

Vieira, Fabiola Sulpino

Working Paper

Financiamento federal de ações e serviços públicos de saúde por emendas parlamentares e suas implicações para a regionalização da saúde

Texto para Discussão, No. 3048

Provided in Cooperation with:

Institute of Applied Economic Research (ipea), Brasília

Suggested Citation: Vieira, Fabiola Sulpino (2024) : Financiamento federal de ações e serviços públicos de saúde por emendas parlamentares e suas implicações para a regionalização da saúde, Texto para Discussão, No. 3048, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), Brasília, <https://doi.org/10.38116/td3048-port>

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/306755>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.



<https://creativecommons.org/licenses/by/2.5/br/>

TEXTO PARA DISCUSSÃO

3048

**FINANCIAMENTO FEDERAL
DE AÇÕES E SERVIÇOS
PÚBLICOS DE SAÚDE POR
EMENDAS PARLAMENTARES
E SUAS IMPLICAÇÕES PARA A
REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE**

FABIOLA SULPINO VIEIRA



**FINANCIAMENTO FEDERAL DE AÇÕES
E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE
POR EMENDAS PARLAMENTARES
E SUAS IMPLICAÇÕES PARA A
REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE**

FABIOLA SULPINO VIEIRA¹

1. Especialista em políticas públicas e gestão governamental na Diretoria de Estudos e Políticas Sociais do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Disoc/Ipea).
E-mail: fabiola.vieira@ipea.gov.br. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7377-7302>.

Governo Federal

Ministério do Planejamento e Orçamento

Ministra Simone Nassar Tebet

ipea Instituto de Pesquisa
Econômica Aplicada

Fundação pública vinculada ao Ministério do Planejamento e Orçamento, o Ipea fornece suporte técnico e institucional às ações governamentais – possibilitando a formulação de inúmeras políticas públicas e programas de desenvolvimento brasileiros – e disponibiliza, para a sociedade, pesquisas e estudos realizados por seus técnicos.

Presidenta

LUCIANA MENDES SANTOS SERVO

Diretor de Desenvolvimento Institucional

FERNANDO GAIGER SILVEIRA

**Diretora de Estudos e Políticas do Estado,
das Instituições e da Democracia**

LUSENI MARIA CORDEIRO DE AQUINO

Diretor de Estudos e Políticas Macroeconômicas

CLÁUDIO ROBERTO AMITRANO

**Diretor de Estudos e Políticas Regionais,
Urbanas e Ambientais**

ARISTIDES MONTEIRO NETO

**Diretora de Estudos e Políticas Setoriais,
de Inovação, Regulação e Infraestrutura**

FERNANDA DE NEGRI

Diretor de Estudos e Políticas Sociais

CARLOS HENRIQUE LEITE CORSEUIL

Diretor de Estudos Internacionais

FÁBIO VÉRAS SOARES

Chefe de Gabinete

ALEXANDRE DOS SANTOS CUNHA

**Coordenadora-Geral de Imprensa e
Comunicação Social**

GISELE AMARAL

Ouvidoria: <http://www.ipea.gov.br/ouvidoria>

URL: <http://www.ipea.gov.br>

Texto para Discussão

Publicação seriada que divulga resultados de estudos e pesquisas em desenvolvimento pelo Ipea com o objetivo de fomentar o debate e oferecer subsídios à formulação e avaliação de políticas públicas.

© Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – **ipea** 2024

Vieira, Fabiola Sulpino

Financiamento federal de ações e serviços públicos de saúde por emendas parlamentares e suas implicações para a regionalização da saúde / Fabiola Sulpino Vieira. – Brasília, DF: Ipea, 2024.

52 p. – (Texto para Discussão ; n. 3048).

Inclui Bibliografia.

1. Financiamento da Assistência à Saúde. 2. Alocação de Recursos para a Atenção à Saúde. 3. Equidade na Alocação de Recursos. 4. Regionalização da Saúde. 5. Gastos Públicos com Saúde. 6. Sistema Único de Saúde. 7. Poder Legislativo. I. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. II. Título.

CDD 361.6

Ficha catalográfica elaborada por Elizabeth Ferreira da Silva CRB-7/6844.

Como citar:

VIEIRA, Fabiola Sulpino. **Financiamento federal de ações e serviços públicos de saúde por emendas parlamentares e suas implicações para a regionalização da saúde**. Brasília, DF: Ipea, out. 2024. 52 p. : il. (Texto para Discussão, n. 3048). DOI: <http://dx.doi.org/10.38116/td3048-port>

JEL: H51.

DOI: <http://dx.doi.org/10.38116/td3048-port>

As publicações do Ipea estão disponíveis para download gratuito nos formatos PDF (todas) e ePUB (livros e periódicos).

Acesse: <http://www.ipea.gov.br/portal/publicacoes>

As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e inteira responsabilidade dos autores, não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada ou do Ministério do Planejamento e Orçamento.

É permitida a reprodução deste texto e dos dados nele contidos, desde que citada a fonte. Reproduções para fins comerciais são proibidas.

SUMÁRIO

SINOPSE

ABSTRACT

1 INTRODUÇÃO	7
2 MÉTODOS	10
3 RESULTADOS.....	14
4 DISCUSSÃO	26
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	36
REFERÊNCIAS	38
APÊNDICE A	45
REFERÊNCIA.....	45
APÊNDICE B	46
APÊNDICE C.....	49

SINOPSE

No Brasil, o debate sobre o papel das emendas parlamentares (EPs) no financiamento federal do Sistema Único de Saúde (SUS) ganhou destaque, nos últimos anos, em razão do aumento dos valores alocados e das possíveis consequências no acesso a serviços de saúde pela população, dado o subfinanciamento desse sistema. Nesse cenário, visando contribuir para a discussão sobre esse assunto, o objetivo deste texto é analisar a alocação de recursos federais por EPs para o financiamento de ações e serviços públicos de saúde (ASPS), especialmente da atenção primária à saúde (APS) e da atenção especializada à saúde (AES), sob a perspectiva regional de organização do SUS. Realizou-se um estudo descritivo sobre a alocação de recursos federais ao SUS, com foco na execução orçamentário-financeira do Ministério da Saúde (MS), em ASPS por EPs, no período de 2014 a 2023. Nos últimos dez anos, as despesas do MS com ASPS, por meio de EPs, cresceram 371%, passando de R\$ 4,9 bilhões em 2014 para R\$ 23,0 bilhões em 2023, com significativa redução do poder do MS de definir a destinação de recursos para o financiamento dos gastos discricionários. A alocação de recursos aos municípios por EPs, para financiamento da APS e da AES, considerando-se as regiões e as macrorregiões de saúde, foi muito desigual em 2023. No caso da APS, promoveu maior concentração de recursos nas macrorregiões e nas regiões de saúde do Norte e do Nordeste. No caso da AES, essas regiões também foram beneficiadas, mas com maiores valores por habitante concentrados em número menor de macrorregiões e regiões de saúde. Ainda que as regiões de saúde do Norte e do Nordeste tenham sido mais beneficiadas pelos recursos, isso não significa necessariamente melhora no acesso da população aos serviços especializados, que têm menor disponibilidade nessas regiões, uma vez que a alocação por EPs desconsidera os arranjos de programação regional da oferta de serviços e do atendimento da população adstrita a uma região ou macrorregião de saúde no SUS. Com isso, as EPs podem criar mais desigualdades de acesso aos serviços de saúde e mais iniquidades em saúde no Brasil.

Palavras-chave: financiamento da assistência à saúde; alocação de recursos para a atenção à saúde; equidade na alocação de recursos; regionalização da saúde; gastos públicos com saúde; Sistema Único de Saúde; Poder Legislativo.

ABSTRACT

In Brazil, the debate on the role of parliamentary amendments (PAs) in federal funding for the Unified Health System (SUS) has gained prominence in recent years due to the increase in allocated amounts and the potential consequences for public access to health services, given the system's underfunding. In this context, aiming to contribute to the discussion on this topic, the objective of this text is to analyze the allocation of federal resources through PAs for the funding of public health actions and services (PHAS), especially primary health care (PHC) and specialized health care (SHC), from the regional organization perspective of the SUS. A descriptive study was conducted on the allocation of federal resources to the SUS, focusing on the budgetary and financial

execution of the Ministry of Health (MH) in PHAS through PAs, from 2014 to 2023. Over the last ten years, MH expenses in PHAS through PAs increased by 371%, rising from BRL 4.9 billion in 2014 to BRL 23.0 billion in 2023, with a significant reduction in the MH's power to determine the allocation of resources for funding discretionary expenses. In 2023, the allocation of resources to municipalities through PAs for funding PHC and SHC, considering the regions and major health regions, was highly unequal. In the case of PHC, it promoted a greater concentration of resources in the major health regions and health regions of the North and Northeast of the country. In the case of SHC, these geographic regions were also benefited, but with higher per capita amounts concentrated in a smaller number of major health regions and health regions. Although the health regions of the North and Northeast received more resources, this does not necessarily mean improved access to specialized services for the population, which are less available in these regions, since the allocation by PAs disregards the regional planning arrangements for service provision and the population served in a health region or major health region in the SUS. Consequently, PAs may create more inequalities in access to health services and more health inequities in Brazil.

Keywords: healthcare financing; health care rationing; equity in the resource allocation; regional health planning; public expenditures on health; Unified Health System; Legislative.

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, o debate sobre o papel das emendas parlamentares (EPs) no financiamento federal do Sistema Único de Saúde (SUS) ganhou destaque, nos últimos anos, em razão do aumento dos valores alocados a cada ano e das possíveis consequências dessas destinações para a organização do sistema e para a oferta de serviços de saúde à população brasileira como um todo, dada a insuficiência – amplamente reconhecida – dos recursos que o financiam.

A Constituição Federal de 1988 (CF/1988) atribuiu ao Poder Legislativo competência importante no ciclo orçamentário. Estão entre as suas responsabilidades a deliberação sobre o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA), assim como a fiscalização contábil, financeira, orçamentária e patrimonial de cada ente da Federação (Brasil, 1988).¹

No âmbito da União, em relação à implementação de políticas públicas, há maior visibilidade e concretude sobre a influência do Congresso Nacional quando da apreciação do Projeto de Lei Orçamentária Anual (PLOA), ocasião em que os parlamentares podem realizar emendas à proposta encaminhada pelo Executivo. Nesse contexto, alocam recursos para o financiamento de ações específicas que beneficiam um ente da Federação ou um grupo de entes, bem como uma instituição privada sem fins lucrativos. São as EPs ao orçamento público.

As EPs ao PLOA devem observar as seguintes regras básicas: i) ser compatíveis com o PPA e com a LDO; ii) indicar os recursos necessários, admitidos apenas os provenientes de anulação de despesa, excluídas as que incidam sobre dotações para pessoal e seus encargos, serviço da dívida e transferências tributárias constitucionais para os demais entes da Federação; e iii) ser relacionadas com a correção de erros ou omissões ou com os dispositivos do texto do projeto de lei (Brasil, 1988).

Existem quatro tipos de EPs (individuais, de bancada estadual, de comissão e de relator), e a regulamentação desses dispositivos evoluiu de maneira muito rápida nos últimos dez anos. Nos apêndices A e B deste texto, apresentam-se, respectivamente, o conceito de cada EP e a evolução da regulamentação recente do tema. Vale destacar que, no processo de avanço dessa regulamentação, estabeleceu-se a obrigatoriedade da execução de despesas por emendas individuais e de bancada estadual. Trata-se

1. Disponível em: <https://www.congressonacional.leg.br/materias/materias-orcamentarias/entenda-o-orcamento#:~:text=O%20papel%20do%20Poder%20Legislativo,da%20Administra%C3%A7%C3%A3o%20direta%20e%20indireta.>

do orçamento impositivo,² que, atualmente, é constituído por 2% da receita corrente líquida (RCL) da União para as EPs individuais (Brasil, 2022) e por 1% da RCL para as EPs de bancada (Brasil, 2019).³

As EPs individuais incidem diretamente sobre as despesas federais com ASPs porque foi determinado um piso equivalente a 1% da RCL para seu financiamento. No caso das EPs de bancada, não se estabeleceu a obrigatoriedade de execução de qualquer parcela em ASPs, mas, sim, um teto de 50% para essa finalidade por força da LDO 2024 (Brasil, 2023a). Como era de se esperar, o orçamento impositivo contribuiu para a ampliação da participação das EPs no orçamento do Ministério da Saúde (MS). Entretanto, o fato que chama mais atenção, no caso da saúde, é o crescimento da participação das emendas de relator, desde 2016, mesmo não sendo de execução obrigatória, o que evidencia uma mudança nas relações entre os Poderes Executivo e Legislativo a partir daquele ano (Piola e Vieira, 2019; 2024).

As despesas com ASPs por EPs, de qualquer tipo, entram no cálculo da aplicação mínima federal com essas ações e serviços. Assim, devido ao crescimento da alocação de recursos por EPs, tem aumentado a participação das emendas no financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS), o que tem suscitado preocupações sobre seus impactos para o financiamento e a organização desse sistema.

Estudos recentes analisaram as consequências das EPs sobre o financiamento da atenção primária (Vieira e Lima, 2022; Ulinski *et al.*, 2024) e a gestão municipal do SUS (Silva *et al.*, 2024). Contudo, ainda há pouca discussão sobre as implicações do aumento da alocação de recursos por essa via para a regionalização da saúde (Piola e Vieira, 2024).

Ainda que as transferências de recursos federais para o financiamento do SUS sejam efetuadas para os estados, o Distrito Federal e os municípios, a lógica de organização do sistema é regional e dependente de negociação e pactuação entre gestores

2. O orçamento impositivo consiste na obrigatoriedade de empenho e liquidação (execução orçamentária), bem como de pagamento (execução financeira) das EPs, exceto nos casos de impedimento de ordem técnica. Disponível em: https://www.congressonacional.leg.br/legislacao-e-publicacoes/glossario-orcamentario/-/orcamentario/termo/emenda_obrigatoria.

3. Para as EPs individuais, o limite é calculado com base na RCL do ano anterior ao do PLOA. No caso das EPs de bancada, o limite consiste no montante de execução obrigatória para o exercício anterior por força do art. 3º da Emenda Constitucional (EC) nº 100/2019 (Brasil, 2019). Em ambos os casos, a correção dos valores correspondentes é feita pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), mas, na prática, há diferença da base de cálculo (RCL), que consiste nos anos considerados. Por exemplo, no PLOA 2024, as EPs individuais tomam por base o exercício de 2023, e as EPs de bancada, o exercício de 2022 (Brasil, 2023b).

nas três esferas de governo. A oferta de serviços envolve a organização dos municípios em regiões e macrorregiões de saúde⁴ e é fundamental para a integralidade do cuidado, uma diretriz organizativa do SUS prevista na CF/1988 (Brasil, 1988). A garantia da integralidade requer integração e articulação das práticas dos profissionais de saúde e da organização dos serviços para prover ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde – em todos os níveis de complexidade –, assim como demanda a formulação e a implementação de políticas e programas para o enfrentamento dos problemas de saúde, com observância às necessidades de grupos específicos de indivíduos (Mattos, 2009).

Como a maioria dos municípios tem pouca disponibilidade de serviços especializados em saúde, é fundamental constituir agregados de municípios – considerando-se as fronteiras que compartilham e a junção daqueles com menor e maior capacidade de ofertar esses serviços – para possibilitar o atendimento integral da população adstrita (Jaccoud e Vieira, 2018).

Além de assegurar atendimento integral, a escala e a qualidade são outras questões que precisam ser consideradas na organização dos serviços de saúde e que reforçam a opção pela estratégia da regionalização no SUS. A escala se vincula à eficiência, visto que essa depende de uma relação ótima entre recursos alocados e resultados obtidos. Por sua vez, a qualidade também se associa ao volume da produção, pois, quanto mais se realiza determinado serviço, mais aptidão se adquire para realizá-lo bem. Como os serviços são destinados à população, esta constitui a base para a organização dos serviços a serem ofertados. Serviços mais demandados precisam estar disponíveis o mais próximo possível da população, enquanto os menos demandados e mais complexos devem ser organizados ao se considerar uma escala ótima de oferta. Por isso, a maioria dos sistemas de saúde organiza os serviços em uma rede regionalizada e hierarquizada (Kuschnir, Chorny e Lira, 2014).

Dado que essa é a forma de organização do SUS, tornam-se preocupantes, em um contexto de subfinanciamento do sistema, as crescentes destinações de recursos federais por EPs, especialmente aos municípios, uma vez que essas alocações não consideram o arranjo regional da oferta de serviços do sistema. Nesse contexto, surgem muitas perguntas, como as que norteiam este trabalho: i) quais são os montantes de recursos federais alocados por EPs para financiamento da APS e da AES, especialmente

4. A região de saúde é o espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, além de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (Brasil, 2011). As macrorregiões de saúde são constituídas por uma ou mais regiões de saúde.

sob a ótica da organização regional do SUS?; e ii) quais são as possíveis implicações dessas alocações para a garantia da oferta de serviços de saúde universal, integral e igualitária em todo o Brasil? Assim, visando contribuir para o debate sobre esse assunto, o objetivo deste texto é analisar a alocação de recursos federais por EPs para o financiamento de ações e serviços públicos de saúde (ASPS), especialmente da APS e da atenção especializada à saúde (AES), sob a perspectiva regional de organização do SUS.

Este texto é constituído por esta breve seção introdutória e por mais quatro seções. Na seção 2, descrevem-se os métodos empregados no estudo, cujos resultados são apresentados na seção 3. Na sequência, na seção 4, discutem-se os resultados. Por fim, na seção 5, de considerações finais, abordam-se questões relevantes para o debate sobre o tema não tratadas nas seções anteriores e indicam-se alguns aspectos para a agenda de pesquisa futura, a fim de aprofundar o conhecimento sobre as implicações das EPs no financiamento e na organização do SUS.

2 MÉTODOS

Realizou-se um estudo descritivo sobre a alocação de recursos federais ao SUS, com foco na execução orçamentário-financeira do MS, em ASPS por EPs, no período de 2014 a 2023. Duas fontes principais de informação foram utilizadas: i) o Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento (Siop) do governo federal, mantido pelo Ministério do Planejamento e Orçamento, a partir de consulta livre no Painel do Orçamento Federal para os gastos da União;⁵ e ii) o Arquivo de Repasse Anual Fundo a Fundo, disponibilizado pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS), relativo ao exercício de 2023.⁶

No Siop, o painel das despesas do MS, de 2014 a 2023, foi construído com as seguintes variáveis: unidade orçamentária, função, subfunção, programa, ação, localizador, região, Unidade Federativa (UF), município, plano orçamentário, grupo de despesa, modalidade de aplicação, natureza de despesa, resultado primário e fonte. Os valores de execução orçamentário-financeira disponíveis e obtidos foram das despesas empenhadas, liquidadas e pagas. O relatório gerado foi exportado como planilha no formato Excel.

Nesse relatório, a identificação das despesas com ASPS e por EPs, assim como a UF (estado e seus municípios) do ente receptor dos recursos, foi feita ao se considerarem os métodos descritos por Piola e Vieira (2024). No caso dos gastos em ASPS, o

5. Disponível em: https://www1.siop.planejamento.gov.br/QvAJAXZfc/opendoc.htm?document=IAS%-2FExecucao_Orcamentaria.qvw&host=QVS%40pqlk04&anonymous=true&sheet=SH06.

6. Disponível em: <https://portalfns.saude.gov.br/downloads/>.

processo envolve, basicamente, a marcação das despesas que não são consideradas ASPS e a rotulação posterior das despesas remanescentes como ASPS. Em síntese, não são despesas com ASPS – no período deste estudo – as realizadas pelo MS, conforme a seguir descrito.

- 1) 2014 a 2023:
 - a) inativos e pensionistas;
 - b) serviço da dívida (juros e amortização);
 - c) assistência médica aos servidores;
 - d) compensação de cancelamento de restos a pagar de despesas com ASPS de exercícios anteriores;
 - e) Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS);
 - f) recursos de operações de crédito;
 - g) modalidade de copagamento do Programa Farmácia Popular do Brasil;
 - h) academias da saúde;
 - i) participação do MS em organismos internacionais; e
 - j) saneamento básico que não esteja voltado ao controle de doenças e a agravos em pequenas comunidades.
- 2) 2017 a 2023:
 - a) Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF); e
 - b) participação da União no capital social da Empresa Brasileira de Hemoderivados (Hemobrás).
- 3) 2020 a 2023:
 - a) Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

Quanto às despesas por EPs, utilizaram-se na sua identificação planos orçamentários, que são marcadores gerenciais para acompanhamento mais detalhado dos gastos; e categoriais da variável “resultado primário” (RP), que classifica as despesas em financeiras, obrigatórias e discricionárias. Entre as categorias de despesas discricionárias, encontram-se as criadas para registro dos gastos por EPs segundo os quatro tipos existentes: individuais (RP 6), de bancada estadual (RP 7), de comissão (RP 8) e de relator (RP 9).

Em dezembro de 2022, no julgamento de algumas arguições de descumprimento de preceito fundamental (ADPF), o Supremo Tribunal Federal (STF) decidiu pela inconstitucionalidade da forma como as emendas de relator (RP 9) vinham sendo executadas até então, com montantes elevados e sem transparência quanto aos parlamentares que destinam os recursos, bem como em relação aos entes beneficiados (STF..., 2022). Além disso, determinou que as emendas de relator devem ocorrer apenas para a correção de erros e omissões no PLOA.⁷

A análise das despesas do MS – referente ao exercício de 2023 –, pela variável de resultado primário, pode levar a crer que houve apenas execução de emendas nos RPs 6, 7 e 8, em decorrência dessa decisão do STF, uma vez que a categoria RP 9 aparece zerada. Contudo, no detalhamento da execução do RP 2 (primária discricionária) por ações orçamentárias, observam-se gastos elevados nas ações *2E89 – incremento temporário ao custeio dos serviços de atenção primária à saúde para cumprimento de metas* e *2E90 – incremento temporário ao custeio dos serviços de assistência hospitalar e ambulatorial para cumprimento de metas*, que parecem ser decorrentes de emendas de relator.

Como se pode verificar na Portaria GM/MS nº 449, de 5 de abril de 2023, as ações orçamentárias mencionadas abrangem recursos alocados à APS e à AES por EPs (Brasil, 2023b). Além disso, a Portaria GM/MS nº 544, de 3 de maio de 2023, definiu procedimentos para a execução de despesas em ASPs relacionadas ao cumprimento do dispositivo da EC nº 126/2022, que estabeleceu o que segue: “Art. 8º Fica o relator-geral do Projeto de Lei Orçamentária de 2023 autorizado a apresentar emendas para ações direcionadas à execução de políticas públicas até o valor de R\$ 9.850.000.000,00 (nove bilhões oitocentos e cinquenta milhões de reais)” (Brasil, 2022; 2023c).

7. Segundo Greggianin et al. (2023), são exemplos desses ajustes no PLOA a inclusão de despesas da previdência para viabilizar a correção do salário mínimo, as despesas com reajuste de pessoal, a adequação da aplicação mínima em ASPs etc.

TEXTO para DISCUSSÃO

No detalhamento dos gastos registrados no RP 2 por planos orçamentários, nessas ações, observa-se que, do total de R\$ 8,2 bilhões, R\$ 612,6 milhões foram classificados em planos orçamentários de emendas de bancada e que R\$ 7,6 bilhões foram classificados em outros planos orçamentários. Como existem categorias para registro das emendas individuais, de bancada e de comissão, sem qualquer empecilho para tanto, chegou-se à conclusão de que esse montante categorizado em planos genéricos decorre de emendas de relator, acomodadas dessa forma em razão da decisão do STF sobre esse tipo de emenda. O quadro C.1, do apêndice C, apresenta a lista de planos orçamentários, com despesa nessas ações para o RP 2, segundo o tipo de EP.

Para viabilizar uma análise sobre as principais áreas de atuação do SUS no âmbito da assistência à saúde, os valores executados pelo MS em ASPS foram classificados de acordo com as categorias a seguir descritas.

- 1) APS: subfunções 301 – atenção básica; 306 – alimentação e nutrição; 423 – assistência aos povos indígenas; programas 0150 – *Proteção e Promoção dos Povos Indígenas* e 1214 – *Atenção Básica em Saúde* da subfunção 122 – administração geral; e programas 1214 – *Atenção Básica em Saúde* e 5019 – *Atenção Primária à Saúde* da subfunção 303 – suporte profilático e terapêutico.
- 2) AES: subfunções 302 – assistência hospitalar e ambulatorial; programas 1220 – *Assistência Ambulatorial e Hospitalar Especializada*, 1291 – *Segurança Transfusional e Qualidade do Sangue e Hemoderivados* e 5018 – *Atenção Especializada à Saúde* da subfunção 122 – administração geral; e programas 1291 – *Segurança Transfusional e Qualidade do Sangue e Hemoderivados* e 5018 – *Atenção Especializada à Saúde* da subfunção 303 – suporte profilático e terapêutico.
- 3) AES e APS: ação orçamentária 4525 – apoio à manutenção de unidades de saúde dos programas 2015 – *Aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde* e 2015 – *Fortalecimento do Sistema Único de Saúde* da subfunção 122 – administração geral.
- 4) Outras: demais despesas do MS.

Indicadores de gasto por habitante para despesas de custeio e de capital (investimentos) por EPs, segundo a área de destinação (APS e AES), foram calculados para analisar as desigualdades de alocação de recursos entre as UFs em 2023. Para tanto, utilizou-se a população projetada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para aquele ano.⁸

8. População projetada em 2018 para o período de 2010 a 2060. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html>. Acesso em: 23 mar. 2024.

As transferências do FNS aos fundos municipais de saúde para incremento temporário ao custeio dos serviços de APS (incremento APS) e incremento temporário ao custeio dos serviços de assistência hospitalar e ambulatorial (incremento AES), que são realizados por EPs, referentes ao exercício de 2023, foram utilizadas para a realização de uma análise do gasto por habitante segundo regiões e macrorregiões de saúde. Para isso, foi utilizado o arquivo de repasse do referido ano, disponibilizado no sítio eletrônico do FNS.⁹ A região e a macrorregião de saúde de cada município foram identificadas considerando-se o desenho dessas regiões em 2023.¹⁰ Os valores líquidos repassados para os municípios foram somados para se obter o valor recebido por região e macrorregião de saúde. Também foi somada a população correspondente para se ter a população residente na região e na macrorregião de saúde ao se calcular o gasto por habitante segundo esses recortes regionais.

De modo a possibilitar a comparação das despesas no período analisado, corrigiram-se os valores para preços médios de 2023 por meio da variação média anual do IPCA, do IBGE. Por fim, utilizaram-se estatísticas descritivas básicas na análise dos dados e produziram-se gráficos, tabelas e mapas para sumarizar os resultados mais relevantes.

3 RESULTADOS

Nos últimos dez anos, as despesas do MS com ASPs por EPs cresceram 371%, passando de R\$ 4,9 bilhões em 2014 para R\$ 23,0 bilhões em 2023. No mesmo período, a participação do MS na destinação dos recursos se reduziu em 9,9 p.p. (de 96,8% para 87,2%), enquanto a alocação de recursos por emendas teve ampliação de 9,6 p.p. nas despesas totais em ASPs (de 3,2% para 12,8%), conforme se verifica na tabela 1.

9. Arquivos de repasse anual fundo a fundo. Disponíveis em: <https://portalfns.saude.gov.br/downloads/>. Acesso em: 23 mar. 2024. No arquivo de repasse do FNS de 2023, as transferências identificadas como incremento temporário ao custeio de serviços da APS e de serviços de assistência hospitalar e ambulatorial totalizaram R\$ 15,8 bilhões. No Siop, o valor liquidado nas ações orçamentárias 2E89 – *Incremento Temporário ao Custeio dos Serviços de Atenção Primária à Saúde para Cumprimento de Metas* e 2E90 – *Incremento Temporário ao Custeio dos Serviços de Assistência Hospitalar e Ambulatorial para Cumprimento de Metas* também foi de R\$ 15,8 bilhões no mesmo ano.

10. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus). Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/transferencia-de-arquivos/#>. Acesso em: 23 mar. 2024.

TABELA 1**Despesas do MS com ASPS: tipo de alocação dos recursos (2014-2023)**

Ano	Programação do MS		EPs		Total (R\$ 1 bilhão) ¹
	R\$ 1 bilhão ¹	Total (%)	R\$ 1 bilhão ¹	Total (%)	
2014	150,0	96,8	4,9	3,2	154,8
2015	152,0	98,3	2,6	1,7	154,6
2016	140,2	92,9	10,7	7,1	151,0
2017	144,9	92,0	12,7	8,0	157,6
2018	144,5	92,5	11,7	7,5	156,2
2019	140,8	89,9	15,9	10,1	156,6
2020	184,7	92,4	15,3	7,6	199,9
2021	187,7	91,3	17,9	8,7	205,6
2022	142,9	90,2	15,6	9,8	158,5
2023	156,8	87,2	23,0	12,8	179,8

Fonte: Siop. Disponível em: <https://www.siop.planejamento.gov.br/modulo/login/index.html#/>. Acesso em: 23 mar. 2024.

Elaboração da autora.

Nota: ¹ Em valores de 2023.

Obs.: Valores corrigidos para preços de 2023 pelo IPCA médio.

Uma vez que os valores apresentados na tabela 1, relacionados à programação do MS, englobam despesas financeiras e obrigatórias, um retrato mais fidedigno da discricionariedade federal – em relação à alocação de recursos – precisa considerar apenas as despesas discricionárias. Nesse caso, o que se constata sobre as despesas com ASPS desse período é uma significativa redução do poder do MS para definir a destinação de recursos ao financiamento dos gastos discricionários em ASPS. Em 2014, a participação das emendas no total de despesas discricionárias (R\$ 26,2 bilhões) foi de 18,6%; essa participação aumentou para 52,5% (R\$ 43,7 bilhões) em 2023. Ou seja, nesse último ano, o governo federal pôde decidir a alocação de menos da metade das despesas discricionárias com ASPS (47,5%).

Na tabela 2, apresenta-se um panorama das despesas do MS com ASPS segundo o tipo de EPs. Destaca-se, inicialmente, o aumento do montante de recursos destinado por emendas, especialmente em dois períodos: 2016 em relação a 2015 e 2023 em relação a 2022. Um segundo destaque é o fato de que as emendas de relator, que não são de execução impositiva, tiveram participação expressiva na despesa total por emendas a partir de 2016, tendo alcançado maior papel em 2021 (48,3%). Um terceiro destaque é feito para o aumento das emendas individuais em 2023. Por último, chama-se atenção para as emendas de relator nesse mesmo ano. Observa-se que as despesas por emendas de relator foram de R\$ 7,6 bilhões em 2023, após o STF ter decidido que esse tipo de emenda deveria servir apenas para corrigir erros e omissões no orçamento.

TABELA 2**Despesas do MS com ASPS executadas por EPs: tipo de emenda (2014-2023)**

Ano	Tipo de emenda				Total
	Bancada estadual	Comissão	Individual	Relator ¹	
R\$ ²					
2014	0	0	4.881.381.662	0	4.881.381.662
2015	0	0	2.441.787.994	170.667.926	2.612.455.921
2016	794.879.032	183.351.875	5.388.565.758	4.382.703.302	10.749.499.966
2017	1.994.233.449	129.906.074	5.385.414.009	5.164.945.360	12.674.498.892
2018	1.102.950.080	19.151.067	6.205.399.880	4.361.805.373	11.689.306.400
2019	2.296.985.993	68.992.280	6.267.513.174	7.221.769.593	15.855.261.040
2020	4.042.218.386	129.118.273	6.846.870.400	4.242.495.225	15.260.702.283
2021	3.398.897.407	0	5.874.310.026	8.664.274.482	17.937.481.915
2022	2.755.481.901	106.341.992	6.046.282.530	6.650.958.956	15.559.065.379
2023	4.198.964.362	41.891.516	11.165.855.099	7.573.066.264	22.979.777.241
Total (%)					
2014	0,0	0,0	100,0	0,0	100,0
2015	0,0	0,0	93,5	6,5	100,0
2016	7,4	1,7	50,1	40,8	100,0
2017	15,7	1,0	42,5	40,8	100,0
2018	9,4	0,2	53,1	37,3	100,0
2019	14,5	0,4	39,5	45,5	100,0
2020	26,5	0,8	44,9	27,8	100,0
2021	18,9	0,0	32,7	48,3	100,0
2022	17,7	0,7	38,9	42,7	100,0
2023	18,3	0,2	48,6	33,0	100,0

Fonte: Siop. Disponível em: <https://www.siop.planejamento.gov.br/modulo/login/index.html#/>.
Acesso em: 23 mar. 2024.

Elaboração da autora.

Nota: ¹ Em 2023, o orçamento federal deixou de apresentar o registro de despesas na variável *resultado primário: RP 9 – emendas de relator*.

² Em valores de 2023.

Obs.: Valores corrigidos para preços de 2023 pelo IPCA médio.

Quanto às modalidades de aplicação dos recursos, a tabela 3 mostra que os parlamentares preferem a transferência aos municípios, que tiveram participação média de 73,6% no total de despesas por emendas no período de 2014 a 2023. Em segundo lugar, observam-se as transferências aos estados e ao Distrito Federal. Na sequência, verificam-se as transferências a instituições privadas sem fins lucrativos (IPSFL), para a maioria dos anos, e depois as aplicações diretas. As aplicações diretas se destacaram em dois anos, a saber, 2017 e 2020. Em 2017, os recursos foram alocados em distintas

TEXTO para DISCUSSÃO

ações orçamentárias, enquanto, em 2020, concentraram-se em uma ação orçamentária relacionada à formação e à educação em saúde.

TABELA 3

Despesas do MS com APS e AES executadas por EPs: modalidades de aplicação (2014-2023)

Ano	Transferências a estados e ao Distrito Federal	Transferências a municípios	Transferências a IPSFL	Outras transferências ¹	Aplicações diretas	Total
R\$ ²						
2014	316.579.155	3.685.535.973	813.022.080	3.866.029	62.378.425	4.881.381.662
2015	276.519.579	1.788.684.942	511.025.574	4.019.125	32.206.702	2.612.455.921
2016	2.679.002.102	6.127.132.265	1.244.145.199	24.499.091	674.657.637	10.749.436.294
2017	2.043.580.928	8.319.243.014	716.056.313	8.988.925	1.540.583.595	12.628.452.775
2018	1.492.865.178	9.579.673.194	497.503.816	7.188.267	112.075.946	11.689.306.400
2019	2.752.810.297	12.550.047.449	432.872.149	4.596.366	114.934.779	15.855.261.040
2020	3.388.720.230	9.000.554.147	559.635.161	27.657.526	2.117.191.472	15.093.758.535
2021	2.199.130.380	15.115.431.114	541.880.715	3.398.383	77.641.322	17.937.481.915
2022	1.887.369.549	13.247.666.784	307.237.400	1.880.196	114.911.450	15.559.065.379
2023	4.035.120.560	18.091.135.651	691.770.460	996.141	160.754.429	22.979.777.241
Total (%)						
2014	6,5	75,5	16,7	0,1	1,3	100,0
2015	10,6	68,5	19,6	0,2	1,2	100,0
2016	24,9	57,0	11,6	0,2	6,3	100,0
2017	16,2	65,9	5,7	0,1	12,2	100,0
2018	12,8	82,0	4,3	0,1	1,0	100,0
2019	17,4	79,2	2,7	0,0	0,7	100,0
2020	22,5	59,6	3,7	0,2	14,0	100,0
2021	12,3	84,3	3,0	0,0	0,4	100,0
2022	12,1	85,1	2,0	0,0	0,7	100,0
2023	17,6	78,7	3,0	0,0	0,7	100,0

Fonte: Siop. Disponível em: [https://www.siop.planejamento.gov.br/modulo/login/index.html#/. Acesso em: 23 mar. 2024.](https://www.siop.planejamento.gov.br/modulo/login/index.html#/)

Elaboração da autora.

Nota: ¹ A variável *outras transferências* constitui a soma das despesas executadas nas modalidades de transferência ao exterior e a instituições multigovernamentais.

² Em valores de 2023.

Obs.: Valores corrigidos para preços de 2023 pelo IPCA médio.

Em relação às áreas de atuação do SUS, observa-se na tabela 4 que a alocação de recursos por EPs se concentra na AES e na APS. As demais áreas de atuação do SUS detiveram a menor parcela dos recursos, com montante maior apenas em 2020 (R\$ 2 bilhões), ano de início da pandemia da covid-19, para financiar ações de formação e educação

em saúde. Em 2023, exercício de maior execução de despesas com ASPS por emendas, houve expressiva destinação de recursos para AES (R\$ 7,2 bilhões a mais que no ano anterior), sem aumento significativo dos recursos para a APS (R\$ 171,8 milhões a mais que em 2022). Nota-se que, nos anos de maior gravidade da pandemia da covid-19 (2020 e 2021), o reforço da AES pelas emendas ocorreu apenas em 2020, com queda expressiva dos recursos alocados à APS naquele ano em relação ao anterior (-36,7%). Em 2020, foi preciso ampliar rapidamente a oferta de leitos gerais e de unidades de terapia intensiva (UTIs), assim como disponibilizar equipamentos, a fim de aumentar a capacidade de atendimento pelo SUS dos casos moderados a graves da doença.

TABELA 4

Despesas do MS com ASPS executadas por EPs: áreas de atuação do SUS (2014-2023)

(Em R\$)¹

Ano	Atenção à saúde			Demais áreas	Total
	AES	APS	APS e AES ²		
2014	1.943.240.729	2.363.597.374	374.893.902	199.649.657	4.881.381.662
2015	1.035.932.111	787.931.997	621.937.182	166.654.631	2.612.455.921
2016	6.528.459.202	1.360.107.084	1.808.493.911	1.052.439.769	10.749.499.966
2017	3.036.227.496	2.755.812.579	5.753.573.031	1.128.885.786	12.674.498.892
2018	1.516.508.268	1.275.341.762	8.751.571.236	145.885.134	11.689.306.400
2019	7.962.240.536	7.703.953.405	0	189.067.100	15.855.261.040
2020	8.337.936.338	4.874.389.943	0	2.048.376.002	15.260.702.283
2021	7.874.231.479	9.980.240.185	0	83.010.251	17.937.481.915
2022	6.211.291.896	9.213.825.425	0	133.948.057	15.559.065.379
2023	13.408.802.276	9.385.591.747	0	185.383.218	22.979.777.241

Fonte: Siop. Disponível em: <https://www.siop.planejamento.gov.br/modulo/login/index.html#/>.

Acesso em: 23 mar. 2024.

Elaboração da autora.

Notas: ¹ Em valores de 2023.

² Despesas alocadas à APS e à AES foram registradas na subfunção 122 – administração geral, sem possibilidade de separação, com base na execução orçamentária, da parcela destinada a cada uma dessas áreas. A respeito do método utilizado para identificar esses gastos por meio de dados de registro administrativo do FNS, ver Vieira (2022).

Obs.: Valores corrigidos para preços de 2023 pelo IPCA médio.

Destacam-se, ainda, na tabela 4, as despesas com APS e AES que foram executadas sem possibilidade de discriminação entre as duas áreas a partir dos dados públicos de execução orçamentária. Essas despesas estão relacionadas às alocações de recursos por emendas para incremento do Piso da Atenção Básica (PAB) e do teto de média e alta complexidade, as quais foram registradas na subfunção 122 – administração geral.

TEXTO para DISCUSSÃO

Esse fato já havia sido apontado anteriormente por Piola e Vieira (2019), Benevides (2021) e Vieira (2022).

Dada essa limitação, apresentam-se, na tabela 5, as despesas com AES e APS apenas para o período de 2019 a 2023, por grupos de natureza de despesa. Verifica-se que a maior parcela das despesas é destinada ao custeio de ações e serviços em todos os anos dessa série. Em 2023, o gasto somado por emendas em AES e APS foi de R\$ 22,8 bilhões, sendo 89,8% (R\$ 20,5 bilhões) para custeio e 10,2% (R\$ 2,3 bilhões) para investimentos na rede de serviços. Do total das despesas de custeio por emendas com essas duas áreas, na média, a participação foi de aproximadamente 50% para cada área no período, entretanto houve variação importante em alguns anos. Por exemplo, a AES ficou com a maior parcela dos recursos de custeio em 2020 (59,9%) e 2023 (58,0%), enquanto a APS obteve maior participação em 2021 (58,9%) e 2022 (61,4%). Quanto às despesas de capital, a maior parte foi destinada à AES em todos os anos (65,1% em média).

TABELA 5

Despesas do MS com AES e APS executadas por EPs: grupos de natureza da despesa (2019-2023)

Ano	Despesas de custeio ¹			Despesas de capital ²		
	AES	APS	Total	AES	APS	Total
R\$ ³						
2019	6.715.993.844	7.064.704.808	13.780.698.652	1.246.246.692	639.248.597	1.885.495.289
2020	6.260.999.641	4.194.019.726	10.455.019.368	2.076.936.697	680.370.217	2.757.306.914
2021	6.325.409.637	9.057.366.171	15.382.775.808	1.548.821.843	922.874.014	2.471.695.856
2022	5.386.130.819	8.560.485.917	13.946.616.736	825.161.078	653.339.509	1.478.500.586
2023	11.880.304.803	8.590.098.651	20.470.403.454	1.528.497.473	795.493.096	2.323.990.569
Total do grupo de despesa (%)						
2019	48,7	51,3	100,0	66,1	33,9	100,0
2020	59,9	40,1	100,0	75,3	24,7	100,0
2021	41,1	58,9	100,0	62,7	37,3	100,0
2022	38,6	61,4	100,0	55,8	44,2	100,0
2023	58,0	42,0	100,0	65,8	34,2	100,0

Fonte: Siop. Disponível em: [https://www.siop.planejamento.gov.br/modulo/login/index.html#/.](https://www.siop.planejamento.gov.br/modulo/login/index.html#/) Acesso em: 23 mar. 2024.

Elaboração da autora.

Notas: ¹ As despesas de custeio nesta tabela são as registradas no grupo “outras despesas correntes”.

² As despesas de capital nesta tabela são as registradas no grupo “investimentos”.

³ Em valores de 2023.

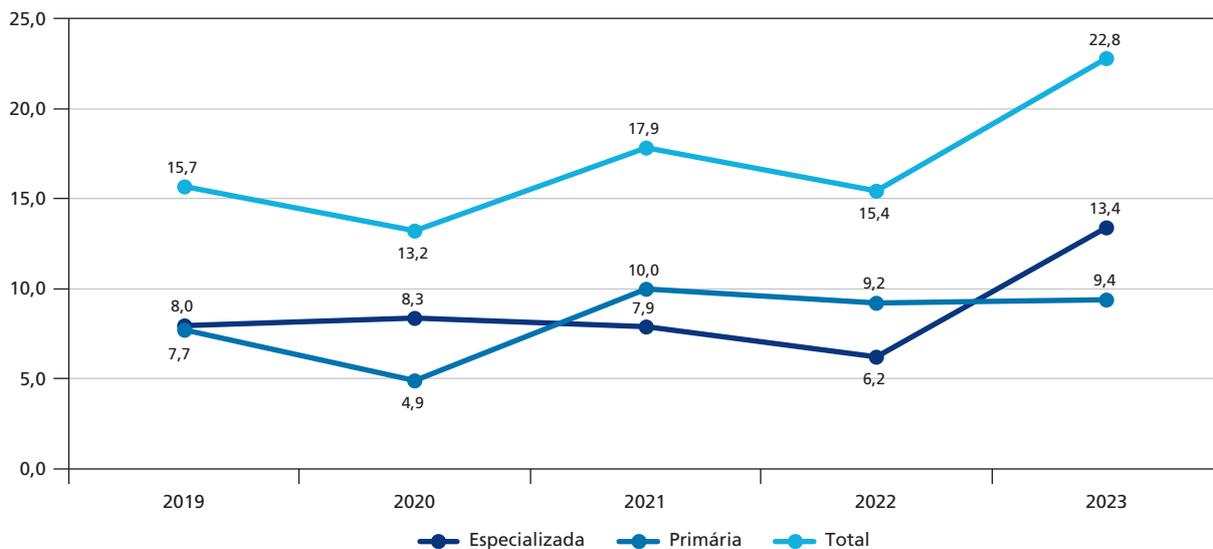
Obs.: Valores corrigidos para preços de 2023 pelo IPCA médio.

A evolução da alocação por emendas à AES e à APS, nos últimos cinco anos, fica mais evidente no gráfico 1, que mostra o salto do gasto em AES entre 2022 e 2023, bem como o gasto em APS, com variação menos expressiva desde 2021. Entre 2019 e 2023, as despesas com APS por emendas cresceram 21,8%, passando de R\$ 7,7 bilhões para R\$ 9,4 bilhões. No mesmo período, as despesas com AES aumentaram 68,4%, variando de R\$ 8,0 bilhões para R\$ 13,4 bilhões. Quando se considera 2023 em relação a 2022, observa-se crescimento menor dos gastos em APS (de R\$ 9,2 bilhões para R\$ 9,4 bilhões, o que corresponde a 1,9%) e maior em AES (de R\$ 6,2 bilhões para R\$ 13,4 bilhões, o que representa 115,9%).

GRÁFICO 1

Despesas do MS de custeio e capital com AES e APS executadas por EPs (2019-2023)

(Em R\$ 1 bilhão)¹



Fonte: Siop. Disponível em: [https://www.siop.planejamento.gov.br/modulo/login/index.html#/.](https://www.siop.planejamento.gov.br/modulo/login/index.html#/)

Acesso em: 23 mar. 2024.

Elaboração da autora.

Nota ¹ Valores de 2023.

Obs.: 1. Valores corrigidos para preços de 2023 pelo IPCA médio.

2. As despesas de custeio são as registradas no grupo de despesa "outras despesas correntes", e as despesas de capital são as registradas no grupo "investimentos".

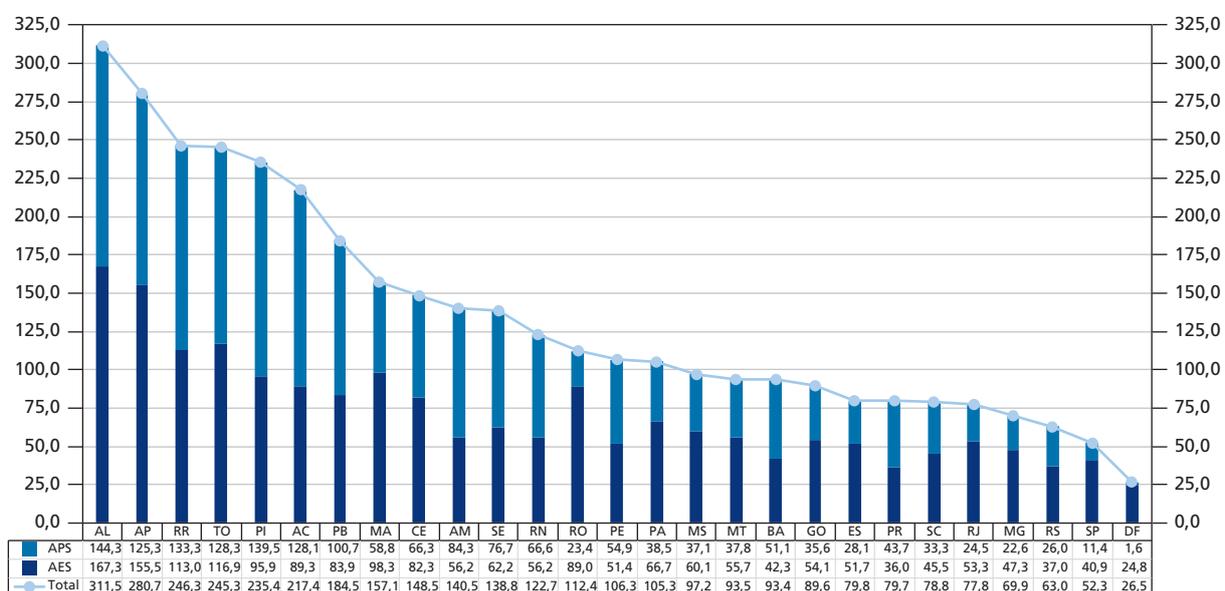
Quanto à alocação de recursos por emendas para custeio da AES e da APS em 2023, considerando-se as UFs, verifica-se que as UFs do Norte e do Nordeste receberam montantes maiores de recurso por habitante do que as UFs das demais regiões, com grande desigualdade no montante destinado (gráfico 2). O valor *per capita* total

TEXTO para DISCUSSÃO

recebido pelo Distrito Federal (R\$ 26,49) foi 11,8 vezes menor que o recebido por Alagoas (R\$ 311,54). Ademais, entre as 27 UFs, dezesseis receberam valor inferior à média do montante alocado por pessoa para as duas áreas, que foi de R\$ 135,35.

GRÁFICO 2

Despesa do MS por habitante, para custeio da AES e da APS, executada por EPs: segundo UFs¹ (2023)
(Em R\$ *per capita*)



Fonte: Siop. Disponível em: <https://www.siop.planejamento.gov.br/modulo/login/index.html#/>.
Acesso em: 23 mar. 2024.

Elaboração da autora.

Nota: ¹ No cálculo da despesa *per capita* por UFs, consideraram-se os valores destinados ao estado e ao conjunto de seus municípios.

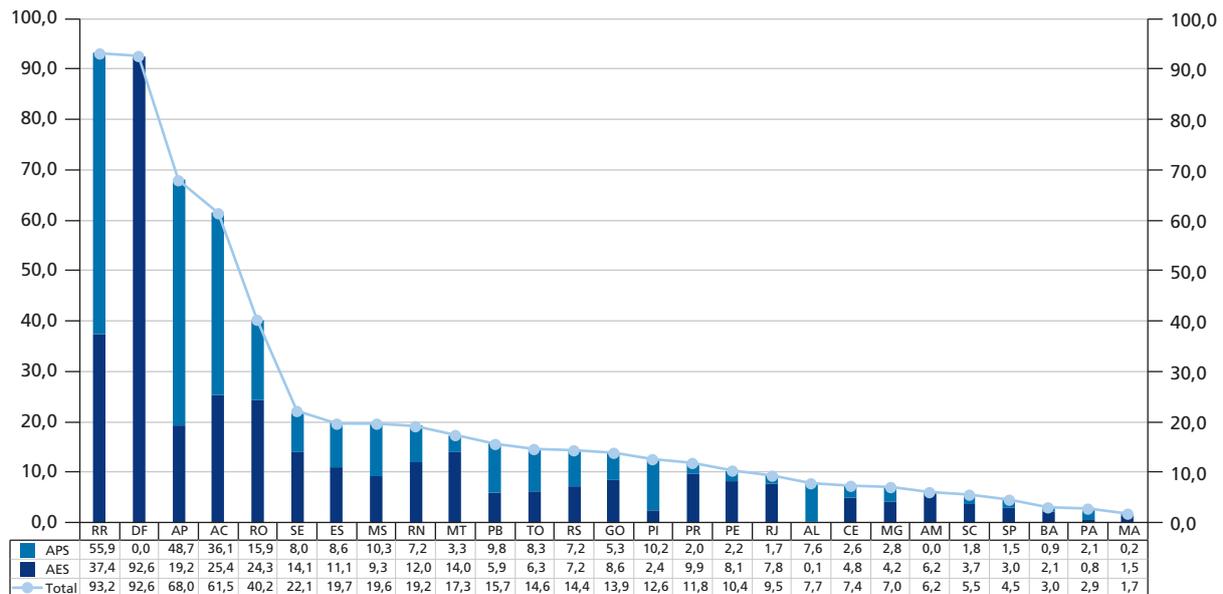
Obs.: Valores corrigidos para preços de 2023 pelo IPCA médio.

A desigualdade na alocação de recursos às UFs, para investimentos em APS e AES, foi mais acentuada que a destinação para o custeio dessas áreas (gráfico 3). Nesse caso, entre as 27 UFs, 22 receberam recursos em valor menor ao da média do total das duas áreas (R\$ 22,31). A diferença entre o maior valor de Roraima (R\$ 93,21) e o menor valor do Maranhão (R\$ 1,73) foi de 54 vezes. Novamente os repasses por pessoa mais elevados se concentraram em UFs das regiões Norte e Nordeste. No gráfico 3, destaca-se que mesmo as UFs com reconhecido déficit de oferta de serviços especializados – e que obtiveram maiores valores por EPs – tiveram montante maior destinado à APS do que à AES, por exemplo, Roraima, Amapá e Acre.

GRÁFICO 3

Despesa do MS por habitante, para investimento na AES e na APS, executada por EPs: UFs¹ (2023)

(Em R\$ *per capita*)



Fonte: Siop. Disponível em: [https://www.siop.planejamento.gov.br/modulo/login/index.html#/.](https://www.siop.planejamento.gov.br/modulo/login/index.html#/)

Acesso em: 23 mar. 2024.

Elaboração da autora.

Nota: ¹ No cálculo da despesa *per capita* por UFs, consideraram-se os valores destinados ao estado e ao conjunto de seus municípios.

Obs.: Valores corrigidos para preços de 2023 pelo IPCA médio.

A seguir, a figura 1 apresenta o repasse federal para municípios por habitante, para financiamento da AES e da APS em 2023, segundo as macrorregiões de saúde, com e sem o incremento de recursos por EPs. Observa-se que, com as emendas, o padrão de cor dos dois mapas relativos à APS se altera, deixando mais escuras as macrorregiões de saúde, especialmente as do Norte e do Nordeste, o que significa que o valor por habitante recebido se tornou maior nessas macrorregiões. Por um lado, do total de 116 macrorregiões de saúde, 57 (49%) mudaram a categoria de valor *per capita* recebido após o incremento temporário ao custeio da APS por EPs. Por outro lado, 59 macrorregiões (51%) não tiveram incremento em montante suficiente para fazê-las mudar de categoria de repasse. Várias dessas macrorregiões também se localizam no Norte e no Nordeste.

TEXTO para DISCUSSÃO

Ainda na figura 1, observa-se o padrão do repasse para financiamento da AES, com e sem incremento por emendas, por macrorregião de saúde. Nesse caso, um número menor de macrorregiões muda de categoria com o incremento temporário do custeio dos serviços da AES: trinta macrorregiões (26%). Já 86 macrorregiões (74%) não receberam recursos em montante que as fizesse mudar para a categoria de repasse superior àquela em que se encontravam antes do incremento. Ou seja, os montantes mais elevados estão mais concentrados em algumas macrorregiões de saúde.

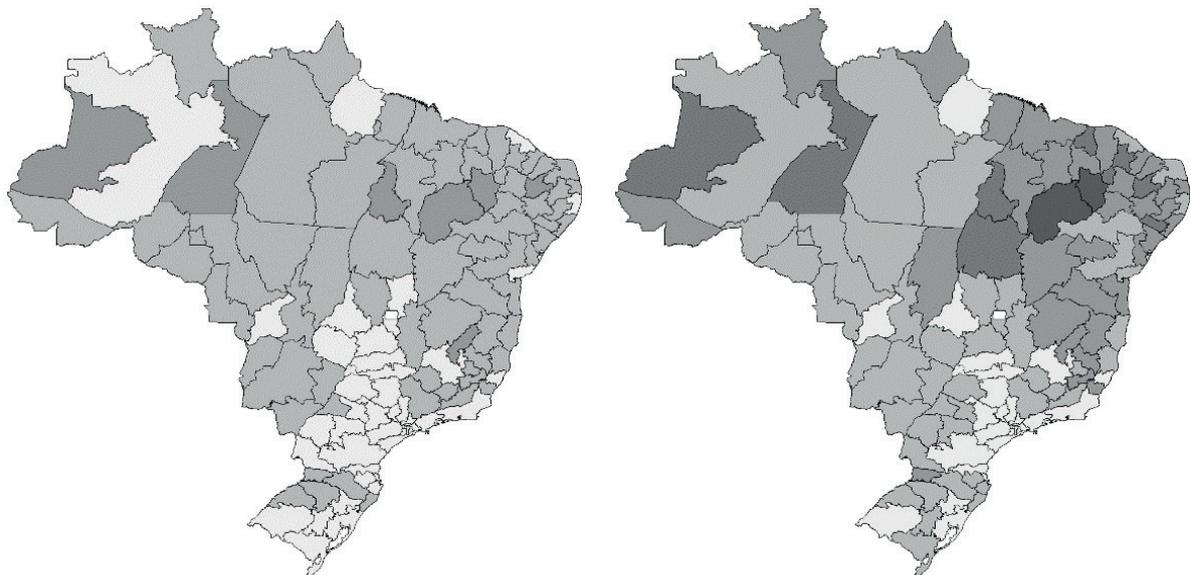
FIGURA 1

Repasse federal aos municípios por habitante para financiamento da APS e da AES: macrorregiões de saúde, sem e com incremento por EPs (2023)

(Em R\$ *per capita*)

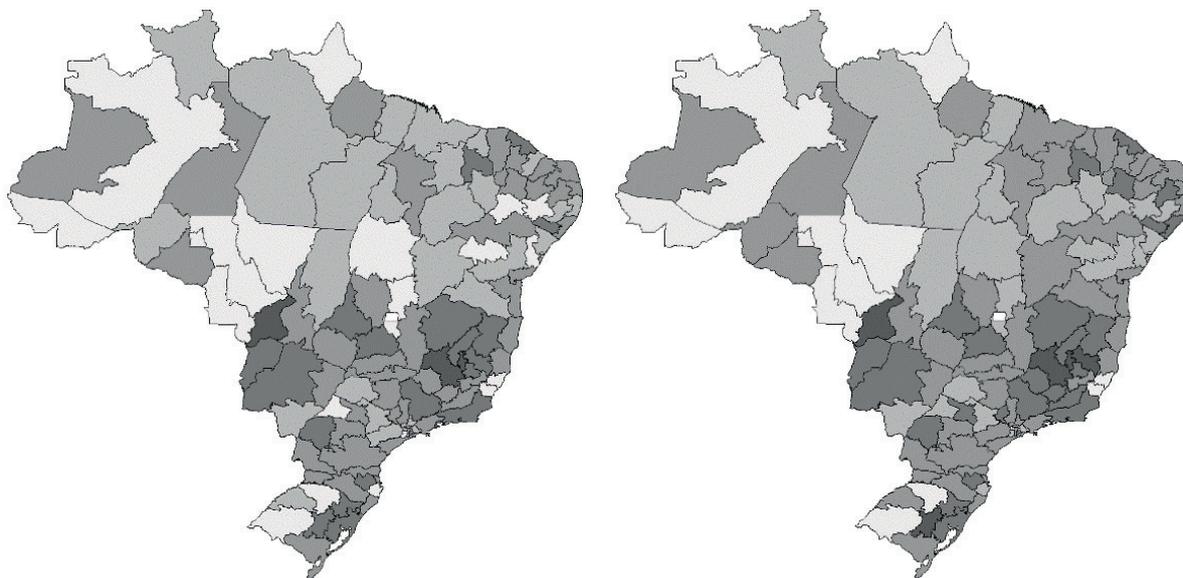
1A – APS: sem incremento por emenda

1B – APS: com incremento por emenda



1C – AES: sem incremento por emenda

1D – AES: com incremento por emenda



Fonte: FNS. Disponível em: <https://portalfns.saude.gov.br/downloads/>. Acesso em: 23 mar. 2024.
Elaboração da autora.

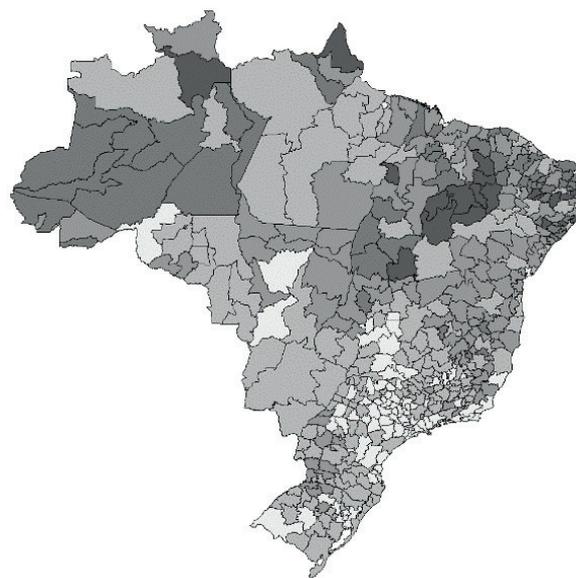
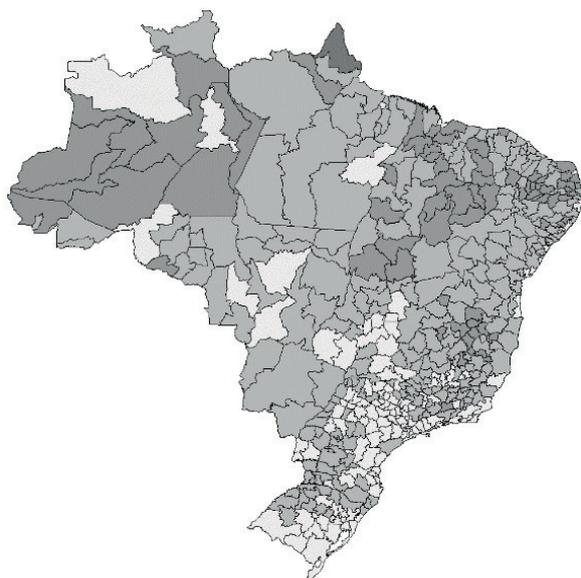
Obs.: Na alocação por emenda parlamentar, foram considerados os recursos repassados para o *incremento temporário ao custeio dos serviços de APS* e o *incremento temporário ao custeio dos serviços de assistência hospitalar e ambulatorial*.

Essa mesma análise é feita por regiões de saúde, e o padrão de destinação de recursos aos municípios após o incremento por emendas mostra alocação de valores maiores no Norte e no Nordeste, especialmente para financiamento da APS (figura 2). Do total de 450 regiões de saúde, 229 (51%) não receberam aportes para a APS que as fizessem alterar a categoria de repasse, conforme mostra a figura 2, enquanto 221 (49%) mudaram de categoria. No caso dos repasses para a AES, com o incremento por emendas, 136 regiões de saúde mudaram de categoria (30%) e 314 (70%) não receberam recursos em montante que alterasse sua categoria de acordo com as apresentadas nos mapas. Isso mostra que as transferências a municípios para a APS e a AES, na análise por região de saúde, concentraram aportes maiores de recursos em uma parte delas.

FIGURA 2**Repasso federal aos municípios por habitante, para financiamento da APS e da AES: regiões de saúde, sem e com incremento por EPs (2023)***(Em R\$ per capita)*

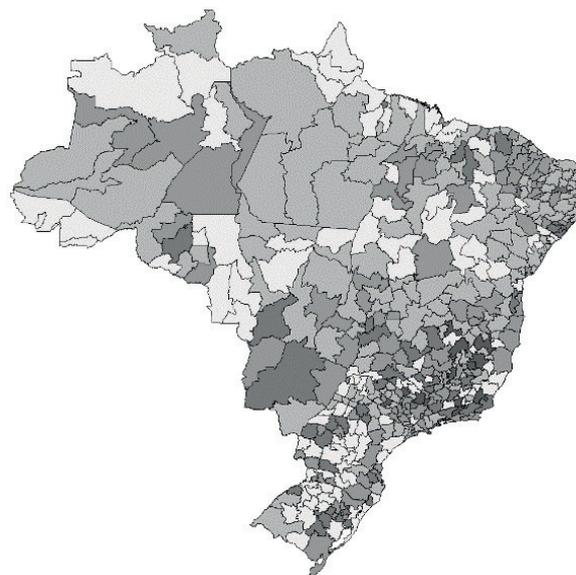
2A – APS: sem incremento por emenda

2B – APS: com incremento por emenda



2C – AES: sem incremento por emenda

2D – AES: com incremento por emenda



Fonte: FNS. Disponível em: <https://portalfns.saude.gov.br/downloads/>. Acesso em: 23 mar. 2024.
Elaboração da autora.

Obs.: Na alocação por emenda parlamentar, foram considerados os recursos repassados para o *incremento temporário ao custeio dos serviços de APS* e o *incremento temporário ao custeio dos serviços de assistência hospitalar e ambulatorial*.

Em síntese, foi desigual em 2023 a alocação de recursos aos municípios por EPs, para financiamento da APS e da AES, considerando-se os recortes regionais do SUS, como mostrado nas figuras 1 e 2. No caso da APS, essa destinação promoveu concentração de maiores valores por habitante nas macrorregiões e nas regiões de saúde do Norte e do Nordeste. No caso da AES, essas regiões também foram beneficiadas, mas com maiores valores por habitante concentrados em número menor de macrorregiões e regiões de saúde.

4 DISCUSSÃO

A destinação de recursos federais ao financiamento de políticas públicas por EPs vem ganhando destaque na última década por causa de diversas questões, por exemplo, em razão dos elevados montantes de recursos que passaram a ser alocados por essa via, reduzindo a parcela da despesa discricionária sob a programação do Executivo, e em virtude das consequências dessa destinação à implementação de políticas nacionais, como é o caso da política de saúde.

Como se constata neste texto, mais da metade das despesas discricionárias do MS com ASPs tiveram destinação definida pelo Congresso Nacional. Devido ao aumento da participação das emendas nas despesas com ASPs do MS e à redução do poder desse órgão para definir a alocação de recursos ao financiamento de despesas discricionárias, amplia-se a preocupação sobre os efeitos desse processo na organização do SUS, no funcionamento desse sistema e na promoção do direito universal e igualitário de acesso a bens e serviços de saúde em uma Federação complexa como a brasileira, por seu tamanho¹¹ e pelas grandes desigualdades de capacidade fiscal e socioeconômicas da população entre regiões, estados e municípios. Dado esse contexto, os estudos sobre os efeitos da descentralização em sistemas de saúde ajudam na reflexão sobre as implicações da ampliação dos repasses federais por EPs.

Na literatura sobre federalismo e serviços públicos, a descentralização surge como um processo que envolve a transferência de responsabilidades políticas, administrativas e financeiras do governo central para governos subnacionais dentro de um país. Considerando-se a dimensão que mais interessa aos assuntos tratados neste texto, destaca-se a descentralização financeira ou econômica, que abrange dois tipos de políticas – o federalismo fiscal e a descentralização fiscal. No âmbito dos sistemas de saúde, o federalismo fiscal implica a transferência da autoridade de gastos de um

11. O Brasil é o único país federativo do mundo composto por 5.596 entes autônomos política e administrativamente: são 5.568 municípios, 26 estados, o Distrito Federal e a União.

orçamento de saúde centralizado para os governos locais, ou seja, o governo central arrecada recursos financeiros para a saúde por meio de algum tipo de tributação e os distribui, usando fórmulas de alocação, para os níveis locais, que decidem como esses recursos serão aplicados. No caso da descentralização fiscal, as responsabilidades de arrecadação e de decisão sobre a aplicação dos recursos são transferidas do nível nacional para o local (Rotulo, Epstein e Kondilis, 2020).

Sobre os impactos da descentralização fiscal no campo da saúde, há evidências de que ela ocasiona maior fragmentação e iniquidade no sistema de saúde, com ampliação das disparidades entre as regiões e diferenciação nos níveis de disponibilidade, utilização e acesso aos serviços de saúde entre os grupos populacionais mais ricos e mais pobres. Na Itália, por exemplo, a descentralização fiscal teve efeito negativo no acesso da população a esses serviços, reduzindo sua utilização e acessibilidade. Além disso, aumentou a mobilidade inter-regional para cuidados hospitalares agudos e se associou à baixa provisão de serviços públicos e a necessidades hospitalares não atendidas em áreas mais vulneráveis socioeconomicamente (Rotulo, Paraskevopoulou e Kondilis, 2022).

No caso brasileiro, a opção pela descentralização fiscal no SUS não foi feita pelo governo federal (central), mas estabelecida no art. 198 da CF/1988, a qual definiu que ASPS devem ser financiadas por recursos arrecadados e alocados pelos entes da Federação nas três esferas de governo (Brasil, 1988). Assim, de acordo com as competências de cada esfera de governo em matéria tributária, cada ente arrecada os chamados recursos próprios e decide sobre a destinação desses recursos que financiam o SUS, conforme regras de aplicação mínima, igualmente definidas constitucionalmente.

Como a saúde também é matéria de competência da União – a qual deve observar a regra de gasto mínimo nessa área assim como os estados, o Distrito Federal e os municípios –, recursos próprios federais são aplicados diretamente e repassados aos entes subnacionais para financiamento de ASPS. Essas transferências não caracterizam um caso de federalismo fiscal, conforme conceito apresentado anteriormente, porque a decisão sobre a finalidade de sua aplicação é tomada, em grande parte, pelo governo federal, ainda que isso envolva, na maioria dos casos, pactuações entre os representantes dos gestores da saúde na Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

Embora, em alguns momentos da trajetória do financiamento do SUS, tenha ocorrido um movimento mais intenso em favor da implementação do federalismo fiscal, especialmente por parte dos municípios, a exemplo da defesa do repasse global de recursos federais totalmente desvinculados de áreas de aplicação em 2017, essa política não angariou apoio suficiente para ser implementada (Jaccoud e Vieira, 2018).

Ainda que o governo federal tenha flexibilizado a aplicação dos recursos financeiros transferidos durante o exercício, o ente receptor deve comprovar a sua aplicação na área finalística atrelada ao repasse feito pelo MS (Brasil, 2017).

Na prática, o MS vem mantendo um poder considerável de indução de políticas por meio da realização de transferências condicionadas de recursos, que são importantes instrumentos de coordenação federativa do SUS, visando ao alcance de objetivos e prioridades definidas nacionalmente (Arretche, 2002; Paiva, Gonzalez e Leandro, 2017; Piola, 2022). Essa dinâmica do contexto brasileiro, na visão de Soares e Machado (2018), caracterizada por algum grau de centralização de recursos administrativos e fiscais na União, é importante para a implementação de políticas sociais universais e equitativas, como é o caso da política de saúde. Dessa forma, a alocação de recursos pelo governo federal ao financiamento de determinados programas e serviços de saúde tem o potencial de reduzir desigualdades regionais desse setor no Brasil, o que decorre de capacidades fiscais muito diferentes dos entes subnacionais.

Isso é particularmente importante em áreas de políticas que envolvem a garantia de direitos fundamentais, os quais precisam ser assegurados em todo o território nacional. A esse respeito, o inciso II do §3º do art. 198 da CF/1988 estabelece que os critérios de rateio dos recursos federais para financiamento de ASPS têm por objetivo reduzir progressivamente as disparidades regionais. Como a igualdade e a universalidade são princípios do acesso aos bens e aos serviços de saúde, conclui-se que a intenção dos parlamentares constituintes foi a de que a alocação de recursos federais exercesse papel central na redução das desigualdades regionais, com a finalidade de promovê-los no país inteiro (Brasil, 1988). Ademais, essa alocação pode induzir a adesão dos entes subnacionais à implementação de políticas prioritárias e à organização de redes regionalizadas de atenção à saúde (Piola, 2022).

Mesmo que as desigualdades no financiamento de ASPS ainda sejam grandes entre as regiões e os estados, decorrentes – em grande parte – de um subfinanciamento crônico do sistema, os repasses federais de recursos vinham contribuindo, mesmo que em baixa escala, para diminuir essa realidade (Carvalho, 2021; Sá *et al.*, 2023) e são especialmente relevantes para os municípios das regiões Norte, Nordeste e para os de porte populacional entre 20 mil e 100 mil habitantes. Isso ocorre por causa da menor capacidade de arrecadação de receitas, que são a base do financiamento de ASPS nessa esfera de governo, como o Imposto sobre a Propriedade Predial e Territorial Urbana (IPTU) e o Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza – ISS (Lima, 2008).

Em síntese, embora o Brasil adote as políticas de descentralização fiscal e de federalismo fiscal, de forma geral, no SUS o federalismo fiscal não foi instituído, dado

que os repasses federais para financiamento de ASPS têm áreas de aplicação definidas pelo gestor federal, ainda que isso envolva negociações e pactuações com representantes dos entes subnacionais. Ou seja, as receitas arrecadadas pelo governo federal, alocadas ao orçamento do MS, que são posteriormente transferidas aos governos estaduais, municipais e distrital, no âmbito do SUS, não são de livre aplicação por esses entes subnacionais. Além de destinadas à aplicação em ASPS, estão vinculadas ao financiamento de áreas específicas de atuação desse sistema, como atenção primária à saúde e vigilância epidemiológica. Ademais, essas transferências condicionadas de recursos federais feitas pelo MS às secretarias estaduais e municipais de saúde são instrumentos importantes que podem mitigar os efeitos negativos da descentralização fiscal na disponibilidade e no acesso da população aos serviços de saúde. Contudo, essa capacidade, atualmente insuficiente pelo subfinanciamento federal do SUS, pode estar sendo reduzida devido ao aumento dos repasses por EPs, que podem, até mesmo, contribuir para a ampliação das desigualdades na saúde.

Como visto neste texto, houve um aumento da execução de despesas em ASPS do MS após a instituição da impositividade para emendas individuais e de bancada, mas não somente para esses tipos. Também cresceram as despesas por emendas de relator, que foram executadas em montante elevado, mesmo em 2023, após o STF decidir que deveriam ser utilizadas apenas para corrigir erros e omissões no orçamento (STF..., 2022). Esse fato sinaliza mudanças nas relações entre o Poder Executivo e o Poder Legislativo na última década, com repercussões sobre o orçamento federal, coincidindo com o período da crise política que culminou com o *impeachment* da presidente Dilma Rousseff, em 2016, e da crise econômica e fiscal recente – de 2014 a 2016 (Sá *et al.*, 2019).

Se, antes de 2014, as emendas parlamentares individuais ao orçamento federal do SUS eram programáticas e com execução orçamentária baixa, havendo grande poder decisório do Executivo sobre o empenho e o pagamento das despesas (Baptista *et al.*, 2011), a execução das despesas aumentou rapidamente após a introdução do orçamento impositivo. Todavia, o grande indicador da alteração da relação entre esses Poderes é o aumento da execução de emendas de relator, que não são de execução obrigatória (Piola e Vieira, 2019). Não é objetivo deste texto aprofundar a discussão sobre essa questão, mas apenas evidenciar essa mudança no regime de governança orçamentária no Brasil, em anos recentes, com o fortalecimento do Poder Legislativo como definidor de prioridades no financiamento de políticas públicas (Couto e Cardoso Junior, 2024), o que pode gerar impactos mais negativos que positivos na oferta e no acesso a serviços públicos no país.

Na saúde, área que vem recebendo grande aporte de recursos por emendas individuais¹² e por emendas de relator, preocupam os efeitos sobre o SUS e o acesso da população aos serviços de saúde devido ao subfinanciamento crônico desse sistema e ao arranjo complexo de regionalização da oferta desses serviços para garantia da integralidade do atendimento. Como mostra este texto, há uma preferência dos parlamentares pela alocação de recursos aos municípios e para financiamento da AES e da APS. Do total de recursos alocados a essas áreas, mais de 86,7% em média, no período de 2019 a 2023, foram destinados ao financiamento de despesas de custeio.

Essa preferência pelos municípios pode ser explicada a partir dos vínculos políticos que se estabelecem entre deputados federais com prefeitos. De acordo com Baião, Couto e Oliveira (2019), são esses vínculos que dirigem a alocação de recursos por emendas na área da saúde, sendo muito menos importante a necessidade de maior aporte de recursos aos municípios em função de seus piores indicadores de saúde, entre outros indicadores sociais. Dessa forma, as emendas estariam sendo utilizadas mais para fins eleitoreiros do que como mecanismo para a equalização das diferentes capacidades de financiamento dessa área, a fim de promover maior bem-estar da população no nível local (Carnut *et al.*, 2021).

A desigualdade dos valores repassados por habitante para os municípios tem sido grande. Os parlamentares têm priorizado repasses em grandes volumes para municípios de menor porte populacional. Os repasses *per capita* têm sido proporcionalmente inversos ao tamanho da população desses municípios (Piola e Vieira, 2019; Ulinski *et al.*, 2024). Essa escolha na alocação dos recursos contribuiu para aumentar a desigualdade na distribuição dos recursos federais para a APS, havendo grandes incertezas se esses repasses beneficiaram os municípios com maiores necessidades, em virtude das necessidades de saúde da população (Vieira e Lima, 2022; Sá *et al.*, 2023).

Outra questão é a de que o mecanismo de repasse de recursos fundo a fundo para custeio da APS e da AES tornaram essas áreas muito atrativas para os parlamentares, pois os entes beneficiados não precisam apresentar um projeto específico para solicitar os recursos, diferentemente dos projetos que devem ser apresentados para as despesas de capital, o que envolve construção e ampliação de unidades de saúde (Brasil, 2023a). Após o cadastramento das propostas de custeio por emendas no sistema do FNS e a análise dessas propostas pelo MS – em relação aos limites financeiros estabelecidos

12. Pelo menos metade do valor de emendas impositivas individuais deve ser destinado às despesas com ASPs. Foi de 0,6% da RCL entre 2014 e 2022. A partir de 2023, passou a ser de 1% da RCL.

pelo próprio órgão para o repasse de recursos por essa via aos entes da Federação –,¹³ os valores são empenhados, liquidados e pagos. Isto é, os repasses se efetivam rapidamente por meio de transferência fundo a fundo, do FNS para os fundos estaduais e municipais de saúde.¹⁴

A regulamentação desse mecanismo pelo MS se deu no contexto da instituição da impositividade de execução das emendas individuais, ainda em 2014, por força da LDO. Com a consolidação dessa impositividade em 2015 pela EC nº 86 e a ampliação do orçamento impositivo para as emendas de bancada em 2016 pela LDO, bem como, logo depois, em 2019, pela EC nº 100, esse mecanismo se firma como o principal meio para repasse de recursos por emendas aos entes subnacionais, e as alocações para custeio de serviços suplantam as destinações para investimentos no SUS (Brasil, 2015; 2019; Piola e Vieira, 2024). Contribuiu também para esse desfecho a aprovação do teto de gastos, pois, em uma situação de grande restrição ao crescimento do orçamento do MS, não se poderiam realizar grandes investimentos na rede, tendo em vista que isso demandaria maior aporte de recursos para custeio dos serviços na sequência.

Quanto à grande parcela de recursos para custeio, as EPs podem gerar maiores dificuldades para o planejamento dos entes beneficiados. Como o custeio de serviços demanda previsibilidade, a inconstância do recebimento de repasses federais por essa via, assim como do montante recebido, pode criar dificuldades na programação da oferta desses serviços, especialmente pelos municípios (Baptista *et al.*, 2012; Piola e Vieira, 2024; Silva *et al.*, 2024).

13. Em 2023, por exemplo, o limite para incremento temporário do Piso da Atenção Primária em Saúde (PAP), por município e Distrito Federal, foi de até 100% do valor total do somatório dos incentivos financeiros repassados aos municípios e ao Distrito Federal, em 2022, no âmbito do PAP. No caso do incremento temporário ao custeio da atenção especializada, a regra do limite para repasse, em geral, está atrelada ao percentual de até 100% da produção ambulatorial e hospitalar – seja por unidades públicas, seja por estabelecimentos privados sem fins lucrativos – cadastrada no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e no Sistema de Informações Hospitalares (SIH) em 2019 (Brasil, 2023a). O ano de 2019 foi utilizado como referência, nesse caso, devido ao impacto da pandemia da covid-19 sobre a produção de serviços no SUS (2020-2022).

14. A facilidade que essa modalidade de repasse de recursos representa para os parlamentares, além de estimular maior alocação de recursos para a saúde, também parece ter inspirado a aprovação das emendas individuais, por transferências especiais (as chamadas emendas Pix), mediante a EC nº 105/2019. As transferências especiais não demandam apresentação de projeto específico pelos entes beneficiados, e os recursos são transferidos para uso pelo ente receptor em qualquer área de política pública de sua competência (Chaves, 2020). Esse tipo de transferência não é empregado na saúde, em que se utilizam transferências com finalidade definida por emendas individuais, pois há vinculação de pelo menos 1% da RCL para financiamento das ASPs, e os valores são computados na aplicação mínima em saúde.

Em relação à organização do SUS, um aspecto relevante a ser considerado é o de que – embora a disponibilidade dos serviços seja uma atribuição predominantemente municipal no arranjo de gestão compartilhada do sistema, seja por provisão direta, seja contratada do setor privado sem fins lucrativos –, no desenho regional desse sistema, os municípios estão organizados em regiões e macrorregiões de saúde, a partir das quais são constituídas as redes de atenção à saúde (RAS) para a garantia da integralidade do atendimento.¹⁵ A APS deve estar disponível em todos os municípios, mas a AES está presente apenas nos municípios com capacidade de oferta de serviços especializados, em média e alta complexidade em saúde – ambulatorial e hospitalar. Dessa maneira, é na macrorregião de saúde que se busca assegurar a integralidade do cuidado (Brasil, 2021),¹⁶ a partir de um planejamento regional integrado, que demanda cooperação e coordenação dos municípios e do estado para programar a oferta de serviços e estabelecer as RAS.

Nesse processo, definem-se as referências, ou seja, os estabelecimentos de saúde que prestarão atendimento especializado, o que envolve uma relação município-município ou município-estado, a depender da esfera de gestão do estabelecimento de saúde.

Em linhas gerais, ocorre o seguinte: municípios sem oferta de determinado serviço especializado referenciam os usuários que necessitam desse serviço aos estabelecimentos de saúde de outros municípios ou do estado. Após o atendimento, esses usuários retornam ao município de origem para acompanhamento na unidade de atenção primária que fez o encaminhamento. Assim, organizando várias RAS, de forma regionalizada e hierarquizada, a partir de macrorregiões de saúde, constitui-se o SUS.

Entretanto, nem todas as macrorregiões são autossuficientes. Por exemplo, no Norte, no Nordeste e no Centro-Oeste, a interdependência entre as macrorregiões de saúde ainda é grande. Nessas regiões geográficas, há concentração de serviços de alta complexidade ambulatorial e hospitalar nas macrorregiões que incluem as capitais dos estados, fazendo com que outras macrorregiões dependam dessa macrorregião que engloba a capital para atender à população com alguns serviços especializados (Guerra *et al.*, 2023).

15. RAS são um “conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde” (Brasil, 2011).

16. O inciso II do art. 5º da Resolução CIT nº 1, de 30 de março de 2021, estabelece o seguinte: “(...) a RAS deve ser definida a partir das regiões de saúde e para garantir a resolubilidade da atenção à saúde deve ser organizada em macrorregião de saúde, com base em parâmetros espaciais e temporais que permitam assegurar que as estruturas estejam bem distribuídas territorialmente, garantindo o tempo/resposta necessário ao atendimento, melhor proporção de estrutura/população/território e viabilidade operacional sustentável” (Brasil, 2021, art. 5º, inciso II).

Essa situação resulta dos chamados vazios assistenciais,¹⁷ que existem em determinadas regiões e macrorregiões de saúde e que consistem na falta ou na insuficiência de profissionais e de serviços de saúde para atendimento da população no território correspondente. Com isso, as pessoas ou ficam em uma situação de não atendimento de suas necessidades de saúde ou precisam percorrer longas distâncias para ter acesso ao cuidado de que necessitam. Para ilustrar, um estudo que considerou dados de 2015 e 2016 constatou ausência de oferta de assistência ambulatorial e hospitalar de alta complexidade em 8,9% e 20,1% das regiões de saúde, respectivamente (Lima *et al.*, 2019). Em 2016, 40% das regiões de saúde onde viviam 45,9 milhões de pessoas foram classificadas como de baixo desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta e complexidade dos serviços disponibilizados à população (Albuquerque *et al.*, 2017).

A existência desses vazios torna ainda mais relevante a alocação dos recursos federais, visando garantir a oferta dos serviços inexistentes ou insuficientes, para reduzir as desigualdades regionais de acesso no Brasil. A garantia do acesso da população a esses serviços depende da otimização e da melhoria da distribuição no nível regional, de modo a evitar que os indivíduos tenham de percorrer grandes distâncias para obter cuidados especializados de saúde (Servo, Andrade e Amaral, 2022).

Para atingir esse objetivo, tão importantes quanto o montante destinado ao financiamento do SUS são os critérios previstos na Lei nº 8.080/1990 e na Lei Complementar (LC) nº 141/2012 (Brasil, 1990; 2012) para rateio dos recursos federais que serão transferidos a estados e municípios. Mesmo que a operacionalização, a um só tempo, de todos os critérios elencados nessas leis seja muito difícil (Piola, 2017; 2022), é inegável a importância da consideração da maior parte deles na divisão desses recursos. Entre os critérios a serem considerados, encontram-se: as necessidades de saúde da população; as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica, espacial e de capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde; as características quantitativas e qualitativas da rede de saúde; o desempenho técnico, econômico e financeiro do ente no período anterior; e os níveis de participação do setor da saúde nos orçamentos estaduais e municipais (Brasil, 1990; 2012).

Ainda que o MS não tenha cumprido o mandamento previsto na referida LC nº 141/2012, referente à publicização dos métodos de cálculo e dos montantes alocados anualmente aos entes subnacionais, o órgão faz uso dos critérios mencionados para a definição dos repasses. A questão é que poderia ter aproveitado a janela da ampliação

17. O vazio assistencial refere-se à ausência de oferta de serviços de saúde em determinado espaço geográfico onde, em princípio, com base no desenho organizacional e na programação do SUS, esses serviços deveriam ser oferecidos à população.

dos recursos federais em 2023 para implementar um método, manejando tais critérios, que conferisse maior equidade na destinação de recursos, de forma a evitar ao mesmo tempo a ocorrência de redução do valor recebido por alguns entes, o que vinha inviabilizando a pactuação na CIT – de qualquer metodologia nesse sentido – desde 2012 (Piola e Vieira, 2024).

No contexto atual, as EPs acrescentam um critério a mais à alocação de recursos federais ao custeio da APS e da AES – o critério político –, e disputam com o Executivo o poder de definição dos repasses de recursos discricionários. Desde 2016, o montante destinado à APS tem sido expressivo (Vieira, 2022), somente sofrendo redução significativa em 2020, ano do início da pandemia da covid-19, quando os esforços se voltaram à ampliação da oferta de leitos e de equipamentos hospitalares. Ainda que a alocação de recursos à APS seja fundamental para ordenar os cuidados nas RAS e para prestar atendimento resolutivo aos problemas de saúde mais prevalentes da população, um dos principais gargalos do SUS se encontra na AES (Sá *et al.*, 2023).

Outra questão a ser considerada na alocação de recursos por emendas ao financiamento de ASPS diz respeito à sobre-representação da população de alguns estados, o que pode produzir mais desigualdades entre regiões de saúde no contexto da escassez de recursos do SUS (Piola e Vieira, 2024). Em estudo realizado sobre a distribuição de recursos federais por emendas no período de 1997 a 2010, os autores constataram que os estados brasileiros sobre-representados receberam 55% a mais de recursos por habitante que os sub-representados (Turgeon e Cavalcante, 2014). Nota-se que o período analisado pelos autores desse último estudo é anterior ao estudado neste texto, no qual houve um aumento substancial da destinação de recursos federais por emendas. Atualmente, parcela significativa da despesa discricionária da União em ASPS está sendo alocada pelos parlamentares – com maior desequilíbrio entre os montantes destinados ao seu financiamento – em função da desproporcionalidade de representação da população dos estados no Congresso Nacional.

Acrescenta-se ainda que, na maioria dos anos do período considerado neste estudo, o orçamento federal do SUS esteve constrangido pelo teto de gastos das despesas primárias, instituído pela EC nº 95/2016, que também congelou a aplicação mínima da União em ASPS (Brasil, 2016). Isso implicou menor disponibilidade de recursos para mitigar o problema dos vazios assistenciais na AES. Mesmo que nos anos da pandemia tenham sido acrescidos recursos ao orçamento do MS, esses recursos foram destinados às ações imediatas para o enfrentamento da covid-19, como a oferta de leitos específicos ao tratamento da doença e a aquisição de equipamentos e de vacinas. Foram utilizados, prioritariamente, para financiar os serviços necessários durante a situação de emergência de saúde pública. Passado o auge da pandemia, em que houve uma

redução na produção dos procedimentos ambulatoriais e hospitalares eletivos, o SUS foi pressionado pela elevada demanda reprimida (Sá *et al.*, 2022; 2023).

A última mudança de governo influenciou na distribuição de recursos por EPs entre a APS e a AES. Em 2023, o MS instituiu o Programa Nacional de Redução das Filas de Cirurgias Eletivas, Exames Complementares e Consultas Especializadas para organizar e ampliar o acesso a cirurgias, exames e consultas na atenção especializada (Vieira *et al.*, 2024). Além disso, publicou portaria regulamentadora das transferências de recursos aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios por EPs, com a disponibilização de uma tabela de referência para o incremento temporário de média e alta complexidade. Esse documento teve como base a produção de 2019, e os gestores de saúde tiveram a possibilidade de pleitear a ampliação dos limites nela previstos (Brasil, 2023a).¹⁸ Quando se compara 2023 a 2022, como mostra este trabalho, observa-se crescimento menor dos gastos em APS – de R\$ 9,2 bilhões para R\$ 9,4 bilhões (1,9%) – e maior em AES – de R\$ 6,2 bilhões para R\$ 13,4 bilhões (115,9%) – por EPs, o que parece ser resultante de indução do MS, concretizada devido às mudanças instituídas por meio da portaria citada.

Em 2023, na comparação entre as UFs, verificou-se que as desigualdades na alocação de recursos para investimentos em APS e AES foi mais acentuada que a destinação ao custeio dessas áreas. Para investimentos, houve menor alocação para a AES em relação à APS em UFs do Norte e do Nordeste, onde se encontram maiores vazios assistenciais. A desigualdade de alocação também se evidenciou por regiões e macrorregiões de saúde. A análise segundo esse recorte territorial é importante, considerando-se o desenho do SUS e o objetivo de alcançar a integralidade do cuidado nessas macrorregiões de saúde. Dessa maneira, não é certo que as destinações de recursos por emendas, mesmo sendo em maior volume para as regiões geográficas mais deficitárias – Norte e Nordeste –, estejam contribuindo para reduzir os gargalos de acesso aos serviços especializados de saúde.

Nesse contexto, as EPs colocam mais pressão sobre os recursos escassos da saúde, por não considerarem o desenho regional do SUS e os vazios assistenciais, cuja eliminação requer planejamento consistente, em função das necessidades de saúde da população, e realização de investimentos continuados, ao longo de alguns anos, a fim de ampliar a oferta de serviços e assegurar a integralidade do cuidado à saúde.

A oferta de serviços nas regiões e nas macrorregiões de saúde passam por negociações e acordos entre os gestores – relativos ao atendimento da população residente

18. Ver Publicação... (2023).

em municípios que não possuem ou que possuem oferta insuficiente de serviços especializados – pelos municípios com capacidade de realizar os atendimentos. Os repasses programáticos do MS são feitos para o município prestador do atendimento, considerando-se esses acordos, que resultam na Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde (PGASS).¹⁹ As EPs beneficiam estados e municípios sem a consideração dessas pactuações. Isso implica que recursos escassos são destinados, por exemplo, a um município para financiamento da AES, sem necessariamente haver comprometimento desse ente com a ampliação do atendimento da população de outros municípios a ele referenciada em razão dos pactos de atendimento firmados na PGASS. Com isso, podem-se criar mais desigualdades de acesso aos serviços de saúde no Brasil e mais iniquidades em saúde.

Ao fim, o quadro descrito apresenta evidências que ajudam a refutar a tese tão propagada – pelos defensores do teto de gastos – de que, com maior limitação das despesas primárias, o presidente e os parlamentares seriam mais cuidadosos na alocação de recursos, os quais seriam destinados às áreas prioritárias, aumentando a efetividade e a eficiência das políticas. Na prática, o que ocorreu foi a desconsideração do planejamento setorial e maior avidez do Poder Legislativo para alocar parcelas crescentes de recursos discricionários que financiam ASPs, sem grandes preocupações sobre os efeitos desse processo na oferta e no acesso da população brasileira como um todo aos serviços de saúde.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Se é certo que as EPs fazem parte do processo orçamentário público brasileiro, e que continuarão existindo, também é certo que elas precisam ser submetidas a uma racionalidade que promova a efetividade e a eficiência das políticas públicas para promover maior bem-estar à população como um todo, especialmente em áreas que envolvem garantia de direito humano fundamental, como é o caso da saúde.

Por um lado, isso requer maior esforço do MS para estabelecer prioridades para a alocação dos recursos, tanto de ações orçamentárias que financiam ações e serviços de saúde quanto de beneficiários, dado o arranjo regional de organização do SUS. Por outro lado, isso requer dos parlamentares maior conhecimento sobre como o sistema se organiza e compromisso com a redução das desigualdades de acesso a tal sistema – sob uma perspectiva nacional, e não apenas local.

19. Disponível em: <https://programasus.saude.gov.br/programasus/auth/Home.app>; e <https://moodle.unasus.gov.br/vitrine29/mod/page/view.php?id=2821>.

O alcance dessas duas situações é desafiador. Primeiro, porque a alocação de recursos com base no desenho regional do SUS envolve o estabelecimento de pactuações e acordos entre os entes da Federação. Essa dinâmica já existe para os recursos programáticos do MS, envolvendo as instâncias de decisão, as comissões intergestores bipartite (CIBs) e a CIT, assim como as instâncias que atuam no planejamento regional integrado, isto é, os colegiados de gestão regional (CGRs). Contudo, os recursos alocados por EPs passam ao largo dessas pactuações e acordos, cujo processo alocativo obedece à racionalidade estrita da política. Ou seja, os planos de saúde – que são instrumentos de elaboração obrigatória pela administração pública e requisitos para a transferência de recursos federais ao financiamento de ASPS – não são considerados na alocação de recursos por emendas (Santos e Moretti, 2021). Nesse sentido, o MS teria de buscar conciliar a racionalidade do SUS, que também envolve política, à racionalidade dos parlamentares, estritamente política, para a indução de áreas e de entes a serem beneficiados por recursos com base na PGASS. Ainda, teria de induzir, prioritariamente, alocações a investimento na rede do SUS para o mesmo ente por alguns anos, pois variações nas destinações para custeio de ações e serviços dificultam o planejamento e ameaçam a sustentabilidade da oferta pelos estados e pelos municípios ao longo do tempo.

Segundo, porque obter dos parlamentares um compromisso com a redução das desigualdades de acesso a serviços de saúde, visando ao estabelecimento de prioridades nacionais, demanda mudança de comportamento dos políticos, o que também envolve questões históricas e culturais das instituições do sistema político brasileiro. A julgar pela forma como as EPs são atualmente utilizadas para fins eleitorais (Baião, Couto e Oliveira, 2019), tal mudança parece pouco provável, mesmo no longo prazo.

O que é urgente é o estabelecimento de um limite para as despesas com ASPS por EPs em relação às despesas discricionárias com ASPS do MS, algo que dificilmente seria instituído por iniciativa do próprio Congresso Nacional na conjuntura política atual. Em 2023, os parlamentares controlaram mais da metade das despesas discricionárias do MS (52,5%). Dado que a revogação do teto de gastos com o novo arcabouço restabeleceu a vinculação da aplicação mínima federal em ASPS e das emendas impositivas ao montante da RCL (Almeida *et al.*, 2023), mesmo que se consiga reduzir o valor alocado por emendas de relator e de comissão, ainda permanecerá elevada a participação das EPs no orçamento de ASPS do MS. Talvez se possa definir o limite mencionado, bem como algumas regras para alocação de recursos por EPs, a partir do acionamento de órgãos de controle, como o Tribunal de Contas da União (TCU) e o STF, o que demanda de atores relevantes o questionamento da situação atual, a elaboração de uma proposta e sua apresentação formal a esses órgãos. Por exemplo, decisão do TCU sobre a alocação de recursos federais ao financiamento de ASPS recomendou à Secretaria

Executiva do Ministério da Saúde listar e informar ao Congresso Nacional os objetos prioritários, considerando-se os critérios de rateio de recursos federais definidos na Lei Complementar nº 141 (TCU, 2019).

Como dito anteriormente, o quadro descrito é preocupante no contexto do subfinanciamento crônico do SUS, em que o próprio piso federal para ASPS é questionado sob o argumento de que ameaça o cumprimento das metas fiscais estabelecidas para a União. No Brasil, o gasto público em saúde representou apenas 41,6% do gasto total nessa área em 2021, com participação de 4% no produto interno bruto – PIB (IBGE, 2024). Em termos *per capita*, esse gasto tem se mantido muito abaixo do realizado por países que possuem sistema universal de saúde e até mesmo por países da América Latina que não implementaram esse modelo de sistema, como a Argentina e o Chile (Vieira, Piola e Benevides, 2019).

A forma como as EPs vêm sendo utilizadas para alocação de recursos a ASPS e o contexto de subfinanciamento do SUS justificam as preocupações sobre o futuro desse sistema e sobre a oferta, ainda insuficiente, de serviços de saúde para a garantia da integralidade do cuidado em todo o território nacional. Como ocorre em toda desigualdade de oferta pública, há efeitos negativos maiores para os indivíduos socioeconomicamente mais vulneráveis. Faz-se necessária a realização de estudos de avaliação de impacto para produzir evidências sobre a efetividade e a eficiência da alocação de recursos por EPs a ações e serviços de saúde, o que pode contribuir para ampliar o debate na sociedade sobre esse tema e fomentar a busca de soluções que possibilitem uma atuação do Legislativo – no financiamento do SUS – atenta aos princípios e às diretrizes organizativas desse sistema, definidos constitucionalmente.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, M. V. *et al.* Desigualdades regionais na saúde: mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1055-1064, 2017.

ALMEIDA, D. *et al.* **Lei Complementar nº 200/2023 comentada**: regime fiscal sustentável – novo marco fiscal. Brasília: Câmara dos Deputados, 7 nov. 2023. (Nota Técnica Conjunta Conof-Conle/CD, nº 4/2023).

ARRETCHE, M. Federalismo e relações intergovernamentais no Brasil: a reforma de programas sociais. **Dados – Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 3, p. 431-458, 2002.

BAIÃO, A. L.; COUTO, C. G.; OLIVEIRA, V. E. de. Quem ganha o quê, quando e como? Emendas orçamentárias em saúde no Brasil. **Revista de Sociologia e Política**, v. 27, n. 71, p. 1-21, 2019.

BAPTISTA, T. W. de F. *et al.* O orçamento federal e as emendas parlamentares da saúde no PPA 2004-2007: uma discussão a partir das regras institucionais. *In*: MELAMED, C.; PIOLA, S. F. (Org.). **Políticas públicas e financiamento federal do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ipea, 2011. p. 287-315.

BAPTISTA, T. W. de F. *et al.* As emendas parlamentares no orçamento federal da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 12, p. 2267-2279, dez. 2012.

BENEVIDES, R. P. de S. e. **Metodologia para identificação das transferências federais para a atenção primária em saúde: o caso das emendas parlamentares de 2014 a 2018**. Brasília: Ipea, jun. 2021. (Nota Técnica Disoc, n. 94).

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Congresso Nacional, 1988.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 nov. 1990.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 29 jun. 2011.

BRASIL. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, estados, Distrito Federal e municípios em ações e serviços públicos de saúde; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 16 jan. 2012.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 86, de 17 de março de 2015. Altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que especifica. **Diário Oficial da União**, Brasília, 18 mar. 2015.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o novo regime fiscal, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 15 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, set. 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0006_03_10_2017.html. Acesso em: 6 jun. 2024.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 100, de 26 de junho de 2019. Altera os arts. 165 e 166 da Constituição Federal para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária proveniente de emendas de bancada de parlamentares de estado ou do Distrito Federal. **Diário Oficial da União**, Brasília, 27 jun. 2019.

BRASIL. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução de Consolidação CIT nº 1, de 30 de março de 2021. Consolida as Resoluções da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, 2021. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2021/rsc0001_02_06_2021.html. Acesso em: 6 jun. 2024.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 126, de 21 de dezembro de 2022. Altera a Constituição Federal, para dispor sobre as emendas individuais ao projeto de lei orçamentária, e o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias para excluir despesas dos limites previstos no art. 107; define regras para a transição da Presidência da República aplicáveis à Lei Orçamentária de 2023; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 22 dez. 2022.

BRASIL. Congresso Nacional. **PLDO 2024**: Projeto de Lei de Diretrizes Orçamentárias para 2024. Brasília: Congresso Nacional, abr. 2023a. Disponível em: https://www12.senado.leg.br/orcamento/documentos/estudos/tipos-de-estudos/notas-tecnicas-e-informativos/informativo_pldo-2024.pdf/view. Acesso em: 11 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 449, de 5 de abril de 2023. Dispõe sobre as regras para as transferências do Fundo Nacional de Saúde aos fundos de saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios, relativas a emendas parlamentares que destinarem recursos ao Sistema Único de Saúde (SUS), em 2023. **Diário Oficial da União**, Brasília, p. 2265, abr. 2023b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 544, de 3 de maio de 2023. Institui procedimentos para execução de despesas em ações e serviços públicos de saúde autorizadas na Lei Orçamentária Anual de 2023 com base no art. 8º da Emenda Constitucional nº 126, de 2022. **Diário Oficial da União**, Brasília, p. 63, 2023c.

CARNUT, L. *et al.* Emendas parlamentares em saúde no contexto do orçamento federal: entre o “é” e o “dever ser” da alocação de recursos. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 129, p. 467-480, abr.-jun. 2021.

CARVALHO, G. P. Desigualdades regionais e o papel dos recursos federais no SUS: fatores políticos condicionam a alocação de recursos? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 3409-3421, 2021.

CHAVES, F. E. C. **A Emenda Constitucional nº 105, de 2019, e suas controvérsias em relação à separação de poderes e ao princípio federativo**. Brasília: Senado Federal, jun. 2020. (Texto para Discussão, n. 280).

COUTO, L. F.; CARDOSO JUNIOR, J. C. Planejamento, governança orçamentária e emendas parlamentares: como conciliar racionalidade técnica, participação social e legitimidade política. **Blog Gestão, Política e Sociedade**, 28 mar. 2024. Disponível em: <https://periodicos.fgv.br/cgpc/announcement/view/263>. Acesso em: 15 abr. 2024.

GREGGIANIN, E. *et al.* **Emendas orçamentárias e políticas públicas**. Brasília: Câmara dos Deputados, 2023. (Estudo Técnico, nº 06/2023).

GUERRA, D. M. *et al.* Índice de dependência regional e macrorregional: uma contribuição ao processo de regionalização do SUS. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 47, n. 138, p. 431-443, jul.-set. 2023.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Conta-satélite de saúde: Brasil 2010-2021**. Rio de Janeiro: IBGE, 2024.

JACCOUD, L.; VIEIRA, F. S. **Federalismo, integralidade e autonomia no SUS: desvinculação da aplicação de recursos federais e os desafios da coordenação**. Rio de Janeiro: Ipea, jul. 2018. (Texto para Discussão, n. 2399).

KUSCHNIR, R. C.; CHORNY, A. H.; LIRA, A. M. L. **Gestão dos sistemas e serviços de saúde**. 3. ed. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/UFSC; Brasília: UAB/Capes, 2014.

LIMA, L. D. de. Federalismo fiscal e financiamento descentralizado do SUS: balanço de uma década expandida. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 6, n. 3, p. 573-598, 2008.

LIMA, D. L. de *et al.* Arranjos regionais de governança do Sistema Único de Saúde: diversidade de prestadores e desigualdade espacial na provisão de serviços. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, p. 1-17, 2019.

MATTOS, R. A. de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 8. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; Abrasco, 2009. p. 43-68.

PAIVA, A. B. de; GONZALEZ, R. H. S.; LEANDRO, J. G. Coordenação federativa e financiamento da política de saúde: mecanismos vigentes, mudanças sinalizadas e perspectivas para o futuro. **Novos Estudos Cebrap**, São Paulo, v. 36, n. 2, p. 55-81, jul. 2017.

PIOLA, S. F. **Transferências de recursos federais do Sistema Único de Saúde para estados, Distrito Federal e municípios**: os desafios para a implementação dos critérios da Lei Complementar nº 141/2012. Brasília: Ipea, abr. 2017. (Texto para Discussão, n. 2298).

PIOLA, S. F. **A coordenação entre as instâncias de governo e o papel do Ministério da Saúde no Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ipea, jul. 2022. (Texto para Discussão, n. 2745).

PIOLA, S. F.; VIEIRA, F. S. **As emendas parlamentares e a alocação de recursos federais no Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: Ipea, jul. 2019 (Texto para Discussão, n. 2497).

PIOLA, S. F.; VIEIRA, F. S. **Financiamento das ações e serviços públicos de saúde no Brasil**: um retrato das desigualdades regionais do período de 2010-2022. Brasília: Ipea, jun. 2024. (Texto para Discussão, n. 3010).

PUBLICAÇÃO da Portaria GM/MS nº 449, de 05 de abril: critérios para transferências das Emendas Parlamentares. **Portal FNS**, 6 abr. 2023. Disponível em: <https://portalfns.saude.gov.br/publicacao-da-portaria-gm-ms-449-de-05-de-abril-criterios-para-transferencias-das-emendas-parlamentares/>. Acesso em: 7 jun. 2024.

ROTULO, A.; EPSTEIN, M.; KONDILIS, E. Fiscal federalism vs fiscal decentralization in healthcare: a conceptual framework. **Hippokratia**, v. 24, n. 3, p. 107-113, jul.-set. 2020.

ROTULO, A.; PARASKEVOPOULOU, C.; KONDILIS, E. The effects of health sector fiscal decentralisation on availability, accessibility, and utilisation of healthcare services: a panel data analysis. **International Journal of Health Policy and Management**, v. 11, n. 11, p. 2440-2450, dez. 2022.

SÁ, E. B. de *et al.* Saúde. **Políticas Sociais: acompanhamento e análise**, Brasília, n. 26, p. 85-128, 2019.

SÁ, E. B. de *et al.* Saúde. **Políticas Sociais: acompanhamento e análise**, Brasília, n. 29, p. 111-166, 2022.

SÁ, E. B. de *et al.* Saúde. **Políticas Sociais: acompanhamento e análise**, Brasília, n. 30, p. 95-146, 2023.

SANTOS, L.; MORETTI, B. Emendas parlamentares: para onde caminha o orçamento público. **Associação Brasileira de Municípios**, Brasília, set. 2021. Disponível em: <https://abm.org.br/emendas-parlamentares-para-onde-caminha-o-orcamento-publico-por-le-nir-santos-e-bruno-moretti/>. Acesso em: 15 jul. 2024.

SERVO, L. M. S.; ANDRADE, M. A.; AMARAL, P. Os caminhos da regionalização da saúde no Brasil: adequação e acesso geográfico nos anos 2000. **Planejamento e Políticas Públicas**, Brasília, n. 60, p. 13-41, out.-dez. 2022.

SILVA, A. S. da *et al.* Transferências federais por emendas parlamentares aos municípios: implicações para o financiamento do SUS. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 29, n. 7, p. 1-12, 2024.

SOARES, M. M.; MACHADO, J. A. **Federalismo e políticas públicas**. Brasília: Enap, 2018.

STF julga orçamento secreto inconstitucional. **STF**, 19 dez. 2022. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/noticias/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=499330&ori=1>. Acesso em: 20 maio 2024.

TCU – TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. **Acórdão nº 2704/2019**. Auditoria integrada acerca da eficiência e efetividade da aplicação dos recursos advindos de emendas parlamentares individuais impositivas. Brasília: TCU, 2019. Disponível em: https://pesquisa.apps.tcu.gov.br/documento/acordao-completo/*/KEY:ACORDAO-COMPLETO-2375962/NUMACORDAOINT%20asc/0. Acesso em: 3 set. 2024.

TURGEON, M.; CAVALCANTE, P. **Desproporcionalidade da representação dos estados no Congresso Nacional e seus efeitos na alocação de recursos federais**. Brasília: Ipea, jun. 2014. (Texto para Discussão, n. 1980).

ULINSKI, K. G. B. *et al.* Efeitos das emendas parlamentares no financiamento municipal da atenção primária à saúde do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 40, n. 3, p. 1-14, 2024.

VIEIRA, F. S. **Emendas parlamentares ao orçamento federal do SUS: método para estimação dos repasses a cada município favorecido, segundo áreas de alocação dos recursos (2015-2020)**. Brasília: Ipea, jan. 2022. (Texto para Discussão, n. 2732).

VIEIRA, F. S.; LIMA, L. D. de. Distorções das emendas parlamentares à alocação equitativa de recursos federais ao PAB. **Revista de Saúde Pública**, v. 56, p. 1-14, 2022.

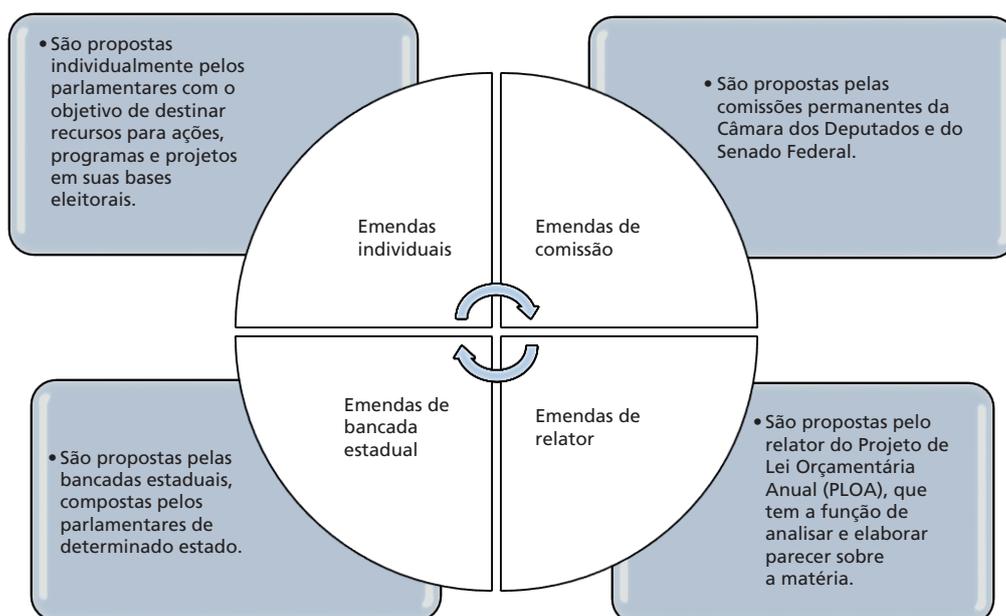
VIEIRA, F. S.; PIOLA, S. F.; BENEVIDES, R. P. de S. e. **Vinculação orçamentária do gasto em saúde no Brasil: resultados e argumentos a seu favor**. Brasília: Ipea, out. 2019. (Texto para Discussão, n. 2516).

VIEIRA, F. S. *et al.* Saúde. **Políticas Sociais: acompanhamento e análise**, Brasília, n. 31, p. 1-46, 2024.

APÊNDICE A

FIGURA A.1

Tipos de emendas parlamentares



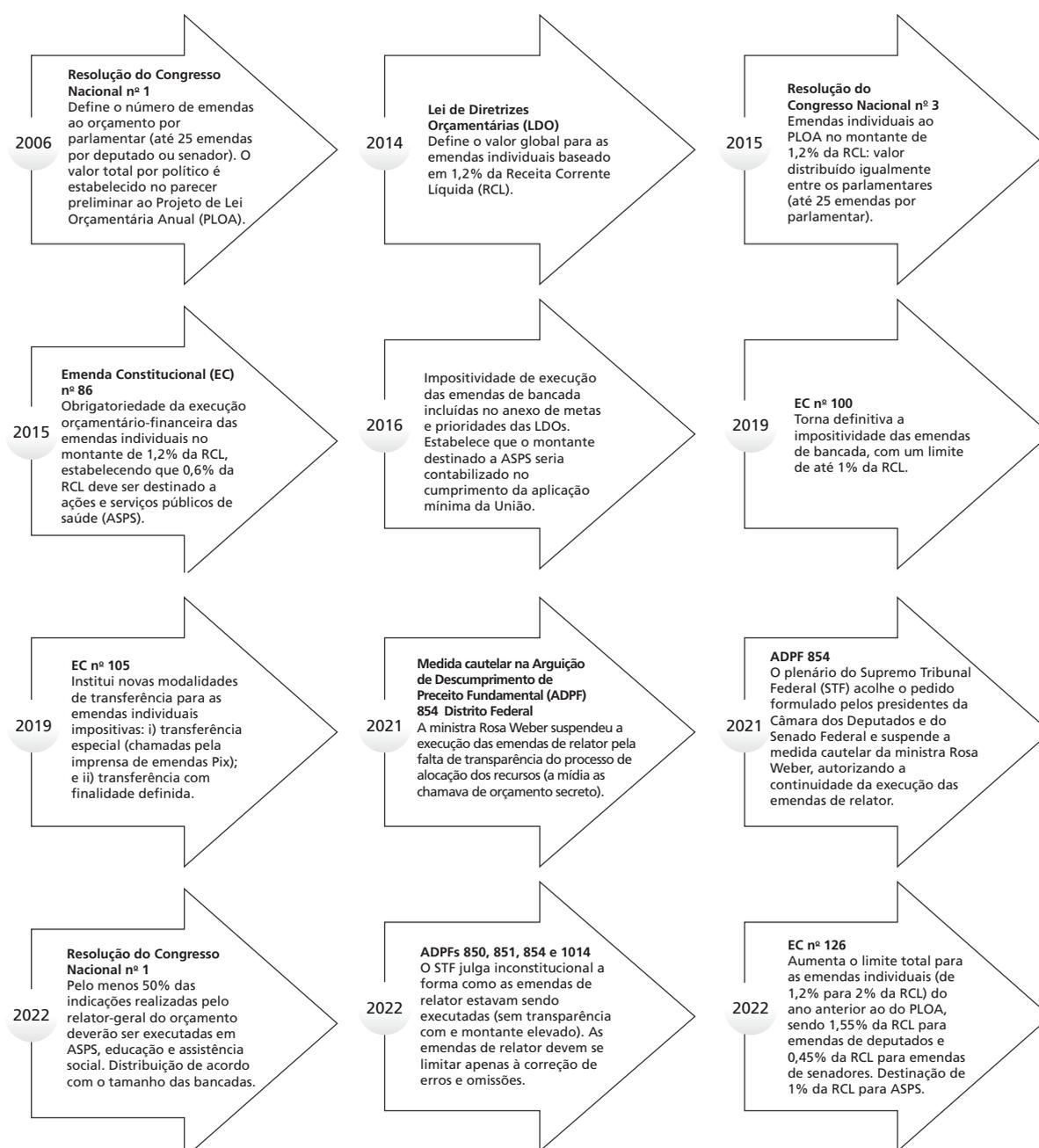
Fonte: Brasil (2006).
Elaboração da autora.

REFERÊNCIA

BRASIL. Resolução nº 1, de 2006-CN. Dispõe sobre a Comissão Mista Permanente a que se refere o § 1º do art. 166 da Constituição, bem como a tramitação das matérias a que se refere o mesmo artigo. **Diário Oficial da União**, Brasília, 26 dez. 2006. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/rescon/2006/resolucao-1-22-dezembro-2006-548706-norma-actualizada-pl.html>. Acesso em: 7 jun. 2024.

APÊNDICE B

FIGURA B.1
Regulamentação das emendas parlamentares



Fontes: Brasil (2006; 2013; 2015a; 2015b; 2019a; 2019b; 2022a; 2022b); STF (2021); e STF... (2022).
Elaboração da autora.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Resolução nº 1, de 2006-CN. Dispõe sobre a Comissão Mista Permanente a que se refere o § 1º do art. 166 da Constituição, bem como a tramitação das matérias a que se refere o mesmo artigo. **Diário Oficial da União**, Brasília, 26 dez. 2006. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/rescon/2006/resolucao-1-22-dezembro-2006-548706-normaatualizada-pl.html>. Acesso em: 7 jun. 2024.

BRASIL. Lei nº 12.919, de 24 de dezembro de 2013. Dispõe sobre as diretrizes para a elaboração e execução da Lei Orçamentária de 2014 e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 26 dez. 2013.

BRASIL. Resolução nº 3, de 2015-CN. Altera a Resolução nº 1, de 2006-CN, para ampliar o número de relatorias setoriais do projeto de lei orçamentária anual e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, p. 2, 28 set. 2015a. Seção 1. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/rescon/2015/resolucao-3-25-setembro-2015-781582-publicacaooriginal-148198-pl.html>. Acesso em: 7 jun. 2024.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 86, de 17 de março de 2015. Altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que especifica. **Diário Oficial da União**, Brasília, 18 mar. 2015b.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 100, de 26 de junho de 2019. Altera os arts. 165 e 166 da Constituição Federal para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária proveniente de emendas de bancada de parlamentares de Estado ou do Distrito Federal. **Diário Oficial da União**, Brasília, 27 jun. 2019a.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 105, de 12 de dezembro de 2019. Acrescenta o art. 166-A à Constituição Federal, para autorizar a transferência de recursos federais a Estados, ao Distrito Federal e a Municípios mediante emendas ao projeto de lei orçamentária anual. **Diário Oficial da União**, Brasília, 13 dez. 2019b.

BRASIL. Resolução nº 1, de 2022-CN. Altera as disposições da Resolução nº 01/2006-CN, para ampliar a transparência da sistemática de apresentação das emendas de relator-geral, estabelecendo critérios de proporcionalidade e impessoalidade na aprovação e execução dessas emendas. **Diário Oficial da União**, Brasília, 16 dez. 2022a. Seção 1. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/rescon/2022/resolucao-1-16-dezembro-2022-793489-publicacaooriginal-166543-pl.html>. Acesso em: 7 jun. 2024.

TEXTO para **DISCUSSÃO**

BRASIL. Emenda Constitucional nº 126, de 21 de dezembro de 2022. Altera a Constituição Federal, para dispor sobre as emendas individuais ao projeto de lei orçamentária, e o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias para excluir despesas dos limites previstos no art. 107; define regras para a transição da Presidência da República aplicáveis à Lei Orçamentária de 2023; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 22 dez. 2022b.

STF – SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. **Arguição de descumprimento de preceito fundamental nº 854, Distrito Federal**. Brasília: STF, dez. 2021. Disponível em: https://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticiaNoticiaStf/anexo/ADPF854113decisao_monocratica11.pdf. Acesso em: 7 jun. 2024.

STF julga orçamento secreto inconstitucional. **STF**, 19 dez. 2022. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/noticias/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=499330&ori=1>. Acesso em: 7 jun. 2024.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

BRASIL. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 15 dez. 2016.

APÊNDICE C**EMENDAS REGISTRADAS NO RESULTADO PRIMÁRIO 2 (RP 2)
EM 2023****QUADRO C.1**

Despesas com ASPS do MS registradas na categoria de RP 2, nas ações 2E89 e 2E90, que incrementam o custeio da APS e da AES por EPs: tipo de emenda

2 – Primária discricionária, considerada no cálculo do RP	Tipo de emenda ¹	R\$ ²
Total		8.185.676.735
2E89 – incremento temporário ao custeio dos serviços de atenção primária à saúde para cumprimento de metas	-	2.337.596.769
0001 – ampliação de dotações conforme disposto nos artigos 15 e 17 da LC nº 201, de 2023	Relator	849.999.954
A400 – dotações classificadas com RP 2, que não podem ser canceladas para fins de abertura de crédito suplementar autorizado na LOA-2023	Relator	1.352.091.670
EBAL – dotações classificadas com RP 2, incluídas ou acrescidas por emendas de bancada estadual do Estado de Alagoas, em observância ao disposto no inciso I do § 7º do art. 4º da LOA-2023	Bancada	21.208.041
EBAM – dotações classificadas com RP 2, incluídas ou acrescidas por emendas de bancada estadual do Estado do Amazonas, em observância ao disposto no inciso I do § 7º do art. 4º da LOA-2023	Bancada	83.252.205
EBCE – dotações classificadas com RP 2, incluídas ou acrescidas por emendas de bancada estadual do Estado do Ceará, em observância ao disposto no inciso I do § 7º do art. 4º da LOA-2023	Bancada	16.044.899

(Continua)

TEXTO para DISCUSSÃO

(Continuação)

EBTO – Dotações classificadas com RP 2, incluídas ou acrescidas por emendas de bancada estadual do Estado do Tocantins, em observância ao disposto no inciso I do § 7º do art. 4º da LOA-2023	Bancada	15.000.000
2E90 – incremento temporário ao custeio dos serviços de assistência hospitalar e ambulatorial para cumprimento de metas	-	5.848.079.966
0000 – incremento temporário ao custeio dos serviços de assistência hospitalar e ambulatorial para cumprimento de metas - despesas diversas	Relator	1.728.899.967
0001 – outras dotações remanejadas do PO A400, para custeio da saúde	Relator	784.732.466
0002 – ampliação de dotações conforme disposto nos artigos 15 e 17 da LC nº 201, de 2023	Relator	1.907.636.756
A400 – dotações classificadas com RP 2, que não podem ser canceladas para fins de abertura de crédito suplementar autorizado na LOA-2023	Relator	949.705.451
EBBA – dotações classificadas com RP 2, incluídas ou acrescidas por emendas de bancada estadual do Estado da Bahia, em observância ao disposto no inciso I do § 7º do art. 4º da LOA-2023	Bancada	14.989.120
EBCE – dotações classificadas com RP 2, incluídas ou acrescidas por emendas de bancada estadual do Estado do Ceará, em observância ao disposto no inciso I do § 7º do art. 4º da LOA-2023	Bancada	10.073.188
EBES – dotações classificadas com RP 2, incluídas ou acrescidas por emendas de bancada estadual do Estado do Espírito Santo, em observância ao disposto no inciso I do § 7º do art. 4º da LOA-2023	Bancada	9.840.449

(Continua)

(Continuação)

EBGO – dotações classificadas com RP 2, incluídas ou acrescidas por emendas de bancada estadual do Estado de Goiás, em observância ao disposto no inciso I do § 7º do art. 4º da LOA-2023	Bancada	9.800.000
EBMA – dotações classificadas com RP 2, incluídas ou acrescidas por emendas de bancada estadual do Estado do Maranhão, em observância ao disposto no inciso I do § 7º do art. 4º da LOA-2023	Bancada	121.154.969
EBMG – dotações classificadas com RP 2, incluídas ou acrescidas por emendas de bancada estadual do Estado de Minas Gerais, em observância ao disposto no inciso I do § 7º do art. 4º da LOA-2023	Bancada	100.000
EBMS – dotações classificadas com RP 2, incluídas ou acrescidas por emendas de bancada estadual do Estado do Mato Grosso do Sul, em observância ao disposto no inciso I do § 7º do art. 4º da LOA-2023	Bancada	10.094.373
EBMT – dotações classificadas com RP 2, incluídas ou acrescidas por emendas de bancada estadual do Estado do Mato Grosso, em observância ao disposto no inciso I do § 7º do art. 4º da LOA-2023	Bancada	2.700.180
EBPA – dotações classificadas com RP 2, incluídas ou acrescidas por emendas de bancada estadual do Estado do Pará, em observância ao disposto no inciso I do § 7º do art. 4º da LOA-2023	Bancada	106.302.360
EBPB – dotações classificadas com RP 2, incluídas ou acrescidas por emendas de bancada estadual do Estado da Paraíba, em observância ao disposto no inciso I do § 7º do art. 4º da LOA-2023	Bancada	10.072.082

(Continua)

TEXTO para DISCUSSÃO

(Continuação)

EBPE – dotações classificadas com RP 2, incluídas ou acrescidas por emendas de bancada estadual do Estado de Pernambuco, em observância ao disposto no inciso I do § 7º do art. 4º da LOA-2023	Bancada	6.650.000
EBPI – dotações classificadas com RP 2, incluídas ou acrescidas por emendas de bancada estadual do Estado do Piauí, em observância ao disposto no inciso I do § 7º do art. 4º da LOA-2023	Bancada	100.000.000
EBRJ – dotações classificadas com RP 2, incluídas ou acrescidas por emendas de bancada estadual do Estado do Rio de Janeiro, em observância ao disposto no inciso I do § 7º do art. 4º da LOA-2023	Bancada	1.400.000
EBRN – dotações classificadas com RP 2, incluídas ou acrescidas por emendas de bancada estadual do Estado do Rio Grande do Norte, em observância ao disposto no inciso I do § 7º do art. 4º da LOA-2023	Bancada	139.800
EBRS – dotações classificadas com RP 2, incluídas ou acrescidas por emendas de bancada estadual do Estado do Rio Grande do Sul, em observância ao disposto no inciso I do § 7º do art. 4º da LOA-2023	Bancada	8.802.455
EBSC – dotações classificadas com RP 2, incluídas ou acrescidas por emendas de bancada estadual do Estado de Santa Catarina, em observância ao disposto no inciso I do § 7º do art. 4º da LOA-2023	Bancada	8.715.000
EBSE – dotações classificadas com RP 2, incluídas ou acrescidas por emendas de bancada estadual do Estado de Sergipe, em observância ao disposto no inciso I do § 7º do art. 4º da LOA-2023	Bancada	1.111.945

(Continua)

(Continuação)

EBSP – dotações classificadas com RP 2, incluídas ou acrescidas por emendas de bancada estadual do Estado de São Paulo, em observância ao disposto no inciso I do § 7º do art. 4º da LOA-2023	Bancada	52.465.648
EBTO – dotações classificadas com RP 2, incluídas ou acrescidas por emendas de bancada estadual do Estado do Tocantins, em observância ao disposto no inciso I do § 7º do art. 4º da LOA-2023	Bancada	2.693.757

Fonte: Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento (Siop). Disponível em: [https://www.siop.planejamento.gov.br/modulo/login/index.html#/. Acesso em: 23 mar. 2024.](https://www.siop.planejamento.gov.br/modulo/login/index.html#/)

Elaboração da autora.

Notas: ¹ Valores registrados em planos orçamentários sem categorização do tipo de emenda parlamentar, mas vinculados a ações orçamentárias específicas para incremento do custeio da APS e da AES por emenda, foram classificados neste texto como decorrentes de emendas de relator.

² Em valores correntes.

Obs.: ASPS – ações e serviços públicos de saúde; MS – Ministério da Saúde; APS – atenção primária à saúde; AES – atenção especializada à saúde; e EPs – emendas parlamentares.

Ipea – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

EDITORIAL

Coordenação

Aeromilson Trajano de Mesquita

Assistentes da Coordenação

Rafael Augusto Ferreira Cardoso

Samuel Elias de Souza

Supervisão

Ana Clara Escórcio Xavier

Everson da Silva Moura

Revisão

Alice Souza Lopes

Amanda Ramos Marques Honorio

Barbara de Castro

Cayo César Freire Feliciano

Cláudio Passos de Oliveira

Clícia Silveira Rodrigues

Denise Pimenta de Oliveira

Nayane Santos Rodrigues

Olavo Mesquita de Carvalho

Reginaldo da Silva Domingos

Susana Souza Brito

Yally Schayany Tavares Teixeira

Jennyfer Alves de Carvalho (estagiária)

Katarinne Fabrizzi Maciel do Couto (estagiária)

Editoração

Anderson Silva Reis

Augusto Lopes dos Santos Borges

Cristiano Ferreira de Araújo

Daniel Alves Tavares

Danielle de Oliveira Ayres

Leonardo Hideki Higa

Capa

Aline Cristine Torres da Silva Martins

Projeto Gráfico

Aline Cristine Torres da Silva Martins

The manuscripts in languages other than Portuguese published herein have not been proofread.

Ipea – Brasília

Setor de Edifícios Públicos Sul 702/902, Bloco C

Centro Empresarial Brasília 50, Torre B

CEP: 70390-025, Asa Sul, Brasília-DF

Missão do Ipea
Aprimorar as políticas públicas essenciais ao desenvolvimento brasileiro por meio da produção e disseminação de conhecimentos e da assessoria ao Estado nas suas decisões estratégicas.