos Fluxos, Kingdon elabora alguns questionamentos: “Finalmente, o estudo começou com várias reflexões gerais sobre a natureza dos processos a serem examinados. Será que a mudança ocorrerá de forma incremental, em passos curtos, graduais, ou será observado, de forma repentina, uma mudança descontinuada? Se ambos estiverem presentes, um padrão descreve uma parte do processo melhor do que a outra parte?”

## 2.4 COMPREENDENDO OS PARTICIPANTES ATIVOS E O ACOPLAMENTO DOS FLUXOS (*COUPLING*)

Em seu estudo, Kingdon (2013) afirma que se sabe muito mais sobre como as questões são eliminadas do que como elas chegam a ser tema da agenda governamental, no sentido de compreender a geração das alternativas aos problemas identificados para se chegar à tomada de decisão. Afirma ser ainda menor a busca por respostas sobre as razões pelas quais alguns potenciais problemas e algumas alternativas prováveis nunca se tornam foco de atenção.

Disso decorre a importância em compreender, de forma mais geral, as forças que movem o processo de formação política. Uma vez evidenciada a estrutura dos fluxos de problema, de soluções e de política, deve-se ir em frente para compreender por que muitos atores pertencentes ao alto escalão da administração públicas, na maioria das vezes, lidam com temas irrelevantes ao invés de trabalharem em questões realmente significativas.

A percepção sobre como sobre como as questões se tornam problemas (*problem stream*) perpassa os motivos pelos quais pessoas importantes passam a prestar a atenção em um assunto ao invés de outro, modificando suas agendas de forma a reduzir as escolhas dentro de um grande conjunto de alternativas (*policy stream*) (KINGDON, 2013).

Isso denota o desarranjo sobre o qual se estabelece o estudo da formulação de políticas públicas. É difícil, inclusive, definir o status da agenda, embora os fenômenos envolvidos em sua formulação sejam extremamente

---

Será que os participantes procedem de um processo ordenado de planejamento, no qual identificam os problemas, especificam os objetivos, e utilizam os meios mais eficientes para atingir esses objetivos? Mesmo que alguns participantes individuais procedam uma forma ordenada e racional, os processos que envolvem muitos participantes possuem uma característica menos ordenada. Nestes casos, como será o resultado da negociação entre os participantes? Ou será o processo ainda mais livre do que isso, com problemas, propostas e política de flutuação internas e externas, apoiado por casos fortuitos ou pelo aparecimento de um empreendedor habilidoso que monta as peças previamente desconexas? Em vez de solucionar os problemas, primeiramente os defensores criam soluções do seu interesse e, em seguida, olham para os problemas para os quais podem atribuir suas propostas? Quantas vezes o plano é pura sorte do responsável?" (KINGDON, 2013, p. 18 – tradução livre pela autora).

importantes para a compreensão dos resultados das políticas públicas e dos processos governamentais.

Os problemas passam a ser reconhecidos e as condições passam a ser definidas como problemas e são levados ao conhecimento das pessoas e do governo por meio de indicadores sistemáticos. Tais indicadores concentram-se em eventos como crises e catástrofes ou *feedbacks* sobre o funcionamento dos programas atuais. É por meio deles que as situações são definidas como problemas, comparando-se as condições atuais aos valores referentes ao estado ideal das coisas; confrontando o desempenho interno com o de outros países, ou; colocando o assunto numa categoria em detrimento de outras (KINGDON, 2013).

Neste aspecto, os padrões de ordem pública são determinados não só pelas decisões finais, mas por todo o processo que o antecede, especialmente pelo voto no parlamento, pelos vetos presidenciais, bem como por alguns temas e propostas que surgem em primeiro lugar e outros nunca são seriamente considerados (KINGDON, 2013; LIBERATI, 2013).

Assim, uma compreensão mais completa do processo pré-decisório à formulação de uma política pública vai para além dos fluxos identificados por Kingdon (2013), para atingir os atores que lhes dão propulsão.

Os atores que atuam na limitação das alternativas são considerados por Kingdon (2013) os mais influentes para a definição da agenda e compõem dois grupos: **(1)** o primeiro grupo é formado por atores visíveis, tais como assessores da alta burocracia, o Presidente, membros do Congresso, a mídia, grupos de interesse, que normalmente se articulam tanto com o público quanto com a imprensa; **(2)** o segundo grupo é formado por atores ocultos ou relativamente invisíveis (pesquisadores, burocratas, acadêmicos, imprensa *lobbies*, etc.) que normalmente atuam para os grupos de interesses.

A junção destes grupos forma a comunidade de especialistas, subdivididas por setores do conhecimento especializado, como o é no caso da saúde, onde as ideias são geradas em conformidade com o processo da *policy primeval soup*.<sup>7</sup>

---

<sup>7</sup> Para ler na íntegra o entendimento apresentado vide Kingdon (2013, p. 199ss).



Visíveis ou ocultos, os atores que agem como empreendedores de políticas públicas (*policy entrepreneurs*) são de extrema relevância. Para elevar suas ideias à agenda política, estão dispostos a investir seus recursos (dinheiro, tempo, energia, reputação), pois visam estimular ações que lhes sejam favoráveis, tais como: aumentar seu poder de barganha junto aos demais grupos de interesse; obter reconhecimento pela comunidade ou pelos demais atores de suas realizações; promover seus valores; ou simplesmente atuam pelo deleite gerado em decorrência desta interação.

Os empreendedores agem em três frentes distintas: *i)* buscar, mediante ações de pressão, que um problema que os preocupa ingresse na agenda de discussão; *ii)* promover, mediante o convencimento, propostas solucionadoras ou reduzir a resistência apresentada às ideias propostas; *iii)* fomentar a conexão dos fluxos mediante a aderência e ascensão de suas propostas e soluções prediletas ao topo da agenda no momento em que identifica janelas de oportunidade facilitadoras (KINGDON, 2013).

Disso decorre a relevância da competência legal atribuída a cada agente público para a mensuração não só do sucesso, como também do ingresso de uma determinada demanda na agenda governamental.

Segundo Kingdon (2013), demandas potenciais à agenda, atreladas à jurisdição de determinado *policy-maker*, mostram-se irrelevantes aos olhos de outro agente. Assim, um item pode ser ignorado sob a justificativa de ser afeto à competência de outro agente, além da possibilidade de colisão na sistematização normativa dos setores, tais como transporte, saúde, meio ambiente. Isso pode gerar uma competição jurisdicional<sup>8</sup> entre os diferentes órgãos, tais como o Legislativo e o Executivo que na disputa pelo controle sobre os eventos, numa tentativa de autopreservação, ao invés de constatarem a incompetência para apreciar determinada demanda, simplesmente passam a gerir determinadas ações originariamente afetas ao outro Poder. Este comportamento pode gerar impasse sobre a questão posta em discussão ou resultar numa maior regulamentação.

---

<sup>8</sup> A competição jurisdicional, segundo Kingdon (2013, p. 155-159), decorre das competências constitucionalmente atribuídas aos Poderes do Estado, com ênfase no Executivo e no Legislativo. O autor argumenta que muitas reivindicações suscitadas pelos parlamentares ou pela presidência não estão atreladas à sua competência originária e esta prática colidiria com os interesses da Administração Pública, pelo fato do agente político ultrapassar os limites de competência que possui.

Isso permite identificar a presença exclusiva de atores visíveis no estabelecimento da agenda governamental, sob o prisma da dinâmica do problema ou da política eleita. Todavia, há diferença na constituição da agenda decisória, consistente no rol de temáticas levados à deliberação, como na promulgação de uma lei ou na escolha presidencial. O aumento da probabilidade de um item tornar-se prioritário decorre da presença interligada dos três elementos (problema, proposta de política pública e receptividade na esfera política).

Os fluxos separados de problemas, soluções e políticas se reúnem em momentos críticos, cujas soluções se juntam aos problemas e ambas são unidas às forças políticas favoráveis. Este acoplamento é mais provável quando as janelas de oportunidade política empurram as propostas consideradas relevantes ou as concepções de problema pendentes de solução. Assim, as janelas são abertas, quer pelo aparecimento de problemas de força maior ou por acontecimentos da corrente política (KINGDON, 2013).

Portanto, as agendas são definidas por problemas ou políticas e as alternativas são geradas no fluxo de política. Os empreendedores de políticas, neste conjunto, estão dispostos a investir seus recursos para impulsionar as soluções ou problemas que defendem. Ainda, são responsáveis não só por chamar a atenção de pessoas importantes para a questão evidenciada, como também para acoplar os problemas e as soluções no fluxo político. Assim, composição da agenda decisória decorrerá da confluência destes três fluxos.

Como a alteração da agenda política decorre da convergência dos três fluxos políticos (*coupling*), as propostas apresentadas podem estar atreladas a determinado evento político, como uma iniciativa vinculada à conjuntura política, onde determinados problemas são enfatizados, enquanto outros são negligenciados.

O *coupling* decorre da abertura de uma janela de oportunidades (*policy window*), entendida como uma chance atribuída aos defensores de determinados temas que buscam a adequação do problema posto em conformidade com os seus interesses, ou que simplesmente pretendam chamar a atenção para questões que julgam relevantes (KINGDON, 2013, p. 163).

Portanto, existem duas janelas, sendo uma destinada ao fluxo de dinâmica política e outra voltada aos problemas. A primeira janela cinge-se à eleição de novos políticos, à alternância do clima político-nacional ou até a um poderoso *lobby*<sup>9</sup>. A segunda janela volta-se ao surgimento de questões capazes de tornar defensáveis alternativas específicas. Ambas as oportunidades possuem um grau de previsibilidade, como ocorre nos debates legislativos, bem como apresentam pontos de imprevisão, como uma eleição com resultados inesperados<sup>10</sup>.

Todavia, são escassos os momentos de abertura das janelas. O espaço de abertura se apresenta pequeno e amplamente disputado. Isso justifica a intensa atuação dos empreendedores de políticas públicas (*policy entrepreneurs*) nos momentos de *policy window*, os quais articulam suas ações com vistas a promover a conexão entre os fluxos (KINGDON, 2013).

A intensidade da atuação dos participantes quando as janelas se abrem, por vezes, geram a saturação do sistema. Mas, esta prática se mostra hábil a solucionar determinados problemas ou a colocar em prática algumas propostas, em decorrência da grande mobilização de recurso despendido nestas ações (KINGDON, 2013).

O conjunto analítico apresentado permite concluir que os pressupostos do modelo de múltiplos fluxos (*multiple streams model*) (KINGDON, 2013), embora atribuam relevância aos eventos ocorridos ao acaso, também estabelecem padrões limitadores em três processos fundamentais:

*i)* em fluxos autônomos, porquanto as ideias possuem possibilidades e investimento de recursos distintos, o que interfere diretamente no êxito de suas apresentações;

---

<sup>9</sup> Uma abordagem mais aprofundada sobre grupos de interesses, grupos de pressão e *lobbies* é apresentada no item 5.2.

<sup>10</sup> "O que é uma janela aberta em evidência? A resposta depende primeiramente do que abriu a janela, ou, colocado de outra forma, o que causou a mudança da agenda. Como mencionado acima, essa mudança geralmente vem em resposta à evolução dos problemas do fluxo de políticas, não no fluxo de alternativas. Assim, as duas categorias de janelas, de problemas e de políticas, exigem diferentes esforços do fluxo de alternativas. Se os tomadores de decisão estão convencidos que um problema é premente, eles apresentam no fluxo de alternativas uma solução que pode ser vista como razoável. Se os políticos adotam um determinado tema para a sua administração ou lançam propostas que servirão para a reeleição ou outros fins, eles utilizam o fluxo de soluções para a apresentação de propostas. Por vezes, a janela é aberta por um problema que pressiona o governo, ou, pelo menos, considerado como premente" (KINGDON, 2013, p. 173-174 – tradução livre pela autora).

*ii)* em estruturas de conexões, as quais podem ser limitadas pela estrutura governamental, aumentando a probabilidade de determinadas conexões ocorrerem em detrimento de outras;

*iii)* em restrições amplas sobre o sistema, tais como o orçamento, a opinião pública, a escassez de janelas abertas, a legislação.

Tais padrões permitem compreender as razões pelas quais determinados temas jamais se tornam prioridades nas agendas públicas, bem como a motivação inculcada em determinados assuntos para serem levados à cabo, mediante a formulação de uma política pública, como a questão da contratação de mais médicos, objeto desta dissertação.

Observar a saúde brasileira por esta perspectiva faz suscitar uma série de indagações, pois a ausência de profissionais médicos para cumprir a determinação constitucional de atendimento de saúde universalizado estabeleceu-se como problema amplamente conhecido desde a promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, quando houve a ampliação do escopo atribuído ao Sistema Único de Saúde, com o acolhimento das diretrizes lançadas na VIII Conferência Nacional da Saúde (BRASIL, 1986; GONÇALVES, 2011).

A notoriedade deste problema tornou-se difusa, chegando aos ouvidos dos governantes, dos governados e dos demais atores diretamente envolvidos no oferecimento da assistência à saúde, tais como os grupos hospitalares privados (GONÇALVES, 2011).

Então, por qual motivo, apenas em meados do ano de 2013, depois de mais de 25 anos, de forma repentina, uma iniciativa do governo federal para contratação de mais profissionais médicos se tornou proeminente? Será que os fluxos realmente transformaram a formulação da política pública num encontro casual de eventos? Quão importante foi o conteúdo das propostas apresentadas? Quais forças subjacentes impulsionaram os eventos? Estas questões serão objeto de aprofundamento nos capítulos que se seguem.

### 3 O FLUXO DE PROBLEMAS (*PROBLEM STREAM*) DA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA

O Modelo de Múltiplos Fluxos (KINGDON, 2013) visa, em síntese, investigar três questões basilares, quais sejam: *i*) Como os problemas captam a atenção dos atores, são determinados e modelados; *ii*) Como e quando é conduzida a busca por soluções, e; *iii*) Como os tomadores de decisão voltam suas atenções para determinados problemas e decisões. Por ora, o estudo se limitará à análise do *fluxo de problemas*, compreendido como um conjunto de informações sobre uma variedade de questões relacionadas à atuação do Estado e consideradas controversas, ambíguas, instáveis ou pendentes de solução.

Como referido no capítulo anterior, uma questão apenas será percebida como problema – enquanto objeto passível de formulação de uma política pública, de um programa ou de um projeto – quando despertar uma ação a ser desempenhada por parte dos formuladores de políticas públicas que passam a observar o problema de forma ativa por acreditarem que devem fazer algo a respeito.

Logo, não basta perceber a existência de uma situação socialmente problemática. A questão deve ser interpretada de forma a estimular o interesse dos participantes do processo decisório, com a finalidade de alterar indicadores, eventos, crises, símbolos e *feedbacks* das ações governamentais, para sanar ou reduzir o problema percebido. Este cenário também é composto por elementos interpretativos atrelados à percepção do contexto em que o problema se insere<sup>11</sup>.

Diante disso, os atores públicos se relacionam com uma longa lista de potenciais problemas, mas voltam suas atenções apenas para alguns, ignorando outros. Nesse contexto, Kingdon (2013) sustenta a existência de diversos métodos hábeis a captar a atenção das pessoas:

---

<sup>11</sup> “Problemas não são simplesmente as condições ou eventos externos próprios; existe também a percepção, o elemento interpretativo” (KINGDON, 2013, p. 109-110 – tradução livre pela autora).

i) a análise de indicadores sistematizados ou não sobre a magnitude de determinada mudança ou um problema específico;

ii) a ocorrência de eventos focados, tais como catástrofes, crises, experiências pessoais e símbolos, os quais exigem o acompanhamento das percepções pré-existentes capazes de reforçar os indicadores ou até mesmo outros eventos;

iii) *feedbacks* voltados a fornecer informações sobre o funcionamento e o desempenho dos programas existentes que indicam eventuais pontos a serem melhorados ou possíveis consequências não previstas anteriormente, entre outros.

Todavia, chamar a atenção para os problemas não é suficiente. Aliás, alguns problemas sequer são evidentes, o que justifica o monitoramento mediante a análise de indicadores, eventos focados, *feedbacks*, entre outros. No plano da saúde pública, por exemplo, esta fiscalização pode recair em dados decorrentes da investigação sobre as taxas de doenças, de imunização, de custos dos programas de saúde, do número de profissionais médicos formados pelas Instituições de Ensino Superior, entre outros.

No caso do Programa Mais Médicos, o monitoramento do quantitativo de formação médica no país foi utilizado para avaliar o grau de escassez e a ausência de oferta de profissionais médicos para atendimento universalizado da coletividade. O resultado destes dados recomendou ajustes na política de distribuição de recursos humanos para resolver o problema evidenciado.

Assim, a reemergência de um dos problemas da saúde pública brasileira, sintetizado no jargão “mais médicos” gerou uma discussão ampla sobre a contratação de mais profissionais desta área da saúde ao lado de outras temáticas vinculadas ao o custo da assistência médica no Brasil e à readequação da grade curricular do curso de medicina.

Então, o monitoramento das rotinas desenvolvidas no âmbito da saúde pública nacional atrelada à a interpretação conferida pelos membros do Poder Executivo aos clamores sociais sobre ampliação do acesso ao SUS, permitiram analisar este problema de modo particular.

A ascensão desta questão à condição de problema percorreu as minúcias da origem e da natureza conferida à insuficiência de profissionais médicos para o atendimento básico de saúde. Isto exigiu, por parte dos atores

políticos, a busca por um estado de equilíbrio, através da consciência sobre a necessidade de mudanças no quadro de saúde pública existente.

Kingdon (2013) sustenta que as ações mais propensas a impulsionar os itens de maior destaque caracterizados como problemas à agenda governamental consistem em campanhas de pressão ou eventos dramáticos, os quais chamam atenção das pessoas importantes aos problemas. Os participantes do processo preocupam-se muito com a possibilidade de anexar soluções a um problema existente, cujos indicadores são capazes de trazer entendimento sobre as deficiências existentes, sendo capaz de tornar um problema mais confortável com a adoção de soluções menos complexas.

No âmbito da saúde pública brasileira, a ampliação da visibilidade conferida aos problemas existentes consiste no fato de se tratar de um direito universal, cujos avanços tecnológicos, as mudanças procedimentais de tratamento de doenças são amplamente difundidos pela imprensa, além da ausência de capacidade do Estado em prover atendimento a todos os cidadãos como previsto constitucionalmente (GONÇALVES, 2011).

Com isso, a movimentação do item atinente à ampliação de acesso à saúde pública, enquanto tema pouco visível na arena da saúde moveu-se para um ponto de maior destaque na agenda governamental. Ainda, exigiu a interpretação, por parte dos atores políticos, da ocorrência de uma crise estabelecida a partir dos movimentos sociais que, em tese, impediram a desconsideração do assunto pelos formuladores da agenda política e pelos tomadores de decisão.

Por esta perspectiva, o problema evidenciado deixou de ser ignorado, tornando-o elemento de indispensável discussão entre os diversos atores, diante de sua ampla visibilidade. Isso evidencia que ações isoladas são menos propensas a compor a agenda governamental (KINGDON, 2013), como nos casos de erros médicos ou o exercício inadequado da medicina, normalmente estabelecido numa relação médico-paciente. Em casos tais, é difícil que uma relação interpessoal se constitua numa crise capaz de impulsionar o tema de modo a chamar a atenção dos formuladores de políticas públicas e dos decisores políticos (PORTER; TEISBERG, 2006).

Na situação exemplificada, uma forma de tornar a questão passível de discussão seria ampliar o evento danoso, paciente por paciente, de forma que

a prática médica considerada irregular, reiteradamente praticada, atinja uma proporção maior de indivíduos, gerando uma estatística passível de estudo e de evidenciar o problema posto.

A elevação de temas considerados decorrentes de casos isolados à agenda governamental pode decorrer, inclusive, de acontecimentos pessoais vivenciados pelos atores governamentais ou por seus familiares, com a capacidade de refletir nesta alternância de foco. Os problemas individuais, portanto, são ocasionalmente importantes, mas não estão entre as principais formas capazes de influenciar o estado da agenda. As experiências pessoais agem mais como reforço ou como fator para aumentar a margem de visibilidade de um problema, do que como motor propulsor (KINGDON, 2013).

Portanto, a depender do contexto em que se insere o problema existente, a crise simplesmente passa por cima de tudo que estava no caminho de destaque da agenda, gerando uma variação sobre os eventos até então focados, exigindo a análise do tema apresentado. Isso ocorreu com o caso da contratação de mais médicos, em razão do contexto da política nacional de saúde, das limitações à sua análise e da interpretação atribuída às mobilizações sociais de junho de 2013 pelos agentes políticos, conforme adiante se vê.

### 3.1 A POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO BRASIL

A análise da formulação do Programa Mais Médicos e sua inserção na agenda governamental enquanto política pública de saúde coletiva brasileira exige um recorte analítico que permita identificar o momento de ruptura com a estrutura administrativa da saúde pública originariamente individualizada e elitizada.

Embora a instituição do Ministério da Saúde (MS) tenha ocorrido nos idos de 1953, com a edição da Lei n.º 1.920/1953 (BRASIL, 1953), este estudo adota como ponto de partida o ano de 1960, pois as políticas de saúde anteriores a esse período restringiam-se ao “sanitarismo campanhista” (DA ROS, 2006 e PONTE; LIMA; KROPF, 2010), sedimentado numa



unicausalidade biologicista, assentada em campanhas de imunização em massa.

O sanitarismo denominado *campanhista* pode ser compreendido como uma “visão sanitária de combate a doenças de massa acompanhada de propostas saneadoras, imunizantes erradicadoras.” (LUZ, 2013, p. 125). Já a unicausalidade biologicista consiste no modelo de compreensão sobre a origem da doença, baseada na existência de apenas uma causa, isto é, somente um agente seria capaz de gerar a doença, cuja cura estaria atrelada a esta relação unitária de causa-efeito, desconsiderando-se as determinações econômicas, sociais e políticas (BATISTELLA, 2007).

Embora seja um modelo que permite uma abordagem direta sobre a doença, é uma explicação que, se solitária, torna-se bastante reducionista. Não se preocupa nem com o contexto social, nem emocional em que estas condições podem ocorrer (CUTOLO, 2006, p. 16).

A partir da década de 60, inicia-se o período reconhecido como “sanitarismo *securitarista*” (LUZ, 2013), com a sanção da Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS) (BRASIL, 1960) que unificou a legislação atinente aos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), uniformizando os benefícios previdenciários e de saúde conferidos aos segurados estruturados dentro de uma classificação de categorias profissionais. Ou seja, apenas os trabalhadores formais e contribuintes deste sistema tinham direito à assistência à saúde. O discurso contemplado pelo sanitarismo *securitarista* pauta-se numa “visão orientada à generalização da atenção médica, fundamentalmente preocupada em englobar toda a população sob o regime de previdência social” (LUZ, 2013, p. 125).

Com a edição do Decreto-Lei n.º 72/1966 (BRASIL, 1966), houve nova intervenção do Estado sobre os IAPs, cujos trabalhadores formais foram unificados, indistintamente de categorias profissionais, sob a denominação de Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), com a manutenção do financiamento tripartite.

O INPS foi desmembrado para implantação do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), por intermédio da Lei n.º 6.439/1977 (BRASIL, 1977), mantendo-se a atribuição de prestar assistência à

saúde aos trabalhadores formais e dependentes. Neste período, sobrepõe a ampliação na arrecadação (PAIM, 2011), decorrente da contribuição da população pertencente ao mercado formal. Conseqüentemente, aumentou-se o investimento pelo Estado em unidades de atendimento hospitalar, mormente em grandes centros urbanos, onde se localizava a maioria da população contribuinte, decorrente do desenvolvimento econômico (DA ROS, 2006).

A peculiaridade encontrada nesta organização administrativa da saúde reside na prestação de assistência à saúde àqueles que contribuía para a previdência social, enquanto privilégio aos trabalhadores formais e seus dependentes. Tratava-se de um modelo médico assistencial privatista e centrado no atendimento em hospitais, ante a ampliação do complexo médico e hospitalar, especialmente em decorrência dos avanços tecnológicos, centralizado na esfera federal (LUZ, 2013 e PONTE; LIMA; KROPF, 2010).

Essa fase também é marcada pela presença das Santas Casas de Misericórdias, reconhecidas como hospitais de caridade mantidos pela Igreja, enquanto única forma de atendimento à população pobre e desempregada (DA ROS, 2006).

A desvinculação deste método de gestão da saúde e a consolidação de um sistema de abrangência coletiva e integral teve como ponto central a emergência do Movimento de Reforma Sanitária, iniciado em plena ditadura militar (PONTE; NASCIMENTO, 2010). Este movimento social era composto de trabalhadores da saúde e de gestores públicos, que se opunham à organização vigente do Sistema Nacional de Saúde (BRASIL, 1975), com ênfase para as questões de ineficiência, ineficácia, inequidade e insatisfação popular decorrente da ausência de assistência à saúde à população de forma universalizada.

Estas ações, reveladas organizadamente por meio da VIII Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 1986; DA ROS, 2006), culminaram na instituição do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) (BRASIL, 1987), em sintonia com o processo de redemocratização do país (COHN, 1987; REIS, 2010).

Esse período foi marcado por reivindicações ancoradas num sistema de saúde descentralizado, universalizado e integral. As ações de saúde ficariam a cargo de um único comando ministerial (BRASIL, 1988a), atribuído

ao Ministério da Saúde, (BRASIL, 1988b), desvinculado do sistema previdenciário.

Estas pretensões sociais foram acolhidas pela Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CRFB/1988), a qual em seus artigos 196 a 200 consagra o acesso ao atendimento público de saúde a toda população, independentemente de vínculo empregatício formal, mediante o estabelecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1988a), regulamentado pelas Leis Orgânicas de Saúde (LOS) (Leis 8.080/1990 e 8.142/1990).

Desde então, as ações públicas e privadas no âmbito da saúde estão amparadas por este arcabouço normativo e devem atender aos seus princípios estruturantes, quais sejam: a universalidade, a integralidade e a equidade. Também devem vincular-se aos preceitos organizativos e às diretrizes voltadas à descentralização político-administrativa, à regionalização, à hierarquização e à participação social (FALLEIROS et al., 2010).

Esta quebra de paradigma evidencia o mote atribuível ao sistema de saúde brasileiro, composto por uma singular influência atribuída às manifestações sociais enquanto provável elemento causador da ação exercida pelos agentes políticos destinada à construção das políticas públicas que norteiam este setor. Isto permite, inclusive, a transmutação do entendimento acerca dos termos saúde e doença, adotando-se a partir de então um conceito ampliado de saúde.

A saúde passou a ser entendida num sentido abrangente, conforme contemplado pela Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS), adotada pela Conferência Internacional de Saúde realizada em Nova York no ano de 1946 (OMS, 1946). Esta compreensão foi referendada pela VIII Conferência Nacional de Saúde, segundo a qual, a saúde deve ser compreendida concreta e historicamente, de forma abrangente e relacionada ao contexto social específico,

(...) resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis da vida. A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto

histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas. Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade (BRASIL, 1986, p. 04).

Para além de constatar a ausência de doença, o Estado deve conferir ao indivíduo o equilíbrio físico e mental, acompanhado de sentimentos de autossatisfação e harmonia (BIANCHI, 2012). Isso é possível mediante a integração das políticas de saúde às demais políticas econômicas e sociais, submetidas ao “controle do processo de formulação, gestão e avaliação das políticas sociais e econômicas pela população” (BRASIL, 1986, p. 04).

É neste ponto que reside a perenidade na regulamentação da agenda governamental de saúde. Há uma permanente luta que se desdobra no seu interior, com a defesa dos mais variados interesses, a exemplo da ambição capitalista que permeia o complexo médico-farmacêutico-industrial vislumbrando o medicamento como bem de consumo e não como bem de saúde (LIMA, 2010; BATISTA, 2013; BIANCHI, 2012; NASCIMENTO, 2007).

Adiante, apresenta-se o Quadro 1 que sintetiza os principais eventos que marcaram a transição da saúde pública brasileira para o atual Sistema Único de saúde.

QUADRO 1 – QUADRO SINÓTICO EVOLUTIVO DA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA

Período	Marco	Características
Antes de 1960	Sanitarismo Campanhista	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unicausalidade biologista;</li> <li>• Campanhas de imunização em massa.</li> </ul>
1960	Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unifica a legislação atinente aos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP) e uniformiza os benefícios previdenciários e de saúde conferidos aos segurados.</li> </ul>
1966	Criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unifica os IAPs sob a denominação de INPS, sem distinção de categorias profissionais.</li> </ul>
1974	Movimento de Reforma Sanitária	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Início das mobilizações pautadas na insatisfação quanto à ineficiência, ineficácia e inequidade dos serviços de saúde;</li> <li>• Busca a universalização no atendimento dos serviços de saúde.</li> </ul>
1977	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantém a atribuição de prestar assistência médica aos trabalhadores formais e dependentes;</li> <li>• Ainda sem caráter universal.</li> </ul>
1986	VIII Conferência Nacional da Saúde	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Amplia o conceito de saúde;</li> <li>• Pleiteia o sistema de saúde descentralizado, universalizado e integral.</li> </ul>
1987	Sistema Único Descentralizado de Saúde (SUDS)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atende aos pleitos da VIII Conferência Nacional de Saúde;</li> <li>• Sistema de saúde desvinculado do sistema previdenciário;</li> <li>• Vinculado exclusivamente ao Ministério da Saúde.</li> </ul>
1988	SUS (CRFB/1988)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Criação do Sistema Único de Saúde (SUS);</li> <li>• Acesso universalizado, integral e equânime</li> </ul>
1990	LOS (8.080/1990 8.142/90)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Regulamenta o SUS e lhe confere os preceitos organizativos: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Descentralização politico-administrativa;</li> <li>○ Regionalização;</li> <li>○ Hierarquização;</li> <li>○ Participação social.</li> </ul> </li> </ul>

Fonte: A autora (2015).

### 3.2 LIMITAÇÕES À ANÁLISE DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE

A conjuntura evolutiva das políticas públicas de saúde nacional, conforme evidenciado no subitem anterior, está diretamente atrelada à evolução política, econômica e social da população brasileira. Neste aspecto, torna-se relevante explicitar as razões pelas quais temas já diagnosticados e analisados, isto é, já reconhecidos como problemas no setor da saúde pública, ainda não tinham sido conduzidos para uma solução, mediante a formulação de uma nova política pública de saúde.

As políticas públicas compõem todos os bens e serviços destinados à sociedade com a finalidade de excluir, minimizar ou até mesmo evitar problemas públicos. No entanto, o caminho a ser percorrido para a formulação de uma política pública não se mostra fácil, tampouco um processo estanque ou com contornos bem delineados estrategicamente (KINGDON, 2013).

Conquanto existam múltiplas definições para o termo “políticas públicas”<sup>12</sup>, torna-se essencial atribuir-lhe uma definição operacional, ou uma base conceitual, capaz de qualificar o objeto e o campo de estudo proposto. Adota-se, para tanto, uma proposição que abarca os principais elementos sobre os quais reside um consenso na literatura, definindo-se a política pública como uma “decisão formulada por atores governamentais, revestida de autoridade e sujeita [a] sanções”<sup>13</sup> (VALLE, 2009, p. 36).

---

<sup>12</sup> A título de exemplo, além das demais definições que se seguem no texto, Maria Paula Dallari Bucci concebe que “política pública é o programa de ação governamental que resulta de um processo ou conjunto de processos juridicamente regulados – processo eleitoral, processo de planejamento, processo de governo, processo orçamentário, processo legislativo, processo administrativo, processo judicial – visando coordenar os meios à disposição do Estado e as atividades privadas, para a realização de objetivos socialmente relevantes e politicamente determinados. Como tipo ideal, política pública deve visar a realização de objetivos definidos, expressando a seleção de prioridades, a reserva de meios necessários à sua consecução e o intervalo de tempo em que se espera o atingimento dos resultados.” (BUCCI, 2006, p. 39)

<sup>13</sup> Sobre o tema em alusão, mais adiante, Vanice Regina Lírio do Valle aponta os elementos comuns presentes na constituição de um conceito válido de políticas públicas: “• Políticas públicas devem distinguir entre o que o governo *pretende* fazer, e aquilo que, *de fato, ele realmente faz*; que a omissão governamental é tão relevante quanto a ação; • Políticas públicas, no plano ideal, envolvem todos os níveis de governo, e *não estão restritas a atores formais* – em verdade, atores informais podem se revelar extremamente importantes; • Políticas públicas é um tema que invade a ação governamental, e não está limitada à legislação, ordem executivas, regras e regulamentação – portanto, aos instrumentos formais desse agir do poder; • Políticas públicas envolvem um *curso de ação intencional*, com uma finalidade específica e conhecida como objetivo; • Políticas públicas envolvem um *processo em desenvolvimento*; elas compreendem não só a decisão pela promulgação de uma lei ou um projeto, mas também as

Knoepfel *et al.* (2007, p. 12) aprofundam este conceito ao definirem as políticas públicas como uma concatenação de decisões ou ações, intencionalmente coerentes, tomadas por diferentes atores públicos e, ocasionalmente, privados – cujos recursos, nexos institucionais e interesses variam – a fim de resolver de maneira pontual um problema politicamente definido como coletivo. Este conjunto de decisões e ações dá lugar a atos formais, com diferentes graus de obrigações, destinados a modificar o comportamento dos grupos sociais que, supõe-se, originaram o problema coletivo pendente de solução (grupos-objetivo), no interesse de grupos sociais que padecem dos efeitos negativos do problema em questão (beneficiários finais).

Estes elementos permitem vislumbrar a apresentação das políticas públicas como um ciclo (*policy cycle*) dinâmico e contínuo, cuja etapa da formulação é marcada por intensas negociações entre os diversos atores que compõem a agenda objeto de discussão. O ciclo das políticas públicas pode ser observado como um modelo teórico dividido em etapas, quais sejam a (re)emergência ou identificação de um problema; a formação da agenda; a elaboração de propostas ou alternativas solucionadoras; a tomada de decisão; a implementação; e a avaliação, a modificação ou extinção da política (SUZINA, 2013).

A análise da formulação da política pública possibilita identificar os atores que interferem e influenciam nas tomadas de decisões. Ainda, permite compreender como é desenhada uma política pública, notadamente pelo aspecto de como as questões de interesse coletivo se convertem em temas da agenda pública, enquanto processo constante, ativo e criativo, pertencente ao campo de negociação e de decisões entre os atores.

Seguindo estes preceitos, o estudo da política pública de saúde coletiva no âmbito brasileiro quanto ao déficit de profissionais médicos, parte da elaboração de diversas indagações voltadas compreender como esta questão foi alçada à condição de problema de política pública de saúde. Também torna-se pertinente entender o momento da formulação da política,

---

ações subsequentes de implementação, apoio e avaliação ” (VALLE, 2009, p. 36-37) [destaques no original].

bem como se as alternativas apresentadas se mostram hábeis a solucionar o problema constatado.

Logo, o presente trabalho limita-se a analisar a etapa de formulação das políticas públicas de saúde. A dinamicidade do tema impede uma abordagem global de todas as etapas do ciclo da política, porquanto extrapolaria os limites de uma dissertação de mestrado. Esta delimitação ainda se justifica pelo processo de revisão, modificação e adaptação permanente da própria política pública, além do contexto e dos arranjos políticos e administrativos decorrentes das demandas sociais.

Ademais, o objeto de estudo constitui um programa de saúde recente e seu pouco tempo de desenvolvimento impede o exame da implementação e a avaliação de seus possíveis resultados. Assim, a adoção do Modelo de Múltiplos Fluxos desenvolvido por Kingdon (2013) torna-se adequado à análise que se propõe, concentrada na fase de formação da agenda, sendo este o foco da dissertação.

Além disso, a amplitude de temas vinculados à política pública de saúde brasileira exige mais um recorte analítico, fixando-se sua análise ao atendimento básico de saúde. Este é apenas um dos problemas constantemente presente nesta agenda política e que ganhou evidência a partir da análise realizada pelo Poder Executivo em relação às manifestações de junho de 2013.

Portanto, o presente trabalho limita-se a analisar, dentre os temas que compõe a política pública de saúde no Brasil, a questão atinente à ampliação de acesso ao atendimento básico de saúde, cuja solução apresentada pelos governantes encontra-se explicitada no Programa Mais Médicos.

### 3.3 AS MOBILIZAÇÕES SOCIAIS E PERENIDADE DA AGENDA DE REGULAMENTAÇÃO DA SAÚDE

A análise da agenda governamental de saúde, se observada pelo modelo de múltiplos fluxos definido por Kingdon (2013), permite observar as alternativas e soluções apresentadas como elemento essencial à formulação



da política pública destinada à contratação de mais médicos. Possibilita evidenciar, inclusive, as diferentes pautas defendidas junto ao governo federal sob o argumento de atribuir à sociedade o acesso universalizado ao Sistema Único de Saúde.

Como afirmado antes, a ausência de profissionais médicos suficientes para cumprir o comando constitucional de atendimento público universalizado remonta a longa data e, por um critério temporal, está presente desde a promulgação da Constituição Federal de 1988.

Pela perspectiva dos membros do Poder Executivo, a reemergência deste problema decorreu dos anseios sociais explicitados nas manifestações de junho de 2013 (RIBEIRO, 2013; QUINTIERE, 2013).

À época, diversos grupos sociais se mobilizaram para requerer melhorias a serem realizadas por parte do Estado. Essa mobilização social refletiu e repercutiu rapidamente no âmbito interno dos Poderes do Estado, e o Poder Executivo agiu imediatamente em algumas frentes consideradas de maior amplitude, na tentativa de conter a população sedenta pela realização de direitos sociais, dentre muitas outras reivindicações (SINGER, 2013).

Tudo se iniciou com o levantamento da bandeira pelo Movimento Passe Livre, convocando a sociedade pelas redes sociais vinculadas à internet, como forma de protestar contra o aumento da passagem do transporte coletivo no estado de São Paulo. Essa manifestação se repetiu em diversas cidades, caracterizando-se por uma movimentação social apolítica que posteriormente se ampliou para pleitear a readequações dos serviços públicos considerados de má qualidade no âmbito da saúde, da educação e da segurança pública, entre outros (GLOBO, 2013; SOUSA, SOUZA, 2013).

Essa mobilização, no seu desenvolver, contou com a participação e disputa de diversos grupos de interesses, apresentando lógicas diversas para a solução dos problemas levados às ruas no intuito de solucioná-los, tais como a eliminação do aumento das tarifas de ônibus, a busca pelo oferecimento de educação pública com melhor qualidade, entre outros. Esta ação social surpreendeu políticos, intelectuais e a própria mídia (DOWBOR; SZWAKO, 2013).

A população, insatisfeita com a realidade do Sistema Único de Saúde pleiteou pelo atendimento de seus direitos ao clamarem pela solução de

problemas antigos, dos quais muitos permanecem controversos, como a melhoria no atendimento ofertado pelos hospitais públicos (GLOBO, 2013).

A multipolarização dos interesses sociais se refletiu no espaço decisório, notadamente nas ações perpetradas pelos Poderes Legislativo, Executivo e Judiciário. Assim, os Poderes do Estado, na tentativa de acalmar os ânimos exaltados, traçaram novas diretrizes políticas com vistas a dissipar essa mobilização social e, de forma reflexa, contribuir para o atendimento da vontade daqueles que foram às ruas (MARICATO et al., 2013).

A síntese dessas manifestações, no que tange à agenda governamental de saúde, pode ser contemplada pelo aspecto da formulação do Programa Mais Médicos (BRASIL, 2013a; CLÈVE, 2000), enquanto política pública de saúde destinada a ampliar o atendimento à saúde, conferindo atendimento médico aos cidadãos localizados em regiões afastadas das grandes metrópoles.

Esse programa, ao que tudo indica, representa um avanço significativo na pauta de assuntos que compõem a agenda política do Sistema Único de Saúde, ao pôr em prática uma tentativa de solução à insuficiência de profissionais médicos no âmbito nacional.

A Medida Provisória n.º 621/2013, editada em 09 de julho de 2013, contemplou inúmeros pontos polêmicos. Ainda, gerou uma série de desconfortos sentidos, principalmente, pelos estudantes de medicina, participantes ativos desse processo, das Instituições de Ensino e representantes da classe médica, como o Conselho Federal de Medicina.

Isso desencadeou uma série de disputas estabelecidas entre os diversos agentes, as quais foram evidenciadas no processo de conversão da Medida Provisória em menção na Lei n.º 12.871/2013.

O Programa Mais Médicos se apresenta como uma política pública formulada no intuito de privilegiar o atendimento aos cidadãos menos favorecidos. Atuando em prol disso, os médicos participantes do programa são incumbidos de desenvolverem suas atividades em lugares remotos, considerados de difícil acesso, bem como em municípios populosos com baixa renda per capita (G100), entre outros (BRASIL, 2013a). Este programa, se visualizado pelo critério econômico pode ser considerado um problema de

formação de pessoal, limitado à insuficiência de profissionais médicos habilitados a atuar em todo o âmbito nacional.

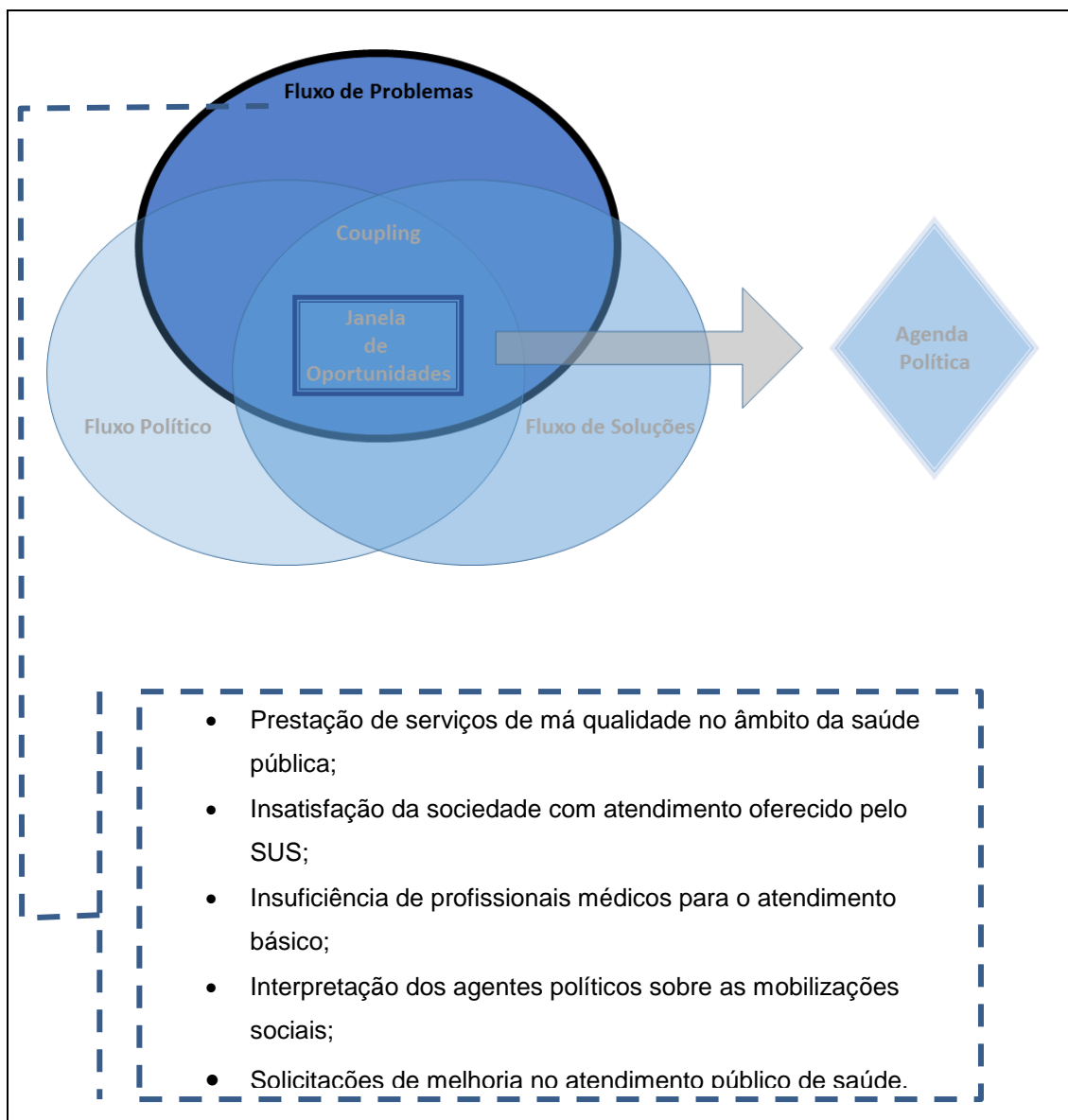
É neste ponto que reside a disputa entre os atores que compõem este campo. A perenidade, a amplitude e a complexidade dos temas que compõem a agenda governamental de saúde ultrapassa a questão do quantitativo médico disponível para atendimento à sociedade por meio da atenção básica. Todavia, o enfoque sobre este problema perpassa a alternativa de readequação da grade curricular dos cursos de medicina ofertados pelas instituições de ensino superior públicas e privadas (BRASIL, 2013a).

Esse inconformismo, por certo, pertence à pauta de discussão dos diversos agentes e constitui assunto corrente no âmbito dos Poderes do Estado, se refletindo em constantes pleitos normativos, bem como na instauração de novas discussões, sedimentadas na conjuntura estabelecida para a formulação desta política.

Portanto, pela perspectiva teórica do Modelo de Múltiplos Fluxos, a escassez de profissionais médicos tornou-se visível e reemergiu como problema pendente de solução, carecendo da formulação de uma política pública a partir da interpretação conferida pelos agentes políticos às mobilizações de junho de 2013 com o objetivo de ampliar o acesso ao SUS.

A Figura 2 apresenta uma síntese dos pontos mais relevantes tratados no presente capítulo, bem como localiza os temas tratados dentro do Modelo de Múltiplos Fluxos (KINGDON, 2013).

FIGURA 2 – FLUXO DE PROBLEMAS NA SAÚDE PÚBLICA



Fonte: A Autora (2015) com base em Kingdon (2013).

No próximo capítulo serão explicitadas as ações desenvolvidas dentro do fluxo de soluções com o objetivo de sanar o problema evidenciado.

#### **4 A ARTICULAÇÃO DO FLUXO DE SOLUÇÕES (*POLICY STREAM*) PELOS PODERES EXECUTIVO E LEGISLATIVO PARA A SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA**

Estabelecidos os motivos pelos quais o tema referente à ampliação do acesso, pela sociedade, aos profissionais médicos no âmbito do SUS tornou-se um problema de destaque e foco de atenção do governo e dos atores extragovernamentais, deve-se dar um passo à frente na análise da formulação do Programa Mais Médicos. Agora, serão destacadas as dinâmicas e as regras que compõem o *fluxo de soluções*, ambiente em que se concentram as especificações de alternativas a partir das quais as escolhas serão tomadas com vistas a sanar o problema evidenciado.

Como referido no item 2.2, a geração de propostas políticas se assemelha a um processo de seleção biológica natural, onde muitas ideias e possibilidades flutuam num “caldo primitivo de políticas” (*policy primeval soup*), no qual especialistas experimentam suas ideias de variadas maneiras, tais como palestras, depoimentos, documentos, conversas. Nesta condição, as propostas em circulação, entram em contato umas com as outras, são revisadas e (re)combinadas entre si e tornam a circular. As propostas sobreviventes devem cumprir vários critérios, incluindo viabilidade técnica, ajuste com outros valores dominantes e o humor nacional, a viabilidade orçamentária, o apoio político ou oposição que possa experimentar. Assim, o sistema de seleção restringe-se ao conjunto de propostas possíveis decorrente deste grande conjunto de propostas circulantes (KINGDON, 2013, p. 19-20).

As propostas são apresentadas por participantes que atuam tanto no interior, quanto no exterior do governo, tornando-se adequado compreender o modo como se relacionam entre si e com o processo de formação da agenda. Os atores de dentro do governo compreendem os funcionários públicos e os membros do Congresso Nacional que compõem a administração pública. Os atores de fora do governo são os grupos de interesse, os acadêmicos, a mídia e a opinião pública.

Kingdon (2013) enfatiza que quando o governo atribui relevância a um determinado assunto os atores extragovernamentais também o fazem ante a

proeminência da administração pública na formação da agenda. A estruturação da administração executiva estimula este comportamento em razão da relevância de determinados atores que integra o Poder Executivo, tais como: o presidente; os servidores, com ênfase para a equipe pertencente à secretaria executiva presidencial; os nomeados políticos pertencentes a departamentos ou agências vinculadas ao Poder Executivo, os quais podem agir de modo isolado ou conjuntamente.

O presidente, sozinho, pode definir a agenda não só interna ao Poder Executivo, como também a externa, atribuída ao Poder Legislativo, quando força a análise, pelo Congresso Nacional, de questões que considera urgente e relevante (SILVA, 2007).

Na espécie, ao editar a Medida Provisória n.º 621/2013, a presidência compeliu o Congresso Nacional a analisar esta normativa mediante o Projeto de Lei de Conversão n.º 26/2013-CN. A partir de então, referido tema passou a ocupar o primeiro lugar na fila de prioridade do Congresso. Por isso, nenhum outro ator no sistema político tem tanta capacidade quanto o presidente para definir a agenda em determinadas áreas políticas, o que evidencia seu poder na definição da agenda em comparação com os demais atores.

Essa posição de destaque do presidente na definição da agenda, segundo Kingdon (2013), se deve:

**(1)** ao conjunto de recursos institucionais que possui, a exemplo o poder de veto e as prerrogativas de contratar, nomear, demitir e exonerar. O presidente nomeia pessoas sensíveis à sua concepção de formação da agenda para o controle das agências. O veto, por sua vez, se apresenta como uma vantagem institucional;

**(2)** aos recursos organizacionais. O Poder Executivo é uma entidade de decisão unitária, em comparação ao Congresso Nacional que opera com 594 membros (513 Deputados Federais e 81 Senadores) e 594 agendas, cada qual com um pouco de crédito sobre a instituição. Neste espaço, alguns dos membros são mais importantes que outros. Além disso, no Congresso não existem mecanismos de coordenação ou incentivo para a cooperação comparável com aqueles que operam no Poder Executivo<sup>14</sup>;

---

<sup>14</sup> No caso brasileiro existem mecanismos voltados a estabelecer negociações e reduzir os conflitos internos, na busca pelo consenso voltado à eficiência do processo legislativo e pelo

(3) ao comando da atenção do público. Este domínio pode ser convertido em pressão sobre outros funcionários governamentais para adotar a agenda presidencial.

Estas vantagens públicas e partidárias subordinam-se à popularidade conferida ao presidente tanto pela sociedade quanto pelos os partidos políticos e outras elites. O presidente consegue se utilizar mais bem deste recurso quando os membros do Congresso o percebem como uma figura popular do que quando ele é visto como impopular. Afora isso, a influência presidencial está diretamente atrelada à sua participação nos temas postos em discussão (KINGDON, 2013).

Conquanto sejam reconhecidas estas qualidades ao ocupante do cargo presidencial, seu poder limita-se a determinar a agenda política. Consequentemente, o presidente é incapaz de dominar as alternativas seriamente consideradas, bem como o resultado final.

Os ministros e secretários vinculados e nomeados pela presidência se apresentam como o segundo componente mais relevante do Poder Executivo e são responsáveis, cada qual, por uma área específica. Os demais funcionários do Poder Executivo, burocratas de carreira ou não, também são relevantes tanto para movimentar o fluxo do processo quanto para elaborar alternativas aos problemas que lhes são levados. Estes funcionários conseguem dialogar de forma mais aberta e direta com os membros do Poder Legislativo e têm maior capacidade de ordenar a percepção dos demais atores (CLÈVE, 2000). O comportamento destes atores evidencia que, no Poder Executivo, a definição da agenda respeita o modelo *top-down*, pois segundo Kingdon (2013, p. 31), o presidente, por ocupar o topo hierárquico, comandaria seus subordinados e assim sucessivamente, respeitada a cadeia hierárquica.

No entanto, a política pública não é criação de um ator isolado. A iniciativa de uma alternativa pode vir de qualquer lugar, cujo fator crítico não reside em explicar a proeminência de um item na agenda em razão de sua fonte, mas em avaliar o clima no governo ou a receptividade das ideias apresentadas (LIBERATI, 2013).

---

dinamismo das atividades parlamentares, tais como o Colégio de Líderes, regulamentado pelo artigo 20 do RICD (BRASIL, 2014, p. 32) e os Blocos Parlamentares, disciplinados pelos artigos 61 a 66 do RISF (BRASIL, 2011c, p. 24-25).

Portanto, a chave para compreender a mudança política não é o lugar de onde a ideia veio, mas o que a torna relevante, num dado momento, diante de determinado grupo de atores. Por isso, uma combinação complexa de fatores geralmente é responsável pela movimentação de um item de destaque na agenda, ante a presença de um nexos de causalidade múltipla (KINGDON, 2013).

A título de exemplo, por mais que o presidente seja o mais importante ator na definição da agenda, tal fato exige a confluência de fatores que transcendem a iniciativa presidencial. Isso se deve à fragmentação geral do sistema, constitucionalmente pensado para impedir o controle sobre a deliberação e a escolha das políticas públicas a um único ator.

O processo pelo qual as propostas são geradas, debatidas, reformuladas e aceitas, no caso do Programa Mais Médicos decorreu de um grupo bastante coeso, formado inicialmente pelos ministros da Saúde, da Educação e do Planejamento. A proposta formulada por estes atores através da Exposição de Motivos Interministerial (EIM) n.º 24/2013-MS-MEC-MP visou atender vários critérios, tais como a viabilidade técnica e orçamentária, entre outros. Cumprir estes requisitos é essencial para obter a aquiescência da presidência e o consenso da comunidade sobre a necessidade da formulação do Programa nos moldes apresentados. Este assunto será pormenorizadamente apresentado no subitem a seguir.

Cumprido destacar, porém, antes de adentrar as especificidades dos atos que culminaram na formulação do Programa Mais Médicos, que o presente trabalho não visa esgotar o estudo acerca dos procedimentos inerentes à edição de uma medida provisória e sua conversão em lei. Do mesmo modo, não é objetivo do presente estudo realizar uma análise pormenorizada da Resolução n.º 001-CN que regulamenta o procedimento aplicado ao projeto de lei de conversão. Ao contrário, o propósito consiste em apresentar uma explicação superficial sobre os critérios formais que norteiam este procedimento, tendo por escopo enfatizar as alternativas encontradas para a solução do problema evidenciado no campo da saúde coletiva nacional.



#### 4.1 ALTERNATIVAS E SOLUÇÕES APRESENTADAS NA EIM Nº 24/2013-MS-MEC-MP

A Presidência da República objetivou inculir sobre a percepção social um elemento justificador ao acolhimento dos argumentos lançados na EIM n.º 24/2013-MS-MEC-MP para a edição da MPV n.º 621/2013. O discurso apresentado pelos agentes políticos atribuiu um significado legitimador à construção desta Exposição de Motivos, relacionando-a a uma resposta adequada ao atendimento dos clamor social que teria exigido ações, prontas e rápidas, para questões particularizadas.

O Poder Executivo interpretou as Manifestações de Junho de 2013, como uma onda de mobilizações sociais causadora da (re)emergência dos problemas relacionados à necessidade de ampliação do acesso à saúde<sup>15</sup>. Isto, ao que parece, e pela perspectiva do Modelo de Múltiplos Fluxos (KINGDON, 2013), permitiu a abertura de uma janela de oportunidades com força capaz de confluir os fluxos políticos, de problemas e de soluções, tornando o solo fértil para a formulação do Programa Mais Médicos.

A EIM n.º 24/2013-MS-MEC-MP foi assinada conjuntamente por Alexandre Rocha Santos Padilha, Aloísio Mercadante Oliva e Miriam Aparecida Belchior, à época ministros da Saúde, da Educação e do Planejamento, respectivamente. Na sequência, este documento foi submetido à apreciação da Presidente da República Dilma Rousseff explicitando os motivos pelos quais as alternativas apresentadas, voltadas à formulação do Programa Mais Médicos, sanariam o problema evidenciado, conforme já apresentado no capítulo anterior.

A EIM n.º 24/2013-MS-MEC-MP destaca que a instituição do Programa Mais Médicos tem por finalidade:

- I - diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde;
- II - fortalecer a prestação de serviços na atenção básica em saúde no País;
- III - aprimorar a formação médica no País e proporcionar maior experiência no campo de prática médica durante o processo de formação;

---

<sup>15</sup> Sobre a repercussão das Manifestações de Junho: “Resultados das manifestações de junho” (MORENO, *et al.*, 2013) e “O que restou das jornadas de junho?” (AL’ HANATI, 2013).

- IV - ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS, desenvolvendo seu conhecimento sobre a realidade da saúde da população brasileira;
- V - fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino-serviço, por meio da atuação das instituições de educação superior na supervisão acadêmica das atividades desenvolvidas pelos médicos;
- VI - promover a troca de conhecimentos e experiências entre profissionais da saúde brasileiros e médicos formados em instituições estrangeiras;
- VII - aperfeiçoar médicos nas políticas públicas de saúde do País e na organização e funcionamento do SUS; e
- VIII - estimular a realização de pesquisas aplicadas no SUS (PADILHA; OLIVA; BELCHIOR, 2013).

Segundo se infere deste documento, o escopo pretendido com a formulação do Programa é atender aos princípios e diretrizes estabelecidos em relação à saúde, tais como a universalização, a equidade, a integralidade da atenção, a regionalização, a descentralização, a hierarquização e a participação, especialmente porque a Constituição Federal, em seu artigo 200, III, confere ao SUS a ordenação da formação de recursos humanos em saúde (BRASIL, 1988a; BRASIL, 1990).

Atrelada a esta atribuição conferida ao SUS, a EIM ressalva a determinação constitucional de “livre oferta de ensino pela iniciativa privada, desde que atendidas às condições de cumprimento das normas gerais da educação nacional, autorização e validação de qualidade pelo Poder Público” (PADILHA; OLIVA; BELCHIOR, 2013, p. 02). Ademais, os serviços de educação, prestados pelo Estado ou por particulares, são serviços públicos não privativos, embora devam ser prestados em conformidade com as normas gerais de educação nacional, conforme estabelece o artigo 209 da Carta Maior (BRASIL, 1988a).

Seguindo o raciocínio desenvolvido pelos ministros, o atendimento dos fins perseguidos com a formulação do Programa Mais Médicos perpassa a questão da oferta de educação superior na área médica. Este seria o modo apropriado de estimular o desenvolvimento nacional e melhorar a qualidade de vida da população<sup>16</sup>.

---

<sup>16</sup> Em relação aos profissionais já vinculados ao SUS, a 11ª Diretriz do PNS 2012-2015 que visa contribuir para a adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações de trabalho dos trabalhadores do SUS, estabelece um conjunto de medidas educacionais visando a valorização do profissional da atenção básica, visando atingir as seguintes metas: “• A iniciativa de apoio ao desenvolvimento da graduação e pós-graduação em áreas estratégicas para o SUS, o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) prevê a sua expansão para atingir um total de 1.000 cursos de graduação da área da saúde; • Articulado ao Pró-Saúde, o Programa de

Além disso, os ministros afirmam estar em pleno funcionamento, desde 2012, uma estratégia tendente a enfrentar os principais problemas de acesso pela população às ações e serviços de saúde com qualidade por meio do Plano Nacional de Saúde referente ao quadriênio 2012/2015. Este Plano estabelece a organização do sistema de saúde sedimentada em Redes de Atenção à Saúde (RAS) e ordenadas pela Atenção Básica à Saúde, considerada a forma prioritária de acesso ao SUS (PADILHA; OLIVA; BELCHIOR, 2013; BRASIL, 2011a).

As RAS são estruturas integradas com a atribuição de prover as ações e serviços de saúde assegurados pelo SUS. Pautam-se na construção de uma intervenção unificada do Ministério da Saúde, decorrente da articulação entre os três níveis de governo, isto é, os estados, o Distrito Federal e os municípios (BRASIL, 2012b).

A Atenção Básica (AB), porta de entrada prioritária do SUS, ordena as RAS (BRASIL, 2012b). Estas últimas sofreram expansão até o ano de 2014, através de investimento exclusivo do Ministério da Saúde voltado à criação de novos postos de trabalho médico. Para tanto, a primeira diretriz traçada para o atendimento deste objetivo é a “garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das

---

Educação pelo Trabalho em Saúde (PET-Saúde) atingirá até 2014 a meta de concessão de 216 mil bolsas, garantindo a multiprofissionalidade; • A expansão da Residência Médica e Multiprofissional em Saúde deverá alcançar mais 4.000 bolsas, além das 2.600 que já estão disponibilizadas pelo Pró-Residência. A expansão deve garantir e aperfeiçoar a qualidade dos programas e priorizar a busca pela equalização dos programas pelo território nacional e as especialidades estratégicas em relação aos objetivos estratégicos e política nacional de saúde bem como o perfil sócio-epidemiológico da população e as necessidades regionais; • A ampliação e qualificação da formação profissional de nível médio dos trabalhadores do SUS envolverá o fortalecimento político, pedagógico, físico e administrativos da Rede de Escolas Técnicas e Centros Formadores do SUS (RETSUS). A meta inclui a qualificação pedagógica por meio da licenciatura de 360 professores que compõem os núcleos docentes das ETSUS. O PNS prevê a qualificação de 380 mil técnicos de nível médio como agentes comunitários de saúde (ACS) e agentes de combate a endemias (ACE). Serão formados 8.700 técnicos de nível médio nas áreas de auxiliar de enfermagem, agentes de saúde indígena, técnicos de vigilância em saúde, radioterapia, hemoterapia, citopatologia e novas áreas – manutenção de equipamentos, órteses e próteses, registro de informação em saúde; • Implantar 18 núcleos estaduais de telessaúde Brasil até 2015, cobrindo todos os estados; • Serão inseridos 5.000 profissionais de saúde no Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica, para atuação em municípios e localidades desprovidos de atenção à saúde, sob supervisão e garantida a formação por meio de especialização e residência médica e multiprofissional em saúde; • Capacitar 7.970 profissionais na área de regulação, controle, avaliação e auditoria do SUS e sistemas de informação em saúde” (BRASIL, 2011b, p. 93).

necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política da atenção básica e da atenção especializada”<sup>17</sup> (BRASIL, 2011b, p. 68).

### A Atenção Básica à Saúde

é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas. Ela deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Por isso, é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. (BRASIL, 2012b, p. 09).

A Portaria n.º 2.488, de 21 de outubro de 2011 (BRASIL, 2011a), além de aprovar a Política Nacional de Atenção Básica, estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Outrossim, em seu Anexo A, disciplina os princípios e diretrizes gerais da AB, que se caracteriza por

um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2012b, p. 19).

Portanto, as estratégias de Saúde da Família somam-se à expansão e qualificação da Atenção Básica ao compor um conjunto de prioridades do

---

<sup>17</sup> As metas estabelecidas para o atingimento desta diretriz são: “Ampliar a área física e/ou reformar 23 mil unidades básicas de saúde (UBS); • Implantar 3.272 UBS, passando de 36.892 unidades em 2011 para 40.164 até 2015; • Ampliar em 40 mil o número de agentes comunitários de saúde, passando de 245 mil agentes em 2011 para 285 mil até 2015; • Ampliar em 5.300 o número de equipes saúde da família, passando de 31.660 equipes em 2011 para 36.960 até 2015; • Ampliar em 7.200 o número de equipes de saúde bucal, passando de 20.400 equipes em 2011 para 27.600 até 2015; • Implantar 953 centros de especialidades odontológicas (CEO), passando de 950 CEO em 2011 para 1.903 até 2015; • Implantar 160 novas equipes de saúde no sistema penitenciário, passando de 300 em 2011 para 460 em 2015; • Promover a adesão de 5.556 municípios ao programa “Saúde na Escola”; • Implantar 977 equipes de atenção à saúde domiciliar até 2015; • Aumentar em 10% ao ano o número de transplantes de órgãos sólidos e não sólidos realizados, passando de 21.000 para 30.800; • Implantar 15 centros de alta complexidade em oncologia, passando de 28 centros em 2011 para 43 até 2015; • Implantar 270 redes loco-regionais de serviços de reabilitação, passando de 334 serviços em 2011 para 604 até 2015; • Implantar, em pelo menos 10 estados do País, a política de atenção às pessoas com doença falciforme e outras hemoglobinopatias.” (BRASIL, 2011b, p. 72).

Ministério da Saúde aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2012b). Sobre o tema, a 14ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 2012, determinou em sua 8ª Diretriz que “todas as famílias, todas as pessoas, devem ter assegurado o direito a uma equipe de saúde da família” (BRASIL, 2012a, p. 52).

Todos estes planos de ação, em conjunto, objetivam cumprir o princípio constitucional de universalização no acesso à saúde. Todavia, ainda se torna necessária a prática de ações tendentes a suprir os vazios assistenciais verificados nas regiões que não conseguem prover, nem fixar os profissionais da atenção básica à saúde, especialmente os médicos. A ausência destes profissionais deixa a população vulnerável, impedindo-a de acessar aos serviços básicos de saúde já estruturados.

Estudos apontam que a rede de atenção básica, se bem estruturada, possibilita a resolução de até 85% dos problemas de saúde e, conseqüentemente, contribui para organizar a demanda por outros serviços de saúde, tais como o atendimento especializado ou de urgência e emergência (BRASIL, 2007; STARFIELD, 2002).

Com base nestes elementos, quando do levantamento dos dados para redigir a EIM, os ministros realizaram o cruzamento dos dados do Conselho Federal de Medicina (CFM) com estimativa populacional do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e constataram que no Brasil, no ano de 2012, havia 359.691 médicos ativos, gerando uma proporção de 1,8 médicos para cada 1.000 habitantes, conforme se infere da Tabela 1, à frente.

Tabela 1 - QUANTITATIVO DE MÉDICO POR HABITANTE POR UF REFERENTE AO ANO DE 2012

UF	População em 2012	Total de Médicos em 2012	Proporção de Médico/ 1.000 habitantes.
Acre	721.006	679	0,94
Alagoas	3.233.234	3.632	1,12
Amapá	662.927	505	0,76
Amazonas	3.534.574	3.744	1,06
Bahia	15.001.484	16.311	1,09
Ceará	8.810.603	9.277	1,05
Distrito Federal	2.741.213	9.494	3,46
Espírito Santo	3.577.833	7.040	1,97
Goiás	6.145.928	8.917	1,45
Maranhão	6.533.540	3.767	0,58
Mato Grosso	3.120.442	3.441	1,1
Mato Grosso do Sul	2.426.518	3.733	1,54
Minas Gerais	20.529.623	37.149	1,81
Pará	7.726.888	5.938	0,77
Paraíba	3.843.916	4.488	1,17
Paraná	10.945.791	18.406	1,68
Pernambuco	9.015.728	12.547	1,39
Piauí	3.214.556	2.971	0,92
Rio de Janeiro	16.383.401	56.391	3,44
Rio Grande do Norte	3.221.581	3.977	1,23
Rio Grande do Sul	11.073.282	24.741	2,23
Rondônia	1.531.920	1.562	1,02
Roraima	445.043	540	1,21
Santa Catarina	6.297.460	10.656	1,69
São Paulo	42.390.043	105.658	2,49
Sergipe	2.074.528	2.701	1,3
Tocantins	1.323.231	1.426	1,08
<b>Total</b>	<b>196.526.293</b>	<b>359.691</b>	<b>1,83</b>

Fonte: PADILHA; OLIVA; BELCHIOR, 2013, p. 3-4.

A proporção de médico por mil habitantes estabelecida no Brasil, segundo dados oriundos da Organização Mundial da Saúde em relação aos anos de 2012, 2013 e 2014 é inferior àquela encontrada em outros países, conforme critérios independentes relacionados a sistemas universais de saúde, perfil socioeconômico equivalente ao brasileiro ou países latino-americanos, conforme explicita o Tabela 2, adiante.

Tabela 2 – EVOLUÇÃO DO QUANTITATIVO MÉDICO POR MIL HABITANTES

PAÍS	ANO		
	2012	2013	2014
<b>Brasil</b>	1,76	1,76	1,89
<b>Canadá</b>	1,98	2,07	2,07
<b>Cuba</b>	6,72	6,72	6,72
<b>Espanha</b>	3,96	3,96	3,70
<b>Portugal</b>	3,87	-- <sup>a</sup>	-- <sup>a</sup>
<b>Reino Unido da Grã Bretanha e Irlanda do Norte</b>	2,74	2,77	2,79
<b>Uruguai</b>	3,74	3,74	3,74

<sup>a</sup> Os dados referentes à Portugal não foram disponibilizados pelas estatísticas sanitárias da Organização Mundial da Saúde para os anos de 2013 e 2014.

Fonte: A Autora (2015) com base em OMS (2012), OMS (2013) e OMS (2014).

Embora não exista um parâmetro reconhecido e internacionalmente válido que estabeleça a proporção ideal de médicos por habitantes, para fins de elaboração do Projeto da Medida Provisória, adotou-se como referência a proporção de 2,7 médicos por 1.000 habitantes. Essa importância correspondente ao quantitativo médico encontrado no Reino Unido no ano de 2012, por tratar-se do segundo país orientado pelo sistema de atenção básica de saúde de caráter universal, vez que o primeiro país, conforme este critério é o próprio Brasil (PADILHA; OLIVA; BELCHIOR, 2013).

Para atingir a relação de médicos encontrada no país paradigma, mantido o quantitativo populacional apresentado, seria necessário que o Brasil ampliasse em seu quadro mais 168.424 profissionais médicos em atividade. Estagnadas a variável atinente à taxa de crescimento populacional, esse quantitativo somente seria atingido no ano de 2035 (PADILHA; OLIVA; BELCHIOR, 2013).

Além disso, os dados explicitados na Tabela 1, anteriormente apresentada, evidencia uma expressiva desigualdade na distribuição dos médicos em âmbito nacional. O Distrito Federal (3,46) e os estados do Rio de Janeiro (3,44) São Paulo (2,49), Rio Grande do Sul (2,23) e Espírito Santo (1,97) superam o percentual encontrado pela média nacional. Em contrapartida, os estados do Maranhão (0,58), do Amapá (0,76), do Pará (0,77), do Piauí (0,92) e do Acre (0,94) representam as regiões com menor quantidade de médicos se comparado ao índice populacional.

Esses fatores demonstram não só a disparidade na distribuição de profissionais médicos no âmbito nacional, como também a concentração destes profissionais em grandes centros urbanos, em detrimento das regiões menos desenvolvidas. Esta desproporção pode ser igualmente observada dentro das microrregiões de um mesmo estado. A título de exemplo, no estado de São Paulo, apenas cinco de suas regiões apresentam número superior a 1,8 médicos para cada 1.000 habitantes em relação ao ano de 2012 (SCHEFFER, 2012).

Esse fenômeno, referente à concentração dos profissionais médicos em determinadas regiões, bem como à insuficiência destes profissionais para ampliação do acesso à saúde, pode ser observado por diversos ângulos. Esta problemática perpassa vários setores do Estado, como o número insuficiente de vagas ofertadas para os cursos de graduação em medicina<sup>18</sup>. Afora isso, o número de vagas de trabalho formais ofertadas aos profissionais médicos também se apresenta superior ao número de médicos recém-graduados<sup>19</sup>.

A insuficiência na formação de profissionais médicos reflete a escassez da prestação dos serviços médicos pelo SUS. Sobre o tema, já no ano de 2011 o Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA) publicou um estudo realizado no ano de 2010 sobre o Sistema de Indicadores de Percepção Social (SIPS) a respeito da saúde. À época, foi constatado que 58,1% dos 2.773 entrevistados indicaram a falta de médicos como um dos principais problemas do SUS e a sugestão ofertada pelos entrevistados foi aumentar o número de médicos (IPEA, 2011).

Contudo, o problema evidenciado não reside apenas na insuficiência de contratação de médicos, mas também está atrelado à ausência de vagas para ingresso nos cursos de graduação em medicina. Estas peculiaridades tornam essencial a prática de medidas indutoras junto às Instituições de Ensino Superior, com o objetivo de ampliar a oferta de vagas relativas aos cursos de medicina à população.

---

<sup>18</sup> As Instituições de Educação Superior, em relação ao curso de medicina, ofertou para o ano de 2012 um índice de 0,8 vagas para cada 10.000 habitantes. Em outros países este índice é maior, tais como a “Austrália 1,4; Reino Unido 1,5; Portugal 1,6 e Argentina 3,1” (PADILHA; OLIVA; BELCHIOR, 2013, p. 04).

<sup>19</sup> Um estudo realizado entre os anos de 2003 e 2011 indica que para 93.156 egressos do curso de medicina foram criados 146.857 empregos formais (PADILHA; OLIVA; BELCHIOR, 2013, p. 04).



Foi esta a medida adotada pelo Ministério da Educação (MEC) já no ano de 2012, ao criar mais 2.415 vagas para ingresso nos cursos de medicina, além de outras medidas indutoras relacionadas ao tema, junto às universidades públicas e instituições particulares de educação superior<sup>20</sup> (BRASIL, 2012c). No entanto, mesmo com esta expansão a meta traçada na EIM n.º 24/2013-MS/MEC/MP seria atingida apenas no ano de 2035 (PADILHA; OLIVA; BELCHIOR, 2013).

Esta medida adotada pelo MEC é insuficiente para corrigir as distorções apresentadas, pois o obstáculo encontrado em relação à ampliação de acesso à saúde não se limita à insuficiência na formação médica, mas também atinge os vazios assistenciais no atendimento público de saúde já reconhecido pela população (IPEA, 2011).

Este obstáculo, segundo os ministros, seria superado com a abertura de novas Instituições de Ensino Superior e a ampliação de vagas para ingresso no curso de medicina nas regiões que apresentam vulnerabilidade social. Para tanto, defendem a “ampliação de 12.000 novas vagas de residência médica acompanhadas da oferta de bolsas a serem implementadas até 2017, uma vez que se entende a importância dessa modalidade para a fixação de profissionais” (PADILHA; OLIVA; BELCHIOR, 2013, p. 05). Esta medida estaria pautada no estudo realizado pelo Observatório de Recursos Humanos de São Paulo (ObservaRH), denominada Migração Médica no Brasil (Migramed), segundo a qual aproximadamente 80% (oitenta por cento) dos médicos permanecem nos estados onde realizaram a residência médica (SEIXAS; CORRÊA; MORAES; 2011).

Por isso, a alternativa levada à apreciação da Presidente da República foi a ampliação do número de instituições educacionais e de vagas para o curso de medicina. Ainda foi apresentada uma reformulação da grade curricular da graduação em medicina, acrescentando-se, no cronograma de estudo dos discentes, atividades práticas diretamente voltadas à formação específica na Atenção Básica:

---

<sup>20</sup> A título de exemplo destas medidas indutoras, cita-se a Portaria Normativa nº 3/2013-MEC, que estabelece os procedimentos de aditamento de atos regulatórios para alteração no número de vagas de cursos de graduação de medicina ofertados por Instituições de Educação Superior - IES, integrantes do Sistema Federal de Ensino, e dá outras providências (BRASIL, 2013d).

para os ingressantes nos cursos de medicina a partir de 1º de janeiro de 2015, a formação do médico abrangerá dois ciclos distintos e complementares entre si, correspondendo o primeiro ciclo à observância das diretrizes curriculares nacionais, com o cumprimento da carga horária não inferior a 7.200 horas, e o segundo ciclo ao treinamento em serviço, exclusivamente na atenção básica à saúde e em urgência e emergência no âmbito do SUS, com duração mínima de dois anos (PADILHA; OLIVA; BELCHIOR, 2013, p. 05).

A implementação do segundo ciclo no curso de graduação em medicina, pelo critério legal sugerido pelos ministros, seria obrigatório e inscrito no histórico escolar do estudante, como requisito indispensável à concessão do diploma de médico. Todavia, nesta fase acadêmica, o estudante teria direito à percepção de uma bolsa de estudos, com valor definido pelo Ministério da Saúde. O período dedicado a esta etapa acadêmica poderia ser aproveitado para fins de residência médica ou de cursos de pós-graduação (PADILHA; OLIVA; BELCHIOR, 2013).

No entender dos ministros, a alternativa voltada à formação médica reforçaria o conteúdo das Diretrizes Curriculares para os cursos de graduação em Medicina e apontaria “para formação generalista de um profissional com senso de responsabilidade social e compromisso de cidadania” (PADILHA; OLIVA; BELCHIOR, 2013, p. 05).

Para atacar o problema de acesso pela população aos profissionais médicos, instituiu-se uma metodologia de distribuição dos estudantes de medicina junto aos municípios, estabelecendo-se critérios destinados ao preenchimento de vagas perante as equipes de atenção básica, com base na PNAB, nos seguintes termos:

- a) G100 (municípios com população superior a 80.000 pessoas, com baixa receita per capita e alta vulnerabilidade econômica);
- b) municípios com 20% ou mais de sua população vivendo em extrema pobreza;
- c) áreas de maior vulnerabilidade de capitais e regiões metropolitanas, e;
- d) Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) (PADILHA; OLIVA; BELCHIOR, 2013, p. 06).

Além do preenchimento destas condições, os Ministérios da Saúde e da Educação passaram a desenvolver, conjuntamente, políticas voltadas a responder à necessidade de provimento e fixação dos médicos em diversas regiões do país. Um exemplo é o Programa de Valorização do Profissional da

Atenção Básica (PROVAB), que visa oferecer cursos de especialização aos profissionais médicos na modalidade ensino-serviço, desde que estes profissionais desempenhem suas atividades em regiões de extrema pobreza e periferias (BRASIL, 2012d). A atração desta oferta reside no incentivo aos participantes por meio da adição de pontos ao candidato em processos seletivos de residência médica, além do oferecimento de bolsas.

Sobre o PROVAB, há a seguinte referencia na EIM:

Na primeira edição do Programa, apesar de uma demanda significativa dos municípios por esses profissionais, somente 381 médicos foram vinculados. Na segunda edição do Programa, aderiram 2.838 municípios que solicitaram 13.862 médicos para atuar na atenção básica, sendo que apenas 3.577 médicos foram vinculados ao Programa para atuação em 1.260 municípios (PADILHA; OLIVA; BELCHIOR, 2013, p. 06).

Frente à ociosidade das vagas ofertadas no PROVAB e com o intuito de ampliar ainda mais o acesso aos profissionais médicos os ministros apresentam o Projeto Mais Médicos para o Brasil. Este Projeto volta-se a selecionar profissionais médicos formados que objetivam especializar-se na Atenção Básica de Saúde. Porém, para aperfeiçoarem-se os médicos devem desenvolver as atividades práticas nas regiões consideradas prioritárias para o SUS. Quando vinculados ao Projeto, os médicos especializando percebem bolsa-formação e são acompanhados, academicamente, recebendo uma supervisão contínua (PADILHA; OLIVA; BELCHIOR, 2013).

A realização do Programa Mais Médicos depende da celebração de termos de adesão e compromisso com os entes subnacionais, bem como de instrumentos de cooperação com países estrangeiros e organismos internacionais, incluindo instituições de ensino superior nacionais e estrangeiras, além de entidades públicas e privadas. Para tanto, a alternativa apresentada pelos ministros foi a seguinte:

*i)* escolher médicos formados em instituições de educação superior nacionais ou com diploma revalidado no país;

*ii)* em restando vagas ociosas, possibilitar aos brasileiros, formados em instituição de ensino superior estrangeira com habilitação para o exercício da medicina no exterior, aderirem ao Programa, e;

*iii)* caso ainda restem vagas remanescentes, oferta-las aos médicos estrangeiros, com habilitação para o exercício de medicina no exterior, por meio de chamamento público internacional ou celebração de termo de cooperação com organismos internacionais.

A seleção dos médicos na terceira circunstância, segundo Padilha, Oliva e Belchior (2013), deveria ocorrer em conformidade com os princípios éticos estabelecidos pelo Código Global de Práticas para Recrutamento Internacional de Profissionais da Saúde da OMS.

Este código objetiva estabelecer e promover princípios e práticas voluntárias em relação à contratação internacional ética de profissionais da saúde. Visa facilitar e promover o debate internacional e fomentar a cooperação sobre os assuntos relacionados com esta espécie de contratação. Centra-se, em particular, nos países em desenvolvimento ao enfatizar as práticas atreladas à capacidade e qualidade na formação de profissionais; às políticas de apoio à fixação dos profissionais de saúde; à reciprocidade e ao intercâmbio de informações relevantes sobre o sistema de saúde (WHO, 2010).

No âmbito da educação, o ministro responsável apresentou como solução o atendimento ao acordo firmado junto ao Conselho do Mercado Comum, nos termos da Decisão 17/2008 (MERCOSUL, 2008), sobre a criação e implementação de um sistema de credenciamento de cursos de graduação para o reconhecimento regional da qualidade acadêmica dos respectivos diplomas no Mercosul e Estados associados.

O atendimento destas duas premissas de âmbito internacional, além de visar uma política de integração e de desenvolvimento educacional (ALMEIDA PRADO, 2013), limita a abrangência de seleção dos médicos formados no exterior. A título de exemplo, o Código Global de Práticas para Recrutamento de Profissionais da Saúde proíbe a participação de médicos oriundos de países que apresentem relação estatística de médico/habitantes inferior que a do país solicitante (WHO, 2010).

A existência destas normativas, oriundas da OMS e do Mercosul, evidencia que Projeto Mais Médicos não é inédito no plano das políticas de saúde. Os próprios ministros elaboradores da EIM apontam a existência de

recrutamento de médicos estrangeiros por outros países, como o Reino Unido<sup>21</sup>, o Canadá e a Austrália (PADILHA; OLIVA; BELCHIOR, 2013).

No âmbito interno, sugerem os ministros Padilha, Oliva e Belchior (2013), que a participação de intercambistas no Projeto Mais Médicos depende da submissão destes profissionais ao processo de acolhimento e de avaliação a ser aplicada pelos Ministérios da Educação e da Saúde. Esta prática abrange, inclusive, questões atinentes à capacidade de comunicação destes estrangeiros em língua portuguesa. O objetivo desta alternativa é garantir a adaptação dos médicos intercambistas aos princípios e diretrizes do SUS.

Com a finalidade de gerenciar as atividades desenvolvidas pelos participantes do Programa Mais Médicos, a EIM n.º 24/2013-MS/MEC/MP propõe a transformação, sem aumento de despesa, de 117 (cento e dezessete) Funções Comissionadas Técnicas – FCT em 10 (dez) cargos em comissão do Grupo de Direção e Assessoramento Superior – DAS. Dentre os 10 (dez) cargos transformados, 02 (dois) comporão a sigla DAS-5 e as restantes integrarão a insigne DAS-4, para serem alocadas em unidades administrativas de órgãos e entidades do Poder Executivo Federal com a finalidade de criar uma nova estrutura para receber novas competências e responsabilidades decorrentes do Programa Mais Médicos (PADILHA; OLIVA; BELCHIOR, 2013).

A transformação destes cargos visa neutralizar potenciais impactos na despesa de pessoal, evitando repercussões de cunho orçamentário, porquanto a remuneração total das 117 (cento e dezessete) FCT que serão transformadas equivale à remuneração total dos 10 (dez) novos cargos DAS.

Segundo a EIM, as práticas pretendidas pela Medida Provisória contribuem com as demais ações já adotadas e têm o propósito de mitigar a escassez médica no país ao promover uma melhoria no cenário da saúde nacional, especialmente na área de atenção básica. As estratégias apresentadas no Programa impactam de imediato a forma de distribuição dos

---

<sup>21</sup> Os ministros relatam que dados oriundos da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), datados do ano de 2009, bem como aqueles ofertados pela Conselho Geral de Medicina do Reino Unido, atinente ao ano de 2011, referem ser estrangeiros 37% dos médicos do Reino Unido; 25,9% daqueles em atividade nos Estados Unidos; 22,8% dos profissionais contratados na Austrália, e; 17,9% dos que desenvolvem seus ofícios no Canadá. Ainda ressaltam que apenas 1,79% dos profissionais médicos em atividade no Brasil são estrangeiros (PADILHA; OLIVA; BELCHIOR, 2013, p. 08).

profissionais médicos no âmbito nacional e, conseqüentemente, ampliam o acesso à saúde por aqueles sediados nas regiões consideradas prioritárias.

A reordenação dos recursos humanos na área da Saúde e a reformulação da grade curricular dos cursos de medicina – com acréscimo substancial de horas na formação específica na Atenção Básica – visam garantir o acesso a um sistema de saúde universal e de qualidade (PADILHA; OLIVA; BELCHIOR, 2013, p. 07-08).

Não obstante a amplitude da pretensão fixada na EIM, os ministros que a subscrevem explicitam a urgência na implementação das ações previstas na Medida Provisória, porquanto “a eficácia das medidas propostas somente será alcançada pela agilidade de sua implementação, de forma coordenada e conjunta” (PADILHA; OLIVA; BELCHIOR, 2013, p. 08).

#### 4.2 A DINÂMICA EXERCIDA PELO PODER EXECUTIVO

As alternativas apresentadas na EIM n.º 24/2013-MS/MEC/MP, conforme anteriormente referido, denotam uma possível forma de resposta à complexa demanda social. Essa prática aumenta as funções exercidas pelos Poderes do Estado e coloca suas ações na linha de frente, com o desenvolvimento de práticas administrativas voltadas a assegurar a ordem pública. Isto volta-se à realização da função social do Estado, por intermédio da inovação no âmbito das políticas públicas, especialmente pela capacidade atribuída ao Executivo de oferecer respostas rápidas para questões particularizadas (CLÈVE, 2000; MODENA, 2004; CHUEIRI, 2006).

A estipulação de normas pelo Estado visa regulamentar a conduta social e deve ser praticada em sintonia os ditames constitucionais. Esta prática, quando iniciada pelo Poder Executivo para satisfazer os clamores dos administrados, altera a ordem preexistente e afeta as instituições sociais, pois tem a capacidade de inovar o ordenamento jurídico ao apresentar alterações pautadas na evolução da dinâmica social.

Em linhas gerais, as instituições surgem para perdurar e, na trama social, a institucionalização de uma ideia e de uma estrutura decorre da

renovação. O ato renovador traz em seu bojo uma alteração voltada “a ocupar o lugar de alguma outra estrutura ou ideia que se tornou obsoleta ou não se instituiu anteriormente e, essa nova instituição é sempre projetada na duração” (PEREIRA, 2004, p. 48).

Ademais, North afirma que

LAS INSTITUCIONES son las reglas del juego en una sociedad o, más formalmente, son las limitaciones ideadas por el hombre que dan forma a la interacción humana. Por consiguiente, estructuran incentivos en el intercambio humano, sea político, social o económico. El cambio institucional conforma el modo en que las sociedades evolucionan a lo largo del tiempo, por lo cual es la clave para entender el cambio histórico (NORTH, 2014, p. 07).

Segundo esse viés institucionalista, José Afonso da SILVA (2007) preceitua que a atribuição referente à iniciativa legislativa conferida ao Chefe do Executivo decorre de sua missão de formular políticas para atender as necessidades do país, especialmente em razão da complexidade cada vez maior conferida aos problemas sociais.

Decorrência lógica deste raciocínio é que as alternativas explicitadas na EIM n.º 24/2013-MS/MEC/MP foram apreciadas pela Presidente da República, Dilma Rousseff, a qual encampou todos os termos assinalados pelos ministros, fazendo editar a Medida Provisória n.º 621/2013 que, como o próprio nome diz, “constitui espécie normativa despida de eficácia permanente” (CLÈVE, 2000, p. 201).

Atente-se que a edição de uma medida provisória, segundo o ordenamento jurídico pátrio, pressupõe necessidade de uma pronta intervenção estatal (DAMOUS; DINO, 2005). Em se tratando de políticas públicas, a referida prática visa inovar as diretrizes até então estabelecidas ou “oferecer respostas a crises conjunturais recorrentes.” (CLÈVE, 1999, p. 17).

Esta conduta ativa por parte do Poder Executivo também pode evidenciar uma crise no sistema tradicional de organização funcional do Estado<sup>22</sup>, requerendo uma revisão dos papéis desempenhados pelos diversos poderes do Estado, especialmente dos Poderes Executivo e Legislativo em

---

<sup>22</sup> CLÈVE (2010, p. 19-20), sobre o tema, ressalta não ser “possível deixar de considerar que, no mundo contemporâneo, as sociedades políticas avançadas têm atribuído ao Executivo, não por gosto, mas por necessidade, embora com limites e sempre de maneira extraordinária e controlada, o exercício de função legislativa.”

razão desta subversão dos papéis atribuídos a cada qual (AGAMBEN, 2004; CARDOSO, 2008).

Este exercício legal por parte do Poder Executivo acaba por forçar a atuação do Poder Legislativo, pois cumpre aos parlamentares apreciar a matéria posta em sede de medida provisória (MODENA, 2004). Todavia, como pontuam Damous e Dino, o Legislativo

dispõe de meios suficientes para limitar e controlar as atividades do Executivo, inclusive aquelas próprias da órbita legislativa, bastando, para tanto, que cumpram a sua missão, ajam com competência e sejam ciosos de suas prerrogativas constitucionais (DAMOUS; DINO, 2005, p. 47).

Em respeito à teoria da separação dos Poderes, o Executivo não está autorizado a se imiscuir no funcionamento dos demais Poderes<sup>23</sup>. Porém, mitiga-se este princípio quando é editada uma medida provisória, em razão da própria determinação constitucional de sua imediata apreciação pelo Congresso Nacional, nos termos do artigo 62, § 6º da CRFB (BRASIL, 1988a). Deste modo, o Executivo acaba por influir no funcionamento congressual ao provocar o estabelecimento da agenda do Poder Legislativo, como afirma o precedente jurisprudencial do Supremo Tribunal Federal (SFT):

A edição de medida provisória gera dois efeitos imediatos. O primeiro efeito é de ordem normativa, eis que a medida provisória, que possui vigência e eficácia imediatas, inova, em caráter inaugural, a ordem jurídica. O segundo efeito é de natureza ritual, eis que a publicação da medida provisória atua como verdadeira *provocatio ad agendum*, estimulando o congresso nacional a instaurar o adequado procedimento de conversão em lei." (STF, 1993b, p. 02).

A peculiaridade desta atividade legiferante consiste na prática do ato por um órgão unipessoal, realizada pelo Chefe do Poder Executivo, diferente das demais normativas que decorrem de atuação congressual colegiada (DAMOUS; DINO, 2005).

Sobre o tema, HORTA apresenta a seguinte ênfase:

---

<sup>23</sup> Em relação a este assunto, CLÈVE assevera: "Se é certo que a competência normativa primária do Presidente da República concilia-se com o princípio da tripartição do poder concretizado na Carta Constitucional de 1988, não é menos certo que o executivo está impedido de valer-se do expediente para interferir nos demais órgãos constitucionais, sob pena de grave ofensa aos postulados do Estado Democrático de Direito" (CLÈVE, 1999, p. 83).



No Brasil, a iniciativa das medidas provisórias pertence, isoladamente, ao Presidente da República, juiz monocrático de sua relevância e urgência, no exercício de competência privativa (Constituição da República, art. 84 - XXVI). A posição que ocupa o Presidente da República no regime presidencial aconselha que a análise e a aplicação das medidas provisórias reflitam as peculiaridades desse regime, dentre elas o exercício monárquico do Poder Executivo pelo Presidente da República, Chefe de Estado e Chefe de Governo (HORTA, 1990, p. 13).

A Medida Provisória, entendida como espécie normativa autônoma e primária, integra processo legislativo, na forma elencada pelo artigo 59 da Constituição Federal (BRASIL, 1988a). Sua edição depende, inclusive, da existência de interesse público relevante, com submissão ao Poder Legislativo para análise e controle (DAMOUS; DINO, 2005).

Segundo CLÈVE (1999, p. 55), “considere-se que o significante lei, em sentido lato, pode ser traduzido como ato, em geral normativo, capaz de inovar, originariamente, a ordem jurídica (ato legislativo). Ou seja, com sentido de ato dotado de força de lei forma. Mais adiante o autor conclui que

Atualmente, o direito constitucional admite, em determinadas circunstâncias rigidamente disciplinadas, o exercício da função legislativa pelo Executivo. Por conseguinte, a lei não é apenas aquela editada pelo Poder Legislativo. É possível afirmar que, no atual contexto da experiência jurídica, todo ato emanado das entidades às quais a Constituição atribua função legislativa, quando praticado no uso da competência constitucionalmente outorgadas, será lei, desde uma perspectiva genérica (CLÈVE, 1999, p. 55)

José Afonso da SILVA, por seu turno, reforça que

A “força de lei” de um ato consiste na sua idoneidade para introduzir no ordenamento jurídico normas que tenham a capacidade de criar direito novo e impor obrigações; inova, como a lei, o ordenamento jurídico. Assim, um ato com *força de lei* é ato que, não provindo do Poder Legislativo, discipline assuntos de competência da lei, criando direito ou impondo obrigações (SILVA, 2007, p. 37).

Nas situações de relevância e urgência, o Poder Executivo detém competência constitucional para legislar diretamente a respeito de determinadas matérias, sendo dispensada a autorização prévia do Congresso Nacional<sup>24</sup>. Por isso, sequer há que se falar em incompatibilidade do comando

---

<sup>24</sup>Cita-se, nesta oportunidade, o entendimento firmado pelo STF a respeito do tema: “O que justifica a edição dessa espécie normativa, com força de lei, em nosso direito constitucional, é a existência de um estado de necessidade, que impõe ao Poder Público a adoção imediata de providências, de caráter legislativo, inalcancáveis segundo as regras ordinárias de legiferação,

normativo com os postulados democráticos, por expressa previsão constitucional do artigo 62 (BRASIL, 1988a).

Conquanto a Medida Provisória componha este grupo de atos, por ser editada pela Presidência da República em situações de relevância e urgência, bem como sem a intervenção prévia do Congresso Nacional. Ela “não descaracteriza a natureza jurídica do instituto nem ofende o princípio da separação dos poderes a partir de uma perspectiva contemporânea” (CLÈVE, 1999, p. 57). Por isso, lhe é atribuída eficácia imediata, além do controle *a posteriori* pelo Congresso Nacional (SILVA, 2007).

O critério de relevância, segundo Clève (1999, p. 69), deve “vincular-se unicamente à realização do interesse público”. Noutros termos, a relevância está atrelada a um critério de necessidade da edição normativa extraordinária. A urgência, por sua vez, está relacionada ao provimento do ato, inadiável, sob pena de não alcançar os fins pretendidos, seja no que tange à edição e consequente vigência, como também à sua incidência, por meio da imediata aplicação (MODENA, 2004).

Estando presentes os requisitos de relevância e urgência, seria esdrúxulo, observada a excepcionalidade da medida, imaginar uma eficácia diferida, ou seja, a edição de uma medida provisória com produção de efeitos futuros, depois de determinado átimo de tempo (CLÈVE, 2014).

A Medida Provisória, uma vez editada, tem prazo certo de vigência, correspondente a 60 (sessenta) dias, podendo ser prorrogada uma única vez por igual prazo, conforme dispõe o artigo 62, § 3º da CRFB. Porém, uma vez rejeitada ou não convertida em lei no prazo constitucional, a medida provisória perde sua eficácia desde a edição.

Portanto, se valendo do expediente em menção, a Presidência da República, editou, em 08 de julho de 2013, a Medida Provisória n.º 621. Esta ação gerou a obrigatoriedade de análise da referida norma pelo Congresso Nacional, que lhe foi submetida por intermédio da Mensagem n.º 276/2013 (BRASIL, 2013c).

---

em face do próprio *periculum in mora* que fatalmente decorreria do atraso na concretização da prestação legislativa. (...) É inquestionável que as medidas provisórias traduzem, no plano da organização do Estado e na esfera das relações institucionais entre os Poderes Executivo e Legislativo, um instrumento de uso excepcional. A emanção desses atos, pelo presidente da República, configura momentânea derrogação ao princípio constitucional da separação dos Poderes.” (STF, 1993a).

A atuação do Poder Executivo brasileiro como já afirmava Abranches em 1988, ainda centra-se no dilema institucional de encontrar no ordenamento uma eficiência capaz de agregar e processar as pressões derivadas de um quadro social de pleitos heterogêneos. O intuito dessa busca é adquirir uma solidez tendente a legitimar a atuação estatal de forma mais eficaz não só na redução das disparidades, como também na integração da ordem social, reforçada pelo presidencialismo de coalizão<sup>25</sup> (ABRANCHES, 1988, p. 7-8).

No caso em exame, as relações estabelecidas entre os Poderes Executivo e Legislativo, são afetadas pela extensão das atribuições conferidas ao Legislativo e que, de algum modo, são controladas pela presidência. Isso gera uma relação conflituosa, especialmente porque a presidência além de iniciar a legislação com a finalidade de sanar o problema evidenciado, “também tem o poder de forçar, unilateralmente, a apreciação [pelo Poder Legislativo] das matérias que introduz dentro de determinados prazos” (FIGUEIREDO; LIMONGI, 1998, p.88). Exatamente este ponto será apreciado no próximo subtópico, destacando-se a dinâmica política exercida pelo Congresso Nacional na formulação de proposições de emendas à Medida Provisória n.º 621/2013.

#### 4.3 A DINÂMICA POLÍTICA EXERCIDA PELO CONGRESSO NACIONAL

O estabelecimento das agendas pelo Congresso Nacional, segundo o entendimento de Kingdon (2013), o constitui, *a uma*, como representante do povo, repositório de inúmeras responsabilidades constitucionalmente estabelecidas e objeto de atenção da mídia e do público e; *a duas*, como produtor de 594 agendas individuais incapazes de coordenação por ausência de controle sobre as execuções ou por deficiência na capacidade de

---

<sup>25</sup> Abranches afirma que “a formação de coalizões envolve três momentos típicos. Primeiro, a constituição da aliança eleitoral, que reque negociação em torno de diretivas programáticas mínimas, usualmente amplas e pouco específicas, e de princípios a serem obedecidos na formação do governo, após a vitória eleitoral. Segundo, a constituição do governo, no qual predomina a disputa por cargos e compromissos relativos a um programa mínimo de governo, ainda bastante genérico. Finalmente, a transformação da aliança em coalizão efetivamente governante, quando emerge, com toda força, o problema da formulação da agenda” (1988, p. 27-28)

elaboração de propostas detalhadas. Por isso, pode estar à mercê de grupos de interesses, círculos eleitorais e pressões da administração, impedindo-os de estabelecer uma agenda própria.

A Casa Legislativa, em sua totalidade, é extremamente relevante se comparada aos seus membros individuais. E, quando cotejada com Poder Executivo, possui maior capacidade de escolha sobre as alternativas apresentadas, especialmente em razão dos recursos que lhe dão suporte, que, segundo Kingdon (2013), são os seguintes:

*i)* autoridade legal: As grandes mudanças que ocorrem na política doméstica exigem uma nova legislação. Na verdade, a política pública acaba sendo elaborada pelo Congresso com a qualidade de se prolongar no tempo de forma indeterminada.

*ii)* publicidade: Legisladores realizam audiências, apresentam as contas, fazem discursos e todas estas ações podem ser cobertas pela imprensa que acaba por divulgar de forma eficaz as referidas ações. Isso também se deve ao fato de que o Congresso, especialmente o Senado, acaba por ser um terreno fértil para os candidatos à presidência.

No caso brasileiro, essa premissa é constatada em relação a José Sarney de Araújo Costa (presidente no período de 1985-1990); Fernando Affonso Collor de Mello (presidente no período de 1990-1992); Itamar Augusto Cautiero Franco (presidente no período de 1992-1994); Fernando Henrique Cardoso (presidente no período de 1995-2003), e; Luiz Inácio Lula da Silva (presidente no período de 2003-2011) os quais anteriormente ocuparam uma cadeira no Congresso Nacional (BRASIL, 2015).

*iii)* Homogeneidade de informação: As informações políticas e técnicas que circulam no Congresso não decorrem de um estudo detalhado, mas de uma mistura oriunda das fontes política, acadêmica, dos grupos de pressão, da burocracia e do eleitorado, entre outros. Por isso, os membros e funcionários estão expostos a uma variedade impressionante de estudos, de informações, argumentos administrativos, vazamentos de informações, pressões de grupos de interesse, queixas regionais, preocupações da população. A combinação destes vários meios dificulta a contenção da circulação da informação que se propaga informalmente e de forma livre.

*iv*) Longevidade: Servidores estáveis, ocupantes de cargo em comissão e, especialmente, os senadores permanecem por mais tempo no exercício de suas atribuições, o que confere maior tempo para lidar com questões complexas e compreender, com mais critério, como as necessidades levadas a apreciação devem ser supridas.

Assim, os membros do Congresso Nacional, no desenvolvimento de suas ações, observam como o caráter distributivo de determinada política contemplará a região a qual representam. As manifestações também estão atreladas ao aumento da reputação de cada membro dentro do próprio Congresso, no sentido de conquistar maior eleitorado ou de se tornar reconhecido por defender determinadas práticas no âmbito do governo. O alcance desta concepção – de membro vinculado à formulação de determinada política pública – está muito mais voltado ao critério particular do congressista do que à substância do problema a ser resolvido.

O cenário apresentado permite compreender que o exercício da atribuição legislativa é, por excelência, conferida ao Congresso Nacional. O “*Poder Legislativo* é, pois, o órgão coletivo (ou conjunto de órgãos coletivos) composto de membros eleitos pelo povo (em princípio) destinado a exercer a função de legislar, além de outras que a doutrina costuma destacar” (SILVA, 2007, p. 57). Este Poder é de extrema relevância à democracia representativa, pois detém a incumbência constitucional de legislar e, ao mesmo tempo, controlar os atos do governo.

O Poder Legislativo, por determinação constitucional (artigo 62, §§ 6º e 7º), deve apreciar a medida provisória no prazo de 45 dias após sua publicação e convertê-la em lei, sob pena de instituir-se o regime de urgência e sobrestar a deliberação legislativa no Congresso Nacional até que se ultime a votação (BRASIL, 1988a; CLÈVE, 2014).

A Casa Legislativa realiza um controle jurídico e político da medida provisória, apreciando inclusive os pressupostos de sua admissibilidade. Os critérios de conveniência e oportunidade para a edição do ato sob exame pautam a manifestação parlamentar pela conversão ou rejeição da medida (FERREIRA FILHO, 2012).

O Legislativo, no procedimento de conversão, pode ampliar ou restringir o conteúdo da medida provisória, pois está autorizado a emendar de

forma aditiva, modificativa ou supressiva o teor do texto normativo originário<sup>26</sup>. Assim, os parlamentares podem, por intermédio de emendas aditivas, introduzir novas disposições no conteúdo da medida; por meio das emendas modificativas, alterar parte do instituto de regência e; mediante emendas supressivas, eliminar disposições da medida provisória analisada (MODENA, 2000, p. 115).

Todavia, a Resolução n.º 001/2002 do Congresso Nacional apresenta uma ressalva em seu artigo 4º, § 4º, ao vedar “a apresentação de emendas que versem sobre matérias estranhas àquela tratada na Medida Provisória, cabendo ao Presidente da Comissão o seu indeferimento liminar.” (BRASIL, 2002, p. 03). Esta proibição se mostra relevante porque visa resguardar o processo legislativo de conversão, evitando desvirtuar a finalidade para a qual se propôs a medida provisória (MODENA, 2000).

A Resolução em referência ainda disciplina, em seu artigo 2º, que nas 48 (quarenta e oito) horas que se seguirem à publicação no Diário Oficial da União da medida provisória adotada pelo Presidente da República, a Presidência da Mesa do Congresso Nacional fará publicar e distribuir avulsos sobre a matéria e designará comissão mista, integrada por 12 (doze) Senadores e 12 (doze) Deputados e igual número de suplentes, indicados pelos respectivos líderes, obedecida a proporcionalidade partidária ou de blocos parlamentares, para emitir parecer sobre a norma (BRASIL, 2002).

---

<sup>26</sup> O Regimento Interno da Câmara dos Deputados (RICD) apresenta, em seu artigo 118, *caput* e parágrafos, os seguintes conceitos normativos: “**Art. 118.** Emenda é a proposição apresentada como acessória de outra, sendo a principal qualquer uma dentre as referidas nas alíneas a a e do inciso I do art. 138. **§1º** As emendas são supressivas, aglutinativas, substitutivas, modificativas ou aditivas. **§2º** Emenda supressiva é a que manda erradicar qualquer parte de outra proposição. **§3º** Emenda aglutinativa é a que resulta da fusão de outras emendas, ou destas com o texto, por transação tendente à aproximação dos respectivos objetos. **§4º** Emenda substitutiva é a apresentada como sucedânea a parte de outra proposição, denominando-se “substitutivo” quando a alterar, substancial ou formalmente, em seu conjunto; considera-se formal a alteração que vise exclusivamente ao aperfeiçoamento da técnica legislativa. **§5º** Emenda modificativa é a que altera a proposição sem a modificar substancialmente. **§6º** Emenda aditiva é a que se acrescenta a outra proposição. **§7º** Denomina-se subemenda a emenda apresentada em Comissão a outra emenda e que pode ser, por sua vez, supressiva, substitutiva ou aditiva, desde que não incida, a supressiva, sobre emenda com a mesma finalidade. **§8º** Denomina-se emenda de redação a modificativa que visa a sanar vício de linguagem, incorreção de técnica legislativa ou lapso manifesto” (BRASIL, 2014, p. 100-101).

Uma vez instaurada a Comissão Mista, esta receberá as emendas<sup>27</sup> oferecidas pelos parlamentares nos seis primeiros dias que se seguirem à publicação da Medida Provisória. Esta Comissão tem a função de emitir parecer<sup>28</sup>, quanto ao mérito, pela aprovação total ou parcial ou alteração da medida provisória ou pela sua rejeição, bem como pela aprovação ou rejeição de emenda a ela apresentada. Porém, compete ao Plenário de cada uma das Casas do Congresso Nacional decidir, em apreciação preliminar, o atendimento ou não dos pressupostos constitucionais de relevância e urgência da Medida Provisória, conforme disciplina o ato regulamentar em exame.

Ao final, o processado segue para sanção presidencial, sendo este envio dispensado em caso de aprovação sem alterações da medida provisória. Nesta última hipótese, compete ao Presidente do Congresso Nacional a promulgação e a subsequente publicação, como lei, no Diário Oficial da União<sup>29</sup> (BRASIL, 2002).

Portanto, as medidas provisórias estão sujeitas à deliberação do plenário das Casas Parlamentares, que apreciarão aspectos formais e materiais, inclusive de constitucionalidade da norma extraordinária, tornando este ato originariamente precário e provisório em regra estável e duradoura.

No caso em exame, a dinâmica exercida pelo Congresso Nacional restou consolidada no PLV n.º 26/2013-CN, conforme será explicitado no capítulo seguinte, voltado a apresentar as emendas parlamentares ofertadas à Medida Provisória n.º 621/2013.

A Figura 3 contempla os itens de maior importância evidenciados neste capítulo, sinalizando o posicionamento das questões tratadas em conformidade com o Modelo de Múltiplos Fluxos (KINGDON, 2013).

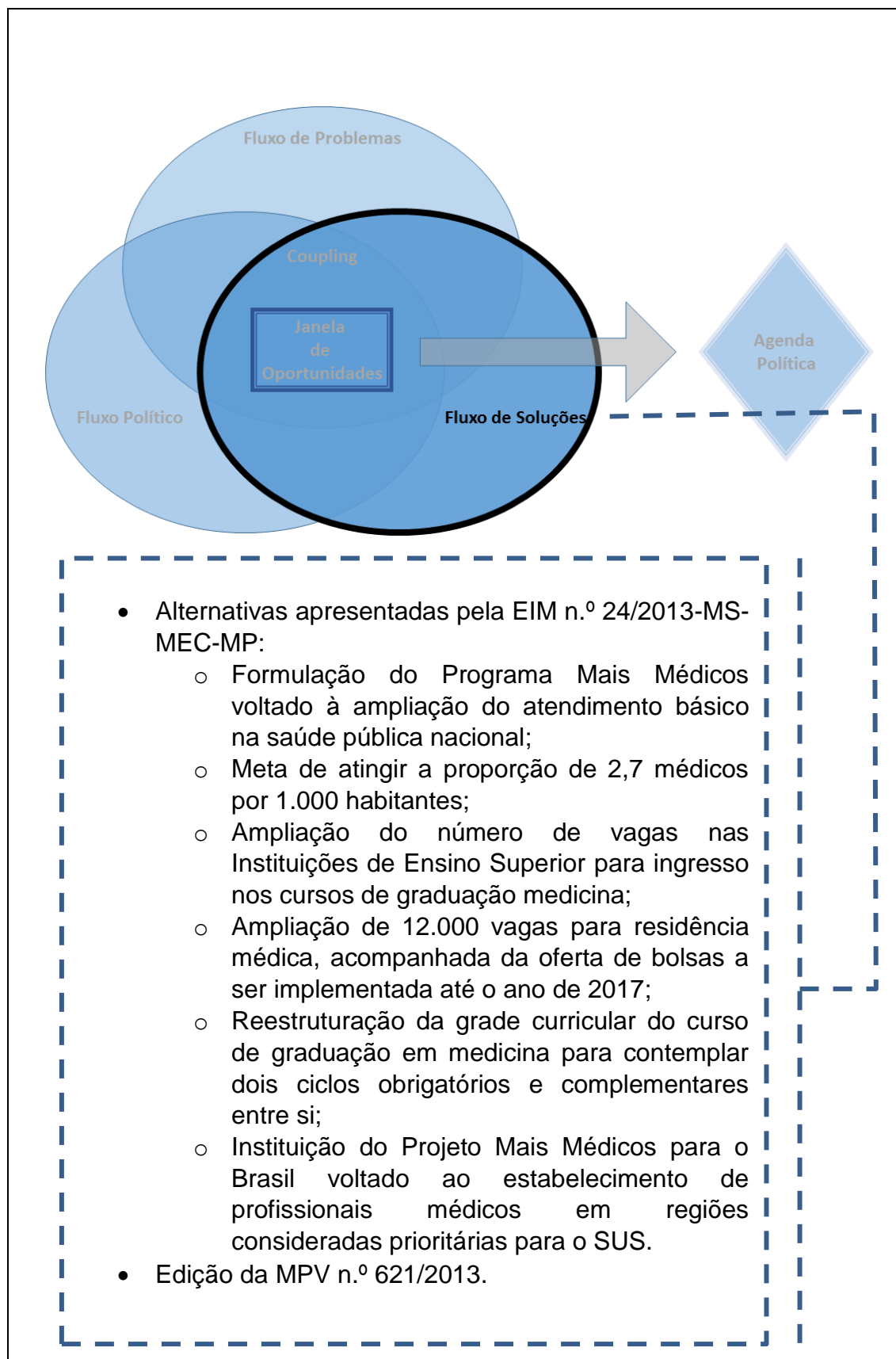
---

<sup>27</sup> Lembram Damous e Dino que a fase de conversão da medida provisória em lei traduz-se em atividade tipicamente parlamentar, “na qual as emendas ao texto original significam uma contribuição do Congresso para o aperfeiçoamento do ato do Executivo, possibilitando, inclusive, que se abram negociações visando à sua aprovação.” (DAMOUS; DINO, 2005, p. 112)

<sup>28</sup> O RICD, em seu artigo 126, dispõe que “parecer é a proposição com que uma Comissão se pronuncia sobre qualquer matéria sujeita a seu estudo” (BRASIL, 2014, p. 103).

<sup>29</sup> O STF, no Recurso Extraordinário n.º 217.194 fixou o seguinte precedente: “Conversão em lei das medidas provisórias, sem alteração substancial do seu texto: ratificação do ato normativo editado pelo presidente da República. Sanção do chefe do Poder Executivo. Inexigível. Medida provisória alterada pelo Congresso Nacional, com supressão ou acréscimo de dispositivos. Obrigatoriedade da remessa do projeto de lei de conversão ao presidente da República para sanção ou veto, de modo a prevalecer a comunhão de vontade do Poder Executivo e do Legislativo” (STF, 2001).

FIGURA 3 – FLUXO DE SOLUÇÕES PARA A SAÚDE PÚBLICA



Fonte: A Autora (2015) com base em Kingdon (2013).



## 5 O FLUXO DE POLÍTICA (*POLITICAL STREAM*) E A TRAMITAÇÃO DAS PROPOSIÇÕES DE EMENDAS PARLAMENTARES

O fluxo de política, como abordado no item 2.1, flui de forma independente aos fluxos de problemas e de soluções. É composto pelo estado de espírito público, pelas campanhas dos grupos de pressão, pelos resultados eleitorais, pelas distribuições partidárias ou ideológicas do Congresso nacional e pelas mudanças de administração. Além disso, possui poderoso efeito sobre a agenda, a proeminência de novos temas e o arquivamento de outros, pelas mais variadas razões.

Kingdon (2013) ao analisar a política pela perspectiva da formulação das políticas públicas vislumbra-a como algo intrínseco à fase pré-decisória, e ao processo de tomada de decisão política. Neste fluxo, é atribuída relevância ao humor nacional, às mudanças de opinião pública, aos movimentos sociais, entre outros eventos que indicam a propensão dos pensamentos que norteiam a sociedade e impactam diretamente na formulação da agenda e nos resultados políticos. Estes elementos constituem o terreno fértil à germinação e ao crescimento de ideias a serem recepcionadas pela sociedade.

O humor nacional apresenta-se, ao mesmo tempo, como propulsor e opressor dos temas, ao elevá-los, ou não, à agenda governamental. Sua oscilação é considerada tão inevitável quanto o movimento de um pêndulo. O deslocamento dos temas influi diretamente no fluxo de política que se move para a esquerda num determinado ponto do tempo e, na sequência, para a direita, em sintonia com o humor nacional<sup>30</sup> (KINGDON, 2013).

---

<sup>30</sup>A respeito da identificação do humor nacional, o autor faz o seguinte apontamento: "Onde o humor realmente reside, e como as pessoas sentem o seu conteúdo? Uma resposta bastante clara é que o humor não reside necessariamente no público de massa. Operacionalmente, poderíamos pesquisar por amostragem o público em massa para discernir as preferências populares que compõem o humor nacional ou o clima e isso é o que estudiosos costumam fazer. Mas, para especialistas em políticas e até mesmo para os políticos, essas amostragens estão um pouco fora de questão" (KINGDON, 2013, p. 148 – tradução livre pela autora). Mais adiante, o autor responde ao seu próprio questionamento, nos seguintes termos: "Se o humor nacional não reside no público de massa, onde pode ser encontrado? E como, especificamente, as pessoas que estão no governo podem senti-lo? Acho difícil dar respostas muito precisas. Geralmente, as autoridades do governo e seus subordinados mais próximos têm muita experiência com os conjuntos de públicos mais atentos, ativistas e as elites políticas no país. Ouvem os líderes dos grupos de interesse, tanto em Washington quanto nos palanques; leem os editoriais dos jornais; ministram palestras e escutam perguntas e

Diante das variadas fontes de percepção do humor nacional, o processo de detecção deste estado de espírito, segundo Kingdon (2013), passa a ser de duas maneiras: **(1)** os políticos eleitos julgam o humor nacional no contato direto com a população, seja por meio de delegações ou de pessoas mais próximas a eles; **(2)** os funcionários não eleitos percebem o estado de espírito nacional a partir do que ouvem dos políticos.

Numa tradução livre do que o autor afirma, “os políticos têm seus dedos no pulso nacional, pois é seu negócio e seu meio de subsistência fazê-lo” (KINGDON, 2013, p. 149). Ou seja, pelo fato do humor nacional ter o poder de refletir ou ecoar os eventos ocorridos em nível governamental, os atores governamentais acreditam que dito humor pode refletir diretamente nos resultados eleitorais, no orçamento e também na receptividade de certas alternativas apresentadas pelos decisores políticos. Esta compreensão justifica o constante monitoramento, pelos agentes políticos, do humor nacional.

As forças políticas organizadas também participam na movimentação do fluxo de políticas. Neste lugar atuam os cientistas políticos, ocorrem as pressões de grupos de interesses, a mobilização política e a atuação das elites políticas. Os atores que compõem esta arena também conseguem extrair uma compreensão sobre o clima nacional e, por isso, buscam equilíbrio com a finalidade de que suas alternativas penetrem a agenda.

Neste setor, é difícil estabelecer uma precisão sobre o discernimento, o apoio ou a oposição atribuídos a determinado item. A análise envolve a percepção dos fluxos de comunicação sobre o tema, além de suposições decorrentes dos índices de intensidade oriundos da comunicação. O equilíbrio será encontrado na análise implícita dos recursos utilizados pelos diversos grupos. É neste ponto que reside uma das principais razões para a inércia governamental (KINGDON, 2013), pois a existência de grupos favoráveis a programas governamentais existentes dificultam a apreciação de novas soluções.

Além das oscilações do humor nacional e do equilíbrio buscado pelas forças políticas organizadas, os eventos que ocorrem dentro do próprio

---

comentários em reuniões; analisando como os eventos públicos estão sendo cobertos pelas mídias geral e especializada; falam com militantes do partido e outros políticos que supostamente têm seus ouvidos voltados para a base” (KINGDON, 2013, p. 149 – tradução livre pela autora).

governo são de extrema relevância para a condução do fluxo político. Os eventos que ocorrem no âmbito das administrações trazem consigo mudanças marcantes nas agendas políticas e oportunizam a elevação de algumas propostas, bem como a coibição de outras. Assim, a obediência aos processos estabelecidos, a rotatividade de pessoal, as repartições de competência são capazes de redesenhar as fronteiras da administração pública e estabelecer uma verdadeira batalha entre os Poderes (KINGDON, 2013).

A atuação destes atores dentro do fluxo de política pauta-se no consenso que se forma, em grande medida, por meio do processo de persuasão e difusão. A barganha também é praticada e estabelecida entre os diversos atores que formam coligações na busca pelo apoio decorrente da coalizão. O objetivo consiste no atingimento dos fins perseguidos pelos atores relacionados entre si, na busca por benefícios mútuos. Isso justifica a participação dos atores interessados no processo de discussão. Esta inclinação – para interagir e compartilhar informações e posicionamentos – decorre do receio de perder a oportunidade de apresentar suas propostas e tratar de peculiaridades consideradas interessantes em relação ao assunto posto em discussão (KINGDON, 2013).

Portanto, o fluxo de política se apresenta como importante promotor ou inibidor do status da agenda. Todos os atores importantes no sistema (não apenas os políticos) são capazes de julgar se o equilíbrio de forças estabelecido dentro do fluxo favorecerá as ações que se pretende desenvolver ou não. Estes atores também são qualificados para avaliar se o público está apto a, ao menos, tolerar as direções que se pretendem seguir sobre determinado tema, pois caso isso não ocorra, certamente recuarão em suas ações.

É exatamente neste contexto que circulam as proposições de emendas apresentadas pelos parlamentares em relação ao Projeto de Lei de Conversão n.º 26/2013-CN. Os parlamentares, além de realizarem o controle sobre as ações exercidas unilateralmente pela chefia do Poder Executivo, também apresentam as alternativas por eles consideradas mais adequadas para sanar o problema evidenciado, com o objetivo de otimizar a Medida Provisória n.º 621/2013, inicialmente editada pela presidência da república, nos termos a seguir apresentados.

## 5.1 AS PROPOSIÇÕES DE EMENDAS APRESENTADAS AO PLV N.º 26/2013-CN

Chegado o estudo a estas alturas, pode-se admitir que a interferência do Poder Estatal na predeterminação das regras que regem a conduta social depende da escolha a ser realizada pelos decisores políticos dentre as alternativas apresentadas pelos atores políticos. No caso da formulação do Programa Mais Médicos, esta prática perpassa a fiscalização e análise do Poder Legislativo. Isto, por si só, evidencia que a tomada de decisão, bem como a busca por alternativas, são práticas intrínsecas ao ato de governar e legislar, especialmente quando as ações praticadas por estes poderes visam a realização de programas políticos (SILVA, 2007).

A análise que se segue decorre da apreciação das proposições de emendas apresentadas pelos parlamentares (Senadores e Deputados Federais) junto ao Projeto de Lei de Conversão n.º 26/2013-CN. A instrumentalização do estudo se deu mediante a tabulação dos dados consubstanciados nas seguintes variáveis: parlamentar; cargo político; partidos políticos; unidade da federação; finalidade da emenda (aditiva, modificativa ou supressiva); dispositivo legal discutido; situação da emenda (acolhida, rejeitada ou retirada pelo autor).

Para análise, as proposições de emenda foram classificadas em áreas, definidas pela autora, com base nos capítulos e nos temas correlatos que compõem a Medida Provisória nº 621/2013, acompanhada da síntese da justificativa ofertada pelo parlamentar. A exposição se pautará numa correlação do maior para o menor número de proposições de emendas apresentadas, com base na seguinte organização:

- **Área 1 – Capítulo IV – Do Projeto Mais Médicos para o Brasil (artigos 7º a 16):** Trata das proposições de emendas apresentadas aos artigos 7º a 16 da MPV n.º 621/2013 que instituem o Projeto Mais Médicos para o Brasil e estabelecem a forma de seleção e ocupação das vagas ofertadas para esta finalidade; o prazo para realização do curso de aperfeiçoamento; a responsabilidade pela supervisão

profissional e pela orientação acadêmica; a atribuição de coordenação administrativa do projeto; o estabelecimento de bolsa a ser concedida aos médicos integrantes do Projeto; as penalidades aplicáveis aos participantes, dentre outras peculiaridades.

- **Área 2 – Capítulo III – Da formação médica no Brasil (artigos 4º a 6º):** Versa sobre as proposições de emendas apresentadas em relação às alterações estabelecidas em relação aos artigos 4º a 6º da MPV n.º 621/2013m. Referem-se à reestruturação da grade curricular do curso de medicina, onde restou disciplinada a abrangência, a partir de 1º de Janeiro de 2015, de dois ciclos distintos e complementares de formação, enquanto componentes curriculares obrigatórios; a permissão para o exercício profissional da medicina exclusiva para as atividades do segundo ciclo; bem como, a readequação da matriz curricular dos cursos de medicina, dentre outros.
- **Área 3 – Capítulo II – Da autorização para funcionamento de cursos de medicina (artigo 3º):** Contempla as proposições de emendas apresentadas ao artigo 3º da MPV n.º 621/2013, que aborda os procedimentos a serem adotados para a autorização e o funcionamento de cursos de graduação em medicina por instituições de educação superior privada.
- **Área 4 – Novos dispositivos:** Aborda proposições de emendas referentes a assuntos correlatos à MPV n.º 621/2013, mas que não foram originariamente previstos no instrumento legal objeto do PLV n.º 26/2013-CN.
- **Área 5 – Capítulo V – Disposições Finais (artigos 17 a 27):** Compreende as proposições de emendas apresentadas em relação às regras para os acordos e instrumentos de cooperação com organismos internacionais e instituições de educação superior nacionais e estrangeiras, além da transformação de cargos públicos; da contratação de instituição financeira oficial para realizar as atividades

relacionadas aos pagamentos das bolsas destinadas aos profissionais vinculados ao Programa; da autorização à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) para conceder bolsas para ações de saúde, ressarcir despesa; da isenção de impostos sobre os valores recebidos a título de bolsa, entre outros.

- **Área 6 – Outras leis:** Engloba as proposições de emendas parlamentares que não se relacionam com o objeto da Medida Provisória n.º 621/2013. A título de exemplo, cita-se a proposição de emenda n.º 21, que visa a alteração da Lei n.º 8.906/1994. Sua finalidade é desobrigar a realização, pelos bacharéis em direito, do Exame da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) (BRASIL, 2013c, p. 40). No mesmo sentido se apresenta a proposição de emenda n.º 216, que objetiva a alteração da Lei Complementar n.º 123/2006. Esta proposição visa ampliar às microcervejarias e vinícolas a opção pelo Simples Nacional (BRASIL, 2013c, p. 295-296). No mesmo grupo se insere a proposição de emenda n.º 218 voltada a alterar a última Lei Complementar mencionada para estender para a erva mate os benefícios já proporcionados a outras cadeias produtivas relacionadas à dispensa de contribuição para o PIS/PASEP e COFINS (BRASIL, 2013c, p. 299-300). A construção desta área é relevante em razão da expressa dicção legal, contida no artigo 4º, §4º da Resolução n.º 01/2002-CN, que veda a apresentação de proposições de emendas que versem sobre matéria estranha àquela tratada na Medida Provisória (BRASIL, 2002).

- **Área 7 – Capítulo I – Disposições Gerais (artigos 1º e 2º):** Cinge-se às proposições de emendas parlamentares voltadas à redação originária atribuída aos artigos 1º e 2º da MPV n.º 621/2013, que institui o Programa Mais Médicos, relaciona seus objetivos e estabelece as ações a serem adotadas para sua realização. Dentre os objetivos dos parlamentares a respeito desta área, encontra-se o desejo de ampliar o escopo do Programa Mais Médicos para alcançar outros profissionais da saúde, tal como sugerido pelo Deputado

Federal Carlos Magno, (PP/RO), na proposição de emenda n.º 355 (BRASIL, 2013a, p. 511-512).

- **Área 8 – Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos (REVALIDA):** Compreende as proposições de emendas parlamentares apresentadas em relação à aplicação do REVALIDA, seja sugerindo a redação de um novo dispositivo ou atacando as regras estabelecidas na MPV n.º 621/2013 que dispensa a revalidação do diploma pelos médicos intercambistas participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil.
- **Área 9 – Prestação de serviço militar obrigatório:** Abrange as proposições de emendas que oferecem alternativas aos concluintes do primeiro ciclo do curso de graduação em medicina prestadores do serviço militar obrigatório no segundo ciclo, ajustando esta atividade ao Programa Mais Médicos.
- **Área 10 – Alteração da Lei n.º 10.260/2001:** Abrange as proposições de emendas parlamentares que visam alterar as regras atinentes ao Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior (FIES). O objetivo é readequar a norma em referência aos ditames estabelecidos pelo Programa Mais Médicos, especialmente em relação ao segundo ciclo obrigatório para os estudantes do curso de graduação em medicina.
- **Área 11 – Ementa:** Refere-se à proposição de emenda n.º 353, oferecida pelo Deputado Federal Carlos Magno, afiliado ao PP/RO, que visa substituir a expressão “Programa Mais Médicos” contida na ementa da MPV n.º 621/2013 pelo termo “Mais Profissionais de Saúde”. A justificativa a esta proposição consiste em ampliar o escopo de alcance do programa para outros profissionais da área da saúde (BRASIL, 2013c, p. 472).

As variáveis foram apreciadas com a utilização do *software* Gephi (GEPHI CONSORTIUM *et al.*, 2014), de código aberto, destinado à construção e visualização de gráficos de rede. O objetivo desta investigação é demonstrar graficamente as relações estabelecidas entre parlamentares, partidos políticos, áreas, Unidades Federativas (UF), dispositivos e a situação das proposições de emendas, facilitando-se a análise de dados complexos.

O *software* utilizado torna mais amistosa a visualização de um grande número de cruzamento de dados ao facilitar a análise de ligação entre diversas variáveis que, neste estudo, estão contidas no Projeto de Lei de Conversão n.º 26/2013-CN, conforme adiante demonstrado, em gráficos de rede de modelo circular.

A tabulação dos dados que fundamentam os gráficos de rede decorreu do mapeamento de todas as proposições de emenda parlamentares. Para tanto, contabilizou-se cada um dos dispositivos que foram objeto de adição, supressão ou modificação do texto originário atribuído à Medida Provisória n.º 621/2013. O resultado deste mapeamento totalizou 1.733 (um mil setecentos e trinta e três) sugestões de alteração da Medida Provisória em referência.

O gráfico relativo à identificação dos grupos de interesses (Gráfico 7), todavia, seguiu metodologia diversa. Neste caso, o levantamento dos dados decorreu da análise das justificativas apresentadas, em relação às quais houve a classificação como: inéditas, idênticas ou similares entre si. A partir deste levantamento foram realizadas as ligações entre os parlamentares proponentes das emendas e seus respectivos partidos políticos.

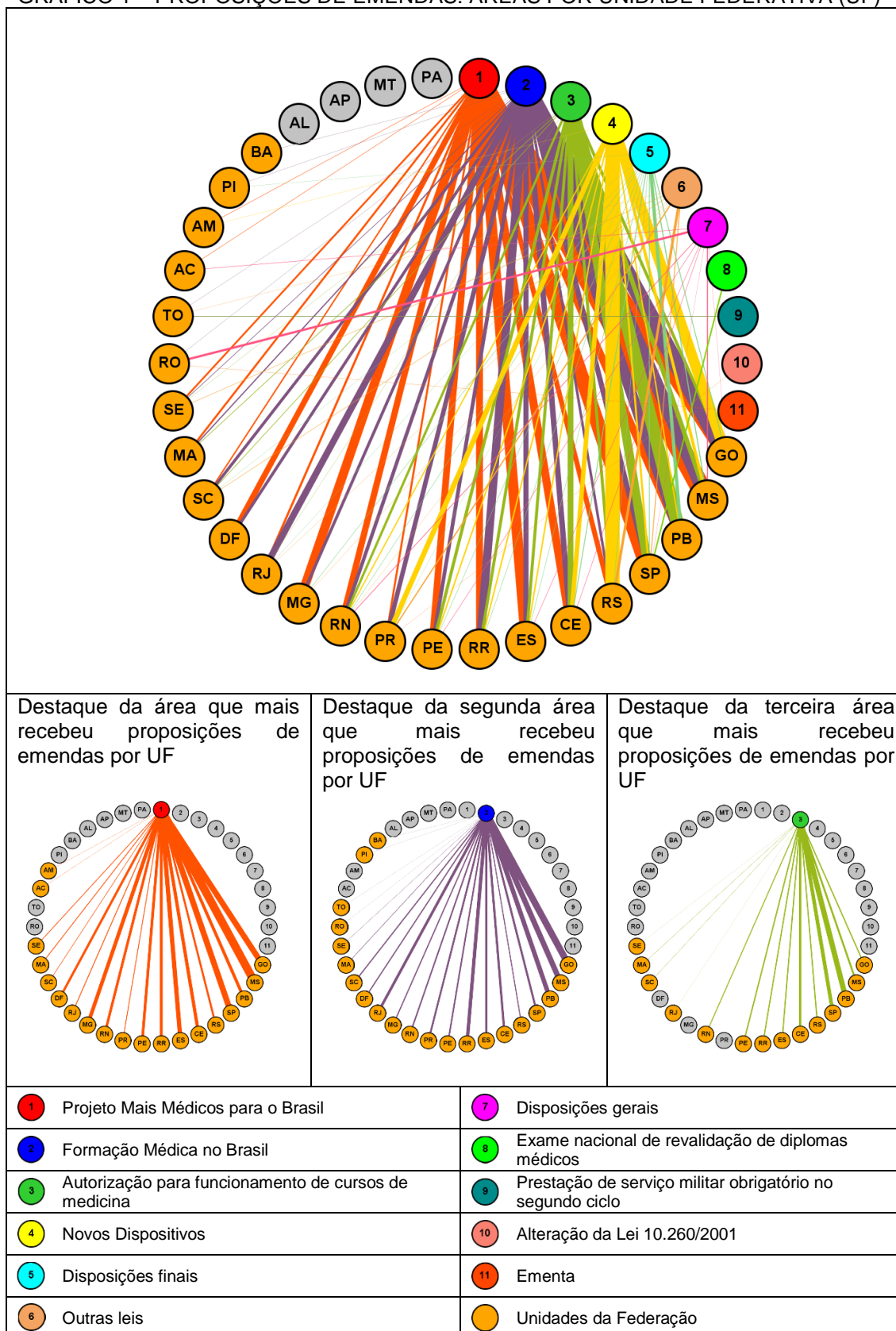
Este desenvolvimento metodológico diferenciado decorre do fato de as justificativas apresentadas pelos parlamentares conterem motivação pessoal, frente à grande probabilidade de os parlamentares sugerirem a mesma alteração do dispositivo originário da Medida Provisória n.º 621/2013, por motivações distintas.

Os dados utilizados para elaboração dos gráficos de rede estão disponíveis no Apêndice, padronizados com a mesma identificação atribuída a cada gráfico que se segue.

Na sequência, apresenta-se o Gráfico 1, onde são identificadas as proposições de emendas por Unidade Federativa (UF).



GRÁFICO 1 – PROPOSIÇÕES DE EMENDAS: ÁREAS POR UNIDADE FEDERATIVA (UF)



Fonte: A Autora (2015) com base no PLV n.º 26/2013-CN.

Inferese do Gráfico 1 que o principal tema de articulação entre os parlamentares, na qualidade de representantes das Unidades Federativas, cinge-se ao Projeto Mais Médicos para o Brasil. Todavia, constata-se que as duas questões subsequentes – formação médica no Brasil e autorização para o funcionamento no curso de medicina – se somadas, superam a discussão travada sobre o tema principal.

Conquanto os decisores políticos tenham atribuído grande relevância ao Programa Mais Médicos, deduz-se, ainda, que os parlamentares, representantes dos estados de Alagoas (AL), Amapá (AP), Mato Grosso (MT) e Pará (PA), estiveram fora das discussões do Projeto de Conversão da Lei n.º 26/2013.

A respeito do tema principal (Projeto Médicos para o Brasil – Área 1), 04 (quatro) estados permaneceram inertes, quais sejam: Tocantins (TO), Bahia (BA), Piauí (PI) e Rondônia (RO). Por outro lado, o segundo tema mais discutido, que versa sobre a formação médica no Brasil (Área 2), apenas dois estados não se manifestaram: Amazonas (AM) e Acre (AC). Esse dado evidencia uma maior preocupação dos atores envolvidos com o processo de formação médica do que com o escopo do programa consistente na ampliação do acesso da população aos profissionais médicos.

Constata-se que os estados do Maranhão (MA), da Bahia (BA) e o Distrito Federal (DF) limitaram suas manifestações apenas em relação aos três primeiros temas mais discutidos (Áreas 1 a 3). O DF restringiu-se aos dois primeiros temas (Áreas 1 e 2) e a BA apenas ao segundo tema (Área 2). Em contrapartida, o estado de SP foi o que ofertou sugestões em relação ao maior número de temas, ao apresentar proposições de emendas às primeiras oito áreas.

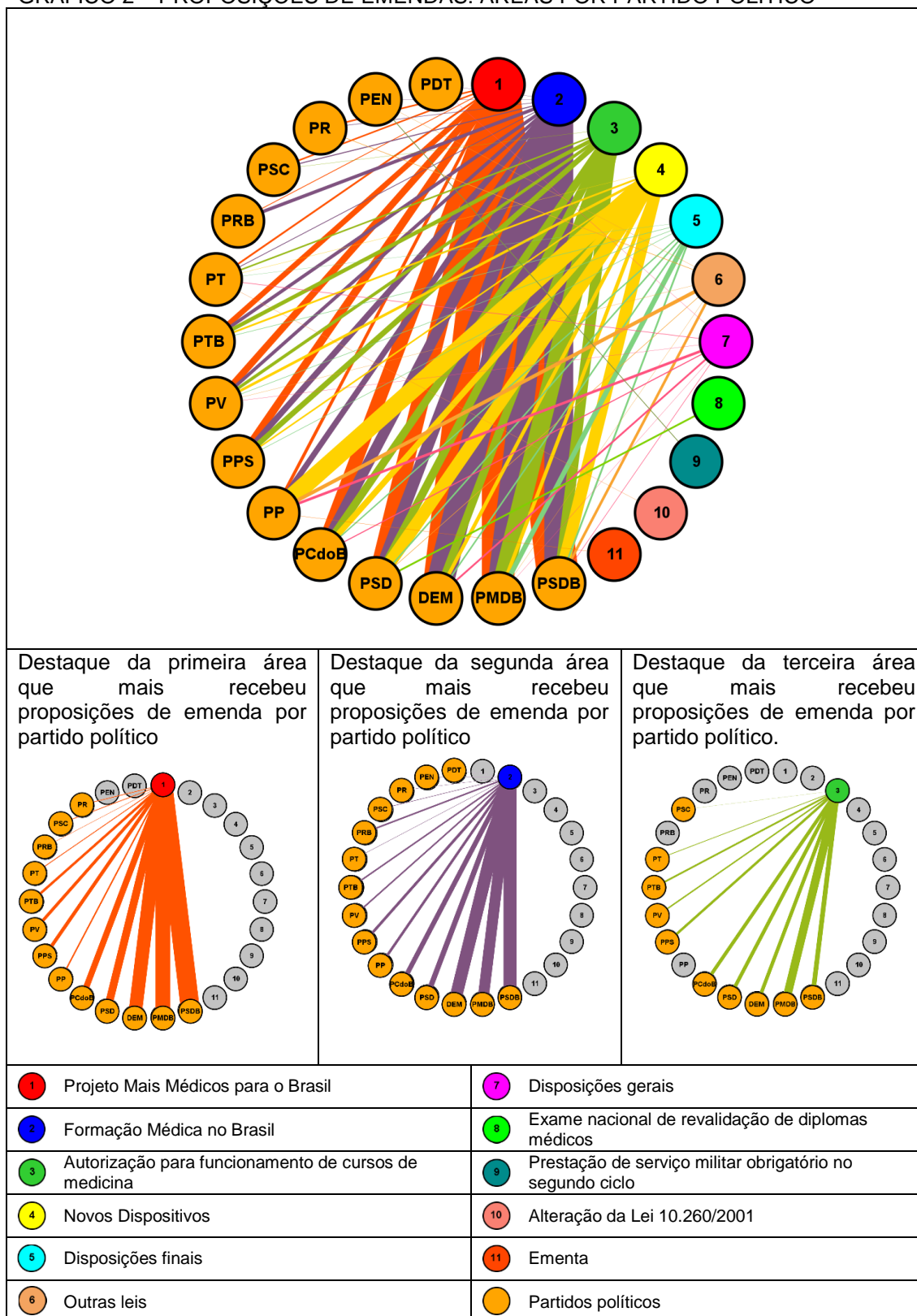
Quantitativamente, os estados de GO, MS e PB foram os que mais apresentaram proposições de emendas, constituindo 226, 216 e 183, respectivamente.

Em contrapartida, os quatro últimos temas (Áreas 08 a 11) foram discutidos apenas por uma Unidade Federativa cada: exame nacional de revalidação de diplomas médicos – Área 8 (SP); prestação de serviço militar obrigatório no segundo ciclo – Área 9 (TO); Alteração da Lei 10.260/2001 – Área 10 (PR), e; ementa – Área 11 (RO).

O Apêndice A identifica o quantitativo de proposições de emendas apresentadas por área em relação aos representantes de cada UF.

Na sequência, o Gráfico 2 representa graficamente a proposição de emendas por partido político em relação a cada uma das áreas inicialmente identificadas.

GRÁFICO 2 – PROPOSIÇÕES DE EMENDAS: ÁREAS POR PARTIDO POLÍTICO



Fonte: A Autora (2015) com base no PLV n.º 26/2013-CN.

Conforme se infere deste Gráfico 2, numa ordem quantitativa, foram apresentadas 628 proposições de emendas ao Projeto Mais Médicos para o

Brasil (Área 1); 490 em relação à formação médica no Brasil (Área 2), e; 258 para a autorização para o funcionamento no curso de medicina (Área 3). Somadas a segunda e a terceira áreas superaram, em mais de 19%, a quantidade de proposições apresentadas em relação à Área 1, considerado o tema principal sobre o qual recaíram as proposições de emendas apresentadas.

Ofertaram proposições de emendas os atores filiados aos seguintes partidos políticos: DEM, PCdoB, PDT, PEN, PMDB, PP, PPS, PR, PRB, PSC, PSD, PSDB, PT, PTB e PV, sendo que não participaram dos embates atinentes ao principal tema (Área 1) os atores filiados ao PEN e PDT. No segundo tema (Área 2) houve a participação de atores filiados a todos os partidos políticos envolvidos. Por fim, no terceiro item mais discutido (Área 3), atores filiados a cinco partidos políticos não se manifestaram, quais sejam: PDT, PEN, PP, PR e PRB.

Foram propostas emendas por apenas um partido às seguintes Áreas: 8 (PSD); 9 (PEN); 10 (PT) e 11 (PP).

Ressalta-se que as ligações mais fortes estabelecidas em relação ao principal tema decorrem dos atores filiados ao PSDB (160 proposições apresentadas), PMDB (125 proposições apresentadas) e DEM (114 proposições apresentadas). Esta análise evidencia a participação de grupos de oposição (DEM e PSDB) e da base do governo (PMDB) pretendendo, de alguma forma, alterar os dispositivos inicialmente apresentados pelo Poder Executivo. Essa conjuntura demonstra que por questões pontuais as articulações políticas desconsideraram as opções trazidas pela situação em prol de um objetivo comum, especialmente em razão das forças de articulação estabelecidas entre os grupos de interesses, conforme será evidenciado no subcapítulo a seguir.

Todos os resultados extraídos da análise proposta revelam o exercício da força política organizada na arena em discussão, bem como as noções de pressão de grupos de interesse<sup>31</sup> e de mobilização política, enquanto componente essencial à formulação de uma política pública, em sintonia com os preceitos desenvolvidos por Kingdon (2013).

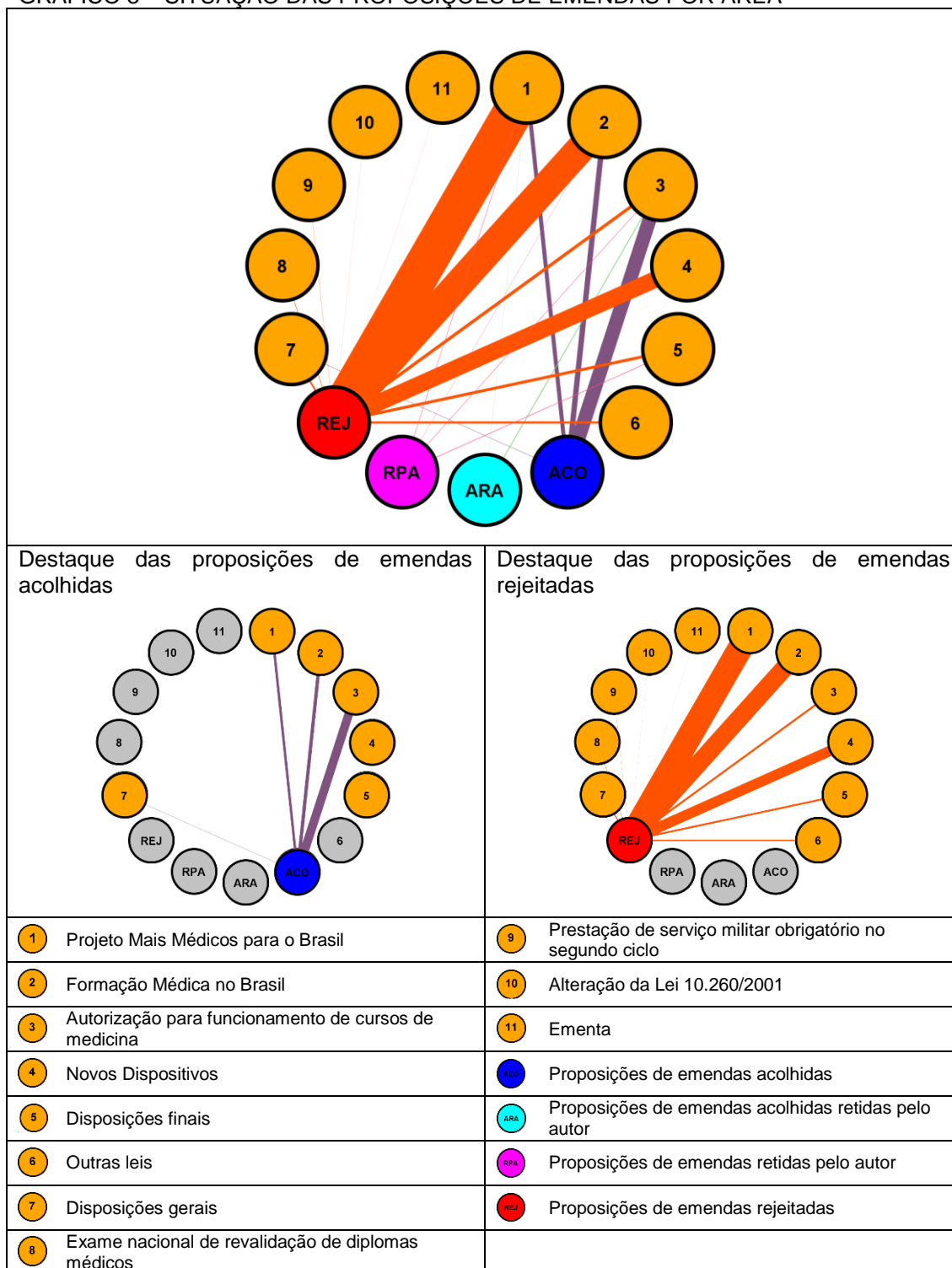
---

<sup>31</sup> Os grupos de interesse, por seu turno, receberão análise mais detalhada no item 5.2.

O Apêndice B identifica o quantitativo de proposições de emendas apresentadas por área em relação aos partidos políticos.

O Gráfico 3, adiante, permite distinguir a situação das proposições de emendas apresentadas: acolhidas; acolhidas e retiradas pelo autor; retiradas pelo autor, e; rejeitadas.

GRÁFICO 3 – SITUAÇÃO DAS PROPOSIÇÕES DE EMENDAS POR ÁREA



Fonte: A Autora (2015) com base no PLV n.º 26/2013-CN.

Como apresentado graficamente (Gráfico 3), apesar do grande número de proposições de emendas apresentadas, a sua maioria, equivalente a 78,48%, foi rejeitada, enquanto apenas 19,45% foram acolhidas.

Em relação aos dois primeiros temas (Áreas 1 e 2), o percentual de rejeição foi ainda maior e corresponde a 89,75% e 83,88%, respectivamente. Já o terceiro tema (Área 3) sofreu índice menor de rejeição, com apenas 17,05%.

Em relação às proposições de emendas acolhidas, a Área 1, apresentaram o menor índice de acolhimento entre os três principais temas, correspondente a 9,08%. Por outro lado, as proposições de emenda relativas às Áreas 2 e 3 obtiveram, respectivamente, 15,51% e 76,36% de acolhimento.

As proposições de emendas às Áreas 6, 8, 9, 10 e 11 foram todas rejeitadas. Todavia, destaca-se o índice de rejeição atribuído à Área 4, o qual recebeu 236 proposições, das quais apenas a emenda de n.º 131 foi acolhida.

Referida proposição foi apresentada pela Deputada Roseane Ferreira do PV/PR e sugere um novo dispositivo a ser incorporado à Medida Provisória n.º 621/2013, contendo a seguinte redação “Art. A União destinará recursos federais que garantam a adequada infraestrutura física e os serviços de apoio ao diagnóstico e terapêutico necessários a execução dos serviços médicos dispostos nesta Lei.” (BRASIL, 2013c, p. 183).

A justificativa apresentada para esta adição foi assim redigida:

O incremento no número de médicos em regiões carentes pelo serviço desses profissionais é uma medida necessária e urgente que busca cumprir com a universalidade, equidade e integralidade - princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS). Porém, atrair médicos para as regiões prioritárias para o SUS não será suficiente se tal proposta não será suficiente se tal proposta não for acompanhada de recursos que melhorem a infraestrutura disponível para que esses profissionais possam atuar com efetividade.

Com o incremento de mais 10 mil médicos - previsão do Ministério da Saúde - serão necessários recursos federais para equipar as unidades básicas de saúde, os hospitais e demais unidades de saúde garantindo condições viáveis e adequadas para a execução de serviços de saúde de qualidade.

A emenda que ora apresentamos busca assegurar condições dignas de trabalho a médicos brasileiros e estrangeiros, bem como àqueles que se beneficiarão dos serviços de saúde nosso país. (BRASIL, 2013c, p. 183).

O Parecer n.º 58/2013-CN, exarado pela Comissão Mista sobre a Medida Provisória n.º 621/2013 que institui o Programa Mais Médicos, de relatoria do Deputado Rogério Carvalho, fundamenta que referida proposição de emenda foi contemplada em razão dos requisitos para os cursos de



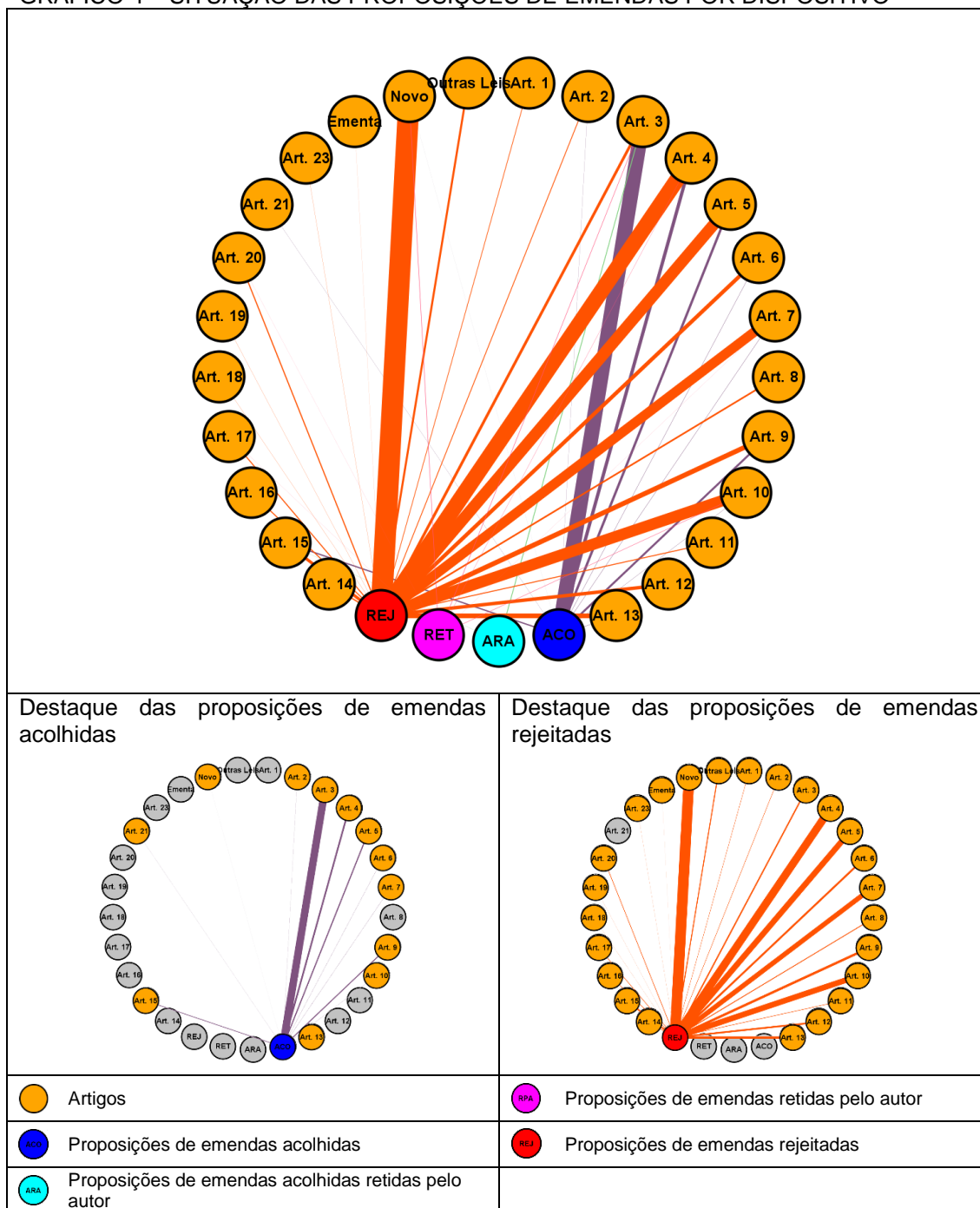
graduação e residência, do Contrato de Ação Pública e das metas assinaladas (BRASIL, 2013c, p. 768).

O acolhimento da proposição de emenda em referência pode ser verificado na nova redação atribuída ao artigo 3º da Lei 12.871/2013 (BRASIL, 2013a).

O Apêndice C identifica o quantitativo de proposições de emendas apresentadas por área, acolhida; acolhida e retirada pelo autor; bem como rejeitada, e; retirada pelo autor.

O Gráfico 4, exposto na sequência, explicita o quantitativo de proposições de emendas apresentadas por dispositivo, bem como sua respectiva situação (rejeitada, retirada pelo autor, acolhida e retirada pelo autor e acolhida). A visualização deste gráfico permite concluir que o maior quantitativo de proposição de emendas apresentadas foi em relação aos novos dispositivos (área 4), totalizando 287 proposições, seguida do artigo 4º (252 proposições) – Área 2 – e do artigo 3º (250 proposições) – Área 3.

GRÁFICO 4 – SITUAÇÃO DAS PROPOSIÇÕES DE EMENDAS POR DISPOSITIVO



Fonte: A Autora (2015) com base no PLV n.º 26/2013-CN.

O Gráfico 4 revela que, no geral, o artigo 3º (Área 3) foi o dispositivo com maior número de proposições acolhidas, correspondendo a 197 recepções. Esse valor equivale a 58,46% da totalidade de proposições de emendas admitidas. Em contraposição, foram apresentados 287 novos dispositivos (Área 4), dos quais 280 foram rejeitados, representando 20,59% da totalidade de rejeições.

O artigo 3º, como anteriormente apontado, diz respeito à autorização para o funcionamento de cursos de medicina e, a partir das proposições de emendas apresentadas, passa a explicitar os requisitos a serem cumpridos pelas unidades hospitalares que objetivem a autorização para o funcionamento do curso de medicina, conforme se infere dos novos §§ 5º, 6º e 7º, assim redigidos:

§ 5º O Ministério da Educação, sem prejuízo do atendimento aos requisitos previstos no inciso II do § 1º deste artigo, disporá sobre o processo de autorização de cursos de Medicina em unidades hospitalares que:

- I - possuam certificação como hospitais de ensino;
- II - possuam residência médica em no mínimo 10 (dez) especialidades; ou
- III - mantenham processo permanente de avaliação e certificação da qualidade de seus serviços.

§ 6º O Ministério da Educação, conforme regulamentação própria, poderá aplicar o procedimento de chamamento público de que trata este artigo aos outros cursos de graduação na área de saúde.

§ 7º A autorização e a renovação de autorização para funcionamento de cursos de graduação em Medicina deverão considerar, sem prejuízo de outras exigências estabelecidas no Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (Sinaes):

I - os seguintes critérios de qualidade:

- a) exigência de infraestrutura adequada, incluindo bibliotecas, laboratórios, ambulatorios, salas de aula dotadas de recursos didático-pedagógicos e técnicos especializados, equipamentos especiais e de informática e outras instalações indispensáveis à formação dos estudantes de Medicina;
- b) acesso a serviços de saúde, clínicas ou hospitais com as especialidades básicas indispensáveis à formação dos alunos;
- c) possuir metas para corpo docente em regime de tempo integral e para corpo docente com titulação acadêmica de mestrado ou doutorado;
- d) possuir corpo docente e técnico com capacidade para desenvolver pesquisa de boa qualidade, nas áreas curriculares em questão, aferida por publicações científicas;

II - a necessidade social do curso para a cidade e para a região em que se localiza, demonstrada por indicadores demográficos, sociais, econômicos e concernentes à oferta de serviços de saúde, incluindo dados relativos à:

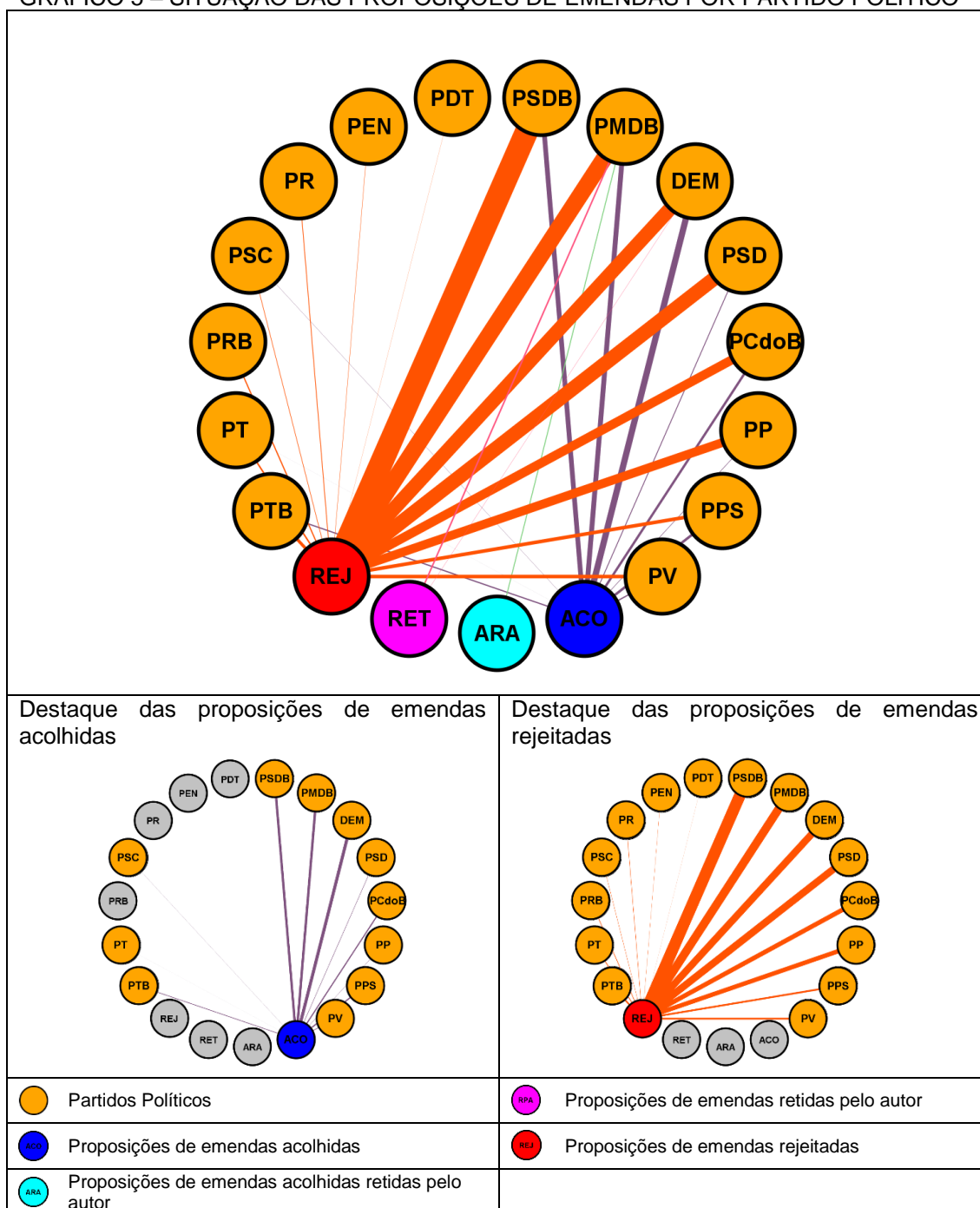
- a) relação número de habitantes por número de profissionais no Município em que é ministrado o curso e nos Municípios de seu entorno;
- b) descrição da rede de cursos análogos de nível superior, públicos e privados, de serviços de saúde, ambulatoriais e hospitalares e de programas de residência em funcionamento na região;
- c) inserção do curso em programa de extensão que atenda a população carente da cidade e da região em que a instituição se localiza (BRASIL, 2013a).

As proposições de emenda aprovadas evidenciam a ampliação dos requisitos anteriormente exigidos pela Presidência da República em relação à autorização para o funcionamento dos cursos de medicina no país.

O Apêndice D identifica o quantitativo de proposições de emendas apresentadas por dispositivo, acolhida; acolhida e retirada pelo autor; bem como rejeitada, e; retirada pelo autor.

O Gráfico 5, abaixo, demonstra a situação das proposições de emenda por partido político, de onde se extrai que os partidos que mais apresentaram proposições foram: PSDB (376 proposições); PMDB (324 proposições), e; DEM (277 proposições).

GRÁFICO 5 – SITUAÇÃO DAS PROPOSIÇÕES DE EMENDAS POR PARTIDO POLÍTICO



Fonte: A Autora (2015) com base no PLV n.º 26/2013-CN.

O DEM, conforme ilustra o Gráfico 5, foi o partido político com o maior número de acolhimento das proposições de emendas apresentadas, totalizando 84 acolhimentos; seguido do PMDB, com 66 proposições de emenda acolhidas, e; do PSDB, perfazendo o montante de 64 acolhimentos.

Conquanto esses números, o maior índice de acolhimento em relação ao quantitativo de proposições apresentadas foi de 41,46%, obtido pelo PPS, e este percentual corresponde ao acolhimento de 34 proposições. O DEM foi o segundo partido com o maior número de proposições de emendas admitidas, ao satisfazer 30,32% de suas pretensões. Por conseguinte, o PTB foi contemplado com o acolhimento de 29,31% de suas proposições, obtendo êxito em 17 propostas oferecidas.

O índice geral de proposições acolhidas foi de 19,45%, enquanto o índice de rejeição ficou estabelecido em 78,48%, sendo que 2,07% das proposições de emendas foram retiradas pelos autores.

Dentro do grupo de rejeição, situação difícil foi a vivenciada pelos parlamentares filiados aos partidos PDT, PEN, PR e PRB, pois nenhuma de suas proposições de emenda foi acolhida, consubstanciando, para os partidos referidos, 100% de rejeição.

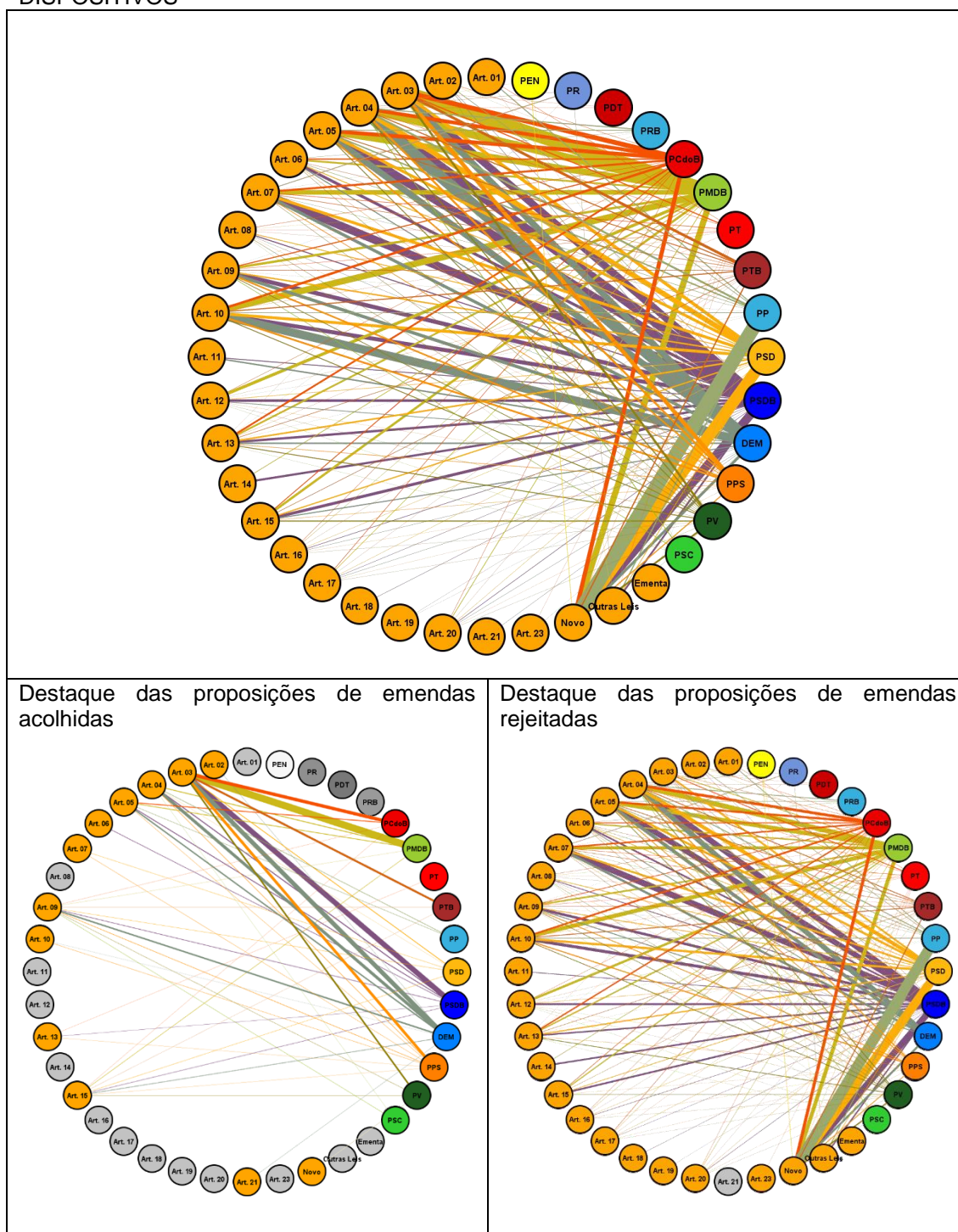
Outra observação relevante consiste na identificação de que todos os partidos participantes tiveram, ao menos, duas proposições de emenda rejeitadas, conforme pontuado no Apêndice E.

Este gráfico ainda permite identificar a retirada de proposições de emendas apresentadas pelos autores filiados aos partidos DEM e PMDB, em relação às quais inexistiu uma justificativa para o ato. Um último detalhe expressivo sobre esta análise consiste na situação vivenciada pelo PMDB, o qual retirou 13 proposições, as quais mesmo assim foram acolhidas pela Comissão Mista do Congresso Nacional.

O Apêndice E identifica o quantitativo de proposições de emendas apresentadas por partido político, acolhida; acolhida e retirada pelo autor; bem como rejeitada, e; retirada pelo autor.

O Gráfico 6, exposto em seguida, revela as proposições de emendas apresentadas pelos partidos políticos em relação a todos os dispositivos que compõem a MPV n.º 621/2013.

GRÁFICO 6 – PROPOSIÇÕES DE EMENDAS DOS PARTIDOS POLÍTICOS POR DISPOSITIVOS



Fonte: A Autora (2015) com base no PLV n.º 26/2013-CN.

Este Gráfico 6 demonstra os partidos políticos que mais apresentaram proposições em relação a um dispositivo específico da Medida Provisória n.º 621/2013, quais sejam: PP, com 77 proposição em relação aos novos dispositivos (Área 4); PMDB, com 74 proposições relacionadas ao artigo 3º (Área 3), e; DEM com 63 proposições de emenda ao artigo 4º (Área 2).

O dispositivo com mais proposições acolhidas por partido político, isoladamente, foi o artigo 3º (Área 3), pois o PMDB obteve 25,89% de acolhimento neste item. Por conseguinte, 19,29% das proposições de emendas apresentadas pelo PSDB para este dispositivo foram acolhidas; ainda, 16,24% das proposições apresentadas pelo DEM em relação ao artigo em menção foram acolhidas. A soma dos percentuais apresentados pelos partidos políticos referidos totaliza 61,42% das proposições de emendas acolhidas em relação à autorização para o funcionamento de cursos de medicina (Área 3).

O PT, por seu turno, teve apenas a proposição de emenda n.º 398 acolhida. Referido acolhimento refere-se ao artigo 15 da Medida Provisória (Área 1) que diz respeito à isenção do imposto de renda sobre os valores recebidos a título de bolsa-formação, bolsa-supervisão e bolsa-tutoria.

O DEM e o PSDB foram os partidos políticos que mais tiveram proposições rejeitadas em relação a um dispositivo específico, sendo o DEM com 45 proposições de emendas rejeitadas quanto ao artigo 10 (Área 1) e o PSDB com 42 rejeições em relação às proposições de emendas oferecidas em ao artigo 4º (Área 2).

Os Apêndices F a H relacionam o quantitativo de proposições de emendas por partidos políticos, considerando as seguintes variáveis: emendas por dispositivo; acolhidas por dispositivo e rejeitadas por dispositivo, respectivamente.

A configuração desta pesquisa, ao explicitar não só a atuação dos partidos políticos, como também os temas considerados mais relevantes pela perspectiva do quantitativo de proposições de emendas apresentadas, sejam elas acolhidas, rejeitadas ou retiradas pelo autor, permite ir adiante para identificar a influência exercida pelos grupos de interesse, grupos de pressão, *lobbies* e partidos políticos sobre os *decision makers* na formulação do Programa Mais Médicos, nos termos adiante exposto.

## 5.2 A INFLUÊNCIA EXERCIDA SOBRE A AGENDA PELOS GRUPOS DE INTERESSE, GRUPOS DE PRESSÃO, *LOBBIES* E PARTIDOS POLÍTICOS

Os grupos de interesses são variados e esta característica revela a importância dos sujeitos que os compõem. Kingdon (2013) tem por objetivo avaliar o impacto que os referidos grupos têm sobre a formação da agenda, a construção e a escolha de alternativas, bem como sobre a convergência dos fluxos de problemas, de soluções e de política.

Segundo Kingdon (2013) os grupos de interesses se estabelecem e são mais influentes nas áreas em que o grande público está pouco envolvido. Nestas situações, o governo se vê compelido a lidar com os interesses estabelecidos por estes grupos. Em geral, quanto mais baixo o partidatismo, a ideologia e a visibilidade das campanhas sobre determinadas questões, mais relevante será a atuação dos grupos de interesses com vistas a exercer o seu domínio sobre a política.

Os diferentes grupos de interesses estão estabelecidos no comércio e na indústria, em categorias profissionais, em grupos de interesses público e autoridades governamentais como lobistas<sup>32</sup>. No âmbito da saúde sobressaem os grupos de interesses formados pelo comércio e pela indústria, além dos profissionais médicos, estruturados organizadamente por meio dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina.

Todavia, para a compreensão das ações desenvolvidas pelos grupos de interesses na formulação de políticas públicas de saúde no âmbito brasileiro, torna-se relevante ir além das proposições de Kingdon (2013) para analisar não só a figura dos grupos de interesses, como também dos grupos de pressão e dos *lobbies*. Esta prática tem por finalidade entender como os variados grupos se destacam do contexto social para buscar a satisfação de suas pretensões.

---

<sup>32</sup> A respeito dos *lobbies*, CLÈVE apresenta o seguinte raciocínio: “Os legislativos modernos procura, como o Executivo, cercar-se de especialistas competentes. Com esse intuito, melhoram radicalmente as assessorias parlamentares. Por outro lado, os *lobbies* procuram levar aos parlamentares informações indispensáveis para a tomada de decisão. Mas o auxílio dos *lobbies* não é desinteressado. As informações por eles oferecidas, parciais por excelência, não devem ser utilizadas, pelos parlamentares, sem um certo cuidado.” (CLÈVE, 2000, p. 53).



A conceituação e a diferenciação entre grupos de interesse, grupos de pressão e *lobby* sofre de constante ambiguidade e diversidade, tornando-se uma matéria problemática. Porém, como afirmam Santano e Netto (2014, p. 3), “grupos de interesse, grupos de pressão e lobby são termos distintos entre si. Juntos eles formam uma “grande família” dentro do jogo democrático, mas não se confundem, uma vez que cada um tem um perfil”.

Os *grupos de interesses* são constituídos por cidadãos organizados ou associados entre si com base em aspirações, ideias, concepções e pretensões comuns. Esse compartilhamento visa fortalecer o atingimento dos objetivos comuns, no sentido de satisfazer as pretensões desta coletividade identificada. Neste caso, a atuação conjunta afasta a fraqueza que permeia influência individual na participação política<sup>33</sup>. Portanto, os grupos de interesses são inerentes ao sistema democrático e decorrem desta identificação de propósitos com vistas ao alcance das finalidades comuns ao grupo (GONÇALVES, 2012).

O que distingue o grupo de interesses do grupo social, portanto, decorre deste último não ambicionar objetivos gerais voltados a influenciar o poder público ou a sociedade. Já a prática de ações compartilhadas pelos grupos de interesses visa influenciar as políticas públicas de forma a favorecê-los.

As atividades dos grupos de interesses podem afetar a agenda especialmente no que tange às alternativas consideradas pelos decisores políticos. Isso pode se dar de forma **(1)** positiva, promovendo novos cursos de ação do governo ou **(2)** negativa, buscando bloquear mudanças na política pública. Isso evidencia a relevância dos grupos de interesses na definição da agenda e na apresentação de alternativas, porque são capazes de promover novos temas na agenda ou até defender certas propostas (KINGDON, 2013).

No caso do Programa Mais Médicos, houve uma divisão entre grupos defensores e opositores ao Programa, onde cada qual apoiava o interesse da coletividade a quem representava. Esta divergência restou evidenciada na audiência pública, ocorrida em 25 de novembro de 2013, convocada pelo

---

<sup>33</sup> Numa tradução livre de Truman, grupo de interesses pode ser definido como “qualquer grupo que, com base em uma ou mais atitudes compartilhadas, formula reivindicações contra outros grupos da sociedade voltados estabelecimento, manutenção ou ampliação de formas de comportamento que são consequências da reivindicação e estão implícitas nas atitudes compartilhadas” (TRUMAN, 1960, p. 33).

ministro Marco Aurélio, junto ao STF, quando foram ouvidos 24 expositores, entre representantes de entidades do governo, do Ministério Público e da sociedade civil<sup>34</sup>.

A audiência pública foi realizada com o objetivo de subsidiar o julgamento das Ações Diretas de Inconstitucionalidade (ADIs) sob n.º 5035 e n.º 5037, que contestam dispositivos da Medida Provisória (MPV) 621/2013 (STF, 2013a; STF, 2013b). Este evento permitiu a identificação de três grupos:

**(1)** Defensores do Programa: Advocacia Geral da União (AGU); Ministério da Saúde (MS); Ministério da Educação (MEC); Confederação Única dos Trabalhadores (CUT); Frente Nacional de Prefeitos (FNP); Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS); Associação Nacional do Ministério Público de Defesa da Saúde (AMPASA); Conectas - Organização Não Governamental em Defesa dos Direitos Humanos; Associação Ordem dos Bacharéis do Brasil.

**(2)** Opositores ao Programa: Associação Médica Brasileira (AMBR); Conselho Federal de Medicina (CFM); Associação Médica Nacional Dra. Maíra Fachini (AMN-MF); Confederação Nacional dos Trabalhadores Liberais Universitários Regulamentados (CNTU); Federação Nacional dos Médicos (FENAM); Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM); Associação Nacional dos Médicos Residentes; DEM (Partido Político Democratas).

**(3)** Neutros em relação ao Programa: Ministério Público do Trabalho (discorda da forma de contratação estabelecida na MPV n.º 621/2013); Coordenadoria Nacional de Combate às Irregularidades Trabalhistas (consolidou entendimento de que a inserção no serviço público deve ocorrer por intermédio de concurso público, em atendimento aos ditames constitucionais); Ipea (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada); Tribunal de Contas da União (TCU). Este grupo, embora apresente discordâncias pontuais, manifesta-se expressamente no sentido de ocupar uma posição de neutralidade, pois seus componentes prestam informações sobre o sistema de saúde atual ou exercem o controle, inclusive, orçamentário e financeiro da União em relação ao sistema de saúde como um todo.

---

<sup>34</sup> Para uma compreensão mais aprofundada sobre a audiência pública, confira a divulgação realizada junto ao *site* do STF (<http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=254389&caixaBusca=N>) que apresenta a cobertura completa do evento (STF, 2013c).

Em linhas gerais, as manifestações favoráveis ao Programa Mais Médicos pautam-se na alegação de que a sua formulação visa conferir efetividade à universalização do sistema de saúde nacional ao ampliar o acesso à rede de atenção básica de saúde. O objetivo do Programa, seguindo esta linha, seria impedir a precarização dos serviços de saúde pública.

As manifestações contrárias, por seu turno, atacam diversos pontos da MPV n.º 621/2013 instituidora do Programa Mais Médicos, sob o argumento de que a realização do Programa, nos moldes originariamente instituído pelo Poder Executivo, geraria prejuízos à saúde pública. A título de exemplo, sustentam:

**a)** ser imprescindível a revalidação do diploma dos médicos intercambistas;

**b)** a ingerência estatal na autonomia dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina ao retirar-lhes a competência de expedir registro profissional aos participantes do Projeto Mais Médicos, bem como de avaliar a qualidade dos profissionais médicos ao suprimir a possibilidade de fiscalizar o exercício profissional através da análise documental para o exercício de medicina;

**c)** a infringência ao princípio da isonomia que deveria nortear a participação dos médicos, oriundos de instituições de ensino superior nacional e intercambistas, no Projeto Mais Médicos;

**d)** a ofensa aos princípios da igualdade e proporcionalidade ao ofertar tratamento diferenciado à população, vez que seria devido um atendimento igualitário entre pobres e ricos, residentes em periferias ou em grandes centros urbanos;

**e)** a afronta ao princípio da autonomia universitária no que tange ao processo de revalidação dos diplomas dos médicos participantes do Projeto Mais Médicos, dentre outros.

Os argumentos contrários à formulação do Programa Mais Médicos foram representados nas proposições de emendas oferecidas pelos parlamentares ao Projeto de Lei de Conversão n.º 26/2013-CN. Ditas proposições, além de atacar as disposições consignadas na MPV n.º 621/2013, sugerem alternativas à formulação do Programa.

A análise pormenorizada das justificativas explicitadas pelos parlamentares será objeto de estudo posterior, a ser apresentado no próximo capítulo. Por ora, a análise centra-se na pressão exercida pelos grupos de interesse, e seu impacto na agenda governamental.

A mobilização dos grupos de interesses com o objetivo de sensibilizar a agenda governamental decorre da barganha exercida com vistas a apresentar recomendações, emitir comunicados, enviar delegações e estimular os aliados a praticarem ações semelhantes. Essas ações podem chamar a atenção da equipe governamental. Porém, é difícil atribuir exclusivamente aos grupos de interesses a responsabilidade pelo surgimento e a ascensão de determinados temas à agenda, pois os problemas geralmente recebem enfoque a partir de um conjunto de fatores que passam a exigir consideração governamental (KINGDON, 2013).

Portanto, são excepcionais as situações de elevação de determinado tema à agenda governamental somente pela força da pressão exercida pelos grupos de interesse. E, mesmo que ditos grupos consigam elevar um tema ao debate político, o controle sobre a discussão acaba sendo exercido pelos Poderes Executivo e Legislativo (KINGDON, 2013; HOWLETT, RAMESH, PERL, 2009).

Noutros termos, embora os grupos de interesses tenham a capacidade de articular a subida de determinadas matérias à agenda governamental, eles exercem pouco controle sobre as alternativas consideradas e o resultado decorrente da tomada de decisão política.

O trabalho dos grupos de interesses consiste, na maioria das vezes, em exercer um estímulo primário para chamar a atenção governamental. Mas, uma vez o assunto estando na agenda, os grupos de interesses não conseguem impedir as considerações e alternativas suscitadas, tampouco controlar a tomada de decisão (HOWLETT, RAMESH, PERL, 2009).

Os *grupos de pressão*, por seu turno e, em linhas gerais, são uma espécie dos grupos de interesse, qualificados como gêneros. Os grupos de pressão constituem uma organização formal que age na busca, por meio do exercício da pressão junto aos agentes políticos, do atendimento de seus interesses. Os indivíduos que os compõem desenvolvem um conjunto de atividades imbuídos de interesses em comuns, mediante o uso de sanções

positivas (prêmios) ou negativas (punições), com vistas a influenciar os decisores políticos no processo decisório (SANTOS, 2007; GONÇALVES, 2012).

Como afirmam Bobbio, Matteucci e Pasquino, os grupos de pressão são

grupos organizados que, embora tendo, [sic] em mira influenciar sobre a distribuição dos recursos numa sociedade, seja para mantê-la sem alteração, seja para introduzir mudanças em seu favor, não participam diretamente no processo eleitoral e por isso mesmo não estão interessados em gerir *in próprio* o poder político, e sim em aproximar-se dele com facilidade e freqüência e a influenciar as opções (BOBBIO; MATTEUCCI; PASQUINO, 1988, p. 565).

A distinção entre os grupos de interesses e os grupos de pressão decorre exatamente da ação da pressão exercida por estes últimos que visam o cumprimento de suas pretensões. Por isso, os grupos de pressão instrumentalizam os recursos de poder disponíveis para influenciar, pressionar e coagir, ultrapassando a articulação de interesses para a busca de influência sobre o processo decisório. Ou seja, parte-se de uma atuação sobre o sistema social para o sistema político (SANTOS, 2007).

As ações desenvolvidas pelos grupos de pressão sempre são analisadas pelo poder público. Por outro lado, a atuação dos grupos de interesses somente passarão pelo crivo do poder público quando forem afetas a alguma política pública. A distinção relativa à influência destes grupos decorre do próprio objetivo dos grupos de interesses que pode estar desvinculado de uma ação ou omissão estatal. Portanto, os grupos de pressão são organizações formais que visam pressionar o poder público e atuam no nível político, tendo por finalidade de introduzir mudanças em seu favor (SANTOS, 2007).

Os *lobbies*, no âmbito do Brasil, decorrem dos grupos de interesses e de pressão (SANTANO; NETTO, 2014). Ainda, constituem-se com a finalidade de realizar uma comunicação ativa entre as diversas esferas que compõem a organização política. Para tanto, os *lobbies* preceituam a participação social em grupos decisórios políticos no país, cujo efeito reflexo consiste em favorecer a transparência pública e o combate à corrupção.

Como afirmam Bobbio, Matteucci e Pasquino,

É o processo por meio do qual os representantes de grupos de interesses, agindo como intermediários, levam ao conhecimento dos legisladores ou dos *decision-makers* os desejos de seus grupos. *Lobbying* é portanto e sobretudo uma transmissão de mensagens do Grupo de pressão aos *decision-makers*, por meio de representantes especializados (em alguns casos, como nos Estados Unidos, legalmente autorizados), que podem ou não fazer uso da ameaça de sanções (BOBBIO; MATTEUCCI; PASQUINO, 1998, p. 563-564).

Em que pesem as diversas conceituações atribuídas aos *lobbies*, para fins deste estudo, eles são entendidos como a ação de agentes específicos, oriundos dos grupos de pressão e destinados a influenciar as decisões governamentais com a finalidade de atenderem aos seus interesses<sup>35</sup>. Isto é, os *lobbies* atuam na qualidade de representantes democráticos, técnico-especializados, de interesse de agentes identificáveis, visando beneficiá-los (OLIVEIRA, 2005; MANCUSO, GOZETTO, 2011).

Para o desenvolvimento de suas atividades, o lobista pode ser empregado de uma organização. Faz parte de suas atividades rotineiras, inclusive, o contato direto com um círculo de profissionais e uma rede de *lobbies* com vistas a trocar informações, gerar novos conhecimentos e construir coalizões (GRAZIANO, 1997; OLIVEIRA, 2004).

Trata-se, portanto, de uma atuação dinâmica e fluída, cujos lobistas penetrarão os interesses dos grupos a que são afetos dentro das diversas esferas governamentais. No âmbito do Poder Legislativo, por exemplo, esta prática pode prestar-se a reduzir as incertezas dos parlamentares em relação aos temas alçados à discussão (MANCUSO, 2003; ZAMPIERI, 2013).

Portanto, o *lobby* pode ser utilizado na defesa de interesses públicos e privados. Seu perfil (tais como econômico, cultural, dentre outros), está atrelado aos objetivos do grupo a que representa, seja público, institucional, classista, privado, e assim por diante (OLIVEIRA, 2004).

Os *partidos políticos*, recebem conceituação legal e, segundo o Código Civil, artigo 44, V, são pessoas jurídicas de direito privado que “se apresentam

---

<sup>35</sup> Santano e Netto (2014, p. 6) sustentam que “o processo de formação de *lobbies* é muito natural desde o momento que um grupo resolve se organizar em torno a uma causa comum (tornando-se, assim, um grupo de interesse) e que inicia estratégias para influenciar o poder político em favor próprio (tornando-se grupos de pressão). Com a instrumentalização de recursos de poder e de influência nesses grupos de pressão, há a formação do *lobby*, que pode ou não ser completada com a integração de profissionais treinados (contratados ou não) para atuar exclusivamente no papel de lobistas”.

como uma reunião de indivíduos visando à condução da administração pública em atenção a diretrizes ideológicas comuns, ou ainda, à realização de oposição e fiscalização àqueles que estão momentaneamente no poder” (OLIVEIRA, 2012, p. 374).

Sobre a ideologia presente no poder político, Silva (2007) assevera:

quando o Poder Executivo exerce o poder de iniciativa, apresentando um projeto de lei ao Parlamento, está atuando a sua ideologia de governo e se esforça para que a regulamentação da matéria contida no projeto seja adotada, porque configurativa da posição ideológica que informa seu programa de realizações governamentais. A oposição, por seu turno, procura introduzir, no projeto, emendas que desfigurem os princípios nele consubstanciados, primeiramente para impedir a atuação do programa político do governo, depois, a fim de estabelecer o contraste entre os dois programas, com o fito de criar condições eleitorais futuras (SILVA, 2007, p. 137).

Não obstante a influência da carga ideológica, os partidos políticos têm como meta ocupar uma posição de destaque junto aos poderes políticos para elevarem suas propostas à agenda política. Perseguem, com isso, o atendimento de seus interesses e o atingimento deste objetivo serve como motivação à competição eleitoral e ao próprio pluralismo político.

É interessante observar que os partidos políticos distinguem-se dos grupos de pressão, ao menos em três funções, quais sejam: **(1)** o exercício da competição eleitoral; **(2)** a gestão direta do poder político, e; **(3)** a expressão democrática. Estas três funções são desempenhadas exclusivamente pelos partidos políticos. Por outro lado, as funções de: **(1)** intermediar as relações entre a sociedade e o governo; **(2)** transmitir os questionamentos político aos decisores políticos; **(3)** realizar o recrutamento político, e; **(4)** exercer ativamente a participação política e a integração social, são plenamente desempenhadas tanto pelos grupos de pressão quanto pelos partidos políticos (BOBBIO, MATTEUCCI, PASQUINO, 1998; SANTOS, 2007).

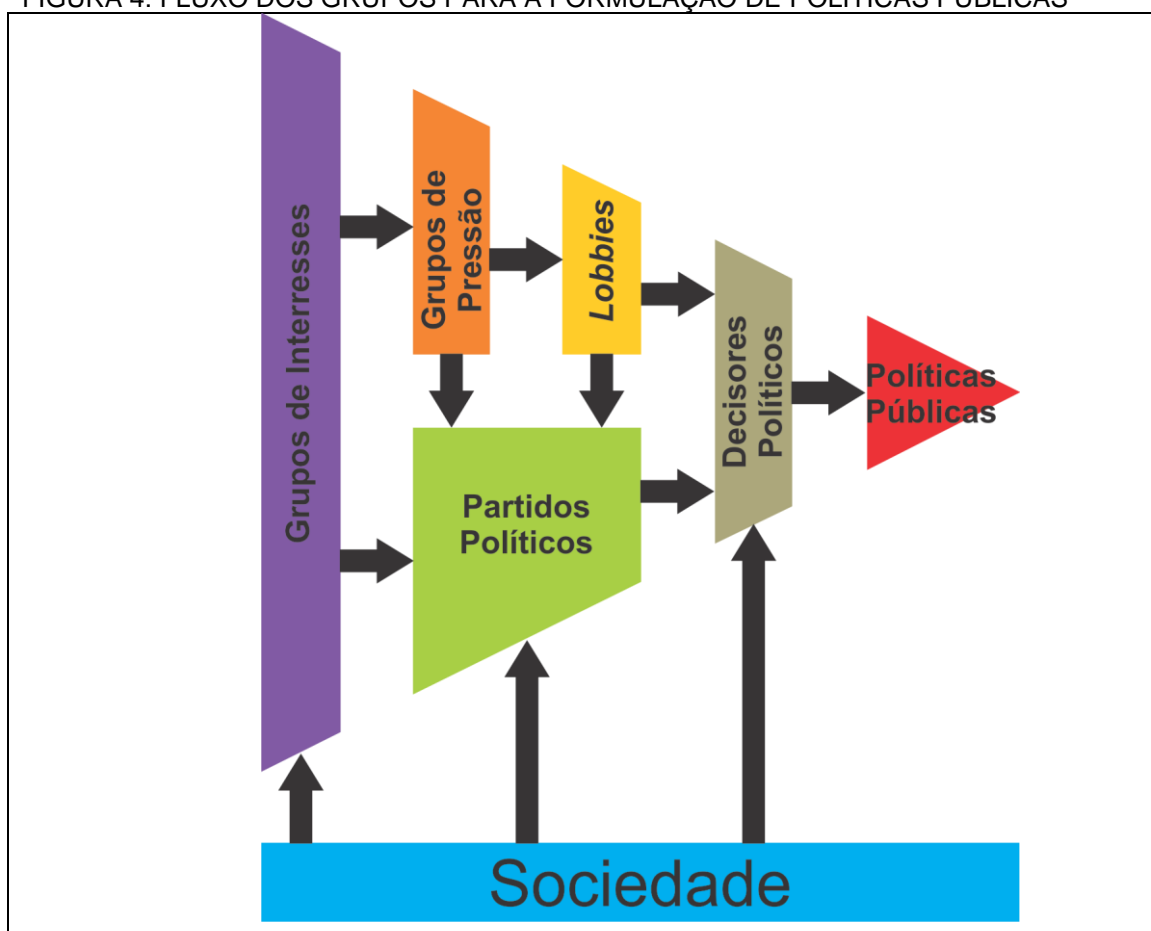
Em síntese, os grupos podem ser vislumbrados como as diversas formas de relação estabelecidas entre os subconjuntos que compõem a organização social.

Em linhas gerais, a sociedade, a partir dos grupos latentes e potenciais, contempla em seu bojo os grupos de interesse. Destes derivam os grupos de pressão e, partindo desta última conformação, constituem-se os

*lobbies*, os quais instrumentalizam recursos de poder destinados a influenciar os partidos políticos que, por sua vez, voltam suas ações aos tomadores de decisão política.

No caso do Programa Mais Médicos, todas as ações desempenhadas pela sociedade, pelos grupos de interesses e de pressão, pelos *lobbies* e pelos partidos políticos concentram-se nas minúcias sobre a formulação da política pública em exame, cujas ações concentram-se no convencimento dos tomadores de decisão, conforme evidenciado na Figura 4.

FIGURA 4: FLUXO DOS GRUPOS PARA A FORMULAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS



Fonte: A Autora (2015) com base em Santano e Netto (2014).

Como se infere da Figura 4, a distribuição das forças apoderadas pelos partidos políticos, pelas organizações burocráticas, pelas corporações e pelas próprias redes de poder corporativo, portanto, têm sua abrangência destinada a influenciar os tomadores de decisão no âmbito do Estado (HELD, 1991; KINGDON, 2013).



Desse modo, a formulação de políticas públicas, em atendimento ao regime democrático, não decorre apenas dos grupos latentes ou potenciais que compõem a sociedade como um todo. Também está vinculada aos grupos de interesse, aos *lobbies* e aos partidos políticos. Cada qual, ao desempenhar seu papel, permite a análise das diversas facetas que contemplam o atendimento, pelo Estado, dos interesses sociais.

Feita esta digressão, torna-se necessário seguir adiante no estudo da formulação do Programa Mais Médicos para explicitar a atuação dos grupos de interesses formados a partir dos representantes dos diversos partidos políticos que participaram do PLC n.º 26/2013-CN, a seguir apresentado.

### 5.3 A ATUAÇÃO DOS PARLAMENTARES PERTENCENTES A GRUPOS DE INTERESSES PARA A CONVERGÊNCIA DOS FLUXOS

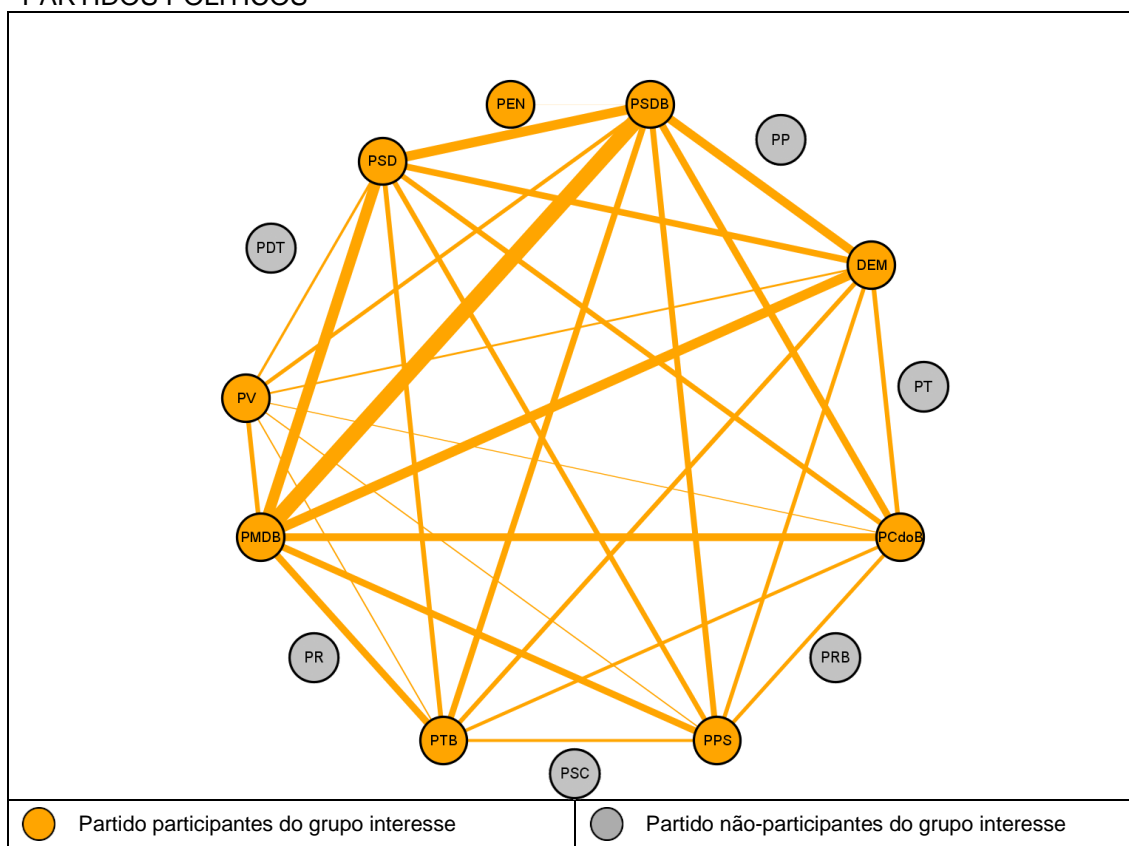
No subcapítulo anterior ficou evidenciado que a atividade dos grupos de interesses é crucial para unir os itens que compõem a agenda política. No tramitar do processo legislativo também é possível a estruturação de grupos de interesse, os quais atuam incessantemente para garantir ou proteger suas propostas que poderão ser contempladas na legislação emergente (CLÈVE, 2000).

Foi bem este o caso do PLV n.º 26/2013-CN. Na prática, há uma aparente formação de grupos de interesses dentre os parlamentares participantes do processo em referência.

O objetivo desta atuação em conjunto foi afetar a agenda política para que as alternativas por eles apresentadas fossem contempladas na fase decisória. Este agrupamento latente se deu de forma coesa, com a finalidade de ampliar o potencial de atuação dos grupos no convencimento dos decisores políticos (KINGDON, 2013).

O Gráfico 7 objetiva identificar a formação dos grupos de interesse, composta pelos representantes dos partidos políticos que participaram do PLV n.º 026/2013.

GRÁFICO 7 – IDENTIFICAÇÃO DOS GRUPOS DE INTERESSES FORMADOS ENTRE OS PARTIDOS POLÍTICOS



Fonte: A Autora (2015) com base no PLV n.º 26/2013-CN.

O Gráfico 7 evidencia os 15 (quinze) partidos políticos que, por meio de seus representantes, apresentaram proposições de emenda ao PLV n.º 26/2013-CN. Desta totalidade, parlamentares vinculados a 09 (nove) partidos políticos relacionaram-se entre si, cuja identificação decorreu da análise da justificativa contida em cada uma das emendas apresentadas.

O estabelecimento dos grupos de interesses deu-se por meio do agrupamento das justificativas similares ou idênticas contidas em cada emenda, conforme demonstrado nos Apêndice I e J.

O Apêndice I relaciona as proposições de emendas parlamentares por grupos, classificando-as em idênticas ou similares relacionadas ao grupo ao qual pertencem. Em complemento, o Apêndice J relaciona os grupos que apresentaram proposições de emendas similares, os quais podem ser considerados grupos afins.

Esta atividade permitiu identificar dois conjuntos de parlamentares: O primeiro, composto por 17 (dezessete) integrantes vinculados a 08 (oito) partidos políticos distintos e; o segundo, formado por apenas 02 (dois)

parlamentares integrantes de 02 (dois) partidos políticos. Um dos partidos políticos que pertence a este segundo conjunto também está representado no primeiro conjunto, mas por outros parlamentares. Portanto, são 19 (dezenove) parlamentares agindo ordenadamente, num universo de 71 (setenta e um) parlamentares atuantes no PLV n.º 26/2013-CN.

No Apêndice K são apresentadas as relações estabelecidas entre os diversos partidos políticos integrantes dos grupos de interesses numa ordem decrescente de força. Esta relação serviu de base para elaborar o gráfico em análise que permite identificar a força de relacionamento de acordo com o número de justificativas similares ou idênticas encontradas entre os partidos. A título de exemplo, os partidos PMDB e PSDB apresentaram 135 justificativas idênticas ou similares entre si ao longo do PLV n.º 26/2013-CN, as quais se encontram individualizadas no Apêndice I.

O PMDB foi o partido político com maior força entre os grupos, pois estabeleceu um total de 533 (quinhentos e trinta e três) laços entre os partidos do conjunto. Referido partido não se relaciona apenas com o PEN. O quantitativo de laços estabelecidos está explicitado no Apêndice K que identifica a força da relação estabelecida entre os partidos políticos, em decorrência do número de relações entre justificativas similares ou idênticas.

O PSDB aparece logo em seguida, com 488 laços, estabelecendo-os com todos os partidos deste grupo de interesse. Por seu turno, o PEN é o partido que possui a menor força dentre os participantes do grupo, pois estabeleceu apenas um laço com o PSDB. Com exceção do PEN, todos os demais partidos pertencentes aos grupos de interesses estabeleceram relações entre si.

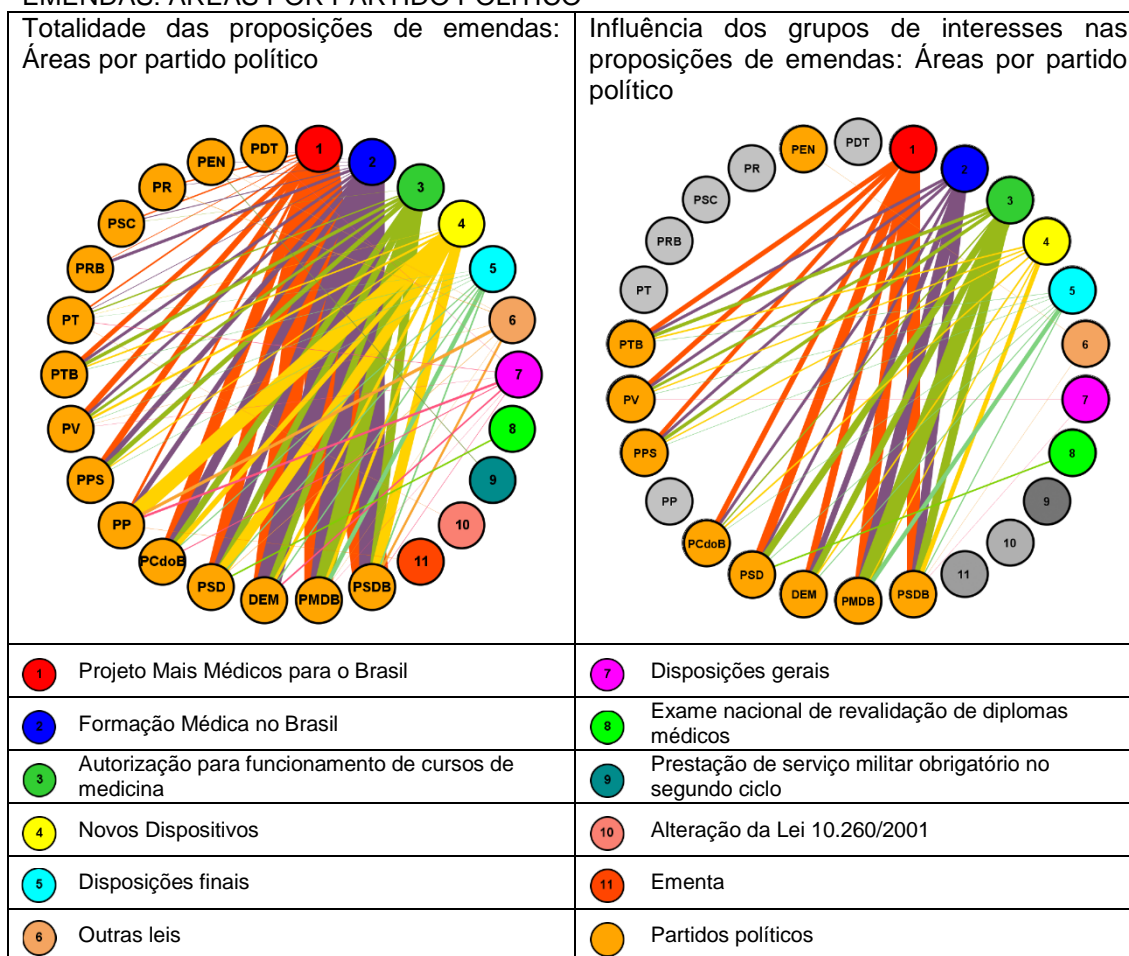
Embora visualmente identificados, cumpre destacar que os partidos PP, PT, PRB, PSC, PR e PDT, conquanto tenham apresentado proposições de emenda, suas justificativas foram inéditas, se comparado com os demais partidos que compõem os grupos de interesses.

A afinidade estabelecida entre os grupos de interesses permite concluir que estes propuseram mais emendas que os partidos políticos que agiram individualmente. Isso se infere porque os grupos de interesses apresentaram 286 emendas, equivalente a 50,44% do total de emendas apresentadas (567).

O Apêndice L, por sua vez, detalha, pormenorizadamente, a força das relações estabelecidas entre os parlamentares que compõem os grupos de interesses, inclusive identificando-os. Esta análise é contemplada pelo no Gráfico 7 ao fornecer subsídios para mensurar a força de relação entre os partidos políticos e identificar com quem cada parlamentar relaciona-se nos grupos de interesses.

O Gráfico 8 demonstra a influência da atuação em grupo em relação à totalidade de proposições de emendas apresentadas no PLV n.º 26/2013-CN, por partido político, relacionadas às áreas.

GRÁFICO 8 – INFLUÊNCIA DOS GRUPOS DE INTERESSES NA PROPOSIÇÃO DE EMENDAS: ÁREAS POR PARTIDO POLÍTICO



Fonte: A Autora (2015) com base no PLV n.º 26/2013-CN.

Pela perspectiva da influência em relação às proposições de emendas em cada área por partido político, conclui-se que os grupos de interesses ofertaram 48,91% das proposições de emendas em relação às três áreas que mais receberam proposições (áreas 1, 2 e 3). Estas três áreas foram o foco de atenção dos grupos de interesses, pois do total de 782 (setecentos e oitenta e duas) proposições por eles apresentadas, 673 (seiscentos e setenta e três) foram direcionadas para as três áreas identificadas, o equivalente a 86,06% dos esforços do grupo.

O impacto dos grupos de interesses sobre a apresentação de proposições de emendas referente às três áreas mais abordadas (Áreas 1, 2 e 3) permite inferir que:

- Em relação à área 1 (Projeto Mais Médicos para o Brasil), 43,79% das proposições de emendas se originaram dos grupos de interesse;

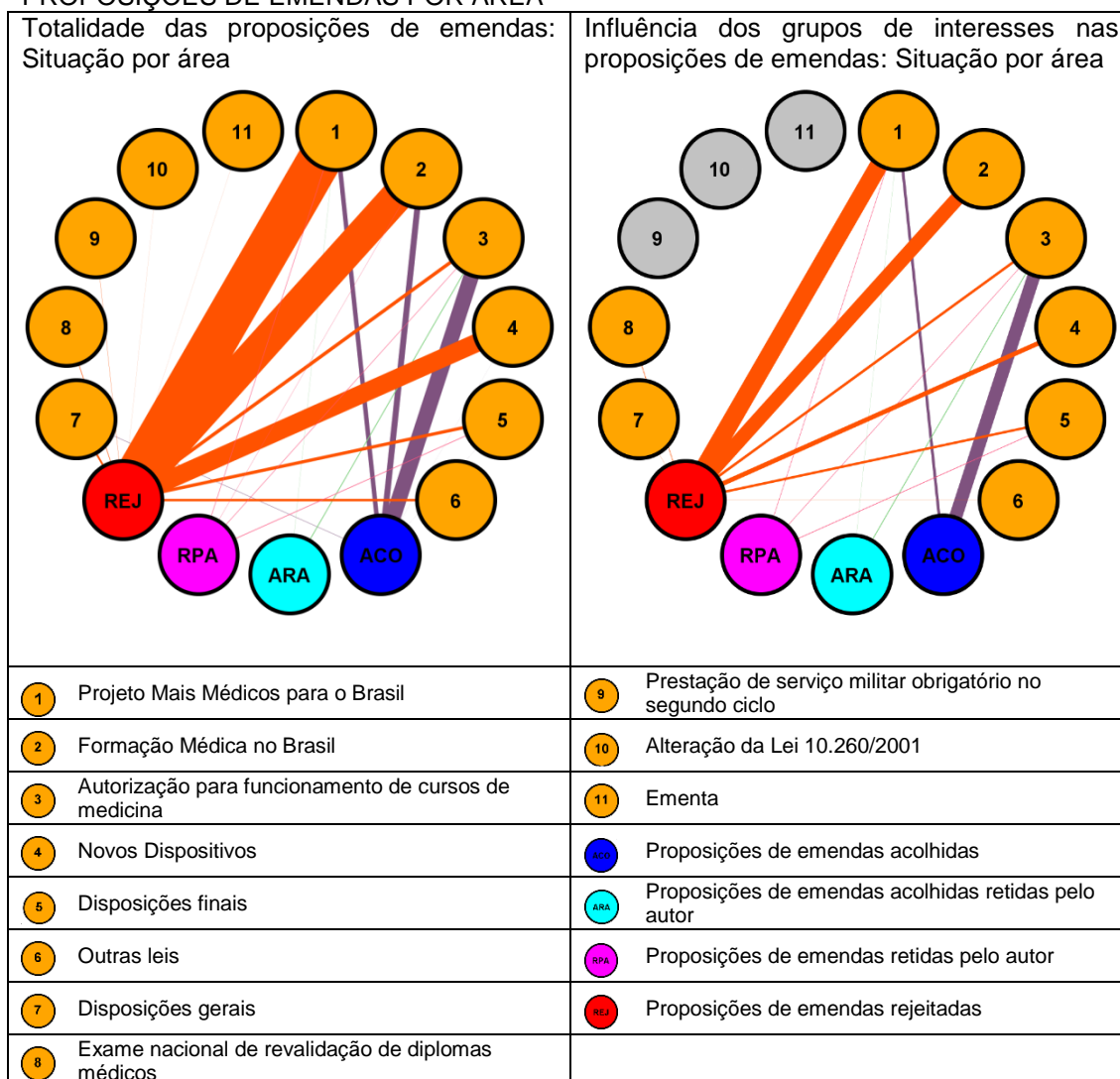
- No que tange à área 2 (Formação Médica no Brasil), 37,14% são proposições de emendas formadas pelos grupos em questão e;
- 83,72% das proposições de emendas ofertadas para a área 3 (Autorização para funcionamento de cursos de medicina), foram decorrentes dos grupos de interesses.

Destaca-se, ainda, que 100% das proposições de emendas apresentadas em relação à área 8 decorre dos grupos de interesses. Ao contrário, as proposições de emendas ofertadas às áreas 9, 10 e 11 decorreram da participação isoladas dos congressistas.

O quantitativo das proposições de emendas apresentadas por partidos políticos integrantes dos grupos de interesses está evidenciado no Apêndice M.

O Gráfico 9 revela a influência dos grupos de parlamentares em relação às proposições de emendas acolhidas; acolhidas e retiradas pelo autor; retiradas pelo autor, e; rejeitadas.

GRÁFICO 9 – INFLUÊNCIAS DOS GRUPOS DE INTERESSES: SITUAÇÃO DAS PROPOSIÇÕES DE EMENDAS POR ÁREA



Fonte: A Autora (2015) com base no PLV n.º 26/2013-CN.

De acordo com o Gráfico 9, do total das proposições de emendas parlamentares apresentadas: 40,92% das proposições ofertadas isoladamente, foram rejeitadas; enquanto a atuação em grupo fez um percentual menor de rejeição, atingindo 39,33%. Desta análise, subtende-se que em relação ao acolhimento da totalidade das proposições de emendas: 8,11% decorreu do exercício individual dos parlamentares. Por outro lado, a atuação em equipe obteve 9,35% de êxito.

Esses números demonstram que a atuação em grupos de interesses obteve maior taxa de sucesso em relação desempenho singular dos parlamentares, pois as propostas oferecidas em conjunto foram mais eficazes.

Em que pesem estes percentuais serem próximos, a grande diferença reside na quantidade de parlamentares envolvidos. Apenas 19 (dezenove) congressistas compuseram os grupos de interesses. Por outro lado, o restante dos participantes, que totaliza 67 (sessenta e sete) parlamentares, agiram de maneira isolada e, mesmo assim, foram menos exitosos em comparação àqueles que desenvolveram suas atividades coletivamente.

Esta constatação é comprovada pelo quantitativo de proposições de emendas acolhidas, em que a atuação isolada alcançou êxito em 40,06%, enquanto o trabalho em grupo fez 59,94% dos acolhimentos. Estes dados realçam a força da atuação em grupo, ainda mais considerando que apenas 19 (dezenove) parlamentares atingiram este resultado.

Enfatiza-se que 14 (quatorze) parlamentares que atuaram nos grupos de interesses também agiram isoladamente ao apresentarem proposições de emendas inéditas, quais sejam: Cássio Cunha Lima (PSDB); Eduadro Azeredo (PSDB); Eleuses Paiva (PSD); Jandira Feghali (PCdoB); João Ananias (PCdoB); Lúcia Vânia (PSDB); Mandetta (DEM); Manoel Júnior (PMDB); Mendonça Filho (DEM); Nilmar Ruiz (PEN); Paulo Davim (PV); Ronaldo Caiado (DEM); Vital do Rêgo (PMDB) e Waldemir Moka (PMDB).

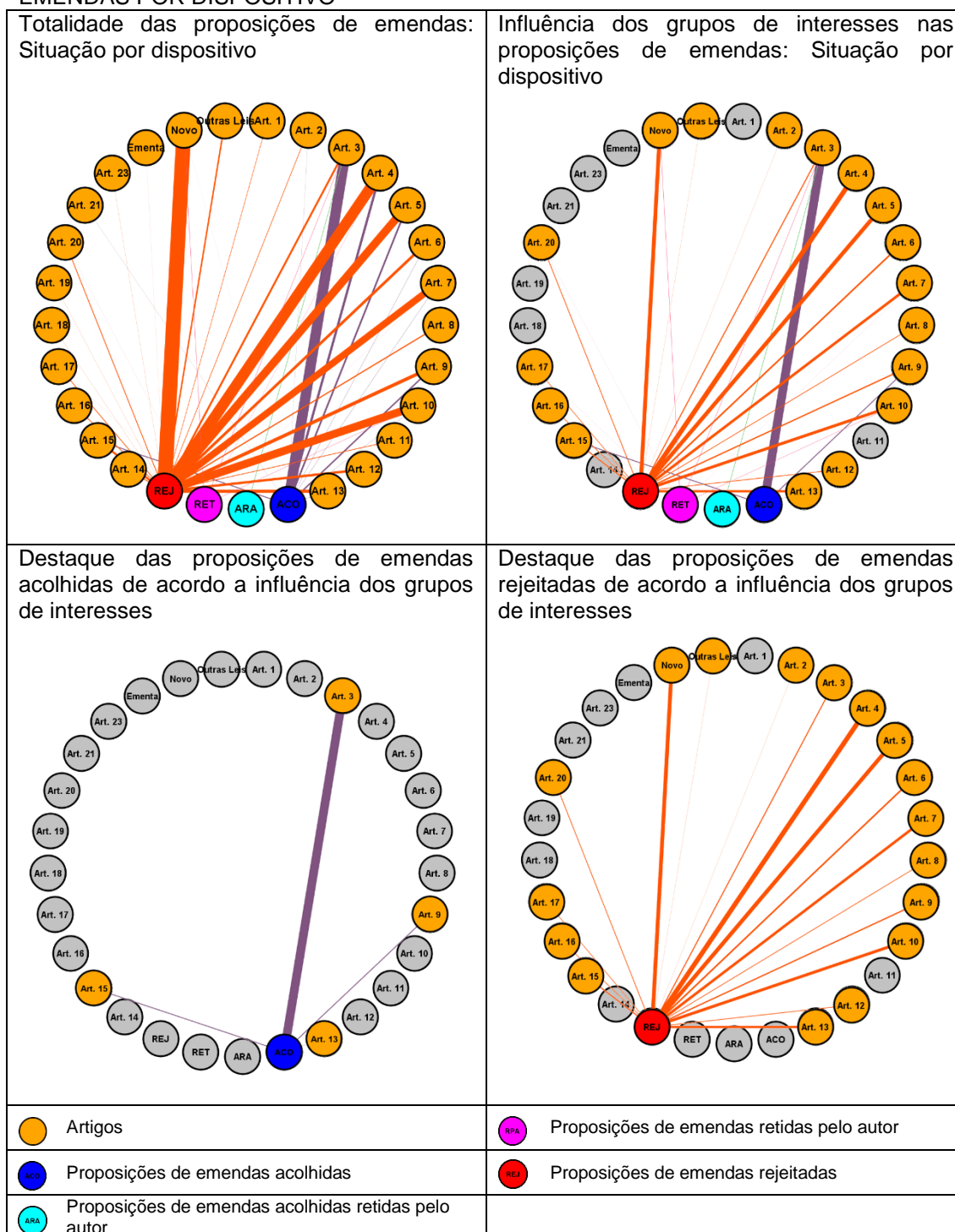
A atuação em grupo permitiu que 76,85% das proposições de emendas apresentadas em relação à área 3, referente à autorização para funcionamento de cursos de medicina, fossem acolhidas. No entanto, o grupo não obteve o mesmo êxito em relação às Áreas 1 e 2, onde, respectivamente, 84% e 100% das proposições de emendas apresentadas foram rejeitadas. Este índice de rejeição também se manteve alto na área 5, com 79,49% de rejeição, enquanto nas áreas 4, 6 e 7 este índice subiu para 100,00%.

O Apêndice N identifica o quantitativo de proposições de emendas apresentadas pelos grupos de interesse, acolhida; acolhida e retirada pelo autor; bem como rejeitada, e; retirada pelo autor.

O Gráfico 10 destaca a influência dos grupos de interesses e têm por parâmetro o quantitativo de proposições de emendas por dispositivo legal consignado na MPV n.º 621/2013.



GRÁFICO 10 - INFLUÊNCIAS DOS GRUPOS DE INTERESSES: PROPOSIÇÃO DE EMENDAS POR DISPOSITIVO



Fonte: A Autora (2015) com base no PLV n.º 26/2013-CN.

O Gráfico 10 permite analisar a atuação dos grupos de interesses em relação aos dispositivos que compunham a MPV n.º 621/2013. Ainda, explicita que as ações direcionadas pelos grupos de interesses recaíram, com maior ênfase, sobre os artigos 3º, 4º e 5º (áreas 3 e 2), em relação aos quais

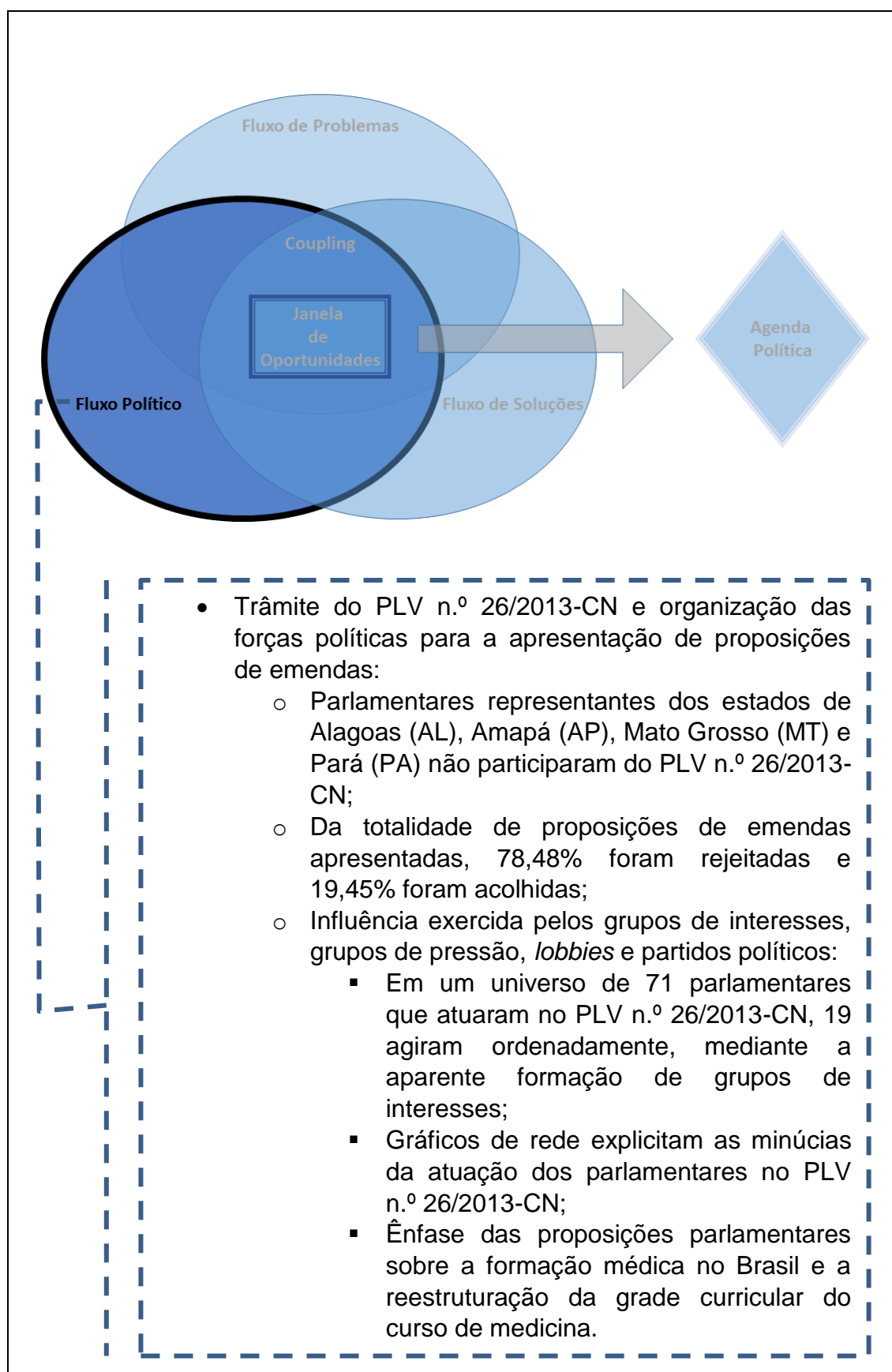
apresentaram 368 proposições de emendas. Isso equivale a 47,06% de todas as manifestações realizadas em grupo.

O resultado mais expressivo, pelo aspecto analisado, consiste no acolhimento de 81,77% das proposições de emendas apresentadas em relação ao artigo 3º (área 3). E, apesar dos esforços direcionados aos dispositivos 4º e 5º (área 2) , 100% das proposições de emendas apresentadas foram rejeitadas.

O Apêndice O identifica o quantitativo de proposições de emendas apresentadas pelos grupos de interesse, acolhida; acolhida e retirada pelo autor; bem como rejeitada, e; retirada pelo autor por dispositivos legal originário da MPV nº 621/2013.

A Figura 5 contempla uma síntese dos principais pontos abordados neste capítulo e os situa dentro do Modelo de Múltiplos Fluxos (KINGDON, 2013). Já o próximo capítulo destina-se a analisar a abertura da janela de oportunidades para a formulação do Programa Mais Médicos.

FIGURA 5 – FLUXO POLÍTICO NO PROGRAMA MAIS MÉDICOS



Fonte: A Autora (2015) com base em Kingdon (2013).

## 6 A JANELA DE OPORTUNIDADES (*POLICY WINDOW*) E O ACOPLAMENTO DOS FLUXOS (*COUPLING*): A FORMULAÇÃO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS

Os fluxos de problemas, de soluções e de política fluem separadamente e, segundo Kingdon (2013), reúnem-se em momentos críticos. Ou seja, o reconhecimento de um problema, o desenvolvimento de soluções e a consequente disponibilização destes elementos à comunidade política podem gerar mudanças no fluxo político.

Este momento de confluência dos fluxos, marcado pela abertura da janela de oportunidades políticas, é o propício para as alterações no âmbito das políticas públicas. Referido evento permite o acoplamento das soluções apresentadas aos problemas identificados com a participação ativa dos empreendedores políticos.

A janela de oportunidades políticas permite aos atores elevarem suas percepções de problemas aos demais agentes envolvidos e à sociedade, bem como anexarem as soluções que lhes aparentam mais agradáveis à agenda política. Todavia, a abertura da janela de oportunidade política pode ocorrer de duas formas: **(1)** previsível, como ocorre nas situações de renovação de um programa, o que pode ocorrer ciclicamente, e; **(2)** imprevisível, situação em que os atores devem estar preparados para apresentarem suas propostas ante a irregularidade temporal nesta forma de abertura (CAPELLA, 2006).

A abertura da janela de oportunidades políticas compreende o momento de maior negociação e flexibilidade entre os atores envolvidos, afastando-se a rigidez das proposições iniciais com o objetivo de atender, ao menos parcialmente, as pretensões dos participantes ativos. O resultado do acoplamento dependerá da forma que os elementos dos três fluxos interagirão entre si e afetarão a tomada de decisão (KINGDON, 2013, p. 166-167).

A janela de oportunidade política abre-se, especialmente, em decorrência de uma mudança no fluxo político, como uma alteração no governo, na distribuição ideológica dos parlamentares ou do humor nacional. Sua abertura também pode estar atrelada à (re)emergência de um determinado problema que capta a atenção das autoridades governamentais.

O fechamento da janela de oportunidades políticas decorre de uma variedade de razões: **(1)** Participantes sentem que abordaram o problema através de uma decisão ou promulgação; **(2)** Por ausência de interesse dos participantes em agir, dispendendo tempo, energia, capital político ou outros recursos no empreendimento; **(3)** A atenção sobre os eventos que ensejaram a abertura da janela pode ser perdida; **(4)** A alternância de pessoal pode mudar o interesse sobre temas que estão dentro da janela; **(5)** Por fim, a janela fecha por ausência de alternativas disponíveis (KINGDON, 2013, p. 168-170).

Ocorrida a abertura da janela política, em resposta à evolução dos problemas e do fluxo de políticas, as soluções acoplam-se aos problemas. Já as propostas relacionadas com as exigências políticas são introduzidas quando há uma mudança política. Em situações tais, os decisores políticos sentem-se pressionados pelos problemas (re)emergentes. Neste caso, a elevação do tema à agenda política torna-se relevante para apaziguar o próprio ritmo interno do fluxo de políticas (KINGDON, 2013).

Foi assim que se estabeleceu na abertura da janela de oportunidades políticas para a formulação do Programa Mais Médicos. O humor nacional exigiu uma ação dos governantes que, em resposta à reemergência do problema no atendimento básico de saúde, instituiu o programa em exame. Isto será pormenorizado adiante, por meio da análise do PLV n.º 26/2013-CN, onde a janela de problemas e de alternativas relacionaram-se e, uma vez encontrada a possível solução para o problema, as forças políticas se movimentaram para realizar o acoplamento dos fluxos.

Quando os problemas são complexos e numerosos, como ocorre no âmbito da política pública de saúde brasileira, a gama de alternativas torna-se grande. Isso justifica o fracionamento do presente estudo para abranger uma das várias temáticas que compõe a extensão do seguimento conferido à saúde pública nacional, limitando-se à decomposição do atendimento básico de saúde pública.

Nesse contexto, os empreendedores políticos, enquanto sujeitos dispostos a investir energia, reputação, dinheiro e outros recursos para realizar o acoplamento dos fluxos, atuam com o objetivo de encontrar ganhos futuros (KINGDON, 2013, p. 179) e são fundamentais para o acoplamento dos fluxos. No caso da formulação do Programa Mais Médicos referidos empreendedores

encontram-se representados pelos próprios parlamentares, especialmente aqueles participantes dos presumíveis grupos de interesses, que assim agiram no intuito de potencializar suas ações para verem satisfeitas suas pretensões.

Como o próprio Kingdon (2013) afirma, os empreendedores de política normalmente detêm especialização, habilidade para falar em nome dos outros (líder de grupos de interesses) ou uma posição de tomada de decisão autoritária (presidente ou membros do comitê do Congresso). Ainda, possuem aptidão para estabelecer laços com outros atores relacionados aos mais variados assuntos. Esta forma de agir gera mais influência. E, a persistência do empreendedor configura uma característica peculiar para o exercício de suas atividades que, em conjunto com as demais qualidades, torna-se surpreendentemente importante para conduzir os temas inerentes à formulação de políticas públicas.

A abertura da janela de oportunidades políticas relativa à formulação do Programa Mais Médicos foi imprevisível. A elevação deste tema à agenda política deu-se de forma fugaz, pois todos os fluxos corriam separados e livremente.

O aquecimento das ações dos empreendedores para a formulação do Programa decorreu do humor nacional, como pretendeu fazer crer os membros do Poder Executivo. Seguindo esta compreensão, o humor nacional forçou a reemergência do tema referente à ampliação de acesso à assistência básica de saúde, acelerando a prática das ações desempenhadas pelos Poderes Executivo e Legislativo.

É bom lembrar, como referido no subcapítulo 3.3, que a insuficiência de profissionais médicos para conferir atendimento universalizado na atenção básica da saúde pública brasileira há muitos anos consistia num problema amplamente discutido, mas para o qual o governo mantinha-se inerte.

O fluxo de soluções, trazidos para o plano mais recente, era assunto presente na pauta de discussão dos ministros de Estado, inclusive pelas indicações referidas na EIM n.º 024/2013-MS/MEC/MP que denotam um estudo mais aprofundado sobre o cenário nacional no que tange à realização da saúde pública básica.

Assim, o fluxo de política atinente à saúde pública nacional, em decorrência do humor nacional, foi o que mais urgentemente se mobilizou para elevar o status do tema à agenda, com a abertura da janela de oportunidades.

Os três fluxos, portanto, estavam desenvolvidos e prontos, cujas mobilizações sociais de junho de 2013, no entender dos agentes políticos envolvidos na formulação do Programa Mais Médicos, foram a alavanca utilizada para acoplá-los.

Nesse contexto, a atuação dos parlamentares voltou-se a atender aos seus interesses ou aos interesses daqueles a quem representavam, mediante a apresentação de propostas tendentes a melhorar as diretrizes inicialmente fixadas pela presidência da república.

Portanto, torna-se relevante apreciar as consequências das atividades desenvolvidas pelos parlamentares para a eleição das propostas – consideradas por eles as mais adequadas – à formulação do Programa Mais Médicos. Também é pertinente analisar como a Comissão Mista do Congresso Nacional realizou escolha das alternativas que compuseram a agenda decisória, conforme será explicitado na próxima subseção.

## 6.1 O PARECER EXARADO PELA COMISSÃO MISTA DO CONGRESSO NACIONAL

Compete ao Congresso Nacional, obrigatoriamente, a análise das Medidas Provisórias editadas pelo Poder Executivo, conforme já mencionado no Capítulo 4. No caso em exame, a Comissão Mista da Medida Provisória (CMMPV) n.º 621/2013 foi responsável pela emissão de parecer antes da apreciação da matéria pelo Plenário de cada uma das Casas do Congresso, nos termos do artigo 62, §9º da Carta Maior (BRASIL, 1988a).

A presidência desta comissão especial foi exercida pelo Senador João Alberto Souza (PMDB/MA), tendo como vice-presidente o Deputado Francisco Escórcio (PMDB/MA), relator o Deputado Rogério Carvalho (PT/SE) e relator revisor o Senador Mozarildo Cavalcanti (PT/RR). Os demais membros e respectivos suplentes foram constituídos por ato do Presidente do Congresso

Nacional, Senador Renan Calheiros (PMDB/AL), conforme publicação no Diário do Senado Federal n.º 110, de 12 de julho de 2013<sup>36</sup> (BRASIL, 2013e).

A Resolução n.º 001/2002-CN, disciplina que o pronunciamento da Comissão Mista deve abranger os aspectos de constitucionalidade, adequação financeira e orçamentária, além de também apreciar o mérito e a regularidade formal da Medida Provisória. (BRASIL, 2002)

A primeira manifestação da relatoria neste PLV deu-se por meio do Parecer n.º 58/2013-CN, o qual reconhece o preenchimento dos requisitos constitucionais, previstos no artigo 62 da CFRB/1988, bem como com a adequação financeira e orçamentária da Medida Provisória n.º 621/2013. Quanto ao conteúdo, ainda afirma que a MPV “não incorre em nenhuma das vedações estabelecidas na Constituição” (BRASIL, 2013c, p. 761 – sublinhado no original).

No mérito, o relator sustenta ser a MPV n.º 621/2013 necessária e oportuna. Fundamenta que os números apresentados na EIM n.º 24/2013-MS/MEC/MP são suficientes para evidenciar a escassez de médicos em várias regiões brasileiras e a dificuldade na interiorização da assistência básica de saúde. Isto confere ao Poder Executivo a adoção de soluções concretas, cuja metodologia empregada na norma em análise permite ampliar a oferta de serviços na saúde básica e o número de profissionais médicos disponíveis.

Assim, com o objetivo de otimizar o texto da MPV n.º 621/2013 e reformá-la em alguns aspectos, o relator, em nome da Comissão Mista,

---

<sup>36</sup> Os Senadores titulares do Bloco Parlamentar da Maioria (PMDB/PP/PSD/PV) foram: Eunício Oliveira; Eduardo Braga; Romero Jucá; Waldemir Moka e Katia Abreu. Seus suplentes foram: Roberto Requião; Luiz Henrique; Casildo Maldaner; Ciro Nogueira e Sérgio Petecão. Os titulares do Bloco de Apoio ao Governo (PT/PDT/PSB/PCdoB/PSOL) foram: Humberto Costa; Walter Pinheiro; José Pimentel, e; Vanessa Grazziotin. Seus suplentes foram: Wellington Dias; Acir Gurgacz; Antônio Carlos Valadares, e; Ângela Portela. Os titulares do Bloco Parlamentar da Minoria (PSDB/DEM) foram: Lúcia Vânia; Flexa Ribeiro, e; Wilder Moraes. Seus suplentes foram: Cyro Miranda; Cícero Lucena, e; Jayme Campos. O Bloco Parlamentar União e Força (PTB/PR/PSC/PPL/PRB) teve como titulares Eduardo Amorim e Vicentinho Alves. Seus suplentes foram Gim e Eduardo Lopes. Já os Deputados foram os seguintes: PT – Titulares: José Guimarães e Valmir Assunção; Suplentes: Sibá Machado e Luiz Couto. PMDB – Titulares: Francisco Escórcio e Osmar Terra; Suplentes: Lelo Coimbra e Manoel Junior. PSD – Titulares: Eleseu Paiva e Armando Vergílio; Suplentes: Marcos Montes e Silas Câmara. PSDB – Titular: Nilson Pinto. Suplente: Cesear Colnago. PP – Titular: Arthur Lira. Suplente: Roberto Britto. DEM – Titular: Mandetta. Suplente: Ronaldo Caiado. PR – Titular: Anthony Garotinho. PSB – Titular: Alexandre Roso. Suplente: Paulo Foletto. PDT – Titular: André Figueiredo. Suplente: Salvador Zimbaldi. Os representantes do Bloco (PV/PPS) foram Rosane Ferreira, titular e Carmen Zanotto, suplente. PTB – Titular: Jovair Arantes. Suplente: Antonio Brito. O parlamentar do PSL foi por rodízio nos termos do art. 10-A do Regimento Comum (BRASIL, 2013e).



acolheu diversas emendas e propostas sugeridas por entidades e atores presentes na arena.

Em relação ao capítulo da autorização para funcionamento de cursos de medicina – artigo 3º da MPV n.º 621/2013 (área 3) – a Comissão acatou as emendas de número 178, 204, 246, 263, 319, 339, 361, 338, 332, 283, 287 e 439. Manteve as regras atinentes à abertura de novos cursos de graduação em medicina junto aos estabelecimentos privados e estabeleceu critérios sociais para o sistema público de saúde, evitando introduzir definições e critérios meramente burocráticos ou amplos que atinjam outros cursos que não estão na arena política em estudo.

como originariamente previsto na MPV n.º 621/2013, as novas regras de autorização para o funcionamento do curso de graduação em medicina não se aplicam aos pedidos já protocolados junto ao MEC até a data de sua publicação. Este entendimento contempla as emendas n.º 89, 141, 179, 205, 245, 265, 494 e 526.

No que diz respeito ao capítulo da formação médica no Brasil – artigos 4º a 6º da MPV n.º 621/2013 (área 2) – a linha adotada no parecer perpassa “pela resolução da crise do mercado médico, sendo que deverá existir uma adequação entre o número de médicos formados e a real necessidade de mercado” (BRASIL, 2013c, p. 765).

No entender do relator, é fundamental a abertura de um espaço público de participação social destinado ao debate sobre as necessidades que permeiam o sistema de saúde nacional, englobando fóruns de debates voltados à ordenação de recursos humanos, formação e educação permanente no SUS. O relator enfatiza a necessidade de adoção de parâmetros para avaliar não só o quantitativo de profissionais médicos e suas respectivas especialidades, como também os dados atrelados à qualidade do ensino como forma de otimizar os programas e serviços de saúde, inclusive em relação à unificação da especialidade de residência médica.

Restou confirmada a relevância atribuída as instituições de ensino superior que ofertam cursos de medicina para a adequação da grade curricular deste curso, bem como para suprir o mercado local e regional em relação aos profissionais formados nesta área. Nessa linha, acolheu-se as emendas n.º 248 e 249 que englobam os pressupostos das emendas n.º 3, 52, 158, 168, 20,

205. Por incompatibilidade, rejeitaram-se as emendas n.º 9, 12, 25, 33, 40, 41, 42, 43, 46, 53, 64, 68, 75, 80, 81, 96, 122, 123, 124, 128, 129, 133, 139, 160, 163, 165, 167, 169, 171, 175, 203, 235, 253, 254, 255, 281, 289, 291, 293, 295, 297, 299, 306, 308, 317, 336, 340, 356, 363, 396, 415, 444, 471, 480, 501, 506, 533, 534, 535, 537, 545 e 562.

Contemplaram-se, ainda, as emendas n.º 18, 39, 43, 60, 76, 378, 384 e 403 ao conferir bolsas e ajuda de custo aos residentes, preceptores e docentes que atuarem na saúde da família e da comunidade, afastando-se as emendas n.º 24, 28, 34, 35, 47, 65, 66, 74, 76, 77, 81, 103, 108, 142, 150, 154, 156, 181, 183, 190, 209, 212, 224, 227, 230, 234, 250, 257, 272, 274, 278, 286, 298, 310, 323, 326, 340, 346, 347, 360, 369, 374, 376, 378, 384, 398, 403, 406, 417, 420, 422, 422, 423, 435, 437, 460, 470, 474, 481, 491, 498, 506, 531, 538, 551, 555 e 566.

Quanto aos requisitos fixados para a implantação de programas de graduação e de residência médica, a inclusão do contrato organizativo de ação pública saúde-ensino possibilita o aperfeiçoamento médico na área de atenção básica e a reordenação de vagas nos cursos de graduação, de modo a atender ao escopo das emendas n.º 17, 32, 50, 91, 93, 137, 180, 206, 243, 266, 381, 479, 493, 443, 131, 270, 284, 340, 380, 400, 442, 475, 508, 560, 563 e 564.

Em relação ao registro provisório e ao exame de revalidação de diplomas, fixou-se que os profissionais médicos intercambistas exercerão a medicina exclusivamente no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil. Esta determinação, ao entender do relator, justifica a dispensa de revalidação do diploma e de solicitação de registro a ser expedido pelo Conselho Profissional e automaticamente permite o exercício da medicina a partir da data do pedido. Desse modo, foram acolhidas as emendas que versam sobre o registro provisório e rejeitadas aquelas que exigem a revalidação do diploma.

Assegurou-se, aos dependentes legais a possibilidade de trabalhar no Brasil, mediante a expedição de Carteira de Trabalho. Além disso, o Programa Mais Médicos, custeará as passagens aéreas para dois dependentes legais do profissional médico intercambista que também perceberá uma bolsa-formação mensal no valor de R\$ 10.000,00 (dez mil reais), acrescido de alimentação e moradia. Será assegurado, ainda, aos médicos brasileiros, a inscrição na Previdência Social. Já aos médicos estrangeiros intercambistas será oferecida

vinculação especial, em conformidade com os acordos internacionais de seguridade social. Deste modo, foram afastadas as emendas que buscavam criar vínculo celetista como regime jurídico do Programa, ao argumento de que esta alternativa aumentaria as despesas para o Poder Executivo.

Quanto à responsabilização profissional, civil, penal e ética, os profissionais estrangeiros se submeterão às leis nacionais. Esta premissa abarca, de forma geral, os pressupostos contidos nas emendas n.º 30, 56, 72, 98, 106, 136, 151, 177, 189, 197, 258, 261, 326, 329, 371, 395, 398, 408, 411, 429, 430, 440, 445, 463, 467, 493, 499, 512, 540, 561, 561 e 599.

Foi dispensada a tradução juramentada dos documentos estrangeiros, ante a presunção de veracidade relativa aos documentos expedidos por órgãos públicos que tenham passado pelo consulado. Com isso, foram rejeitadas as emendas sobre este tema. O mesmo entendimento foi aplicado à exigência de proficiência em língua portuguesa. Para tanto, aplicou-se o raciocínio de que referida obrigatoriedade encontrava-se inicialmente prevista na MPV n.º 621/2013. Ademais, o relator é explícito ao rejeitar as emendas que não foram expressamente noticiadas como acolhidas no corpo do voto.

Na sequência, em decorrência da reunião deliberativa da Comissão ocorrida em 18 de setembro de 2013, o relator Deputado Rogério Carvalho redigiu uma complementação de voto com o objetivo de formular uma síntese expositiva das alterações ao texto da MPV n.º 621/2013, consolidando as emendas parlamentares anteriormente acatadas. Este documento ainda menciona o acolhimento das manifestações e sugestões apresentadas na reunião da Comissão Mista realizada em 24 de setembro de 2013, quais sejam:

- 1) Senador Mozarildo Cavalcanti, exige para autorização, reconhecimento e renovação dos cursos de graduação em medicina. Detalha quais os critérios de qualidade e as necessidades sociais para a autorização de funcionamento. (Art. 3º, §7º do PLV em anexo).
- 2) Senador Mozarildo Cavalcanti, prevê a revalidação de diplomas de médicos intercambistas para prorrogação da permanência deles no "Projeto Mais Médico (*sic*) para o Brasil". Ou seja, após o período de 3 anos, prorrogável por apenas um ano, os participantes devem prestar o exame revalidação do diploma (Art. 16, caput e §2º do PLV em anexo).
- 3) Senador Mozarildo Cavalcanti, estabelece a meta de equipar as unidades de saúde básica do SUS em 5 anos. (Art. 32, §2º do PLV em anexo).
- 4) Deputado Dr. Rosinha e Deputado Mandetta, determina que o registro provisório do médico intercambista seja expedido pelo Ministério da Saúde, procedendo-se os ajustes normativos necessários para tal medida (Art. 16, §§3º e 4º do PLV em anexo).

- 5) Deputado Dr. Rosinha, fixa específica modalidade de avaliação na fase do acolhimento dos médicos no "Projeto Mais Médicos para o Brasil", de caráter eliminatório e eixo central nos protocolos clínicos fixados pelo Ministério da Saúde, sem excluir conhecimento em língua portuguesa (Art. 14, §3º do PLV em anexo).
- 6) Deputado Dr. Rosinha, estabelece a organização do curso de aperfeiçoamento contido no "Projeto Mais Médico para o Brasil" por módulos, fixando parâmetros de avaliação, classificação do resultado e transparência na escolha dos avaliadores e critérios de avaliação (Art.14, §§ 4º e 5º do PLV em anexo).
- 7) Senador Humberto Costa, estabelece que os requisitos para abertura de novos cursos de graduação e a modalidade de chamamento público incida para todos os cursos da área de saúde (Art. 3º, §6º do PLV em anexo).
- 8) Senador Humberto Costa, estabelece no rol de acesso direto dos programas de residência médica a especialidade "saúde coletiva ou saúde pública" (Art. 6º, II, "j", do PLV em anexo).
- 9) Deputado João Ananias, Deputada Jandira Feghali e Deputado Mandeta, fixa contrapartida por parte das Instituições de Ensino Superior privadas o uso da infraestrutura do SUS para o exercício do campo de prática dos cursos de graduação em medicina.
- 10) Deputado Dr. Rosinha, estabelece que o candidato que tiver participado e cumprido integralmente as ações do PROVAB (e desde que realizado o programa em um ano, receberá pontuação adicional de 10% (dez por cento) na nota de todas as fases ou fase única do processo de seleção pública dos programas de residência médica. (Art. 22, §§ 2º e 3º do PLV em anexo). (BRASIL, 2013c, p. 791-793).

Frente ao acatamento destas sugestões, foram adaptados alguns itens do relatório e dos dispositivos do PLV n.º 26/2013-CN, sem alteração do mérito. Assim, esta complementação ao primeiro voto teve como justificativa, inclusive, a contemplação de outros itens que já estavam inseridos no PLV em menção<sup>37</sup>.

Além disso, foram acrescentados três itens, consistentes na nova redação atribuída aos seguintes dispositivos:

*i)* artigo 15, § 3º do PLV: “A atuação e responsabilidade do médico supervisor e do tutor acadêmico, para todos os efeitos de direito, é limitada, respectivamente e exclusivamente, à atividade de supervisão médica e tutoria acadêmica” (BRASIL, 2013c, p. 793);

*ii)* artigo 34 do PLV: “A Advocacia-Geral da União atuará, nos termos do art. 22 da Lei no 9.028, de 12 de abril de 1995, na representação judicial e

<sup>37</sup> O relator cita a título de exemplo “a sugestão do Deputado José Rocha que busca acrescentar no rol dos programas de residência médica (1) de acesso direto a especialidade "oncologia" e (2) como pré-requisito em Medicina Geral da Família e Comunidade, com um ano de duração, outras especialidades. Tal proposta está prevista no art. 70, §2º, que estabelece para a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) a disciplina daqueles programas de residência que terão duração entre um ou dois anos.” (BRASIL, 2013c, p. 793).

extrajudicial dos profissionais designados para a função de supervisor médico e tutor acadêmico prevista no art. 15, incisos II e III” (BRASIL, 2013c, p. 793), e;

*iii)* artigo 28 do PLV: conferindo ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre - HCPA a autorização para conceder “bolsas para ações de saúde, a ressarcir despesas, a adotar outros mecanismos de incentivo a suas atividades institucionais, e a promover as ações necessárias ao desenvolvimento do Programa Mais Médicos” (BRASIL, 2013c, p. 794).

Na sequência, o Deputado Federal Sérgio Cavalcante, em nome da Comissão Mista, apresenta novo parecer complementar e integrativo (BRASIL, 2013c, p. 795-810), que além de integralizar a complementação do voto do relator, apresenta um plano geral da saúde pública brasileira observada pela perspectiva da estruturação do Programa Mais Médico e pelos problemas que sua formulação visa sanar. Em relação ao Projeto Mais Médicos para o Brasil, o relator acrescenta, ainda, uma alteração ao artigo 14, §3º originariamente proposto no PLV n.º 26/2013-CN referente ao acolhimento dos profissionais médicos.

Este terá duração de quatro semanas e será executado na modalidade presencial, com carga horária mínima de cento e sessenta horas, e contemplará conteúdo relacionado à legislação referente ao sistema de saúde brasileiro, funcionamento e atribuições do SUS, notadamente da atenção básica em saúde e os protocolos clínicos de atendimentos definidos pelo Ministério da Saúde, e Língua Portuguesa. Trata-se, nas palavras do **Deputado Dr. Rosinha** de "receber os médicos estrangeiros dando conhecimento do sistema de saúde pública do Brasil e os protocolos clínicos adotados pelo sistema de saúde brasileiro, sem excluir a prática da língua portuguesa". (BRASIL, 2013c, p. 806 – Destaque no original).

O parecer em menção também altera a sistemática sobre o registro profissional dos médicos intercambistas. Passa, a partir de então, a atribuir ao Ministério da Saúde a competência para emitir um número de registro único para cada médico oriundo do exterior, participante do Projeto Mais Médicos para o Brasil.

Do mesmo modo, competirá ao Ministério da Saúde expedir uma carteira de identificação, apta a habilitar o profissional médico participante do Projeto Mais Médicos para exercer a medicina no âmbito do Projeto. Esta modificação decorre do acolhimento da proposta contida no voto em separado do Deputado Mandetta, que será estudado em apartado no próximo tópico. Por

ora, cumpre enfatizar que o atendimento a este critério, atestado pela coordenação do Programa Mais Médicos, seria suficiente ao desenvolvimento do exercício profissional nos limites do Projeto Mais Médicos. Todavia, compete à coordenação do Programa comunicar ao Conselho Regional de Medicina o rol de médicos intercambistas participantes e registrados, em conformidade com as respectivas áreas geográficas de atuação. A adoção desta prática administrativa, segundo o relator, visa atender ao interesse público (BRASIL, 2013c).

Outra alteração refere-se às avaliações do curso de especialização ofertado aos participantes do Projeto Mais Médicos. A princípio, o Parecer n.º 58/2013-CN manteve a regra estabelecida originariamente na MPV n.º 621/2013 de que os médicos participantes deveriam ser aprovados no respectivo curso de especialização sem, contudo, apontar a periodicidade e a transparência das avaliações. Assim, a alteração cinge-se a explicitar no texto normativo que durante o período de 03 (três) anos para a realização do curso, que pode ser prorrogável por igual período, haja a repartição em módulos a ser planejado pelos Coordenadores, com as respectivas avaliações ao final de cada módulo.

Nos dizeres do relator, este método permite um acompanhamento contínuo do especializando. Possibilita, ainda, ao final de cada etapa, avaliar se o aluno está apto a prosseguir no curso, bem como “oferta-se a chance dos alunos e coordenadores observarem cada módulo, sua dimensão de conteúdo, de dificuldades ou facilidades e *feedbacks* para permanência ou mudanças de rumos do Programa Mais Médicos para o Brasil” (BRASIL, 2013c, p. 808).

A relatoria também atribuiu relevância à sugestão do Senador Mozarildo Cavalcanti atinente à revalidação dos diplomas dos médicos formados no exterior para a prorrogação da permanência no Projeto Mais Médicos para o Brasil. Este tema também será abordado no próximo item, sendo relevante mencionar, por enquanto, que os médicos intercambistas, após o 3º ano de estadia no Projeto Mais Médicos, deverão submeter-se ao exame de avaliação do diploma do curso superior.

A sugestão do Senador Mozarildo Cavalcanti sobre a meta de equiparar as unidades de saúde básica do SUS no prazo de 05 (cinco) anos também foi contemplada.

Para o relator, todas as alterações acolhidas neste documento objetivam assegurar a realização do Programa Mais Médicos e diminuir a carência médica nas regiões consideradas prioritárias para o SUS, o qual é explícito ao afirmar que

as alterações feitas nos (a) art. 3º, §5º e art. 12 do PLV representam apenas aperfeiçoamento da técnica legislativa, tornando o texto mais adequado; (2) art. 22 do PLV apenas correção da numeração (o art. 21 estava repetido), (3) art. 28 a introdução do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), (4) arts. 34 e 35 a forma de citação correta para dispositivos legais a serem modificados, e (5) substituição em todo o texto da expressão "medida provisória" para "Lei". (BRASIL, 2013c, p. 809).

O Deputado Federal Rogério de Carvalho, no dia 1º de outubro de 2013, prestou esclarecimentos adicionais para acatar as manifestações e sugestões apresentadas por Deputados, Senadores e algumas entidades médicas na reunião realizada pela Comissão Mista no dia 24 de setembro de 2013, relacionando-as com os seguintes acréscimos:

11) Deputada Rossane Correa, estabelece que o módulo de acolhimento seja realizado em 4 semanas, com carga horária mínima de 160 horas, e inclusão da matéria "código de ética médica".

12) Diversas alterações sugeridas pelas entidades e escolas médicas, como por exemplo: (a) que o funcionamento dos cursos de medicina fiquem sujeitos a efetiva implantação das diretrizes curriculares nacionais" (art. 4º) e isso seja ponto de auditoria no momento da avaliação das instituições de ensino (art. 4º, §3º), (b) que os programas de residência médica formulem plano de transição durante o período de simultaneidade dos dois currículos dos programas de residência (§§ 3º e 4º do art. 7º), (c) ampliação do teste de progressivo para medidas outras de avaliação (art. 9º); (d) recomenda a ampliação/universalização do programa de formação de preceptores de residência médica (art. 29, caput); (d) (*sic*) mecanismos de valorização das atividades de ensino de graduação, nas supervisões de internos, programas como pró-saúde etc (art. 29, §2º).

13) Acatam-se os escopos das Emendas n.º 36 e 421, na forma como proposto no PLV (BRASIL, 2013c, p. 835).

Em decorrência destes acolhimentos, o relator entendeu pela necessidade de adaptar, sem alteração do eixo central, alguns itens do relatório e do dispositivo do PLV, o que fundamentaria a elaboração deste esclarecimento, bem como a retificação de técnicas legislativas, por exemplo, em relação a inserção de dispositivos e à correção na citação dos artigos da lei (BRASIL, 2013c).

Na mesma data o Senador João Alberto de Souza, presidente da Comissão Mista, expediu o Ofício n.º 028/MPV-621/2013<sup>38</sup> para comunicar a aprovação da manifestação do relator que passou a constituir o parecer da Comissão Mista. Concluiu-se, por fim, pela constitucionalidade e juridicidade da Medida Provisória n.º 621/2013, bem como pelo atendimento dos pressupostos de relevância, urgência e adequação financeira e orçamentária, com acolhimento das emendas de n.º 3, 9, 11, 17, 18, 20, 26, 30, 32, 36, 39, 43, 50, 52, 56, 60, 72, 73, 76, 89, 91, 93, 98, 106, 131, 136, 137, 141, 151, 158, 168, 177, 178, 179, 180, 189, 197, 204, 205, 206, 243, 245, 246, 248, 249, 258, 261, 263, 265, 266, 270, 283, 284, 287, 310, 319, 326, 329, 332, 338, 339, 340, 345, 361, 371, 378, 380, 381, 384, 395, 398, 400, 403, 408, 411, 429, 430, 439, 440, 442, 443, 445, 463, 467, 475, 479, 493, 494, 496, 499, 502, 508, 512, 526, 540, 544, 560, 561, 563, 564, 565 e 599, com a rejeição de todas as demais proposições de emendas apresentadas.

A adoção do voto do relator como parecer representante da manifestação da Comissão Mista não afasta as proposições apresentadas nos votos em separado do revisor do PLV n.º 26/2013-CN, Senador Mozarildo Cavalcanti (PT/RR), e do Deputado Federal Mandetta (DEM/MS), adiante analisado.

## 6.2 OS VOTOS EM SEPARADO APRESENTADOS À COMISSÃO MISTA DO PLV N.º 26/2013-CN

O Senador Mozarildo Cavalcanti (PT/RR), relator revisor do PLV n.º 26/2013-CN, apresentou voto em separado por discordar de alguns dos

---

<sup>38</sup> Neste ofício encontra-se relacionado o rol dos deputados federais e senadores que estavam presentes neste ato, quais sejam: “os Senadores João Alberto Souza, Eduardo Braga, Romero Jucá, Waldemir Moka, Kátia Abreu, Humberto Costa, Walter Pinheiro, José Pimentel, Vanessa Grazziotin, Flexa Ribeiro, Wilder Moraes, Eduardo Amorim, Mozarildo Cavalcanti, Eunício Oliveira, Casildo Maldaner, Sérgio Petecão, Wellington Dias, Angela Portela, Cyro Miranda e Gim; e os Deputados Dr. Rosinha, Rogério Carvalho, Francisco Escórcio, Osmar Terra, Eleuses Paiva, Armando Vergílio, Nilson Pinto, Mandetta, Anthony Garotinho, Alexandre Roso, André Figueiredo, Rosane Ferreira, Arnon Bezerra, José Rocha, João Paulo Lima, Leio Coimbra, Manoel Junior, Dr. Paulo César, Cesar Colnago, Roberto Britto, Ronaldo Caiado, Jandira Feghali, Paulo Foletto e Marcos Rogério.” (BRASIL, 2013c, p. 860).



argumentos lançados pelo Deputado Federal Sérgio Cavalcanti (PT/SE), relator do mesmo Projeto. Sua discordância decorre de sua compreensão sobre a MPV 621/2013, que ao seu entender, não busca uma solução global para a saúde pública brasileira. Por isso, sustentou os seguintes acréscimos à medida Provisória:

- i) maiores exigências para a autorização, o reconhecimento e a renovação dos cursos superiores de graduação em medicina;
- ii) a previsão de revalidação de diplomas de médicos estrangeiros, e de brasileiros formados no exterior, para a prorrogação da permanência destes no programa mais médicos, e;
- iii) imprimir maior celeridade para que o Governo Federal implemente melhorias estruturais nas unidades de atendimento médico-ambulatorial de todo o país, garantindo um mínimo de recursos para este fim. (BRASIL, 2013c, p. 882).

As razões pelas quais seria necessária a implementação destas mudanças, segundo o revisor, estaria pautada nas seguintes justificativas:

*Primeiro*, pela necessidade de se garantir que a expansão no oferecimento dos cursos de medicina no país mantenha padrões de qualidade no atendimento à população.

*Segundo*, porque o Estado deve saber o perfil de profissional médico que atende a população, de modo que a revalidação do diploma médico formado em instituição superior estrangeira seria a medida mais adequada ao cumprimento deste objetivo.

*Por último*, seria imprescindível conferir ao Estado um prazo mínimo de cinco anos para garantir a infraestrutura física e de equipamentos necessária ao desempenho das atividades médicas em todas as unidades básicas de saúde, não sendo possível prever a diminuição de recursos destinados a esta finalidade, mas sim uma metodologia capaz de aumentar estes recursos.

No corpo de seu voto, o Senador Mozarildo Cavalcanti traça as seguintes observações:

o problema da saúde brasileira não se encerra somente na falta de médicos enquanto o governo diminui investimentos na área. Em 1990 o governo federal gastava 1,70% do Produto Interno Bruto - PIB com saúde, em 2010 este percentual chegou a 1,68% do PIB, representando apenas 4,1% de todos os gastos federais. Então não é somente a falta de médicos, mas também a falta de investimentos no setor por parte, principalmente, do governo federal.

Conforme dados da Organização Mundial de Saúde - OMS, o gasto anual dos governos (federal/estadual/municipal) com a saúde de cada brasileiro é de US\$ 477. Um patamar inferior à média mundial (US\$ 716) e apenas uma fração do que países ricos destinam a seus cidadãos. Em Luxemburgo, por exemplo, que lidera a lista, o governo gasta, por ano, US\$ 5,8 mil na saúde de cada habitante. Países vizinhos como Argentina e Chile, que não se propõem a oferecer um regime universal como o SUS, investem em saúde, respectivamente, os valores de US\$ 869 e US\$ 607.

Esse baixo nível de investimento em saúde já demonstra reflexos estatísticos. Um deles é a diminuição do número de leitos hospitalares para cada 1000 habitantes, que em 1990 era de 0,87 e chegou a 0,80 em 2009, segundo dados do DATASUS.

Outro aspecto que vale ressaltar é que o governo espera o cidadão ficar doente. Enquanto que se investe R\$ 167,69 per capita em procedimentos de alta e média complexidade, investe-se somente R\$ 71,42 em procedimentos de atenção básica. Essa equação deve ser invertida, as ações de prevenção e atenção básica à saúde não somente trará melhoras à saúde geral da população brasileira como também economia para os cofres públicos (BRASIL, 2013c, p. 883).

Estas proposições, como mencionado no tópico anterior, foram expressamente apreciadas pela Comissão Mista. O relator, Deputado Federal Rogério Carvalho, inclusive prestou esclarecimentos adicionais para abranger os argumentos suscitados por seu revisor.

O Deputado Federal Mandetta (DEM/MS) também apresentou voto em separado. Sintetizou sua discordância à manifestação do Relator, inicialmente consignada no Parecer n.º 58/2013-CN, em relação à ausência de revalidação dos diplomas dos médicos formados em instituições de ensino superior estrangeira, à semelhança do Senador Mozarildo Cavalcanti. Seu fundamento, todavia, estriba-se no fato de que o exercício da medicina no exterior não garante aos intercambistas o conhecimento prático-teórico compatível com o que é exigido dos profissionais médicos formados no Brasil ou com diplomas revalidados.

O Deputado Federal Mandetta ainda sustenta ser vedado obrigar os Conselhos Regionais de Medicina a registrarem os médicos intercambistas. O exercício desta prática atribuiria aos órgãos em referência a responsabilidade “pela atuação de profissionais dos quais não se conhece a formação profissional” (BRASIL, 2013c, p. 906).

Mostra-se contrário, ainda, à dispensa de tradução juramentada dos documentos apresentados pelos médicos intercambistas, bem como a ausência de vínculo empregatício celetista aos médicos participantes do Projeto Mais Médicos.

Ressalta que norma objeto do PLV n.º 26/2013-CN não atende ao aumento da transferência financeira-orçamentária obrigatória para a saúde e que não prevê medidas definitivas para sanar o problema atinente à insuficiência de médicos para atender nas localidades mais distantes e carentes do país.

Assim, por entender que a MPV n.º 621/2013 é constituída de medidas paliativas, além das observações já mencionadas, sustenta ser importante introduzir um capítulo relativo à criação de uma carreira profissional médica de Estado, bem como aumentar em 10% (dez por cento) a receita corrente bruta nacional para investimento na saúde pública.

É interessante observar que os votos em separado, apresentados pelo Senador Mozarildo Cavalcante e pelo Deputado Federal Mandetta, embora tenham sido juntados ao PLV n.º 26/2013-CN após o parecer final da Comissão Mista, ambos foram exibidos em momento anterior e expressamente contemplados pelo parecer da Comissão Mista que acolheu parcialmente aos argumentos suscitados criando regramentos próprios a serem inseridos na Lei n.º 12.871/2013, inclusive com alteração da redação legislativa para adequar estas mudanças.

Toda esta movimentação parlamentar, porém, não ficou livre de incongruências em relação ao processamento e à análise das proposições de emendas apresentadas ao PLV n.º 26/2013-CN, conforme será evidenciado adiante.

### 6.3 INCONGRUÊNCIAS ENCONTRADAS NO PLV N.º 26/2013-CN

Este tópico destina-se a destacar algumas das incongruências decorrentes da atuação da Comissão Mista na atuação junto ao PLV n.º 26/2013-CN. Aqui serão apresentadas as incompatibilidades constatadas no processo de acolhimento e rejeição das proposições de emendas por dispositivo – com finalidade (modificativa, supressiva ou aditiva) e justificativa similares – apresentadas pelos parlamentares participantes dos supostos grupos de interesse.

Foram identificados sete grupos de proposições de emendas que de alguma forma apresentam impropriedade em relação ao PLV n.º 621/2013 e as diretrizes traçadas em relação ao Programa Mais Médicos para o Brasil, os quais serão apreciados separadamente.

Em relação à análise do **primeiro grupo**, composto pelas proposições de emendas n.º 142, 183, 212, 227, 278, 378, 403, 483 e 530, muitas foram aprovadas e outras rejeitadas, embora contivessem o mesmo conteúdo. Nisso se inserem as proposições emendas modificativas, acolhidas sob n.º 378 e 403, com o objetivo de incluir o termo “remuneração” no *caput* do artigo 13 da MPV 621/2013, cuja redação originária disciplinava que “os médicos integrantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil poderão perceber bolsas nas seguintes modalidades” (BRASIL, 2013b).

Este dispositivo, segundo as proposições de emenda acolhidas (n.º 378 e 403) passaria a ter a seguinte redação “Os participantes do programa Mais Médicos para o Brasil poderão perceber bolsas e remuneração nas seguintes modalidades” (BRASIL, 2013c, p. 540 e 570).

Deve-se destacar que redação sugerida pelos Deputados Walter Feldman (PSDB/SP) e Alexandre Roso (PSB/RS) são divergentes em relação à redação originária da MPV n.º 621/2013 por fazerem alusão ao termo “programa Mais Médicos para o Brasil”, pois aquele empregado inicialmente refere-se ao “Projeto Mais Médicos para o Brasil”. Essa divergência quanto à nomenclatura utilizada nas proposições de emenda sob n.º 378 e 403 não foi empregada nos documentos oficiais.

A redação mencionada nas proposições de emenda sob n.º 378 e 403 se repetem nas emendas de n.º 142, 212, 227 e 483. Porém, estas últimas foram rejeitadas pela Comissão Mista.

Ademais, este conjunto de proposições de emendas (378 e 403 – acolhidas; 142, 212, 227 e 483 – rejeitadas) amplia a abrangência do dispositivo para todos os participantes, não ficando restrita aos médicos integrantes do Projeto Mais Médicos.

A divergência em relação ao termo empregado impacta diretamente no critério orçamentário, pois possibilitaria a contratação de outros profissionais participantes do Programa Mais Médicos os quais poderiam perceber bolsas e remunerações mesmo não integrando o Projeto Mais Médicos. Essa ampliação influenciaria diretamente o custeio do Programa.

Ainda em relação ao *caput* do artigo 13 da MPV n.º 621/2013, as proposições de emenda sob n.º 183, 278 e 530 limitam-se a incluir o termo “remuneração” na redação originária. Todavia, todas elas foram rejeitadas.

Mesmo sendo acolhidas as proposições de emenda n.º 378 e 403, a redação final contemplada pela Lei n.º 12.781/2013, não faz menção aos termos “remuneração”, “participantes” ou “Programa”, mantendo-se exatamente a redação originária atribuída à MPV n.º 621/2013, alterando-se apenas o número do dispositivo, que passou a ser o artigo 19 da referida Lei, nos seguintes termos: “Os médicos integrantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil poderão perceber bolsas nas seguintes modalidades” (BRASIL, 2013a).

O **segundo grupo** contempla as proposições de emendas n.º 154, 211, 228, 282, 327, 360, 384, 420, 481 que objetivam a modificação do artigo 13, I da MPV n.º 621/2013 que assim disciplina: “bolsa-formação” (BRASIL, 2013b).

Deste grupo, as proposições de emenda n.º 228, 384, 420 e 481 são idênticas, inclusive no que tange à justificativa, segundo a qual “não se admite que profissionais médicos, mesmo que em suposto programa de treinamento, não tenham acesso às garantias trabalhistas e direitos sociais consagrados na legislação pátria” (BRASIL, 2013c, p. 310, 509, 550 e 620). Porém, dentre estas idênticas e as demais similares, apenas a de n.º 384, apresentada pelo Deputado Walter Feldman (PSDB/SP), foi acolhida.

A modificação pretendida por todas estas emendas consiste em substituir a expressão “bolsa-formação” por “contrato de trabalho”. Sobre este tema, o Parecer n.º 58/2013-CN mostra-se contraditório ao acolher e depois rejeitar de forma expressa a emenda de n.º 384.

Sobre o assunto que norteia referidas emendas, houve a seguinte menção por parte do relator Deputado Federal Rogério Carvalho (PT/SE):

Por sua vez, afastam-se as emendas que mitigam tal escopo [de desenvolver a prática de saúde da família e da comunidade], criando inviabilidades financeiras, obstáculos administrativos ou até despesas e gastos para o Poder Executivo sem indicação de fonte de receita. Tratam-se das Emendas que no geral, majoram o valor da bolsa, estabelece a acumulação entre bolsa e remuneração, suprime dispositivos que garantem o pagamento de bolsa, entre outras (BRASIL, 2013c, p. 767).

Embora o parecer em referência acolha e, na sequência, rejeite a proposição de emenda n.º 384, o Ofício n.º 28/MPV-621/2013 e a Mensagem n.º 276/13 (BRASIL, 2013c, p. 860 e 01) são explícitos ao aprovar a Medida Provisória com o acolhimento desta proposição, em verdadeira dissonância com o entendimento firmado pela Comissão Mista.

Todavia, a redação final da Lei n.º 12.781/2013 não contempla este acolhimento, mantendo-se a redação originária, alterando-se apenas o número do dispositivo, que passou a ser o artigo 19, I da referida Lei.

O **terceiro grupo**, por sua vez, contempla as proposições de emenda n.º 91, 93, 137, 206, 266, 318, 337, 358, 362, 381, 421, 479, 493 e 547, que se voltam a modificar o § 2º do artigo 3º da MPV n.º 621/2013, a qual dispõe:

Por meio do termo de adesão de que trata o inciso II do caput, o gestor local do SUS compromete-se a oferecer, para a instituição de educação superior vencedora do chamamento público, a estrutura de serviços, ações e programas de saúde necessários para a implantação e para o funcionamento do curso de graduação em medicina (BRASIL, 2013b).

Os parlamentares objetivam a supressão do termo “compromete-se a” para incluir a insigne “deverá”, à exceção da emenda n.º 547 que substitui o termo “compromete-se a oferecer” para “oferecerá”. Porém, todas proposições de emendas em referência possuem justificativa similar ao pretender que seja evitada a “abertura de escolas sem infraestrutura para o ensino e treinamento

prático dos estudantes na rede pública” (BRASIL, 2013c, p. 170, 173, 228, 318, 387, 453, 479, 517, 522, 543, 588, 653, 669 e 730).

Todas as proposições de emenda desta relação objetivam que o gestor local do SUS disponibilize a infraestrutura necessária para o ensino e treinamento dos estudantes de medicina. Todavia, deste grupo as emendas de n.º 318, 337, 358, 362, 421 e 547, apresentadas respectivamente pela Senadora Lúcia Vânia (PSDB/GO), pelo Deputado Mendonça Filho (DEM/PE), pelo Senador Waldemir Moka (PMDB/MS), pelo Deputado Manoel Júnior (PMDB/PB), pelo Deputado Alexandre Roso (PSB/RS) e pelo Senador Vital do Rêgo (PMDB/PB), foram rejeitadas. As demais proposições de emendas relacionadas (91, 93, 137, 206, 266, 381, 479 e 493) foram acolhidas.

Em que pese referido acolhimento, a redação atribuída à Lei n.º 12.871/2013 manteve-se idêntica à redação originária da MPV n.º 621/2013, inclusive no que tange ao número do dispositivo (artigo 3º, § 2º) (BRASIL, 2013a).

As proposições de emendas n.º 98, 136, 197, 261, 395, 411, 429, 463, 512 e 559 pertencem ao **quarto grupo**. Dentre estas destacam-se as de n.º 429, 463 e 559, apresentadas respectivamente pelos senadores Lúcia Vânia (PSDB/GO), Paulo Davim (PV/RN) e Vital do Rêgo (PMDB/PB), que objetivam modificar a redação do artigo 9º, II e III da MPV n.º 621/2013. Por outro lado, as proposições de n.º 98, 136, 197, 261, 395, 411, 512 visavam alterar apenas do Inciso III do citado dispositivo (BRASIL, 2013c, p. 597, 634, 744, 181, 227, 309, 381, 557, 578 e 690).

A redação originária atribuída ao dispositivo mencionado dispõe que

Art. 9º (...)

I – (...)

II – o supervisor, profissional médico responsável pela supervisão profissional contínua e permanente do médico; e

III – o tutor acadêmico, docente médico que será responsável pela orientação acadêmica (BRASIL, 2013b).

Estas proposições de emenda objetivam atribuir responsabilidade solidária aos supervisores e tutores acadêmicos pelos atos praticados pelos treinandos ou intercambistas. A justificativa para tanto decorre do participante do Programa Mais Médicos exercer uma atividade de aprendizado, o que o

exime da responsabilidade sobre os atos praticados, motivo pelo qual exige-se e a responsabilidade solidária do supervisor e do tutor acadêmico.

Especificamente em relação ao artigo 9º, III, da MPV n.º 621/2013, as proposições de emenda explicitam o termo “presencial”, cuja proposta disciplina que “o tutor acadêmico, docente médico que será responsável pela orientação acadêmica presencial e terá responsabilidade solidária por todos os atos praticados pelo treinando ou intercambista” (BRASIL, 2013c, p. 597, 634, 744, 181, 227, 309, 381, 557, 578 e 690).

Desta lista de proposições de emendas, apenas a de n.º 559 foi rejeitada, conquanto seja idêntica às proposições de n.º 429 e 463 e similar às demais (n.º 98, 136, 197, 261, 395, 411, 512).

A Lei n.º 12.871/2013 manteve a redação do artigo 9º, II e III, apenas reenumerando o dispositivo para o artigo 15. Todavia, o acolhimento realizado pela Comissão Mista encontra-se parcialmente contemplado no § 3º do artigo 15 da Lei em referência ao determinar que “atuação e a responsabilidade do médico supervisor e do tutor acadêmico, para todos os efeitos de direito, são limitadas, respectiva e exclusivamente, à atividade de supervisão médica e à tutoria acadêmica” (BRASIL, 2013a).

O dispositivo legal em menção não contempla a presença dos supervisores e tutores, tampouco faz menção à responsabilidade solidária com os médicos participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil ou com os graduandos em medicina, integrantes do Programa Mais Médicos.

O **quinto grupo** cinge-se às proposições de emenda n.º 92, 178, 204, 246, 263, 319, 339, 361, 380, 400, 475, 508, 560, 563 e 564 que têm por objeto a inclusão de um novo parágrafo ao artigo 3º da MPV n.º 621/2013. Esta incorporação versa sobre a autorização para o funcionamento de cursos de medicina. Embora todas as emendas deste elenco possuam a mesma redação, apenas a proposição de emenda n.º 92, apresentada pelo Deputado Eleuses Paiva (PSD/SP) foi rejeitada. O dispositivo legal sugerido contempla os seguintes termos:

A autorização, o reconhecimento e a renovação de reconhecimento de cursos superiores de graduação em Medicina deverão obrigatoriamente considerar, sem prejuízo das exigências estabelecidas ao sistema de ensino:

I – os seguintes critérios de qualidade:



- a) a existência de infraestrutura adequada, incluindo biblioteca, laboratórios, ambulatórios, salas de aula dotadas de recursos didático-pedagógicos e técnicos especializados, equipamentos especiais e de informática e outras instalações indispensáveis à formação dos estudantes de medicina;
- b) o acesso a serviços de saúde, clínicas ou hospitais com as especialidades básicas indispensáveis à formação dos alunos;
- c) um quinto do corpo docente em regime de tempo integral e um terço do corpo docente, pelo menos, com titulação acadêmica de mestrado ou doutorado;
- d) corpo docente e técnico com capacidade de desenvolver pesquisa de boa qualidade, nas áreas curriculares do curso em questão, aferida por publicações científicas.

II – a necessidade social do curso para:

- a) a cidade e para a região em que se localiza, demonstrada por indicadores demográficos, sociais, econômicos e concernentes à oferta de serviços de saúde, incluindo dados relativos a:
  - b) a relação número de habitantes por número de profissionais no município em que é ministrado o curso e nos municípios de seu entorno;
  - c) a descrição da rede de cursos análogos de nível superior, públicos e privados, e de serviços de saúde, ambulatoriais, hospitalares e programas de residência em funcionamento na região.
  - d) a inserção do curso em programa de extensão que atenda a população carente da cidade e da região em que a instituição se localiza.

III – o pronunciamento, em caráter consultivo, do respectivo conselho federal de fiscalização do exercício profissional.

IV – para os cursos de medicina requer-se, adicionalmente, hospital de ensino público ou privado, próprio ou conveniado. (BRASIL, 2013c, p. 171-172, 287-288, 316, 365, 383-384, 454-455, 481-482, 520-521, 542, 566-567, 648-649, 686, 745-746, 749-752).

A justificativa atribuída para estas proposições consiste na preocupação em manter um padrão de qualidade em relação à expansão desejada pelo governo quanto ao aumento do número de cursos de medicina no país. Segundo os proponentes, este aumento já foi exponencial na última década.

As proposições de emenda sob n.º 92, 178, 204, 246, 263, 339, 357, 361, 380, 400, e 508 afirmam ser imprescindível a avaliação do espaço para a abertura de novas instituições de ensino de medicina no país, “posto que, o número de vagas já existente é suficiente para a adequação da formação médica à curva de crescimento da população do Brasil” (BRASIL, 2013c, p. 172, 288, 316, 365, 384, 482, 516, 521, 542, 567 e 686)<sup>39</sup>.

Já as justificativas apresentadas em relação às proposições de emenda n.º 319, 475, 560, 563 e 564, de autoria dos Senadores Lúcia Vânia

<sup>39</sup> As proposições de emenda em referência foram apresentadas, respectivamente por: Deputado Eleuses Paiva (PSD/SP), Senadores Cássio Cunha Lima (PSDB/PB) e Mozarildo Cavalcanti (PTB/RR), Deputados Federais João Ananias (PCdoB/CE), Mandetta (DEM/MS) e Mendonça Filho (DEM/PE), Senador Waldemir Moka (PMDB/MS) e Deputados Federais Manoel Júnior (PMDB/PB), Walter Feldman (PSDB/SP) e Alexandre Roso (PPS/RS).

(PSDB/GO), Paulo Davim (PV/RN) e Vital do Rêgo (PMDB/PB), sendo que este último apresentou, ainda, as proposições de n.º 560, 563 e 564, denotam que “não há espaço para a abertura de novas escolas médicas, pois o número de vagas atualmente já contempla o crescimento populacional do País” (BRASIL, 2013c, p. 455, 649, 746, 750 e 752).

Destas proposições de emendas, apenas os termos “reconhecimento”, contido no parágrafo sugerido; bem como aqueles relacionados à proporção do corpo docente em regime integral e com titulação acadêmica de mestre ou doutor, além dos dois últimos incisos, não foram acolhidas pela redação final, cujo restante restou integralmente contemplado no § 7º, do artigo 3º da Lei n.º 12.871/2013.

O **sexto grupo** formado pelas proposições de emenda n.º 430, 467, 561, 569 e 565 visa a inclusão de um novo parágrafo ao artigo 15 da MPV n.º 621/2013. Deste rol, apenas a proposição de n.º 469 foi rejeitada. Todavia, esta proposição de emenda é idêntica à de n.º 467, inclusive em relação ao seu proponente, qual seja o Senador Paulo Davim (PV/RN) (BRASIL, 2013c, p. 641 e 639).

Todas as proposições referidas neste tópico recomendam que os “médicos participantes e seus supervisores e tutores acadêmicos responderão por falta ética, de forma solidária, perante os Conselhos de Medicina” (BRASIL, 2013c, p. 598, 639, 747, 641 e 753). Embora esta redação tenha sido acolhida pela Comissão Mista, o texto final da Lei n.º 12.871/2013 não contempla seu conteúdo.

Por fim, o **sétimo grupo** refere-se às proposições de emenda n.º 89, 141, 205, 265, 338, 383, 416, 494 e 526. À exceção da proposição de emenda n.º 205, as demais visam excluir o termo “não” do § 4º, do artigo 3º da MPV n.º 621/2013 que trata da autorização para o funcionamento de cursos de medicina, para que seja aplicado o disposto neste dispositivo aos pedidos de autorização para funcionamento de cursos de medicina protocolados no Ministério da Educação até a data de publicação desta Medida Provisória (BRASIL, 2013c, p. 168, 233, 386, 480, 545, 583, 670 e 705).

A proposição de emenda n.º 205, apresentada pelo Senador Mozarildo Cavalcanti (PTB/RR), por sua vez, contraria todas as demais proposições deste

conjunto ao sugerir a supressão do dispositivo em referência (BRASIL, 2013c, p. 317).

Todavia, a justificativa apresentada pelas proposições de emendas apresentadas neste tópico são idênticas, ao defender que

Um dos objetivos da presente Medida Provisória é dar qualidade a graduação dos cursos de medicina. Neste sentido, não há motivo para isentar pedidos de autorização para abertura de cursos de medicina, em tramitação e não apreciados, das regras ora estabelecidas, inclusive na perspectiva de garantir uniformidade na autorização da abertura de cursos de medicina no país (BRASIL, 2013c, p. 168, 233, 317, 386, 480, 545, 583, 670 e 705)

Em que pese serem similares, as proposições de emendas n.º 383 e 416 foram rejeitadas pela Comissão Mista, enquanto todas as demais foram acolhidas, inclusive a proposição de emenda n.º 205 que como já referido objetiva a supressão do § 4º do artigo 3º da MPV n.º 621/2013.

Esta análise expõe uma imprecisão processo de formulação do Programa Mais Médicos. A Comissão Mista, responsável pela análise das proposições de emendas apresentadas pelos Senadores e Deputados Federais, não observou a homogeneidade dos dispositivos.

Esta constatação decorre do acolhimento, pela Comissão Mista, de dispositivos antagônicos em relação ao dispositivo legal mencionado. Na prática, foi acolhida a pretensão da maior parte dos proponentes que objetivava modificar o dispositivo. Também foi acolhida uma proposição de emenda que visava suprimir integralmente a regra em discussão. Além disso, outras duas proposições de emenda, que acompanhavam integralmente a mesma redação utilizada pela maioria, foram rejeitadas. O mais grave de tudo isso é que não houve qualquer espécie de justificativa por parte da Comissão Mista (BRASIL, 2013c).

Como se todo esse imbróglio não fosse o bastante, a Lei n.º 12.871/2013 simplesmente repetiu os exatos termos contidos na redação do §4º, do artigo 3º da MPV n.º 621/2013, mantendo-se inclusive a mesma numeração original.

Neste subcapítulo foram apreciadas as seguintes emendas: 89, 91, 92, 93, 98, 136, 137, 141, 142, 154, 178, 183,197, 204, 205, 206, 211, 212, 227, 228, 246, 261, 263, 265, 266, 278, 282, 318, 319, 327, 337, 338, 339, 358, 360,

361, 362, 378, 380, 381, 383, 384, 395, 400, 403, 411, 416, 420, 421, 429, 430, 463, 467, 475, 479, 481.

Deste grupo de proposições de emendas analisado, no que tange à finalidade da emenda e à justificativa de seu propositor, foram expressamente apontadas como acolhidas as seguintes proposições: 89, 91,93, 98, 136,137, 141, 178, 197, 204, 205, 206, 246, 261, 263, 265, 266, 319, 338, 339, 361, 378, 380, 381, 384, 395, 400, 403, 411, 429, 430, 463, 467, 475, 479. Ou seja, das 102 (cento e duas) proposições de emendas acolhidas, 35 (trinta e cinco), apresentam alguma forma de inconsistência em relação ao processo de apreciação se comparada a redação originária da MPV n.º 621/2013 e seu processo de conversão que culminou na edição da Lei n.º 12.871/2013.

Dessa forma, conforme pormenorizadamente referido em cada grupo, proposições de emendas idênticas foram: **i)** acolhidas e rejeitadas; **ii)** acolhidas e não contempladas na redação final da Lei n.º 12.871/2013; **iii)** antagônicas e acolhidas; **iv)** acolhida e rejeitada pela relatoria, embora contrária aos objetivos perseguidos pelo Programa Mais Médicos e que foram relatadas como aprovadas no Ofício n.º 028/MPV-621/2013 e na Mensagem n.º 276/13 (BRASIL, 2013c).

Tudo isso comprova a fragilidade do PLV n.º 26/2013-CN em relação à formulação de um programa de saúde pública de longo alcance e que atinge diretamente a questão da formação médica brasileira.

As justificativas idênticas ou similares são apresentadas no Apêndice I.

As alternativas levadas a cabo pela MPV n.º 621/2013, analisadas no PLV n.º 26/2013-CN e convertidas, com algumas modificações, na Lei n.º 12.871/2013 introduziram no âmbito nacional uma severa mudança em relação à perspectiva do atendimento básico de saúde pública<sup>40</sup>.

Esta alteração sobre a compreensão da política pública de saúde, especialmente pela perspectiva da reestruturação dos cursos de graduação em medicina e da ampliação do acesso à população, seguindo o entendimento de

---

<sup>40</sup> Para uma análise sistemática e comparativa das alterações trazidas na Lei n.º 12.871/2013, em decorrência do PLV n.º 26/2013-CN oriundo da MPV n.º 621/2013, remeto a leitura do “Quadro comparativo da Medida Provisória nº 621, de 9 de julho 2013, elaborado pelo Serviço de Redação da Secretaria-Geral da Mesa do Senado Federal, disponível no seguinte link: <<http://legis.senado.leg.br/mateweb/arquivos/mate-pdf/138312.pdf>>, o qual traça um comparativo entre a redação originária da MPV n.º 621/2013, o texto aprovado pela Comissão Mista do PLV n.º 26/2013-CN e aquele aprovado junto à Câmara dos Deputados.

Kingdon (2013), gerará um *'spillover'*, isto é, um transbordamento ou repercussão do tema sobre uma cadeia de eventos correlatos da saúde pública nacional frente ao estabelecimento de um novo princípio que norteará as ações políticas a partir de então.

Por fim, uma sistematização dos resultados verificados na análise desenvolvida neste capítulo permite concluir que o parecer exarado pela Comissão Mista do Congresso Nacional acolheu parcialmente as contribuições apresentadas pelos legisladores ao selecionar, dentre as alternativas apresentadas, aquelas que – em sua fundamentação – considerou mais adequadas à conversão da Medida Provisória n.º 621/2013 na Lei n.º 12.871/2013.

A percepção de adequação relativa à formulação do Programa Mais Médicos, na perspectiva da Comissão Mista, esteve muito mais voltado à reestruturação da grade curricular do curso de medicina do que aos ajustes necessários à realização da universalização do acesso à saúde. Isso, inclusive, pode ser constado em decorrência das proposições de emendas acolhidas no PLV n.º 26/2013, como pode ser visto no quadro comparativo citado na nota de rodapé de n.º 40.

Em síntese, a primazia atribuída à abertura de uma janela de oportunidades, no âmbito da saúde pública nacional, está muito mais afeta aos critérios burocráticos de formação médica que aos critérios estruturais da saúde pública nacional estabelecidos constitucionalmente.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A exposição desse trabalho restou marcada, metodologicamente, pela presença de sete capítulos, dos quais o primeiro apresenta os elementos introdutórios e este encerra, conclusivamente, a explanação. A organização temática percorreu, do segundo ao sexto capítulo, um caminho teórico de densidade crescente, culminando, na sexta seção, na confluência de todos os elementos norteadores do Modelo de Múltiplos Fluxos, enquanto critério parametrizante à análise da formulação do Programa Mais Médicos.

Essa dissertação centrou-se na investigação da formulação de uma política pública de saúde de atenção básica. Para tanto, os ensinamentos trazidos por John Kingdon, criador do modelo em questão, permitiu decifrar a etapa de formulação de uma política pública de saúde, com ênfase no processo legislativo. Foi possível identificar a proeminência dos problemas, das alternativas e dos atores envolvidos na elaboração do Programa Mais Médicos.

Assim, para evitar repetições relativas às inferências lançadas ao longo da dissertação, neste ponto serão apresentadas, primeiramente, algumas evidências. E, na sequência, serão explicitados alguns temas que não foram contemplados no escopo dessa pesquisa, mas que se mostram viáveis à elaboração de estudos futuros em decorrência da relevância atribuída à matéria.

Restou evidenciado que a insuficiência de profissionais médicos para atender à população, especialmente na atenção básica, é um problema reconhecido desde a promulgação da CFRB/1988 que acolheu os argumentos suscitados na VIII Conferência Nacional de Saúde e criou o Sistema Único de Saúde nos moldes ainda vigentes (BRASIL, 1986; BRASIL, 1988a).

Esta constatação, como apresentado no terceiro capítulo, por si só, revela uma identidade causal entre a estruturação do SUS e a formulação do Programa Mais Médicos. Seguindo a compreensão transmitida pelos agentes políticos, que conforme Kingdon (2013) são interpretadores por excelência do humor nacional, a insuficiência de profissionais médicos reemergiu – enquanto problema passível de análise pelos atores políticos – a partir das mobilizações sociais de junho de 2013.

Ambos os eventos mencionados permitem interpretar, em estrita consonância com os ensinamentos de Kingdon (2013), que tanto a estruturação constitucional do atual sistema de saúde quanto a formulação do Programa Mais Médicos estão atrelados a uma intensa movimentação social.

Estas duas modificações no âmbito da saúde pública nacional, seja a instituição do SUS, seja a formulação do Programa Mais Médicos, estão sedimentadas num caráter interpretativo dos agentes políticos sobre o humor nacional, enquanto evento desencadeador de suas ações para a geração de novas políticas públicas.

Nas mobilizações de junho de 2013, a população brasileira expressou seu desejo de equidade no atendimento e ampliação de acesso à atenção básica de saúde. Este momento é um exemplo da busca pela realização do Estado social, sedimentado no ideário de igualdade social e de valorização do direito à vida digna.

É neste aspecto, pela perspectiva de Kingdon (2013), que se insere o cunho interpretativo atribuído à atuação dos empreendedores políticos e dos *decision makers*. Estes agentes detêm os instrumentos capazes de perceber e mensurar o humor nacional.

No caso do Programa Mais Médicos, a conclusão dos agentes políticos sobre as manifestações sociais tornou-se a base fundamental para as ações desenvolvidas pelos Poderes do Estado, notadamente o Executivo e o Legislativo, não só para realizar as determinações constitucionais, como também para atender aos clamores da sociedade.

Logo, as mobilizações de junho de 2013, tanto pela perspectiva que os agentes políticos pretenderam incutir sobre a interpretação social, quanto pela noção desenvolvida por Kingdon (2013), constituem o evento desencadeador da abertura da janela de oportunidades para trazer ao debate político a formulação do Programa Mais Médicos. Foi a partir deste evento que se permitiu a reemergência do tema atinente à ampliação de acesso à atenção básica de saúde à agenda política.

Também restou evidenciado que os empreendedores políticos, na articulação estabelecida nos fluxos de soluções e de política, agiram imbuídos do objetivo eleger suas alternativas como a solução mais adequada para ser acoplada ao problema evidenciado.

Isso reforçou a abordagem traçada em relação ao histórico da saúde no Brasil e às limitações trazidas à análise da política pública de saúde brasileira (subcapítulos 3.3 e 3.4). Naquele momento restou consignado, em outros termos, que a defasagem médica compõe o fluxo de problemas do sistema de saúde nacional desde a instituição do SUS, ou seja, há mais de 26 anos.

Assim, como referido no capítulo 6, a confluência dos fluxos de problemas, de soluções e de política, pela perspectiva do processo legislativo que culminou na edição da Lei n.º 12.871/2013 atribuiu às mobilizações sociais o evento desencadeador e o momento adequado à abertura da janela de oportunidades para exigir dos *decision makers* agilidade na convergência dos fluxos.

A similaridade de eventos identificada, tanto em relação à instituição do SUS pelo constituinte quanto pela formulação do Programa Mais Médicos, sinaliza uma possível resposta sobre a demora do Estado em sanar o problema de insuficiência de profissionais de saúde para o atendimento básico universalizado. O *feedback* dos agentes políticos, por esta perspectiva, estaria atrelado à necessidade prévia de uma intensa movimentação social pleiteando pela atuação dos *decision makers*.

O Programa Mais Médicos, nos moldes instituídos, produz três novas mudanças na política sanitária nacional e sua interface com o ensino da medicina: *i)* Aperfeiçoa médicos na área de atenção básica de saúde; *ii)* Estabelece novos parâmetros para a ordenação da formação de recursos humanos médicos; *iii)* Amplia a oferta de vagas para os cursos de graduação em medicina e residência médica, estabelecendo-os em regiões consideradas prioritárias para o SUS.

Portanto, as mobilizações sociais, indo para além da interpretação pretendida pelos agentes políticos, seguindo a linha de entendimento de Kingdon (2013), configuram a identidade entre os eventos transformadores da saúde pública nacional desde a instituição do SUS.

A atuação articulada, cooperativa e integrada pretendida pelos Ministérios da Saúde, da Educação e do Planejamento, conforme explicitado no quarto capítulo, visa reestruturar a atenção básica de saúde e,



consequentemente, redirecionar o modo de atuação do SUS, especialmente pela readequação da grade curricular do curso de medicina.

Assim, o aumento das exigências sociais, políticas e econômicas faz crescer a demanda por legislações emergenciais. Isto justifica a atuação legiferante extraordinária do Poder Executivo, ocorrida por meio da MPV n.º 621/2013, formuladora do Programa Mais Médicos, enquanto método de introdução atípico de norma primária no ordenamento jurídico pátrio.

Essa prática, no caso examinado, decorre da autorização constitucional que em casos de relevância e urgência, permite o deslocamento da função legislativa ao Poder Executivo. Em casos tais, compete ao Congresso Nacional realizar o controle da atividade legislativa exercida pela Presidência da República (CLÈVE, 2000), cujos aprofundamentos deste tema restou evidenciado no quinto capítulo.

Nesse contexto, a formulação do Programa Mais Médicos visa sanar, basicamente, dois problemas que afligem a saúde pública brasileira: o quantitativo e a distribuição do contingente médico, com ênfase para as regiões mais afastadas dos grandes centros. Visa, com o aumento do número de profissionais médicos por habitantes, ampliar o acesso ao atendimento básico de saúde ao enviar médicos para regiões consideradas prioritárias para o SUS (BRASIL, 2013a).

Segundo se infere das alternativas apresentadas no PLV n.º 26/2013-CN, o Brasil não só precisa de mais profissionais médicos, como também encontrar uma forma capaz de melhor distribuir regionalmente os profissionais que possui. Assim, a abertura da janela de oportunidades e atuação contundente dos decisores políticos, pelo critério argumentativo utilizado, volta-se a sanar estes problemas.

Por seu turno, como o presente estudo pauta-se na fase pré-decisória de formulação de uma política pública, torna-se possível apresentar um rol de sugestões para pesquisas futuras, em continuidade ao tema desenvolvido nessa dissertação.

Numa visão prospectiva, relacionada ao conteúdo decorrente da formulação do Programa Mais Médicos, a ampliação do número de profissionais médicos decorrente deste programa de saúde perpassa a regulação do mercado produtivo destes profissionais, bem como as ações

voltadas ao controle e monitoramento da política pública de saúde como um todo, para que haja plena garantia de acolhimento e acesso aos usuários, pela perspectiva do cuidado do cidadão.

A dificuldade na interiorização da assistência médica decorre de um fenômeno mais complexo. Vincula-se ao processo de mercantilização da saúde que gera resistência na fixação de profissionais médicos nas regiões consideradas prioritárias para o SUS. Isso se deve, inclusive, pela ausência de estímulo aos egressos das faculdades de medicina em desenvolverem suas atividades profissionais perante o SUS.

Segundo a lei de regência do Programa Mais Médicos, não há vínculo trabalhista entre os participantes do Programa e o Poder Público. Porém, a limitação temporal de permanência dos graduandos e dos profissionais participantes, exigirá, num futuro próximo, a reestruturação administrativa do Programa, sob pena de reincidir o problema evidenciado.

O recrutamento e a distribuição dos profissionais médicos formados no exterior para prestarem atendimento básico nas áreas consideradas suburbanas e interioranas perpassa a análise de critérios administrativos e de competência, inclusive financeira, relativa aos entes públicos envolvidos.

A tentativa do Estado de atribuir aos participantes do Programa a responsabilidade de resolver as mazelas da saúde social, aproximando-o da comunidade onde desenvolve suas atividades, transfere a estes profissionais a responsabilidade pela realidade sanitária nacional.

Deixar de tratar o Programa Mais Médicos como uma política de Estado constitui um inconveniente à sociedade. Além disso, a formação de recursos humanos, por si só, é insuficiente para garantir o atendimento universalizado de saúde.

Assim, ao tratar a questão de ampliação do atendimento à saúde básica por uma perspectiva, apenas de formação médica e de importação temporária de profissionais, os atores políticos estão desviando o verdadeiro ponto de vista social que é a realização dos preceitos constitucionais de universalidade e equidade no atendimento à saúde.

Ademais, esta perspectiva revela um vício de lógica e um desvirtuamento de método, pois o prazo conferido para a especialização oferecida aos profissionais participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil

é insuficiente para que seja formada a quantidade de médicos desejada pelo Programa Mais Médicos (de 2,7 médicos por um mil habitantes). Além disso, formar mais médicos não significa que os profissionais formados migrarão para as regiões consideradas prioritárias para o SUS.

Este mal vivenciado pela saúde pública brasileira é de natureza estrutural e social e o remédio que se lhe quer ministrar é exclusivamente político e temporário, residindo aí a fraqueza do Programa Mais Médicos. Os males estruturais que afligem a saúde pública do país não serão sanados com a importação temporária de profissionais que, em dado momento, regressarão ao seus países de origem e deixarão à mercê o atendimento básico de saúde brasileiro.

Os atores políticos, inclusive os possíveis grupos de interesses formado entre os parlamentares, ao conferirem maior relevância à formação médica brasileira, estão a sacrificar o interesse vital do país. Com isso, tornam secundária a preocupação com o atendimento básico nas regiões elencadas pelo SUS como prioritárias.

Afora isso, estudante de medicina não é médico. Por mais que a organização dos serviços de saúde tenha como critério a constatação prévia da complexidade do tratamento, referido paradigma é mutável ao longo do tempo ante os avanços tecnológicos no campo da medicina. Tais avanços são capazes de alterar o nível de dificuldade para a prática das ações de saúde e reestruturar o feixe de atribuições orientados em conformidade com níveis de complexidade crescente.

O Projeto Mais Médicos para o Brasil centra-se no princípio da desconcentração e da expansão do atendimento médico básico para as regiões consideradas estratégicas para o SUS. Confere aos Municípios uma atuação coadjuvante, enquanto órgãos executores de práticas primárias voltadas à organização administrativa das unidades de saúde onde os profissionais médicos vinculados ao Programa Mais Médicos atuarão. A articulação entre os três níveis de Poder (união, estados, Distrito Federal e municípios) constitui a chave para o funcionamento do Programa Mais Médicos.

Assim, o desafio conferido ao Programa Mais Médicos consiste em disponibilizar saúde primária de forma universalizada, ou seja, para todos os

indivíduos, como preceitua a Carta Maior. Para isso, uma nova ordem de inovação na gestão da saúde se desdobra, onde a cobertura universalizada do sistema de atenção básica de saúde pública nacional será eficiente e eficaz se houver um método de mensuração dos resultados, considerando-se a saúde do paciente em todo o ciclo de atendimento, perfazendo toda a carreira de complexidade clínica.

Portanto, não basta apenas importar profissionais e formar mais médicos no âmbito interno. É imprescindível uma conformação sistematizada das metas a serem cumpridas pelos participantes do Programa Mais Médicos baseada no resultado atribuído à população. O maior desafio reside em expandir as atividades assistenciais da atenção básica de saúde atrelada ao ensino da medicina. Isso, conseqüentemente, pode repercutir na qualidade do atendimento ofertado à população.

Enfim, a implementação do Programa Mais Médicos, pelo que indica a sua formulação, deve perpassar uma atuação integrada, articulada e cooperativa entre os Poderes do Estado, bem como um novo posicionamento social frente ao atendimento básico de saúde. As proposições apresentadas pelos parlamentares evidenciam a dificuldade em estabelecer parâmetros gerais para a realização da atenção básica na saúde pública nacional, bem como exige um maior aprofundamento do tema apresentado.

## REFERÊNCIAS

ABRANCHES, Sérgio. Presidencialismo de coalizão: o dilema institucional brasileiro. **Dados**, v. 31, n. 1, p. 5-38, 1988.

AGAMBEN, Giorgio. **Estado de Exceção**. Tradução: Iraci D. Poleti. São Paulo: Boitempo, 2004.

AL'HANATI, Yuri. O que restou das jornadas de junho? **Gazeta do Povo**. 24 nov. 2013. Disponível em: <<http://www.gazetadopovo.com.br/vidapublica/conteudo.phtml?id=1427776&tit=O-que-restou-das-jornadas-de-junho>>. Acesso em: 23 mar. 2014.

ALMEIDA PRADO, Henrique Sartori de. A educação superior no Mercosul como política de integração e de desenvolvimento. **Systemas-Revista de Ciências Jurídicas e Econômicas**, v. 5, p. 38-53, 2013. Disponível em: <<http://revistasystemas.com.br/index.php/systemas/article/viewFile/66/56>>. Acesso em: 08 jan. 2015.

BATISTA, Almária Mariz; CARVALHO, Maria Cleide Ribeiro Dantas de. Avaliação da propaganda de medicamentos veiculada em emissoras de rádio. **Ciência & Saúde Coletiva** [online] vol.18, n. 2, 2013, p 553-561. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n2/27.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2013.

BATISTELLA, Carlos. Saúde, doença e cuidados: complexidade teórica e necessidade histórica. p. 25-49. In.: FONSECA, Angélica Ferreira (Org.). **O Território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

BIANCHI, André Luiz. **Direito social à saúde e fornecimento de medicamentos: a construção de critérios parametrizantes à luz da teoria dos direitos fundamentais e da teoria dos princípios**. Porto Alegre: Núria Fabris, 2012.

BOBBIO, Norberto; MATTEUCCI, Nicola; PASQUINO, Gianfranco. **Dicionário de política**. 11. ed., v. 1. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1998.

BRASIL. Biblioteca da Presidência da República. **Ex-Presidentes**. Disponível em: <<http://www.biblioteca.presidencia.gov.br/ex-presidentes>>. Acesso em: 25 jan. 2015. (BRASIL, 2015)

\_\_\_\_\_. Congresso Nacional. Câmara dos Deputados. **Regimento Interno da Câmara dos Deputados [recurso eletrônico]**. 13. ed., 1. reimpr.. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2014. Disponível em: <<http://bd.camara.gov.br/bd/handle/bdcamara/18847>>. Acesso em: 13 jan. 2014. (BRASIL, 2014)

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Comissão Mista da Medida Provisória n.º 621/2013. **Projeto de Lei de Conversão n.º 26/2013**. Institui o Programa Mais Médicos; altera as Leis n. 8.745, de 09 dez. 1993, e 6.932, de 7 jul. 1981; dá outras providências. Transformado em norma jurídica com veto parcial. 2013c.

Disponível em: <[http://www.senado.gov.br/atividade/materia/detalhes.asp?p\\_cod\\_mate=114601](http://www.senado.gov.br/atividade/materia/detalhes.asp?p_cod_mate=114601)>. Acesso em: 17 nov. 2013. (BRASIL, 2013c)

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Resolução n. 001 de 08 de maio de 2002. Dispõe sobre a apreciação, pelo Congresso Nacional, das Medidas Provisórias a que se refere o art. 62 da Constituição Federal, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 09 fev. 2005. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/rescon/2002/resolucao-1-8-maio-2002-497942-normaatualizada-pl.pdf>>. Acesso em: 27 dez. 2014.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Senado Federal. **Regimento Interno do Senado Federal**. Vol. 1. O texto corresponde ao da edição impressa do Volume I publicada em 2011, atualizado com as alterações feitas pelas Resoluções do Senado Federal nº 16, de 2011, nº 1, de 2013, nº 3, de 2013, nº 4, de 2013, nº 11, de 2013, nº 14, de 2013, nº 41, de 2013, nº 44, de 2013 e nº 45, de 2013. Brasília: DF. Publicado no DOU de 01.02.2011, Seção 1, pág 4, 2011. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/legislacao/regsf/>>. Acesso em: 21 jan. 2015. (BRASIL, 2011c)

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília : CONASS, 2007.

\_\_\_\_\_. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988a. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm)>. Acesso em: 15 ago. 2013. (BRASIL, 1988a)

\_\_\_\_\_. Decreto n.º 94.657, de 20 de julho de 1987. Dispõe sobre a criação do Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados (SUDS)I, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 21 set. 1987. Disponível em <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1980-1987/decreto-94657-20-julho-1987-445419-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 28 ago. 2014.

\_\_\_\_\_. Decreto n.º 96.763, de 23 de setembro de 1988. Dispõe sobre a organização do Ministério da Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 26 set. 1988. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1980-1989/D96763impresao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/D96763impresao.htm)>. Acesso em: 28 ago. 2014 [Revogado pelo Decreto 5/1991]. (BRASIL, 1988b)

\_\_\_\_\_. Decreto-Lei n.º 72, de 21 de novembro de 1966. Unifica os Institutos de Aposentadoria e Pensões e cria o Instituto Nacional de Previdência Social. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 22 nov. 1966. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/1965-1988/Del0072.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/1965-1988/Del0072.htm)>. Acesso em: 22 ago. 2014.

\_\_\_\_\_. DIÁRIO DO SENADO FEDERAL. Ano LXVIII, n.º 110. 12 jul. 2013, p. 46584-46585. Brasília. Disponível em: <<http://legis.senado.leg.br/>>

diarios/BuscaDiario?tipDiario=1&datDiario=12/07/2013&paginaDireta=46584>. Acesso em: 27 dez. 2014.

\_\_\_\_\_. Lei n.º 1.920, de 25 de julho de 1953. Cria o Ministério da Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Rio de Janeiro, RJ, 25 jul. 1953. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/1950-1969/L1920.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/L1920.htm)>. Acesso em: 28 ago. 2014 [Revogado pelo Decreto 5/1991].

\_\_\_\_\_. Lei n.º 3.807, de 26 de agosto de 1960. Dispõe sobre a Lei Orgânica da Previdência Social. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 26 ago. 1960. Disponível em <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/1950-1969/L3807.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/1950-1969/L3807.htm)>. Acesso em: 28 ago. 2014.

\_\_\_\_\_. Lei n.º 6.229, de 17 de julho de 1975. Dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 18 set. 1975. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L6229.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6229.htm)>. Acesso em: 22 ago. 2014. [revogada pela Lei 8.080/1990].

\_\_\_\_\_. Lei n.º 6.439, de 1º de setembro de 1977. Institui o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 02 set. 1977. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L6439.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6439.htm)>. Acesso em: 22 ago. 2014.

\_\_\_\_\_. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)>. Acesso em: 22 ago. 2014.

\_\_\_\_\_. Lei n.º 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, 23 out. 2013a. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm)>. Acesso em: 18 nov. 2013. (BRASIL, 2013a)

\_\_\_\_\_. Medida Provisória n.º 621/2013, de 08 de julho de 2013. Institui o Programa Mais Médicos e dá outras providências. Convertida na Lei n.º 12.871/2013. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, 09 jul. 2013b. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2013/Mpv/mpv621.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/Mpv/mpv621.htm)>. Acesso em: 18 nov. 2013. (BRASIL, 2013b)

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. Educação Superior. Assessoria de Comunicação Social. **Ministério amplia número de vagas em medicina em instituições de todo o país**. 05 jun. 2012c. Disponível em: <[http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_content&id=17827](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&id=17827)>. Acesso em: 09 jan. 2015. (BRASIL, 2012c)

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. **Portaria Normativa nº 3 de 1º de Fevereiro de 2013**. Estabelece os procedimentos de aditamento de atos

regulatórios para alteração no número de vagas de cursos de graduação de medicina ofertados por Instituições de Educação Superior - IES, integrantes do Sistema Federal de Ensino, e dá outras providências. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, 04 fev. 2013d. (BRASIL, 2013d)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório final da 14ª Conferência Nacional de saúde: Todos usam o SUS: SUS na seguridade social: Política pública, patrimônio do povo brasileiro**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, 2011. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.htm](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.htm)>. Acesso em: 01 jan. 2015. (BRASIL, 2011a)

\_\_\_\_\_. Portal Brasil. Saúde. **PROVAB**: médicos, enfermeiros e dentistas terão bolsa anual de R\$ 2,3 mil para qualificação. Publicado em 30 abr. 2012d. Última modificação: 29 jul. 2014. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2012/04/programa-contempla-medicos-enfermeiros-e-dentistas-com-bolsa-para-curso-de-especializacao>>. Acesso em: 09 jan. 2015. (BRASIL, 2012d)

\_\_\_\_\_. **Relatório final da VIII Conferência Nacional de saúde**. 1986. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_8.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf)>. Acesso em: 28 ago. 2014.

\_\_\_\_\_. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Plano Nacional de Saúde – PNS: 2012-2015**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. (BRASIL, 2011b)

BUCCI, Maria Paula Dallari. O conceito de política pública em direito. *In*: BUCCI, Maria Paula Dallari (org.). **Políticas públicas: reflexões sobre o conceito jurídico**. Belo Horizonte: Fórum, 2006, p. 39.

CAPELLA, A. C. N. Perspectivas teóricas sobre o processo de formulação de políticas públicas. **BIB**, Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais, v. 61, 2006, p. 20-40.

CARDOSO, Rui Mota (Org.). **Política: Crítica do contemporâneo – Conferências Internacionais Serralves 2007**. Portugal: Fundação Serralves, 2008.



CHUEIRI, Vera Karam de. O discurso do constitucionalismo: governo das leis versus governo do povo. In: FONSECA, Ricardo Marcelo (Org.). **Direito e discurso**: discursos do direito. Florianópolis: Fundação Boiteux, 2006. p. 161-171.

CLÈVE, Clèmerson Merlin. **Atividade legislativa do poder executivo**. 2. ed., rev., atual. e ampl. do livro Atividade legislativa do Poder Executivo no Estado contemporâneo e na Constituição de 1988. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2000.

\_\_\_\_\_. **Medidas provisórias**. 2. ed., rev. e ampl. São Paulo: Max Limonad, 1999.

\_\_\_\_\_. **Temas de direito constitucional**. 2. ed., rev. e ampl. Belo Horizonte: Fórum, 2014.

COHEN, Michael D.; MARCH, James G.; OLSEN, Johan P. A garbage can model of organizational choice. **Administrative Science Quarterly**, Vol. 17, n.º 01, Mar., 1972, p. 1-25.

COHN, Amélia. O sistema unificado e descentralizado de saúde: descentralização ou desconcentração. **São Paulo perspect**, v. 1, n. 3, p. 55-58, 1987. Disponível em <[http://www.cedec.org.br/files\\_pdf/osistemaunificadoedescentralizadodesaude.pdf](http://www.cedec.org.br/files_pdf/osistemaunificadoedescentralizadodesaude.pdf)>. Acesso em: 27 ago. 2014.

Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS/WHO) 1946. Disponível em: <[http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_sp.pdf?ua=1](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf?ua=1)>. Acesso em: 28 ago. 2014.

CUTOLO, Luiz Roberto Agea. Modelos biomédicos, reforma sanitária e a educação pediátrica. **Arquivos Catarinenses de Medicina**. v. 35, n. 4, p. 16-24, 2006.

DA ROS, Marco Aurélio. Políticas públicas de saúde no Brasil. In: BAGRICHEVSKY, Marcos. *et al.* (org). **A saúde em debate na educação física**. Vol. 2. Blumenau: Nova Letra, 2006, p. 45-66.

DIAS, Reinaldo; MATOS, Fernando. **Políticas públicas**: princípios, propósitos e processos. São Paulo: Atlas, 2013.

DAMOUS, Wadih; DINO, Flávio. **Medidas provisórias no Brasil**: origem, evolução e novo regime constitucional. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2005.

DOWBOR, Monika; SZWAKO, José. Respeitável público...: performance e organização dos movimentos antes dos protestos de 2013. **Novos Estudos-CEBRAP**, n. 97, p. 43-55, 2013.

FALLEIROS, Ialê *et al.*. A constituinte e o Sistema Único de Saúde. In: PONTES, Carlos Fidelis (Org.). **Na corda bamba de sombrinha: a saúde no**

**fio da história.** Rio de Janeiro: Fiocruz/COC, 2010, p. 239-276. Disponível em: <[http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/d/cap\\_3.pdf](http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/d/cap_3.pdf)>. Acesso em: 11 ago. 2014.

FARIA, Carlos Aurélio Pimenta de. **Idéias, conhecimento e políticas públicas:** um inventário sucinto das principais vertentes analíticas recentes. Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Ciências Sociais, 2006.

FERREIRA FILHO, Manoel Gonçalves. **Do processo legislativo.** 7. ed., rev. e atual. São Paulo: Saraiva, 2012.

GEPHI CONSORTIUM et al. Gephi (Version 0.8.2-beta). **Paris: The Gephi Consortium,** 2014. Disponível em: <<https://gephi.github.io/>>. Acesso em: 18 ago. 2014.

GLOBO, O. **O Brasil nas Ruas.** O Globo, 2013 [Livro Eletrônico].

GONÇALVES, Emerson. **O Estado e o princípio constitucional do direito à saúde.** [Ebook]. São Paulo: Baraúna, 2011

GONÇALVES, Maria Cecília Nunes. **Regulação do lobby no Congresso Brasileiro:** O Estado comparado do modelo norte-americano. Disponível em: [http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/8808/regulamentacao\\_lobby\\_goncalves.pdf?sequence=1](http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/8808/regulamentacao_lobby_goncalves.pdf?sequence=1) > 2012. Acesso em: 31. jan. 2015.

GRAZIANO, Luigi. O *lobby* e o interesse público. **Revista Brasileira de Ciências Sociais.** v.12, n. 35, fev.,1997. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-69091997000300009](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69091997000300009)>. Acesso em: 25 nov. 2014.

HORTA, Raul Machado. Medidas Provisórias. In: SENADO FEDERAL. **Revista de Informação Legislativa.** a. 27; n. 107. Jul./set. 1990, p. 05-18.

HELD, David. A democracia, o estado-nação e o sistema global. **Lua Nova – Revista de cultura e política,** n 23, mar., 1991. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-64451991000100010&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-64451991000100010&script=sci_arttext)>. Acesso em: 25 nov. 2014.

HOWLETT, Michael; RAMESH, M.; PERL, Anthony. **Studying Public Policy: Policy Cycles And Policy Subsystems.** 3rd. ed. Oxford University Press Canada, 2009.

IPEA. **SIPS – Sistema de Indicadores de Percepção Social:** Saúde. 2011. Disponível em: <[http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/SIPS/110207\\_sipssaude.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/SIPS/110207_sipssaude.pdf) >. Acesso em: 09 jan. 2015.

KINGDON, John. **Agendas, Alternatives, and Public Policies.** Update Edition (2.ed.), with an epilogue on Health Care. Pearson New International Edition, 2013 [Livro Eletrônico].

KNOEPFEL, Peter *et al.*. Hacia un modelo de análisis de políticas públicas operativo. Un enfoque basado en los actores, sus recursos y las instituciones. **Ciencia política**, v. 3, p. 6-29, 2007.

LIBERATI, Wilson Donizeti. **Políticas Públicas no estado constitucional**. São Paulo: Atlas, 2013.

LIMA, Júlio César França. A Política Nacional de Saúde nos anos 1990 e 2000: na contramão da história? *In*: PONTES, Carlos Fidelis (Org.). **Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história**. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC, 2010, p. 279-310. Disponível em: <[http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/d/cap\\_3.pdf](http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/d/cap_3.pdf)>. Acesso em: 11 ago. 2014.

FIGUEIREDO, Argelina; LIMONGI, Fernando. Bases institucionais do presidencialismo de coalizão. **Lua Nova**, v. 44, p. 81-106, 1998.

LUZ. Madel Therezinha. **As instituições médicas do Brasil**. 2. ed. (Coleção Clássicos da Saúde Coletiva). Porto Alegre: Rede Unida, 2013 [Livro Eletrônico].

MANCUSO, Wagner Pralon; Andréa Cristina Oliveira. Lobby: instrumento democrático de representação de interesses? **Revista Organicom**. a. 8, n 14, 1 sem., 2011. Disponível em: <http://www.revistaorganicom.org.br/sistema/index.php/organicom/article/viewFile/344/384>. Acesso em: 25 nov. 2014.

\_\_\_\_\_. Construindo leis: os construtores e as concessões de serviços. **Lua Nova**. v. 58, p. 61-87, 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-64452003000100005&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-64452003000100005&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 25 nov. 2014.

MARICATO, Ermínia *et al.* **Cidades rebeldes: passe livre e as manifestações que tomaram as ruas do Brasil**. São Paulo: Boitempo/Carta Maior, 2013.

MERCOSUR. **Decisión n. 17/08 – CMC**. Acuerdo sobre la creación de un sistema de acreditación de carreras universitarias para el reconocimiento regional de la calidad académica de las respectivas titulaciones en el Mercosur y Estados asociados. 2008. Disponível em: <<http://gd.mercosur.int/SAM/GestDoc/pubweb.nsf/EstructuralInstitucionalMercosur.htm>>. Acesso em: 08 jan. 2015.

MODENA, Cesar Augusto. **Medida provisória e controle parlamentar**. 137f. Dissertação (Mestrado em Direito) - Programa de Pós-Graduação em Direito – Setor de Ciências Jurídicas, Universidade Federal do Paraná. Caxias do Sul/RS, 2000.

\_\_\_\_\_. **O Processo legislativo, a medida provisória e a lei de conversão**. 257f. Tese (Doutorado em Direito) - Programa de Pós-Graduação em Direito – Setor de Ciências Jurídicas, Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2004.

MORENO, Ana Carolina *et al.* Resultados das manifestações de junho. **Globo.com**. 28 jun. 2013. Disponível em: <<http://g1.globo.com/brasil/linha-tempo-manifestacoes-2013/platb/>> Acesso em: 23 mar. 2014.

NASCIMENTO, Álvaro César. **Propaganda de medicamentos. É possível regular?** 289 f. Tese (Doutorado em saúde coletiva) - Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007. Disponível em <<http://www6.ensp.fiocruz.br/visa/files/Tese%20Alvaro.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2013.

NORTH, Douglass C. **Instituciones, cambio institucional y desempeño económico**. Colección Economía Contemporánea. Traducción de Agustín Bárcena. México: Fondo de Cultura Económica, 2014 [Epub].

OLIVEIRA, Andréa Cristina de Jesus. Breve histórico sobre o desenvolvimento do lobbying no Brasil. **Revista de Informação Legislativa**. a. 42, n° 168, out./dez., Brasília, 2005. p. 29-43. Disponível em: <<http://www2.senado.leg.br/bdsf/item/id/928>>. Acesso em: 25 nov. 2014.

\_\_\_\_\_. **Lobby e representação de interesses: lobistas e seu impacto sobre a representação de interesses no brasil**. Tese de doutorado apresentada ao Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, São Paulo: 2004.

OLIVEIRA, Felipe Faria de. Partido político. In: CASTRO, Carmem Lúcia Freitas de; GONTIJO, Cyntihia Rúbia Braga; AMABILE, Antônio Eduardo de Noronha. **Dicionário de políticas públicas**. Barbacena: EdUEMG, p. 374-377, 2012.

OMS. **Estadísticas sanitarias mundiales 2012**. Disponível em <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44858/1/9789243564449\\_spa.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44858/1/9789243564449_spa.pdf?ua=1)>. Acesso em: 18 nov. 2013.

OMS. **Estadísticas sanitarias mundiales 2013**. Disponível em <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/82218/1/9789243564586\\_spa.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/82218/1/9789243564586_spa.pdf?ua=1)>. Acesso em: 09 jan. 2015.

OMS. **Estadísticas sanitarias mundiales 2014**. Disponível em <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131953/1/9789240692695\\_spa.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131953/1/9789240692695_spa.pdf?ua=1)>. Acesso em: 09 jan. 2015.

PADILHA, Alexandre Rocha Santos; OLIVA, Aloizio Mercadante; BELCHIOR, Miriam Aparecida. **Exposição de Motivos Interministerial n.º 24-2013/MS-MEC-MP vinculada à Lei Federal n.º 12.871/2013**. BRASÍLIA: 2013. 8 p. (Exposição de Motivos Interministerial).

PAIM, Jairnilson et al. Saúde no Brasil 1 O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Veja**, v. 6736, n. 11, p. 60054-8, 2011. Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/artigo\\_saude\\_brasil\\_1.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/artigo_saude_brasil_1.pdf)>. Acesso em: 11 ago. 2014.

PEREIRA, Márcia dos Santos. **Mudança organizacional na saúde: desafios e alternativas de um hospital universitário**. Belo Horizonte: FACE-FUMEC, C/Arte, 2004.

PONTE, Carlos Fidelis; LIMA, Nísia Trindade; KROPF, Simone Petraglia. O sanitarismo (re)descobre o Brasil. *In*: PONTES, Carlos Fidelis (Org.). **Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história**. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC, 2010a, p. 181-218. Disponível em: <[http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/d/cap\\_3.pdf](http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/d/cap_3.pdf)>. Acesso em: 11 ago. 2014.

PONTE, Carlos Fidelis; NASCIMENTO, Dilene Raimundo do. Os anos de chumbo: a saúde sob a ditadura. *In*: PONTES, Carlos Fidelis (Org.). **Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história**. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC, 2010, p. 181-218. Disponível em: <[http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/d/cap\\_3.pdf](http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/d/cap_3.pdf)>. Acesso em: 11 ago. 2014.

PORTER, Michael; TEISBERG, Elizabeth Olmsted. **Redefining Health Care: Creating Value-based Competition on Results**. Harvard Business Press, 2006.

QUINTIERE, Andréa. Cinco pactos foram a resposta do governo federal aos protestos de junho. **Agência Brasil**. 31 dez. 2013. Disponível em: <<http://memoria.ebc.com.br/agenciabrasil/noticia/2013-12-31/cinco-pactos-fora-m-resposta-do-governo-federal-aos-protestos-de-junho>>. Acesso em: 25 ago. 2014.

REIS, José Roberto Franco. O coração do Brasil bate nas ruas: a luta pela redemocratização do país. *In*: PONTES, Carlos Fidelis (Org.). **Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história**. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC, 2010, p. 221-236. Disponível em: <[http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/d/cap\\_3.pdf](http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/d/cap_3.pdf)>. Acesso em: 11 ago. 2014.

RIBEIRO, Jeferson. Na TV, Dilma diz que Mais Médicos e recursos à educação são frutos de protestos **Reuters Brasil**. 08 out. 2013. Disponível em: <<http://br.reuters.com/article/domesticNews/idBRSPE99701S20131008?sp=true>>. Acesso em: 25 ago. 2014.

SANTANO, Ana Claudia; NETTO, Fernando Gama de Miranda. A regulação do *lobby* no desenvolvimento de políticas públicas – o caso brasileiro. **XXVIII Congresso Brasileiro de Direito Administrativo**. Foz do Iguaçu, 2014.

SANTOS, Luiz Alberto dos. **Regulamentação das atividades de lobby e seu impacto sobre as relações entre políticos, burocratas e grupos de interesse no ciclo de políticas públicas** – análise comparativa dos Estados Unidos e Brasil. 542 fl. Tese de Doutorado apresentada no Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Brasília. Dezembro de 2007. Disponível em: [http://btdtd.bce.unb.br/tesesimplificado/tde\\_busca/arquivo.php?codArquivo=4798](http://btdtd.bce.unb.br/tesesimplificado/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=4798). Acesso em: 25 nov. 2014.

SEIXAS, Paulo Henrique D'ângelo; CORRÊA, Aniara Nascimento; MORAES, José Cássio de. Migramed - Migração Médica no Brasil: tendências e motivações. In: PIERANTONI, Célia Regina; DAL POZ, Mario Roberto; FRANÇA, Tania. (Org.). **O trabalho em saúde: abordagens quantitativas e qualitativas**. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ObservaRH, 2011. p. 133-150.

SILVA, José Afonso da. **Processo constitucional de formação das leis**. 2. ed., 2. tir.. São Paulo: Malheiros, 2007.

SINGER, André. Brasil, junho de 2013, classes e ideologias cruzadas. **Novos Estudos-CEBRAP**, n. 97, p. 23-40, 2013.

SCHEFFER, Mário (Coord.). **Demografia médica no Estado de São Paulo**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo: Conselho Federal de Medicina, 2012.

SOUSA, Cidoval Morais de; SOUZA, Arão de Azevêdo (Org.). **Jornadas de Junho: repercussões e leituras**. Campinha Grande, EDUEPB, 2013 [Livro Eletrônico].

SUZINA, Ana Cristina. **Formulação de políticas públicas**. Curitiba, Instituto Federal do Paraná, 2013.

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002.

STF. ADI 221-MC. Rel. Min. Moreira Alves, voto do Min. Celso de Mello. Julgamento: 29 março 1990. **Tribunal Pleno**. Data de Publicação: DJ de 22 out. 1993. (STF, 1993a)

\_\_\_\_\_. ADI 293-MC. Rel. Min. Celso de Mello. Julgamento: 06 jun. 1990, **Tribunal Pleno**. Data de Publicação: DJ de 16 abr. 1993. (STF, 1993b)

\_\_\_\_\_. **ADI 5035**. Rel. Min. Marco Aurélio. Propositura em: 23 ago. 2013. [Pendente de Julgamento]. Disponível em <<http://www.stf.jus.br/portal/processo/verProcessoAndamento.asp?incidente=4453567>>. Acesso em: 14 jan. 2015. (STF, 2013a)

\_\_\_\_\_. **ADI 5037**. Rel. Min. Marco Aurélio. Propositura em: 23 ago. 2013. [Pendente de Julgamento]. Disponível em <<http://www.stf.jus.br/portal/processo/verProcessoAndamento.asp?incidente=4453685>>. Acesso em: 14 jan. 2015. (STF, 2013b)

\_\_\_\_\_. Notícia STF. **Concluída audiência pública sobre Programa Mais Médicos - Atualizada**. 26 nov. 2013. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=254389&caixaBusca=N>>. Acesso em: 09 jan. 2015. (STF, 2013c)

\_\_\_\_\_. RE 217.194. Rel. Min. Maurício Corrêa. Julgamento: 17 abr. 2001. **Segunda Turma**. Data de Publicação: DJ 01 jun. 2001.

TRUMAN, David B.. **The governmental process**: political interests and public opinion. New York: Alfred A. Knopf, 1960.

VALLE, VANICE REGINA LIRIO. **Políticas públicas, direitos fundamentais e controle judicial**. Belo Horizonte: Forum, 2009.

WHO. **Global code of practice on the international recruitment of health personnel**. 63. Assembly. May, 2010. Disponível em: <[http://www.who.int/hrh/migration/code/code\\_en.pdf](http://www.who.int/hrh/migration/code/code_en.pdf)>. Acesso em: 09 jan. 2015.

YIN, Robert K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Porto Alegre: Bookman, 2001.

ZAHARIADIS, Nikolaos. The Multiple streams framework: structure, limitation, prospects. In: SEBASTIER, Paul A. **Theories of the policy process**. Boulder: Westview Press, 2007, p. 65-92.

ZAMPIERI, Enio. Ação dos grupos de pressão no processo decisório das comissões permanentes do Congresso Nacional. **E-legis**. n 12, set./dez., 2013. p. 122-136. Disponível em: <<http://elegisbr.com/cefor/index.php/e-legis/article/view/149>>. Acesso em: 31 jan. 2015.

# APÊNDICES



**APÊNDICE A – PROPOSIÇÕES DE EMENDAS: ÁREAS POR UNIDADE FEDERATIVA (UF)**

UF	ÁREAS											TOTAL
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
AC	2						2					4
AM	2			1								3
BA		1										1
CE	41	28	29	23	4		2					127
DF	29	15										44
ES	53	26	15	7	2		2					105
GO	71	81	15	54	4		1					226
MA	10	6	3									19
MG	46	15			2	1						64
MS	101	67	23	15	5		5					216
PB	38	56	65	7	17							183
PE	34	19	16	7	2		2					80
PI		1			1							2
PR	10	23		26	1	6				1		67
RJ	11	33	1		1	1						47
RN	32	18	12	6	2	1	3					74
RO		1					10				1	12
RR	35	42	15	7	2							101
RS	25	13	15	73	2	13						141
SC	7	15	3		1	2						28
SE	9	3	1			2						15
SP	72	26	45	10	4	4	1	7				169
TO		1				1			3			5
<b>TOTAL</b>	<b>628</b>	<b>490</b>	<b>258</b>	<b>236</b>	<b>50</b>	<b>31</b>	<b>28</b>	<b>7</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1733</b>

Fonte: A Autora (2015) com base no PLV n.º 26/2013-CN.

**APÊNDICE B – PROPOSIÇÕES DE EMENDAS: ÁREAS POR PARTIDO POLÍTICO**

PARTIDO	ÁREAS											TOTAL
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
DEM	114	105	31	14	6		7					277
PCdoB	52	41	30	23	5		4					155
PDT		1					1					2
PEN		1				1			3			5
PMDB	125	93	71	14	19	1	1					324
PP	12	22		67		14	10				1	126
PPS	30	23	21	6	2							82
PR	6	2				2						10
PRB	3	13										16
PSC	6	4	1									11
PSD	66	45	31	48	6	2		7				205
PSDB	160	111	40	46	7	10	2					376
PT	7	3	6	1	1		2			1		21
PTB	21	13	15	7	2							58
PV	26	13	12	10	2	1	1					65
<b>TOTAL</b>	<b>628</b>	<b>490</b>	<b>258</b>	<b>236</b>	<b>50</b>	<b>31</b>	<b>28</b>	<b>7</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1733</b>

Fonte: A Autora (2015) com base no PLV n.º 26/2013-CN.

**APÊNDICE C – SITUAÇÃO DAS PROPOSIÇÕES DE EMENDAS POR ÁREA**

SITUAÇÃO	ÁREAS											TOTAL
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
Acolhida	57	76	197	1	1		5					337
Acolhida/retira da pelo autor	2		11									13
Rejeitada	563	411	44	235	41	31	23	7	3	1	1	1360
Retirada pelo autor	6	3	6		8							23
<b>TOTAL</b>	<b>628</b>	<b>490</b>	<b>258</b>	<b>236</b>	<b>50</b>	<b>31</b>	<b>28</b>	<b>7</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1733</b>

Fonte: A Autora (2015) com base no PLV n.º 26/2013-CN.

## APÊNDICE D – SITUAÇÃO DAS PROPOSIÇÕES DE EMENDAS POR DISPOSITIVO

ARTIGO	SITUAÇÃO				TOTAL
	Acolhida	Acolhida / retirada pelo autor	Rejeitada	Retirada pelo autor	
Art. 1º			9		9
Art. 2º	2		11		13
Art. 3º	197	11	36	6	250
Art. 4º	44		205	3	252
Art. 5º	32		152		184
Art. 6º	4		51		55
Art. 7º	4		128	1	133
Art. 8º			22		22
Art. 9º	27		64		91
Art. 10	3		150	5	158
Art. 11			13		13
Art. 12			45		45
Art. 13	4		62		66
Art. 14			16		16
Art. 15	17	2	39		58
Art. 16			14		14
Art. 17			14	1	15
Art. 18			2		2
Art. 19			2		2
Art. 20			15	1	16
Art. 21	2				2
Art. 23			2		2
Ementa			1		1
Novo	1		280	6	287
Outras Leis			27		27
<b>TOTAL</b>	<b>337</b>	<b>13</b>	<b>1360</b>	<b>23</b>	<b>1733</b>

Fonte: A Autora (2015) com base no PLV n.º 26/2013-CN.

**APÊNDICE E – SITUAÇÃO DAS PROPOSIÇÕES DE EMENDAS POR PARTIDO POLÍTICO**

PARTIDO	SITUAÇÃO				TOTAL
	Acolhida	Acolhida / retirada pelo autor	Rejeitada	Retirada pelo autor	
DEM	84		190	3	277
PCdoB	32		123		155
PDT			2		2
PEN			5		5
PMDB	66	13	225	20	324
PP	7		119		126
PPS	34		48		82
PR			10		10
PRB			16		16
PSC	3		8		11
PSD	12		193		205
PSDB	64		312		376
PT	1		20		21
PTB	17		41		58
PV	17		48		65
<b>TOTAL</b>	<b>337</b>	<b>13</b>	<b>1360</b>	<b>23</b>	<b>1733</b>

Fonte: A Autora (2015) com base no PLV n.º 26/2013-CN.

## APÊNDICE F – PROPOSIÇÕES DE EMENDAS DOS PARTIDOS POLÍTICOS POR DISPOSITIVOS

Artigos	Partidos															Total
	DEM	PCdoB	PDT	PEN	PMDB	PP	PPS	PR	PRB	PSC	PSD	PSDB	PT	PTB	PV	
Art. 1º	1					6							2			9
Art. 2º	3	2			1	4						2			1	13
Art. 3º	35	26	1		74		22			1	18	40	6	15	12	250
Art. 4º	63	20	1	1	42	11	11	2	6	4	28	49	2	6	6	252
Art. 5º	35	21			35	8	8		5		16	46		5	5	184
Art. 6º	6	7			10	3	2		2		5	16		2	2	55
Art. 7º	17	11			25	2	4	5	1		16	44	3	3	2	133
Art. 8º	2	2			1		1			1	5	6	1	1	2	22
Art. 9º	18	6			13	1	9		1	3	8	23	2	3	4	91
Art. 10	46	13			35	4	10				16	22	1	6	5	158
Art. 11	8											5				13
Art. 12	4	2			17	1	1			1	3	14		1	1	45
Art. 13	8	10			10	1	3	1	1	1	9	13	1	3	5	66
Art. 14					4							12				16
Art. 15	6	5			13		2				7	16		3	6	58
Art. 16	2	2			2		1				2	3		1	1	14
Art. 17	2	3			3		1				2	2		1	1	15
Art. 18												2				2
Art. 19	1											1				2
Art. 20	2	2			4		1				2	3		1	1	16
Art. 21	2															2
Art. 23	1												1			2
Ementa						1										1
Novo	15	23		3	34	77	6				64	47	1	7	10	287
Outras Leis				1	1	7		2			4	10	1		1	27
<b>Total</b>	<b>277</b>	<b>155</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>324</b>	<b>126</b>	<b>82</b>	<b>10</b>	<b>16</b>	<b>11</b>	<b>205</b>	<b>376</b>	<b>21</b>	<b>58</b>	<b>65</b>	<b>1733</b>

Fonte: A Autora (2015) com base no PLV n.º 26/2013-CN.

**APÊNDICE G – PROPOSIÇÕES DE EMENDAS ACOLHIDAS DOS PARTIDOS POLÍTICOS POR DISPOSITIVOS**

Artigos	Partidos											Total
	DEM	PCdoB	PMDB	PP	PPS	PSC	PSD	PSDB	PT	PTB	PV	
Art. 2º	2											2
Art. 3º	32	24	51		20		5	38		15	12	197
Art. 4º	22		6	4	3	1	1	7				44
Art. 5º	10	6	5	3	2			6				32
Art. 6º								4				4
Art. 7º					2		2					4
Art. 9º	11	1	1		3	2	2	4		1	2	27
Art. 10	1				2							3
Art. 13					1			2	1			4
Art. 15	4	1	3		1		2	3		1	2	17
Art. 21	2											2
Novo											1	1
<b>Total</b>	<b>84</b>	<b>32</b>	<b>66</b>	<b>7</b>	<b>34</b>	<b>3</b>	<b>12</b>	<b>64</b>	<b>1</b>	<b>17</b>	<b>17</b>	<b>337</b>

Fonte: A Autora (2015) com base no PLV n.º 26/2013-CN.

**APÊNDICE H – PROPOSIÇÕES DE EMENDAS REJEITADAS DOS PARTIDOS POLÍTICOS POR DISPOSITIVOS**

Artigos	Partidos															Total
	DEM	PCdoB	PDT	PEN	PMDB	PP	PPS	PR	PRB	PSC	PSD	PSDB	PT	PTB	PV	
Art. 1º	1					6							2			<b>9</b>
Art. 2º	1	2			1	4						2			1	<b>11</b>
Art. 3º	3	2	1		6		2			1	13	2	6			<b>36</b>
Art. 4º	38	20	1	1	36	7	8	2	6	3	27	42	2	6	6	<b>205</b>
Art. 5º	25	15			30	5	6		5		16	40		5	5	<b>152</b>
Art. 6º	6	7			10	3	2		2		5	12		2	2	<b>51</b>
Art. 7º	17	11			24	2	2	5	1		14	44	3	3	2	<b>128</b>
Art. 8º	2	2			1		1			1	5	6	1	1	2	<b>22</b>
Art. 9º	7	5			12	1	6		1	1	6	19	2	2	2	<b>64</b>
Art. 10	45	13			30	4	8				16	22	1	6	5	<b>150</b>
Art. 11	8											5				<b>13</b>
Art. 12	4	2			17	1	1			1	3	14		1	1	<b>45</b>
Art. 13	8	10			10	1	2	1	1	1	9	11		3	5	<b>62</b>
Art. 14					4							12				<b>16</b>
Art. 15	2	4			8		1				5	13		2	4	<b>39</b>
Art. 16	2	2			2		1				2	3		1	1	<b>14</b>
Art. 17	2	3			2		1				2	2		1	1	<b>14</b>
Art. 18												2				<b>2</b>
Art. 19	1											1				<b>2</b>
Art. 20	2	2			3		1				2	3		1	1	<b>15</b>
Art. 23	1												1			<b>2</b>
Ementa						1										<b>1</b>
Novo	15	23		3	28	77	6				64	47	1	7	9	<b>280</b>
Outras Leis				1	1	7		2			4	10	1		1	<b>27</b>
<b>Total</b>	<b>190</b>	<b>123</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>225</b>	<b>119</b>	<b>48</b>	<b>10</b>	<b>16</b>	<b>8</b>	<b>193</b>	<b>312</b>	<b>20</b>	<b>41</b>	<b>48</b>	<b>1360</b>

Fonte: A Autora (2015) com base no PLV n.º 26/2013-CN.

**APÊNDICE I – GRUPOS DE PROPOSIÇÃO DE EMENDAS IDÊNTICAS OU SIMILARES**

Emenda	Grupo	Relação ao Grupo	Emenda	Grupo	Relação ao Grupo	Emenda	Grupo	Relação ao Grupo
237	Grupo 01	Idêntica	404	Grupo 04	Idêntica	427	Grupo 09	Idêntica
351	Grupo 01	Idêntica	487	Grupo 04	Idêntica	477	Grupo 09	Idêntica
391	Grupo 01	Idêntica	316	Grupo 05	Idêntica	548	Grupo 09	Idêntica
402	Grupo 01	Idêntica	465	Grupo 05	Idêntica	557	Grupo 09	Idêntica
486	Grupo 01	Idêntica	554	Grupo 05	Idêntica	106	Grupo 10	Idêntica
532	Grupo 01	Idêntica	110	Grupo 06	Similar	151	Grupo 10	Idêntica
145	Grupo 01	Similar	208	Grupo 06	Similar	189	Grupo 10	Idêntica
111	Grupo 02	Idêntica	138	Grupo 07	Idêntica	258	Grupo 10	Idêntica
213	Grupo 02	Idêntica	173	Grupo 07	Idêntica	371	Grupo 10	Idêntica
226	Grupo 02	Idêntica	202	Grupo 07	Idêntica	408	Grupo 10	Idêntica
273	Grupo 02	Idêntica	264	Grupo 07	Idêntica	496	Grupo 10	Idêntica
334	Grupo 02	Idêntica	425	Grupo 07	Idêntica	326	Grupo 10	Similar
389	Grupo 02	Idêntica	528	Grupo 07	Idêntica	376	Grupo 10	Similar
401	Grupo 02	Idêntica	549	Grupo 07	Idêntica	153	Grupo 11	Idêntica
482	Grupo 02	Idêntica	550	Grupo 07	Idêntica	154	Grupo 11	Idêntica
431	Grupo 03	Idêntica	370	Grupo 07	Idêntica	210	Grupo 11	Idêntica
466	Grupo 03	Idêntica	382	Grupo 07	Idêntica	211	Grupo 11	Idêntica
567	Grupo 03	Idêntica	191	Grupo 08	Idêntica	212	Grupo 11	Idêntica
102	Grupo 04	Idêntica	233	Grupo 08	Idêntica	227	Grupo 11	Idêntica
113	Grupo 04	Idêntica	277	Grupo 08	Idêntica	228	Grupo 11	Idêntica
115	Grupo 04	Idêntica	373	Grupo 08	Idêntica	229	Grupo 11	Idêntica
200	Grupo 04	Idêntica	412	Grupo 08	Idêntica	259	Grupo 11	Idêntica
238	Grupo 04	Idêntica	492	Grupo 08	Idêntica	278	Grupo 11	Idêntica
280	Grupo 04	Idêntica	104	Grupo 08	Idêntica	282	Grupo 11	Idêntica
392	Grupo 04	Idêntica	324	Grupo 08	Idêntica	377	Grupo 11	Idêntica



**APÊNDICE I – GRUPOS DE PROPOSIÇÃO DE EMENDAS INDÊNTICAS OU SIMILARES - CONTINUAÇÃO**

Emenda	Grupo	Relação ao Grupo	Emenda	Grupo	Relação ao Grupo	Emenda	Grupo	Relação ao Grupo
378	Grupo 11	Idêntica	407	Grupo 15	Idêntica	281	Grupo 20	Idêntica
384	Grupo 11	Idêntica	495	Grupo 15	Idêntica	367	Grupo 20	Idêntica
403	Grupo 11	Idêntica	348	Grupo 15	Idêntica	379	Grupo 20	Idêntica
409	Grupo 11	Idêntica	182	Grupo 15	Similar	415	Grupo 20	Idêntica
420	Grupo 11	Idêntica	468	Grupo 15	Similar	529	Grupo 20	Idêntica
481	Grupo 11	Idêntica	103	Grupo 16	Idêntica	562	Grupo 20	Idêntica
483	Grupo 11	Idêntica	156	Grupo 16	Idêntica	317	Grupo 21	Idêntica
484	Grupo 11	Idêntica	181	Grupo 16	Idêntica	471	Grupo 21	Idêntica
530	Grupo 11	Idêntica	190	Grupo 16	Idêntica	175	Grupo 22	Similar
327	Grupo 11	Idêntica	234	Grupo 16	Idêntica	96	Grupo 22	Similar
109	Grupo 12	Idêntica	272	Grupo 16	Idêntica	91	Grupo 23	Idêntica
114	Grupo 12	Idêntica	286	Grupo 16	Idêntica	93	Grupo 23	Idêntica
183	Grupo 13	Similar	347	Grupo 16	Idêntica	137	Grupo 23	Idêntica
142	Grupo 13	Similar	374	Grupo 16	Idêntica	206	Grupo 23	Idêntica
360	Grupo 13	Similar	417	Grupo 16	Idêntica	266	Grupo 23	Idêntica
551	Grupo 14	Idêntica	491	Grupo 16	Idêntica	318	Grupo 23	Idêntica
470	Grupo 14	Idêntica	423	Grupo 17	Idêntica	337	Grupo 23	Idêntica
422	Grupo 14	Idêntica	474	Grupo 17	Idêntica	358	Grupo 23	Idêntica
105	Grupo 15	Idêntica	555	Grupo 17	Idêntica	362	Grupo 23	Idêntica
149	Grupo 15	Idêntica	566	Grupo 17	Idêntica	381	Grupo 23	Idêntica
192	Grupo 15	Idêntica	139	Grupo 18	Idêntica	421	Grupo 23	Idêntica
232	Grupo 15	Idêntica	203	Grupo 18	Idêntica	479	Grupo 23	Idêntica
276	Grupo 15	Idêntica	336	Grupo 18	Idêntica	493	Grupo 23	Idêntica
325	Grupo 15	Idêntica	356	Grupo 19	Idêntica	547	Grupo 23	Idêntica
372	Grupo 15	Idêntica	509	Grupo 19	Idêntica	558	Grupo 23	Idêntica

**APÊNDICE I – GRUPOS DE PROPOSIÇÃO DE EMENDAS INDÊNTICAS OU SIMILARES - CONTINUAÇÃO**

Emenda	Grupo	Relação ao Grupo	Emenda	Grupo	Relação ao Grupo	Emenda	Grupo	Relação ao Grupo
144	Grupo 24	Idêntica	322	Grupo 28	Idêntica	418	Grupo 32	Idêntica
207	Grupo 24	Idêntica	385	Grupo 28	Idêntica	462	Grupo 32	Idêntica
225	Grupo 24	Idêntica	399	Grupo 28	Idêntica	489	Grupo 32	Idêntica
352	Grupo 24	Idêntica	490	Grupo 28	Idêntica	90	Grupo 32	Idêntica
390	Grupo 24	Idêntica	433	Grupo 29	Idêntica	169	Grupo 33	Idêntica
405	Grupo 24	Idêntica	464	Grupo 29	Idêntica	534	Grupo 33	Idêntica
485	Grupo 24	Idêntica	546	Grupo 29	Idêntica	88	Grupo 34	Idêntica
134	Grupo 25	Idêntica	553	Grupo 29	Idêntica	199	Grupo 34	Idêntica
201	Grupo 25	Idêntica	98	Grupo 30	Idêntica	239	Grupo 34	Idêntica
260	Grupo 25	Idêntica	136	Grupo 30	Idêntica	262	Grupo 34	Idêntica
368	Grupo 25	Idêntica	197	Grupo 30	Idêntica	393	Grupo 34	Idêntica
386	Grupo 25	Idêntica	261	Grupo 30	Idêntica	410	Grupo 34	Idêntica
414	Grupo 25	Idêntica	395	Grupo 30	Idêntica	488	Grupo 34	Idêntica
511	Grupo 25	Idêntica	411	Grupo 30	Idêntica	523	Grupo 34	Idêntica
525	Grupo 25	Idêntica	512	Grupo 30	Idêntica	147	Grupo 34	Idêntica
195	Grupo 26	Idêntica	429	Grupo 31	Idêntica	315	Grupo 35	Idêntica
350	Grupo 26	Idêntica	463	Grupo 31	Idêntica	478	Grupo 35	Idêntica
473	Grupo 26	Idêntica	559	Grupo 31	Idêntica	176	Grupo 36	Idêntica
174	Grupo 27	Similar	148	Grupo 32	Idêntica	196	Grupo 36	Idêntica
432	Grupo 27	Similar	187	Grupo 32	Idêntica	241	Grupo 36	Idêntica
552	Grupo 27	Similar	198	Grupo 32	Idêntica	279	Grupo 36	Idêntica
117	Grupo 28	Idêntica	240	Grupo 32	Idêntica	335	Grupo 36	Idêntica
188	Grupo 28	Idêntica	314	Grupo 32	Idêntica	388	Grupo 36	Idêntica
194	Grupo 28	Idêntica	359	Grupo 32	Idêntica	513	Grupo 36	Idêntica
236	Grupo 28	Idêntica	394	Grupo 32	Idêntica	95	Grupo 37	Idêntica

**APÊNDICE I – GRUPOS DE PROPOSIÇÃO DE EMENDAS INDÊNTICAS OU SIMILARES - CONTINUAÇÃO**

Emenda	Grupo	Relação ao Grupo	Emenda	Grupo	Relação ao Grupo	Emenda	Grupo	Relação ao Grupo
116	Grupo 37	Idêntica	563	Grupo 40	Idêntica	406	Grupo 43	Idêntica
135	Grupo 37	Idêntica	564	Grupo 40	Idêntica	498	Grupo 43	Idêntica
419	Grupo 37	Idêntica	380	Grupo 40	Idêntica	108	Grupo 43	Idêntica
428	Grupo 38	Similar	339	Grupo 40	Idêntica	231	Grupo 44	Idêntica
472	Grupo 38	Similar	246	Grupo 40	Idêntica	275	Grupo 44	Idêntica
100	Grupo 39	Idêntica	263	Grupo 40	Idêntica	375	Grupo 44	Idêntica
101	Grupo 39	Idêntica	92	Grupo 40	Idêntica	497	Grupo 44	Idêntica
242	Grupo 39	Idêntica	89	Grupo 41	Idêntica	107	Grupo 44	Idêntica
244	Grupo 39	Idêntica	141	Grupo 41	Idêntica	193	Grupo 44	Idêntica
387	Grupo 39	Idêntica	265	Grupo 41	Idêntica	72	Grupo 45	Idêntica
413	Grupo 39	Idêntica	338	Grupo 41	Idêntica	30	Grupo 45	Idêntica
426	Grupo 39	Idêntica	383	Grupo 41	Idêntica	29	Grupo 46	Idêntica
510	Grupo 39	Idêntica	416	Grupo 41	Idêntica	71	Grupo 46	Idêntica
524	Grupo 39	Idêntica	494	Grupo 41	Idêntica			
556	Grupo 39	Idêntica	526	Grupo 41	Idêntica			
178	Grupo 40	Idêntica	205	Grupo 41	Idêntica			
204	Grupo 40	Idêntica	430	Grupo 42	Idêntica			
319	Grupo 40	Idêntica	467	Grupo 42	Idêntica			
357	Grupo 40	Idêntica	469	Grupo 42	Idêntica			
361	Grupo 40	Idêntica	561	Grupo 42	Idêntica			
400	Grupo 40	Idêntica	565	Grupo 42	Idêntica			
475	Grupo 40	Idêntica	209	Grupo 43	Idêntica			
508	Grupo 40	Idêntica	230	Grupo 43	Idêntica			
560	Grupo 40	Idêntica	274	Grupo 43	Idêntica			

Fonte: A Autora (2015) com base no PLV n.º 26/2013-CN.

**APÊNDICE J – RELAÇÃO ENTRE GRUPOS PARA PROPOSIÇÕES DE EMENDAS COM SIMILARIDADE NAS JUSTIFICATIVAS**

Conjunto por afinidade
Grupo 02 e Grupo 03.
Grupo 04 e Grupo 05.
Grupo 08 e Grupo 09.
Grupo 11, Grupo 12 e Grupo 13.
Grupo 16 e Grupo 17.
Grupo 18, Grupo 19, Grupo 20, Grupo 21 e Grupo 22.
Grupo 25, Grupo 26 e Grupo 27.
Grupo 28 e Grupo 29.
Grupo 30 e Grupo 31.
Grupo 36, Grupo 37 e Grupo 38.

Fonte: A Autora (2015) com base no PLV n.º 26/2013-CN. .

**APÊNDICE K – FORÇA DE RELAÇÃO ENTRE PARTIDOS**

Partido 01	Partido 02	Força
PMDB	PSDB	135
PMDB	PSD	93
DEM	PMDB	83
PSD	PSDB	82
DEM	PSDB	73
PCdoB	PMDB	66
PCdoB	PSDB	60
PMDB	PTB	59
PMDB	PPS	58
DEM	PSD	55
PSDB	PTB	54
PPS	PSDB	50
PCdoB	PSD	45
PPS	PSD	43
PSD	PTB	41
DEM	PCdoB	39
DEM	PTB	39
PMDB	PV	39
DEM	PPS	35
PSDB	PV	33
PCdoB	PPS	32
PCdoB	PTB	29
PPS	PTB	25
PSD	PV	22
DEM	PV	17
PTB	PV	12
PPS	PV	11
PCdoB	PV	9
PEN	PSDB	1

Fonte: A Autora (2015) com base no PLV n.º 26/2013-CN.

## APÊNDICE L – FORÇA DE RELAÇÃO ENTRE PARLAMENTARES

Parlamentar 01	Parlamentar 02	Força	Parlamentar 01	Parlamentar 02	Força
Lelo Coimbra	Walter Feldman	29	Lúcia Vânia	Mozarildo Cavalcanti	13
Mozarildo Cavalcanti	Walter Feldman	28	Lúcia Vânia	Walter Feldman	13
Alexandre Roso	Walter Feldman	28	João Ananias	Vital do Rêgo	13
Mandetta	Walter Feldman	27	Cássio Cunha Lima	Mozarildo Cavalcanti	13
Lelo Coimbra	Mozarildo Cavalcanti	27	Mozarildo Cavalcanti	Paulo Davim	12
Alexandre Roso	Lelo Coimbra	27	Mendonça Filho	Walter Feldman	12
Mandetta	Mozarildo Cavalcanti	26	Lelo Coimbra	Lúcia Vânia	12
Lelo Coimbra	Mandetta	25	Cássio Cunha Lima	Walter Feldman	12
João Ananias	Lelo Coimbra	25	Alexandre Roso	Lúcia Vânia	12
Alexandre Roso	Mozarildo Cavalcanti	25	Paulo Davim	Walter Feldman	11
João Ananias	Walter Feldman	24	Mandetta	Mendonça Filho	11
Alexandre Roso	Mandetta	24	Lúcia Vânia	Mandetta	11
Alexandre Roso	João Ananias	23	Lelo Coimbra	Mendonça Filho	11
João Ananias	Mozarildo Cavalcanti	22	Lelo Coimbra	Paulo Davim	11
Armando Vergílio	Walter Feldman	22	Cássio Cunha Lima	Lelo Coimbra	11
Alexandre Roso	Eleuses Paiva	22	Cássio Cunha Lima	Mandetta	11
Eleuses Paiva	Vital do Rêgo	21	Alexandre Roso	Mendonça Filho	11
Eleuses Paiva	Walter Feldman	21	Alexandre Roso	Paulo Davim	11
Armando Vergílio	Mozarildo Cavalcanti	21	Mendonça Filho	Vital do Rêgo	10
Alexandre Roso	Armando Vergílio	21	Mandetta	Paulo Davim	10
Paulo Davim	Vital do Rêgo	20	João Ananias	Lúcia Vânia	10
Lúcia Vânia	Vital do Rêgo	20	Jandira Feghali	Walter Feldman	10
João Ananias	Mandetta	20	Eleuses Paiva	Mendonça Filho	10
Eleuses Paiva	Lelo Coimbra	20	Cássio Cunha Lima	Vital do Rêgo	10
Eleuses Paiva	Mozarildo Cavalcanti	20	Alexandre Roso	Cássio Cunha Lima	10
Armando Vergílio	Lelo Coimbra	20	Manoel Junior	Vital do Rêgo	9
Vital do Rêgo	Walter Feldman	19	Manoel Junior	Walter Feldman	9
Armando Vergílio	Mandetta	19	João Ananias	Mendonça Filho	9
Mozarildo Cavalcanti	Vital do Rêgo	18	João Ananias	Paulo Davim	9
Mandetta	Vital do Rêgo	18	Cássio Cunha Lima	João Ananias	9
Eleuses Paiva	Mandetta	18	Alexandre Roso	Jandira Feghali	9
Eleuses Paiva	João Ananias	17	Vital do Rêgo	Waldemir Moka	8
Eleuses Paiva	Lúcia Vânia	17	Manoel Junior	Mozarildo Cavalcanti	8
Alexandre Roso	Vital do Rêgo	17	Mandetta	Manoel Junior	8
Lelo Coimbra	Vital do Rêgo	16	Jandira Feghali	Lelo Coimbra	8
Eleuses Paiva	Paulo Davim	16	Jandira Feghali	Mandetta	8
Lúcia Vânia	Paulo Davim	15	Armando Vergílio	Cássio Cunha Lima	8
Armando Vergílio	João Ananias	15	Armando Vergílio	Jandira Feghali	8
Armando Vergílio	Eleuses Paiva	14	Armando Vergílio	Mendonça Filho	8
Mendonça Filho	Mozarildo Cavalcanti	13	Armando Vergílio	Vital do Rêgo	8

**APÊNDICE L – FORÇA DE RELAÇÃO ENTRE PARLAMENTARES - CONTINUAÇÃO**

Parlamentar 01	Parlamentar 02	Força	Parlamentar 01	Parlamentar 02	Força
Alexandre Roso	Manoel Junior	8	Lúcia Vânia	Manoel Junior	5
Mendonça Filho	Paulo Davim	7	João Ananias	Manoel Junior	5
Lelo Coimbra	Manoel Junior	7	João Ananias	Waldemir Moka	5
Lelo Coimbra	Waldemir Moka	7	Jandira Feghali	Vital do Rêgo	5
Jandira Feghali	João Ananias	7	Eleuses Paiva	Jandira Feghali	5
Jandira Feghali	Mozarildo Cavalcanti	7	Cássio Cunha Lima	Manoel Junior	5
Eleuses Paiva	Manoel Junior	7	Cássio Cunha Lima	Waldemir Moka	5
Cássio Cunha Lima	Eleuses Paiva	7	Armando Vergílio	Waldemir Moka	5
Cássio Cunha Lima	Lúcia Vânia	7	Lúcia Vânia	Waldemir Moka	4
Cássio Cunha Lima	Paulo Davim	7	Jandira Feghali	Manoel Junior	4
Armando Vergílio	Lúcia Vânia	7	Cássio Cunha Lima	Jandira Feghali	4
Waldemir Moka	Walter Feldman	6	Mendonça Filho	Waldemir Moka	3
Mozarildo Cavalcanti	Waldemir Moka	6	Manoel Junior	Mendonça Filho	3
Lúcia Vânia	Mendonça Filho	6	Manoel Junior	Paulo Davim	3
Eleuses Paiva	Waldemir Moka	6	Jandira Feghali	Lúcia Vânia	3
Cássio Cunha Lima	Mendonça Filho	6	Manoel Junior	Waldemir Moka	2
Armando Vergílio	Manoel Junior	6	Mandetta	Ronaldo Caiado	2
Armando Vergílio	Paulo Davim	6	Jandira Feghali	Mendonça Filho	2
Alexandre Roso	Waldemir Moka	6	Jandira Feghali	Waldemir Moka	1
Paulo Davim	Waldemir Moka	5	Eduardo Azeredo	Nilmar Ruiz	1
Mandetta	Waldemir Moka	5			

Fonte: A Autora (2015) com base no PLV n.º 26/2013-CN.

**APÊNDICE M – INFLUÊNCIA DOS GRUPOS DE INTERESSES NA PROPOSIÇÃO DE EMENDAS: ÁREAS POR PARTIDO POLÍTICO**

PARTIDO	ÁREAS											TOTAL
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
DEM	33	26	29	7	4							99
PCdoB	24	13	6	7	2							52
PDT												0
PEN						1						1
PMDB	55	52	71	6	19							203
PP												0
PPS	19	13	15	6	2							55
PR												0
PRB												0
PSC												0
PSD	44	13	30		3			7				97
PSDB	57	39	38	20	5	1	1					161
PT												0
PTB	21	13	15	7	2							58
PV	22	13	12	6	2		1					56
<b>TOTAL</b>	<b>275</b>	<b>182</b>	<b>216</b>	<b>59</b>	<b>39</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>7</b>				<b>782</b>

Fonte: A Autora (2015) com base no PLV n.º 26/2013-CN.

**APÊNDICE N – INFLUÊNCIAS DOS GRUPOS DE INTERESSE: SITUAÇÃO DAS PROPOSIÇÕES DE EMENDAS POR ÁREA**

SITUAÇÃO	ÁREAS											TOTAL
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
Acolhida	36		166									202
Acolhida/retirada pelo autor	2		11									13
Rejeitada	231	182	33	59	31	2	2	7				547
Retirada pelo autor	6		6		8							20
<b>TOTAL</b>	<b>275</b>	<b>182</b>	<b>216</b>	<b>59</b>	<b>39</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>7</b>				<b>782</b>

Fonte: A Autora (2015) com base no PLV n.º 26/2013-CN.

**APÊNDICE O – INFLUÊNCIAS DOS GRUPOS DE INTERESSES:  
PROPOSIÇÃO DE EMENDAS POR DISPOSITIVO**

ARTIGO	SITUAÇÃO				TOTAL
	Acolhida	Acolhida / retirada pelo autor	Rejeitada	Retirada pelo autor	
Art. 1º					
Art. 2º			2		2
Art. 3º	166	11	20	6	203
Art. 4º			90		90
Art. 5º			75		75
Art. 6º			30		30
Art. 7º			50	1	51
Art. 8º			13		13
Art. 9º	17		24		41
Art. 10			55	5	60
Art. 11					
Art. 12			13		13
Art. 13	3		43		46
Art. 14					
Art. 15	16	2	21		39
Art. 16			12		12
Art. 17			11	1	12
Art. 18					
Art. 19					
Art. 20			14	1	15
Art. 21					
Art. 23					
Ementa					
Novo			72	6	78
Outras Leis			2		2
<b>TOTAL</b>	<b>202</b>	<b>13</b>	<b>547</b>	<b>20</b>	<b>782</b>

Fonte: A Autora (2015) com base no PLV n.º 26/2013-CN.



**APÊNDICE P – CLASSIFICAÇÃO DAS EMENDAS POR GRUPO, SITUAÇÃO PARTIDO E PARLAMENTAR**

Emenda	Grupo	Situação	Partido	Parlamentar
1		Rejeitada	PR	Laércio Oliveira
2		Rejeitada	PR	Laércio Oliveira
3		Acolhida	PP	Jair Bolsonaro
4		Rejeitada	PP	Jair Bolsonaro
5		Rejeitada	PP	Jair Bolsonaro
6		Rejeitada	PP	Jair Bolsonaro
7		Rejeitada	PT	André Vargas
8		Rejeitada	PMDB	Geraldo Resende
9		Acolhida	PMDB	Geraldo Resende
10		Rejeitada	PSDB	Urzeni Rocha
11		Acolhida	PSDB	Urzeni Rocha
12		Rejeitada	PP	Jair Bolsonaro
13		Rejeitada	PSDB	Urzeni Rocha
14		Rejeitada	PPS	Carmen Zanotto
15		Rejeitada	PPS	Carmen Zanotto
16		Rejeitada	PPS	Carmen Zanotto
17		Acolhida	PPS	Carmen Zanotto
18		Acolhida	PPS	Carmen Zanotto
19		Rejeitada	PPS	Carmen Zanotto
20		Acolhida	PP	Mário Negromonte
21		Rejeitada	PMDB	Eduardo Cunha
22		Rejeitada	DEM	Mandetta
23		Rejeitada	DEM	Mandetta
24		Rejeitada	DEM	Mandetta
25		Rejeitada	DEM	Mandetta
26		Acolhida	DEM	Mandetta
27		Rejeitada	DEM	Mandetta
28		Rejeitada	DEM	Mandetta
29	Grupo 46	Rejeitada	DEM	Mandetta
30	Grupo 45	Acolhida	DEM	Mandetta
31		Rejeitada	DEM	Mandetta
32		Acolhida	DEM	Mandetta
33		Rejeitada	DEM	Mandetta
34		Rejeitada	DEM	Mandetta
35		Rejeitada	DEM	Mandetta
36		Acolhida	DEM	Mandetta
37		Rejeitada	DEM	Mandetta
38		Rejeitada	DEM	Mandetta
39		Acolhida	DEM	Mandetta
40		Rejeitada	PT	Carlos Eduardo Cadoca
41		Rejeitada	PSD	Onofre Agostini
42		Rejeitada	PSD	Onofre Agostini

**APÊNDICE P – CLASSIFICAÇÃO DAS EMENDAS POR GRUPO, SITUAÇÃO PARTIDO E PARLAMENTAR - CONTINUAÇÃO**

Emenda	Grupo	Situação	Partido	Parlamentar
43		Acolhida	PSDB	Marcus Pestana
44		Rejeitada	PSDB	Marcus Pestana
45		Rejeitada	PRB	Jhonatan de Jesus
46		Rejeitada	PRB	Jhonatan de Jesus
47		Rejeitada	PRB	Jhonatan de Jesus
48		Rejeitada	PRB	Jhonatan de Jesus
49		Rejeitada	PR	Laércio Oliveira
50		Acolhida	PSD	Jefferson Campos
51		Rejeitada	PPS	Carmen Zanotto
52		Acolhida	PSC	Hugo Leal
53		Retirada pelo autor	DEM	Ronaldo Caiado
54		Rejeitada	DEM	Ronaldo Caiado
55		Rejeitada	DEM	Ronaldo Caiado
56		Acolhida	DEM	Ronaldo Caiado
57		Rejeitada	DEM	Ronaldo Caiado
58		Rejeitada	DEM	Ronaldo Caiado
59		Rejeitada	DEM	Ronaldo Caiado
60		Acolhida	DEM	Ronaldo Caiado
61		Rejeitada	DEM	Ronaldo Caiado
62		Rejeitada	DEM	Ronaldo Caiado
63		Rejeitada	DEM	Ronaldo Caiado
64		Rejeitada	DEM	Ronaldo Caiado
65		Rejeitada	DEM	Ronaldo Caiado
66		Retirada pelo autor	DEM	Ronaldo Caiado
67		Rejeitada	DEM	Ronaldo Caiado
68		Rejeitada	DEM	Ronaldo Caiado
69		Rejeitada	DEM	Ronaldo Caiado
70		Retirada pelo autor	DEM	Ronaldo Caiado
71	Grupo 46	Rejeitada	DEM	Ronaldo Caiado
72	Grupo 45	Acolhida	DEM	Ronaldo Caiado
73		Acolhida	DEM	Ronaldo Caiado
74		Rejeitada	DEM	Mendonça Filho
75		Rejeitada	DEM	Mendonça Filho
76		Acolhida	DEM	Mendonça Filho
77		Rejeitada	DEM	Mendonça Filho
78		Rejeitada	PR	Ronaldo Fonseca
79		Rejeitada	PR	Ronaldo Fonseca
80		Rejeitada	PR	Ronaldo Fonseca
81		Rejeitada	PSC	André Moura
82		Rejeitada	PSC	André Moura
83		Rejeitada	PCdoB	Perpétua Almeida
84		Rejeitada	PCdoB	Perpétua Almeida

**APÊNDICE P – CLASSIFICAÇÃO DAS EMENDAS POR GRUPO, SITUAÇÃO PARTIDO E PARLAMENTAR - CONTINUAÇÃO**

Emenda	Grupo	Situação	Partido	Parlamentar
85		Rejeitada	PCdoB	Perpétua Almeida
86		Rejeitada	PCdoB	Perpétua Almeida
87		Rejeitada	PSD	Eleuses Paiva
88	Grupo 34	Rejeitada	PSD	Eleuses Paiva
89	Grupo 41	Acolhida	PSD	Eleuses Paiva
90	Grupo 32	Rejeitada	PSD	Eleuses Paiva
91	Grupo 23	Acolhida	PSD	Eleuses Paiva
92	Grupo 40	Rejeitada	PSD	Eleuses Paiva
93	Grupo 23	Acolhida	PSD	Eleuses Paiva
94		Rejeitada	PSD	Eleuses Paiva
95	Grupo 37	Rejeitada	PSD	Eleuses Paiva
96	Grupo 22	Rejeitada	PSD	Eleuses Paiva
97		Rejeitada	PSD	Eleuses Paiva
98	Grupo 30	Acolhida	PSD	Eleuses Paiva
99		Rejeitada	PSD	Eleuses Paiva
100	Grupo 39	Rejeitada	PSD	Eleuses Paiva
101	Grupo 39	Rejeitada	PSD	Eleuses Paiva
102	Grupo 04	Rejeitada	PSD	Eleuses Paiva
103	Grupo 16	Rejeitada	PSD	Eleuses Paiva
104	Grupo 08	Rejeitada	PSD	Eleuses Paiva
105	Grupo 15	Rejeitada	PSD	Eleuses Paiva
106	Grupo 10	Acolhida	PSD	Eleuses Paiva
107	Grupo 44	Rejeitada	PSD	Eleuses Paiva
108	Grupo 43	Rejeitada	PSD	Eleuses Paiva
109	Grupo 12	Rejeitada	PSD	Eleuses Paiva
110	Grupo 06	Rejeitada	PSD	Eleuses Paiva
111	Grupo 02	Rejeitada	PSD	Eleuses Paiva
112		Rejeitada	PSD	Eleuses Paiva
113	Grupo 04	Rejeitada	PSD	Eleuses Paiva
114	Grupo 12	Rejeitada	PSD	Eleuses Paiva
115	Grupo 04	Rejeitada	PSD	Eleuses Paiva
116	Grupo 37	Rejeitada	PSD	Eleuses Paiva
117	Grupo 28	Rejeitada	PSD	Eleuses Paiva
118		Rejeitada	PDT	Jorge Silva
119		Rejeitada	PSDB	Paulo Bauer
120		Rejeitada	PMDB	Sérgio Souza
121		Rejeitada	PSDB	Antonio Carlos Mendes Thame
122		Rejeitada	PP	Betinho Rosado
123		Rejeitada	PP	Betinho Rosado
124		Rejeitada	PP	Betinho Rosado
125		Rejeitada	PSD	Guilherme Campos
126		Rejeitada	PP	Ana Amélia

**APÊNDICE P – CLASSIFICAÇÃO DAS EMENDAS POR GRUPO, SITUAÇÃO PARTIDO E PARLAMENTAR - CONTINUAÇÃO**

Emenda	Grupo	Situação	Partido	Parlamentar
127		Rejeitada	PMDB	Vital do Rêgo
128		Rejeitada	PSDB	Paulo Bauer
129		Rejeitada	PSDB	Paulo Bauer
130		Rejeitada	PV	Rosane Ferreira
131		Acolhida	PV	Rosane Ferreira
132		Rejeitada	PV	Rosane Ferreira
133		Rejeitada	PV	Rosane Ferreira
134	Grupo 25	Rejeitada	PSD	Armando Vergílio
135	Grupo 37	Rejeitada	PSD	Armando Vergílio
136	Grupo 30	Acolhida	PSD	Armando Vergílio
137	Grupo 23	Acolhida	PSD	Armando Vergílio
138	Grupo 07	Rejeitada	PSD	Armando Vergílio
139	Grupo 18	Rejeitada	PSD	Armando Vergílio
140		Rejeitada	PSD	Armando Vergílio
141	Grupo 41	Acolhida	PSD	Armando Vergílio
142	Grupo 13	Rejeitada	PSD	Armando Vergílio
143		Rejeitada	PSD	Armando Vergílio
144	Grupo 24	Rejeitada	PSD	Armando Vergílio
145	Grupo 01	Rejeitada	PSD	Armando Vergílio
146		Rejeitada	PSD	Armando Vergílio
147	Grupo 34	Rejeitada	PSD	Armando Vergílio
148	Grupo 32	Rejeitada	PSD	Armando Vergílio
149	Grupo 15	Rejeitada	PSD	Armando Vergílio
150		Rejeitada	PSD	Armando Vergílio
151	Grupo 10	Acolhida	PSD	Armando Vergílio
152		Rejeitada	PSD	Armando Vergílio
153	Grupo 11	Rejeitada	PSD	Armando Vergílio
154	Grupo 11	Rejeitada	PSD	Armando Vergílio
155		Rejeitada	PSD	Armando Vergílio
156	Grupo 16	Rejeitada	PSD	Armando Vergílio
157		Rejeitada	PSD	Armando Vergílio
158		Acolhida	PSD	Armando Vergílio
159		Rejeitada	PSD	Armando Vergílio
160		Rejeitada	PSD	Armando Vergílio
161		Rejeitada	PSD	Armando Vergílio
162		Rejeitada	PSD	Armando Vergílio
163		Rejeitada	PSD	Armando Vergílio
164		Rejeitada	PSD	Armando Vergílio
165		Rejeitada	PSD	Armando Vergílio
166		Rejeitada	PSD	Armando Vergílio
167		Rejeitada	PSD	Armando Vergílio
168		Acolhida	PSDB	Eduardo Azeredo

**APÊNDICE P – CLASSIFICAÇÃO DAS EMENDAS POR GRUPO, SITUAÇÃO PARTIDO E PARLAMENTAR - CONTINUAÇÃO**

<b>Emenda</b>	<b>Grupo</b>	<b>Situação</b>	<b>Partido</b>	<b>Parlamentar</b>
169	Grupo 33	Rejeitada	PSDB	Eduardo Azeredo
170		Rejeitada	PT	Ricardo Berzoini
171		Rejeitada	PSDB	Izalci
172		Rejeitada	PSDB	Izalci
173	Grupo 07	Rejeitada	PSDB	Cássio Cunha Lima
174	Grupo 27	Rejeitada	PSDB	Cássio Cunha Lima
175	Grupo 22	Rejeitada	PSDB	Cássio Cunha Lima
176	Grupo 36	Rejeitada	PSDB	Cássio Cunha Lima
177		Acolhida	PSDB	Cássio Cunha Lima
178	Grupo 40	Acolhida	PSDB	Cássio Cunha Lima
179		Acolhida	PSDB	Cássio Cunha Lima
180		Acolhida	PSDB	Cássio Cunha Lima
181	Grupo 16	Rejeitada	PSDB	Cássio Cunha Lima
182	Grupo 15	Rejeitada	PSDB	Cássio Cunha Lima
183	Grupo 13	Rejeitada	PSDB	Cássio Cunha Lima
184		Rejeitada	PSDB	Cássio Cunha Lima
185		Rejeitada	PSDB	Cássio Cunha Lima
186		Rejeitada	PSDB	Cássio Cunha Lima
187	Grupo 32	Rejeitada	PSDB	Cássio Cunha Lima
188	Grupo 28	Rejeitada	PSDB	Cássio Cunha Lima
189	Grupo 10	Acolhida	PTB	Mozarildo Cavalcanti
190	Grupo 16	Rejeitada	PTB	Mozarildo Cavalcanti
191	Grupo 08	Rejeitada	PTB	Mozarildo Cavalcanti
192	Grupo 15	Rejeitada	PTB	Mozarildo Cavalcanti
193	Grupo 44	Rejeitada	PTB	Mozarildo Cavalcanti
194	Grupo 28	Rejeitada	PTB	Mozarildo Cavalcanti
195	Grupo 26	Rejeitada	PTB	Mozarildo Cavalcanti
196	Grupo 36	Rejeitada	PTB	Mozarildo Cavalcanti
197	Grupo 30	Acolhida	PTB	Mozarildo Cavalcanti
198	Grupo 32	Rejeitada	PTB	Mozarildo Cavalcanti
199	Grupo 34	Rejeitada	PTB	Mozarildo Cavalcanti
200	Grupo 04	Rejeitada	PTB	Mozarildo Cavalcanti
201	Grupo 25	Rejeitada	PTB	Mozarildo Cavalcanti
202	Grupo 07	Rejeitada	PTB	Mozarildo Cavalcanti
203	Grupo 18	Rejeitada	PTB	Mozarildo Cavalcanti
204	Grupo 40	Acolhida	PTB	Mozarildo Cavalcanti
205	Grupo 41	Acolhida	PTB	Mozarildo Cavalcanti
206	Grupo 23	Acolhida	PTB	Mozarildo Cavalcanti
207	Grupo 24	Rejeitada	PTB	Mozarildo Cavalcanti
208	Grupo 06	Rejeitada	PTB	Mozarildo Cavalcanti
209	Grupo 43	Rejeitada	PTB	Mozarildo Cavalcanti
210	Grupo 11	Rejeitada	PTB	Mozarildo Cavalcanti

**APÊNDICE P – CLASSIFICAÇÃO DAS EMENDAS POR GRUPO, SITUAÇÃO PARTIDO E PARLAMENTAR - CONTINUAÇÃO**

<b>Emenda</b>	<b>Grupo</b>	<b>Situação</b>	<b>Partido</b>	<b>Parlamentar</b>
211	Grupo 11	Rejeitada	PTB	Mozarildo Cavalcanti
212	Grupo 11	Rejeitada	PTB	Mozarildo Cavalcanti
213	Grupo 02	Rejeitada	PTB	Mozarildo Cavalcanti
214		Rejeitada	PP	Jerônimo Goergen
215		Rejeitada	PP	Jerônimo Goergen
216		Rejeitada	PP	Jerônimo Goergen
217		Rejeitada	PP	Jerônimo Goergen
218		Rejeitada	PP	Jerônimo Goergen
219		Rejeitada	PP	Jerônimo Goergen
220		Rejeitada	PP	Jerônimo Goergen
221		Rejeitada	PSD	Marcos Montes
222		Rejeitada	PSD	Marcos Montes
223		Rejeitada	PSD	Marcos Montes
224		Rejeitada	PSD	Marcos Montes
225	Grupo 24	Rejeitada	PCdoB	João Ananias
226	Grupo 02	Rejeitada	PCdoB	João Ananias
227	Grupo 11	Rejeitada	PCdoB	João Ananias
228	Grupo 11	Rejeitada	PCdoB	João Ananias
229	Grupo 11	Rejeitada	PCdoB	João Ananias
230	Grupo 43	Rejeitada	PCdoB	João Ananias
231	Grupo 44	Rejeitada	PCdoB	João Ananias
232	Grupo 15	Rejeitada	PCdoB	João Ananias
233	Grupo 08	Rejeitada	PCdoB	João Ananias
234	Grupo 16	Rejeitada	PCdoB	João Ananias
235		Rejeitada	PCdoB	João Ananias
236	Grupo 28	Rejeitada	PCdoB	João Ananias
237	Grupo 01	Rejeitada	PCdoB	João Ananias
238	Grupo 04	Rejeitada	PCdoB	João Ananias
239	Grupo 34	Rejeitada	PCdoB	João Ananias
240	Grupo 32	Rejeitada	PCdoB	João Ananias
241	Grupo 36	Rejeitada	PCdoB	João Ananias
242	Grupo 39	Rejeitada	PCdoB	João Ananias
243		Acolhida	PCdoB	João Ananias
244	Grupo 39	Rejeitada	PCdoB	João Ananias
245		Acolhida	PCdoB	João Ananias
246	Grupo 40	Acolhida	PCdoB	João Ananias
247		Rejeitada	PCdoB	João Ananias
248		Acolhida	PCdoB	João Ananias
249		Acolhida	PCdoB	João Ananias
250		Rejeitada	PCdoB	João Ananias
251		Rejeitada	PCdoB	João Ananias
252		Rejeitada	PDT	Damião Feliciano

**APÊNDICE P – CLASSIFICAÇÃO DAS EMENDAS POR GRUPO, SITUAÇÃO PARTIDO E PARLAMENTAR - CONTINUAÇÃO**

Emenda	Grupo	Situação	Partido	Parlamentar
253		Rejeitada	PSD	Fabio Farias
254		Rejeitada	PSD	Fabio Farias
255		Rejeitada	PSD	Fabio Farias
256		Rejeitada	PT	Assis Carvalho
257		Rejeitada	PT	Assis Carvalho
258	Grupo 10	Acolhida	DEM	Mandetta
259	Grupo 11	Rejeitada	DEM	Mandetta
260	Grupo 25	Rejeitada	DEM	Mandetta
261	Grupo 30	Acolhida	DEM	Mandetta
262	Grupo 34	Rejeitada	DEM	Mandetta
263	Grupo 40	Acolhida	DEM	Mandetta
264	Grupo 07	Rejeitada	DEM	Mandetta
265	Grupo 41	Acolhida	DEM	Mandetta
266	Grupo 23	Acolhida	DEM	Mandetta
267		Rejeitada	DEM	Mandetta
268		Rejeitada	DEM	Mandetta
269		Rejeitada	DEM	Mandetta
270		Acolhida	DEM	Mandetta
271		Rejeitada	DEM	Mandetta
272	Grupo 16	Rejeitada	DEM	Mandetta
273	Grupo 02	Rejeitada	DEM	Mandetta
274	Grupo 43	Rejeitada	DEM	Mandetta
275	Grupo 44	Rejeitada	DEM	Mandetta
276	Grupo 15	Rejeitada	DEM	Mandetta
277	Grupo 08	Rejeitada	DEM	Mandetta
278	Grupo 11	Rejeitada	DEM	Mandetta
279	Grupo 36	Rejeitada	DEM	Mandetta
280	Grupo 04	Rejeitada	DEM	Mandetta
281	Grupo 20	Rejeitada	DEM	Mandetta
282	Grupo 11	Rejeitada	DEM	Mandetta
283		Acolhida	DEM	Mandetta
284		Acolhida	DEM	Mandetta
285		Rejeitada	DEM	Mandetta
286	Grupo 16	Rejeitada	DEM	Mandetta
287		Acolhida	DEM	Mandetta
288		Rejeitada	DEM	Mandetta
289		Rejeitada	PSDB	Alvaro Dias
290		Rejeitada	PSDB	Alvaro Dias
291		Rejeitada	PSDB	Alvaro Dias
292		Rejeitada	PSDB	Alvaro Dias
293		Rejeitada	PSDB	Alvaro Dias
294		Rejeitada	PSDB	Alvaro Dias

**APÊNDICE P – CLASSIFICAÇÃO DAS EMENDAS POR GRUPO, SITUAÇÃO PARTIDO E PARLAMENTAR - CONTINUAÇÃO**

<b>Emenda</b>	<b>Grupo</b>	<b>Situação</b>	<b>Partido</b>	<b>Parlamentar</b>
295		Rejeitada	PSDB	Alvaro Dias
296		Rejeitada	PR	Gorete Pereira
297		Rejeitada	PSDB	Cicero Lucena
298		Rejeitada	PSDB	Aloysio Nunes Ferreira
299		Rejeitada	PSDB	Aloysio Nunes Ferreira
300		Rejeitada	PSDB	Aloysio Nunes Ferreira
301		Rejeitada	PSDB	Aloysio Nunes Ferreira
302		Rejeitada	PP	Renato Molling
303		Rejeitada	PP	Renato Molling
304		Rejeitada	PP	Renato Molling
305		Rejeitada	DEM	Marcio Junqueira
306		Rejeitada	DEM	Marcio Junqueira
307		Rejeitada	DEM	Marcio Junqueira
308		Rejeitada	PV	Rosane Ferreira
309		Rejeitada	PP	Jerônimo Goergen
310		Acolhida	PSDB	Eduardo Barbosa
311		Rejeitada	PSDB	Antonio Carlos Mendes Thame
312		Rejeitada	PSDB	Antonio Carlos Mendes Thame
313		Rejeitada	PSDB	Antonio Carlos Mendes Thame
314	Grupo 32	Rejeitada	PSDB	Lúcia Vânia
315	Grupo 35	Rejeitada	PSDB	Lúcia Vânia
316	Grupo 05	Rejeitada	PSDB	Lúcia Vânia
317	Grupo 21	Rejeitada	PSDB	Lúcia Vânia
318	Grupo 23	Rejeitada	PSDB	Lúcia Vânia
319	Grupo 40	Acolhida	PSDB	Lúcia Vânia
320		Rejeitada	DEM	Augusto Coutinho
321		Rejeitada	DEM	Augusto Coutinho
322	Grupo 28	Rejeitada	DEM	Mendonça Filho
323		Rejeitada	DEM	Mendonça Filho
324	Grupo 08	Rejeitada	DEM	Mendonça Filho
325	Grupo 15	Rejeitada	DEM	Mendonça Filho
326	Grupo 10	Acolhida	DEM	Mendonça Filho
327	Grupo 11	Rejeitada	DEM	Mendonça Filho
328		Rejeitada	DEM	Mendonça Filho
329		Acolhida	DEM	Mendonça Filho
330		Rejeitada	DEM	Mendonça Filho
331		Rejeitada	DEM	Mendonça Filho
332		Acolhida	DEM	Mendonça Filho
333		Rejeitada	DEM	Mendonça Filho
334	Grupo 02	Rejeitada	DEM	Mendonça Filho
335	Grupo 36	Rejeitada	DEM	Mendonça Filho
336	Grupo 18	Rejeitada	DEM	Mendonça Filho



**APÊNDICE P – CLASSIFICAÇÃO DAS EMENDAS POR GRUPO, SITUAÇÃO PARTIDO E PARLAMENTAR - CONTINUAÇÃO**

<b>Emenda</b>	<b>Grupo</b>	<b>Situação</b>	<b>Partido</b>	<b>Parlamentar</b>
337	Grupo 23	Rejeitada	DEM	Mendonça Filho
338	Grupo 41	Acolhida	DEM	Mendonça Filho
339	Grupo 40	Acolhida	DEM	Mendonça Filho
340		Acolhida	PPS	Simplicio Araujo
341		Rejeitada	PPS	Simplicio Araujo
342		Rejeitada	PPS	Simplicio Araujo
343		Rejeitada	PPS	Simplicio Araujo
344		Rejeitada	PPS	Simplicio Araujo
345		Acolhida	PCdoB	Vanessa Grazziotin
346		Rejeitada	PCdoB	Vanessa Grazziotin
347	Grupo 16	Rejeitada	PMDB	Waldemir Moka
348	Grupo 15	Rejeitada	PMDB	Waldemir Moka
349		Rejeitada	PMDB	Waldemir Moka
350	Grupo 26	Rejeitada	PMDB	Waldemir Moka
351	Grupo 01	Retirada pelo autor	PMDB	Waldemir Moka
352	Grupo 24	Retirada pelo autor	PMDB	Waldemir Moka
353		Rejeitada	PP	Carlos Magno
354		Rejeitada	PP	Carlos Magno
355		Rejeitada	PP	Carlos Magno
356	Grupo 19	Rejeitada	PMDB	Waldemir Moka
357	Grupo 40	Retirada pelo autor	PMDB	Waldemir Moka
358	Grupo 23	Rejeitada	PMDB	Waldemir Moka
359	Grupo 32	Rejeitada	PMDB	Manoel Junior
360	Grupo 13	Rejeitada	PMDB	Manoel Junior
361	Grupo 40	Acolhida	PMDB	Manoel Junior
362	Grupo 23	Rejeitada	PMDB	Manoel Junior
363		Rejeitada	PSDB	Paulo Bauer
364		Rejeitada	PSDB	Paulo Bauer
365		Rejeitada	PSDB	Paulo Bauer
366		Rejeitada	PMDB	Manoel Junior
367	Grupo 20	Rejeitada	PMDB	Manoel Junior
368	Grupo 25	Rejeitada	PMDB	Manoel Junior
369		Rejeitada	PMDB	Manoel Junior
370	Grupo 07	Rejeitada	PMDB	Manoel Junior
371	Grupo 10	Acolhida	PSDB	Walter Feldman
372	Grupo 15	Rejeitada	PSDB	Walter Feldman
373	Grupo 08	Rejeitada	PSDB	Walter Feldman
374	Grupo 16	Rejeitada	PSDB	Walter Feldman
375	Grupo 44	Rejeitada	PSDB	Walter Feldman
376	Grupo 10	Rejeitada	PSDB	Walter Feldman
377	Grupo 11	Rejeitada	PSDB	Walter Feldman
378	Grupo 11	Acolhida	PSDB	Walter Feldman

**APÊNDICE P – CLASSIFICAÇÃO DAS EMENDAS POR GRUPO, SITUAÇÃO PARTIDO E PARLAMENTAR - CONTINUAÇÃO**

<b>Emenda</b>	<b>Grupo</b>	<b>Situação</b>	<b>Partido</b>	<b>Parlamentar</b>
379	Grupo 20	Rejeitada	PSDB	Walter Feldman
380	Grupo 40	Acolhida	PSDB	Walter Feldman
381	Grupo 23	Acolhida	PSDB	Walter Feldman
382	Grupo 07	Rejeitada	PSDB	Walter Feldman
383	Grupo 41	Rejeitada	PSDB	Walter Feldman
384	Grupo 11	Acolhida	PSDB	Walter Feldman
385	Grupo 28	Rejeitada	PSDB	Walter Feldman
386	Grupo 25	Rejeitada	PSDB	Walter Feldman
387	Grupo 39	Rejeitada	PSDB	Walter Feldman
388	Grupo 36	Rejeitada	PSDB	Walter Feldman
389	Grupo 02	Rejeitada	PSDB	Walter Feldman
390	Grupo 24	Rejeitada	PSDB	Walter Feldman
391	Grupo 01	Rejeitada	PSDB	Walter Feldman
392	Grupo 04	Rejeitada	PSDB	Walter Feldman
393	Grupo 34	Rejeitada	PSDB	Walter Feldman
394	Grupo 32	Rejeitada	PSDB	Walter Feldman
395	Grupo 30	Acolhida	PSDB	Walter Feldman
396		Rejeitada	PMDB	Osmar Serraglio
397		Rejeitada	PMDB	Osmar Serraglio
398		Acolhida	PT	Domingos Dutra
399	Grupo 28	Rejeitada	PPS	Alexandre Roso
400	Grupo 40	Acolhida	PPS	Alexandre Roso
401	Grupo 02	Rejeitada	PPS	Alexandre Roso
402	Grupo 01	Rejeitada	PPS	Alexandre Roso
403	Grupo 11	Acolhida	PPS	Alexandre Roso
404	Grupo 04	Rejeitada	PPS	Alexandre Roso
405	Grupo 24	Rejeitada	PPS	Alexandre Roso
406	Grupo 43	Rejeitada	PPS	Alexandre Roso
407	Grupo 15	Rejeitada	PPS	Alexandre Roso
408	Grupo 10	Acolhida	PPS	Alexandre Roso
409	Grupo 11	Rejeitada	PPS	Alexandre Roso
410	Grupo 34	Rejeitada	PPS	Alexandre Roso
411	Grupo 30	Acolhida	PPS	Alexandre Roso
412	Grupo 08	Rejeitada	PPS	Alexandre Roso
413	Grupo 39	Rejeitada	PPS	Alexandre Roso
414	Grupo 25	Rejeitada	PPS	Alexandre Roso
415	Grupo 20	Rejeitada	PPS	Alexandre Roso
416	Grupo 41	Rejeitada	PPS	Alexandre Roso
417	Grupo 16	Rejeitada	PPS	Alexandre Roso
418	Grupo 32	Rejeitada	PPS	Alexandre Roso
419	Grupo 37	Rejeitada	PPS	Alexandre Roso
420	Grupo 11	Rejeitada	PPS	Alexandre Roso

**APÊNDICE P – CLASSIFICAÇÃO DAS EMENDAS POR GRUPO, SITUAÇÃO PARTIDO E PARLAMENTAR - CONTINUAÇÃO**

<b>Emenda</b>	<b>Grupo</b>	<b>Situação</b>	<b>Partido</b>	<b>Parlamentar</b>
421	Grupo 23	Rejeitada	PPS	Alexandre Roso
422	Grupo 14	Rejeitada	PSDB	Lúcia Vânia
423	Grupo 17	Rejeitada	PSDB	Lúcia Vânia
424		Rejeitada	PSDB	Lúcia Vânia
425	Grupo 07	Rejeitada	PSDB	Lúcia Vânia
426	Grupo 39	Rejeitada	PSDB	Lúcia Vânia
427	Grupo 09	Rejeitada	PSDB	Lúcia Vânia
428	Grupo 38	Rejeitada	PSDB	Lúcia Vânia
429	Grupo 31	Acolhida	PSDB	Lúcia Vânia
430	Grupo 42	Acolhida	PSDB	Lúcia Vânia
431	Grupo 03	Rejeitada	PSDB	Lúcia Vânia
432	Grupo 27	Rejeitada	PSDB	Lúcia Vânia
433	Grupo 29	Rejeitada	PSDB	Lúcia Vânia
434		Rejeitada	PCdoB	Inácio Arruda
435		Rejeitada	PCdoB	Inácio Arruda
436		Rejeitada	PCdoB	Inácio Arruda
437		Rejeitada	PCdoB	Inácio Arruda
438		Rejeitada	PCdoB	Inácio Arruda
439		Acolhida	PCdoB	Inácio Arruda
440		Acolhida	PCdoB	Inácio Arruda
441		Rejeitada	PCdoB	Inácio Arruda
442		Acolhida	PCdoB	Inácio Arruda
443		Acolhida	PCdoB	Inácio Arruda
444		Rejeitada	PCdoB	Inácio Arruda
445		Acolhida	PCdoB	Inácio Arruda
446		Rejeitada	PCdoB	Inácio Arruda
447		Rejeitada	PCdoB	Inácio Arruda
448		Rejeitada	PCdoB	Inácio Arruda
449		Rejeitada	PCdoB	Inácio Arruda
450		Rejeitada	PCdoB	Inácio Arruda
451		Rejeitada	PCdoB	Inácio Arruda
452		Rejeitada	PCdoB	Inácio Arruda
453		Rejeitada	PCdoB	Inácio Arruda
454		Rejeitada	PCdoB	Inácio Arruda
455		Rejeitada	PCdoB	Inácio Arruda
456		Rejeitada	PCdoB	Inácio Arruda
457		Rejeitada	PCdoB	Inácio Arruda
458		Rejeitada	PCdoB	Inácio Arruda
459		Rejeitada	PCdoB	Inácio Arruda
460		Rejeitada	PCdoB	Inácio Arruda
461		Rejeitada	PCdoB	Inácio Arruda
462	Grupo 32	Rejeitada	PV	Paulo Davim

**APÊNDICE P – CLASSIFICAÇÃO DAS EMENDAS POR GRUPO, SITUAÇÃO PARTIDO E PARLAMENTAR - CONTINUAÇÃO**

Emenda	Grupo	Situação	Partido	Parlamentar
463	Grupo 31	Acolhida	PV	Paulo Davim
464	Grupo 29	Rejeitada	PV	Paulo Davim
465	Grupo 05	Rejeitada	PV	Paulo Davim
466	Grupo 03	Rejeitada	PV	Paulo Davim
467	Grupo 42	Acolhida	PV	Paulo Davim
468	Grupo 15	Rejeitada	PV	Paulo Davim
469	Grupo 42	Rejeitada	PV	Paulo Davim
470	Grupo 14	Rejeitada	PV	Paulo Davim
471	Grupo 21	Rejeitada	PV	Paulo Davim
472	Grupo 38	Rejeitada	PV	Paulo Davim
473	Grupo 26	Rejeitada	PV	Paulo Davim
474	Grupo 17	Rejeitada	PV	Paulo Davim
475	Grupo 40	Acolhida	PV	Paulo Davim
476		Rejeitada	PV	Paulo Davim
477	Grupo 09	Rejeitada	PV	Paulo Davim
478	Grupo 35	Rejeitada	PV	Paulo Davim
479	Grupo 23	Acolhida	PV	Paulo Davim
480		Rejeitada	PSD	Onofre Agostini
481	Grupo 11	Rejeitada	PMDB	Lelo Coimbra
482	Grupo 02	Rejeitada	PMDB	Lelo Coimbra
483	Grupo 11	Rejeitada	PMDB	Lelo Coimbra
484	Grupo 11	Rejeitada	PMDB	Lelo Coimbra
485	Grupo 24	Rejeitada	PMDB	Lelo Coimbra
486	Grupo 01	Rejeitada	PMDB	Lelo Coimbra
487	Grupo 04	Rejeitada	PMDB	Lelo Coimbra
488	Grupo 34	Rejeitada	PMDB	Lelo Coimbra
489	Grupo 32	Rejeitada	PMDB	Lelo Coimbra
490	Grupo 28	Rejeitada	PMDB	Lelo Coimbra
491	Grupo 16	Rejeitada	PMDB	Lelo Coimbra
492	Grupo 08	Rejeitada	PMDB	Lelo Coimbra
493	Grupo 23	Acolhida	PMDB	Lelo Coimbra
494	Grupo 41	Acolhida	PMDB	Lelo Coimbra
495	Grupo 15	Rejeitada	PMDB	Lelo Coimbra
496	Grupo 10	Acolhida	PMDB	Lelo Coimbra
497	Grupo 44	Rejeitada	PMDB	Lelo Coimbra
498	Grupo 43	Rejeitada	PMDB	Lelo Coimbra
499		Acolhida	DEM	José Agripino
500		Rejeitada	DEM	José Agripino
501		Rejeitada	DEM	José Agripino
502		Acolhida	DEM	José Agripino
503		Rejeitada	DEM	José Agripino
504		Rejeitada	DEM	José Agripino

**APÊNDICE P – CLASSIFICAÇÃO DAS EMENDAS POR GRUPO, SITUAÇÃO PARTIDO E PARLAMENTAR - CONTINUAÇÃO**

Emenda	Grupo	Situação	Partido	Parlamentar
505		Rejeitada	PMDB	Ricardo Ferraço
506		Rejeitada	PMDB	Ricardo Ferraço
507		Rejeitada	PMDB	José Agripino
508	Grupo 40	Acolhida	PMDB	Lelo Coimbra
509	Grupo 19	Rejeitada	PMDB	Lelo Coimbra
510	Grupo 39	Rejeitada	PMDB	Lelo Coimbra
511	Grupo 25	Rejeitada	PMDB	Lelo Coimbra
512	Grupo 30	Acolhida	PMDB	Lelo Coimbra
513	Grupo 36	Rejeitada	PMDB	Lelo Coimbra
514		Rejeitada	PSDB	Alfredo Kaefer
515		Rejeitada	PSDB	Alfredo Kaefer
516		Rejeitada	PSDB	Alfredo Kaefer
517		Rejeitada	PSDB	Alfredo Kaefer
518		Rejeitada	PSDB	Alfredo Kaefer
519		Rejeitada	PSDB	Alfredo Kaefer
520		Rejeitada	PSDB	Alfredo Kaefer
521		Rejeitada	PSDB	Alfredo Kaefer
522		Rejeitada	PSDB	Alfredo Kaefer
523	Grupo 34	Rejeitada	PCdoB	Jandira Feghali
524	Grupo 39	Rejeitada	PCdoB	Jandira Feghali
525	Grupo 25	Rejeitada	PCdoB	Jandira Feghali
526	Grupo 41	Acolhida	PCdoB	Jandira Feghali
527		Rejeitada	PCdoB	Jandira Feghali
528	Grupo 07	Rejeitada	PCdoB	Jandira Feghali
529	Grupo 20	Rejeitada	PCdoB	Jandira Feghali
530	Grupo 11	Rejeitada	PCdoB	Jandira Feghali
531		Rejeitada	PCdoB	Jandira Feghali
532	Grupo 01	Rejeitada	PCdoB	Jandira Feghali
533		Rejeitada	PEN	Nilmar Ruiz
534	Grupo 33	Rejeitada	PEN	Nilmar Ruiz
535		Rejeitada	PEN	Nilmar Ruiz
536		Rejeitada	PSDB	Ruben Figueiró
537		Rejeitada	PSC	Eduardo Amorim
538		Rejeitada	PSC	Eduardo Amorim
539		Rejeitada	PSC	Eduardo Amorim
540		Acolhida	PSC	Eduardo Amorim
541		Rejeitada	PSC	Eduardo Amorim
542		Rejeitada	PSC	Eduardo Amorim
543		Rejeitada	PSC	Eduardo Amorim
544		Acolhida	PSC	Eduardo Amorim
545		Rejeitada	PT	Francisco Praciano
546	Grupo 29	Rejeitada	PMDB	Vital do Rêgo

**APÊNDICE P – CLASSIFICAÇÃO DAS EMENDAS POR GRUPO, SITUAÇÃO PARTIDO E PARLAMENTAR - CONTINUAÇÃO**

<b>Emenda</b>	<b>Grupo</b>	<b>Situação</b>	<b>Partido</b>	<b>Parlamentar</b>
547	Grupo 23	Rejeitada	PMDB	Vital do Rêgo
548	Grupo 09	Rejeitada	PMDB	Vital do Rêgo
549	Grupo 07	Retirada pelo autor	PMDB	Vital do Rêgo
550	Grupo 07	Rejeitada	PMDB	Vital do Rêgo
551	Grupo 14	Rejeitada	PMDB	Vital do Rêgo
552	Grupo 27	Rejeitada	PMDB	Vital do Rêgo
553	Grupo 29	Retirada pelo autor	PMDB	Vital do Rêgo
554	Grupo 05	Rejeitada	PMDB	Vital do Rêgo
555	Grupo 17	Rejeitada	PMDB	Vital do Rêgo
556	Grupo 39	Rejeitada	PMDB	Vital do Rêgo
557	Grupo 09	Retirada pelo autor	PMDB	Vital do Rêgo
558	Grupo 23	Retirada pelo autor	PMDB	Vital do Rêgo
559	Grupo 31	Rejeitada	PMDB	Vital do Rêgo
560	Grupo 40	Acolhida	PMDB	Vital do Rêgo
561	Grupo 42	Acolhida	PMDB	Vital do Rêgo
562	Grupo 20	Rejeitada	PMDB	Vital do Rêgo
563	Grupo 40	Acolhida	PMDB	Vital do Rêgo
564	Grupo 40	Acolhida/retirada pelo autor	PMDB	Vital do Rêgo
565	Grupo 42	Acolhida/retirada pelo autor	PMDB	Vital do Rêgo
566	Grupo 17	Retirada pelo autor	PMDB	Vital do Rêgo
567	Grupo 03	Rejeitada	PMDB	Vital do Rêgo

Fonte: A Autora (2015) com base no PLV n.º 26/2013-CN.